

Mobilt Intensiv Team

En arena for sykepleiefaglig læring og kunnskapsformidling, en kvalitativ studie

Torunn Strømme

Mai 2013

Masteroppgave i helsevitenskap

Institutt for Helsefag

Veileder: Brit Sætre Hansen, PhD



MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2013

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Torunn Strømme

VEILEDER: Britt Sætre Hansen, intensivsykepleier og PhD

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

Mobilt Intensiv Team, en arena for sykepleiefaglig læring og kunnskapsformidling, en kvalitativ studie

Engelsk tittel:

Mobile Intensive Team, an area for learning and sharing of knowledge within nursing – a qualitative study.

EMNEORD/STIKKORD:

Mobilt Intensiv Team, læring, team, sykepleie

ANTALL SIDER: 62

STAVANGER

29.05. 2013

DATO/ÅR

Everyone can recall lessons learned from experience.

*Often the best remembered lessons are the ones that were hardest learned
-gleaned from making mistakes and dealing with the fallout from those mistakes.*

*By studying situations where nurses practice breaks down,
nurses can learn from the experiences of their colleagues.*

This is far better than learning from reliving the same difficult experiences.

(Ukjent forfatter i Benner, Malloch & Sheet, 2010, s. 1)

Forord

Denne studien er gjennomført ved Universitetet i Stavanger i tilknytning til master i helsevitenskap, selvvalgt fordypning. Dette toårige studiet har gitt meg et utvidet og nytt perspektiv. Jeg har blitt utfordret faglig, fått inspirasjon og knyttet kontakter for livet. Takk til studiekoordinator, emneansvarlige og forelesere for god tilrettelegging, undervisning og veiledning. Jeg kommer til å savne studieukene. Takk for samarbeidet med medstudenter, kollokvi gruppe og gode samtaler i kantinen. Å skrive masteroppgave har vært krevende og hektisk. Samtidig har prosessen vært svært lærerik.

I arbeidet med masteroppgaven er det mange som har bidratt.

Takk til informantene i studien. Sykepleiere og intensivsykepleiere for verdifulle betraktninger og innspill til spørsmålene jeg stilte.

Takk til avdelingslederne for tilrettelegging av fokusgruppeintervjuene. Både for rekruttering av informanter samt tilrettelegge for tid og sted for gjennomføring av intervjuene.

Takk til veileder Britt Sætre Hansen for god og inspirerende veiledning. Takk for invitasjon inn i prosjektet ved sykehuset og for diskusjon om muligheter. Takk for oppmuntringer og tilbakemeldinger med god tro på gjennomføringen av prosjektet. Takk for all velvillighet.

Takk til Kristin Glenna Bodsberg for alle godord langs veien. For oppmuntring om at dette skal gå fint, og ikke minst diskusjon og faglige betraktninger i veivalg.

Takk til gode venner, familie og kolleger for interesse og oppmuntring.

Til slutt men mest av alt takk til dere hjemme, Marte, Kristoffer, Sofie og John Henrik for tålmodighet, forståelse og velvillighet. Takk for interesse og oppmuntring. Takk til John Henrik for god hjelp med datatekniske utfordringer.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	
1	Introduksjon..... 1
1.1	Bakgrunn for valg av tema..... 2
1.2	Tidligere forskning 3
1.2.1	Den dårlige pasient på sengepost..... 3
1.2.2	MIT som konsept..... 4
1.2.3	Resultater 4
1.2.4	MIT og sykepleie..... 6
1.3	Hensikt 8
1.4	Forskningsspørsmål og problemstilling 8
1.5	Begrepsavklaring 8
1.5.1	Kunnskap 9
1.5.2	Læring..... 10
1.5.3	Felles språk..... 10
1.5.4	Team..... 11
2	Teoretisk ramme 12
2.1	Peter Senge: Den lærende organisasjon 12
2.1.1	Læring i team..... 13
2.1.2	Personlig mestring..... 13
2.1.3	Mentale modeller..... 13
2.1.4	Delte visjoner 14
2.1.5	Systemtenkning..... 14
2.2	Patricia Benner: Kunnskapsutvikling 14
3	Metode..... 16
3.1	Kvalitativ forskningsmetode 16
3.2	Forforståelse 16
3.3	Fokusgruppeintervju..... 17
3.3.1	Rekruttering av informanter 18
3.3.2	Utvalg 18
3.3.3	Metning 19

3.3.4	Datasamling.....	19
3.4	Kvalitativ innholdsanalyse	20
3.5	Kvaliteten på de kvalitative data	21
3.5.1	Troverdighet.....	22
3.5.2	Gyldighet	22
3.6	Forskningsetiske vurderinger	23
3.6.1	Å forske i egen kultur	24
4	Resultater.....	26
4.1	Fra kaos til system	26
4.1.1	Situasjoner før MIT.....	26
4.1.2	Kriteriene gir fellesforståelse	27
4.2	MIT et system å handle i.....	28
4.2.1	Pasienten i sentrum.....	28
4.2.2	Sykepleiernes bevissthet, erfaring og refleksjon	30
4.3	Læring i MIT som team	30
4.3.1	Sykepleiefaglig støtte og veiledning,.....	31
4.3.2	Fremmere og hemmere av teamlæring.....	32
5	Diskusjon.....	34
5.1	Fra kaos til system	34
5.1.1	Situasjonen før MIT	34
5.1.2	Kriteriene gir fellesforståelse	37
5.1.3	Oppsummering og konsekvenser: Fra kaos til system.....	40
5.2	Et system å handle i.....	41
5.2.1	Pasienten i sentrum.....	41
5.2.2	Sykepleiernes bevissthet, erfaring og refleksjon	46
5.2.3	Oppsummering og konsekvenser: Et system å handle i	50
5.3	Læring i MIT som team	51
5.3.1	Sykepleiefaglig støtte og veiledning.....	51
5.3.2	Fremmere og hemmere av teamlæring.....	55
5.3.3	Oppsummering og konsekvenser: Læring i MIT som team	57
6	Konklusjon og implikasjoner	58

6.1	Hvordan har innføringen av MIT påvirket din sykepleiefaglige og tverrfaglige utøvelse?.....	58
6.2	Hvordan opplever/erfarer sykepleierne på post og intensivsykepleierne kunnskapsutvekslingen i en MIT- utrykning, og hva fremmer og hemmer kunnskapsutvekslingen?.....	59
6.4	Implikasjoner for praksis	61
6.5	Implikasjoner for videre forskning.....	62

Litteraturliste

Vedlegg:

Vedlegg 1 - Brev fra Regional Etisk Komité (REK Vest)

Vedlegg 2 - Godkjenning fra Personvernombudet

Vedlegg 3 - Godkjenning fra Kirurgisk direktør

Vedlegg 4 - Brev til avdelingsledelse kirurgisk avdeling

Vedlegg 5 - Brev til avdelingsledelse ved Intensivavdeling

Vedlegg 6 - Brev samtykke sykepleiere på kirurgiske avdelinger

Vedlegg 7 - Brev samtykke intensivsykepleiere

Vedlegg 8 - Intervjuguide

Vedlegg 9 - Matrise: Fra kaos til system

Sammendrag

Mobilt intensiv team (MIT) er et norsk navn på et verdensomspennende konsept hvor en på sykehus tidlig skal oppdage forverring hos pasient på post. Det omtales ved mange navn, blant annet Rapid Respons Team (RRT), Mobile Emergency Team (MET) og Rapid Medical Response Team (RMRT). Hensikten er å redusere antall hjertestans og dødsfall på sykehus, ved at ekspertise kommer til pasienten. Sykepleier på post observerer og ber om MIT etter gitte kriterier (Chan, Jain, Nallmothu, Berg, & Sasson, 2010; Jolley, Bendyk, Holaday, Lombardozzi, & Harmon, 2007).

Jeg har gjort en kvalitativ eksplorerende studie hvor jeg har utført fokusgruppeintervjuer med sykepleiere ved to kirurgiske sengeposter og intensivsykepleiere ved intensivavdelingen. Mitt fokus ble rettet mot de som bruker teamet. Fokuset i studien var å se på MIT som en arena for læring og kunnskapsformidling for sykepleierne og intensivsykepleierne. I innholdsanalysen pekte det seg ut tre tema: 1) Fra kaos til system. 2) MIT et system å handle i og 3) Læring i MIT som team.

Sykepleierne på sengepost beskrev en stor endring etter innføring av MIT i hvordan de håndterer den dårlige pasient på post. Kriteriene har ført til at sykepleiere og leger er enig i når pasienten er dårlig. Sykepleierne har klare rammer og retningslinjer som gir dem trygghet i hverdagen. De mente også at kriteriene har gitt dem systematisk erfaring, dokumentasjon og refleksjon rundt situasjonen til pasienten. Dette har gitt dem læring. Kriteriene er daglig observasjon av pasienten, så ved å ha pasienten i sentrum har de fått erfaring og kunnskap. Sykepleierne på post lærte også når teamet var samlet rundt den dårlige pasient. De mente de lærte konkrete prosedyrer og vurderinger. Intensivsykepleierne gav uttrykk for at den akutt dårlige pasient mestrer de, men at de lærte av å arbeide i team, på en ny arena og av å kommunisere. Intensivsykepleierne gav uttrykk for stor ydmykhet ved å være på en annen avdeling. De sammenlignet det som å gå på besøk. De var opptatt av å støtte, veilede og fremme mestring hos sykepleierne på sengepost. Informantene påpeker tre punkter som de mente fremmer og hemmer kunnskapsutviklingen i MIT. De mente det var situasjonsavhengig, at det avhenger om en får være deltaker i situasjonen og hvordan samarbeidet i teamet var.

Nøkkelord er «Mobilt Intensivteam», læring, team, sykepleie

1 Introduksjon

I 1990 ble Medical Emergency Team (MET) introdusert for første gang ved Liverpool Hospital i Sydney, Australia. Hensikten var å tidlig oppdage forverring hos pasient på generell sengepost, for å kunne iverksette målrettet behandling og pleie (Buttfield, Amos, & Hillman, 2006; D. A. Jones, DeVita, & Bellomo, 2011). Denne typen team har fått ulike navn rundt i verden, og i litteraturen finner en navn som Rapid Respons Team (RRT) (Shapiro, Donaldson, & Scott, 2010), Rapid Medical Response Team (RMRT) (Dawn, 2007) og Medical Emergency Team (MET) (L. Jones, King, & Wilson, 2009; Konrad et al., 2010). Konseptet handler om å organisere en systematisk respons til dårlige pasienter på sengepost som har behov for klinisk ekspertise (Donaldson, Shapiro, Scott, Foley, & Spetz, 2009). Uoppdaget er forverring av tilstand hos pasient på sengepost en stor risikofaktor for hjertestans og død (Jäderling et al., 2011). I USA antas det at opp mot 17 % av pasientene dør uventet på sykehus, noe som innebærer 98000 pasienter årlig (Dawn, 2007). Ved tidlig å oppdage forverring i pasienttilstand og iverksette tiltak, vil risiko for hjertestans og død reduseres. På denne måten kommer ekspertisen til pasienten før multiorgansvikt eller hjertestans utvikles (D. A. Jones et al., 2011; Konrad et al., 2010).

Det påpekes at RRT er en måte å bedre pasientsikkerheten ved sykehusene på (Barbetti & Lee, 2008; Dawn, 2007). Teamene som rykker ut har ulik sammensetning, men består oftest av en anestesilege og en intensivsykepleier. Disse responderer på en telefon fra avdeling hvor en pasients tilstand har blitt forverret. Sykepleierne på post har fått opplæring i systematisk observasjon og tilkaller teamet på grunnlag av et felles scoringssystem eller kriterier (Barbetti & Lee, 2008).

RRT er et system som myndiggjør sykepleiere på post. Sykepleierne på post har en hovedrolle. De lærer opp i hvordan oppdage forverring hos pasient og myndiggjøres i det å spørre etter assistanse. Erfaring og kunnskap overføres og kommuniseres fra intensivavdeling til sengeposten. Intensiv behandling og pleie kan iverksettes. Teamet deler ekspertise og kunnskap (Dawn, 2007). Det konkluderes med at denne typen team fremmer en kultur av pasientsikkerhet ved å bygge teamarbeid, spre kunnskap og egenskaper gjennom sykehuset (Jolley et al., 2007).

Meld. St. 10 (2012-2013), «God kvalitet- trygge tjenester», skriver at dagens spesialiserte Helse- og omsorgstjeneste gjør at det er et stort behov for standardisering og samarbeid på tvers av fagområder og tjenester. I meldingen skriver en også at kompleksitet og spesialisering skaper behov for teamarbeid og standarder. Å håndtere akutt dårlige pasienter på sengepost er komplekse situasjoner. RRT er innført på verdensbasis, og ble først introdusert ved sykehus i Australia, siden i USA. Europa har kommet etter og her har England og Sverige kommet lang (Jäderling et al., 2011). Likevel er det i Norge ikke satt en standard for å møte disse situasjonene. Meld. St. 10 påpeker videre at kvalitetsarbeid «handler om å skape en lærende organisasjonskultur» (Meld.St. 10, s.79). Kunnskapssenterets strategiplan for perioden 2011-2013 har visjonen: «God kunnskap bidrar til gode helsetjenester». De sier at kunnskap skal bidra til en stadig bedre helsetjeneste, basert på velinformerte beslutninger (Kunnskapssenteret, 2011-2013).

Mangel på omsorg og behandling til den akutt dårlige pasient på sengepost handler blant annet om kunnskap hos sykepleierne og legene, samtidig er det mangel på hurtig behandling og liten mulighet for å søke hjelp hos spesialister. Tverrfaglig omsorg øker derimot forståelsen og kunnskapen (Grimes, Thornell, Clark, & Viney, 2007). Kirk (2006) sier at RRT skal være et sted for samarbeid, konsultasjon og en ressurs for læring. Han påpeker at å bygge en teamkultur som fokuserer på omsorg for pasientene og vil øke selvbestemmelsen for sykepleierne og de kliniske tiltakene som iverksetter på post.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Utgangspunktet for denne masteroppgaven er at våren 2012 starter et pilotprosjekt ved to kirurgiske avdelinger ved sykehuset. En gruppe fagpersoner ved intensivavdelingen ønsket å etablere RRT. Lokalt ble utrykningsteamet kalt Mobilt Intensiv Team (MIT). Vider i oppgaven velger jeg derfor å benevne konseptet for MIT uavhengig hva andre studier kaller det.

For å oppdage pasienter med organsvikt, skal vitalparameterne kontrolleres minst to ganger per døgn. Ved sykehuset valgte en å bruke MET- skalaen som mål for kriteriene. Skalaen består av fire kriterier, disse er respirasjon, sirkulasjon, nevrologi og annen bekymring for pasienten. Avvik på et av kriteriene er tilstrekkelig for å ringe etter MIT (Konrad et al., 2010). Prosjektet MIT startet på to kirurgiske avdelinger. Alle ansatte fikk tre timers kurs før MIT ble innført som system. Det var undervisning i den dårlige pasient, simulering med vurdering av

pasienten med MET- skalaen og melding av dårlig pasient med kommunikasjonsredskapet SBAR (se kap. 1.5.3).

Sykepleiere på post skal først kontakte pasientansvarlig lege når en oppdager pasient med et eller flere avvikende kriterier. Sammen kan disse iverksette tiltak og bli enig om de vil kontakte MIT. Ved sykehuset er MIT en intensivsykepleier og anestesilege som møter sykepleier og lege på sengepost. Sammen gjør disse fire en vurdering av pasienten og setter i gang tiltak på sengeposten, eventuelt flytter pasienten til et høyere behandlingsnivå.

Ved sykehuset er dette en ny arena, et nytt team hvor flere profesjoner og erfaringsbakgrunner kommer sammen. Hovedmålet med teamet er å bedre kvalitet for den akutt dårlige pasient på post. Min bakgrunn er intensivsykepleier, jeg har dermed daglig erfaring med kritiske dårlige pasienter. Jeg vet at om erfaringen er stor, er slike situasjoner krevende. Tanken er at intensivsykepleier kan gjøre en forskjell for sykepleieren på post og bidra til læring og økt mestring av akutte situasjoner og dårlige pasienter. MIT er også nye erfaringer for intensivsykepleierne, og om en mestrer den dårlige pasient, så forventer jeg også at intensivsykepleierne opplever MIT som en læringsarena.

1.2 Tidligere forskning

Jeg velger å presentere tidligere forskning knyttet til ulike temaer. Jeg har primært søkt i databasene Cinahl og Pubmed. Jeg brukte søkeordene «RRT», learning, nursing and team. Studiene som presenteres er gjort med ulike metoder, de har ulik målsetning og hensikt. Generelt er det slik at de kvantitative studiene ser på effekten av MIT ift. økt overlevelse ved sykehusene. De kvalitative er undrende studier hvor ulike tema blir belyst. På den måten presenterer jeg MIT som system fra ulike perspektiver.

1.2.1 Den dårlige pasient på sengepost

Jäderling et al. (2011) gjorde en sammenlignende studie av to forskjellige helsesystemer, mellom Karolinska Universitetssykehus i Sverige og Austin Hospital i Australia. Hensikten var å se på karakteristikker og resultat av den dårlige pasient på sengepost. De gjorde en observasjonsstudie ved begge helsesentrene og sammenlignet funnene. De fant at den dårlige pasient på post, identifisert av MIT, var svært like på tross av avstanden både i geografi, språk og kultur. Data viser at den dårlige pasient på post er en sårbar gruppe med høy dødelighet både i Sverige og Australia og er dermed et globalt fenomen. De mener også

at standard behandling og pleie ved sengeposter rutinemessig ikke møter deres medisinske behov. De understreker behovet for å utdanne sykepleiere og leger ved sykehusene for å gjenkjenne den akutt dårlige pasient.

1.2.2 MIT som konsept

D. A. Jones et al. (2011) presenterer en review-artikkel hvor hensikten var å se på utbredelse og konsekvenser av kritisk sykdomstilstand på vanlig sengepost, samt å presentere en oversikt av MIT som konsept. Hensikten med MIT er å øke sikkerhet til akutt dårlig pasient på sengepost. Systemet baseres på tidlig å identifisere pasienter i risiko. I de fleste tilfeller har en godt med tid til å identifisere pasienter i forverring. Et forbyggende tiltak er hyppig og nøyaktig måling og dokumentasjon av vitale mål. Studier viser likevel at slike målinger mangler og spesielt registrering av respirasjonsfrekvensen er mangelfull. De sier MIT som konsept er et sammenhengende system med fire komponenter. Den første komponenten er å identifisere den dårlige pasient på post samt å trigge en respons av personalet på post. Den andre komponenten er responsen som gis, både personalet som kommer for å hjelpe og utstyret som brukes. Den tredje komponenten handler om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Dette innebærer evaluering av hendelser og å forbedre forebygging og responsen. Den fjerde komponenten er den administrative ledelsen av teamet som konsept. MIT utviklet seg parallelt med ønsket om økt kvalitet i sykehustjenesten og for å redusere uventede dødsfall i sykehus. Effekten av å redusere uventede dødsfall i sykehus kan det likevel ikke konkluderes med.

1.2.3 Resultater

Chan et al. (2010) presenterer en review-artikkel hvor hensikten var å se på effekten av MIT for å redusere hjertestans og dødelighet i sykehus. Artikkelen ser på 17 studier som oppfylte inklusjonskriteriene. En meta-analyse av studiene viser at blant voksne er det en reduksjon i hjertestans på 33,8 % på sengepost. Likevel viser ikke summen av studiene lavere sykehusdødelighet.

Det er utført en randomisert kontrollert studie av MIT, MERIT- studien. Etter to måneder med observasjon og fire måneder med forberedelse ble 12 tilfeldige sykehus i Australia valgt. Disse inkluderte MIT som system, mens 11 sykehus skulle fortsette som før uten MIT. MERIT- studien viser at å implementere MIT som system ikke assosieres med mindre hjertestans, lavere overføring til intensivavdeling og lavere dødelighet. Samtidig viser de til

at generelt er sykehusene for dårlige i å observere, dokumentere og respondere på endringer i vitale tegn hos pasientene. De finner at dette også gjelder sykehusene som var en del av MERIT- studien. De mener at disse funnene viser behov for økt fokus på observasjon og dokumentasjon av pasientsituasjon, samt økt oppmerksomhet på opplæring av personalet (Hillman et al., 2005).

Ved Karolinska Universitetssykehus i Stockholm ble det gjort en prospektiv før- og etter studie av MIT. Hensikten var å se på reduksjon av hjertestans og dødelighet ved sykehuset etter innføring av MIT. Det var en kontrollperiode på fem år hvor over 200000 pasienter ble inkludert forut for to års perioden med studie etter at MIT var inkludert hvor over 70000 pasienter ble inkludert. De finner at MIT assosieres med en signifikant reduksjon på 10 % i total sykehusdødelighet, blant medisinske pasienter ble dødeligheten redusert med 12 % og blant kirurgiske på 28 %. De konkluderer med at tidlig identifikasjon og behandling av MIT synes å være viktig for å bedre prognose til akutt dårlig pasient på sengepost (Konrad et al., 2010).

Benin, Borgstrom, Jenq, Roumanis & Horwitz (2012) gjorde en kvalitativ studie hvor hensikten var å se på erfaring og holdninger til MIT. De analyserte 49 åpne intervjuer med sykepleiere, leger, ledere og annet personell involvert i MIT. De viser til at ved tidlig å gjenkjenne en pasient som er i fare og ved tidlig respons av trent personal i akutt kritiske situasjoner, er MIT en strategi for å redusere hjertestans og død ved sengeposter. Studier viser ikke entydig at MIT som system øker overlevelse ved sykehus. Likevel spør forskerne om MIT har betydelig virkning utover disse resultatene. Tema de kom frem til i analysen var teamarbeid og moral, læring, arbeidsbelastning, pasientomsorg og sykehusledelse. Informantene poengterer at MIT førte til effektiv omsorg og pleie til akutt og kritisk syke pasienter. Arbeidsmoralen økte og hindret økt turnover blant personalet. Både leger og sykepleiere mente at MIT kunne brukes som et læringsverktøy. Samtidig finner de at MIT kan føre til ulemper. Det handlet blant annet om konflikter blant basisteam på sengeposten samt at medlemmer av MIT fikk en økt arbeidsmengde. Likevel konkluderer de med at MIT på en effektiv måte har strømlinjeformet behandling av den akutt dårlige pasient på sengepostpost.

Mackintosh, Rainey & Sandall (2012) gjorde en sammenlignende studie av MIT ved to sykehus i England. Studien inkluderte observasjon, intervjuer og analyse av rutinedata. Hensikten var å se på den sosiale konteksten og i hvilken grad den påvirket opptrappingen av MIT, samt hvordan det forbedret sikkerhet for den akutt, kritisk syke pasient på post. Av analysene finner de fire tema. Monitorering av pasientene på sengepost blir en rutinepraksis. Kriteriene formaliserer forståelsen av når pasientene blir dårlige og gir et mandat for behandling og omsorg på tross av profesjoner og hierarkiske skiller. Kontekstuelle forskjeller påvirket innføringen av MIT.

1.2.4 MIT og sykepleie

L. Jones et al. (2009) gjorde en litteratur-review for å identifisere faktorer, både positive og negative, som påvirker sykepleiernes effektive bruk av MIT i akutt kritiske pasientsituasjoner. Analysen av litteraturen er tematisk og sammenlignende. Fem tema ble identifisert. Det første var at behovet for undervisning av MIT som system fremmet bruken av systemet, forståelse og viktighet av å gjenkjenne den dårlige pasient. Det andre funnet var at erfaring og god teoretisk sykepleierkunnskap påvirket avgjørelsen om å aktivere MIT. Tredje tema var at støtte fra hverandre som kolleger fremmet bruken av MIT. Det gjaldt støtte både fra sykepleiekolleger, medisinsk personell og fra kolleger i MIT. Det fjerde temaet var at sykepleiernes opplevelse av å være en «advokat» for pasienten, å tale deres sak, fremmet bruken av MIT. Også det å kjenne pasienten godt gjorde at sykepleieren gjenkjente forverring i tilstand tidligere. Det siste temaet er arbeidsmengde. Arbeidsmengden gjorde at sykepleierne både opplevde det som en lettelse å bli avlastet av MIT i krevende situasjoner, men også at en stor arbeidsmengde påvirket sykepleiernes mulighet til å monitorere pasienten på en god måte og dermed hemmet muligheten for å oppdage tidlig forverring.

