

«Vi er bindeleddet mellom lege og pasient.»

- Hvordan sykepleieren kan ivareta omsorgen for pasienten i forbindelse med legevisitten.**



Det helsevitenskapelige fakultet

Master i Helsevitenskap

Masteroppgave (50 studiepoeng)

Student: Hege Nysted

Veileder: Sissel I. Eikeland Husebø

Dato/år: 31. mai 2020

Forord

Å skrive en masteroppgave har vært en interessant, spennende, travel, lærerik og utfordrende prosess på de fleste måter. Det er likevel godt at det er over. 😊

Tusen takk til veileder Sissel som har vært tilgjengelig på epost, telefon og Teams da landet stengte ned i forbindelse med Covid-19 og vi ikke kunne treffes fysisk for å ha veiledning. De konkrete tilbakemeldingene dine har vært gull verdt!

Takk til medstudentene mine og lærerne på masterprogrammet for gode spørsmål og svar, faglige diskusjoner og spennende forelesninger. Takk til studieprogramleder Margareth Kristoffersen for oppfølging, informasjon og oppmuntringer da Universitet i Stavanger, i likhet med alle andre utdanningsinstitusjoner, måtte stenge dørene i mars på grunn av Covid-19-pandemien.

Jeg ønsker å sende en takk til praksisfeltet; intervjupersonene mine som bidro med mye data og spennende synspunkter. Avdelingslederne som kunne sende fra seg disse sykepleierne i løpet av travle hverdager fortjener også en stor takk. De sykepleierne som ble igjen i sengeposten mens kollegaene deltok på fokusgruppeintervjuene. Takk! Uten alle dere i praksisfeltet hadde ikke dette gått!

Takk til kollegaer som viser interesse for temaet og masteroppgaven. Takk til avdelingsleder som har oppmuntret og hatt forståelse for at jeg ikke har kunnet ta veldig mange ekstravakter i innspurten.

Takk til familie og venner som minner meg om at livet er mer enn jobb og studier. Takk for støtte og oppmuntring i prosessen med å utarbeide masteroppgaven. Spesielt morfar, som alltid har en åpen dør, foreldrene mine som får tankene over på andre ting, og lille M som stadig lærer nye kunster. En spesiell takk til min kjære, som har tatt imot gleder og frustrasjoner i løpet av masterstudiet og som ikke har gått lei i kampens hete.

Innhold

Forord.....	2
Sammendrag	6
1.0 Innledning	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Studiens hensikt og problemstilling.....	9
1.3 Avgrensning.....	9
1.4 Begrepsavklaring	10
2.0 Tidligere forskning på området.....	12
2.1 Hvordan beskriver sykepleieren sin omsorgsrolle i forbindelse med legevisitten?	12
2.2 Hvordan beskriver sykepleierne at utøvelsen av omsorg påvirkes av samarbeid med annet helsepersonell?	13
2.3 Oppsummering av tidligere forskning	15
2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi	16
2.4.1 Omsorgens moralske side	17
2.4.2 Omsorgens praktiske side	17
2.4.3 Omsorgens relasjonelle side	17
2.5 utfordringer for omsorgen.....	18
3.0 Metode og design.....	20
3.1 Kvalitativ metode.....	20
3.2 Forskningsdesign	20
3.3 Datainnsamling	20
3.4 Utvalg og etikk.....	22
3.5 Rekruttering av intervjupersoner	23
3.5.1 Intervjuguide.....	24
3.5.2 Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene	25
3.6 Analyse	26

3.7 Troverdighet.....	27
3.8 Metodisk diskusjon	29
3.8.1 Forskningsetiske vurderinger.....	31
3.8.2 Egen forforståelse	32
4.0 Funn	33
4.1 Deltakelse og tilstedeværelse bidrar til økt pasientsentrert praksis.	33
4.1.1. Hva omsorg innebærer.....	34
4.1.2 Sykepleieren handler.....	35
4.1.3 Sykepleieren kjenner pasienten	36
4.1.4 Sykepleieren taler pasientens sak	37
4.1.5 Sykepleieren forklarer for pasienten.....	39
4.1.6 Sykepleierens ivaretar taushetsplikten.....	40
4.2 Samarbeid med annet helsepersonell påvirker sykepleierens omsorgsutøvelse overfor pasienten.....	42
4.2.1 Kjennetegn på et godt samarbeid mellom sykepleier og avdelingsleder.....	42
4.2.2 utfordringer i samarbeidet mellom sykepleier og avdelingsleder.....	43
4.2.3 Kjennetegn på et godt samarbeid med legen	44
4.2.4 utfordringer i samarbeidet med legen	45
4.2.5 utfordringer med å gå visittunden på flersengsrom	47
4.3 Oppsummering av funnene	48
5.0 Diskusjon	49
5.1 Deltakelse og tilstedeværelse bidrar til økt pasientsentrert praksis	49
5.2 Samarbeidet med annet helsepersonell påvirker utøvelse av omsorg overfor pasienten	55
6.0 Konklusjon.....	62
6.1 Hvordan beskriver sykepleierne sin omsorgsrolle og sine oppgaver i forbindelse med legevisitten?	62

6.2 Hvordan beskriver sykepleierne samarbeidet med annet helsepersonell i forbindelse med legevisitten?	63
6.4 Implikasjoner for praksis og utdanning	63
6.5 Implikasjoner for videre forskning	64
7.0 Referanser	65
Vedlegg 1: Godkjent masterprosjekt	70
Vedlegg 2: PVO svarbrev	71
Vedlegg 3: Godkjenning fra klinikksjef ved ortopedisk klinikk	73
Vedlegg 4: Godkjenning fra klinikksjef ved kirurgisk klinikk.....	74
Vedlegg 5: Informasjonsskriv med samtykkeskjema	75
Vedlegg 6: Intervjuguide	80
Vedlegg 7: Utdrag fra analyseprosessen.....	84

Sammendrag

Bakgrunn: Legevisitten er lite beskrevet i litteraturen på sykepleier- og medisindanningene i Norge, men likevel en sentral del av sykehushverdagen og samarbeidet mellom leger og sykepleiere. Helse Stavanger HF bygger nytt sykehus som skal stå ferdig i 2023. I forbindelse med dette nybygget er det sannsynlig at legevisitten kommer til å bli organisert på en annen måte enn i dag, siden selve utformingen av sengepostene blir annerledes enn i dag.

Hensikt: Hensikten med masterstudien er å utforske sykepleieres erfaringer med sin omsorgsrolle overfor pasienten i forbindelse med legevisitten.

Metode: Masterstudien har et kvalitativt design. Datasamlingen skjer gjennom fokusgruppeintervjuer for at sykepleierne selv skulle få beskrive sine erfaringer og refleksjoner og dermed beskrive sin utøvelse av omsorgen. Fokusgruppeintervjuene ble analysert med tanke på det manifeste innholdet. Graneheim og Lundmans (2004) kvalitative innholdsanalyse ble benyttet til dette.

Funn: Masterstudien fant at sykepleierne har mange oppgaver og roller i som henger sammen med hverandre forbindelse med legevisitten, og omsorgen kommer til uttrykk gjennom disse oppgavene og rollene. Analysen av fokusgruppeintervjuene identifiserte to temaer; *Deltakelse og tilstedeværelse bidrar til økt pasientsentrert praksis og Hvordan samarbeid med annet helsepersonell påvirker sykepleiernes utøvelse av omsorg overfor pasienten.*

Konklusjon: Masterstudien fant at sykepleierne blir kjent med pasientene, får en relasjon til dem, og dette er grunnlaget for omsorgen, sykepleierens forståelse for pasientens behov og grunnlag for sykepleietiltak. Samarbeid med annet helsepersonell kan påvirke sykepleierens utøvelse av omsorg for pasienten i forbindelse med legevisitten både positivt og negativt. Sykepleieren kan bidra med et holistisk perspektiv på pasienten og representerer pasienten i forbindelse med legevisitten.

1.0 Innledning

På 1700-tallet var legevisitten til kun for legene, og hensikten med legevisitten var å lære opp medisinstudenter og assistentleger (Kyte et. al., 2019). Fra slutten av 1800-tallet begynte sykepleierne å delta på legevisittene, og legevisitten fikk gradvis en videre hensikt enn bare undervisning. I dag omfatter legevisitten flere aspekter, blant annet diagnostisering, pleie, behandling og utskriving, samtidig som den har betydning for de tradisjonelle funksjonene med undervisning og tverrfaglig samarbeid (Kyte et. al., 2019).

I dag er legevisitten en vesentlig del av den daglige driften av sengepostene på sykehuset. Til tross for dette, er den lite omtalt i litteraturen som brukes i utdanningen av både sykepleiere og leger (O'Hare, 2008). Legevisitten er sentral i planleggingen av pleie og behandling, og ofte er legevisitten også pasientens eneste anledning til å uttale seg eller stille spørsmål om behandling, prognoser, videre forløp og lignende (Nedfors et. al. 2016).

Helse Stavanger HF, Stavanger Universitetssjukehus, er i ferd med å bygge nytt sykehus på Ullandhaug i Stavanger (SUS2023), og første byggetrinn er planlagt å stå ferdig i 2023. Dette nye sykehuset kommer til å få en annerledes bygningsmessig utforming enn dagens sykehus, blant annet kommer sengepostene til å bestå av bare enerom. Det er sannsynlig at dette kommer til å medføre en endring i organiseringen av sengepostene fra måten dette fungerer i dag. Ikke minst gjelder dette organiseringen av sykepleietjenesten på den enkelte sengepost, men også med tanke på avviklingen av legevisitten.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg er utdannet sykepleier og har 10 års yrkeserfaring på kirurgisk ortopedisk sengepost. Jeg har deltatt på legevisitten utallige ganger, og har i den forbindelse reflektert over de tilfellene legevisitten har fungert bra og de tilfellene den har fungert mindre bra. Noe som har blitt diskutert flere ganger i forbindelse med legevisitten og blant sykepleiergruppen på sengeposten er hva sykepleieren egentlig skal gjøre på legevisitten.

Legevisitten kan forklares som et møte mellom helsepersonell og pasient, og er gjerne den eneste anledningen pasienten har til å ta opp emner og å stille helsepersonellet spørsmål angående diagnoser, pleie og behandling (Weber et. al., 2007).

Legevisittens struktur, slik den fungerer i dag, har vært omtrent lik siden man begynte å organisere sykehustjenesten, og de fleste mennesker har kjennskap til dette til tross for at de selv ikke har vært pasienter på sykehus (O'Hare, 2008). Både nasjonalt og internasjonalt har det blitt forsket på legers og sykepleieres roller og funksjon generelt i kirurgiske poster (Jagland et. al., 2017), tverrfaglig samarbeid (Aase et. al., 2016) og på selve legevisitten (Kyte et. al., 2019), men akkurat sykepleierens rolle i forbindelse med legevisitten er det forsket lite på, og det har ikke blitt funnet noe forskning på sykepleierens omsorgsrolle i forbindelse med legevisitten.

Norsk Sykepleierforbund (2016) omtaler omsorg i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. I punkt 2.3 heter det at «Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg». Ifølge punkt 2.9 har også sykepleieren «ansvar for å yte omsorgsfull hjelp [...]» (Norsk Sykepleierforbund, 2016). Også de etiske retningslinjene for leger nevner omsorg i §2: «[...] Pasienten skal behandles med omsorg og respekt. [...]» (Den norske legeforening, 2015). Sammenlignet med lover og forskrifter er ikke yrkesetiske retningslinjer juridisk bindende, men de bidrar til å kaste lys over de gjeldende lovene og forskriftene.

Det diskuteres om sykepleie er sykepleievitenskap eller om det er omsorgsvitenskap, og internasjonal forskning hevder at sykepleiefaget bygger på forskning fra begge områdene (Kristoffersen & Friberg, 2015). Disse områdene har blant annet til felles ønsket om hvordan sykepleiedisiplinen skal utvikles i framtida (Kristoffersen & Friberg, 2015). Sykepleie defineres ofte som et omsorgsyrke med utgangspunkt i sykepleiernes relasjoner til pasientene (Allen, 2019). Sykepleierne har likevel flere andre oppgaver enn bare å være sammen med pasienten, og sykepleierne støtter og opprettholder organiseringen av helsetjenestene på flere måter (Allen, 2019).

I dag styres sykehusene etter produksjonstenking og økonomiske budsjetter, og dette kan gjøre at det ikke er «plass» til omsorgstenkingen (Lindberg et.al., 2011). Kristoffersen og Friberg (2017) bruker begrepene indre og ytre effektivitet, som innebærer å nå de økonomiske målsetningene og å tilby effektive helsetjenester. Kristoffersen og Friberg (2017) hevder at økt arbeidsbelastning, tidspress og mangel på sykepleiere er resultatet av disse effektivitetskravene, og at dette gjør at kjernen i sykepleien ikke kan realiseres. De økonomiske målsetningene kalles «kuldebølgen» av Kari Martinsen, og kan medføre at pasienten objektiveres (Martinsen, 2006).

Martinsen (2006) hevder også at selve pasientrommene på sykehuset har en utforming som samsvarer med det systemet sykdommer organiseres inn i. Både diagnosesystemer og pasientrom har rigide «vegger» som ikke tilpasser seg mennesket, men at mennesket må tilpasse seg «veggene». Martinsen (2006) hevder også at pasientene flyttes fra det ene rommet til det andre, og at pasienten dermed bare tillates å være i rommet i kort tid og ikke finner ro i rommet. Det samme kan sies å gjelde for tiden, i det sykehusdagene organiseres etter klokkeid som ikke er tilpasset «pleiens tid», i det pleie og omsorg ikke kan tidfestes (Martinsen, 2006).

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med denne masterstudien er:

Å utforske sykepleieres erfaringer med sin omsorgsrolle overfor pasienten i forbindelse med legevisitten.

Problemstillingen for denne masterstudien er formulert slik:

Hvordan kan sykepleieren best mulig ivareta omsorgen for pasienten i forbindelse med legevisitten?

Hensikten skal besvares ved hjelp av to forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan beskriver sykepleierne sin omsorgsrolle og sine oppgaver i forbindelse med legevisitten?*
- 2) Hvordan beskriver sykepleierne samarbeidet med annet helsepersonell i forbindelse med legevisitten?*

1.3 Avgrensning

Studien undersøker sykepleieres erfaringer og beskrivelser av omsorgen for pasienten i forbindelse med legevisitten. Legevisitten er i denne studien avgrenset til å omfatte previsitt, vitittrunden og eventuelt etterarbeid.

Studien begrenser seg til sykepleiere som er ansatt på kirurgiske og ortopediske sengeposter ved Stavanger Universitetssjukehus, SUS, siden denne studien er ønsket av kirurgisk klinikk.

1.4 Begrepsavklaring

Sykepleier: Sykepleier er en lovbeskyttet tittel og krever autorisasjon etter helsepersonelloven. Sykepleierne arbeider på ulike nivåer i helsetjenesten, og både klinisk med pasienter og administrativt (Kirkevold & Bringsli, 2020).

Avdelingsledere: Sykepleiere kan også ha administrative stillinger i helsetjenesten (Kirkevold & Bringsli, 2020). På sykehuset der masterstudien er gjennomført ledes sengepostene av avdelingssykepleiere, som er sykepleiere, men som bare jobber administrativt. Avdelingslederen har ofte ledelsen over det sykepleiefaglige arbeidet på sengeposten (Braut, 2019).

For å skille sykepleierne fra avdelingslederne i masteroppgaven, brukes ordet «sykepleier» om de sykepleierne som jobber i klinikken med pasientene, mens ordet «avdelingsleder» brukes om avdelingssykepleierne.

Lege: Lege er en lovbeskyttet tittel, og bare de som har autorisasjon eller lisens kan bære denne tittelen. Legene jobber på forskjellige nivåer i helsetjenesten, deriblant klinisk med pasienter (Braut, 2019). En kirurg er en lege som har videreutdanning etter å ha blitt autorisert, og denne videreutdanningen kan også deles inn i ulike grenspesialiteter, deriblant gastrokirurgi (kirurgi for mage- og tarmsystemet) og ortopedi (kirurgi for bevegelsesapparatet) (Schlichting, 2018). I masteroppgaven brukes «lege» der det ikke er nødvendig å spesifisere om det er kirurg eller ortoped som omtales.

Sengepost: I sykehuset består en sykehusavdeling av en eller flere sengeposter og gjerne en poliklinikk. En sengepost er det stedet, eller den avdelingen, som tar imot de pasientene som behøver innleggelse (Braut, 2019). For å gjøre det tydelig hva som omtales, brukes «sengepost» videre i masteroppgaven.