Sykepleiere på post er i sentrum for å oppdage endringer i tilstand hos pasienter. Leach, Mayo & O'Rourke (2010) gjorde en kvalitativ studie av sykepleiere hvor hensikten var å oppdage og beskrive sykepleiernes rolle i MIT og dermed hvordan de har bidratt til å redde pasienter. De beskriver at «å redde» er sykepleiesensitivt ved sykepleierens tilstedeværelse og handling i pasientsituasjonen. Data ble innhentet ved semi-strukturerte intervju av 50 sykepleiere på ulikt nivå fra seks ulike sykehus, men alle med tilknytning til MIT. Det ble brukt en grounded-theory-tilnærming. De kom frem til to hovedområder. Sykepleierne brukte protokoll eller kriteriene som beslutningsprosess ift. å ringe etter MIT. Dette gir en

formalisert mekanisme for å få hjelp av spesialister til pasienter i risiko, og MIT som team fører til en synergieffekt av at sykepleierne konsulterer hverandre. Sykepleierne på post informerte om pasient og situasjon. Sykepleierne fra teamet, som er spesialister bidrog med kunnskap om kritisk syke pasienter og ferdigheter inn i situasjonen.

Shapiro et al. (2010) gjorde en kvalitativ studie i perspektivet fra sykepleierne som brukte MIT. Hensikten var å se hva sykepleierne på post opplevde som effekten eller nytten av MIT. De sier at sykepleiere som er trent som årvåkne observatører, er de første i et helseteam til å oppdage en pasient med en livstruende tilstand. De gjennomførte intervjuer av 56 sykepleiere på sengepost fra 18 ulike sykehus i 13 stater i USA. De gjorde en tematisk analyse og stilte tre spørsmål som svar på funnene. 1) Hvorfor ble teamet aktivert? 2) Hva hadde teamet med seg til sengekanten? 3) Hvilke følelser hadde sykepleieren på post om disse opplevelsene? Teamet ble aktivert på grunnlag av tegn og symptomer som var uventet eller viste avvik fra kriteriene. De beskrev også at de «hadde en følelse» av at noe var galt. I noen tilfeller fikk de heller ikke kontakt med egen lege når det var nødvendig. Sykepleierne på post opplevde at teamet hadde med ekspertise og ressurser til sengeposten. De fikk både ekstra hender samt at å få intensivsykepleier til sengeposten, opplevdes som uvurderlig. Sykepleierne på post beskrev mange følelser ift. den akutt dårlige pasient på post, fra stress, nervøs og engstelig til lettelse, tilfredsstillelse og glede når de fikk hjelp. De konkluderer med at ved sykehus som har MIT føler sykepleierne seg ikke lenger som «kastet til ulvene» i forhold til akutt kritisk syke pasienter. Teamet forbedrer sykepleiernes arbeid og fører til økt pasientomsorg.

Williams, Newman, Jones & Woodard (2011) har gjort en kvalitativ studie i form av fokusgruppeintervju av sykepleiere som bruker MIT ved et sykehus. Lite forskning har fokusert på hvordan MIT oppfattes av helsearbeiderne som bruker dem. Hensikten var derfor å beskrive sykepleierne oppfatningen for å få innsikt i konsekvensene av å innføre MIT. De brukte innholdsanalyse for å identifisere tema. De fant tre hovedtema med subtema. Det første temaet er den individuelle sykepleier og innbefattet muligheten for å utvikle kunnskap og læring samt nytten MIT har for pasienten ved rask hjelp av kompetent personell. Sykepleierne opplevde også at MIT myndiggjorde dem som sykepleiere og gav dem autonomi til å handle. Det andre temaet er teamarbeidet som handlet om å løse problemer i sammen og samarbeidet i selve teamet. Det siste temaet var MIT som

organisatorisk system. De beskrev det som å arbeide rundt enheter og systemhindringer for å yte god pasientomsorg. Samtidig så de systemet som en talsmann for den dårlige pasient på post. Studien konkluderer med at sykepleierne på post og deres avgjørelse om å aktivere MIT, er et av de viktigste elementene for at MIT skal bli en suksess.

1.3 Hensikt

Mitt ønske med denne studien er å se på MIT. I hvilken grad sykepleierne på post og intensivsykepleierne betrakter MIT som en læringsarena og utnytter denne arenaen til læring og kunnskapsutvikling. Jeg ser altså på sykepleieperspektivet i teamet. Hva er det i MIT som fremmer og hemmer denne prosessen?

Her ser jeg ikke på kurset som var i forkant av at MIT ble innført ved avdelingene. Det blir likevel en plattform, et utgangspunkt for sykepleierne. Intensivsykepleierne fikk i forkant av oppstart informasjon om MIT som system, hensikten og praktisk gjennomføring.

Fokuset blir dermed MIT i hverdagen på avdelingen og erfaringer sykepleierne og intensivsykepleierne gjør i forhold til kunnskapsutvikling i dette konseptet.

1.4 Forskningsspørsmål og problemstilling

Forskningsspørsmål:

1. Hvordan har innføringen av MIT påvirket din sykepleiefaglige og tverrfaglige utøvelse?
2. Hvordan opplever/erfarer sykepleierne på post og intensivsykepleierne kunnskapsutvekslingen i en MIT- utrykning, og hva fremmer og hemmer kunnskapsutvekslingen?

Problemstillingen blir dermed:

Rett person, rett kunnskap, til rett tid, på rett sted - hvordan påvirker innføringen av MIT sykepleiernes læring og kunnskapsutvikling?

1.5 Begrepsavklaring

Jeg presenterer fire begreper som er sentrale i forhold til oppgaven. Det er kunnskap, læring, det å ha et felles språk og team. I et team hvor flere profesjoner samarbeider er det

avgjørende at en snakker et språk som alle forstår og at budskapet i samtalen kommer frem. Jeg presenterer også kommunikasjonsverktøyet SBAR.

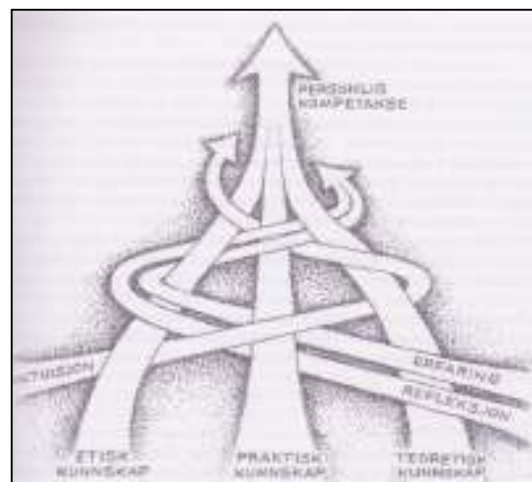
1.5.1 Kunnskap

Kunnskap er et samlebegrep for forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. En kunnskapsbasert helsetjeneste kjennetegnes ved at kliniske beslutninger og helseforvaltning kombinerer forskning med kunnskap fra erfaring, praksis og brukerkunnskap/erfaringer (Kunnskapssenteret, 2011-2013).

Sykepleiere tar kliniske beslutninger basert på et bredt grunnlag av kunnskap og informasjon. Sykepleiere lærer fra hverandre og i interaksjon med hverandre og andre helsearbeidere. Noe av læringen er basert på systematisk forskning (Polit & Beck, 2012).

Faghistorien til sykepleierne viser at kunnskapsgrunnlaget har tre dimensjoner. Den første er vektlegging av klinisk observasjon som en sentral sykepleiefaglig kompetanse. Å se sykepleie som et håndverk, som har grunnlag i medisinsk og annen relevant kunnskap er den andre dimensjonen. Den tredje dimensjonen handler om hvordan god sykepleie hjelper den syke til å gjenvinne krefter, forebygge sykdom og fremme helse (Nortvedt, 2008).

Marit Kirkevold (2002) har utviklet en modell om utvikling av personlig kompetanse. Modellen viser hvordan ulike former for kunnskap, erfaring, intuisjon og refleksjon inngår i utviklingen av personlig kompetanse.



Ifølge Kirkevold (2002) har vi tre former for kunnskap. Teoretisk kunnskap blir ofte forstått som abstrakt, generell og intersubjektiv. Den er ikke knyttet til en bestemt person, og er tilgjengelig gjennom skriftlige utsagn. Praktisk eller kliniske kunnskap er den kliniske virksomheten som utvikles og brukes i fagmiljøet i møte med pasienten og som kan danne utgangspunktet for systematisering og konkretisering (Nortvedt & Grimen, 2004). Praktisk kunnskap er knyttet til personen som har gjort erfaringene og opplevelsene vedkommende har hatt. Praktiske kunnskap kan deles direkte ved felles opplevelser eller indirekte ved at andres erfaring blir formidlet. *Etisk*

kunnskap er relatert til normer og verdier. Betydningen av etisk kunnskap blir tydelig når praksis innebærer handlinger rettet mot mennesker (Kirkevold, 2002).

I Kirkevolds (2002) modell er erfaring, intuisjon og refleksjon viktige komponenter i utviklingen av personlig kompetanse. Refleksjon er evnen til å tenke i begreper, sammenligne og analysere påstander og resonnementer. Refleksjon er en kognitiv distanse, hvor evnen til å vurdere, tenke over og kritisk analyse er viktige elementer (Nortvedt & Grimen, 2004). Refleksjon over praksiserfaringer utvikler kunnskap, innsikt, intuisjon og taus kunnskap. Kirkevold (2002) hevder at refleksjon må være knyttet opp mot kritisk tenkning.

1.5.2 Læring

Senge (2006) mener at læring er noe av kjernen i å være et menneske, vi gjensker oss selv. Gjennom læring mestrer vi noe vi ikke gjorde tidligere. Vi gjenopplever omgivelsene og vårt forhold til dem. Samtidig utvider vi våre muligheter til å skape og blir en del av den skapende prosess i livet.

Han definerer læring som:

Learning is a process of enhancing learners`capacity, individually and collectively, to produce results they truly want to produce. (Senge, 2006, s. 364)

To dimensjoner er viktige i denne definisjonen; Læring er en prosess over tid, og læring bygger evner og kapasiteter for effektiv handling (Senge, 2006).

Benner beskriver eksperimentell læring som et viktig begrep i praksis (Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 2011; Benner et al., 2010). Eksperimentell læring er læring på arbeidsplassen gjennom sosial interaksjon med kolleger, ved å løse arbeidsoppgaver og innenfor rammen av det daglige arbeidet og i omgivelsene til organisasjonen (Filstad, 2010). Eksperimentell læring knyttes mot uformell læring. Det vil si at læringen bare er et biprodukt av annen aktivitet. Formell læring er tilrettelagt og er typisk den læringen som skjer i klasserommet (Filstad, 2010).

1.5.3 Felles språk

Etymologisk betyr «kommunikasjon» å dele, delta, forene eller gjøre forståelsen felles (Brindley & Reynolds, 2011). Å ha et felles språk (shared language) innebærer at en utvikler

en felles språklig forståelse. Resultatet blir mer effektiv kommunikasjon og forståelse. Å utvikle et felles språk er viktig for å utvikle samarbeidet på tvers av disipliner og kulturer. Det er viktig både i opplæring og virksomhet (J. Thomas & McDonagh, 2013).

Felles rammer og språk er viktig for å oppnå gode teamarbeid på tvers av profesjoner. For å utvikle et felles ståsted kreves et felles språk (Allan, Campbell, Guptill, Stephenson, & Campbell, 2006; Giacomini, 2004).

Ved innføring av MIT ved sykehuset ble SBAR som kommunikasjonsverktøy innført. SBAR står for «Situation, Background, Assessment and Recommendation». «Situation» innebærer at en presenterer seg, den aktuelle pasient og hva en er bekymret for. «Background» representerer konteksten og bakgrunn. «Assessment» er vurdering av problemet. «Recommendation» er forslag til hvordan en kan løse problemet (Benner et al., 2011; Brindley & Reynolds, 2011; C. M. Thomas, Bertram, & Johnson, 2009; Woodhall, Vertacnik, & McLaughlin, 2008). SBAR systematiserer kommunikasjonen slik at budskapet blir kommunisert klart og konsist. Dette er spesielt viktig i akutte pasientsituasjoner (Manning, 2006). Benner et al. (2011, s.381) sier:

It is the ambiguous time of change that gives the necessary lead time to intervene regarding an emerging complication. Open communication and dialogue are crucial to the patient`s well-being».

1.5.4 Team

Team har et bestemt og begrenset antall deltakere, og sammensatt av personer med komplementære ferdigheter. Teamdeltakerne er forpliktet av et felles mål og en gjensidig forpliktelse for å nå målet. Komplementære ferdigheter innebærer at en må tenke relasjonelt om ferdighetene. Teamorganisering er et forbilde på det å lære i sammen. Dette forutsetter at en utfyller hverandre i teamet, og dermed lærer av hverandre (Wadel, 2008). Effektivt teamarbeid avhenger av at en er villig til å samarbeide om et felles mål, kommuniserer godt og jobber sammen for å forbedre seg. Teammedlemmene må forutse andres behov, justere seg etter andres handling, overvåke andres aktivitet og fordele arbeidsbyrden, samt ha felles forståelse for hvordan handlinger skal håndteres (Weatphal, Forbes & Barach i Aase, 2010).

Benner et al. (2010, s.11) definerer teamarbeid som:

Function effectively within nursing and interprofessional teams, fostering open communication, mutual respect, and shared decision-making to achieve quality patient care.

Utfordringene i teamarbeid er større i ad hoc-team, hvor de konkrete personene ikke er faste. Her er det kun yrkesgruppene i teamet som er definert (Sollid i Aase, 2010). MIT er adhoc team.

2 Teoretisk ramme

Jeg har valgt to teoretiske perspektiver. Den første er Peter Senges «lærende organisasjon». Han sier at organisasjoner som skal lykkes i fremtiden må oppdage hvordan de skal vekke til live menneskers motivasjon og fremme deres evne til å lære på alle nivå (Senge, 2006). Den andre er Patricia Benners kunnskapsutvikling som tar utgangspunkt i praksis. Hennes vitenskapsperspektiv tar praksis på alvor som et grunnlag for kunnskapsutviklingen (Nortvedt, 2008).

2.1 Peter Senge: Den lærende organisasjon

Peter Senge er en av de ledende teoretikere innen organisasjonsutvikling. Han beskriver organisasjoner som dynamiske systemer i en holistisk forståelse. Organisasjoner som skal lykkes i fremtiden må oppdage hvordan de skal vekke til live menneskers motivasjon og fremme deres evne til å lære på alle nivå. Det er en illusjon å tro at verden består av adskilte og usammenhengende krefter, og når vi gir slipp på denne tanken kan vi bygge "lærende organisasjoner"(Senge, 2006).

Lærende organisasjoner defineres som:

Organizations where people continually expand their capacity to create the results they truly desire, where new and expansive patterns of thinking are nurtured, where collective aspiration is set free, and where people are continually learning how to learn together. (Senge, 2006, s.3)

Sheps (2006) mener at en av hjørnesteinene i utviklingen av pasientsikkerhet i helsetjenesten, er fokus på utviklingen av den lærende organisasjon. Senges fem

dimensjoner i den lærende organisasjon er læring i team (teamlearning), personlig mestring (personal mastery), mentale modeller (mental models), delte visjoner (shared visions) og å tenke i system (system thinking) (Senge, 2006). Å tenke i system er den femte dimensjonen som han mener integrerer de fire andre dimensjonene på makro nivå. På mikronivå vil læring i team lede direkte både til delte visjoner og utvikling av mentale modeller samt at kognitive prosesser er viktig for godt teamsamarbeid (Sheps, 2006).

2.1.1 Læring i team

Læring i team er en prosess av å samkjøre, tilpasse og utvikle kapasiteten til teamet for å skape resultater. Læring i team bygger på disiplinene, delte visjoner og personlig mestring. Velfungerende team bygger på kompetente individer som deler samme visjon. Samtidig har slike team behov for ledelse. I dag blir de fleste avgjørelser tatt i team. Dersom det skjer læring i team, blir teamene små verdener av læring gjennom organisasjonen (Senge, 2006). Sheps (2006) sier at utvikling av team er hva tverrfaglig omsorg handler om, og dermed har slike team positive innvirkning på pasientsikkerhet. Læring i team involverer kommunikasjon, hvordan en håndterer motstridende dialog og diskusjon, samt at det krever praksis (Senge, 2006).

2.1.2 Personlig mestring

Å mestre noe betyr at en person har kunnskaper og kan utøve bestemte ferdigheter. Organisasjoner lærer kun gjennom individer som lærer. Individuell læring garanterer ikke læring, men uten forekommer ingen læring i organisasjonen. Senge (2006) legger imidlertid noe mer enn kompetanse og ferdigheter i personlig mestring. Det handler om å klarlegge hva som er viktig for en som menneske, konsentrasjon av sine krefter og om å oppfatte virkeligheten på en objektiv måte. Mennesker med en høy grad av personlig mestring vil regelmessig videreutvikle sin evne til å skape de resultatene i livet de virkelig søker å oppnå. Det vil si at de er i en prosess av livslang læring (Senge, 2006).

2.1.3 Mentale modeller

Mentale modeller handler om hva som gir verden mening for en som person og hvordan den fungerer. Mentale modeller kan være forenklinger samt komplekse teorier. De er aktive og er med på å forme våre handlinger ved å påvirke det vi ser av verden. Det kan dreie seg om inngrodde kulturer, antakelser eller tankebilder. Svært ofte er vi våre mentale modeller

ubevisst og ser derfor ikke hvordan de påvirker vår adferd. Disse mentale modellene må fram i lyset, slik at de ikke blir hindringer (Senge, 2006).

2.1.4 Delte visjoner

«Shared visions», delte visjoner, er felles mål og verdier. Å skape en felles visjon omfatter evnen til å avdekke de felles bildene av fremtiden som fremmer ekte innsatsvilje og deltakelse. Delte visjoner reflekterer den personlige visjon. Det er viktig i den lærende organisasjon. Utviklende læring oppstår kun når en streber for å oppnå noe som betyr mye for en som menneske (Senge, 2006).

2.1.5 Systemtenkning

Den femte disiplinen, binder de andre fire disiplinene sammen og er helhetstenkingen (Wadel, 2008). Systemtenkning smelter delene sammen til en enhet av teori og praksis, og det minner oss på at helheten kan overstige summen av hver enkelt del (Senge, 2006).

2.2 Patricia Benner: Kunnskapsutvikling

Patricia Benner løftet frem kompetansen til den erfarne praktiker, i boka fra *Novise til ekspert*. Hun gikk tilbake til utgangspunktet, til Florence Nightingale, hvor sykepleiens utøvende virksomhet var nøkkelen for å forstå sykepleie som fag og moralsk virksomhet (Nortvedt, 2008).

Benner tar utgangspunkt i Dreyfusmodellen for tilegnelse av ferdigheter. Modellen beskriver at utvikling og tilegnelse av kunnskap passerer fem kyndighetsnivåer. Kjernen i ekspertkunnskapen er intuitiv og holistisk gjenkjennelse av situasjonen (Nortvedt & Grimen, 2004). Benner mener en må løfte frem praksis, studere den erfarne praktikers kompetanse slik at en synliggjør fagets reelle kunnskapsbase og potensial (Nortvedt, 2008). Hun løfter den erfarne praktikers kompetanse frem ved å beskrive de fem nivåene, fra novise til ekspert (Benner, 1995). Det vesentlige i praktikerperspektivet er å fremme den forbilledlige sykepleien (Nortvedt, 2008).

Nivå 1 – Novise

Som nybegynner har en ingen erfaring med situasjonene en skal yte i. Novisen styres av læreboken, og uten erfaring må en handle etter regler. Uten erfaring klarer en heller ikke å prioritere riktig, hva er viktigst å gjøre først (Benner, 1995).

Nivå 2 - Avansert nybegynner

En avansert nybegynner er i stand til å individualisere og mestre kortsiktig planlegging. Likevel er en nybegynneren lite fleksibel ved store endringer og muligheten for å prioritere er begrenset. En arbeider fremdeles etter allmenne retningslinjer og har nettopp begynt å skille mellom tilbakevendende mønstre i arbeidshverdagen (Benner, 1995).

Nivå 3- Kompetent

En regner en som kompetent når en har hatt samme arbeidsforhold i to til tre år. Den kompetente sykepleier har en bevisst, abstrakt og analytisk overveielse av problemer, samt at handling styres av langsiktig mål og planlegging. Sykepleieren mestrer komplekse situasjoner og er fleksibel, men mangler hurtighet (Benner, 1995).

Nivå 4- Kyndig

Den kyndige ser situasjonen som en helhet. Av erfaring vet sykepleieren hva en kan vente seg i den aktuelle situasjonen. Den holistiske forståelse gjør sykepleierne til en bedre beslutningstaker. Den kyndige vurderer færre muligheter og kommer dermed raskere til det sentrale problem og mulighetene å løse det på. En regnes som kyndig når en har arbeidet tre til fem år i samme arbeidsforhold (Benner, 1995).

Nivå 5- Eksperten

Eksperten vet hva som må gjøres. På grunnlag av erfaring har eksperten et intuitivt grep over situasjonen. Ekspertsykepleieren handler ut fra en dyp forståelse og ser problemstillingen uten å vurdere, analysere og overveie handlingsalternativene. Handlingen er blitt en del av sykepleieren og eksperten har utviklet et sterkt klinisk skjønn. En må minst ha fem år innen et fagfelt for å utvikle denne kompetansen. Noen blir likevel ikke eksperter om de har arbeidet i mange år innen samme fagfelt (Benner, 1995).

Når Benner setter søkelyset på ekspertsykepleien, synliggjør hun kompleksiteten i sykepleiepraksisen. Hun løfter frem skjulte kunnskapsformer i praksisen, både det særegne og det allmenne ved kunnskapen. Det sentrale i slik kunnskapsutvikling er at den er beskrivende, og reflekterer den faktiske, kliniske kompetansen i sykepleiemiljøet. Slik starter

en nedenfra i den eksisterende praksis. Et slikt vitenskapelig perspektiv tar praksis på alvor som et grunnlag for kunnskapsutviklingen (Nortvedt, 2008).

3 Metode

I dette kapitlet blir design og metode i studien belyst. Dette innbefatter utvalg, datainnsamling, dataanalyse, troverdighet og gyldighet, samt forskningsetiske vurderinger.

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

Forskningsmetoder må tilpasses de fenomener som skal undersøkes (Thornquist, 2003). Sykepleieforskning har i hovedsak fordelt seg i to store paradigmer, positivisme og konstruktivism. I det positivistiske paradigmet er mye av forskningen rettet mot å forstå de underliggende årsakene til fenomenet. Objektivitet er en viktig verdi og målsetning (Polit & Beck, 2012). Studier utført på dette grunnlaget har en forestilling om en nøytral kartlegger og en objekt virkelighet. Kvantitativ metode er tradisjonelt den positivistiske forskningsmetode (Thornquist, 2003).

Det konstruktivistiske paradigmet oppstod som en reaksjon eller motsetning til positivismen. Realiteten er ikke en fast sannhet, men en konstruksjon hvor sannheten eksisterer i en kontekst der mange konstruksjoner er mulige. Kunnskap maksimeres når avstanden mellom forsker og de som studeres minimeres (Polit & Beck, 2012).

I min studie har jeg gjort en kvalitativ tilnærming hvor jeg har brukt utforskende design i form av fokusgruppeintervju. Konstruktiv forskning ønsker å undersøke det dynamiske, helhetlige og individuelle aspektet ved det menneskelige livet. Konstruktive studier belyser dybdeinformasjon som kan klargjøre flere sider av et fenomen. Funn fra kvalitativ forskning er typisk erfart fra mennesker med førstehåndskunnskap av fenomenet (Polit & Beck, 2012).

3.2 Forforståelse

Vi møter alle verden med en forforståelse, med kunnskaper og oppfatninger av virkeligheten. Dette bruker vi til å tolke alt rundt oss. Som forsker vil forståelseshorisonten kunne påvirke det en observerer og hvordan dette vektlegges og tolkes (Johannessen, Tufte, & Kristoffersen, 2010). Kuhn stilte spørsmål ved den rådende oppfatning og karakter av vitenskapen. Han hevdet at all vitenskap er avhengig av en ramme. Det forskeren observerer påvirkes av teori, hypotesen, rammen og forskerens bakgrunn (Denzin & Lincoln, 2008).

Forforståelse som begrep ble introdusert av den tyske filosofen Heidegger i den hermeneutiske tradisjon. Erkjennelsen til mennesket finnes ved «å være i verden» (Thornquist, 2003).

Min faglige bakgrunn er intensivsykepleie. Utdanning i intensivsykepleie krever bachelor i sykepleier, og innebærer 1,5 år med fulltidsstudier. Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie til akutt og kritisk syke pasienter. Det innebærer å delta aktivt i prosessen ved å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død (NSFLIS, 2004).

Min forforståelse for MIT var veldig begrenset. Ved sykehuset er det som beskrevet i kap. 1.1 et nytt system. Likevel er en del av intensivsykepleieres hverdag å bistå sengeposter med prosedyrer, veiledning og tilsyn til pasienter som for eksempel har vært på intensiv eller har behov for smertepumpe.

3.3 Fokusgruppeintervju

Hensikten med studien har vært å se på lærings- og kunnskapsformidlingen i MIT, sett fra sykepleieren på post og intensivsykepleieres ståsted. MIT har vært et pilotprosjekt ved sykehuset og kunnskapen og erfaringene disse sykepleierne og intensivsykepleierne har tilegnet seg er helt spesielle ved sykehuset.

«Gjennom ordene deler og former vi den virkeligheten vi er en del av» sier Malterud (2011, s. 129). Det handler om å utveksle informasjon i en sosial samhandling. Som forsker er det derfor viktig å forstå hva som foregår mellom informant og den som intervjuer og hva det betyr for tolking og funn. Fog (2004) sier at målet med intervjuet eller samtalen er å avdekke livsverdenen til personen en intervjuer og middelet er forståelsen. Generelt skal intervjuer gi informasjon om en situasjon som gir grunnlag for innsikt om tanker, følelser og erfaringer (Kvale, Brinkmann, & Anderssen, 2009). Fokusgrupper produserer data som sjelden produseres av individuelle intervjuer pga. synergieffekten som er i en fokusgruppe. Det avdekker normer og forutsetninger, samt at fokusgrupper også tar den fortolkende prosessen videre (Denzin & Lincoln, 2008). Slik blir fokusgruppeintervjuer spesielle og samtalen en prosess. Forståelse er ikke mulig å slutføre, den utvikles gjennom samtalen (Fog, 2004).

Ifølge Morgen (1997) defineres fokusgrupper som:

As research technique that collects data through group interaction on a topic determined by the researcher. In essence, it is the researcher's interest that provides the focus, whereas the data themselves come from the group interaction. (Morgan, 1997, s.6)

3.3.1 Rekruttering av informanter

Temaet i forskningen, sykepleiefaglig læring og kunnskapsformidling, egner seg godt for fokusgruppeintervju. Malterud (2012, s.133) viser til fokusgruppeintervjuer og sier at «denne tilnærmingen er spesielt godt egnet hvis vi vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler».

Vi er to medstudenter som skriver hver vår masteroppgave knyttet til MIT som forskningsprosjekt. Vi har begge tema som egner seg godt for fokusgrupper ved de kirurgiske avdelingene og valgte derfor å legge frem begge temaene i felles fokusgrupper. Temaene henger sammen, supplerer hverandre og vi fikk fyldig informasjon. Hverdagen ved de kirurgiske postene er hektisk og muligheten for å ta ut store grupper av sykepleiere er begrenset. Felles fokusgruppeintervju ble dermed en egnet arena for å gjøre forskning i hektiske hverdager. Fokusgruppeintervjuene ved intensivavdelingen var det kun jeg som gjorde. Vi var hverandres moderator for å redusere biaser.

Avdelingslederne ved de aktuelle avdelingene kjente godt til MIT. Avdelingsledelsen fikk informasjonsbrev om forskningsprosjektet og ønsket om å gjennomføre fokusgruppeintervju ved avdelingene. Inklusjonskriteriene for studien var sykepleiere/intensivsykepleiere med erfaring med MIT-utrykning. En ønsket også en variasjon i alder og erfaring.

3.3.2 Utvalg

Malterud (2012) anbefaler generelt fem-åtte informanter i hver gruppe. Vi valgte å redusere antall informanter i hver gruppe til fire, men økte antall fokusgrupper slik at summen av informanter totalt ble god. Ved intensivavdelingen gjennomførte jeg to fokusgruppeintervjuer. Utfordringen var at ved tre intervjuer ble det kun tre deltakere. Malterud (2012) beskriver at hun har ledet grupper på tre deltakere. Ved små grupper kan det være vanskeligere å få deltakerne til å fortelle ulike historier om temaet (Malterud, 2012). Morgan (1997) sier at gruppestørrelsen og informasjonene en får ut av gruppen også

avhenger av hvor involvert informantene er i temaet. Små grupper og lite engasjement i temaet fører til dårlig samtale. Min erfaring var at en fikk gode fortellinger og ytringer både når det var tre og fire informanter i gruppene. I hovedsak gikk praten godt, informantene var enkle å få i tale, og de virket trygge på hverandre.

I forkant av intervjuene hadde vi et testintervju med to erfarne sykepleiere. Hensikten med testintervju er å operasjonalisere intervjuguiden (Malterud, 2011). Intervjuguiden fungerte bra, og det ble et intervju med gode tanker og innspill. Jeg har derfor valgt å innlemme dette i det empiriske materialet til studien. Alle etiske betraktninger ble tatt med i intervjuet, ref. kap. 3.6.

Dermed ble det 16 informanter ved de kirurgiske postene og 7 ved intensivavdelingen. Informantene hadde fra 1- 30 års erfaring som sykepleier og intensivsykepleierne hadde 4- 24 års erfaring. Blant sykepleierne var det 15 kvinner og en mann og blant intensivsykepleierne seks kvinner og en mann. De hadde alle erfaringer fra 1 til 4 MIT-oppdrag. Utvalget av informanter til fokusgruppene var tilfeldig valgt ut fra pasientsituasjon i avdeling, hvem som var på jobb og kunne gå fra, samt at avdelingsleder valgte ut etter gitte kriterier.

3.3.3 Metning

Metning er et begrep som ofte brukes for å vurdere utvalget. Metningspunktet er nådd når en ikke henter ny kunnskap ved ytterligere datainnsamling (Kvale et al., 2009; Malterud, 2011). Som medstudenter var vi enige om at det kom ikke ny informasjon til temaet. Metning av kunnskap var nådd.

3.3.4 Datasamling

Leder av fokusgruppen kalles moderator (Malterud, 2012). Moderatoren eller forskeren må sørge for at alle i gruppen kommer til orde, passe på at dynamikken i gruppen fungerer, og at temaet som skal belyses er i fokus. Fokusgrupper fungerer best i grupper som er samkjørte og har et felles erfaringsgrunnlag (Morgan, 1997; Thagaard, 2009). På dette grunnlaget valgte jeg å ha rene grupper med sykepleiere og rene grupper med intensivsykepleiere.

I forkant utarbeidet jeg en delvis strukturert intervjuguide, se vedlegg 8, en liste over tema og generelle spørsmål som jeg ønsket samtale rundt (Johannessen et al., 2010). I en

fokusgruppe er gruppedynamikken viktig, og skal åpne for nye refleksjoner og fortellinger om temaet. Dermed kunne det dukke opp tema som jeg ikke hadde tenkt på. Intervjuguiden tok for seg hovedpunktene jeg ønsket svar på (Malterud, 2012).

Gruppene var ulike. Noen tok mer initiativ enn andre. Noen grupper hadde i liten grad behov for oppfølgingsspørsmål. De fortalte mye selv. Andre grupper trengte flere spørsmål og som moderator måtte en arbeide mer for å få de gode fortellingene. Hvert intervju ble avsluttet med spørsmålet om hva de opplevde som det viktigste av det vi hadde snakket om i denne samtalen. Morgan anbefaler dette spørsmålet for å få innspill i arbeidet med analysen av intervjuene (Morgan, 1997).

Fokusgruppeintervjuene varte cirka en time. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Alle intervjuene ble transkribert før neste intervju ble gjennomført. På den måten kunne en vurdere hva som fungerte bra og hva en manglet informasjon om (Denzin & Lincoln, 2008; Malterud, 2012). Intervjuene ble gjennomført i et møterom ved sykehuset. Datasamlingen forgikk over en periode på 8 uker.

3.4 Kvalitativ innholdsanalyse

Kvalitativ analyse må foregå slik at andre senere kan følge min vei, anerkjenne systematikken og forstå konklusjonene (Malterud, 2012).

Innholdsanalyse er en metode som brukes både i kvantitativ og kvalitativ tradisjon. Teknikken ble brukt allerede for 200 år siden for å analysere tekst materiale blant annet i journalistikk (Harwood & Garry, 2003). Den er velegnet og mye brukt i sykepleieforskning hvor en har et stort skriftlig materiale og ulike typer tekstkilder. Det er dessuten brukt i bekreftende dokumentasjon (Elo & Kyngäs, 2008).

Jeg har brukt kvalitativ innholdsanalyse slik Graneheim og Lundman beskriver metoden (Graneheim & Lundman, 2004). Malterud (2012) sier at ved en fokusgruppestudie med eksplorerende formål, vil en få gode svar ved å gjennomføre en tematisk, tverrgående og datastyrt analyse. Hensikten er å oppnå kunnskap, innsikt, representasjon av fakta og veiledning til praktiske tiltak (Elo & Kyngäs, 2008).

Graneheim og Lundman (2004) beskriver innholdsanalyse som å kondensere dataene over flere ledd uten å miste essensen av materialet underveis. Kondensering vil si at dataene kodes og kategoriseres. Datamaterialet som er inkludert i analysen blir satt opp i

systematiske matriser med kolonner for meningsenheter, kondenserte meningsenheter, abstraksjon/ subtema og tema (Graneheim & Lundman, 2004). På dette grunnlaget leste jeg gjennom de transkriberte fokusgruppeintervjuene flere ganger. Dette beskrives som analyseenheten. Mitt transkriberte materiale er på 48 sider. Meningsbærende enheter er direkte sitater, ord, uttalelser og setninger som relateres til hverandre, gir samme mening og som har samme kontekst (Graneheim & Lundman, 2004).

Videre ble materialet redusert i analyseprosessen, slik at sitatene kun reduseres til det konkrete innholdet. Graneheim og Lundman foretrekker at en betegner prosessen som kondensering. Den refererer til en prosess med forkortning samtidig som kjernen i budskapet bevares (Graneheim & Lundman, 2004). Gjennom en prosess med flere runder av reduksjon av materialet ble det mulig å finne subtema. Dette beskrives som abstraksjon. Det vektlegger beskrivelser og tolkning på et høyere logisk nivå (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg har brukt flere skjema for å samle enhetene med fellestrekk og utover i prosessen har skjemaene utviklet seg. Jeg har kunnet trekke frem hovedpoengene i fokusgruppeintervjuene. Slik har jeg arbeidet gjennom innholdet og på den måten funnet frem hovedområder. Graneheim og Lundman (2004) beskriver dette som tema.

Jeg valgte å analysere intervjuene til sykepleierne ved sengepostene først, og gjøre den ferdig i sin helhet. Etterpå analyserte jeg intervjuene av intensivsykepleierne for seg. Til slutt sammenlignet jeg og satte intervjuene inn i felles matriser (se vedlegg 9).

3.5 Kvaliteten på de kvalitative data

Et av kjennetegnene ved kvalitativ forskning er fleksibilitet (Repstad, 2007). Ulempen er at det kan være vanskelig å se inn i forskningen som prosess og skjønne hvordan forskeren har kommet frem til resultatene. Forskingen må være transparent (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012; Thagaard, 2009). Det stilles derfor sterke kvalitetskrav til kvalitativ forskning som forutsetter faglig innsikt og oppmerksomhet på metodologiske utfordringer (Ryen, 2002). Begrepene reliabilitet, validitet og generalisering er opprinnelig knyttet til kvantitativ forskning. En ser at de også brukes i kvalitativ forskning, men da med en annen betydning (Polit & Beck, 2012; Thagaard, 2009). Jeg velger å bruke begrepene troverdighet/pålitelighet og gyldighet.

3.5.1 Troverdighet

Som forsker må en strebe etter å vise sannheten i funn hos informantene og konteksten til forskningen. Graneheim og Lundman (2004) og Polit og Beck (2012) viser til Lincoln og Guba (1985) som peker på at troverdigheten involverer to aspekter. At en gjennomfører studien slik at troverdigheten til funnene styrkes og at en demonstrerer troverdighet i forskningsrapporten. Jeg viser til kap. 3.3 hvor jeg har beskrevet gjennomføring av fokusgrupper, rekruttering, utvalg, metning og gjennomføringen av datasamlingen.

Et annet spørsmål som tas opp er påliteligheten i forhold til om funnene ville blitt de samme dersom undersøkelsen ble gjentatt i den samme konteksten (Polit & Beck, 2012)? Det spesielle er at MIT var i startgropen og sykepleierne ikke hadde erfaringen med et slikt team tidligere. Jeg vil tro at dette påvirker mine funn og at en muligens på noen punkter vil få andre svar når systemet er innarbeidet over en lenger tidsperiode og over hele sykehuset.

3.5.2 Gyldighet

Gyldighet er knyttet til tolking av data (Thagaard, 2009). Kvalitative intervju er kritisert fordi svarene som er gitt og tolkingen er vanskelig å gjøre gyldig. En må stole på at funnene som fremkommer representerer bredden og ikke bare de som sammenfaller med forskerens spørsmål (Kvale et al., 2009). Ved fokusgruppeintervju må en vurdere gyldigheten ekstra nøye. I en fokusgruppe som fungerer godt vil en få et rikelig materiale med mange overveielser og variabler (Malterud, 2011).

Jeg har i studien gjort en innholdsanalyse. Jeg sorterte intervjuene, samlet og kategoriserte sitater og fortellinger i intervjuene. I denne prosessen hadde jeg med medstudent og veileder. Alle leste intervjuene, hadde meninger om meningsenhetene, kondensering og diskuterte kategorier og tema (se vedlegg 8). Slik har analyseprosessen vært en åpen og gjennomsiktig prosess (Thagaard, 2009). Jeg har også presentert matriser i masterseminar og fått kommentarer fra lærere og studenter. Ryen (2002) henviser til betydningen av at data er så konkrete som mulig, at en går fra direkte sitater og ikke kun fremstiller tolking av data. Dette styrker også troverdigheten.

I en slik prosess må en også vurdere det som beskrives som intern gyldighet (Kvale et al., 2009; Thagaard, 2009). Svarer jeg på spørsmålet jeg stiller, og undersøker metoden det som er ment den skal undersøke (Kvale et al., 2009)? Jeg har gjennom hele prosessen vurdert

delene og helheten slik at funn tilbakeføres til den sammenhengen de er hentet fra (Malterud, 2011). Jeg har sett på sitater og uttalelser i intervjuene i lys av forskningsspørsmålene og problemstillingen. Slik ser en hvordan sammenhenger støttes innenfor studien (Ryen, 2002).

Ekstern gyldighet knyttes til hvordan forståelsen som utvikles innenfor studien også kan være gyldig i andre sammenhenger. Målet ved de fleste kvalitative studier er å oppnå en kontekstuell forståelse (Polit & Beck, 2012; Thagaard, 2009). Målet er ikke å generalisere, men å forklare, beskrive og oppdage. Samtidig er ingen funn i noen forskning fri fra konteksten (Kvale et al., 2009; Polit & Beck, 2012).

3.6 Forskningsetiske vurderinger

Kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker, der normer og verdier utgjør viktige elementer av kunnskap som utveksles og utvikles. Helsinkideklarasjonen ble etablert og er grunnlag for etiske standarder ved forskning. Den ble vedtatt i 1964 av generalforsamlingen i Verdens legeförening og har i etterkant blitt revidert, sist i 2008 (World Medical Association, 59th WMA General Assembly, Seoul, Korea, October 2008).

Hovedelementene i etisk forsvarlig forskning er informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta i undersøkelsen (Thagaard, 2009). Disse elementene har jeg lagt til grunn i denne studien.

Dette forskningsprosjektet har bedt om fremleggingsvurdering hos Regional etisk komite, REK- vest. REK- vest svarte at prosjektet ikke trengte framleggingsplikt. Formålet med prosjektet er å forbedre helsetjenesten (se vedlegg 1). Prosjektet ble derfor lagt frem for personvernombudet ved sykehuset og godkjent som forskningsprosjekt (se vedlegg 2).

Ombudet påpeker at anonymisering var svært viktig. Divisjonsdirektør og avdelingsledelse tillot også at forskningen ble gjennomført (se vedlegg 3,4 og 5).

De yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger (Norsk sykepleier forbund, 2011). Som profesjonell har en et ansvar for å sette seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten. *Helsepersonelloven* § 21 pålegger helsearbeideren taushetsplikt, og § 29 sier at forskeren har samme taushetsplikt som helsepersonell (*Helsepersonelloven*, 1999). Taushetsplikten brytes ikke når en gir opplysningene anonymt (Kjønstad, 2007).

Informert samtykke er frivillig deltakelse og informantens mulighet til å trekke seg fra undersøkelsen når som helst uten at det får negative konsekvenser (Kvale et al., 2009; Thagaard, 2009). Deltakerne ble informert om forskningsprosjektets formål, om fortrolighet og hvem som ville få tilgang til intervjuet. I starten av intervjuene fikk informantene informasjon, både skriftlig og muntlig, om at de på et hvilket som helst tidspunkt kunne si nei til deltakelse. Alle informantene skrev under på informert samtykke (se vedlegg 6 og 7). Samtykkene er oppbevart i et låst skap ved sykehuset.

I all forskning er det viktig å anonymisere. Ved konfidensialitet gjengir man ikke data som kan avsløre hvem informantene er. All informasjonen som informanten gir skal behandles konfidensielt (Kvale et al., 2009). I undersøkelsen har alle informantene fått nummer, og det henvises kun til det i transkriberingen av dataene. Jeg har spurte etter antall år erfaring som sykepleier/ intensivsykepleier, men gjengir kun den generelle spredningen av informantene. Dette for å vise at spredningen i erfaring hos informantene er stor. Intervjuene ble tatt opp på opptaker og slettet etter transkribering.

I kvalitative studier er nærhet en viktig egenskap. Informantene kan gi opplysninger som de kanskje vil angre på senere. Som forsker er det viktig at en forholder seg til konsekvensene av det en spør etter (Kvale et al., 2009). REK-vest vurderte at dette prosjektet ikke trengte framleggingsplikt, formålet med prosjektet var å se og forbedre tjenesten. Slik vurderer jeg at de negative konsekvensene av å være med som informant er minimale.

3.6.1 Å forske i egen kultur

Min studie er klinisk rettet og til dels er det min egen hverdag som et studieobjekt. Intensivavdelingen er en aktiv part i MIT. Intensivsykepleieren er en aktiv deltaker i gruppa jeg ønsker å undersøke. Som forsker har jeg stilt spørsmål om dette farger mine observasjoner og funn.

Dette handler om nærhet og distanse til det feltet jeg studerer. Om min status som forsker og relasjon til informantene. Som forsker i eget felt har jeg hatt to yrkesroller. Jeg har gått fra praktiker til forsker. Jeg har i flere år vært intensivsykepleier, og intensivsykepleierne jeg intervjuer er samtidig mine kolleger. Sykepleierne på post har jeg ingen relasjon til. Likevel er det slik at en del av deres hverdag har jeg forhåndskunnskap om. Å gjøre feltarbeid i sin egen kulturkrets innebærer at en studerer en del av sin egen virkelighet (Wadel, 1991).

Å forske i eget fagfelt er ikke uvanlig. Mange kvalitative studier er gjort i forskerens egen yrkesbakgrunn (Wadel, 1991). Som forsker har en da gode lokalkunnskaper. Forkunnskapen gjør forskeren bedre i stand til å forstå feltet, og det er lettere å unngå misforståelser (Repstad, 2007). Nærheten kan dermed betraktes som en fordel for å oppnå forståelse og innsikt.

Står forskeren fjernt fra informantene når det gjelder erfarings- og kunnskapsgrunnlag, kan det være et hinder for forståelse (Paulsgaard i Fossåskaret, Fuglestad, & Aase, 1997). I kvalitativ forskning er innlevelse viktig for å oppnå forståelse. Innlevelse har i særlig grad relevant i studier som er preget av nær kontakt mellom forsker og informanter som ved deltakende observasjon og intervju (Thagaard, 2009).

Som forsker i et kjent miljø er det fare for at den subjektive forforståelsen sperrer for en balansert innsikt. Forskeren kan lett identifisere seg med informantene, miste den kritiske distansen og få personlige interesser i det som skjer i feltet (Repstad, 2007).

Innsikten kan også gjøre at det blir vanskelig å stille de gode spørsmålene. En klarer ikke «ta på nye briller» som gjør at en ser på feltet med et kritisk blikk. Et grunnleggende problem ved å studere egen kultur er at vi tar mye for gitt (Wadel, 1991).

Paulsgaard (1997) beskriver at selv om en forsker i eget fag eller samfunn, så innebærer det ikke nødvendigvis studier av egen kultur. Innenfor ens eget felt kan en fordype seg i et felt som ikke er ens eget (Fossåskaret et al., 1997). MIT er nytt ved sykehuset. Jeg henvender meg både til egen og andre avdelinger. Slik blir studien i et grenseland mellom egen hverdag og en hverdag jeg ikke kjenner fra før.

Disse utfordringene har jeg i studien tatt alvorlig. Jeg har sett at nærheten til feltet kan føre til at perspektivet og den gode refleksjonen blir påvirket. Likevel er det slik at i dette utdanningsløpet har en vært borte fra feltet i uker om gangen. Dette har påvirket hva en legger merke til når en kommer tilbake i feltet. Diskusjon med veileder, medstudenter og forskergruppe gjør også at den kritiske refleksjonen oppleves å være tilstede i vurderingene. Likevel vil nærheten være en bias. I noen studier arbeides det med å fjerne og redusere bias. Kritisk refleksjon kan en først gjøre når en har erkjent sitt ståsted i forskningen og hva det betyr for prosess og resultat (Malterud, 2011).

4 Resultater

I dette kapitlet presenterer jeg funn fra studien. Materialet ble i analyseprosessen delt inn i meningsenheter, kondenserte meningsenheter, abstraksjon/ subtema og tema. Dette har resultert i tre tema og disse betegnes som det latente innholdet i analysen (Graneheim & Lundman, 2004). Det første tema handler om *fra kaos til system*, og det bygger på kategoriene 1) situasjonen før MIT og 2) kriteriene gir fellesforståelse. Det andre temaet handler om at *MIT et system å handle i*, som fremkommer av kategoriene 1) pasienten i sentrum og 2) sykepleiernes bevissthet, erfaring og refleksjon. Det tredje temaet som i analysen kom frem var *læring i MIT som team*. Dette bygger på kategoriene 1) sykepleiefaglig støtte og veiledning og 2) fremmer og hemmer av læring.

Innledningsvis vil jeg starte med en av sykepleierne fra sengeposten som sa følgende:

Jeg tok jo disse målingene. «Men etter hvert så jeg jo poenget med det. At en oppdager det tidligere når pasientene blir dårligere. Så jeg har bare positivt med det. Det hjelper meg til å bli en bedre sykepleier.

4.1 Fra kaos til system

Første spørsmål i intervjuguiden er et åpent spørsmål. Hvordan har tiden etter innføring av MIT vært? Det er et enkelt spørsmål som gir åpning for at den enkelte kan styre noe av det som er viktig i forhold til MIT.

4.1.1 Situasjoner før MIT

Samtlige fokusgrupper på de kirurgiske postene startet med å fortelle om situasjoner før MIT ble innført. De fortalte om situasjoner hvor de opplevde å ringe gjentatte ganger etter lege for å få hjelp til en dårlig pasient. En sykepleier beskriver det slik: «Ofte står en nokså alene. Begge kirurgene står kanskje og opererer. Du har en dårlig pasient, du ringer. Begge er opptatt med operasjon». En annen sier: «Det var mange ganger slik at pasienten lå der og var dårlig, ikke fikk vi respons fra legen». De beskriver en situasjon hvor de ofte måtte vente lenge i en situasjon hvor de hadde en pasient som var dårlig.

Det var situasjoner med usikkerhet og utrygghet både i forhold til det å håndtere dårlige pasienter men også at de var usikker på når de skulle ringe til lege. Hvor dårlige skulle pasientene være før det var greit å ringe etter legehjelp? De beskriver situasjoner hvor de

kjente på fortvilelse og redsel for slike situasjoner. En sykepleier sier «en hadde noen av de vaktene før MIT kom. Der vi ble avfeid av den legen som var på vakt. Hva skal en da gjøre?» En annen sier: «Ja vi ringte og ringte. Og vi fikk svaret. Hvis dere ikke står med HLR er det ikke akutt nok. Og hva gjør en da? Vi visste ikke hva vi skulle gjøre. Da opplever en håpløshet.» Når de beskriver disse situasjonene, er det mange sterke ord som kommer frem. Avhengig, sårbar, avfeid, småfeigt, tilfeldigvis, håpløshet og tvil er noen av dem.