Previsitt: Previsitten kan beskrives som et tverrfaglig møte mellom helsepersonellet, hvor den enkelte pasient diskuteres med tanke på behandling, prognose og utskriving (Kyte et al., 2019). Sykepleier og lege deltar på previsitten, men også sykepleier- og medisinstudenter, fysioterapeuter og annet helsepersonell kan delta her (Swenne & Skytt, 2014). Previsitten kan hevdes å være starten på legevisitten, og foregår gjerne rent praktisk på et eget rom eller et kontor på sengeposten, der helsepersonellet kan diskutere pleie og behandling til de enkelte pasientene uforstyrret.

Visittrunden: Visittrunden skjer etter previsitten, og går ut på at lege og sykepleier går inn til pasientene og informerer dem om det som er bestemt under previsitten (Swenne & Skytt, 2014). Det er under visittrunden at pasienten har mulighet til å samtale med legen.

Ettervisitten: Etter visittrunden har ofte sykepleierne flere oppgaver, blant annet repetere informasjon til pasientene og gjennomføre oppgaver som å bestille blodprøver eller forberede utskrivelse av pasienten (Lees, 2013). I masteroppgaven brukes ordet «ettervisitt» om de oppgavene sykepleieren får som en konsekvens av previsitten og visittrunden.

Omsorg: Sykepleiefaget beskrives gjerne som et omsorgsyrke (Allen, 2019). Kari Martinsen (2003) beskriver omsorg som en naturgitt atferd som går ut på å hjelpe sine medmennesker, og betraktes som en grunnleggende komponent i menneskers liv. Denne definisjonen ligger til grunn for forståelsen av omsorg videre i masteroppgaven.

2.0 Tidligere forskning på området

Det meste av den tidligere forskningen omhandler enten omsorg eller legevisitt, men ikke begge deler. Tidligere forskning brukes dermed som en del av det teoretiske grunnlaget for masterstudien.

2.1 Hvordan beskriver sykepleieren sin omsorgsrolle i forbindelse med legevisitten?

Swenne og Skytt (2014) har utforsket pasienters opplevelser med legevisitten og deres muligheter for å bidra i planleggingen av pleie og behandling. De fant at pasientdeltakelse er nødvendig for pasientenes trivsel og opplevelse av sammenheng (Swenne & Skytt, 2014). I tillegg fant de at pasientdeltakelse vil kunne bidra til at pasienten får en bedre forståelse for og etterlevelse av den foreskrevne behandlingen. Hensikten med legevisitten er innhenting av informasjon og planlegging av pleie og behandling, og legevisitten fungerer som et forum for informasjonsutveksling mellom helsepersonell og pasient (Swenne & Skytt, 2014).

Hill (2003) fant at det er vanlig at sykepleieren ikke sier så mye under legevisitten, men at det også kan være en del av sykepleierens rolle (Hill, 2003). Sykepleieren kan likevel være tydelig til stede under legevisitten, og kommunisere blant annet med stillhet og med blikkontakt (Hill, 2003).

Lees (2013) har også forsøkt å definere sykepleierens rolle i forbindelse med legevisitten. Hun har tatt utgangspunkt i retningslinjene for organisering av legevisitten som er gitt av NHS i Storbritannia. Hun hevder at sykepleierens oppgaver på de ulike sengepostene kan variere, men at sykepleierrollen uansett er svært sentral for legevisitten uavhengig av hvilken sengepost det er snakk om (Lees, 2013). Hun konkluderte med at sykepleierne burde være en selvsagt del av det tverrfaglige teamet i legevisitten, og sykepleieren har betydning for både samspillet mellom helsepersonell og for pasientens forståelse og deltakelse i pleie og behandling (Lees, 2013).

Kyte et. al. (2019) har gjort fokusgruppeintervjuer med både sykepleiere og leger for å finne ut hvilken innvirkning previsitten har på pasientomsorgen. De fant at både sykepleiere og leger mente at previsitten påvirket omsorgen for pasientene. Analysen av fokusgruppeintervjuene resulterte i to «temaer»; Hvordan samarbeid under previsitten

kan bidra til kvalitet i omsorgen og forutsetninger for vellykkede previsitser (Kyte et. al., 2013).

2.2 Hvordan beskriver sykepleierne at utøvelsen av omsorg påvirkes av samarbeid med annet helsepersonell?

Van de Glint et. al. (2008) skrev en artikkel på bakgrunn av en observasjonsstudie av kommunikasjon mellom leger og pasienter på ene- og flersengsrom. Forfatterne konkluderer med at enerom bidrar til en bedre kommunikasjon mellom lege og pasient, hvor pasienten bidrar mer og legen bruker mer tid (van de Glint et. al., 2014). De hevder at sykehusarkitekturen er i endring fra et funksjonelt og standardisert design til det som kan karakteriseres som et «helende miljø», hvor selve miljøet skal ha en helbredende effekt på pasientene. Det påpekes at det er nødvendig med mer forskning på dette området (van de Glint et. al., 2014).

Grimen (2009) hevder at det eksisterer en ubalanse i maktforholdet mellom helsepersonell og pasient, og dette kan ha konsekvenser for samhandlingen mellom dem. Forfatteren hevder at slike, ulike maktforhold ikke bare er negativt, siden det åpner for at noen mennesker kan ha større kunnskaper og ferdigheter på noen områder, så andre mennesker kan rådføre seg med dem. Helsepersonell vil ofte ha mer kunnskaper om kroppens anatomi, fysiologi, medisin og behandling enn pasienten (Grimen, 2009).

Jagland et. al. (2017) utførte en kvalitativ studie på ved kirurgiske sengeposter på tre ulike, svenske sykehus. Forfatterne undersøkte nødvendigheten av å identifisere de utfordringene og hindringene som knyttes til pasientsikkerhet og kvalitet i pleie og omsorg. Forfatterne konkluderer med at det er forskjell mellom klinisk praksis og ønsket praksis, og at kirurgiske sengeposter burde gå organiseringen i sømmene for å sikre riktig sykepleierkompetanse på alle skift og dermed sikre best mulig pleie og behandling (Jagland et. al., 2017).

Weber et. al. (2007) undersøkte samhandlingen mellom leger, sykepleiere og pasienter i en indremedisinsk sykehusavdeling. De tok utgangspunkt i antakelsen om at legevisitten fungerer som et sentrum for informasjonsutveksling mellom sykepleier, lege og pasient. Det viste seg imidlertid at legevisitten gjerne ble en samtale mellom legen og pasienten, mens sykepleieren ikke kom med innspill. Forfatterne mente dette var negativt, siden sykepleieren observerer pasienten i de daglige gjøremålene og dermed kan legge merke

til andre ting enn det som kan fanges opp ved bare å samtale med pasienten (Weber et. al., 2007).

Nedfors et. al. (2016) intervjuet sykepleiere for å få innblikk i hvordan de kommuniserte med legene om pleie og behandling i en kirurgisk avdeling. De konkluderte med at samarbeidet mellom leger og sykepleiere består mye av tolkning av verbal og nonverbal kommunikasjon, samt at et godt, profesjonelt forhold mellom yrkesgruppene styrker samarbeidet (Nedfors et. al., 2016). Forfatterne hevdet at eventuelle utfordringer i samarbeidet kunne ha bakgrunn i at leger og sykepleiere har blitt opplært til å se etter ulike ting. De hevdet også at idealet var samarbeid mellom lege, sykepleier og pasient. Dette kunne imidlertid bli vanskelig, da pasienten ofte manglet kunnskaper for å kunne bidra som helsepersonellets likemann (Nedfors et. al., 2016).

Moret et. al. (2007) undersøkte rollene til sykepleiere og leger, og hvordan uoverensstemmelser i disse rollene kunne ha konsekvenser for pasientsikkerheten. De trakk fram viktigheten av informasjon til pasientene, og fant at det var forskjell på hva pasienter og helsepersonell opplevde som god informasjon. Dette ble støttet av Desai et. al. (2011), som hevdet at dersom sykepleiere og leger hadde kommunisert adekvat, hadde det kunnet bidra til å bedre pasientsikkerheten. Forfatterne konkluderte med at det burde jobbes med en kulturendring for å bedre den tverrfaglige kommunikasjonen (Desai et. al., 2011).

Pethybridge (2004) observerte samspillet mellom ulikt helsepersonell, deriblant sykepleiere og leger på fire ulike medisinske sengeposter på engelske sykehus. Hun fant at de to sengepostene var både ulike og inkonsekvente i måten å samarbeide på. I tillegg fant hun at personlighetene til lederne og sykepleierne påvirket dette (Pethybridge, 2004). Det ble konkludert med at det var nødvendig med tverrfaglig dokumentasjon og målsetning, samt teambuilding og tverrfaglig simulering for å samarbeide best mulig (Pethybridge, 2004). Det påpekes at funnene i studien ikke nødvendigvis kan overføres direkte til andre sykehusavdelinger.

Tang m.fl. (2013) gjorde en kunnskapsoppsummering av forskning på samarbeid mellom leger og sykepleiere i sykehus. De fant at sykepleiere gjerne verdsatte samarbeid mer enn legene, og faktorer som kommunikasjon, respekt og prioritering av oppgaver kunne påvirke dette samarbeidet. I tillegg foreslo de tiltak for forbedring av samarbeidet, deriblant tverrfaglig opplæring (Tang et. al., 2013).

Aase et. al. (2016) gjorde en eksplorativ studie av tverrfaglig opplæring for medisin- og sykepleierstudenter i Norge. De gjorde observasjoner av sykepleiere og leger på dagvakt på sykehus, og dette ble supplert med fokusgruppeintervjuer og individuelle intervjuer med sykepleiere, leger, sykepleierstudenter og medisinstudenter i etterkant (Aase et. al., 2016). Studiens funn viste positive holdninger til tverrfaglig trening, men hvordan kommunikasjon, samarbeid, arbeidsflyt og profesjonenes rollemønstre kunne innlemmes i denne treningen var usikkert (Aase et. al., 2016).

Årdal (2017) har i sin masterstudie utforsket samarbeidet mellom sykepleiere og leger i sykehus. Hun fant at sykepleiere og leger stort sett beskriver samarbeidet som bra, at sykepleiere og leger var gjensidig avhengige av hverandre og at de opplever hverandre som jevnbyrdige.

2.3 Oppsummering av tidligere forskning

Tidligere forskning har funnet at legevisitten kan fungere som et forum for informasjonsutveksling mellom sykepleier og lege og mellom helsepersonell og pasient, og det åpnes for at legevisitten kan ha betydning for pasientomsorgen. Ulike faglige tradisjoner hos sykepleiere og leger kan ha konsekvenser for samarbeidet dem imellom, som igjen kan påvirke omsorgen for pasienten. Flere av studiene har funnet at det er vilje til et samarbeid, men at de sterke fagtradisjonene kan gjøre dette vanskelig.

2.4 Kari Martinsens omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er utdannet sykepleier og har en magistergrad i filosofi. Siden 1986 har hun hatt tittelen dr.philos. I perioden 1990-1995 jobbet hun som lektor ved Danmarks Sykeplejerhøjskole ved Århus Universitet, samt ved universitetene i Bergen og Tromsø. I 2020 er hun registrert som ansatt ved VID i Bergen. I 2011 ble hun utnevnt til ridder av St. Olavs orden av 1. klasse for den innsatsen hun har gjort innen sykepleien ((Det Norske Kongehus, u.å.).

I et intervju med Sykepleien i 2019 uttalte Martinsen at omsorg er sentralt for sykepleiefaget, men at sykepleiefaget er mer enn omsorg (Fonn, 2019). Begrepet omsorg kan forklares som å hjelpe, ta vare på eller å bry seg om andre, men det kan også forklares som det å gå ut over seg selv og å stå nær et annet menneske (Martinsen, 2003).

Begrepet omsorg kan relateres til nestekjærlighet, og å gjøre mot andre som en vil at andre skal gjøre mot seg (Martinsen, 2003). Omsorgen har til alle tider vært en del av menneskenes liv og samfunn, og til alle tider har det også vært «noen» som har ivaretatt de menneskene som ikke selv har vært i stand til det (Martinsen, 2003). Som mennesker er vi henvist til hverandre for å ivareta hverandre (Martinsen, 2006). Omsorgen kan karakteriseres som en grunnleggende verdi i menneskelivet, og omsorgsbegrepet kan knyttes til prinsippet om ansvaret for svake. Dette er et universelt prinsipp som gjelder alle mennesker, i alle kulturer, til alle tider (Martinsen, 2003).

I sykepleiefaget er omsorgen nært knyttet til tillit (Martinsen, 2006). Omsorgen henger sammen med engasjement, men det er alltid en risiko for at den går over til likegyldighet, enten i form av unnlaterer eller i form av formynderi (Martinsen, 2006). Omsorgen har tre aspekter; den er moralsk, relasjonell og praktisk (Martinsen, 2006).

2.4.1 Omsorgens moralske side

Moral er grunnleggende i relasjonene mellom mennesker og dermed også i relasjonen mellom sykepleier og pasient, og dette kommer til uttrykk i måten sykepleieren utfører arbeidet sitt på (Martinsen, 2003). For at sykepleieren skal kunne utvikle en god relasjon til pasienten er det nødvendig med faglig og moralsk standard på handlingene. Omsorgsmoral i sykepleiefaget både kan og må læres gjennom praktiske erfaringer (Martinsen, 2003).

Mennesker møtes i utgangspunktet i tillit, noe som innebærer at det enkelte menneske må våge å utlevere seg selv i møtet med et annet menneske (Martinsen, 2003). Dersom denne utlevertheten ikke blir møtt, blir tilliten brutt, og dette åpner for mistillit. I et møte mellom sykepleier og pasient kan dette skje dersom sykepleieren for eksempel opplever tidspress og ikke lar pasienten snakke ut (Martinsen, 2003).

Martinsen (2012) hevder at sykepleieren er forpliktet til å ivareta pasienten, selv om det er opplevd ubehagelig. Dersom sykepleieren mister fokuset på pasientens beste, kan det medføre likegyldighet og lite engasjement hos sykepleieren (Martinsen, 2003).

2.4.2 Omsorgens praktiske side

Det er nødvendig med praktisk handling for at omsorgen skal bli noe mer enn at sykepleieren bare sentimentalt synes synd på pasienten (Martinsen, 2003). Sykepleierens omsorgsarbeid utføres innenfor rammer skapt av regler og normer. Disse reglene og normene forhindrer mistillit i relasjonen mellom pasient og sykepleier, og taushetsplikten er et eksempel på dette (Martinsen, 2003). Men disse reglene er bare utgangspunktet for at omsorgen kan utføres som en praktisk handling, og det er viktig å være klar over at selve tilliten ikke kan regelfestes (Martinsen, 2003). Med utgangspunkt i erfaring og skjønn vil reglene framstå som noe mer enn bare påbud og forbud. Det å kunne vurdere med utgangspunkt i den enkelte pasients situasjon vil kunne bygge opp tillitsforholdet mellom sykepleier og pasient (Martinsen, 2003).

2.4.3 Omsorgens relasjonelle side

Som nevnt kan omsorgens utgangspunkt beskrives som det å knytte bånd til andre mennesker og dermed å inngå i relasjoner til hverandre (Martinsen, 2003). Respekt for

andre mennesker er bare mulig i personrelasjoner, og sykepleieren har derfor et ønske om å skape en slik personrelasjon til pasienten for å gagne ham eller henne mest mulig (Martinsen, 2003). Sykepleieren blir kjent med pasienten og setter seg inn i hans eller hennes situasjon. Jo bedre sykepleieren kjenner pasienten, jo lettere kan sykepleieren handle til pasientens beste. Samtidig blir det vanskelig for sykepleieren å påvirke og å bestemme over pasienten (Martinsen, 2003).

I møtet med sykepleieren er pasienten i utgangspunktet underlegen siden sykepleieren representerer en autoritet gjennom fagkunnskapene sine (Martinsen, 2006). På grunn av dette er det nødvendig at sykepleieren lytter til pasienten, siden det er pasienten selv som best vet hvordan han eller hun har det og hva han eller hun trenger hjelp til (Martinsen, 2006).

Mennesker er gjensidig avhengige av hverandre. Denne avhengigheten finnes igjen i alle mellommenneskelige forhold, men står ikke i kontrast til det å være selvhjulpent (Martinsen, 2003). Mellommenneskelige forhold preges av makt og avhengighet, og moralen har betydning for måten de ivaretas. I samfunn fins det alltid noen som er svakere enn andre, og det er her maktforhold skapes (Martinsen, 2003). Moralens representasjon ansvarlig maktutøvelse som bidrar til å verne de svake i samfunnet, og kan være en betegnelse for en ansvarlig maktutøvelse gjennom prinsippet om ansvaret for svake. Dette prinsippet er et utgangspunkt for moralske beslutninger, men er ikke noe absolutt eller nøyaktig. Disse moralske beslutningene stammer fra verdier som bunn i både ulike hendelser i dagliglivet og historiske betingelser. Verdier er eksakte, men ikke det samme som tekniske, rasjonelle gjøremål (Martinsen, 2003).