En av informantene forteller en historie fra før MIT ble innført. Hun har vært sykepleier i over 30 år:

Jeg har en episode før MIT som sitter veldig fast i mitt hode. Det var en nattevakt og det var en svært dårlig pasient som lå på gangen, og det var ringt om mange ganger. Og vi ventet veldig på anestesien, for det var de som skulle bestemme om han skulle ned på intensiv eller ikke. Han ble så dårlig og holdt på å dø. Så kom anestesien opp, grønnkledd. Ja, hvorfor har dere ikke kontaktet oss før. Det var bare rett ned i heisen og bagget på vei ned. Det hadde jo aldri skjedd dersom en hadde hatt MIT. Så han husker jeg så godt. Jeg vet ikke hvordan det gikk med han og det var en veldig vond opplevelse.

4.1.2 Kriteriene gir fellesforståelse

Sykepleierne poengterer at MIT har ført til en endring. «Tidligere så vi det mer an, vi venter og ser. Vi stolte ikke helt på at vi hadde sett rett, at vi så noe. Fordi vi visste ikke om vi fikk hjelp eller ikke. Nå vet vi at vi kan, så da stoler vi mer på, og det er mer akseptert». Terskelen for når en ringer etter lege har endret seg, sykepleierne opplever at den er senket. En annen sa det slik: «Slik at en trenger ikke ha så høy terskel for å ringe. Det hadde vi gjerne før».

Forskjellen er at kriteriene er et verktøy. Kriteriene gir en standard for å definere den dårlige pasient og for når en trenger hjelp. En sykepleier sier det slik «Vi er blitt flinke å dokumentere og se utviklingen. Holdepunktene er da dokumentert. Hvilken vei det går». En annen sier: «Men er det slik at MIT- målene ikke fungerer over en periode, så sier man- nei noe er galt, da må en ringe og gi beskjed. Det er betryggende å vite at en kan det».

Sykepleierne sier at kriteriene gir dem trygghet i hverdagen med den dårlige pasienten og de vet at når kriteriene avviker får de hjelp. «Jeg føler meg i alle fall mye tryggere nå etter at vi begynte med MIT i forhold til tidligere. Nå vet en at en har kriterier som vi kan bruke, og

ringe etter eksperter». Kriteriene bemyndiger: «Trygghet at en har litt i bakhånd. En har MIT å true med. En sier til legen at denne pasienten avviker fra disse kriteriene. Dette er en MIT pasient. Vi må ringe de, og du må være her. Vi har litt mer myndighet på dette».

Intensivsykepleierne støtter sykepleierne i dette. En sier: «Hun oppfylte nok kriteriene for MIT- tilsyn. Jeg tenker jo at det må være en god måte for dem å jobbe på, å ha faste, det er jo veldig klart når MIT skal komme inn. I forhold til de og de kriteriene. Det hadde jeg likt dersom jeg var på post». De mener at kriteriene er en bevisstgjøring for sykepleierne og kartleggingsredskap for når det er behov for hjelp. En sier: «Det er lov å si. Være ærlig på hva en kan og ikke kan. Og vite når en skal be om hjelp. Og det synes jeg jo er en styrke med MIT». En annen følger opp med: «Jeg er enig i det. Da er det opplest og vedtatt at slik er systemet. Og når det er slik er det på sin plass å be om hjelp». En tredje sier: «Ja, og slik bør det jo være alle steder. At det er lov å si at dette kan jeg ikke, nå trenger jeg hjelp. Og vi har jo hverandre. Mange flere å spille på. En mye større trygghet».

4.2 MIT et system å handle i

Sykepleierne på post gir uttrykk for at kriteriene gir læring på flere nivå. De beskriver at kriteriene er et system å handle i, ved å telle puls, respirasjon og å ta BT systematisk. Sammen med dokumentasjon har dette ført til et endret system og har resultert i erfaringer og refleksjon hos sykepleierne.

4.2.1 Pasienten i sentrum

Å observere pasientene ved de kirurgiske postene er ikke noe nytt, men å gjøre det så systematisk og på alle pasienter to ganger til dagen er nytt. En sykepleier sier: «Det er blitt mer fokus på dette med målinger. Nødvendigheten av dem og. Bedring i at en måler og faktisk dokumenterer det man måler». En annen sier: «Vi er blitt mer bevisst på hva vi gjør, pasienten er mer i fokus». Spesielt legger sykepleierne vekt på hva de har lært av å systematisk telle respirasjonsfrekvensen. «Respirasjonsfrekvens hadde vi bare tidligere et forhold til når pasienten ble dårlig. Men nå gjør vi det jo på alle», sier en sykepleier. En annen sier: «Nå er det jo å telle respirasjon, det var vi jo ikke så nøye på før. Nå teller vi jo på alle og ser faktisk at er det noen avvik som en kan oppdage før». De poengterer også at sammen med dokumentasjon gjør det noe med oversikten over den enkelte pasient. En sykepleier sier: «Det er veldig hjelp å ha de MIT- skjemaene. Vi er blitt flinke til å bruke de og

dokumentere og se utviklingen. Holdepunktene er da dokumentert. Hvilken vei det går». En annen sier: «Det er jo det som er fordelene, synes jeg i alle fall. En har ferske målinger hele tiden. En vet når endringen skjer».

Intensivsykepleierne snakker om kriteriene i fokusgruppene. En sier: «Men jeg fikk litt bakoversveis. Jeg trodde jo at på en kirurgisk post, at en måler BT en gang per vakt, temperatur. Det hører for min del med til kirurgisk overvåking. Men det gjorde det jo ikke». En annen sier: «Det er jo sykepleier som jobber der, elementær sykepleier har sklidd ut på en måte. Det tenkte jeg når jeg var der». Andre mener at dette ikke handler om den enkelte sykepleieren, men systemet de jobber i: «Jeg tenker at det må ha sklidd ut på veien et sted. Hvis en tenker på at to sykepleiere på en nattevakt skal ha ansvar for, ja hva er det, 40 pasienter». En annen sier: «Jeg tror at den virkelige verden på posten er ganske hektisk til tider. Ut fra det jeg kjenner er det bare det aller nødvendige de rekker».

Sykepleierne på post er opptatt av at pasienten er i sentrum og målet for det vi gjør. En sykepleier avslutter fokusgruppeintervjuet med å si: «Ja, og at det føre til at pasientene ikke blir like dårlige, eller like lenge dårlige. For uansett så er det jo pasientene som er i midten av alt!» Sykepleierne peker på at MIT gjør at pasientene blir mer overvåket og bedre fulgt opp. Sykepleierne mener at pasientene dermed opplever økt trygghet og det blir økt pasientsikkerhet. En sykepleier sier det slik: «Men da ble pasienten veldig godt fulgt opp utover kvelden». En annen sier: «Men vi er veldig bevisste på hva vi gjør, hvorfor vi gjør det og kan svare pasienten adekvat. Og kan si at det kommer noen for å se til deg. Du skal ikke bare ligge her». En tredje sier: «Så da var det bare å ringe MIT. Vi fikk jo ikke fatt i vår egen lege. Vi fikk hjelp, og det ble bra. Det var jo rask behandling».

Intensivsykepleierne konkluderer også med at bedre oppfølging og trygghet er nytteverdien for pasienten. En intensivsykepleier sier det slik: «Jeg tenker at han får en mye bedre oppfølging. En tettere oppfølging. At de på post har mer den alarmberedskapen, litt følere ute. At de har mer fokus på klinikken. De blir mer drillet i å ha fokus på klinikken». En annen sier: «De må jo oppleve at de blir tatt hånd om og at de blir kontrollert. Liksom fulgt opp når det kommer et MIT- tilsyn som ikke tilhører personalet på avdelingen og at de også kommer for å undersøke om alt er slik de skal. Så det må vel være en trygghet».

4.2.2 Sykepleiernes bevissthet, erfaring og refleksjon

Observasjonene og dokumentasjonen har gitt sykepleierne erfaringer. En sykepleier sier det slik: «Nå teller vi jo på alle og ser faktisk at er det noen avvik som en kan oppdage før». En annen sier: «At en oppdager det tidligere når pasientene blir dårligere og dårligere». En tredje sier: «Nå er det jo oppegående kjekke pasienter som vi har tatt målinger på, og oppdager plutselig at de har atrieflimmer for eksempel». Kriteriene fører til at sykepleierne blir mer bevisste. En sykepleier sier «Ja, folk blir mer bevisste. Jeg tror det har vært veldig nytte med de og. Du vet en får jo observert pasienten på en annen måte enn bare å synse. Vi får det svart på hvitt». En annen sier «Men jeg har jo blitt mer obs. på hva tall og tegn viser og hva jeg kan gjøre med det først. Og hva som blir steget videre. Jeg har lært å bli mer observant». En sykepleier konkluderer med at «Så blir vi mer reflektert. Det er et nytt system. Vi skal henge oss opp i andre ting slik at vi blir mer reflektert over slik som respirasjon. Jeg har jo ikke visst hvor viktig det er, har jo vært utdannet i 20 år. Eller det å ta den to ganger. Hvor viktig det er å se hvordan det forandrer seg».

Intensivsykepleierne ser at i de i akutte situasjoner på post har noe å bidra med. En intensivsykepleier sier det slik: «Og så ser jeg at vi sitter inne med en bred kompetanse, fagkompetanse og erfaring. Det er noe vi kan være med å gi til andre. Si noe om situasjonen. At vi også kan være i forkant med tiltak. Vi er jo fokuserte på handling». En intensivsykepleier opplevde at det var lite samsvar mellom observasjon og handling. «For ved en pasient som var veldig tungpusten, sviktpreget hadde de ikke gjort noe med. De hadde målt BT og puls- men de hadde for eksempel ikke gjort noe med leie, han ble bare tyngre og tyngre. Det hadde de liksom ikke koblet». Samtidig poengterer denne sykepleieren at hun har vært på MIT om natten, det har vært travle vakter på de kirurgiske postene og sykepleierne strakk ikke til. «Det har vært på nattevakter jeg har vært. Og det har vært fryktelig travelt på avdelingene, og sykepleierne på post har vært veldig takknemlige for at vi har kommet».

4.3 Læring i MIT som team

En sykepleier beskriver: «Fordi vi lærer å håndtere situasjoner som vi vanligvis ikke ville håndtert». MIT har lært sykepleierne å håndtere den dårlige pasient.

4.3.1 Sykepleiefaglig støtte og veiledning,

Sykepleierne påpeker at de lærer av å være tilstede i teamet, kunne bidra og lytte til samtalen. En sykepleier sier: «Men når jeg var der med teamet så var det lærerikt. Fordi de spurte meg om observasjoner og ting, så diskuterte jo de seg imellom hva de tenkte og tiltak. Det var lærerikt å høre på dem». En annen sier: «Når en kan være med dem inn til pasienten og se hvordan de går frem når de møter en dårlig pasient». En tredje sier: «for min del lærer jeg av tankegangen deres. Hva tenker de, rekkefølgen. Det er jo flere undersøkelser de diskuterer. Skal en ta blodgass, ja, hvilken rekkefølge og hva kan være aktuelt å tenke på når det er det og det og det».

Intensivsykepleierne ser at MIT som system er en fin arena for kunnskapsformidling. En sier: «Et vanlig tilsyn er en konkret ting. Men ved et MIT- tilsyn er det kanskje flere løse tråder, en kompleks situasjon. Samtidig har vi mer struktur over det. For da har vi de punktene vi går gjennom. Så det er forskjellig». En annen sier: «Da har vi pratet om det vi har holdt på med. Det har jeg opplevd at de har tatt helt inn. De lyttet og tenkte. Det er et bra tidspunkt å videreformidle kunnskap i et MIT- tilsyn».

Sykepleierne på post opplever at de lærer bruk av utstyr og prosedyrer. I tillegg lærer de tankegang og prosess som skjer i vurdering og håndtering av en akutt dårlig pasient på post. En sykepleier sier «bare som for eksempel å kople opp en puritanfukter (PF). Tips og råd, og få lov å være med å gjøre det. En får også dette - ja kanskje vi må endre litt på stillingen. Ofte er det enkle tiltak som man i en travel hverdag kanskje ikke tenker over». En annen sa: «Og MIT hadde lært henne å sette i stand en PF for eksempel. Hadde tatt seg tid til å vise hvordan det gjøres til en pasient som trengte det». Samtidig poengterer sykepleierne, at de ikke er intensivsykepleiere og tiltakene gir dem utfordringer i hverdagene. «Utfordringen er tiltakene mange ganger... timediurese og alt som skal følges opp og gjøres med. Det er ikke alltid det er så fint for resten av pasientene. Og for oss. Vi er tross alt ikke intensivsykepleiere».

Intensivsykepleierne mener også de har noe å bidra med. «Jeg ser at det er store kunnskapsgap blant sykepleierne på post, gjør at det blir meningsfullt å bidra til at de får en økt kompetanse. Slik at de bedre kan ivareta de pasientene de faktisk har på sengepost. Vi kan være med å gi noe både av erfaring og kompetansen vi sitter inne med som

spesialsykepleiere. At det blir en vinn-vinn-situasjon». En annen sier det slik: «Mens vi kan gi råd og veiledning, men ofte kan de ha løsninger selv. Men at de bare trenger en støtte. Mange hoder tenker bedre enn et. La dem få gjøre ting selv. Mye kan de, men de klarer bare ikke hente det frem». En annen mener også at i et team har en ulik kompetanse: «Det er en læringsarena. De har kompetanse på sine ting, og jeg opplever at vi blir sett på som gode støttespillere når vi kommer til avdelingene».

Intensivsykepleierne gir uttrykk for at den akutt dårlige pasient mestrer de, men at de lærer kommunikasjon av å arbeide i team og av det å være på en ny arena.

Intensivsykepleierne er på en sengepost hvor de ikke er kjent, med mye mindre utstyr og hjelpemidler. «Jeg kjente på en spenning når vi gikk... Og en er på en ny arena, slik som sug. En har ikke de vanlige tingene til rådighet slik en ellers har. Men det gikk jo greit, de fant jo frem det de hadde å by på». Så flere har tatt med seg videre hvor store forskjeller det er mellom sengepost og intensivavdelingen: «Så blir jeg minnet på hvordan det er å jobbe på en sengepost... Vi har jo alt. På post er ressursene veldig begrenset». En annen sier: «Slik som at sug ikke er koplet opp, eller oksygen, man har bare et oksygenuttak. Man har nok et ulikt fokus, men jeg ville blitt stresset på post. Alt er koplet vekk».

I forhold til hva intensivsykepleierne lærer sier en: «Egentlig er det jo en læresituasjon for alle impliserte parter fordi det går jo på.. Det er jo en ABCD- situasjon for oss alle egentlig som er til stede. Og at vi er et tverrfaglig team gjør jo at vi ser situasjonen med ulike øyne og at vi kan utfylle hverandre på en bedre måte». En annen sier: «Jeg synes jeg lærer noe selv. Jeg lærer for eksempel det å kommunisere og veiledning. Og det å få en oversikt og finne ut hva situasjonen handler om». En tredje sier: «Jeg ser ikke helt i situasjonen at jeg lærer noe av dem. De trenger ABCD, ikke sant. Det er derfor de ringer, og det kan vi. Men det er som du sier, vi lærer vel mest på det psykologiske plan, teamarbeid, kommunikasjon. Det å være tydelig».

4.3.2 Fremmere og hemmere av teamlæring

Sykepleierne trekker frem tre poenger som påvirker om en lærer noe i MIT. De mener det er situasjonsavhengig, om en får være en deltaker, og av hvordan samarbeidet i teamet er.

Sykepleierne forteller om situasjoner som var travle og opplevdes kaotiske. En sykepleier forteller: «Det kommer nok an på hvilken situasjon en har... Vi sprang egentlig rundt litt, det var litt kaotisk i den situasjonen. Det var godt å ha de der.. Den situasjonen synes jeg var veldig vanskelig, og da var det vanskelig å lære noe». En annen sier: «Og selvfølgelig omstendighetene. Hvor travelt det er, hvor akutt det er, så er det jo ikke så mye en får med seg alltid».

Sykepleierne opplever også at de lærer mer når de får være en del av teamet, når en både får gjøre og blir tatt med som en viktig deltaker. Sykepleierne på sengepost er de som er nærmest pasienten, kjenner pasienten best. Likevel uttrykker flere at det er begrenset i hvor stor grad de er delaktige i beslutninger. En sier: «Men jeg føler ikke vi er veldig delaktige i beslutninger. Fordi jeg føler det er derfor vi ber om hjelp. For å få den kompetansen fra noen andre». En annen sier: «Noen ser oss og forstår at vi er en viktig brikke i det som skjer, og at dersom vi kan dette neste gang, så kanskje vi kan gjøre det selv istedenfor å få hjelp til det». En tredje sier: «Blir en stående på siden, blir en mer en observatør enn deltaker. Det er jo klart at en lærer når en ser også. Men lærer jo mye mer av å gjøre selv».

Samarbeidet i teamet fremmer læring og utvikler læringsmiljøet. «Det har mye å gjøre med de personene som kommer. Noen tar seg tid og har lyst at vi skal bli flinkere. Mens noen tenker at det har ikke du kompetanse til, så dette fikser vi». En annen sier: «At vi kommuniseres med og er en del av det».

En sykepleier oppsummerer fint:

At vi som sykepleiere på post, som kjenner pasienten blir brukt som den som kjenner pasienten. At det ikke blir tatt over av noen andre. For eksempel legene da, at de tar over og snakker om alt, for de vet jo ikke alt. Det er jo vi som står der. De har kanskje vært der de siste fem minuttene mens pasienten er dårlig. Men vi var der jo de fem timene før og har sett utviklingen. Vi har den jo ikke bare på et papir. Du lærer jo mye mer når en få lov å være involvert i noe, enn når en blir litt tilsidesatt som en tilskuer på en måte. Og at en blir innlemmet i diskusjonene og ikke bare står som en tilskuer.

Intensivsykepleierne uttrykte ydmykhet i forhold til å komme på en annen arena. En sier det slik: «Det er vel måten vi møter dem på når vi kommer. Ikke at her kommer «besserwisserne», kan vi få komme til. At vi legger til rette for et greit klima. Vi er ikke der for å overta, men for å bidra med noe». Flere sammenligner det med å gå på besøk: «Det er som å gå på besøk til folk. Det er veldig viktig for å fremme prosesser». En annen sier: «En kjenner jo på at en er ydmyk og i forhold til at en er på annen manns arena». Samtidig er de enig om at det er situasjonsavhengig. «Det er veldig avhengig av hvilken tilstand en møter pasienten i. Hvordan en kan angripe og hvilken tid en har på situasjonen. Om en bare må handle eller en har tid til å finne beste løsning».

5 Diskusjon

Hensikten med MIT er i hovedsak å forbedre behandling til den akutt dårlige pasient på sengepost. Fokuset i studien er å se på MIT som en arena for læring og kunnskapsformidling for sykepleierne og intensivsykepleierne. I dette kapitlet blir funn i studien diskutert i lys av teoretisk rammeverk og tidligere forskning. Innholdsanalysen angir tre tema: 1) Fra kaos til system. 2) MIT et system å handle i og 3) Læring i MIT som team.

5.1 Fra kaos til system

Dette temaet angir at MIT har ført til en endring i møte med den akutt dårlige pasient på sengepost. Sykepleierne beskriver et før og et etter.

5.1.1 Situasjonen før MIT

Sykepleierne startet samtlige fokusgruppeintervjuer med å fortelle om opplevde situasjoner med den akutt dårlige pasient på sengepost. Det er tydelig at det å ha ansvar for dårlige pasienter er krevende. De beskriver opplevelsen av å være alene med ansvaret og hvor krevende det var å vente på hjelp fra lege. En sykepleier sier: «Ofte står en nokså alene. Begge kirurgene står kanskje og opererer. Du har en dårlig pasient, du ringer. Begge er opptatt med operasjon». En annen sier: «Det var mange ganger slik at pasienten lå der og var dårlig, ikke fikk vi respons fra legen».

Jäderling et al. (2011) finner i sammenligningen mellom Sverige og Australia at karakteristikken av den dårlige pasient på post er lik på tross av avstanden i geografi, språk, kultur og organisasjon er stor. De konkluderer med at den dårlige pasient på sengepost er en

global utfordring, og at standard pasientomsorg og behandling på sengepost ikke møter pasientenes behov.

Å ha en dårlig pasient på post er stressende for sykepleierne. Shapiro et al. (2010) beskriver blant annet det samme som informantene i denne studien. Sykepleierne er nervøse og redde for hva som vil skje med pasienten. De beskriver stresset og vanskelige opplevelser ved ikke å få kontakt med lege.

For mange sykepleiere er den dårlige pasienten en trussel, noe en kjenner en ikke har kontrollen over og ikke mestrer. Senge (2006) sier at personlig mestring handler om mer enn kompetanse og ferdigheter, men at det bygger både på kompetanse og ferdigheter. Når personlig mestring blir en disiplin, synliggjør det to underliggende momenter. Det første er å klargjøre hva som er viktig, mens det andre er å lære å se realiteten mer klart. Personlig mestring er en prosess, og som person er en i en kontinuerlig læremodus. Personer med høy personlig mestring er klar over styrker og svakheter, hva en mestrer og hvor behovet for ny læring er. Å mestre kan være et nivå av ferdigheter eller kompetanse (Senge, 2006).

En dimensjon av ikke å mestre handler om mangel på kunnskap om situasjonen en står i som sykepleier. Mangel på kunnskap er en kritisk faktor som kan ha negativ innvirkning både på pasient og sykepleier (Severinsson & Holm, 2012). Informantene forteller om stress i forhold til den akutt dårlige pasient på post. Kravet som stilles i situasjonen er større enn det sykepleierne mestrer. Severinsson og Holm (2012) beskriver dette som et «kunnskapsgap». Kunnskapsgapet kan eksistere på ulike nivå, på et individuelt nivå og et mer generelt nivå. Praktisk kunnskap følger utøveren, på et individuelt nivå og den er indeksert. Det vil si at en kan se hvor den kommer fra, hva den brukes til og hvem som har kunnskapen. Skifter en utøver, varierer også den praktiske kunnskapen.

Kirkevold (2002) viser til tre former for kunnskap. *Teoretisk kunnskap* er abstrakt, generell og intersubjektiv. *Praktisk eller klinisk kunnskap* beskriver den kliniske virksomheten som utvikles og brukes i fagmiljøet i møte med pasienten og som kan danne utgangspunktet for systematisering og konkretisering (Nortvedt & Grimen, 2004). Det er opplevelser og hendelser. *Etisk kunnskap* er relatert til normer og verdier.

Praktisk kunnskap handler om «å vite hvordan» (Kirkevold, 2002). Til sammenligning benevner Severinsson og Holm (2012) dette som prosessuell kunnskap. Praktisk kunnskap kommer til uttrykk i handlinger, bedømminger, vurderinger og skjønn. Det er kunnskap i handling. Ved å forstå en handling, forstår en hensikten. Slik forstår en også omgivelsene (Nortvedt & Grimen, 2004). Stresset beskriver også usikkerhet i forhold til handlingsramme en har i den gitte situasjonen. Med dette menes at ulike metodologiske tilnærminger er nødvendige for å oppdage fenomenet (Severinsson & Holm, 2012).

Situasjoner med kritisk syke pasienter på sengepost og øyeblikkelig hjelp situasjoner krever rask handling. Sykepleierne har ikke anledning til å stoppe opp å reflektere over hva som må gjøres. En må handle kompetent. Mestring i en slik situasjon handler om evne til å fatte hva som er på ferde og hvilke tiltak som må iverksettes (Kirkevold, 2002). Benner (1995) sier at kvalifisert handling i livstruende situasjoner er å raskt oppfatte hva problemet er, balansere behovet og ressursen i situasjonen og evnen til å sette i gang tiltak til hjelp kommer.

Senge (2006) sier at kjernestrategien i ledelse av personlig mestring er enkel. Det handler om å være en modell. Handling taler sterkere enn ord. Når klimaet i en organisasjon fremmer personlig mestring, preges det av at personlig vekst er verdifullt i organisasjonen samt at den enkelte er klar over behovet for ny læring. Opplæring i jobben, i situasjonene, er avgjørende. Severinsson og Holm (2012) viser til at sykepleieledere må utvikle verktøy for å styrke og støtte sykepleieres rolle i kvalitetsarbeidet, ved å bygge bro over noen av kunnskapsgapene. Slik er MIT et verktøy for å bygge en bro over et gap som flere sykepleiere på post opplever som krevende. MIT blir da standard pasientomsorg og behandling på sengepost for akutt dårlige pasienter. Slik at en møter pasientens behov.

Sykepleierne beskriver videre usikkerhet om når de skulle ringe til lege. Hvor dårlige skulle pasientene være før det var greit å ringe etter legehjelp? En sykepleier beskriver «en hadde noen av de vaktene før MIT kom. Der vi ble avfeid av den legen som var på vakt. Hva skal en da gjøre?» En annen sier: «Ja vi ringte og ringte. Og vi fikk svaret. Hvis dere ikke står med HLR er det ikke akutt nok. Og hva gjør en da? Vi visste ikke hva vi skulle gjøre. Da opplever en håpløshet.»

Sykepleierne på post gir uttrykk for at oppfatningen av den dårlige pasient på post er ulik mellom legene og sykepleierne. En kan tenke seg at dette handler om hvor nær en er

pasienten og hvordan en har observert utviklingen av situasjonen. Er en ikke til stede ved pasienten er det lettere å si nei. Samtidig kan det handle om det som Kirkevold (2002) sier er typisk for akutte situasjoner, nemlig at de ikke anses som sykepleiesituasjoner, men som medisinske situasjoner. Det vesentlige ved situasjonen er at pasienten trenger medisinsk hjelp. Likevel er det oftest slik at sykepleieren er nærmest når situasjonen oppstår. Benner (1995) mener at sykepleiepraksisen i akutt kritiske situasjoner er oversett siden den overlapper medisinsk praksis. Akutte situasjoner hvor pasienten er kritisk syk krever rask avgjørelse og raske tiltak fra sykepleiernes side. God pasientomsorg innebærer dermed at sykepleierne håndterer slike situasjoner på en god måte. Akutte situasjoner krever medisinske og tekniske basiskunnskaper, administrative ferdigheter og god kommunikasjon (Kirkevold, 2002). Kirkevold (2002) sier videre at akuttsituasjoner krever standardiseringer.

L. Jones et al. (2009) viser til at erfarne sykepleiere er tryggere og mer selvsikre ved avgjørelse rundt den dårlige pasient. Dette handler om å gjenkjenne den dårlige pasient på sengepost og når en skal ringe etter MIT. De beskriver dette som den første komponenten, hvor hensikten er å identifisere den dårlige pasient på post samt trigge en respons av personalet på post (D. A. Jones et al., 2011). Videre viser forskning at effektiv bruk av teoretisk kunnskap, klinisk vurdering og faglig skjønn øker sykepleiernes årvåkenhet i forhold til avvik av kliniske tegn og dermed at de tidligere aktiverer MIT (L. Jones et al., 2009).

Tradisjonelt handler kvalitetsarbeid om faglig standard og kompetanse hos den enkelte tjenesteutøver. I helse- og omsorgstjenesten tar mange metoder for systematisk kvalitetsarbeid utgangspunkt i mikrosystemtenking. Et mikrosystem er en avgrenset del av den utøvende virksomhet og består av ulike fagpersoner og personell. Mikrosystemet legger til grunn at forbedring av kvalitet og sikkerhet skapes på grunnplanet (Meld. St. 10, 2012-2013). Videre beskriver Meld. St. 10 (2012-2013) at kompleksiteten og spesialiseringen i dagens helsetjeneste krever et samarbeid mellom et stort antall fagpersoner og at kunnskapsutviklingen skjer så raskt at det er umulig for den enkelte å ha oversikt over ny kunnskap. Dette skaper behov for teamarbeid og standardiseringer.

5.1.2 Kriteriene gir fellesforståelse

Kriteriene er et middel eller et verktøy for å monitorere pasientene på sengepost. De formaliserer forståelsen av den dårlige pasient. Mackintosh et al. (2012) sier at kriteriene

myndiggjør personell, uavhengig av hierarkier, til å be om hjelp til den dårlige pasient. Kriteriene strukturerer samtidig diskusjonene rundt pasienten og blir en del av det muntlige og skriftlige språket på organisasjonsnivå, integrert i dokumentasjon og rapporter. De sier at det er en uniformering og standardisering av den akutt, kritisk syke pasient. Både hvordan pasienten oppdages, men også hvilke handlingsrammer en har.

Kriteriene har gitt sykepleierne og legene en fellesforståelse for hva en dårlig pasient er. En sykepleier sier «Tidligere så vi det mer an, vi venter og ser. Vi stolte ikke helt på at vi hadde sett rett, at vi så noe. Fordi vi visste ikke om vi fikk hjelp eller ei. Nå vet vi at vi kan, så da stoler vi mer på, og det er mer akseptert». Sykepleieren forteller her om at terskelen for når en ringer etter lege har endret seg. Sykepleierne opplever at den er senket. En annen bekrefter det slik: «Slik at en trenger ikke ha så høy terskel for å ringe. Det hadde vi gjerne før».

Det er legene og sykepleierne som er aktive i behandling og omsorg for pasienten. Pasientene er avhengig av kontinuerlig overvåking, mens personalets tid er delt opp i åtte-timers vakter. Resultatet blir at ansvaret for den enkelte pasient skifter mellom de ansatte. Å dele ansvaret for pasienten på mange hender innebærer at den enkelte sykepleiers og leges ansvar for pasienten reduseres. Ansvaret for pasienten er kollektivt, og når personkontinuiteten blir lav gir det utfordringer i å sikre behandling og oppfølging av pasienten (Aase, 2010; Olsvold, 2010). Meld. St. 10 (2012-2013) sier at helse- og omsorgssektoren har den høyeste andelen av ansatte med skift- og turnusarbeid med arbeid hver dag hele året. Det er høy vikarbruk, deltidsarbeid og mange faggrupper. Lederne har et vidt ansvarsområde. I slike situasjoner er det krevende å drive kontinuerlig utviklings- og kvalitetsarbeid.

Senge (2006) beskriver «Shared visions», delte visjoner som felles mål og verdier. En felles visjon omfatter evnen til å avdekke de felles bildene av fremtiden som fremmer ekte innsatsvilje og deltakelse. Delte visjoner reflekterer den personlige visjon. Spesielt viktig er den delte visjon som er iboende i en persons ønsker. Det handler ikke om hva visjonen er, men hva visjonen gjør. Slik blir arbeidet en gjør en del av bedriftens eller organisasjonens hensikt. Meld. St. 10 (2012-2013, s.8) sier at: «Pasienter og brukers behov skal stå i sentrum. Det er tegn på god kvalitet». Sheps (2006) sier at kvalitet handler om å yte omsorg basert på

standarder, retningslinjer, klinisk erfaring og trening. Pasient omsorg og behandling er i sentrum, og høy pasienttilfredsstillelse er målet.

Sykehuset skal møte pasientens behov i alle situasjoner. Pasienten i sentrum kan dermed defineres som den delte visjon. Sykehus beskrives som komplekse og tradisjonelt har legene en rolle hvor de er på flere arenaer innenfor sykehuset. De er på poliklinikker, på operasjonssaler og på spesialavdelinger. De skal møte mange ulike forventninger og kanskje pasienter både på avdelinger og poliklinikker. Sykepleierne er lokalt ved den enkelte avdeling. Olsvold (2010) sier at sykepleiernes arbeid, nær pasienten, i stor grad bidrar til å forme sykehusets behandlingskontekst. Sykepleierens deltakelse i den medisinske behandlingen er utstrakt, og behandlingsrelaterte oppgaver opptar stadig mer av sykepleierens arbeidstid. I mange tilfeller er ikke dette gitt som formell utvidelse av ansvarsområdet, men kun en forskyvning i delegerte plikter i hierarkiet. Ved å delegerer det medisinske arbeidet som assistentoppgaver underkjennes sykepleierens kompetanse, selvstendige vurderinger og intensjonelle handlingsvalg (Olsvold, 2010). Benner (1995) sier at dette er oppgaver og planer som ofte er gitt til sykepleierne ad hoc. Hun sier videre at sykepleierne ofte fanges i en tvetydig situasjon, ved å fungere som et sikkerhetsnett både for den medisinske behandling og sykepleiepraksis. Denne organisatoriske strukturen kan ha negativ innvirkning på hvor oppmerksomheten egentlig skal rettes.

Litteraturen viser at det er motstand både hos sykepleiere og leger mot kunnskapsbaserte verktøy. En mener retningslinjene hindrer utøvelse av faglig skjønn, autonomi, kliniske tiltak og individuell pleie og behandling. Verdien av slike verktøy er avhengig av at de blir brukt (Wiig & Hansen i Aase, 2010).

MIT er et verktøy. Kriteriene har gitt enighet mellom sykepleiere og leger om når pasienten er dårlig. Samtidig kan en tenke at MIT og kriteriene formaliserer og setter søkelys på sykepleiernes viktige jobb ved å identifisere den dårlige pasient på avdelingene. Metcalf, Scott, Ridgway, og Gibson (2008) sier at sykepleierne på post er av avgjørende betydning. «Bedside nurses are the true heroes of any Rapid Response system.» (Metcalf et al., 2008). En av sykepleierne sier det slik «Vi er blitt flinke å dokumentere og se utviklingen. Holdepunktene er da dokumentert. Hvilken vei det går». En annen sier: «Men er det slik at MIT- målene ikke fungerer over en periode, så sier man - nei noe er galt, da må en ringe og gi

beskjed. Det er betryggende å vite at en kan det». Intensivsykepleierne støtter sykepleierne på dette. En sier: «Hun oppfylte nok kriteriene for MIT tilsyn. Jeg tenker jo at det må være en god måte for de å jobbe på, å ha faste, det er jo veldig klart når MIT skal komme inn. I forhold til de og de kriteriene. Det hadde jeg likt dersom jeg var på post».

5.1.3 Oppsummering og konsekvenser: Fra kaos til system

MIT i møte med akutt kritisk syke pasient på post gjør en stor forskjell for sykepleierne. De beskriver en før - situasjon og en etter at MIT ble innført.

En erfaren sykepleier beskriver denne situasjonen som betegnende for sykepleiernes situasjon på post. De har definert en dårlig pasient, de har snakket med lege flere ganger og venter på respons. De har en svært dårlig pasient, men med få rammer å handle i:

Jeg har en episode før MIT som sitter veldig fast i mitt hode. Det var en nattevakt, og det var en svært dårlig pasient som lå på gangen, og det var ringt om mange ganger. Og vi ventet veldig på anestesien, for det var de som skulle bestemme om han skulle ned på intensiv eller ikke. Han ble så dårlig og holdt på å dø. Så kom anestesien opp, grønnkledd. Ja, hvorfor har dere ikke kontaktet oss før. Det var bare rett ned i heisen og bagget på vei ned. Det hadde jo aldri skjedd dersom en hadde hatt MIT. SÅ han husker jeg så godt. Jeg vet ikke hvordan det gikk med han og det var en veldig vond opplevelse.

Sykepleierne beskriver situasjoner med utrygghet og som vonde opplevelser. Det er følelsen av å være alene med den dårlige pasient, samtidig som standard pasientomsorg og behandling på sengepost ikke møter pasientenes behov. Her kan en definere et kunnskapsgap (Severinsson & Holm, 2012). Det er en avstand mellom det som kreves i situasjonen, virkemidlene og kunnskapen en som sykepleier på post har.

Kriteriene formaliserer forståelsen av hva den dårlige pasient på post er. Kriteriene er et verktøy og gir dermed en enighet mellom sykepleier og leger. MIT er standardiseringen i møte med den akutt dårlige pasient på post, slik som Meld. St. 10 (2012-2013) etterspør.

MIT og kriteriene gir sykepleierne trygghet. Det er et resultat av å ha et redskap og at en vet hvordan redskapet skal brukes. En sykepleier sier: «Jeg føler meg i alle fall mye tryggere nå etter at vi begynte med MIT i forhold til tidligere. Nå vet en at en har kriterier som vi kan

bruke, og ringe etter eksperter». Intensivsykepleierne støtter sykepleierne på post i dette. De mener at kriteriene er en bevisstgjøring og et kartleggingsredskap for når det er behov for hjelp. En sier : «Jeg er enig i det. Da er det opplest og vedtatt at slik er systemet. Og når det er slik er det på sin plass å be om hjelp». En tredje sier: «Ja, og slik bør det jo være alle steder. At det er lov å si at dette kan jeg ikke, nå trenger jeg hjelp. Og vi har jo hverandre. Mange flere å spille på. En mye større trygghet».

5.2 Et system å handle i

Under forrige tema presenterte jeg Sheps (2006) som sier at god kvalitet handler om pasientomsorg og behandling i sentrum, hvor høy pasienttilfredsstillelse er målet. Som nevnt sier Mackintosh et al. (2012) at kriteriene strukturerer diskusjonene rundt pasienten. De sier at det er en uniformering og standardisering av den akutt, kritisk syke pasient. Både hvordan pasienten oppdages, men også hvilke handlingsrammer en har. Sykepleierne på post beskriver at kriteriene i seg selv fremmer læring. Slik jeg ser det er kriteriene praktisk kunnskap. Nortvedt og Grimen (2004) sier at praktisk kunnskap kommer til uttrykk i handlinger, bedømminger, vurderinger og skjønn. Det er kunnskap i handling. Ved å forstå en handling, forstår en hensikten. Slik forstår en også omgivelsene.

5.2.1 Pasienten i sentrum

Pasientrettet omsorg eller «Patient-centered Care» defineres av Benner et al. (2010, s.12) som:

Recognize patient or designee as source of control and full partner in providing compassionate and coordinated care based on respect for patient's preferences, values and needs.

Ved sykehus er klinisk observasjon av pasienten et viktig behov. Uten observasjon av den kliniske statusen til pasienten, kan en ikke foreta en kunnskapsrik avgjørelse om pasienten. De mener at utviklingen av kunnskap kommer fra forskning og læring i praksis. Praksis er læring i seg selv (Benner et al., 2010). Benner, Tanner, og Chesla (1996) sier videre at å gjøre en klinisk vurdering av pasienten krever systematisk vurdering av en kontekstfri liste av parameter. Parameterne er utgangspunktet for å vurdere avvik fra det normale.

Å observere pasientene ved de kirurgiske postene er ikke noe nytt, men å gjøre det systematisk og på alle pasienter to ganger til dagen er nytt. En sykepleier sier: «Det er blitt

mer fokus på dette med målinger, nødvendigheten av dem og. Bedring i at en måler og faktisk dokumenterer det man måler». En annen sier: «Vi er blitt mer bevisst på hva vi gjør, pasienten er mer i fokus».

Spesielt legger sykepleierne vekt på hva de har lært av å systematisk telle respirasjonsfrekvensen. «Respirasjonsfrekvens hadde vi bare tidligere et forhold til når pasienten ble dårlig. Men nå gjør vi det jo på alle», sier en sykepleier. En annen sier: «Nå er det jo å telle respirasjon, det var vi jo ikke så nøye på før. Nå teller vi jo på alle og ser faktisk at er det noen avvik som en kan oppdage før».

Benner (1995) sier at skal man forstå den betydningen av enhver form for atferd, så må man kjenne sammenhengen og konteksten. «Clinical reasoning is affected by the context of care» (Benner et al., 2010, s. 98). Tolkingen i situasjonen hviler alltid på omstendighetene i situasjonen. Det handler om hensikter, timing og forestillinger. For å forstå atferd må en derfor se den i en større sammenheng. Praktisk viten må studeres holistisk (Benner et al., 2010).

Jeg beskrev at praktisk kunnskap er indeksert. For det første ved at handlinger blir utført av personer i konkrete situasjoner, som overlapper, men aldri er helt like. Kunnskap om hvordan en gjør noe peker på omgivelsene. Enhver må gjøre egne erfaringer og lære som person. Som menneske er man ikke helt utskiftbare (Nortvedt & Grimen, 2004). Benner sier at forskjellen mellom dyktig og mindre dyktig mestring av en akutt og kritisk situasjon, er ekspertens evne til raskt å vite hva som er på ferde og vite hvilke forhåndsregler som er til stede (Kirkevold, 2002).

I forrige punkt beskrev sykepleierne at innføringen av MIT var et før og etter ved å oppdage den dårlige pasient på post. Kriteriene gav dem handlingsrammer og retningslinjer. Kriteriene setter pasienten i sentrum ved praktisk handling og observasjon. Hver morgen og kveld går en til alle pasienter på sengepost og måler BT, puls, oksygenmetning i blodet og respirasjonsfrekvens. Praktisk kunnskap er kroppslig. Det er den enkelte sykepleier som gjør observasjonene, det er sykepleieren i første person. Det er den enkelte sykepleier som erfarer den praktiske handlingen og dermed praktisk kunnskap. Praktisk kunnskap er et trenbart erfaringsfelt (Nortvedt & Grimen, 2004).

Senge (2006) beskriver læring som en prosess hvor en skal forbedre kapasiteten både til den enkelte og kollektivt, til felleskapet. Han sier at læring går gjennom tre nivå, som en pyramide, hvor praksis er det mest åpenbare aspektet ved ethvert fagområde, og det primære fokuset både individuelt og som gruppe når en starter i et fagområde. Praksis er grunnen som en bygger læringen og forståelsen på. Videre viser han til Demning, som hevder at kontinuerlig læring og god ytelse avhenger av å kople begrensinger og mål med inngående kunnskap i frontlinjen. Læring involverer alltid ny forståelse og ny atferd. Sentralt i enhver disiplin er de underliggende prinsippene, hvilket er teorien som er bak praksisen (Senge, 2010). I hovedsak finnes det to modeller for hvordan en skal forstå forholdet mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Den første betrakter praktisk kunnskap som anvendelse av teori. Praktisk kunnskap er anvendt teori og teoretisk kunnskap blir primær. Den andre modellen er at teoretisk kunnskap bygger på praksis. Teori springer her ut av praksis og praktisk kunnskap blir da primær (Nortvedt & Grimen, 2004). I sykepleierfaget er blant annet Benner en talsmann for den andre modellen. Sykepleierforskningen må gå til fenomenet selv, løfte praksis og studere den erfarne praktikers kompetanse. På den måten synliggjør en fagets reelle kunnskapsbase og potensial. Hun gikk tilbake til utgangspunktet, til Florence Nightingale, hvor sykepleiens utøvende virksomhet var nøkkelen for å forstå sykepleie som fag og moralsk virksomhet (Nortvedt, 2008). Det tredje nivået handler om hensikten eller meningen ved disiplinen. Dette handler om helheten i situasjonen. Som ekspert ser en ikke bare delene, men helheten de er en del av (Senge, 2006). Kirkevold (2002, s.20) viser til Donaldson som sier:

Selv om kunnskap fra disiplinen kan forme og utvide praksis, er det den kliniske utøvelsen som skaper et krav om utvikling av disiplinen, og ikke omvendt.

Innenfor sykepleiefaget er det mange områder å forholde seg til. Når Benner (1995) beskriver ferdigheter og kvalifisert praksis handler det om utøvelse av sykepleiefaglig kunnskap i konkrete, kliniske situasjoner. Når hun beskriver ferdighetsnivåene, fra novise til ekspert, handler det om endring eller utvikling av kvalifisert praksis. Som ekspert ser en helheten i situasjonen, en er en aktiv deltaker i situasjonen og en kan anvende erfart kunnskap. Slik jeg ser dette vil dermed en sykepleier være på ulike kompetansenivå innenfor de ulike områdene ved sykepleie. Benner (1995) viser til områder som rollen som hjelper, den undervisende og veiledende funksjon og den diagnostiske og overvåkende situasjon.

Kriteriene handler om den diagnostiske og overvåkende situasjonen. Sykepleierens overvåking er «*pasientens første forsvarlinje*» (Benner, 1995, s. 95). Samme hvor en er i sykehus er denne funksjonen viktig og sentral. Benner stiller spørsmålet om sykepleiere generelt ikke anerkjenner denne rollen (Benner, 1995)?

Intensivsykepleierne snakker om kriteriene i fokusgruppene, og stiller det samme spørsmålet. En sier: «Men jeg fikk litt bakoversveis. Jeg trodde jo at på en kirurgisk post, at en måler BT en gang per vakt, temperatur. Det hører for min del med til kirurgisk overvåking. Men det gjorde det jo ikke». En annen sier: «Det er jo sykepleier som jobber der, elementær sykepleier har sklidd ut på en måte. Det tenkte jeg når jeg var der».

Innenfor den diagnostiske, overvåkende og i akutte situasjoner er intensivsykepleiere generelt på avansert nivå eller ekspert nivå. «Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner»(NSFLIS, 2004). Intensivsykepleiernes arbeidshverdag er kontinuerlig nær pasienten. Shapiro et al. (2010) beskriver i sin studie at for sykepleierne på post gjør intensivsykepleierne i MIT en forskjell. De beskrives som uvurderlige. «Critical care nurses were typically authorized to initiate more complex diagnostic and treatment interventions» (Shapiro et al., 2010, s. 30).

Benner (1984, s. 96) beskriver videre:

We have much to learn from the wisdom embedded in the diagnostic and monitoring skills of expert nurses. Here the importance of perceptual abilities and of connoisseurship is central. Nurses with a background of experience with similar patients develop a specialized knowledge and a special language. By studying this of the experts and by developing consensus about its usage, we will add to our clinical knowledge and point the way for others to gain the same perceptual skills.

Her peker Benner på at ekspertsykepleiernes har mye å lære fra seg knyttet til den diagnostiske og overvåkende situasjon. Dette beskriver hun som vurderingsfasen (Benner, 1984).

Andre intensivsykepleiere mener at mangelen på systematisk observasjon før MIT ble innført ikke handlet om den enkelte sykepleier, men systemet de jobbet under. En sykepleier sier: «Jeg tenker at det må ha sklidd ut på veien et sted. Hvis en tenker på at to sykepleiere på en nattevakt skal ha ansvar for, ja hva er det 40, pasienter». En annen sier: «Jeg tror at den virkelige verden på posten er ganske hektisk til tider. Ut fra det jeg kjenner er det bare det aller nødvendige de rekker».

Benner et al. (2010) skriver at den organisatoriske strukturen påvirker oppmerksomheten sykepleieren har til pasienten. For å ivareta den diagnostiske og overvåkende situasjon på en god måte må sykepleierne ha god klinisk bedømming. Likevel vil ikke sykepleierne klare dette dersom det ikke legges til rette for det ved avdelingene.

Senges (2006) femte disiplin er å tenke i system. Systemperspektivet forteller at en må se over den enkelte sykepleier og hver enkelt hendelse. En må se at den underliggende struktur skaper handling hos den enkelte og fører til forhold hvor handlingene blir en standard. Struktur påvirker handlingen til den enkelte. Senge konkluderer med at den femte disiplinen er hjørnesteinen i læringsorganisasjonen (Senge, 2006).

MIT er organisatorisk struktur rundt pasienten for å oppdage pasientene som blir dårlige på post. Det er organisert en struktur for observasjon og dokumentasjon av hver pasient. Hos sykepleierne har det skapt en handling som er blitt en standard. Sykepleierne poengterer at kriteriene sammen med dokumentasjon gjør noe med oversikten over den enkelte pasient. En sykepleier sier: «Det er veldig hjelp å ha de MIT- skjemaene. Vi er blitt flinke til å bruke de og dokumentere og se utviklingen. Holdepunktene er da dokumentert. Hvilken vei det går». En annen sier: «Det er jo det som er fordelene, synes jeg i alle fall. En har ferske målinger hele tiden. En vet når endringen skjer».

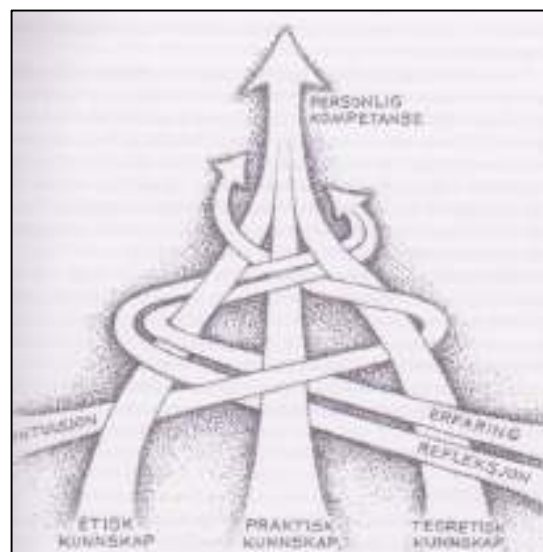
Wadel (2008) sier at den praktiske kunnskapen oftest strekker seg over et begrenset erfaringsområde. Teoretisering er en prosess som innebærer at en prøver ut ny kunnskap på nye erfaringsområder og på den måten får ny erfaring. Den organiserte strukturen skaper en prosess for sykepleierne. De måler systematisk, dokumenterer og erfarer ulike forhold. De klarer å se utvikling hos pasienten, mestrer situasjonen bedre og klarer å være i forkant. Hverdagssituasjoner ved avdelingene blir arenaer for læring. Benner et al. (2010) sier at det handler om å ha et klinisk grep om situasjonen:

At the competent level of skill acquisition, nurses have a developing sense of when they do or do not have a good clinical grasp of the situation. This emotional sense is crucial to early problem search and identification. Perceptual acuity and an acute clinical grasp of the situation are the sources of discovery and early warnings of changes in patient. Increasingly it is recognized that emotions play a key role in perception and even act as a moral compass in learning a practice. (Benner et al., 2010, s. 78)

5.2.2 Sykepleiernes bevissthet, erfaring og refleksjon

Wadel (2008) beskriver læringsatferd som det vi foretar oss for å lære noe. Det er atferd rettet mot læring og som setter i gang en prosess. Læringsatferd er både individuell og i samhandling med andre. Læring er en mellommenneskelig dimensjon som krever at en tenker relasjonelt. Læringsforhold er ikke et begrep som en til daglig bruker, men læringsforholdet er et erfaringsnært begrep. Begrepet fanger en kopling av læringsatferd og at vi stadig lærer av hverandre.