2.5 utfordringer for omsorgen

Oppbygningen av sykerommet og organiseringen av klokkeiden kan hindre sykepleieren i å få fatt i pasientens lidelse. Det innebærer at sykepleieren ikke virkelig klarer å forstå situasjonen og identifisere de tingene pasienten trenger hjelp til og ikke. Sykepleieren kan på denne måten oppleve å brenne ut og å bli likegyldig (Martinsen, 1990).

Menneskenes dager er organisert i klokkeid, og dette er en måte å øke tempoet på menneskenes handlinger, hevder Martinsen (2012). Hensikten med denne oppdelingen av tida skal være å utnytte hvert minste øyeblikk effektivt. Denne organiseringen i mindre deler gjelder også rommene på sykehuset, hvor pasientene flyttes fra rom til rom

(Martinsen, 2012). I motsetning til et bolighus er ikke sykehuset bygd for at pasientene skal slå seg til ro der, men de er bygd for funksjonalitet og målrettet og tidseffektiv pasientbehandling (Martinsen, 2015). Dette medfører at helsepersonellet må skynde seg fra den ene pasienten til den neste, og det står i kontrast til idealet om at arkitekturen og miljøet skal virke helende på pasientene (Martinsen, 2015).

Martinsen (2003) hevder at omsorgen springer ut fra menneskesynet. På den ene siden kommer menneskesynet til uttrykk i et kollektivistisk menneskesyn med anerkjennelse av egen avhengighet av andre mennesker. På den andre siden står individualismen, med uavhengighet, egoisme, selvrealisering og individets ansvar for seg selv. Martinsen (2003) hevder også at det kan trekkes paralleller til storsamfunnet, med sosialismens fellesskapstenkning på den ene siden og individualisme og markedsliberalisme på den andre siden.

3.0 Metode og design

I dette kapitlet presenteres masterstudiens forskningsdesign, valg av metode, samt gjennomføringen av datainnsamlingen og analysen av data.

3.1 Kvalitativ metode

Å forklare menneskers levde erfaringer er målet med kvalitative metoder, og et kvalitativt forskningsdesign egner seg spesielt dersom det ikke er forsket mye på temaet fra før (Holloway & Wheeler, 2010). De kvalitative metodenes fleksibilitet gjør det mulig å tilpasse forskningsdesignet etter hvert som man i løpet av studien får økte kunnskaper om temaet, og dermed egner kvalitative metoder seg godt til lite utforskede temaer (Polit & Beck, 2017).

3.2 Forskningsdesign

For å undersøke hvordan sykepleieren ivaretar omsorgen for pasienten i forbindelse med legevisitten, ble det vurdert som mest hensiktsmessig å gjøre en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju er egnet når hensikten er å få forståelse for praksis, for eksempel sykepleiernes roller gjennom deres beskrivelser av sin daglige praksis (Holloway & Wheeler, 2010). I tillegg var det ønskelig at sykepleierne som deltok i masterstudien diskuterte seg imellom og delte informasjon med hverandre, slik at forståelsen for sykepleiernes utøvelse av omsorg i forbindelse med legevisitten ble større (Morgan, 1998). Fokusgruppene besto av sykepleiere ansatt på kirurgiske og ortopediske sengeposter på sykehuset.

3.3 Datainnsamling

Fokusgruppeintervju ble valgt som metode for datainnsamling. En fokusgruppe består av en gruppe mennesker som har bestemte egenskaper (Polit & Beck, 2017). Som eksempel på dette hadde intervjupersonene i masterstudien de egenskapene at de var sykepleiere med erfaring med legevisitten på en sykehuspost. Det ble gjort tre fokusgruppeintervjuer; 28. november, 5. og 6. desember 2019.

Fokusgrupper egner seg til å utforske blant annet deltakernes opplevelser, meninger, og erfaringer (Kitzinger, 2005). For å få kunnskaper om menneskers holdninger til og kunnskaper om et tema, kan deres dagligtale, med bruk av anekdoter, vitser og erting gi svar, ikke bare det presise, akademiske språket (Kitzinger, 2005). Holloway og Wheeler (2010) hevder at fokusgruppeintervju blant annet egner seg for å få forståelse for helsepersonells roller og identitet. Dette var aktuelt for masterstudiens forskningsspørsmål, da det var ønskelig at sykepleierne skulle beskrive sine roller og sin funksjon i forbindelse med legevisitten.

Samhandlingen mellom fokusgruppedeltakerne er både et spesifikt kjennetegn og kanskje den fremste fordelen med fokusgrupper (Holloway & Wheeler, 2010). At intervjupersonene får diskutere sammen, kan bidra til større innsikt, og fokusgrupper egner seg på denne måten til å få mye data ut av relativt få intervjupersoner (Polit & Beck, 2017). På den annen side kan det oppstå «sensurering» hvis en intervjuperson har avvikende synspunkter fra resten av gruppa (Kitzinger, 2005). Ofte kan kollegaer lettere relatere til hverandres fortellinger fra dagliglivet, da de allerede kan ha diskutert temaet, og det er en mulighet for at de allerede har et miljø for å diskutere praksis (Kitzinger, 2005).

Det at deltakerne i en fokusgruppe har bestemte egenskaper, kan skape veldig homogene grupper (Holloway & Wheeler, 2010). En viss homogenitet i fokusgruppa gjør at gruppedeltakerne lettere kan relatere til hverandres opplevelser, mens ulikheter innad i gruppa kan gi muligheter til å utforske ulike sider ved temaet (Kitzinger, 2005). Polit og Beck (2017) og Morgan (1998) hevder at mennesker gjerne føler seg mer komfortable med å diskutere i en gruppe som består av mennesker som har en lignende bakgrunn som seg selv. Intervjupersonene i masterstudien var sykepleiere ansatt på kirurgiske og ortopediske sengeposter på det samme sykehuset. Noen av fokusgruppedeltakerne kjente hverandre gjennom at de jobbet på samme avdeling, noen jobbet på naboavdelinger, mens andre hadde truffet på hverandre i korridorene. Alt dette gjorde at intervjupersonene var en relativt homogen gruppe.

Fokusgruppene ledes av en moderator, som har som oppgave å styre diskusjonen, sørge for at alle intervjupersonene kommer til orde og gjør oppmerksom på de «reglene» som gjelder før selve intervjuet starter (Polit & Beck, 2017). «Reglene» som gjaldt for

masterstudien var at det som ble diskutert under fokusgruppeintervjuet ble behandlet konfidensielt, og at deltakerne helst skulle snakke en om gangen.

3.4 Utvalg og etikk

For å samle data på kirurgiske og ortopediske sengeposter var det nødvendig å søke om tilgang til dette gjennom sykehusets Personvernombud og forskningsavdeling. Masterprosjektet ble sendt forskningsavdelingen på epost, og deretter gjennomgått av personale på forskningsavdelingen og Personvernombudet. Etter at de hadde gitt sin anbefaling, ble skjema om registrering av masterprosjektet (se vedlegg 1) og svarbrevet fra Personvernombudet (se vedlegg 2) sendt videre til klinikkssjef, som ga den endelige tillatelsen. Klinikksjefen hadde ingen innvendinger mot masterprosjektet, og ga tilgang til å samle data på to ortopediske sengeposter (se vedlegg 3).

I utgangspunktet var det ønskelig å samle data kun på kirurgiske sengeposter på sykehuset, og ikke de ortopediske, på grunn av eget ansettelsesforhold på en ortopedisk sengepost, samt at en undersøkelse av legevisitten var ønsket av kirurgisk klinikk. Dette ble presisert både i prosjektplanen og i søknaden om tilgang til å samle data. Likevel ble masterprosjektet godkjent av klinikkssjefen ved ortopedisk klinikk. Det ble sendt en ny henvendelse til forskningsavdelingen med spørsmål om tillatelse til å samle data på kirurgisk klinikk. I samsvar med råd fra forskningsavdelingen ble skjema om registrering av masterprosjektet, svarbrevet fra Personvernombudet og godkjent prosjektplan sendt til klinikkssjefen på kirurgisk klinikk, som også godkjente masterprosjektet, og dermed ga tilgang til å samle data på to kirurgiske sengeposter, se vedlegg 4. Det må nevnes at sengepostene ble navngitt i svaret fra klinikkssjefen, men at de er anonymisert i vedlegget. Sykepleierne som ble invitert til å delta i fokusgruppeintervjuene representerte dermed fire kirurgiske og ortopediske sengeposter. Begrunnelsen for å inkludere alle de fire sengepostene var en antakelse om at det dermed kunne bli lettere å få et tilstrekkelig antall intervjupersoner, samt større variasjon i utvalget (Graneheim et. al., 2017).

Siden studien var ønsket fra kirurgisk klinikk, var det hensiktsmessig å rekruttere sykepleiere ansatt på kirurgiske sengeposter. Siden det også ble gitt tillatelse til å samle data på ortopediske sengeposter, og siden sykepleietjenesten på kirurgiske og ortopediske sengeposter har likheter i organiseringen, ble sykepleiere ansatt på ortopediske

sengeposter også et inklusjonskriterium. Bortsett fra dette var det ingen andre kriterier for deltakelse i masterstudien, verken inklusjons- eller eksklusjonskriterier.

Det ble anvendt et strategisk utvalg i denne masterstudien, da deltakerne i et slikt utvalg velges på bakgrunn av bestemte egenskaper (Thagaard, 2018). Det var ønskelig at intervjupersonene var sykepleiere ansatt på kirurgiske og ortopediske sengeposter som hadde erfaring med legevisitten. Når en gruppe inkluderes, blir de som ikke oppfyller de samme kriteriene ekskludert (Thagaard, 2018). Eksklusjonskriteriene for masterstudien ble dermed andre yrkesgrupper, for eksempel leger, samt helt nyutdannede eller nyansatte sykepleiere som ikke hadde deltatt på legevisitten ennå.

3.5 Rekruttering av intervjupersoner

Fordelen med de få inklusjons- og eksklusjonskriteriene var at det ble enklere for avdelingslederne å finne og sende fra seg aktuelle kandidater.

Etter å ha fått godkjenning fra klinikkssjefene, ble hver av de fire sengepostene oppsøkt, og masterprosjektet ble presentert for avdelingslederne. Avdelingslederne fikk også et papireksemplar av det informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet (se vedlegg 5) som også ble delt ut til intervjupersonene.

Da dato, klokkeslett og møterom for det enkelte fokusgruppeintervjuet var klart, ble avdelingslederne kontaktet på epost. Informasjonsskriv og samtykkeskjema ble sendt med denne eposten som vedlegg. Avdelingslederne kunne på dermed selv se på vaktlistene og velge hvilke sykepleiere som var aktuelle å sende til fokusgruppeintervjuene. Deretter videresendte de eposten med informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet til de sykepleierne som ble valgt ut. Hensikten med å gå via avdelingsleder for å komme i kontakt med intervjupersoner var at det kan være lettere for intervjupersonen å si at en ikke ønsker å delta til avdelingsleder enn til en ukjent forsker (Thagaard, 2018).

Størrelsen på fokusgruppa begrunnes i studiens tema og problemstilling, men både for store og for små fokusgrupper kan by på utfordringer (Holloway & Wheeler, 2010). En liten fokusgruppe kan gjøre at det er vanskelig å få en diskusjon, mens en stor fokusgruppe kan gjøre at ikke alle intervjupersonene kommer til orde (Holloway & Wheeler, 2010).

I utgangspunktet var planen å invitere to sykepleiere per sengepost til fokusgruppeintervjuene, altså åtte sykepleiere per fokusgruppeintervju, da anbefalt antall deltakere i fokusgruppeintervju er seks til ti personer (Kvale & Brinkmann, 2018). Muligheten for at noen av postene bare kunne sende en sykepleier eller ingen i det hele tatt ble vurdert, og det ble estimert med fire til åtte sykepleiere per fokusgruppeintervju. De fleste avdelingslederne uttrykte interesse for masterprosjektet, og det viste seg også at de strakk seg langt for å kunne sende sykepleiere til fokusgruppeintervjuene. Unntaket var post 4, hvor avdelingslederen ikke svarte på epost og heller ikke var tilgjengelig på telefon. Denne sengeposten ble forsøkt kontaktet i forkant de to første fokusgruppeintervjuene, men på grunn av manglende tilbakemelding ble det ikke gjort flere forsøk før det tredje fokusgruppeintervjuet. I praksis ble denne sengeposten ekskludert allerede etter det første fokusgruppeintervjuet.

3.5.1 Intervjuguide

I intervjuforskning er det to metoder for intervjuguider; emneguide og spørsmålsguide (Krueger, 1998). Emneguiden består av ulike emner som forskeren ønsker å få økte kunnskaper om, og som han eller hun stiller spørsmål ut fra etter hvert som samtalen i fokusgruppa utvikler seg, mens spørsmålsguiden består av ferdige spørsmål (Krueger, 1998)

For denne masterstudien ble en spørsmålsguide vurdert å være mest aktuell, på grunn av manglende erfaring med utforming av intervjuguider. Spørsmålene i intervjuguiden ble utformet med utgangspunkt i tidligere forskning (Gillham, 2005), studiens problemstilling egen erfaring med legevisitten. I intervjuguiden (se vedlegg 6) ble det formulert spørsmål og oppfølgingsspørsmål som i utviklingsprosessen ble revidert og reformulert flere ganger

Spørsmålsguiden ble jobbet mye med, og veileder var til stor hjelp i utformingen av spørsmålene. Da fokusgruppeintervjuene ble gjennomført, besto spørsmålsguiden av ni hovedspørsmål og tre reservespørsmål. Det ble lagt vekt på at spørsmålene skulle være åpne, slik at intervjupersonene kunne reflektere over dem (Thagaard, 2018). Åpne spørsmål ga ingen antydning om hva som var «riktig» svar, og lot dermed sykepleierne svare ut fra sin egen situasjon (Krueger, 1998).

Før det første fokusgruppeintervjuet ble gjennomført, ble intervjuguiden ble testet i et pilotintervju med tre kollegaer. Hensikten var å se om spørsmålene fungerte. Pilotintervjuet resulterte i at to spørsmål ble fjernet, da intervjupersonene svarte på dem under andre spørsmål, og flere andre spørsmål ble omformulert for å gjøre det tydeligere hva som ble spurt om.

3.5.2 Gjennomføringen av fokusgruppeintervjuene

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på egne møterom ved sykehuset, som ikke var tilknyttet noen av sengepostene. Fordelen med å gjennomføre fokusgruppeintervjuet på et annet sted enn på sengeposten var at fokusgruppeintervjuene ble gjort på «nøytral grunn», rommene skulle ikke brukes til for eksempel samtaler med pasientene, og man fikk sitte i fred.

To sykepleiere fra hver av de fire sengepostene jeg hadde fått tilgang til ble invitert til det første fokusgruppeintervjuet. På dagen for fokusgruppeintervjuet møtte to sykepleiere fra post 1 og to fra post 2. Det viste seg likevel at fire intervjupersoner var en grei størrelse, da alle intervjupersonene fikk komme til orde, svart utfyllende på spørsmålene og diskutert seg imellom. På grunn av dette ble det invitert fire sykepleiere til de to siste fokusgruppeintervjuene. Til fokusgruppeintervju nummer to møtte også fire sykepleiere; to fra post 1 og to fra post 2. Til det tredje fokusgruppeintervjuet møtte en sykepleier fra post 1, to fra post 2 og en fra post 3.

Før fokusgruppeintervjuene startet ble det holdt en kort innledning, der det ble samlet inn samtykkeskjema, repetert for deltakerne studiens hensikt og deres mulighet til å trekke tilbake samtykket. Det ble dessuten informert om at det var en fordel om de kunne snakke bare en og en. I tillegg ble det understreket at fokusgruppeintervjuet ikke var en kunnskapstest, at det var intervjupersonenes egne tanker og refleksjoner som var interessante. Min veileder, som deltok som medmoderator under fokusgruppeintervjuene, ble også presentert for intervjupersonene under innledningen. Veileder ledet det første fokusgruppeintervjuet, mens masterstudenten fungerte som medmoderator. På fokusgruppeintervju nummer to og tre var rollene byttet, og masterstudenten ledet intervjuene, mens veileder var medmoderator og bidro med oppfølgingsspørsmål.

Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp med digital lydopptaker, og deretter transkribert av masterstudenten. Intervjupersonene snakket dialekt, og uttalelsene deres ble skrevet ned

på bokmål i transkripsjonsprosessen, samtidig som det ble forsøkt å holde uttalelsene mest mulig ordrett. Intervjupersonene snakket noen ganger litt i munnen på hverandre, og det var derfor nødvendig å renskrive de transkriberte fokusgruppeintervjuene. Dette redigeringsarbeidet resulterte i en tekst per fokusgruppeintervju.

3.6 Analyse

Det er flere måter å analysere forskningsintervjuer på, men felles for dem alle er at de innebærer fortolkning av en tekst (Thagaard, 2018). For masterstudien innebærer dette en fortolkning av de transkriberte fokusgruppeintervjuene. Analysen som ble anvendt i masterstudien baserer seg på Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse (2004), med tekstens manifeste innhold i søkelyset.