Kirkevold (2002) sier at personlig kompetanse er en forutsetning for kunnskapsanvendelse. Sammenhengen mellom vitenskapelig kunnskap og den praktiske utøvelse av sykepleierfaget går gjennom personlig kompetanse. Gjennom figuren beskriver Kirkevold komponentene som inngår i personlig kompetanse.



Jeg legger her vekt på praktisk kunnskap og dens forhold til teoretisk kunnskap. Jeg har ikke lagt vekt på etisk kunnskap. I sykepleierfaget er etisk kunnskap viktig for å vurdere hvilke handlinger som er riktige i situasjonen. Etisk kunnskap er avgjørende for helheten i sykepleien en yter til pasienten (Kirkevold, 2002). Likevel er fokuset i min studie rettet mot læring av praktisk og teoretisk kunnskap.

Erfaring vil si at en handler og er aktivt involvert. En utøver sykepleie og får erfaring og praktisk kunnskap. Denne prosessen er delvis knyttet til refleksjon. Vi tenker gjennom erfaringene gjør oss opp meninger om hva det betyr, og hva en lærte i situasjonen (Kirkevold, 2002). En sykepleier sier: «Så blir vi mer reflektert. Det er et nytt system. Vi skal henge oss opp i andre ting, slik at vi blir mer reflektert over slik som respirasjon. Jeg har jo ikke visst hvor viktig det er, har jo vært utdannet i 20 år. Eller det å ta den to ganger. Hvor viktig det er å se hvordan det forandrer seg».

Refleksjon betyr en betraktning, en ettertanke eller en overveielse. En kan si at en abstraherer eller trekker kunnskap og innsikt ut fra den konkrete situasjonen en gjorde erfaringen i. Refleksjon er å stoppe opp og se fra avstand det en erfarte (Kirkevold, 2002). MIT som system fremmer refleksjon hos sykepleierne på post. Fokuset i avdelingene gjør at en stopper opp og ser på observasjonene som er gjort, tiltakene og at det har en hensikt. Sykepleierne erfarer og reflekterer. En sykepleier sier det slik: «Nå teller vi jo på alle og ser faktisk at er det noen avvik som en kan oppdage før». En annen sier: «At en oppdager det tidligere når pasientene blir dårligere og dårligere». En tredje sier: «Nå er det jo oppegående kjekke pasienter som vi har tatt målinger på, og oppdager plutselig at de har atrieflimmer for eksempel».

Refleksjon er knyttet sammen med kritisk tenkning. Kirkevold (2002) påpeker at kritisk tenking er en ferdighet en må øve seg i. Det viser seg at refleksjon kan være påvirket av faktorer som påvirker læringsutbyttet. En refleksjon over en episode kan være påvirket av tidligere erfaringer. Man kan feiltolke situasjonen ved å legge mer vekt på enkelte forhold enn det er grunnlag for. Kritisk tenking læres best under veiledning og ved hjelp av gode eksempler. Idealet er at en reflekterer over egne erfaringer med kolleger ved hjelp fra for eksempel en erfaren kliniker.

Refleksjon og erfaring fletter etter Kirkevolds (2002) modell teoretisk, praktisk og etisk kunnskap sammen til personlig kompetanse. Sammen med intuisjon er erfaring og refleksjon lim i læringen. Intuisjon handler om at en vet hva situasjonen dreier seg om uten å gå veien om bevisst analyse. Benner (1995) beskriver intuisjonen som en ekspertegenskap, hvor en har en dyp forståelse for totalsituasjonen. Kyndig anvendelse av kunnskap betyr at en anvender kunnskapen på en fleksibel og refleksiv måte. En kan tilpasse kunnskapen til den konkrete situasjonen. Girot (2000) beskriver i sin studie at kritisk tenking er en viktig del av sykepleierens beslutningsprosess, et krav for den kompetente praktiker, viktig for sikkerhet og en forutsetning for selvstendighet hos sykepleieren. Kritisk tenking handler om evnen til å løse problemer, å resonnerer logisk, analysere informasjon og å konkludere.

Som intensivsykepleier kan en fremme læring i situasjon ved aktiv refleksjon. Refleksjon og kritisk tenkning rundt situasjonene fremmer læringen for sykepleierne, og det gir økt vekst og mestring av akutt kritiske situasjoner for sykepleiere på post.

Intensivsykepleierne ser at i akutte situasjoner på post har de noe å bidra med. En intensivsykepleier sier det slik: «Og så ser jeg at vi sitter inne med en bred kompetanse, fagkompetanse og erfaring. Det er noe vi kan være med å gi til andre. Si noe om situasjonen. At vi også kan være i forkant med tiltak. Vi er jo fokuserte på handling». En intensivsykepleier opplevde at det var lite samsvar mellom observasjon og handling. «For ved en pasient som var veldig tungpusten, sviktpreget. Hadde de ikke gjort noe med. De hadde målt BT og puls, men de hadde for eksempel ikke gjort noe med lei, han blir bare tyngre og tyngre. Det hadde de liksom ikke koblet». Samtidig poengterer denne sykepleieren at hun har vært på MIT om natten, det har vært travle vakter på de kirurgiske postene og sykepleierne strakk ikke til. «Det har vært på nattevakter jeg har vært. Og det har vært fryktelig travelt på avdelingene, og sykepleierne på post har vært veldig takknemlige for at vi har kommet».

Intensivsykepleierne griper fatt i tre poenger her. De ser at som intensivsykepleier har en noe å bidra med i akuttsituasjoner på post. De erfarte lite samsvar mellom observasjonene og handlingen i situasjonen, og at den travle avdelingen påvirket handlingsrommet til sykepleierne.

Kirkevold (2002) påpeker at kritisk tenking er en ferdighet en må øve seg i, og at det læres best under veiledning og ved hjelp av gode eksempler. Wadel (2008) sier at læringsforhold ofte forekommer i medarbeiderrelasjoner. Disse er oftest uformelle og symmetriske. Han mener også at slike læringsforhold er basis for den lærende organisasjon. I en medarbeiderrelasjon er læring en forlengelse av kunnskap.

MIT er en medarbeiderrelasjon som ikke har vært tidligere. MIT krysser grenser og bygger bro mellom intensiv og sengepostene. Konrad (2006) beskriver MIT som «critical care without walls». Samarbeidet mellom intensivsykepleiere og sykepleiere har tidligere vært sporadisk ved behov for hjelp til konkrete oppgaver som smertepumper og ved flytting av intensivpasient til sengepost. Nå er MIT en arena hvor intensivsykepleieren og sykepleieren møtes sammen med leger for å møte behovet til dårlige pasienter på post. Denne arenaen kan brukes som erfaringsbase og til refleksjon. Wadel (2008) sier at organiseringen av produksjonen og personalet kan fremme og hemme den læringsmessige organiseringen. Hemming skjer ofte ved at en begrenser etablering, utvikling og vedlikehold av læringsforhold medarbeidere imellom. Læring i læringsforhold preges av at personalet kan bevege seg i organisasjonen, at medarbeider møtes og at læringsforholdene er uformelle. Det vil dermed oppstå et mangfold i uformelle læringsforhold som kan virke kaotiske på utenforstående. Wadel mener at en slik organisasjon kan være mer lærende enn den ordnede læringsorganisasjon. Om MIT kan betegnes som uformelle læringsforhold kan nok diskuteres. Likevel er det slik at disse treffene ikke er planlagt, det er den dårlige pasient på post som er utgangspunktet for treffet. Situasjonen som oppstår benytter en da som en arena for refleksjon og læring medarbeiderne mellom. Dette fører til økt personlig kompetanse.

Sykepleierne på post sier at kriteriene har ført til økt bevissthet. En sykepleier sier «Ja, folk blir mer bevisste. Jeg tror det har vært veldig nytte med de og. Du vet en får jo observert pasienten på en annen måte enn bare å synse. Vi får det svart på hvitt». En annen sier «Men jeg har jo blitt mer obs. på hva tall og tegn viser og hva jeg kan gjøre med det først. Og hva som blir steget videre. Jeg har lært å bli mer observant».

5.2.3 Oppsummering og konsekvenser: Et system å handle i

Kriteriene i MIT er pasientrettet omsorg. Det handler om å ha pasientens kliniske situasjon i sentrum. Kriteriene er systematisk vurdering av parameterne. Parameterne er utgangspunktet for å vurdere avvik fra det normale.

Sykepleierne opplever at den systematiske vurderingen av parameterne fremmer læring i seg selv. Når Benner (1995) beskriver ferdighetsnivåene, fra novise til ekspert, handler det om endring eller utvikling av kvalifisert praksis. Som ekspert ser en helheten i situasjonen, en er en aktiv deltaker i situasjonen, og en kan anvende erfart kunnskap. Den organiserte strukturen i MIT skaper en prosess for sykepleierne. De måler systematisk, dokumenterer og erfarer ulike forhold. De klarer å se utvikling hos pasienten, mestrer situasjonen bedre og er i forkant. Hverdagssituasjoner ved avdelingene blir arenaer for læring.

Sykepleierne mener det gir dem erfaring og kritisk refleksjon. Refleksjon og erfaring fletter etter Kirkevolds (2002) modell teoretisk-, praktisk- og etisk kunnskap sammen til personlig kompetanse.

Sykepleierne på post er opptatt av at pasienten er i sentrum og målet for det en gjør. En sykepleier avslutter fokusgruppeintervjuet med å si: «Ja, og at det fører til at pasientene ikke blir like dårlige, eller like lenge dårlige. For uansett så er det jo pasientene som er i midten av alt»! Sykepleierne peker på at MIT gjør at pasientene blir mer overvåket og bedre fulgt opp. Sykepleierne mener at pasientene dermed opplever økt trygghet, og det blir økt pasientsikkerhet. Intensivsykepleierne konkluderer også med at bedre oppfølging og trygghet er nytteverdien for pasienten. En intensivsykepleier sier det slik: «Jeg tenker at han får en mye bedre oppfølging. En tettere oppfølging. At de på post har mer den alarmberedskapen, litt følere ute. At de har mer fokus på klinikken. De blir mer drillet i å ha fokus på klinikken».

Leach et al. (2010) bekrefter dette i sin studie. De beskriver at «å redde» er sykepleiesensitivt ved sykepleierens tilstedeværelse og handling i pasientsituasjonen. Sykepleierne brukte protokoll eller kriteriene som beslutningsprosess. Williams et al. (2011) finner at den individuelle sykepleier opplever å utvikle kunnskap og læring og ser nytten MIT har for pasienten ved rask hjelp av kompetent personell. Sykepleierne opplevde også at MIT myndiggjorde dem som sykepleiere og gav dem autonomi til å handle.

5.3 Læring i MIT som team

Sheps (2006) sier at utvikling av team er hva tverrfaglig omsorg handler om. Slike team har positiv innvirkning på pasientsikkerhet. Læring i team er en prosess av å samkjøre, tilpasse og utvikle kapasiteten til teamet for å skape resultater. Læring i team bygger på disiplinene, delte visjoner og personlig mestring (Senge, 2006). Den delte visjonen i sykehus må som nevnt være pasientrettet omsorg eller «Patient-centered Care» (Benner et al., 2010). Personlig mestring handler om å håndtere situasjoner. Benner (1995) sier at kvalifisert handling i livstruende situasjoner er raskt å oppfatte hva problemet er, balansere behovet og ressursen i situasjonen og evnen til å sette i gang tiltak til hjelp kommer. Senge (2006) mener at klimaet i en organisasjon fremmer personlig mestring når det preges av at personlig vekst er verdifullt i organisasjonen samt at den enkelte er klar over behovet for ny læring. En sykepleier beskriver: «Fordi vi lærer å håndtere situasjoner som vi vanligvis ikke ville håndtert». MIT har lært sykepleierne å håndtere den dårlige pasient.

5.3.1 Sykepleiefaglig støtte og veiledning

Benner (1995) sier at alle i et behandler-team skal foreta en egen vurdering, og skal behandlingen være effektiv, må alle involverte delta med sin vurdering. En slik utveksling av synspunkter er en prosess og er avgjørende i pasientbehandling. Ifølge Wadel (2008) er team sammensatt av personer med ulike ferdigheter, en har et felles mål og alle er ansvarlige for at målet oppnås. Personene i teamet er et begrenset antall deltakere og forutbestemt. MIT som team er derimot et ad hoc- team i form av at personene fra gang til gang er forskjellige, mens yrkesgruppene er de samme. Sykepleier og lege på post møter intensivsykepleier og anestesilege.

Læring i team er en prosess hvor en samkjører og utvikler kapasiteten til den enkelte. Teamets kompetanse er større enn summen av hver enkelts kompetanse (Senge, 2006). Intensivsykepleierne ser at MIT som team er en fin arena for kunnskapsformidling. En sier: «Et vanlig tilsyn er en konkret ting. Men ved et MIT- tilsyn er det kanskje flere løse tråder, en kompleks situasjon. Samtidig har vi mer struktur over det. For da har vi de punktene vi går gjennom. Så det er forskjellig». Intensivsykepleieren sammenligner MIT med et vanlig tilsyn på sengepost. Intensivsykepleierne yter ved sykehuset annen hjelp til sengepostene også. En hjelper postene med smertepumper, hjelper med bronkialsuging og går på tilsyn til tidligere

intensivpasienter. Intensivsykepleieren mener at MIT er en mer kompleks situasjon, en helhet og at det er en god arena for kunnskapsformidling.

Williams et al. (2011) finner at sykepleierne mener MIT som team er et verktøy for læring og for å styrke sykepleieferdighetene. I teamet deler en ideer og oppgaver samt at vurderinger av pasienten blir fremskyndet. Benin et al. (2012) beskriver også MIT som et læringsverktøy. Og spesielt er teamet en god måte å styrke sykepleierne som er nyutdannet eller har liten erfaring på området. Erfarne og mindre erfarne møtes i teamet.

Benner (1995) sier at utviklingen av ferdigheter hos sykepleiere utvikler seg via fem stadier, fra novise til ekspert. Utviklingstrekket i modellen er at kontekstfrie regler gjennom erfaringer blir erstattet av helhetstenking i situasjonene (Nortvedt & Grimen, 2004). I en akutt kritisk situasjon evner eksperten raskt å få oversikt over problemet, tilpasse ressursene til kravene og håndtere situasjonen ved å sette i verk tiltak. Benner (1984) sier en har mye å lære av ekspertsykepleiernes overvåkende og diagnostiske ferdigheter. Ved å lære av denne erfaringen og ved å utvikle standarder, vil en utvikle klinisk innsikt og ekspertene kan vise vei til denne erkjennelse. MIT som team er møteplassen rundt den akutt dårlig pasient på post og et sted hvor kunnskapsformidling, støtte og veiledning kan skje. Senge mener at som individ lærer en alltid og i alle situasjoner, selv om det ikke er organisatorisk læring. Men dersom det skjer læring i team, blir teamene små verdener av læring gjennom organisasjonen. Egenskaper som er utviklet, kan forplante seg til andre (Senge, 2006).

Sykepleierne på post opplever konkret læring av utstyr og prosedyrer samt at de lærer av vurderingene og håndteringen av den dårlige pasient. En sykepleier sier: «bare som for eksempel å kople opp en puritanfukter (PF). Tips og råd, og få lov å være med å gjøre det. En får også dette- ja kanskje vi må endre litt på stillingen. Ofte er det enkle tiltak som man i en travel hverdag kanskje ikke tenker over». En annen sier: «for min del lærer jeg av tankegangen deres. Hva tenker de, rekkefølgen. Det er jo flere undersøkelser de diskuterer. Skal en ta blodgass, ja, hvilken rekkefølge og hva kan være aktuelt å tenke på når det er det og det og det».

Læring er en mellommenneskelig dimensjon som krever at en tenker relasjonelt (Wadel, 2008). Refleksjon og erfaring fletter etter Kirkevolds (2002) modell teoretisk, praktisk og etisk kunnskap sammen til personlig kompetanse. Refleksjon er knyttet sammen med kritisk

tenkning. Kirkevold (2002) påpeker, som nevnt, at kritisk tenking er en ferdighet en må øve seg i. Idealet er at en reflekterer over egne erfaringer med kolleger ved hjelp fra for eksempel en erfaren kliniker.

Benner et al. (2010) sier det er to dominerende tilnærminger i helsetjenesten for å redusere feil. Helsetjenesten må ha gode systemer og praktiske læringsarenaer. Forbedret praksis og prestasjon til den enkelte avhenger både av teamarbeid og den forankrede kunnskapen i organisasjonen. Den forankrede kunnskapen vil deles i teamet, og ved refleksjon knyttes kunnskapen sammen til personlig kompetanse. I et lærende miljø er læring knyttet til en spesiell kontekst, det er en kopleing mellom produksjon og mulighet for læring. I team skaper en relasjoner mellom ansatte for å oppnå kunnskapsutveksling. Denne måten å lære på kalles uformell læring, og en uformell interaksjon med kolleger er den mest dominerende måte å lære på (Filstad, 2010). Uformell læring knyttes til eksperimentell læring.

Sammenhengen mellom handling og refleksjon er at en ser tilbake på hva som er gjort. Deretter vil en vurdere konsekvensene av handlingen og sette dem opp mot målet en hadde med handlingen (Filstad, 2010). Benner et al. (2010) mener at eksperimentell læring er risikabelt. Som ansatt vil en da gjøre noe en egentlig ikke kan og ikke har full kontroll over. Likevel vil eksperimentell læring i team være en sikkerhet, her er kompetanse som kan korrigere handlinger og samtidig vurdere fokuset på forbedring av praksis og system.

Intensivsykepleierne mener de har noe å bidra med. «Jeg ser at det er store kunnskapsgap blant sykepleierne på post, som gjør at det blir meningsfullt å bidra til at de får en økt kompetanse. Slik at de bedre kan ivareta de pasientene de faktisk har på sengepost. Vi kan være med å gi noe både av erfaring og kompetansen vi sitter inne med som spesialsykepleiere. At det blir en vinn - vinn - situasjon». En annen sier det slik: «Mens vi kan gi råd og veiledning, men ofte kan de ha løsninger selv. Men at de bare trenger en støtte. Mange hoder tenker bedre enn et. La dem få gjøre ting selv. Mye kan de, men de klarer bare ikke hente det frem». En annen mener også at i et team har en ulik kompetanse: «Det er en læringsarena. De har kompetanse på sine ting, og jeg opplever at vi blir sett på som gode støttespillere når vi kommer til avdelingene».

Teamlæring er en kollektiv prosess. God kommunikasjon, dialog og diskusjon er avgjørende i et velfungerende teamarbeid. Dialog er fri og kreativ leting eller utforskning av komplekse tema ved å lytte til hverandres synspunkter. Diskusjon er når ulike ståsted presenteres og forsvares, og det søkes etter den beste avgjørelsen på det nåværende tidspunktet (Senge, 2006). Kommunikasjon betyr å dele, delta, forene eller gjøre forståelsen felles (Brindley & Reynolds, 2011).

Intensivsykepleierne gir uttrykk for at den akutt dårlige pasient mestrer de. Likevel lærer de av å arbeide i team, på nye arenaer med ukjente mennesker hvor kommunikasjon og samhandling er viktig. Intensivsykepleierne er på en sengepost hvor de ikke er kjent, med mye mindre utstyr og hjelpemidler. «Jeg kjente på en spenning når vi gikk... Og en er på en ny arena, slik som sug. En har ikke de vanlige tingene til rådighet slik en ellers har. Men det gikk jo greit, de fant jo frem det de hadde å by på». En annen sier: «Jeg synes jeg lærer noe selv. Jeg lærer for eksempel det å kommunisere og veiledning. Og det å få en oversikt og finne ut hva situasjonen handler om». En tredje sier: «Jeg ser ikke helt i situasjonen at jeg lærer noe av de. De trenger ABCD, ikke sant. Det er derfor de ringer, og det kan vi. Men det er som du sier, vi lærer vel mest på det psykologiske plan, teamarbeid, kommunikasjon. Det å være tydelig».

Felles rammer og språk er viktig for å oppnå godt teamarbeid på tvers av profesjoner. For å utvikle et felles ståsted kreves et felles språk (Allan et al., 2006; Giacomini, 2004). Å ha et felles språk (shared language) innebærer at en utvikler en felles språklig forståelse.

Resultatet blir mer effektiv kommunikasjon og forståelse. Å utvikle et felles språk er viktig for å utvikle samarbeidet på tvers av disipliner og kulturer. Det er viktig både i opplæring og virksomhet (J. Thomas & McDonagh, 2013). Senge (2006) sier at uten et felles språk som håndterer kompleksiteten er læringen i team svært begrenset. Ved innføring av MIT ved sykehuset ble SBAR som kommunikasjonsverktøy innført. SBAR står for «Situation, Background, Assessment and Recommendation». Her presenterer en seg, den aktuelle pasient og hva en er bekymret for. Videre sier en noe om kontekst, bakgrunn, gjør en vurdering av problemet og kommer frem til forslag av hvordan en kan løse problemet. (Benner et al., 2011; Brindley & Reynolds, 2011; C. M. Thomas et al., 2009; Woodhall et al., 2008). SBAR systematiserer kommunikasjonen slik at budskapet blir kommunisert klart og konsist. Dette er spesielt viktig i akutte pasientsituasjoner (Manning, 2006). Alle i teamet er

på en slik bakgrunn enig om hva situasjonen handler om. Det er viktig å skape et miljø som er trygt for teammedlemmene slik at en sier fra dersom en oppdager noe som er av betydning for pasienten (Husebø & Rystedt i Aase, 2010). Benner et al. (2011, s.381) sier

It is the ambiguous time of change that gives the necessary lead time to intervene regarding an emerging complication. Open communication and dialogue are crucial to the patient's well-being.

Likevel er det slik at noen av truslene i helsevesenet er mangel på kommunikasjon, informasjonsflyt og tilbakemeldingsprosesser (Aase, 2010). Rafferty, Ball, og Aiken (2001) sier at mangel på kommunikasjon ofte fører til misforståelser og feil vurderinger. Det er også en lang historie av interprofesjonelle konflikter i helsevesenet. Husebø & Rystedt i Aase (2010) påpeker at å ha fokus på pasientens problemer fremmer god kommunikasjon fremfor å ha fokus på hvem som har rett i situasjonen. Gjensidighet og respekt hos de involverte er hjørnesteinene i gode teamarbeid, og det fremmer koordinerte handlinger (Rafferty et al., 2001).

5.3.2 Fremmere og hemmere av teamlæring

Sykepleierne trekker frem tre poenger som fremmer og hemmer læring i MIT. De mener det er situasjonsavhengig, at det avhenger om en får være en deltaker og hvordan samarbeidet i teamet er.

Sykepleierne forteller om situasjoner som var travle og opplevdes kaotiske. En sykepleier forteller: «Det kommer nok an på hvilken situasjon en har... Vi sprang egentlig rundt litt, det var litt kaotisk i den situasjonen. Det var godt å ha de der.. Den situasjonen synes jeg var veldig vanskelig og da var det vanskelig å lære noe». En annen sier: «Og selvfølgelig omstendighetene. Hvor travelt det er, hvor akutt det er så er det jo ikke så mye en får med seg alltid».

Det er noe selvfølgelig i dette, nemlig at situasjonen i avdelingen påvirker hvor mye sykepleierne lærer fra den aktuelle situasjonen. Spesielt er det nok slik på vaktene når det er få sykepleiere i avdelingen. Samtidig er det noe motstridende i dette. Sykepleierne som er nærmest når situasjonen oppstår, kan ikke være kontinuerlig til stede hos den dårlige pasienten. Legen, anestesilegen og intensivsykepleierne overtar dermed behandlingen.

Senge (2006) sier, som tidligere nevnt, at kjernestrategien i ledelse av personlig mestring er enkel. Det handler om å være en modell. Å bygge bro over kunnskapsgapet som Severinsson and Holm (2012) påpeker blir dermed vanskelig og MIT blir ikke en læringsarena.