Graneheim og Lundman (2017) hevder at det manifeste innholdet skal beskrives og det latente fortolkes. Likevel krever begge deler fortolkning på et visst nivå, men fortolkningen varierer i dybde og abstraksjonsnivå. I masterstudien ble det satt søkelys på det manifeste innholdet og fortolket i mindre grad.

Analyseprosessen er tidkrevende (Graneheim & Lundman, 2004). Den kan deles inn i fem faser, og det er vanlig å gå fram og tilbake mellom fasene (Graneheim & Lundman, 2004). Fokusgruppeintervjuene i masterstudien ble analysert under ett.

Fokusgruppeintervjuene ble transkribert fortløpende, og det var, som nevnt, masterstudenten som gjorde dette. Hvert fokusgruppeintervju tok mellom åtte og ni timer å transkribere. Etter transkripsjonene var det også nødvendig å renskrive fokusgruppeintervjuene noe for å få en tekst som var lettere å lese. Resultatet var tre tekster med 82 sider til sammen.

Etter å ha lest alle fokusgruppeintervjuene flere ganger for å bli kjent med teksten, ble de meningsbærende enhetene identifisert som første fase (Graneheim & Lundman, 2004). Andre analysefase gikk ut på å kondensere de meningsbærende enhetene. Teksten ble forkortet uten at det påvirket innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). I analysens tredje fase ble det utformet koder for de kondenserte meningsbærende enhetene (Graneheim & Lundman, 2004). Disse tre første fasene ble holdt veldig tekstnært.

Fase fire var kategoriseringsprosessen. Det innebar å samle koder som betydde omtrent det samme under en kategori for å kunne sammenligne dem med andre kategorier og se

etter likheter og ulikheter (Graneheim & Lundman, 2004). Det ble fremdeles jobbet tekstnært, men med noe mer fortolkning enn de foregående fasene. Den siste fasen var tematiseringen, hvor kategoriene ble abstrahert til temaer (Graneheim & Lundman, 2004). Utdrag fra analyseprosessen finnes i vedlegg 7.

3.7 Troverdighet

Graneheim og Lundman (2004) hevder at en studie er troverdig dersom funnene kan overføres til andre, lignende grupper og sammenhenger. Leseren avgjør til sist om funnene er mulige å overføre til andre sammenhenger, men personen bak studien kan komme med forslag til overførbarhet. Å presentere funnene på en måte som gjør at leseren kan finne andre tolkningsmuligheter kan øke troverdigheten (Graneheim & Lundman, 2004). Masterstudien er liten, med bare 12 intervjupersoner totalt, og er utført på bare ett sykehus. Om resultatene kan overføres direkte til andre sykehus i landet er lite trolig. Likevel kan det tenkes at resultatene kan overføres til andre klinikker innad i det samme sykehuset, og det kan også tenkes at resultatene kan inspirere til lignende studier på andre sykehus.

Leserens mulighet til å vurdere materialet – og dermed også studiens overførbarhet – styrkes gjennom forskerens redegjørelse for studiens forskningsprosess. Dette omfatter både studiens kontekst, dens utvalg, analysen av datamaterialet og funnene. Gjennomsiktighet i forskningen gjør at leseren har mulighet til å følge og forstå hele forskningsprosessen og dermed vurdere kvaliteten (Graneheim & Lundman, 2004). I gjennomføringen av masterstudien, arbeidet med å analysere datamaterialet og i presentasjonen av funn og resultater, ble det lagt vekt på å presentere alle trinnene i prosessen. Hensikten var nettopp å gjøre prosessen synlig for leseren.

Pålitelighet dreier seg om funnene og analysen er konsistent og pålitelig, samt om det er mulig å opprettholde over tid (Graneheim & Lundman, 2004). I masterstudien ble dette gjort ved at det ble utarbeidet en intervjuguide med hovedspørsmål og reservespørsmål som ble brukt i alle fokusgruppeintervjuene. Det ble også stilt oppfølgingsspørsmål ved behov i løpet av fokusgruppeintervjuene for at intervjupersonene skulle utdype uttalelsene sine og forklare hva de mente. I tillegg deltok moderator og medmoderator på alle fokusgruppeintervjuene, slik at de menneskene som hadde best kjennskap til studien

også var de som gjennomførte den. I arbeidet med analysen av datamaterialet ble Graneheim og Lundmans (2004) innholdsanalyse fulgt nøye.

Gyldighet dreier seg om at studiens og forskningsprosessens fokus har sammenheng med studiens hensikt (Graneheim & Lundman, 2004). Dette innebærer at studiens utvalg er så stort og variert nok til å sikre variasjon og bredde i intervjupersonenes beskrivelser, og det forutsettes at intervjupersonene faktisk har de erfaringene de intervjues for. I masterstudien deltok til sammen 12 sykepleiere. Det antas at dette var et tilstrekkelig antall intervjupersoner, spesielt med tanke på datamengden fokusgruppeintervjuene frembrakte. I arbeidet med masteroppgaven ble det i presentasjonen av funnene lett etter de mest representative meningsenhetene fra intervjupersonene for å illustrere funnene. Graneheim og Lundman (2004) hevder at det å velge de mest passende meningsenhetene har betydning for troverdigheten. Dersom meningsenhetene er for lange, kan de inneholde flere meninger, og dersom de er for korte blir det fragmentert.

3.8 Metodisk diskusjon

Flere faktorer ved en studie kan bidra til svakheter, og flere av disse faktorene gjelder for denne masterstudien. En mulig svakhet ved studien var egen nærhet til forskningsfeltet og intervjupersonene, siden masterstudenten har et ansettelsesforhold på sykehuset og på samme sengepost som noen av intervjupersonene. Det var vanskelig å ikke identifisere seg med intervjupersonene og å holde en korrekt distanse under fokusgruppeintervjuene og analysen av disse (Kvale & Brinkmann, 2018). Spesielt gjaldt dette at en av sengepostene hadde gått gjennom en omorganisering i måten å organisere legevisitten. Som ansatt på akkurat denne sengeposten kom dette veldig nært. Det har derfor blitt jobbet mye med å holde egne opplevelser og synspunkter på avstand i arbeidet med masterstudien.

Thagaard (2018), derimot, hevder at forskerens nærhet til forskningsfeltet kan redusere intervjupersonenes opplevelse av sosial avstand til forskeren. Under fokusgruppeintervjuene var inntrykket at masterstudentens sykepleierbakgrunn representerte en trygghet som nok ikke ville vært til stede dersom det hadde vært en ukjent person, for eksempel dersom datasamlingen hadde skjedd i kommunehelsetjenesten.

I tillegg er det en mulig svakhet ved masterstudien en liten variasjon i utvalget siden alle intervjupersonene var kvinner. Dersom utvalget hadde vært halvparten kvinner og halvparten menn kan det hende at det kunne kommet frem flere perspektiver. Holloway og Wheeler (2010) peker på forskning som tyder på større variasjon i tanker i grupper som består av medlemmer av bare ett kjønn. Kitzinger (2005) hevder at ulikheter blant gruppemedlemmer kan gi mulighet for å granske forskjellige aspekter ved temaet, mens en mer homogen gruppe gjør det lettere for den enkelte å relatere til de andre medlemmene. Det er også mulig at resultatene fra masterstudien hadde blitt annerledes dersom også leger hadde blitt inkludert. Resultatene fra masterstudien viste dermed saken bare fra en side, siden bare kvinnelige sykepleiere ble intervjuet.

En annen mulig svakhet ved studien var at antallet deltakere i fokusgruppene var få, med bare fire intervjupersoner per fokusgruppeintervju, og til sammen 12 intervjupersoner. Fordelen med fire deltakere per fokusgruppeintervju var at alle personene kom til orde, og alle fikk dele sine synspunkter og erfaringer.

Under fokusgruppeintervjuene sørget moderatorene for at alle intervjupersonene fikk uttalt seg og at ikke bare en eller to per fokusgruppeintervju snakket. I tillegg ble

intervjupersonene oppmuntret til å respondere på hverandres uttalelser og til å utdype egne utsagn. Diskusjoner innad i fokusgruppa kan på denne måten bidra til større utdyping av temaene (Thagaard, 2018). Moderatoren bør være oppmerksom på at det kan oppstå «sensurering» i fokusgruppeintervju, der intervjupersoner som har synspunkter som avviker fra flertallet kan velge å ikke uttale seg for å unngå reaksjoner fra resten av gruppa (Thagaard, 2018). Dette ble ikke opplevd som et problem i forbindelse med fokusgruppeintervjuene, men det ble reflektert over i forkant, og begge moderatorene var oppmerksomme på at dette kunne oppstå i løpet av fokusgruppeintervjuene.

I utgangspunktet var det en styrke for masterstudien at den samme intervjuguiden – og dermed de samme spørsmålene ble brukt i alle tre fokusgruppeintervjuene, da det å bruke den samme intervjuguiden kan gi sammenlignbare svar (Thagaard, 2018). I fokusgruppeintervju nummer to ble reservespørsmålene brukt, som kan representere en svakhet. Samtidig opplevde moderatorene å få besvart disse spørsmålene i forbindelse med den ordinære spørsmålsguiden i fokusgruppeintervju nummer en og tre.

Fokusgruppeintervjuene ble ledet av en moderator, og i tillegg var en medmoderator til stede. Medmoderator observerte gruppeprosessen og sørget for at alle intervjupersonene fikk uttalt seg. I det første fokusgruppeintervjuet var veileder moderator, mens masterstudenten var medmoderator. Veileder hadde mest erfaring med fokusgruppeintervju, og dette kom til syne i rollen som både moderator og medmoderator. Masterstudenten hadde ingen erfaring fra tidligere, og fant det utfordrende å følge opp intervjupersonenes svar.

En annen svakhet ved studien er at intervjupersonene ikke ble spurt om bakgrunnsinformasjon, for eksempel hvor lenge de hadde jobbet på sykehuset, hvor mange år det var siden de var ferdig utdannet og lignende. Dette gjør det vanskelig både å beskrive utvalget nøyaktig, og å gjenta studien. Likevel hevder nyere forskningslitteratur at repliserbarhet ikke er relevant for å kunne vurdere troverdigheten i kvalitativ forskning (Thagaard, 2018).

Et strategisk utvalg gi en skjevhet som innebærer at de som er utvalgt ikke kan sies å representere hele populasjonen, for eksempel alle landets sykepleiere, slikt et tilfeldig utvalg kan (Thagaard, 2018).

3.8.1 Forskningsetiske vurderinger

I starten av arbeidet med masteroppgaven ble det arrangert et seminar om forskningsetikk og personvern 25.04.19, hvor det blant annet ble gjort oppmerksom på at en persons stemme regnes som en personopplysning (Personopplysningsloven, 2018, artikkel 4-1). Dette fikk konsekvenser for arbeidet med masteroppgaven. Det er for eksempel ikke tillatt å gjøre lydopptak med egen privat mobil, og det er heller ikke tillatt å lagre intervjuene – verken lydopptakene eller transkriberte intervjuer – på egen PC. Løsningen på dette ble, etter informasjon fra personvernombud ved UiS, å oppbevare både lydfiler og transkriberte intervju kryptert på en passordbeskyttet minnepenn. Før masterprosjektet kunne starte var det nødvendig å søke om godkjenning fra sykehusets forskningsavdeling og personvernombud. Dette ble omtalt i kapittelet om adgang til forskningsfeltet.

Alle intervjupersonene ble anonymisert og fikk en kode bestående av et tall og en bokstav. Tallene var 1-3 og representerte hvilket fokusgruppeintervju intervjupersonen deltok på. Bokstavene A-D ble gitt etter hvor i rommet intervjupersonene valgte å sette seg eller i hvilken rekkefølge de kom inn i møterommet. Intervjupersonen 1B, for eksempel, deltok på det første fokusgruppeintervjuet og var andremann inn i møterommet. Koden 1B hadde ingen sammenheng med hvilken sengepost sykepleieren jobbet på. Sengepostene ble anonymisert til post 1, 2, 3 og 4. Intervjupersonene måtte signere et samtykkeskjema. Disse ble i etterkant oppbevart i låsbart skap. Intervjupersonene fikk informasjon om at alle opplysninger, inkludert samtykkeskjema, skal slettes eller destrueres ved prosjektets slutt, og senest 31.12.20.

Muligheten for at andre sykepleiere, leger og pasienter kunne bli navngitt under intervjuene ble vurdert i forkant av fokusgruppeintervjuene. Det samme ble muligheten for at det kunne komme fram opplysninger og beskrivelser av andre mennesker som gjorde det mulig å identifisere vedkommende. Siden alle de involverte i intervjusituasjonen var bundet av taushetsplikten gjennom sitt ansettelsesforhold på sykehuset, og sin sykepleierutdannelse, ble dette vurdert å ikke være et problem. Likevel ble det understreket for intervjupersonene i introduksjonen av hvert enkelt fokusgruppeintervju viktigheten av konfidensialitet overfor opplysninger eller personkarakteristikker som kunne komme fram i løpet av fokusgruppeintervjuet. I selve intervjusituasjonen virket det likevel som at intervjupersonene gikk langt i å anonymisere andre personer, og ingen navn ble nevnt.

3.8.2 Egen forforståelse

Forforståelse kan være både positivt og negativt. Positivt kom den til uttrykk gjennom kjennskap til «kulturen» på sykehuset og med medisinske ord og uttrykk. Forforståelsen har altså kunnet gi et eget grunnlag for å forstå det intervjupersonene snakket om (Thagaard, 2018). Negativt har den kunnet komme til uttrykk gjennom manglende spørsmålsstilling ved begivenheter som har blitt oppfattet som en selvfølgelighet, og det kom tydelig fram i arbeidet med analysen av datamaterialet (Thagaard, 2018). Sykepleierbakgrunnen har før med seg en forforståelse av både legevisitten og sykepleierens omsorgsgivende rolle. Dette utgangspunktet har muligens farget tolkningen av både teori og informantenes utsagn (Kvale & Brinkmann, 2018).

4.0 Funn

I dette kapittelet presenteres hovedfunnene fra studien, basert på analysen av datamaterialet som er samlet inn. Intervjupersonenes stemmer kommer til syne gjennom sitater for å beskrive funnene.

Det ble gjort tre fokusgruppeintervju med fire sykepleiere per intervju, til sammen 12 sykepleiere. Sykepleierne var ansatt ved tre ulike kirurgiske og ortopediske sengeposter, og alle intervjupersonene var kvinner.

De tre sengepostene, der deltakerne hadde sitt daglige virke som sykepleiere, hadde litt ulik organisering av legevisitten. Post 1 og 2 hadde lik organisering av legevisitten, og begge sengepostene hadde primærsykepleie. Til tross for lik organisering, var det ulik oppfatning blant sykepleierne om hvor godt dette fungerte. Post 2 hadde relativt nylig gått gjennom en omorganisering av legevisitten, som innebar at sykepleieren ikke lenger deltok på previsitten før visitttrunden. Den nye organiseringen innebar at avdelingsleder deltok på previsitten sammen med legen, før legen måtte finne pasientansvarlig sykepleier og gå visitttrunden sammen med ham eller henne.

På post 3 hadde de et kort morgenmøte sammen med legen, før de senere hadde en grundigere previsitt og runde. Post 3 hadde gruppesykepleie, hvor en sykepleier fra hver gruppe deltok på både morgenmøtet og previsitten, før de deltok på visitttrunden til pasientene sammen med avdelingslederen og legen.

4.1 Deltakelse og tilstedeværelse bidrar til økt pasientsentrert praksis.

Dette temaet består av seks kategorier. Det baserer seg på sykepleiernes egne beskrivelser av hva omsorgen er, hva den innebærer og hva deres oppgaver og roller i forbindelse med dette er. Temaet består av seks kategorier:

- Hva omsorg innebærer.
- Sykepleieren handler.
- Sykepleieren kjenner pasienten.
- Sykepleieren taler pasientens sak.
- Sykepleieren forklarer for pasienten.
- Sykepleieren ivaretar taushetsplikten.

4.1.1. Hva omsorg innebærer

Sykepleierne brukte egne ord for å beskrive og forklare hva omsorg innebærer. De beskrev hvordan de på ulike måter ivaretok omsorgen for pasienten, både i forbindelse med legevisitten, men også generelt i sengeposten. Relasjonen til pasienten ble betraktet som sentral, og de mange måtene som ble beskrevet kan tyde på at omsorg er et mangfoldig begrep.

«Og så, altså, omsorg er jo og, på en måte, å gi dem mat, stelle dem, mobilisere dem, la dem få sitte litt lenger hvis de ikke orker å gå akkurat, men likevel komme tilbake igjen og pushe dem litt til å gå selv om de ikke ville. Altså, omsorg er ikke bare å se dem.» Sykepleier 1D.

«Å være der» var et uttrykk som sykepleierne brukte i alle tre fokusgruppeintervjuene. Sykepleierne beskrev det som sin oppgave å være hos pasienten i motsetning til legen, som bare var innom en kort stund før han eller hun gikk videre til neste pasient. «Å være der» gikk ikke bare ut på å følge med legen inn på pasientrommet under visittunden. Det gikk også ut på å bli igjen og ikke følge med legen ut av pasientrommet, eller det gikk ut på å gå tilbake til pasienten etter at visittunden var avsluttet.

«Jeg tror at hvis du er igjen etterpå. Hvis du er igjen etterpå og spør om det er noe de lurer på, eller om det er ... ja. Spesielt hvis det har vært en, eller, egentlig alltid. Det er jo alvorlig for den det gjelder uansett om – for oss så er det dagligdags.» Sykepleier 2A.

«Og det at en er igjen og så lurer på om det at det er noe, eller hører med dem om det er noe de lurer på.» Sykepleier 2B.

Å ivareta pårørende ble nevnt som svært sentralt for ivaretagelsen av omsorgen for pasienten, siden pårørende er betydningsfulle for pasienten. Dette ble eksemplifisert som å be pårørende om å vente utenfor pasientrommet under legevisitten, for så å hente dem inn på pasientrommet igjen. I tillegg ble det beskrevet som viktig å gi pårørende informasjon om pasientens tilstand.

Flere av intervjupersonene nevnte spesifikt viktigheten av å ivareta pasientens verdighet. Å la pasientene ha på seg privattøy i stedet for sykehuspyjamasen ble nevnt som en måte å oppnå dette på, og en av sykepleierne uttrykte dette slik:

«Jeg bare kom plutselig på at du sa det med omsorg. Hos oss, og sikkert også hos dere, er vi i alle fall veldig nøye på at de skal ha på seg sitt eget tøy. At de faktisk har fått stelt seg, at de har fått kledd seg. At de føler med seg selv at de er klar for legevisitt. At ikke de bare ligger der som et slips i en sånn en halvveis knept nattskjorte. Det og er jo en del av omsorgen.» Sykepleier 2B.

Det ble også trukket fram at sykepleierne ivaretok omsorgen for pasienten gjennom å passe på at pasientene hadde det godt mens behandlingen pågikk. En av sykepleierne beskrev det som sykepleierens oppgave å sørge for at pasientens rettigheter ble ivaretatt.

«Og passe på at de får sine rettigheter fullført. Sykehuset er et komplisert sted, og pasientene har ikke peiling på hva som foregår. Og da er det vår oppgave å passe på at det blir gjort riktig, tenker jeg.» Sykepleier 3B.

4.1.2 Sykepleieren handler

Sykepleierne beskrev en rekke gjøremål i forbindelse med legevisitten. Flere av dem var av en praktisk karakter, og kom som en følge av det som ble bestemt under legevisitten.

«Det er jo for eksempel å bestille blodprøver og følge opp ting som blir bestemt, søking om pasienten er utskrivingsklar. Gi medikamenter som gjerne blir endret på. [Påse] at de blir endret på i Meona. [Eller] at vi må inn og gjøre det. Gjøre ting som er bestemt i forhold til videre plan, eller henvisninger eller utreise.» Sykepleier 2B.

En annen sykepleier trakk fram det «å gjennomføre» den behandlingen som ble bestemt under legevisitten. Hun påpekte også viktigheten av å forklare for legene hvordan pasientene hadde det, siden legene som regel ser pasientene i kun et kort tidsrom i forbindelse med visittrunden.

«Ja, jeg føler jo at det handler om å få gjennomført det som blir bestemt av behandling, og passe på, som du sier, at pasienten blir hørt. At legen blir oppmerksom på hvordan tilstanden til pasienten egentlig er, for de leser jo bare, og de ser jo ikke pasienten så mye som vi gjør.» Sykepleier 3A.

Sykepleierne uttrykte at de var mer til stede hos pasienten enn legen, og at de dermed hadde muligheten til å gjøre observasjoner som de siden rapporterte videre til legen. Disse rapportene utgjorde en del av legenes beslutningsgrunnlag.

«Ja, og i forhold til ryggpasienter så er det ganske sentralt i forhold til at vi kan observere hvordan de er smertemessig i løpet av hele dagen, og om de får alarmsymptomer, ikke sant, og bringe det videre til legen så de eventuelt kan få skiftet medisiner eller tatt et mer øyeblikkelig MR eller, ja. Sånne ting» Sykepleier 2A.

Sykepleierne hevdet at en del av deres gjøren gikk ut på å hjelpe pasientene til å få formidlet det de ønsket til legen:

«Jeg tenker jo og at det er viktig å vite at pasienten har fått formidlet til legen det de vil. At du hjelper dem litt på det.» Sykepleier 3C.

Sykepleierne beskrev blant annet dette som å være «legens øyne og ører», eller å være en «talsperson mellom lege og pasient». Det ble også vektlagt å ikke ta parti med verken pasient eller lege, men at sykepleieren skulle fungere som en «mellommann».

4.1.3 Sykepleieren kjenner pasienten

To av sengepostene praktiserte primærsykepleie. Sykepleierne mente at primærsykepleiens kontinuitet ga god kjennskap til pasienten, og at dette var viktig for pasientens opplevelse av trygghet.

«Og så primærsykepleie og er jo en måte å ivareta på. Du er der, kanskje før operasjonen, du er der rett etterpå og du kommer dagen etterpå, når de skal reise hjem. Og da får de, liksom, de blir på fornavn med oss, og de føler, å så godt at du kom. Altså, det blir trygt for dem.» Sykepleier 2A.

En annen side ved primærsykepleien var at sykepleierne bare ble med legen på visitttrunden inn til de pasientene de hadde ansvar for. Dette ble oppfattet som noe positivt, siden legen gjerne kom plutselig for å gå visitttrunden, og sykepleiernes nærvær kunne trygge pasienten.

«Nei, sant. Plutselig så er legevisitten der. Så det har vært bra etter at vi begynte med primærsykepleie, sånn egentlig, at vi går visitt på våre egne rom. Da kjenner vi mer våre egne pasienter, og pasientene føler at de kjenner oss og, enn hvis det kommer inn en ganske ukjent en og skal være med. For det synes ... Der har jeg merket forskjell, føler jeg.» Sykepleier 2D.

Sykepleierne fortalte at i helgene var det de som kjente pasientene best, og dermed måtte forklare og formidle dette til legen. Sykepleierne beskrev det som viktig å kjenne pasienten for å kunne snakke for ham eller henne i forbindelse med legevisitten. Det ble nevnt at det var for mange pasienter i sengepostene til at legene kunne ha oversikt over alle pasientene, og at denne oppgaven derfor tilfalt sykepleierne. Noen ganger førte dette til at pasienten ble værende på sykehuset en ekstra dag. Det å derimot ikke ha kjennskap til pasienten ble i motsetning beskrevet som uheldig, i det sykepleierne blant annet ikke var i stand til å snakke på vegne av pasienten.

«Jeg tror jeg ville sagt; du må vite mest mulig om pasienten og hvem du har med å gjøre, og så er det du som skal snakke for pasienten på et vis. Og prøve å fange opp det som er viktig her. Og så ingen dumme spørsmål.» Sykepleier 1A.

En sykepleier beskrev hvordan hun satte seg inn i pasientens situasjon for å gjøre den mer personlig:

«Jeg er veldig enig i det alle sier, men det er noe med det, å ... Jeg pleier alltid å sette meg litt inn i pasienten sin situasjon. Eller jeg tenker; hva hvis det hadde vært min mor, eller, hva ville jeg tenkt var best? Altså, sånn for å gjøre det litt mer personlig.» Sykepleier 1D.

En sykepleier ga et råd til en sykepleierstudent om å være til stede i legevisitten, men unngå at fokuset havner på legen i stedet for pasienten og hans eller hennes utfordringer:

«Tilstedeværelse. At de, på en måte, er med i visitten. Og det at det ikke er legen de skal please. At de, ja. At de er forsiktige så ikke det er legen som er the king.» Sykepleier 3D.

4.1.4 Sykepleieren taler pasientens sak

Sykepleierne beskrev det som en stor del av sitt arbeid å tale pasientens sak. Dette ble beskrevet blant annet som å «snakke for pasienten», og kom til uttrykk gjennom at sykepleieren for eksempel argumenterte mot utskrivelse av pasienten. Sykepleierne hevdet at deres kontakt med og nærhet til pasienten ga et unikt utgangspunkt for dette.

«Jeg tenker vi har en stor rolle. Og for eksempel, som du sier, hvis du ser at noen [pasienter] som ikke er, sant, de skal fort inn og fort ut. Det er jo liksom greia på sykehuset nå. Og da kan det være, ja, du er klar til å reise hjem i dag, sier gjerne

legen. Og så kan vi som kjenner pasienten si nei, det er han ikke. Sant, altså, det er jo vi som snakker for pasienten. Det er jo vi som ser pasienten. Hvor er han i forløpet og, ja.» Sykepleier 1A.

Sykepleierne erfarte at legene noen ganger kunne ordlegge seg litt uheldig, med det resultatet at pasientene ble lei seg. Dette beskrev sykepleierne som en krevende og vanskelig situasjon:

«Men av og til så har vi jo hatt noen sånne fryktelig vonde visitter. Der pasienten gråter etterpå. Og det er ganske mye etterarbeid for oss. At ting blir sagt på en måte som ... Ting blir ment på en måte og så blir det oppfattet på en annen.» Sykepleier 2A.

En sykepleier beskrev også situasjonen der hennes «magefølelse» sa at noe ved pasienten ikke stemte. Hun beskrev det som viktig å våge å stå i situasjonen og be legen komme på tilsyn selv om ikke det var mulig å sette fingeren på hva som var galt, og hevdet at dette var et av sykepleiers kjennetegn.

«Men det å tørre å si til legen, at; nei, men du, denne er ikke klar til å reise. Eller tørre å si; du, det er noe her som ikke stemmer. Kan vi se på det en gang? For hvis de går i hjertestans, da er det lett. Da er det jo selvfølgelig at de må ha legehjelp. Men det er disse her, av og til, de diffuse gangene som er litt sånn, kjenner litt på magesfølelsen: Her er det noe, ja. Og da å tørre å stå i dem, på en måte. Ta en ekstra måling og si; det ser greit ut, men det er noe. Kan du komme? Sånn ting er jo og viktig at studentene får beskjed om, tenker jeg. At det er lov, faktisk. Det er det som gjør oss til oss – altså sykepleiere.» Sykepleier 1C.

En annen sykepleier beskrev at hun opplevde at det eksisterte en sammenheng mellom etikk og omsorg for pasienten. Hun fortalte at det å skrive pasienten ut for raskt kunne oppleves feil både på grunnlag av etikken og omsorgen.

«Føler det handler mye om det etiske og, da, på en måte. Den omsorgen, det etiske rundt pasienten. Sånn i forhold til det du føler verken for pasienten eller at det er etisk riktig at vi sender pasienten hjem eller til sykehjem nå, eller at du føler at vi må holde på ham en dag til eller ... For det går jo litt inn i hverandre.» Sykepleier 1D.

Det ble også beskrevet hvordan sykepleierne etter legevisitten noen ganger måtte ringe legen og spørre om det som pasienten lurte på, for så å formidle legens svar til pasienten. Det hendte også noen ganger at det var nødvendig å håndtere pasientens reaksjon i forbindelse med dette, som kunne være krevende.

«[...] Og da er det vi som, på en måte, hele veien henger i telefonen til legene, på en måte og ... ja, vet du noe mer nå? Nei. og så spør pasientene; vet du noe? Kan jeg spise noe? Bli det operasjon? Så da er det vi som, på en måte, formidler, og når de da blir lei seg eller frustrerte, så er det jo vi som sitter og snakker med dem og forklarer etter beste evne.» Sykepleier 1C.

4.1.5 Sykepleieren forklarer for pasienten

Intervjupersonene beskrev situasjoner der det var nødvendig for sykepleierne å sette seg ned sammen med pasienten, forklare hva legen hadde sagt og hva dette innebar for akkurat ham eller henne. Ofte var det nødvendig å gjenta legens budskap med andre ord, for eksempel dagligtale, å gjenfortelle budskapet på en mer skånsom måte, eller å trøste pasienten.

«Og gjerne sette seg ned og forklare pasienten etterpå, hva det var legen faktisk sa? Og fortelle dem hva dette innebærer og gjerne trøste litt oppi alt. Det gjør vi og en del. Si det på en annen måte, litt finere måte. Av og til så må du inn og slukke noen branner etterpå.» Sykepleier 1A.

Andre ganger, hevdet sykepleierne, var det nødvendig å gi pasienten enda mer informasjon enn han eller hun alt hadde fått av legen. Hensikten var at pasienten ikke ble utskrevet, men ble til dagen etter.

«Men det kan jo og gå fra pasienten sin side, at de gjerne vil reise og føler seg bra, og så må du gjerne forklare dem litt mer og gi dem mye mer informasjon, og så endrer de gjerne mening. Så var det gjerne bra de ble en natt til. Og noen reiser jo hjem altfor tidlig, og da opplever de at de får mye mer smerter når de kommer hjem, og så ringer de inn og spør hva vi kan gjøre, og så ender de gjerne opp med å komme inn igjen på kvelden.» Sykepleier 2D.

I tilfellene der det var behov for å gjenta eller supplere den informasjonen som legen hadde gitt i forbindelse med visittunden, var det helt nødvendig at sykepleieren hadde vært til stede under legens samtale med pasienten og hørt hva som ble sagt.

Sykepleierne beskrev også det å gå inn igjen til pasienten etter visittunden som sentralt for å ivareta omsorgen. Hensikten var ikke nødvendigvis å gjenta informasjon eller å forklare, men at pasienten skulle føle seg sett og ivaretatt.

«Ja, jeg tenker ofte at under legevisitten ... Jeg går ofte inn litt etterpå for å spørre dem hvordan de opplevde det, og hva de har fått med seg, og om de følte at de fikk sagt det de skulle ha sagt, sånn at jeg eventuelt kan bringe videre det de følte forsvant under visitten. For ofte så kan jo det skje. Rett og slett bare ta den raske samtalen etterpå. Og da, kanskje de føler seg litt sett og litt hørt, og at vi faktisk er der for dem. Jeg vet ikke. Men jeg pleier ofte gjøre det. Spesielt hvis legene er litt voldsomme, som du sier. Av og til er de litt raske.» Sykepleier 3A.

4.1.6 Sykepleierens ivaretar taushetsplikten

Flersengsrom eksisterer fremdeles ved sengepostene, og sykepleierne ga uttrykk for at dette representerte en utfordring i ivaretakelsen av taushetsplikten. En av sykepleierne fortalte at hun gjerne var i forkant og spurte legen om det var aktuelt å flytte pasienten ut av flersengsrommet før legevisitten, og at dette ble vurdert i hvert enkelt tilfelle.

«Ja, altså, det kommer jo helt an på, hvis vi vet om det skal bli tatt opp. Hvis pasienten har kommet inn dagen før, og vi vet at pasienten for eksempel kom inn med en etanolverdi, så kan det jo tenkes. Og hvis vi møter legen på vei inn, så kan vi jo si at har du tenkt å ta det opp? Skal vi kanskje ta henne ut, eller skal jeg ordne så vi kan få henne ut? Så da prøver vi jo å skjerme pasientene så det ikke skal bli ubehagelig for dem.» Sykepleier 1C.

En annen sykepleier beskrev det som sitt ansvar som sykepleier å ivareta taushetsplikten. Hun hevdet at legevisitten eventuelt kunne avbrytes dersom taushetsplikten ikke ble ivaretatt.

«Og så har vi jo mye ansvar for at tausheten blir ivaretatt. For det, altså ... Jeg tenker jo at vi er der av en grunn, at hvis vi ser at det ikke blir ivaretatt, at vi kan

si at dette kan vi gjerne ta en annen plass. At det faktisk går an å avbryte det, ja.»

Sykepleier 2A.

4.2 Samarbeid med annet helsepersonell påvirker sykepleierens omsorgsutøvelse overfor pasienten

Samarbeidet med annet helsepersonell, deriblant avdelingsleder og lege, er en del av den daglige praksisen i sykehuset, og det kommer spesielt til uttrykk i forbindelse med legevisitten. Sykepleieren samarbeider i stor grad med avdelingsleder og lege i forbindelse med legevisitten. utfordringene med flersengsrom kan også påvirke dette samarbeidet.

Temaet består av fem kategorier:

- Kjennetegn på et godt samarbeid med avdelingsleder.
- utfordringer i samarbeidet med avdelingsleder.
- Kjennetegn på et godt samarbeid med legen.
- utfordringer i samarbeidet med legen.
- utfordringer med å gå visittunden på flersengsrom

4.2.1 Kjennetegn på et godt samarbeid mellom sykepleier og avdelingsleder

På to av sengepostene deltok avdelingslederen på previsitten sammen med legen, mens sykepleieren gikk visittunden. Dette var en relativt ny situasjon for sykepleierne på den ene sengeposten, mens sykepleierne på den andre sengeposten hadde hatt denne organiseringen i lengre tid, og ga uttrykk for at de syntes det var en svært hensiktsmessig måte å organisere legevisitten på.