Intensivsykepleierne er enig i at det er situasjonsavhengig. «Det er veldig avhengig av hvilken tilstand en møter pasienten i. Hvordan en kan angripe og hvilken tid en har på situasjonen. Om en bare må handle eller en har tid til å finne beste løsning».

Benin et al. (2012) beskriver at MIT hjelper sykepleierne med arbeidsmengden. En svært syk pasient på post vil ta mye av tiden til sykepleieren og dermed ta ressurser fra de andre pasientene. MIT opprettholder dermed både kvaliteten til den dårlig og de andre pasientene.

Videre opplever sykepleierne at de lærer mer når de får være en del av teamet, når en både får gjøre og blir tatt med som en viktig deltaker. Sykepleierne på sengepost er de som er nærmest pasienten, kjenner pasienten best. Likevel uttrykker flere at det er begrenset i hvor stor grad de er delaktig i beslutninger. En sier: «Noen ser oss og forstår at vi er en viktig brikke i det som skjer, og at dersom vi kan dette neste gang, så kanskje vi kan gjøre det selv istedenfor å få hjelp til det». En annen sier: «Blir en stående på siden, blir en mer en observatør enn deltaker. Det er jo klart at en lærer når en ser også. Men lærer jo mye mer av å gjøre selv».

Senge (2006, s. 23) sier «the most powerful learning comes from direct experience». Det blir som jeg har påpekt i punkt 5.2.2 hvor Kirkevold (2002) i sin modell viser erfaringens plass i læring. Erfaring vil si at en handler og er aktivt involvert i det praktiske liv. En utøver sykepleie og får erfaring og praktisk kunnskap. Williams et al. (2011) sier at sykepleiere ønsker å være i teamet og gjøre tiltak selv. Spesielt når pasienten blir værende igjen i avdelingen, er dette en kvalitetssikring. Sykepleieren vet da direkte hva som har skjedd, samt at kontinuiteten til pasienten ivaretas.

Samarbeidet i teamet fremmer også læringsmiljøet. «Det har mye å gjøre med de personene som kommer. Noen tar seg tid og har lyst at vi skal bli flinkere. Mens noen tenker at det har ikke du kompetanse til, så dette fikser vi». En annen sier: «At vi kommuniseres med og er en del av det».

L. Jones et al. (2009) poengterer at støtte og oppmuntring er viktig for at MIT skal brukes effektivt. De sier at en vennlig tilnærming i teamet er viktig. Diskusjon i pasientsituasjonen gjør at sykepleiere får økt innsikt i behandling og omsorg for dårlige pasienter på sengepost. Williams et al. (2011) bekrefter også viktigheten av at sykepleierne på post blir tatt med i avgjørelsene rundt pasientene og at samarbeidet i teamet er avgjørende for hvordan sykepleierne blir tatt med.

Samtlige intensivsykepleiere uttrykte ydmykhet i forhold til å komme på en annen arena. De er bevisst på at møtet i teamet er viktig for læring men ikke minst for effektiviteten i situasjonen. En sier det slik: «Det er vel måten vi møter de på når vi kommer. Ikke at her kommer «besserwiserne», kan vi få komme til. At vi legger til rette for et greit klima. Vi er ikke der for å overta, men for å bidra med noe». Flere sammenligner det med å gå på besøk: «Det er som å gå på besøk til folk. Det er veldig viktig for å fremme prosesser». En annen sier: «En kjenner jo på at en er ydmyk og i forhold til at en er på annen manns arena».

5.3.3 Oppsummering og konsekvenser: Læring i MIT som team

Sykepleierne på post opplever å lære i MIT. De beskriver at de både lærer konkrete ferdigheter og vurderinger i den akutt kritiske situasjonen. Læring i team er en prosess, en samkjører og utvikler kapasiteten til den enkelte. Teamets kompetanse er større enn summen av hver enkelt kompetanse (Senge, 2006). Benner (1984) sier en har mye å lære av ekspertsykepleiernes overvåkende og diagnostiske ferdigheter. Ved å lære av denne erfaringen og ved å utvikle standarder vil en utvikle klinisk innsikt og ekspertene kan vise vei til samme erkjennelse.

Felles rammer og språk er viktig for å oppnå gode teamarbeid på tvers av profesjoner. For å utvikle et felles ståsted kreves et felles språk (Allan et al., 2006; Giacomini, 2004). Resultatet blir mer effektiv kommunikasjon og forståelse. Senge (2006) sier at uten et felles språk som håndterer kompleksiteten, er læringen i team svært begrenset. Ved innføring av MIT ved sykehuset ble SBAR som kommunikasjonsverktøy innført. Intensivsykepleierne opplever at læring i forhold til ABCD er begrenset, men samarbeid og kommunikasjon er viktige læreområder.

En sykepleier oppsummerer fremmerne og hemmerne i teamsamarbeidet slik:

At vi som sykepleiere på post, som kjenner pasienten blir brukt som den som kjenner pasienten. At det ikke blir tatt over av noen andre. For eksempel legene da, at de tar over og snakker om alt, for de vet jo ikke alt. Det er jo vi som står der. De har kanskje vært der de siste fem minuttene mens pasienten er dårlig. Men vi var der jo de fem timene før og har sett utviklingen. Vi har den jo ikke bare på et papir. Du lærer jo mye mer når en får lov å være involvert i noe enn når en blir litt tilsidesatt som en tilskuer på en måte. Og at en blir innlemmet i diskusjonene og ikke bare står som en tilskuer.

6 Konklusjon og implikasjoner

Hensikten med denne studien var å se på MIT som redskap for læring og kunnskapsformidling i hverdagen ved sykehuset. Ved sykehuset var dette en ny arena, et nytt team hvor flere yrkesgrupper og erfaringer kommer sammen. Hovedmålet med teamet er bedre kvalitet for den akutt dårlige pasient på post. Meld. St. 10 (2012-2013), *God kvalitet - trygge tjenester*, skriver at den spesialiserte helse- og omsorgstjeneste har et stort behov for standardisering og samarbeid på tvers av fagområder og tjeneste. Videre mener de som Senge, at hjørnesteinen i kvalitetsarbeid handler om å skape en lærende organisasjon. I studien valgte jeg et sykepleieperspektiv. I innholdsanalysen kom jeg frem til tre tema som jeg har redegjort for i diskusjonen. Jeg stilte to spørsmål til forskningen for å belyse problemstillingen. I konklusjonen bruker jeg nå de tre temaene for å belyse forskningsspørsmålene og dermed besvare problemstillingen.

6.1 Hvordan har innføringen av MIT påvirket din sykepleiefaglige og tverrfaglige utøvelse?

Sykepleierne på post beskrev situasjoner med den dårlige pasient på sengepost som utrygge og vonde. De beskrev opplevelsen av å være alene med den dårlige pasient, samtidig som standard pasientomsorg og -behandling ved sengepost ikke møtte pasientenes behov. Det var avstand mellom det som krevdes i situasjonen, virkemidlene og kunnskapen sykepleierne på post hadde. Kriteriene formaliserte forståelsen av hva den dårlige pasient på post er. Kriteriene er et verktøy og gir dermed en enighet mellom sykepleier og leger. Dette handler

både om den sykepleiefaglige og tverrfaglige utøvelsen. Det er som Kirkevold (2002) beskriver, det typisk for akutte situasjoner er nemlig at de ikke anses som sykepleiesituasjoner, men som medisinske situasjoner. Pasienten trenger medisinsk hjelp, likevel er det oftest sykepleieren som er nærmest når situasjonen oppstår. God pasientomsorg innebærer dermed at sykepleierne håndterer slike situasjoner på en god måte. Akutte situasjoner krever medisinske og tekniske basiskunnskaper, administrative ferdigheter og god kommunikasjon. Når Benner (1995) beskriver ferdigheter og kvalifisert praksis, handler det om utøvelse av sykepleiefaglig kunnskap i konkrete, kliniske situasjoner. Kriteriene handler om den diagnostiske og overvåkende situasjonen. Sykepleierens overvåking er «pasientens første forsvarlinje» (Benner, 1995, s. 95). MIT og kriteriene gir sykepleierne trygghet. Det er et resultat av å ha et redskap og av at en vet hvordan redskapet skal brukes.

Fokuset i avdelingene gjør at en stopper opp og ser inn på observasjonene som er gjort, tiltakene og at det har en hensikt. Sykepleierne erfarer og reflekterer. Hverdagssituasjoner ved avdelingene blir arenaer for læring og fremmer den sykepleiefaglige utøvelsen. Sykepleierne på post er opptatt av at pasienten er i sentrum og målet for det en gjør. Sheps (2006) sier at god kvalitet handler om pasientomsorg og behandling i sentrum.

6.2 Hvordan opplever/erfarer sykepleierne på post og intensivsykepleierne kunnskapsutvekslingen i en MIT- utrykning, og hva femmer og hemmer kunnskapsutvekslingen?

Benner (1984) sier en har mye å lære av ekspertsykepleiernes overvåkende og diagnostiske ferdigheter. Ved å lære av denne erfaringen og ved å utvikle standarder, vil en utvikle klinisk innsikt, og ekspertene kan vise vei til samme erkjennelse. MIT som team er møteplassen rundt den akutt dårlig pasient på post. Sykepleierne mener det er et sted hvor kunnskapsformidling, støtte og veiledning skjer. De opplever konkret læring av utstyr og prosedyrer samt at de lærer av vurderingene og håndteringen av den dårlige pasient.

Intensivsykepleierne mener de har noe å bidra med i MIT. De ser at i akutte situasjoner er det kunnskapsgap hos sykepleierne på sengepost. Som intensivsykepleier har en både erfaring og kompetanse en kan bidra med inn i teamet. Det oppleves meningsfullt å bidra til

økt kompetanse. Selv opplever intensivsykepleierne at de kan ABCD. Men mener at de lærer mye av å jobbe i team, av veiledning og gjennom kommunikasjon.

Senge (2006) sier at teamene er små verdener av læring i organisasjonen. En lærer egenskaper som kan utvikle og forplante seg videre.

Informantene påpeker tre punkter som de mener fremmer og hemmer kunnskapsutviklingen i MIT. De mener det er situasjonsavhengig, at det avhenger av om en får være deltaker i situasjonen og av hvordan samarbeidet i teamet er.

Sykepleierne på post beskriver at kriteriene i seg selv fremmer læring. De måler systematisk, dokumenterer og erfarer ulike forhold. De klarer å se utvikling hos pasienten, mestrer situasjonen bedre, og være i forkant. MIT som system fremmer refleksjon hos sykepleierne på post. Slik jeg ser det er kriteriene praktisk kunnskap. Nortvedt and Grimen (2004) sier at praktisk kunnskap kommer til uttrykk i handlinger, bedømminger, vurderinger og skjønn. Det er kunnskap i handling. Ved å forstå en handling, forstår en hensikten. Slik forstår en også omgivelsene. Sykepleierne er kontinuiteten rundt pasienten. Intensivsykepleierne gav uttrykk for stor ydmykhet ved å gå på en annen avdeling. De sammenlignet det som å gå på besøk. De var opptatt av å støtte, veilede og fremme mestring hos sykepleierne.

Problemstillingen jeg har arbeidet ut i fra er:

Rett person, rett kunnskap, til rett tid, på rett sted - hvordan påvirker innføringen av MIT sykepleiernes læring og kunnskapsutvikling?

I oppgavene har jeg beskrevet den dårlige pasient på post. Jeg har vist til Jäderling et al. (2011) som konkluderer med at den dårlige pasient på sengepost er en global utfordring og at standard pasientomsorg og behandling på sengepost ikke møter pasientenes behov. MIT er et system som fremmer kvalitet rundt denne pasientgruppen. Sykepleierne på post beskriver MIT som et skille. De opplever at kriterier gir enighet om når pasienten på post er dårlig. De kjenner handlingsrammen. MIT er struktur. MIT bidrar dermed til at en får rett person og rett kunnskap til rett tid.

Benner mener at kompetent sykepleie er intuitiv og situasjonsbestemt praksis.

Ekspertsykepleieren kan definere problemet og handle adekvat i situasjonen. Erfaring har lært sykepleieren å handle intuitivt (Nortvedt, 2008). I teamet møtes både novisen og

eksperten. På den måten kan en i konteksten utfylle hverandre. Hensikten med MIT er først og fremst pasienten, det er pasientrettet omsorg. Sideeffekten er læring i tilknyttet til systemet. Benner (1995) sier også at erfaring med en ensartet pasientgruppe påvirker den kliniske ekspertise. Hun mener at dette taler for klinisk spesialisering og at en dermed kan veilede hverandre innenfor sitt område på en bedre måte. At intensivsykepleiere dermed har en veiledende og undervisende rolle i MIT, harmonerer med deres spesielle overvåkende og vurderende funksjon.

Senge (2006) sier at læring er en kontinuerlig prosess. En lærer alltid noe nytt. Jeg avslutter som en intensivsykepleier sa: «Egentlig er det jo en læresituasjon for alle impliserte parter fordi det går jo på. Det er jo en ABCD - situasjon for oss alle som er til stede. Og at vi er et tverrfaglig team gjør jo at vi ser situasjonen med ulike øyne og at vi kan utfylle hverandre på en bedre måte».

6.4 Implikasjoner for praksis

Studien viser at MIT gjør en forskjell i pasientbehandlingen på sengepost. Sykepleierne opplever økt trygghet. Det er mer presist definert når pasienten er dårlig. MIT fremmer læring først og fremst for sykepleierne på post, men også for intensivsykepleierne. Innføringen har ført til at sykepleierne etterspør undervisning og ny kunnskap.

Kirkevold (2002) beskriver viktigheten av refleksjon som limer sammen kunnskap til personlig kompetanse. Benner et al. (2011) påpeker viktighet av debriefing mellom medlemmer i teamet. Gjennomgang av situasjonen kan klargjøre misforståelser, poengtere hva som ble gjort bra i situasjonen og hva det egentlig handlet om. I dag gjøres ikke slik evaluering av MIT- møtet, men at læringsutbyttet vil være stort, er det ikke tvil om.

Den enkelte avdeling vil også ha stort utbytte av å gå gjennom de enkelte MIT- utrykningene i etterkant, enten en har en gjennomgang hver morgen eller på personalmøter. Et slikt fokus vil fremme bruken av MIT, samtidig som kunnskap og erfaringen som ble gjort i teamet vil deles gjennom organisasjonen.

En slik gjennomgang og evaluering av MIT møtene blir læring fra bunn, fra den som er nærmest pasienten og opp og ut i systemet. Bygging av gode team og utvikling av pasientsikkerhet gjøres best av de som er nærmest pasient og nærmest løsningen av

problemene (Benner et al., 2011). Likevel er det slik at skal MIT som system og læringen i MIT fungere ved sykehuset, er en avhengig av ledere som fremmer læring som en sentral brikke i kvalitetsarbeidet. Læringen må ikke kun handle om engasjerte enkeltpersoner, men at hele organisasjonen har læringsorganisasjonen som et hovedfokus.

6.5 Implikasjoner for videre forskning

Når undersøkelsen til denne masteroppgaven ble gjort var MIT nytt ved sykehuset. Engasjementet var stort og sykepleierne opplevde at det gjorde en forskjell. Det å innføre noe nytt kan være enkelt, men å stå ved en god endring er vanskeligere. Etter hvert som MIT rulles videre ut på hele sykehuset blir det derfor viktig også å holde engasjementet oppe ved avdelingene som nå er i vedlikeholdsfasen. I en slik situasjon kan det være aktuelt med aksjonsforskning, hvor forskeren er tett på virksomheten eller området det forskes på. Formålet med aksjonsforskning er å ha en direkte påvirkning av forskningsområdet. Som forsker skal en da bidra til å finne løsninger på menneskers praktiske problemer i MIT. Her er det deltakerne som kommer med problemstillingene (Johannessen et al., 2010).

Jeg har i studien hatt et sykepleieperspektiv. Videre vil det også være viktig å gripe fatt i andre involverte grupper. Jeg har i oppgaven pekt på ledernes viktige rolle. Skal en både klare å holde engasjementet oppe og gjøre endringen varig, er det viktig at lederne går i front og viser vei. En studie med deres opplevelse, problemstillinger og tanker vil være fruktbart. Legene har og en sentral plass i MIT. I det videre arbeidet vil det være viktig at deres stemme også kommer frem.

Konrad (2006) viser til at det er gjennomført kvantitative studier som er både retrospektive og prospektive. Disse studiene viser til økt overlevelser og redusert innleggelse på intensivavdelinger. Det er gjort en prospektiv randomisert studie, MERIT- studien, som ikke hadde funn på redusert dødelighet. Likevel er indisiene sterke på at MIT har gode effekter (Konrad, 2006). Derfor blir det også ved vårt sykehus viktig å gjennomføre kvantitative undersøkelser på effekten av MIT.

Litteraturliste

- Aase, K. (red.). (2010). *Pasientsikkerhet : teori og praksis i helsevesenet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Allan, C. M., Campbell, W. N., Guptill, C. A., Stephenson, F. F., & Campbell, K. E. (2006). A conceptual model for interprofessional education: The international classification of functioning, disability and health (ICF). *Journal of Interprofessional Care*, 20(3), 235-245.
- Barbetti, J., & Lee, G. (2008). Medical emergency team: a review of the literature. *Nursing In Critical Care*, 13(2), 80-85.
- Benin, A. L., Borgstrom, C. P., Jenq, G. Y., Roumanis, S. A., & Horwitz, L. I. (2012). Defining impact of a rapid response team: qualitative study with nurses, physicians and hospital administrators. *BMJ Quality & Safety*, 21(5), 391-398.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: TANO.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach*. New York: Springer Publ.
- Benner, P., Malloch, K., Sheets, V. (Red.). (2010). *Nursing pathways for patient safety*. National Council of State Boards of Nursing. Expert Panel on Practice, Breakdown. St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier.
- Benner, P., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (1996). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics*. New York: Springer.
- Brindley, P.G., & Reynolds, S.F. (2011). Improving verbal communication in critical care medicine. *Journal Of Critical Care*, 26(2), 155-159. doi: 10.1016/j.jcrc.2011.03.004
- Buttfield, M. A., Amos, J. D., & Hillman, K. M. (2006). The medical emergency team as a safety net. *Joint Commission Journal On Quality And Patient Safety / Joint Commission Resources*, 32(11), 641-645.
- Chan, P. S., Jain, R., Nallmothu, B. K., Berg, R. A., & Sasson, C. (2010). Rapid Response Teams: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives Of Internal Medicine*, 170(1), 18-26.
- Dawn, G. (2007). Promoting patient safety: the rapid response team. *The Permanente Journal*, 11(3), 26-34.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y.S. (2008). *Collecting and interpreting qualitative materials*. Los Angeles, Calif.: Sage.

- Donaldson, N., Shapiro, S., Scott, M., Foley, M., & Spetz, J. (2009). Leading successful rapid response teams: A multisite implementation evaluation. *The Journal Of Nursing Administration, 39*(4), 176-181.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 107-115.
- Filstad, C. (2010). *Organisasjonslæring: fra kunnskap til kompetanse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt : det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.
- Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L., & Aase, T. H. (1997). *Metodisk feltarbeid: produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Giacomini, M. (2004). Interdisciplinarity in health services research: dreams and nightmares, maladies and remedies. *Journal Of Health Services Research & Policy, 9*(3), 177-183.
- Girof, E. A. (2000). Graduate nurses: critical thinkers or better decision makers? *Journal Of Advanced Nursing, 31*(2), 288-297.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105-112.
- Grimes, C., Thornell, B., Clark, A. P., & Viney, M. (2007). Developing rapid response teams: best practices through collaboration. *Clinical Nurse Specialist CNS, 21*(2), 85-92.
- Harwood, T. G., & Garry, T. (2003). An Overview of Content Analysis. *Marketing Review, 3*(4), 479-498.
- Hillman, K., Chen, J., Cretikos, M., Bellomo, R., Brown, D., Doig, G., Finfer, S., & Flabouris, A. (2005). Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet, 365*(9477), 2091-2097.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Kristoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Jolley, J., Bendyk, H., Holaday, B., Lombardozzi, K. A. K., & Harmon, C. (2007). Rapid response teams: do they make a difference? *Dimensions Of Critical Care Nursing: DCCN, 26*(6), 253-260.
- Jones, D. A., DeVita, M. A., & Bellomo, R. (2011). Rapid-response teams. *The New England Journal Of Medicine, 365*(2), 139-146.
- Jones, L., King, L., & Wilson, C. (2009). A literature review: factors that impact on nurses' effective use of the Medical Emergency Team (MET). *Journal of Clinical Nursing, 18*(24), 3379-3390.

- Jäderling, G., Calzavacca, P., Bell, M., Martling, C-R., Jones, D., Bellomo, R., & Konrad, D. (2011). The deteriorating ward patient: a Swedish-Australian comparison. *Intensive Care Medicine*, 37(6), 1000-1005.
- Kirk, T. (2006). Rapid response teams in hospitals: improving quality of care for patients and quality of the work environment for nursing staff. *Holistic Nursing Practice*, 20(6), 293-298.
- Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis?* : Gyldendal.
- Kjønstad, A. (2007). *Helserett : pasienters og helsearbeideres rettsstilling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Konrad, D. (2006). MET: an intensive care (r)evolution. Strong medical and ethical reasons for introducing a mobile emergency team. *Läkartidningen*, 103(46), 3594-3595.
- Konrad, D., Jäderling, G., Bell, M., Granath, F., Ekbom, A., & Martling, C-R. (2010). Reducing in-hospital cardiac arrests and hospital mortality by introducing a medical emergency team. *Intensive Care Medicine*, 36(1), 100-106.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leach, L. S., Mayo, A., & O'Rourke, M. (2010). How RNs rescue patients: a qualitative study of RNs' perceived involvement in rapid response teams. *Quality & Safety In Health Care*, 19(5), e13-e13.
- Mackintosh, N., Rainey, H., & Sandall, J. (2012). Understanding how rapid response systems may improve safety for the acutely ill patient: learning from the frontline. *BMJ Quality & Safety*, 21(2), 135-144. doi: 10.1136/bmjqs-2011-000147
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Manning, M. L. (2006). Improving clinical communication through structured conversation. *Nursing Economic\$, 24(5)*, 268-271.
- Metcalf, R., Scott, S., Ridgway, M., & Gibson, D. (2008). Rapid response team approach to staff satisfaction. *Orthopaedic Nursing*, 27(5), 266-273.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle. Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin. Det medisinske fakultetet. Universitetet i Oslo.
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Rafferty, A. M., Ball, J., & Aiken, L. H. (2001). Are teamwork and professional autonomy compatible, and do they result in improved hospital care? *Quality In Health Care: QHC, 10 Suppl 2*, ii32-ii37.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline : the art and practice of the learning organization*. New York: Currency/Doubleday.
- Senge, P. M. (2010). *The Necessary revolution : how individuals and organizations are working together to create a sustainable world*. London: Nicholas Brealey Publ.
- Severinsson, E., & Holm, A.L. (2012). Knowledge gaps in nursing leadership - focusing on health care systems organisation. *Journal Of Nursing Management, 20(6)*, 709-712. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01472.x
- Shapiro, S. E., Donaldson, N. E., & Scott, M. B. (2010). Rapid response teams seen through the eyes of the nurse. *The American Journal Of Nursing, 110(6)*, 28-34.
- Sheps, S. (2006). Reflections on safety and interprofessional care: some conceptual approaches. *Journal Of Interprofessional Care, 20(5)*, 545-548.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomas, C. M., Bertram, E., & Johnson, D. (2009). The SBAR communication technique: teaching nursing students professional communication skills. *Nurse Educator, 34(4)*, 176-180. doi: 10.1097/NNE.0b013e3181aaba54
- Thomas, J., & McDonagh, D. (2013). Shared language: Towards more effective communication. *The Australasian Medical Journal, 6(1)*, 46-54. doi: 10.4066/AMJ.2013.1596
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforlaget

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur : en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.

Wadel, C. (2008). *En lærende organisasjon : et mellommenneskelig perspektiv*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Williams, D. J., Newman, A., Jones, C., & Woodard, B. (2011). Nurses' perceptions of how rapid response teams affect the nurse, team, and system. *Journal Of Nursing Care Quality*, 26(3), 265-272. doi: 10.1097/NCQ.0b013e318209f135

Woodhall, L. J., Vertacnik, L., & McLaughlin, M. (2008). Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center. *Journal Of Emergency Nursing: JEN: Official Publication Of The Emergency Department Nurses Association*, 34(4), 314-317. doi: 10.1016/j.jen.2007.07.007

Helsepersonelloven, Lov av 2. juli 1999 om helsepersonell m.v. (1999).

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2012) *God kvalitet - trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Meld. St. 10. (2012-2013). Oslo: Departementet. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025>.