«Ja, jeg føler at det kommer veldig tydelig fram hva som er planen og hva en tenker og såne ting, og så kommer jo den previsitten med legene rett etterpå, så det blir jo fanget opp. For det er jo ikke utpå dagen dette skjer. Det er jo rett etterpå.» Sykepleier 1A.

En positiv effekt av denne måten å organisere legevisitten på, var at sykepleieren fikk mer tid ved pasientens side.

«Men igjen så er fordelene med at lederne går previsitt at vi får mer tid med pasientene, da, for at vi går ikke vekk i forbindelse med visitt, så du er der jo tilgjengelig hele veien. Men du får jo ikke viderefremmet de observasjonene du får gjort, for det må jo tas etter previsitten, etter runden, for den er vi jo sjeldent med på.» Sykepleier 1C.

4.2.2 Utfordringer i samarbeidet mellom sykepleier og avdelingsleder

Flere av sykepleierne erfarte at det ikke var noen automatikk i at de fikk kjennskap til det som avdelingsleder og lege hadde diskutert i løpet av previsitten. Det hendte at sykepleierne måtte lete etter avdelingslederen eller legen for å få vite hva som var planlagt for de pasientene de hadde ansvar for. Det var heller ingen selvfølge at sykepleierne fikk videreformidlet sine observasjoner til legen, da dette måtte gå via avdelingslederen, noe sykepleierne uttrykte frustrasjon over.

«Så hva som er diskutert, det legen og lederne sitter inne og prater om, det får gjerne ikke vi som er ute i felt og skal følge opp og ringe og kanskje koordinere en del andre, ulike oppgaver, så vet vi egentlig ikke hva som er tenkt, for det blir ikke skrevet ned noe, utenom i den grønne boken, om de skal reise ut eller noe sånt. Så det er gjerne veldig vanskelig å fange opp hva som skal skje, videre behandling og plan. Altså, det blir mye tid på å fange opp hva som er og få riktig og rett informasjon. Så det tar litt tid.» Sykepleier 3D.

Sykepleierne hadde erfaringer med både ortopediske og kirurgiske pasienter. Den kirurgiske previsitten måtte pasientansvarlig sykepleier delta på selv, noe en av intervjupersonene syntes var positivt.

«Jeg savner å gå previsitt. Jeg følte jeg hadde mye bedre kunnskap og kunne formidle pasienten sine behov da vi gikk gruppevis previsitt i stedet for at lederne går previsitten og så skal vi bare gå visitt på rommene. Jeg føler at, når vi ikke får lov å være med på previsitten, så driver jeg å måtte springe fram og tilbake hele veien, at; åh, pasienten har nå nevnt dette og nevnt dette og nevnt dette, og så får du, altså, visitten slutter aldri.» Sykepleier 3B.

Sykepleierne uttrykte frustrasjon over det de opplevde som avdelingsledernes manglende kjennskap til pasientene.

«[...] Det er egentlig bare det overfladiske; hva er planen? Reis i dag? Ok. De vet ikke om sykdommene er det som er det mest ... de mangler den kontakten, og om det er andre ting som kanskje tas opp i samme slengen, så det er ikke optimalt.» Sykepleier 3D.

Denne manglende kjennskapen til pasientene gjorde spesielt at morgenrapporten ble overfladisk, siden det ikke ga mulighet for å diskutere eventuelle andre utfordringer pasientene kunne ha foruten innleggelsesdiagnosen.

4.2.3 Kjennetegn på et godt samarbeid med legen

Sykepleierens samarbeid med legen er, naturlig nok, sentralt i legevisitten, og et godt fungerende samarbeid med legen fungerer til pasientens beste.

Å gå visitttrunden sammen med legen, og dermed å høre hva legen sier til pasienten, ble nevnt i alle intervjuene som viktig for å ivareta omsorgen for pasienten. Det ble dessuten beskrevet som nødvendig for å i det hele tatt være i stand til å forklare eller gjenta informasjon til pasienten. Noen av legene passet på at sykepleieren var med inn til pasienten, mens andre leger gikk alene.

«Men jeg føler vel at de har blitt flinkere nå, med å, at de alltid passer på at sykepleieren er med, for det er viktig. [...] at vi alltid er med. For hvis ikke så vet du jo ikke hva som skjer.» Sykepleier 1A.

Det at legen var til stede i sengeposten ble også beskrevet som positivt, og sykepleierne bemerket at det var forskjell på ortopedene og kirurgene i så måte.

«[...] Det er jo klart at ortopedene er jo, sånn sett, litt mer til stede, og de har en bedre visittgang som er mer etablert på en annen måte, enn det gastro har. Men det og har jo ganske mye å si for at vi får ivaretatt dem, og at legen må også være til stede. Det gjør det litt lettere.» Sykepleier 1C.

Å «kjenne legen» og å «ha en god tone med» legen ble også trukket fram som positivt for samarbeidet.

«Ja, å ha en god tone med dem synes jeg er viktig. Og det gjør det jo mye kjekkere å jobbe i lag og, sant?» Sykepleier 1A.

En av sykepleierne trakk også fram hvor legen plasserer seg i forhold til pasienten som sentralt for å ivareta respekten for pasienten.

«Og gjerne det at noen leger setter seg ned i en stol ved siden av, mens andre står ovenpå, så føler du liksom at du blir sett ned på. Det er jo veldig mange faktorer.» Sykepleier 2C.

I ett intervju ble det naturlig å spørre om sykepleierne hadde inntrykk av at legene visste hva jobben deres gikk ut på. En sykepleier forklarte at hun som sykepleier og legen hadde hver sine oppgaver, men at de utfylte hverandre til pasientens beste.

«Ja, absolutt. [...] Men ja, jeg føler mer og mer at legen er bevisst på hva vår jobb er. Jeg føler mer og mer at vi jobber sammen i en symbiose, mer enn at det er at legen er «der oppe» og sykepleieren er «der nede». Jeg føler mer at det er ... Både fra overlegene og jeg ser at turnuslegene tar dette her til seg. [...] Altså, jeg kunne ikke gjort min jobb uten legen, og det vet legen. Men legen vet at han eller hun kunne ikke gjort jobben uten meg. [...]» Sykepleier 3A.

4.2.4 utfordringer i samarbeidet med legen

Samarbeidet mellom sykepleier og lege i forbindelse med visittunden fungerte ikke alltid så bra som en kunne ønske. Situasjoner der legen gikk alene for å snakke med pasienten uten at sykepleieren var med, ble nevnt i alle fokusgruppeintervjuene.

«Og legene går jo, dessverre, ofte inn på rom uten at du er med. Og da får du ikke høre. Da kommer kanskje pasienten til deg etterpå og sier sånn: Legen sa det her og det her til meg, men hva mente han med det? Og da har jo ikke vi vært til stede, og kan ikke fortelle eller forklare pasienten.» Sykepleier 1D.

Sykepleierne beskrev at legene gjerne ikke fant dem, og dermed gikk visittunde alene til pasientene. Dette førte til at sykepleierne ikke fikk hørt hva legene faktisk informerte pasientene om, og sykepleierne kunne heller ikke gjenta, utdype eller forklare dette. Sykepleierne fikk heller ikke kjennskap til hva som var planlagt for pasientene. I disse tilfellene måtte sykepleierne ringe legene i etterkant for å høre hva som var sagt, noe som utgjorde et merarbeid for dem.

«Ja, sånn er det hos oss og. At de plutselig har vært og så sier kanskje pasienten at; «ja, jeg skal reise hjem i dag». Å ja, skal du det? Og det blir litt ekstra jobb for legene og, for da må vi kanskje ringe til dem og bare få bekreftet at ja, stemmer det, det den pasienten sier? For det er jo ikke at vi er helt sikre.» Sykepleier 2D.

Et godt samarbeidsklima kunne påvirke samarbeidet mellom sykepleier og lege positivt, mens et mindre bra samarbeidsklima påvirket samarbeidet negativt. Spesielt det å bli tatt på alvor av legen var noe sykepleierne framhevet.

«Og ta oss på alvor, på en måte. For det har en jo vært borti; leger som ... du føler ikke helt du blir tatt på alvor, nesten, når du kommer med ting. Og det er jo vanskelig.» Sykepleier 1B.

Det at legene kom og gikk var vanlig på de ulike sengepostene. Legene skulle gjerne gå legevisitt, men måtte forlate sengeposten for å assistere på poliklinikken eller for å operere pasienter. Disse travle situasjonene, der legene sto på farten for å gå videre, kunne hemme samarbeidet i forbindelse med legevisitten, mente sykepleierne.

«Og så at legen har det travelt. «Jeg skal snart til operasjon, men er det noe du lurer på?» Altså, sant. Og det skjer jo.» Sykepleier 2A.

Sykepleierne fortalte at de gjerne ble påvirket selv dersom legen ga uttrykk for at han eller hun hadde det travelt. Blant annet kunne sykepleierne få en opplevelse av å ha det travelt selv eller glemme det de hadde tenkt å spørre om.

«Ja. Og hvis de har det veldig travelt og nesten ikke har tid til å snakke med dem, så er det og lett å glemme hvis du skal spørre om tre små ting, så glemmer du gjerne den ene tingen fordi det skal skje så fort, liksom. Du føler ikke ... Og så må du gjerne ta kontakt senere for å spørre. Så det blir jo litt mer jobb for dem senere, sånn sett. Det er gjerne lett å glemme alt du skal spørre om eller gi beskjed om, fordi at du føler ikke de har tid til å snakke med deg. Det er nesten som at en blir litt stresset selv når de stresser.» Sykepleier 2D.

Sykepleierne ga uttrykk for at både de selv og legene hadde flere ulike oppgaver som skulle utføres i løpet av dagen, og at disse gjerne skulle skje omtrent samtidig. En av sykepleierne beskrev en situasjon der hun hadde flere oppgaver, ba legen vente og legen måtte forlate avdelingen for å operere en pasient.

«Og det kolliderer faktisk med å kjøre ned ortopediske pasienter, for de skal ned til operasjon, og så kommer gastrolegen og skal ha visitt. Da sier jeg til legen at «du må vente». Det er noe der og. Og da stikker de på operasjon.» Sykepleier 3D.

En av sykepleierne mente at samarbeidet mellom sykepleier og lege fungerte fint, men møtte motstand hos en av de andre sykepleierne;

«Jeg føler stort sett samarbeidet hos oss er greit, med legene.» Sykepleier 3C.

«Ja, vi samarbeider jo greit, det er jo ikke det at vi ikke samarbeider, men det er mangel på tid til å samarbeide optimalt. Skjønner du? At det blir så halvgjort, og det går så mye tid vekk.» Sykepleier 3D.

«Ja, du må minne dem litt på det. Sånt med Meona.» Sykepleier 3C.

«Ja, men sant. De forsvinner vekk og frem og tilbake og opp og ned ...» Sykepleier 3D.

4.2.5 utfordringer med å gå vitittrunden på flersengsrom

Flersengsrom bød på utfordringer, spesielt i de tilfellene der det manglet utstyr til å skjermene den enkelte pasienten fra andre pasienters øyne og ører. En sykepleier nevnte at dette kunne være en vanskelig situasjon for pasientene.

«Så hvis de har et spørsmål til legen, som kanskje er litt sensitivt, så er kanskje ikke det så lett for dem heller. I hvert fall ikke når de er på femmannsstue. Nå bruker ikke vi sånne øreklokker og sånn heller, og da er det jo ... Og noen pasienter har ganske lange ører.» Sykepleier 1B.

Det hendte at det ble brukt øreklokker for at de andre pasientene ikke skulle høre hva som ble sagt til den enkelte pasienten under legevisitten. Dette gjaldt spesielt de kirurgiske pasientene, men sykepleierne mente også at de ortopediske pasientene burde hatt dette utstyret.

«Vi skulle nok hatt det, for jeg føler det er ganske mye privat, i hvert fall med de ryggene. Og smerte. Kronisk smertepasienter. Masse som ikke andre trenger å vite.» Sykepleier 2A.

Sykepleierne ga uttrykk for at legenes oppførsel også kunne påvirke ivaretagelsen av taushetsplikten. Både hva legene spurte pasienten om og måten de spurte ble nevnt, men det kom også frem at skjermingen av pasientene, for eksempel ved bruk av øreklokker, var avhengig av hvilken lege som gikk legevisitten.

«Vi har de øreklokkene. [...] Men legene er ikke nødvendigvis alltid så veldig flinke med å gi oss tid til å finne dem fram når selve vititten er, og det er ikke alle legene som bryr seg om det, og andre leger er veldig opptatt av det, så det kommer litt an på hvem som går vititten og hvordan en kommer i gang.» Sykepleier 3A.

4.3 Oppsummering av funnene

Sykepleiernes egne beskrivelser viste at omsorgen er et mangfoldig begrep. De forklarte at deres plass var ved pasientens side, hvor de skulle ivareta pasientens verdighet, pårørende og utføre de praktiske oppgavene de fikk i forbindelse med legevisitten. En stor del av sykepleiernes arbeid gikk ut på å informere pasientene eller å sørge for at pasienten hadde forstått den informasjonen legen ga. Flersengsrom bød på utfordringer med tanke på å ivareta både taushetsplikten og pasientens verdighet, som kunne ha konsekvenser for sykepleierens ivaretakelse av omsorgen for pasienten.

Primærsykepleie, som ble praktisert på flere av sengepostene, ga sykepleierne mulighet til å bli kjent med pasienten, som igjen ga pasienten en opplevelse av tillit og trygghet. Sykepleierne beskrev det å kjenne pasienten som sentralt for å kunne snakke for ham.

Samarbeidet med annet helsepersonell, avdelingsleder og lege, påvirket sykepleierens omsorgsutøvelse. Samarbeidet fungerte noen ganger bra, men andre ganger kunne det by på utfordringer. Leger som gikk vitittrunden alene til pasienten og avdelingsledere som ikke kjente pasienten bød på utfordringer. På den annen side fikk sykepleieren mer tid med pasienten når avdelingsleder deltok på previsitten, og det å ha en god tone med legen hadde positive effekter på samarbeidet mellom sykepleier og lege.

5.0 Diskusjon

Hensikten med denne masterstudien var å undersøke og beskrive hvordan sykepleieren ivaretar omsorgen overfor pasienten i forbindelse med legevisitten. Dette kapitlet diskuterer funnene fra masterstudien opp mot Kari Martinsens omsorgsteori og tidligere forskning.

Funnene fra masterstudien viser at sykepleierne beskriver det som sin plass å være ved pasientens side. Sykepleierne har ulike oppgaver og gjøremål, blant annet å ivareta pasientens verdighet, bestille blodprøver og gjenta informasjon til pasient og pårørende. Samarbeidet med annet helsepersonell var også en sentral del av legevisitten, og dette samarbeidet kunne på ulike måter påvirke sykepleiernes omsorgsutøvelse overfor pasienten.

5.1 Deltakelse og tilstedeværelse bidrar til økt pasientsentrert praksis

I funnene beskrev sykepleierne flere av oppgavene de har i forbindelse med legevisitten, og mange av disse gjøremålene hadde på ulike måter til hensikt å ivareta omsorgen for pasienten. Noen av disse gjøremålene var gjerne veldig praktiske, som å stelle operasjonssår eller å hjelpe pasienten i matsituasjoner eller med påkledning. Dette kan ses i sammenheng med Kari Martinsen (2003), som hevder at omsorgen er til stede i dagliglivet, både i og utenfor sykehuset, som det å bry seg om og ta hånd om andre mennesker. Martinsen (2003) hevder at omsorgen har en moralsk, en relasjonell og en praktisk side. Sykepleieren setter seg inn i pasientens situasjon for så å iverksette de sykepleietiltakene som best gagnar pasienten (Martinsen, 2003).

Sykepleierne i masterstudien beskrev det som sin oppgave å tale pasientens sak, å snakke for pasienten og eventuelt også å diskutere med legen. I funnene ble dette formulert med uttrykkene «å være der» og «å være til stede» brukt. Dette hadde sammenheng med sykepleiernes forklaringer av at de opplevde det som en av sine viktigste oppgaver å være til stede i rommet under legens visitttrunde, og begrunnet dette med at de kjente pasientene best. Sykepleierne forklarte også at de ble frustrerte dersom de av en eller annen anledning ikke fikk mulighet til å delta på visitttrunden sammen med legen. Hill (2003), på sin side, fant at sykepleierne ikke nødvendigvis gjør så mye i forbindelse med legevisitten, men at dette også er en sykepleieroppgave. Hill (2003) understreket likevel at sykepleieren har

mye å bidra med i samarbeidet med både lege og pasient, og at de kan formidle mye med stillhet og blick uten nødvendigvis å bruke ord.