Kunnskapscenteret, Norsk kunnskapscenter for helsetjenesten. (2011-2013). *God kunnskap bidrar til gode helsetjenester*. Lokalisert mars 2012: <http://www.kunnskapscenteret.no/systemsider/S%C3%B8keresultater?cx=010191580526572086837%3A3gzhprhbb6u&cof=FORID%3A11%3BNB%3A1&ie=UTF-8&q=kunnskap+bidrar+til+helsetjenester&sa.x=13&sa.y=12>.

Norsk sykepleierforbund, NSF. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.

NSFLIS, Generalforsamlingen. (2004). Definisjoner. from <https://www.sykepleierforbundet.no/vis-artikkel/125357/Definisjoner>

World Medical Association, WMA. (59th WMA General Assembly, Seoul, Korea, October 2008). The Declaration of Helsinki. Lokalisert på <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Vedlegg 1 - Brev fra Regional Etisk Komité (REK Vest)

Vi viser til ditt skjema for fremleggingsvurdering datert 06.04.2012.

”Mobilt intensivteam” skal innføres ved SUS og formålet med forskningsprosjektet er å undersøke hva som fremmer og hemmer en vellykket innføring av dette tiltaket. I informasjonsskrivet skriver dere at hensikten med fokusgruppeintervjuene er å ” kartlegge behovet for en slik tjeneste i tillegg til at et vi ønsker å kartlegge hvilken type kunnskap som bør inngå i opplæringsprogrammet som ligger implisitt i prosjektet...” Videre ønsker dere å undersøke hvordan det går underveis. Dere skal ikke registrere helseopplysninger fra pasienter i prosjektet.

Formålet med prosjektet er å forbedre helsetjenesten. Prosjektet vil derfor ikke være fremleggingspliktig for REK. Prosjektet må legges frem for personvernombudet ved sykehuset.

Vi gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jfr. Forvaltningslovens § 11.

Dersom du allikevel ønsker å søke REK vil søknaden blir behandlet i komitémøte og det vil bli fattet enkeltvedtak etter Forvaltningsloven.

mvh

Anne Berit Kolmannskog

REK Vest

55978496

Vedlegg 2 - Godkjenning fra Personvernombudet

Britt Sætre Hansen
Divisjon for medisinsk service

Intern ID
2012/22

Ephorte saksnr
2012/2

Saksbehandler:
Irene Mathisen, tlf 5151 3675

Dato:
15.05.2012

Mobilt intensivteam, MIT

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er en formell anbefaling fra personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Med hjemmel i Personopplysningsforskriftens § 7-12 jf. Helseregisterlovens § 36 har Datatilsynet ved oppnevning av Irene Mathisen som personvernombud for Helse Stavanger HF, fritatt helseforetaket fra meldeplikten til Datatilsynet. Behandling og utlevering av person-/helseopplysninger meldes derfor til helseforetakets personvernombud.

Viser til innsendt søknad om behandling av personopplysninger i forbindelse med intervju av ansatte. I vedlagt skjema er det ikke anført at det vil bli spurt om sensitive personopplysninger. Personvernombudet har ingen innvendinger til at ansatte intervjues.

Med vennlig hilsen


Irene Mathisen
personvernombud

Kopi:
Divisjonsdirektor

Bjørn Tunland

Vedlegg 3 - Godkjenning fra Kirurgisk direktør



Stavanger University Hospital
Stavanger Hospital Trust

Stavanger den 11.01.12

Til

Inger Cathrine Bryne
Direktør ved Kirurgisk Divisjon,
SUS

Anestesilege Peter Deuschl introduserte prosjekt: Medisinsk Innsats Gruppe (MIG) (også kalt MET, RRI etc) på legenes fredagsmøte i aulene 2. desember. Det vakte stor entusiasme. En innføring av MIG i SUS ønskes i første omgang innført som et prøveprosjekt (februar 2012) og vil da innebære et samarbeid mellom intensivavdeling IH og kirurgisk avdeling 6G og 6H.

Selve MIG satsningen inneholder en undervisnings/ simulerings pakke til alle ansatte sykepleiere i avdelingene. Det er viktig at den utarbeides ut fra sykepleierenes og avdelingenes behov. I den forbindelse ønsker vi å gjennomføre fokusgruppeintervju med sykepleiere fra de respektive avdelingene (6G og 6H) for å kartlegge behovet for en slik tjeneste i tillegg til at vi ønsker å kartlegge hvilken type kunnskap som bør inngå i opplæringsprogrammet. Vi ønsker også å organisere fokusgruppe intervju i slutten av året når prosjektet har pågått et halv års tid, som en kvalitativ evaluering. Målet er da å få en oversikt over hva som fungerer godt og hva som kan bli bedre og evt. endret/rette opp. Vi ber om din tillatelse til å gjennomføre disse intervjuene.

Intervjuene vil bli organisert i samarbeid med Anne Ree Jensen og avdelingslederne ved de respektive avdelinger. Det er ønskelig med 4-6 personer fordelt på 2-4 intervju. Et intervju vil vare i ca 1 time.

Vi velger å ivareta forskningsetiske retningslinjer (The World Medical Association Declaration of Helsinki, 2004) ettersom vi ønsker å ha mulighet til å forske på de innsamlende data og eventuelt også publisere. Konfidensialitet, frivillighet og samtykke er sentrale etiske aspekter ved en slik studie og vil bli ivaretatt. Informasjonsskriv vil bli delt ut til aktuelle deltakere, og frivillig informert samtykke vil bli innhentet.

Dersom du ønsker mer informasjon kan en av de undertegnede kontaktes.

Hilsen
Britt Sætre Hansen,
Forskningsansvarlig sykepleier, intensiv
På vegne av prosjektgruppen (Peter Deuschl- intensiv, Ketil Søreide- kirurgen, Eldar Søreide- intensiv, Børge Løge- 6G, Sigunn Anne Qvinesland SUS/SAFER, Elsa Søyland- SAFER, Anne Ree Jensen- kirurgen).

Godkjent.
Inger Cathrine Bryne
Divisjons direktør

Vedlegg 4 - Brev til avdelingsledelse kirurgisk avdeling

Stavanger, 3.okt. 2012

Til avdelingsledere ved kirurgisk avdeling

Vi er to intensivsykepleiere som tar Master i Helsevitenskap ved UiS. I denne sammenheng skal vi skrive masteroppgave knyttet til MIT (mobilt intensiv team), som nå har vært pilotprosjekter ved Deres avdelinger. Vi jobber begge til daglig også ved intensivavdelingen og synes at MIT er et viktig og interessant prosjekt. Dere har nå som avdelinger gjort erfaringer i forhold til MIT. Dere har kunnskap som ingen andre ved SuS har og er på den måten foregangsavdelinger. Denne kunnskapen ønsker vi å bruke i våre forskningsprosjekter. Vi håper at dere som avdeling er villig til å hjelpe oss med dette.

Ut fra dette har vi valgt to tilnærminger til temaet:

- 1) «Beslutningsprosesser ved livsforlengende behandling- den vanskelige samtalen.»
Hensikten med denne oppgaven er å få kunnskap om legers og sykepleieres bevissthet i forhold til den vanskelige samtalen. Der beslutningsprosesser ved livsforlengende behandling er et tema. Gis det anledning til at pasienten får mulighet til å være delaktig i sin behandling? Blir pasientens medbestemmelses rett tatt på alvor? Hvordan kan MIT gi helsepersonell økt bevissthet i forhold til livsforlengende behandling, ved at pasienten og helsepersonell har klare retningslinjer og at det er et system for å kartlegge pasientens ønsker og forventninger i forhold til behandling.

På MIT skjema finnes en rute for livsforlengende behandling JA/NEI. Vi ønsker å få vite mer om prosessene som ligger bak beslutninger om livsforlengende behandling. (hvilke prosesser ligger bak et kryss i den ruten? Diskuteres det blant personalet? Hvordan oppleves plassering av ansvar? Hvor tidlig i forløpet bør pasienten involveres i diskusjoner om livsforlengende behandling?)

- 2) Mobilt intensiv team en arena for læring og kunnskapsformidling.

Hensikten med denne studien blir å se på MIT prosjektet som arenaer for læring og kunnskapsutvikling. Da MIT ble innført fulgte det med en opplæringspakke som dere selv var med på å bestemme innholdet i. Læring var hovedmålet. Hver gang du samler observasjoner

og beslutter å ringe teamet, ligger det en faglig avgjørelse bak. Har MIT vært med på å utvikle og forbedre denne prosessen? Når teamet møter deg og din ans hav lege er mye kunnskap og erfaring samlet. Hvordan fungerer (kan fungere) denne situasjonen som en arena for læring? Hvordan kan dette forbedres? Hvordan formidles den nye kunnskapen ut til resten av personalet?

Vi ønsker i utgangspunktet å gjennomføre et fokusgruppeintervju ved hver avdeling. Vi ønsker en faglig refleksjon omkring disse temaene. Et fokusgruppeintervju er som en gruppediskusjon og vil vare i ca. 1 time. Diskusjonen blir tatt opp på lydbånd, som transkriberes. Ingen personopplysninger vil bli lagret. Opplysningene fra intervjuet vil bli behandlet konfidensielt og anonymitet vil bli sikret. Informantene kan trekke seg når som helst. Ingen opplysninger vil kunne tilbakeføres til informanten. Prosjektet er godkjent hos Personvernombudet for forskning ved SUS.

Vi ønsker sykepleiere som informanter med erfaring med et eller flere MIT. Er det mulig ønsker vi både nyutdannede sykepleiere og med lang erfaring. Begge temaene tas opp i samme fokusgruppe. Vi håper at dere har anledning til å rekruttere deltakere for oss.

Vi håper på et positivt samarbeid!

Med vennlig hilsen

Kristin Glenna Bodsberg
Intensivsykepleier/ Masterstudent
Tlf. 996 91 690
mail: kristin.bodsberg@lyse.net

Torunn Strømme
Intensivsykepleier/ Masterstudent
Tlf. 905 15 529
mail: torunn.stromme@lyse.net

Vedlegg 5 - Brev til avdelingsledelse ved Intensivavdeling

Stavanger, 14.oktober 2010

Til avdelingsledere ved Intensiv.

I forbindelse med min Master i Helsevitenskap ved UiS, skal jeg skrive masteroppgave knyttet til MIT (mobilt intensiv team). MIT har vært et pilotprosjekt ved to kirurgiske avdelinger og intensivsykepleiere har vært viktige bidragsyttere. Dette er kunnskap og erfaring jeg ønsker i mitt forskningsprosjekt. Jeg håper at intensivavdelingen er villig til å hjelpe meg med dette.

Jeg har valgt følgende tilnærming til temaet:

«MIT en arena for læring og kunnskapsutvikling». MIT er et møte mellom fire fagpersoner som knyttes sammen mot et felles mål. En samles rundt en pasient som er blitt dårligere på post. Jeg ønsker spesielt å se på sykepleierne på post og intensivsykepleierne sin rolle i MIT. Hvordan opplever disse to yrkesgruppene læringen i MIT? Det spesielle med intensivsykepleieren er at de er spesialister på den akutt kritiske pasient. Skjer det likevel en læring for denne yrkesgruppen eller er de kun kunnskapsformidlere i situasjonen? Hva er det som evt. hemmer og fremmer kunnskapsutvekslingen i MIT?

Jeg ønsker om mulig å gjennomføre to fokusgruppeintervju ved avdelingen. Jeg ønsker en faglig refleksjon omkring temaet. Et fokusgruppeintervju er som en gruppediskusjon og vil vare i ca. 1 time. Diskusjonen blir tatt opp på lydbånd, som transkriberes. Ingen personopplysninger vil bli lagret. Opplysningene fra intervjuet vil bli behandlet konfidensielt og anonymitet vil bli sikret. Informantene kan trekke seg når som helst. Ingen opplysninger vil kunne tilbakeføres til informanten. Prosjektet er godkjent hos Personvernombudet for forskning ved SUS.

Jeg ønsker intensivsykepleiere som informanter med erfaring med et eller flere MIT. Jeg håper at dere har anledning til å rekruttere deltakere for meg.

Jeg håper på et positivt samarbeid!

Med vennlig hilsen

Torunn Strømme

Intensivsykepleier/ Masterstudent

Tlf. 905 15 529

mail: torunn.stromme@lyse.net

Vedlegg 6 - Brev samtykke sykepleiere på kirurgiske avdelinger

Stavanger 3.okt 2012

Til sykepleiere ved kirurgisk avdeling.

Vi er to intensivsykepleiere som tar Master i Helsevitenskap ved UiS. I denne sammenheng skal vi skrive masteroppgave knyttet til MIT (mobilt intensiv team), som nå har vært pilotprosjekter ved Deres avdelinger. Vi jobber begge til daglig også ved intensivavdelingen og synes at MIT er et viktig og interessant prosjekt. Dere har nå som sykepleier gjort erfaringer i forhold til MIT. Dere har kunnskap som ingen andre ved SuS har. Denne kunnskapen ønsker vi å bruke i våre forskningsprosjekter. Vi håper at du som sykepleier er villig til å hjelpe oss med dette.

Ut fra dette har vi valgt to tilnærminger til temaet:

1) «Beslutningsprosesser ved livsforlengende behandling- den vanskelige samtalen.»

Hensikten med denne oppgaven er å få kunnskap om legers og sykepleieres bevissthet i forhold til den vanskelige samtalen. Der beslutningsprosesser ved livsforlengende behandling er et tema. Gis det anledning til at pasienten får mulighet til å være delaktig i sin behandling? Bli pasientens medbestemmelses rett tatt på alvor? Hvordan kan MIT gi helsepersonell økt bevissthet i forhold til livsforlengende behandling, ved at pasienten og helsepersonell har klare retningslinjer og at det er et system for å kartlegge pasientens ønsker og forventninger i forhold til behandling.

2) Mobilt intensiv team en arena for læring og kunnskapsformidling.

Hensikten med denne studien blir å se på MIT, med fokus på teamarbeidet og i hvilken grad sykepleierne på post og intensivsykepleierne betrakter MIT møtet som en læringsarena og utnytter denne arenaen til læring og kunnskapsutvikling. Hva er det i et team som fremmer og hemmer denne prosessen? Innføringen av MIT innebærer en grundig opplæring av sykepleier på post. Opplæringen er selvsagt en arena hvor læringen er hovedmålet. I MIT-møtet er det den dårlige pasienten som er hovedmål, men skjer det i situasjonen likevel en læring i det å håndtere en dårlig pasient. Klarer MIT på en spesiell måte å ivareta kunnskapsformidlingen mellom de ulike profesjonene?

Vi ønsker i utgangspunktet å gjennomføre et fokusgruppeintervju ved hver avdeling. Vi ønsker en faglig refleksjon omkring disse temaene. Et fokusgruppeintervju er som en

gruppediskusjon og vil vare i ca 1 time. Diskusjonen blir tatt opp på lydbånd, som transkriberes. Ingen personopplysninger vil bli lagret. Opplysningene fra intervjuet vil bli behandlet konfidensielt og anonymitet vil bli sikret. Du kan trekke deg når som helst. Ingen opplysninger vil kunne tilbakeføres til informanten. Prosjektet er godkjent hos Personvernombudet for forskning ved SUS.

Takk for at du vil delta!

Med vennlig hilsen

Kristin Glenna Bodsberg
Intensivsykepleier/ Masterstudent
Tlf. 996 91 690
mail: kristin.bodsberg@lyse.net

Torunn Strømme
Intensivsykepleier/ Masterstudent
Tlf. 905 15 529
mail: torunn.stromme@lyse.net

SAMTYKKE ERKLÆRING

Konfidensielt

Jeg er informert om hensikten med fokusgruppeintervjuet og er villig til å delta.
Jeg kan når som helst trekke meg fra undersøkelsen uten at det får noen konsekvenser for meg. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og full anonymitet vil bli sikret.

Stavanger, den.....

.....

signatur

Vedlegg 7 - Brev samtykke intensivsykepleiere

Til Intensivsykepleiere

Stavanger, 3.okt 2012

Jeg tar Master i Helsevitenskap ved UiS. I denne sammenheng skal jeg skrive masteroppgave knyttet til MIT (mobilt intensiv team), som nå har vært pilotprosjekter ved to kirurgiske avdelinger. Dere har nå som intensivsykepleiere gjort erfaringer i forhold til MIT. Denne kunnskapen ønsker jeg å bruke i mitt forskningsprosjekt. Jeg håper du er villig til å hjelpe meg med det.

Min tilnærming til temaet er: Mobilt intensiv team en arena for læring og kunnskapsformidling.

Hensikten med denne studien blir å se på MIT, med fokus på teamarbeidet og i hvilken grad sykepleierne på post og intensivsykepleierne betrakter MIT møtet som en læringsarena og utnytter denne arenaen til læring og kunnskapsutvikling. Hva er det i et team som fremmer og hemmer denne prosessen? Innføringen av MIT innebærer en grundig opplæring av sykepleier på post. Opplæringen er selvsagt en arena hvor læringen er hovedmålet. I MIT-møtet er det den dårlige pasienten som er hovedmål, men skjer det i situasjonen likevel en læring i det å håndtere en dårlig pasient. Klarer MIT på en spesiell måte å ivareta kunnskapsformidlingen mellom de ulike profesjonene?

Jeg ønsker i utgangspunktet å gjennomføre et fokusgruppeintervju ved hver avdeling. Jeg ønsker en faglig refleksjon omkring temaet. Et fokusgruppe intervju er som en gruppediskusjon og vil vare i ca. ½-1 time. Diskusjonen blir tatt opp på lydbånd, som transkriberes. Ingen personopplysninger vil bli lagret. Opplysningene fra intervjuet vil bli behandlet konfidensielt og anonymitet vil bli sikret. Du kan trekke deg når som helst. Ingen opplysninger vil kunne tilbakeføres til informanten. Prosjektet er godkjent hos Personvernombudet for forskning ved SUS.

Takk for at du vil delta!

Med vennlig hilsen

Torunn Strømme

Intensivsykepleier/ Masterstudent

Tlf. 905 15 529

mail: torunn.stromme@lyse.net

SAMTYKKE ERKLÆRING

Konfidensielt

Jeg er informert om hensikten med fokusgruppeintervjuet og er villig til å delta.

Jeg kan når som helst trekke meg fra undersøkelsen uten at det får noen konsekvenser for meg. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt og full anonymitet vil bli sikret.

Stavanger, den.....

.....

signatur

Vedlegg 8 - Intervjuguide

INTERVJUGUIDE, fokusgruppeintervju.

Masteroppgave: Mobilt intensiv team, en arena for læring og kunnskapsformidling.

1. SYKEPLEIERE PÅ POST

- Hvordan har tiden etter innføring av MIT vært?
- Sammenlignet med tidligere, hva har endret seg? Positivt/ negativt
- Hva kan du si om læringen i MIT?
 - Introduksjonskurset
 - MIT utrykningen
- Som sykepleier, hvordan ser du på nytteverdien for pasienten?
 - Eksempler?

- Hva tenker du om læring og kunnskapsutveksling/ -formidling?
- Har du erfaringer/ eksempler fra MIT hvor læring/ kunnskapsformidling var tilstede?
- Hva fremmer/ hemmer at læring er tilstede i team- som MIT er?
- Opplevs det noen ganger enklere å stille avklarende spørsmål? Og hva påvirker evt dette?
- Har du tanker om hva som må forbedres for at læring skal være tilstede i MIT, som en positiv bieffekt?

- Hva tenker du om læring/ kunnskapsformidling og kvalitet?
- Opplevs det at MIT bidrar til økt kvalitet i avdelingen? Evt. hvordan?
- Hvordan har MIT påvirket deg som sykepleier? Positivt/ negativt
- Har det gjort noe med utøvelsen, tankesettet dit som sykepleier? Mer i forkant?
- Hva tenker du er det viktigste ved det vi har snakket om nå?

4. INTENSIVSYKEPLEIERE

- Hva er dine erfaringer med MIT?
 - Hvordan har det vært å komme til avdelingen sammen med anestesilege?

- Hva er opplevelsen av MIT som et team?
- Hva var dine forventninger når MIT ble innført og stemmer de overens med erfaringene?
- Hva tenker du om nytteverdien for pasienten?
 - Eksempler
 - Hva fremmer og hemmer gode prosesser i teamet?
- Hva tenker du om læring og kunnskapsutveksling/ -formidling?
- Har du erfaringer/ eksempler fra MIT hvor læring/ kunnskapsformidling var tilstede?
- Hva fremmer/ hemmer at læring er til stede i team- som MIT er?
- Opplevs det noen ganger enklere å stille avklarende spørsmål? Og hva påvirker evt dette?
- Har du tanker om hva som må forbedres for at læring skal være tilstede i MIT, som en positiv bieffekt?
- Hva tenker du om læring/ kunnskapsformidling og kvalitet?
- Har MIT påvirket deg som intensivsykepleiersykepleier? Positivt/ negativt
- Er MIT en arena som du som spesialist også lærer noe, eller opplever du kun at du er en kunnskapsformidler? Husker du eksempler på noe du har lært og tatt med deg videre?
- Hva tenker du er det viktigste ved det vi har snakket om nå?

Vedlegg 9 - Matrise: Fra kaos til system

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Abstraksjon/ subtema	TEMA
«Ofte står en nokså alene. Begge kirurgene står kanskje å opererer. Du har en dårlig pasient, du ringer. Begge er opptatt med operasjon»	Sykepleier står alene med dårlig pasient. Kirurgene opererer	Alene	Fra kaos til felles forståelse
«Det var mange ganger slik at pasienten lå der og var dårlig, ikke fikk vi respons fra legen»	Dårlig pasient Ikke respons fra lege		
«en hadde noen av de vaktene før MIT kom. Der vi ble avfeid av den legen som var på vakt. Hva skal en da gjøre»	Sykepleier blir avfeid av lege.	Utrygghet fortvilelse	
Ja vi ringte og ringte. Og vi fikk svaret. Hvis dere ikke står med HLR er det ikke akutt nok. Og hva gjør en da? Vi visste ikke hva vi skulle gjøre. Da opplever en håpløshet».	Kun HLR er akutt nok for at legen skal komme		
«Tidligere så vi det mer an, vi venter og ser. Vi stolte ikke helt på at vi hadde sett rett, at vi så noe. Fordi vi visste ikke om vi fikk hjelp eller ikke. Nå vet vi at vi kan, så da stoler vi mer på og det er mer akseptert	Så det mer an tidligere før en ringte til lege om dårlig pasient	Felles forståelse.	
«Slik at en trenger ikke ha så høy terskel for å ringe. Det hadde vi gjerne før».	Trenger ikke høy terskel for å be om hjelp		
Vi er blitt flinke å dokumentere og se utviklingen. Holdepunktene er da dokumentert. Hvilken vei det går	Dokumenterer og ser utviklingen		
Men er det slik at MIT målene ikke fungerer over en periode, så sier man- nei noe er galt, da må en ringe og gi beskjed. Det er betryggende å vite at en kan det»	Betryggende å vite at en kan ringe når MIT målene ikke fungerer.		
Jeg føler meg i alle fall mye tryggere nå etter at vi begynte med MIT i forhold til tidligere. Nå vet en at en har kriterier som vi kan bruke, og ringe etter eksperter	Kriteriene gjør at en kan ringe. Skaper trygghet	Trygghet	
Trygghet at en har litt i bakhånd. En har MIT å true med. En sier til legen at denne pasienten avviker fra disse kriteriene. Dette er en MIT pasient. Vi må ringe de, og du må være her. Vi har litt mer myndighet på dette».	Sykepleier truer med MIT. Pasient avviker fra kriteriene. Gir myndighet		
Hun oppfylte nok kriteriene for MIT tilsyn. Jeg tenker jo at det må være en god måte for de å jobbe på, å ha faste, det er jo veldig klart når MIT skal komme inn. I forhold til de og de kriteriene. Det hadde jeg likt dersom jeg var på post	Kriteriene gir klarhet når MIT skal komme.	Trygghet	
Det er lov å si. Være ærlig på hva en kan og ikke kan. Og vite når en skal be om hjelp. Og det synes jeg jo er en styrke med MIT».	Være ærlig på hva en kan. Vite når be om hjelp	klargjørende.	
Jeg er enig i det. Da er det opplest og vedtatt at slik er systemet. Og når det er slik er det på sin plass å be om hjelp	Vedtatt når en skal be om hjelp.		
Ja og slik bør det jo være alle steder. At det er lov å si at dette kan jeg ikke, nå trenger jeg hjelp. Og vi har jo hverandre. Mange flere å spille på. En mye større trygghet	Lov å si at nå trenger jeg hjelp.		
Hvit er det sykepleierne sier, grønn er intensivsykepleierne.			