I funnene beskrev sykepleieren at det var de som kjente pasientene best. Det å kjenne pasienten kan forstås på flere måter. Lees (2013) fant at sykepleierne var dem blant helsepersonellet som kjente pasientene best. Hun forklarte at sykepleiernes kjennskap til pasienten stammer fra rapporter og stell av pasientene, og at denne kjennskapet har betydning når sykepleieren skal representere pasienten i forbindelse med legevisitten (Lees, 2013). Denne forklaringen av å kjenne pasienten virker logisk ut fra egen forforståelse og erfaring, og kan muligens legges til grunn i forståelsen av sykepleiernes utsagn i masteroppgaven. Martinsen (2003) hevder dessuten at sykepleieren som inngår i personrelasjoner til pasienten er utgangspunktet for omsorg i sykepleien.

I funnene ble det å tale pasientens sak nevnt i forbindelse med både å kjenne og å være til stede med pasienten. Funnene beskrev dessuten at det var viktig for sykepleierne å kjenne pasienten for å være i stand til å representere ham eller henne i forbindelse med legevisitten. Dette kan ses i sammenheng med Martinsen (2006), som forklarer at det å stille pasienten med utgangspunkt i akkurat hans eller hennes behov er grunnleggende i sykepleien. Hun beskriver også hvordan sykepleieren knytter sammen faglige kunnskaper med de erfaringene han eller hun har gjort seg fra tidligere, lignende situasjoner og ender opp med en helt spesiell kunnskap om pasienten (Martinsen, 1990). Hun kaller dette «taus kunnskap».

Det å være til stede hos pasienten, samt å være tilgjengelig for pasientene ved å bli igjen på pasientrommet mens legen gikk ut, ble i funnene beskrevet som en sentral oppgave for sykepleierne i forbindelse med legevisitten. Funnene viste at dette åpnet for at pasientene kunne ta opp ting de lurte på selv om legen ikke var til stede akkurat i øyeblikket.

Swenne og Skytt (2014) fant også i sin studie at pasientansvarlig sykepleier ble igjen hos pasienten etter legevisitten for å supplere med mer informasjon og svare på spørsmål. Dette kan ses i sammenheng med Martinsen (1990), som knytter omsorgen til relasjoner mellom mennesker, før omsorgen til slutt uttrykkes i handlinger. Sykepleieren inngår i en personrelasjon til pasienten, slik at møtet blir mellom to mennesker og ikke bare mellom sykepleier og pasient. For å klare dette må sykepleieren bli kjent med pasienten og sette seg inn i hans eller hennes situasjon (Martinsen, 1990). Når sykepleieren kjenner pasienten, blir det lettere for pasienten å åpne seg om det han eller hun har behov for, og

det blir dessuten vanskelig for sykepleieren å bestemme over eller dominere over pasienten (Martinsen, 1990).

Funnene viste at sykepleierne var mer til stede hos pasienten enn det legene var, og at sykepleierne på denne måten fikk en spesiell anledning til å gjøre de observasjonene som legen trengte for å treffe beslutninger om videre behandling. Disse observasjonene omfattet både vitale mål som blodtrykk og puls, men også smerter, pasientens effekt av smertestillende, samt pasientens mobiliseringsnivå og hjemmesituasjon. Sykepleierne i masterstudien forklarte dette som å være «legens øyne og ører», og de beskrev det som sin oppgave å hjelpe pasientene å formidle det de ønsket til legen. Dette kan ses i sammenheng med Pethybridge (2011), som fant at dersom en sykepleier deltar på legevisitten, vil det kunne bidra til både det tverrfaglige samarbeidet, og til å trygge pasienten. Igjen kommer Martinsens (2003) ord om omsorgens relasjonelle side til syne, i det sykepleierens relasjon og kjennskap til pasienten gir sykepleieren innsikt i hva den enkelte pasienten har mest behov for, både når det gjelder informasjon og pleie.

Sykepleierens utsagn i funnene om å «kjenne pasienten» kan også sees som et uttrykk for ulikhetene mellom sykepleieres og legers kommunikasjon. Sykepleierne i masterstudien understreket at de ikke ønsket å ta parti med verken legen eller pasienten, men heller å være en mellommann mellom dem. Aase et. al. (2016) fant i sin studie at sykepleierne brukte flere ord på å beskrive pasienten og hans eller hennes tilstand enn det legene gjorde. Det som ble beskrevet som «å kjenne pasienten» i funnene kan også ha sammenheng med de ulike utdanningsløpene for sykepleiere og leger, hvor sykepleierne er opplært til å tenke holistisk mens legene i større grad er oppgaveorienterte (Tang et. al., 2013). Martinsen (2003) trekker fram viktigheten av sykepleierens erfaringskunnskap, som baserer seg på erfaringer med lignende situasjoner, i tillegg til den forskningsbaserte kunnskapen. Hun hevder at begge kunnskapsformene er nødvendige for at sykepleieren skal være i stand til å ivareta omsorgen for pasienten på best mulig og mest mulig helhetlig måte (Martinsen, 2003).

Funnene viste at sykepleierne gjerne måtte sette seg ned med pasienten, forklare hva legen hadde sagt og hvilken betydning det hadde for den enkelte pasienten, og dette ble kalt «brannsløkking» av sykepleierne. Noen ganger var det tilstrekkelig å gjenta informasjonen, mens andre ganger måtte sykepleierne informere pasienten på nytt med bruk av andre ord, for eksempel bruke dagligtale og ikke medisinsk fagterminologi.

Swenne og Skytts (2013) informanter beskrev hvordan de opplevde at sykepleierne og legene utfylte hverandre. Legene ga mye informasjon på kort tid, mens sykepleierne var mer opptatt av at pasientene skulle forstå informasjonen, og brukte mer tid på å forklare for pasientene. Swenne og Skytt (2013) fant dessuten at enkelte pasienter foretrakk å få informasjon fra sykepleierne framfor fra legene. Pasientene hadde gjerne en oppfatning av at sykepleierne i større grad forsikret seg om at pasientene hadde forstått informasjonen som ble gitt enn det legene gjorde (Swenne & Skytt, 2014).

Masterstudien fant at sykepleierne ikke nødvendigvis gikk inn til pasienten med hensikt å gjenta den informasjon som legen allerede hadde gitt. Funnene viste snarere at sykepleierne gjerne gikk inn igjen til pasienten etter visittunden bare for å gjøre seg tilgjengelige og prate litt generelt rundt hvordan pasientene hadde det, hvordan de opplevde visittunden og hva de tenkte om de beslutningene som var tatt. Funnene fant også at dersom sykepleierne skulle gjenta og eventuelt supplere informasjon, var det nødvendig at de hadde vært til stede på pasientrommet under visittunden og hørt hva legen hadde informert pasientene om. Noen ganger, viste funnene, var det dessuten nødvendig å gi pasientene enda mer informasjon om deres diagnose, prognose og behandling for å unngå at pasientene dro hjem før de egentlig var klare for det. Dette finnes også igjen hos Lees (2013), som hevder at det å repetere informasjon for pasienten er en del av sykepleierens oppgaver i forbindelse med legevisitten, og at dette blir spesielt gjeldende etter visittunden. Det kan også ses som et eksempel på Martinsens (2003) omsorgsteori, hvor sykepleieren gjennom å ha en relasjon til pasienten vet hvordan han eller hun rent praktisk kan forklare for pasienten på best mulig måte, og på den måten bidra til trygghet hos pasienten og blant annet forhindre at pasienten drar hjem for tidlig.

I funnene kom det fram at primærsykepleie, som ble praktisert på to av sengepostene, ble oppfattet som en gylden mulighet for å ivareta omsorgen for pasientene. Primærsykepleien ga både kjennskap til pasienten og kontinuitet i pleien, og det ble beskrevet som nødvendig for at sykepleieren skulle oppnå tillit hos pasienten. Dette kom til uttrykk blant annet i de tilfellene sykepleierne fulgte opp de samme pasientene over flere dager, samt de gangene sykepleierne ble med legen på visittunden bare til de pasientene han eller hun hadde ansvar for. Sykepleierne beskrev hvordan de opplevde at pasientene fremsto trygge ved å se den samme sykepleieren først på kveldsvakt dagen før operasjonen, og deretter på sengeposten igjen etter at operasjonen var over.

Dette kan også ses på som at pasienten overgir seg til sykepleieren i tillit, mens sykepleieren tar imot ham eller henne, og på den måten være et uttrykk for omsorgens relasjonelle og moralske side (Martinsen, 2006). Det kan også forstås i sammenheng med Allen (2019), som hevder at sykepleiernes omsorgsarbeid i stor grad er usynlig, siden det ofte assosieres med kvinner – og dermed såkalte naturgitte egenskaper heller enn faglige kunnskaper. En del av sykepleiernes kunnskaper er dessuten tause kunnskaper, som kan være vanskelige å formulere, som også kan bidra til at det er vanskelig å argumentere for viktigheten av arbeidet (Allen, 2019).

Funnene i masterstudien fant at også det å ivareta pårørende og deres behov for informasjon var betydningsfullt for pasienten. Dette kan ses i sammenheng med Aase et. al. (2016), som fant at temaer som handlet om for eksempel livskvalitet eller livssituasjon oftest ble tatt opp av sykepleierne. Forfatterne spurte seg om dette kunne stamme fra de kjerneverdiene som ble løftet fram i sykepleiernes utdanningsløp (Aase et. al., 2016). Dette kan ses i relasjon til Tang et. al. (2013), som fant at sykepleiere har opplæring i å tenke og handle holistisk for å hjelpe pasienten på best mulig måte, mens legene har opplæring i å tenke og jobbe selvstendig for å finne de løsningene som kan hjelpe pasienten på best mulig måte.

Sykepleierne i masterstudien beskrev hvordan de skjermet pasienten. For eksempel kunne de hjelpe pasienten å kle på seg dersom han eller hun ikke hadde klær på, for å unngå at pasienten var blottet. Andre ganger kunne de gi pasientene øreklokker i forkant av visittunden for å unngå at andre pasienter på flersengsrommet hørte hva legen sa til den enkelte. Dette samsvarer med Lees (2013), som også fant at sykepleierne dekket pasientene for å unngå at de var blottet og dermed å unngå at de følte skam i forbindelse med legens undersøkelser. Det at sykepleieren hjelper pasienten å kle på seg i forbindelse med legevisitten kan sies å være både en moralsk og en praktisk handling, siden vi som mennesker har et moralsk ansvar for å ivareta de menneskene som er svakere enn oss (Martinsen, 2003). Martinsen (1990) hevder dessuten at moralen kommer til uttrykk gjennom den måten sykepleieren utfører oppgavene sine på. Handlingen er samtidig praktisk i det at sykepleieren faktisk handler; for eksempel kan sykepleieren hente en ny skjorte og hjelpe pasienten å ta den på seg, og ikke bare står ved pasientens side og synes synd på ham eller henne som ikke har klær på.

Funnene viste at sykepleierne hadde erfaringer med flersengsrom og de utfordringene dette kunne by på, og disse utfordringene ble nevnt i alle fokusgruppeintervjuene. Martinsen (2015) trekker fram utfordringene med flersengsrom ut fra pasientens perspektiver. Pasientene er skjermet fra hverandre av skillevegger eller gardiner, men de kan likevel høre og lukte det som skjer med pasientene i de andre sengene, og pasientene mangler den tryggheten rundt sitt privatliv som vegger gir (Martinsen, 2015).

I funnene ble det også beskrevet at sykepleierne betraktet ivaretakelsen av taushetsplikten som sitt ansvar, og det ble dessuten beskrevet at sykepleierne kunne avbryte legevisitten dersom de opplevde at taushetsplikten ikke ble ivaretatt. Funnene beskrev videre hvordan sykepleierne protesterte på å gjennomføre visittunden på flersengsrom dersom de opplevde at taushetsplikten ikke ble ivaretatt.

Andre ganger, viste funnene, ble legen spurt på forhånd om det var aktuelt å ta pasienten ut av flersengsrommet i forbindelse med legevisitten. Dette står i kontrast til de funnene som beskrev det som sykepleiernes selvstendige oppgave å sørge for at pasienten opplevde legevisitten som noe positivt. Disse funnene står også i kontrast til Martinsens uttalelser om at sykepleieren ikke må bli redusert til legens assistent (Fonn, 2019). Denne uttalelsen kan også stride mot sykepleiernes egen beskrivelse av hvor sentral rollen deres i forbindelse med legevisitten er.

5.2 Samarbeidet med annet helsepersonell påvirker utøvelse av omsorg overfor pasienten

Funnene i masterstudien beskrev samarbeidet med annet helsepersonell flere ganger i løpet av hvert av fokusgruppeintervjuene, uten at dette ble spurt om spesifikt. Det varierte noe mellom de ulike sengepostene hvilke yrkesgrupper som sykepleierne samarbeidet med i forbindelse med legevisitten. Både fysioterapeut og helsesekretær ble nevnt, men funnene viste at avdelingsleder og lege var de av de ulike gruppene av helsepersonell som sykepleierne nevnte flest ganger å samarbeide med. Derfor blir bare avdelingsleder og lege omtalt videre i oppgaven. Sykepleiernes samarbeid med avdelingsleder og lege fungerte noen ganger bra, mens andre ganger var samarbeidet preget av utfordringer. Også sengepostenes flersengsrom kunne påvirke samarbeidet mellom sykepleier og lege, og dermed også utøvelsen av omsorg overfor pasienten.

Funnene i masterstudien viste at samarbeidet med annet helsepersonell var sentralt i forbindelse med legevisitten. Dette støttes av tidligere forskning, som viser at samarbeid mellom ulike grupper av helsepersonell står sentralt i legevisitten også i andre land. Desai et. al. (2011) beskriver legevisitten som en sammensatt, tverrfaglig prosess, og den profesjonelle samtalen mellom sykepleier og lege er et svært sentralt element. Tang et. al. (2013) fant på sin side at det tverrfaglige samarbeidet generelt, og kommunikasjonen spesielt, kunne by på utfordringer i samarbeidet mellom sykepleier og lege.

Masterstudiens funn viste at to av sengepostene hadde en organisering av legevisitten som gikk ut på at avdelingsleder først deltok på previsitten sammen med legen, og at sykepleieren deretter gikk vitittrunden til pasientene sammen med legen. Sykepleierne beskrev at de hadde bedre kjennskap til pasientene enn det avdelingslederne hadde, og at avdelingslederne i stor grad la vekt på innleggelsesdiagnosen. Funnene viste dermed at sykepleieren, som hadde best kjennskap til pasienten, ikke fikk mulighet til å delta på previsitten. Sykepleieren fikk heller ikke presentert pasientens helhetlige situasjon for legen før de skulle gå vitittrunden sammen. Noen ganger, viste funnene, ble dette gjort i hu og hast på korridoren før de skulle inn på pasientrommet. Dette igjen førte til at sykepleieren ikke fikk mulighet til å ha en faglig diskusjon med legen omkring den enkelte pasient og hans eller hennes utfordringer (Tang et. al., 2013). Desai et. al. (2011) fant at sykepleiere og leger har faglige samtaler og diskusjoner omkring pasientene, og at disse samtalerne er nødvendige for trygg pleie og behandling av den enkelte pasienten.

Funnene viste at en annen konsekvens av denne organiseringen var at sykepleierne ikke fikk tatt opp de observasjonene de hadde gjort, og betraktet som viktige, direkte med legen. Observasjonene var også ofte grunnlaget for legens beslutninger omkring videre behandling av pasienten. Sykepleierne beskrev hvordan de først måtte rapportere observasjonene til avdelingslederen, som i sin tur la observasjonene fram for legen. Det ble også beskrevet at legens respons på observasjonene gikk via avdelingsleder, og gjerne kom sent fram til den rette sykepleieren eller ikke i det hele tatt.

Kyte et. al. (2019) fant at previsitten er viktig blant annet for å sikre at alt helsepersonell får den samme informasjonen om den enkelte pasienten. De ulike profesjonene har dessuten ulike kunnskaper om pasienten, men sykepleieren kan hevdes å være den som kjenner pasienten best (Kyte et. al., 2019). Dette kan ses som eksempler på hvordan sykepleierne knytter sammen fagkunnskaper og erfaringskunnskaper til taus kunnskap. Ikke all kunnskap kan formuleres i ord, men den blir ikke mindre viktig av den grunn (Martinsen, 2003). Allen (2019) hevder at den tause kunnskapen ikke er uproblematisk, siden det å ikke kunne formulere og forklare kunnskaper kan bidra til at arbeidet blir «usynlig», da det kan oppfattes som en personlig egenskap heller enn kunnskap.

Avdelingslederne som ble nevnt i masterstudien er også sykepleiere, og det er dermed nærliggende å tro at de har sykepleieperspektivet med seg inn i previsitten. Jagland et. al. (2016) fant at avdelingslederne på sykehusets sengeposter har flere oppgaver. De har ansvaret for det sykepleiefaglige arbeidet på sengeposten, og dermed et ansvar for å sørge for riktig kompetanse blant sykepleierne på sengeposten når det tidvis er stor utskiftning av personalet. Avdelingslederne har dessuten et press på seg fra sine overordnede om å øke effektiviteten i sengeposten, blant annet gjennom å tilstrebe behandling av flest mulig pasienter og færrest mulig antall liggedøgn per pasient – samtidig som kostnadene holdes så lave som mulig (Jagland et. al., 2016). I tillegg er de, med sin sykepleierbakgrunn, påvirket av det tradisjonelle hierarkiet i møtet med legene (Jagland et. al., 2016).

Pethybridge (2011) fant at god ledelse var helt sentralt for teamarbeidet. Ledelsen skulle fungere som et knutepunkt for informasjon om pasienten, samt å dirigere helsepersonellens arbeid til pasientens beste og for å sikre adekvat drift av sengeposten (Pethybridge, 2011). Dette kan også ses i sammenheng med Lees (2013), som hevder at en av sykepleierens oppgaver i forbindelse med legevisitten er å organisere det som skal organiseres i forbindelse med legevisitten, for eksempel hente utstyr til bandasjeskift,

kommunisere med ulikt helsepersonell og koordinere videre oppfølging av pasienten etter at han eller hun drar hjem. Lees (2013) hevder at sykepleiere som har et mer overordnet ansvar i sengeposten gjerne kan delta på previsitten og visittrunden, men at de må rapportere til pasientansvarlig sykepleier.

I funnene kom det fram at avdelingslederne hadde ansvaret for previsitten for å avlaste sykepleierne, slik at sykepleierne kunne bruke tida med pasientene. Likevel uttrykte sykepleierne i masterstudien frustrasjon over at ikke avdelingslederne alltid rapporterte videre de beslutningene som var tatt i forbindelse med previsitten. Lees (2013) hevder at det er nødvendig å ha med en sykepleier som kjenner pasientene fra pleien på legevisitten for å få et helhetlig syn på pasienten, pleien og behandlingen. Det er dessuten nærliggende å tenke seg at dersom pasientansvarlig sykepleier hadde deltatt på previsitten, hadde det også vært mindre fare for at opplysninger ble glemt eller at informasjon nådde rette vedkommende sent blitt mindre.

I funnene ble det beskrevet at avdelingslederne bare leste rapportene og sjeldent snakket med eller hilste på pasientene. Likevel deltok de på previsitten sammen med legen. Martinsen (2003) skriver at menneskers relasjoner til hverandre er omsorgens fundament, og at sykepleierne inngår i relasjoner med pasientene sine. Det er dermed nærliggende å tenke seg at når avdelingslederne ikke møter den andre, altså pasienten, mister de utgangspunktet for å skape en personrelasjon til pasienten, og dermed faller selve grunnlaget for omsorgen bort for avdelingsledernes del. Sykepleierne, som kjenner pasientene, får heller ikke mulighet til å bidra med sin helhetlige forståelse for pasienten.

Det må nevnes som en mulighet at sykepleierne i masterstudien ikke er klar over alle oppgavene avdelingslederne har, verken generelt i sengeposten eller spesielt i forbindelse med legevisitten. Dette ble ikke spurt om under fokusgruppeintervjuene, og ingen avdelingsledere deltok i masterstudien. Dette omtales derfor ikke videre i diskusjonen.

I funnene kom det fram at et godt samarbeid med legen gjør at sykepleieren våger å ta opp flere ting som både de og pasientene lurer på, og et godt samarbeid gjør det også kjekt for sykepleierne å jobbe sammen med legene. Sykepleierne nevnte viktigheten av at de var til stede og hørte hva legen sa til pasienten for å kunne gjenta informasjonen, og de trakk også fram hvor positivt de syntes det var de gangene legene passet på at sykepleierne var med på visittrunden. Det at legen var til stede i sengeposten ble også beskrevet i funnene som en fordel for samarbeidet, siden sykepleieren dermed fikk

mulighet til å diskutere pasientenes ulike problemstillinger og utfordringer ansikt til ansikt med legen i stedet for å gjøre det per telefon.

Moret et. al. (2007) hevder at et godt fungerende samarbeid mellom sykepleier og lege gir kvalitet i omsorgen. Dette kan også bidra til bedre jobbtilfredshet og, på lengre sikt, mindre utskiftning av personale (Moret et. al., 2007). Dette ble også støttet av Tang et. al. (2013), som også fant at et samarbeid som ikke fungerte like bra på lang sikt kunne skape utfordringer for rekrutteringen av nye sykepleiere.

Funnene fra masterstudien beskrev at selv om sykepleierne hadde sine arbeidsoppgaver og legene hadde sine, var de gjensidig avhengige av hverandre for å kunne gjøre disse arbeidsoppgavene. Årdal (2017) presenterer lignende funn; at både sykepleiere og leger ga uttrykk for at de var både likeverdige og avhengige av hverandre. Dette kom også til uttrykk hos Tang et. al. (2013), som antydte at det er en bedring i samarbeid og forhold mellom sykepleier og lege. Også Moret et. al. (2007), gjorde lignende funn og pekte på et pågående skifte fra en paternalistisk holdning som dominerte tidligere, hvor legen var «den som visste best», til en mer holistisk holdning med pasienten som en aktiv deltaker i egen behandling og pleie. Aase et. al. (2016) fant på sin side at forholdet mellom sykepleiere og leger var utpreget asymmetrisk til legenes fordel, og at både sykepleiere og leger var klar over dette.

Det kom også fram i funnene at sykepleierne opplevde mer hierarki i samarbeidet med legene i tidligere år. Dette kan muligens ses som et tegn på at et tverrfaglig samarbeid til beste for pasienten er noe som har blitt mer aktuelt i de senere årene. Aase et. al. (2016) fant at til tross for at legenes rolle fremdeles var dominerende, ble denne rollen i stor grad akseptert av både sykepleiere, sykepleierstudenter og leger. Tang et. al. (2013) fant at sykepleiere gjerne ble sett som legenes håndlangere, mens legene ble sett som ledere av det tverrfaglige samarbeidet. Forfatterne hevder at dette kan ses på som et uttrykk for de tradisjonelle rollene til sykepleiere og leger (Tang et. al., 2013). Dette kan ha konsekvenser for sykepleierens utøvelse av omsorg overfor pasienten ved at sykepleieren har så stor respekt for legen at han eller hun ikke våger å tale pasientens sak og ta opp det som er viktigst for den enkelte pasienten med legen.

Funnene viste at samarbeidet mellom sykepleier og lege kan påvirkes negativt dersom sykepleierne ikke opplever seg tatt på alvor av legen. Dette kan muligens også ses i sammenheng med de funnene som beskrev at legene gjerne gikk vitstrunden alene til

pasientene dersom de ikke fant sykepleieren. Tang et. al. (2013), viser til en studie som fant at sykepleiere er opplært til å samarbeide med andre profesjoner og til å tenke og jobbe holistisk for å hjelpe pasienten best mulig. Sykepleierne ser dermed på det tverrfaglige samarbeidet som en nødvendighet for å oppnå best mulig resultat for pasientene, mens legene ikke nødvendigvis har den samme oppfattelsen (Tang et. al., 2013). Videre foreslår forfatterne at de faglige tradisjonene som både sykepleier- og legeprofesjonen bærer med seg kan spille inn, med sykepleierfaget som underdanig og medisinfaget som dominerende (Tang et. al., 2013). Moret et. al. (2008) hevder at det er i ferd med å skje en dreining fra denne tradisjonelle, paternalistiske modellen til en mer holistisk modell med pasienten i sentrum. De peker også på tidligere studier som har funnet at kvaliteten på pleie og omsorg kan økes gjennom et godt samarbeid mellom sykepleiere og leger (Moret et. al., 2008).

Tang et. al. (2013) hevder også at sykepleiere og leger også har ulike kilder til kunnskaper om pasienten. Sykepleiernes kunnskaper om pasienten baserer seg på å kjenne pasienten og skape en relasjon til ham eller henne, mens legens kunnskaper baserer seg på de objektive verdiene som kan måles og de funnene som kan påvises, som blodprøver og røntgenbilder (Tang et. al., 2013). Det kan her dras en parallell til Martinsen (2003), som hevder at grunnlaget for sykepleierens omsorg overfor pasienten er sykepleierens relasjon til ham eller henne. Det kan muligens også ses i sammenheng med Martinsens (2003), ord om den tause kunnskapen. Hun hevder at siden den tause kunnskapen ikke kan skrives ned på en eksakt måte, kan det vanskeliggjøre argumentasjonen for denne kunnskapens gyldighet (Martinsen, 2003). Hun hevder også at kunnskapen kan være god og relevant selv om den ikke kan formuleres eksakt (Martinsen, 2003). Det kan også ses i sammenheng med Aase et. al. (2016), som fant at sykepleierne bruker flere ord enn legene i beskrivelsen av pasientenes tilstand og utfordringer. Dette kan muligens også ses som et uttrykk for sykepleiernes tause kunnskap. Siden det er vanskelig å sette ord på den tause kunnskapen, kan det også tenkes å være vanskelig å argumentere for observasjoner og å iverksette tiltak på bakgrunn av dette. Dersom legen ikke oppfatter det samme som sykepleieren, er det også nærliggende å tro at det kan føre til både misforståelser og frustrasjoner hos begge parter. Dersom tiltak ikke blir iverksatt, kan det til slutt få konsekvenser for pasienten.

Det ble også beskrevet i funnene at sykepleierne gjerne fikk en følelse av å ha det travelt hvis legen virket travel. Dette funnet kan muligens ses i sammenheng med sykepleiernes

uttalelser om at legene kommer og går i sengeposten. Leger på kirurgiske og ortopediske sengeposter skal på tilsyn til pasienter på andre sengeposter, på poliklinikken eller operere pasienter, og kommer og går i sengeposten. Det ble beskrevet at sykepleierne gjerne glemte å ta opp eller spørre om ting dersom de fikk denne travle følelsen, og dermed måtte ringe legen senere. Dette kan tenkes å ha konsekvenser for pasienten i det at observasjoner kan bli formidlet og tiltak iverksatt sent. Det får også konsekvensen at sykepleieren må fjerne seg fra pasientens side, som kan tenkes å ha konsekvenser for sykepleierens relasjon til pasienten. Dersom sykepleieren må gå fra pasientrommet for å ringe legen, kan det muligens føre til at pasienten opplever at terskelen for å ringe på og ta kontakt med sykepleieren blir for stor, og velger å ikke spørre om det han eller hun lurer på. Dette kan igjen ha konsekvenser for både pasientens forståelse av diagnosen og etterlevelse av behandlingen.

I funnene ble det beskrevet tilfeller hvor pasientene selv kom og sa fra at de opplevde det som ugreit at sensitive opplysninger ble diskutert åpent på flersengsrommet i forbindelse med legevisitten. Funnene beskrev videre at sengepostene hadde øreklokker til utlån til de pasientene som lå på flersengsrom. Bruk av øreklokker under visittunden stammer fra kirurgisk avdeling på SUS, og ble innført som et tiltak for å ivareta taushetsplikten hos pasienter på flersengsrom. I funnene kom det fram at det i alle fall til en viss grad var avhengig av den enkelte legen om øreklokkene ble brukt eller ikke.

Funnene beskrev forskjeller mellom kirurger og ortopeder i det å ivareta taushetsplikten på flersengsrom. Det var enighet om at kirurgene generelt var flinkere til å ivareta taushetsplikten enn ortopedene, men at kirurgene gjerne hadde mer sensitive temaer å ta opp og spørre om enn ortopedene. Ortopediske pasienter kommer gjerne inn med en gipset arm, og det er ikke veldig vanskelig for andre pasienter på samme rom å forstå hva det dreier seg om. Sykepleierne påpekte likevel at det hadde vært en fordel med øreklokker også til de ortopediske pasientene, og trakk fram at denne pasientgruppen også omfatter pasienter som har ryggplager, kronisk smerteproblematikk, rusproblemer og psykiske utfordringer. Det ble dessuten beskrevet som et problem at disse øreklokkene gjerne forsvant fra sengeposten eller at sengeposten ikke hadde kjøpt inn tilstrekkelig mange.

Det kan muligens trekkes en parallell her til Martinsen (2015), som hevder at sykehusene tidligere har blitt bygd med utgangspunkt i teknologiske framskritt som grunnlaget for

pasientbehandlingen. Den arkitektoniske utformingen av sengepostene har tatt utgangspunkt i hvordan flest mulig pasienter kan behandles samtidig, og i denne sammenhengen er det hensiktsmessig med store flersengsrom (Martinsen, 2015). Dette har imidlertid ført til at tanken på et helende miljø dermed har kommet i annen rekke. Hun påpeker likevel at det er en endring i dette, og at det helende miljøet har et større fokus i nye sykehus (Martinsen, 2015). Dette kan ses i sammenheng med SUS2023, hvor sengepostene er planlagt å kun ha enerom.

Van de Grint et. al. (2008) fant i sin studie at pasientene våget å stille flere spørsmål dersom de fikk snakke med legen i enerom. De fant også at legene i gjennomsnitt brukte mer tid på visittunden hos de pasientene som lå på enerom enn hos de pasientene som lå på flersengsrom. I tillegg uttrykte legene gjerne mer empati til pasientene som lå på enerom (van de Grint et. al., 2008). Dette står i motsetning til Swenne og Skytt (2013), som fant at pasientene ikke nødvendigvis syntes det var et stort problem at andre pasienter overhørte det som ble sagt under legevisitten. Så lenge pasientene selv ikke opplevde seg utlevert var det ikke noe problem å motta informasjon på et flersengsrom med andre pasienter til stede (Swenne & Skytt, 2013).

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne masterstudien har vært å utforske sykepleieres erfaringer med sin omsorgsrolle overfor pasienten i forbindelse med legevisitten. I dette kapittelet skal studien oppsummeres. Først vil forskningsspørsmålene besvares, før det gis implikasjoner for praksis og videre forskning.

6.1 Hvordan beskriver sykepleierne sin omsorgsrolle og sine oppgaver i forbindelse med legevisitten?

I funnene beskrev sykepleierne at de hadde flere roller i forbindelse med legevisitten, og det kom fram at sykepleierne opplevde at disse rollene hadde sammenheng med både hverandre og med de oppgavene sykepleierne beskrev at de hadde i forbindelse med legevisitten.

Sykepleierne beskrev at de ble kjent med pasienten som person gjennom stell, matsituasjoner, mobilisering og samtaler med ham eller henne. Sykepleierne beskrev videre hvordan de på denne måten fikk en spesiell relasjon til pasienten. Når sykepleierne kjente pasientene, kunne de lettere tale pasientens sak overfor legen, eller ha forståelse for hvordan den enkelte pasienten best mulig kunne støttes for å selv ta opp det de lurte på med legen.

Når sykepleierne tok opp pasientens utfordringer og det pasienten lurte på, og diskuterte dette med legen, viste de at de tok pasientens tanker og bekymringer på alvor. Dette ble beskrevet av sykepleierne som deres moralske ansvar.

Sykepleierne beskrev at de hadde flere praktiske oppgaver i forbindelse med legevisitten. De beskrev at omsorgen var mer enn å bare se pasientene, mer enn bare å synes synd på dem. Sykepleierne beskrev at omsorg også kunne omfatte oppgaver som å stille og mobilisere pasienter, samt dele ut medikamenter og å påse at medisinlistene stemte.

6.2 Hvordan beskriver sykepleierne samarbeidet med annet helsepersonell i forbindelse med legevisitten?

Funnene viste at det tverrfaglige samarbeidet med annet helsepersonell kunne påvirke sykepleierens utøvelse av omsorg i enten positiv eller negativ retning.

Sykepleierne beskrev at avdelingsleder og lege så pasienten kun i kort tid eller ikke i det hele tatt, og deres kjennskap til pasienten i stor grad kom fra det de kunne lese i rapporten. Pasientene hadde gjerne sammensatte utfordringer, og dersom sykepleieren ikke deltok på previsitten, kom ikke alltid alle disse utfordringene fram. Dersom sykepleierne fikk deltatt på previsitten, kunne de representere pasientene og favne pasienten som et helt menneske på bakgrunn av måten de kjente pasienten på.

Sykepleierne beskrev det som nødvendig at de var til stede under visittrunden og hørte hva legen informerte den enkelte pasienten om, slik at sykepleieren kunne gjenta eller forklare informasjonen i etterkant. Dersom legen gikk alene til pasienten, ble dette svært vanskelig, og sykepleierne beskrev det som positivt dersom legene passet på dette.

I de tilfellene det skulle gås visittrunde på flersengsrom, beskrev sykepleierne som sin oppgave å ivareta taushetsplikten. Dersom legene ikke ga sykepleierne tid til å finne fram øreklokker, trekke for gardiner eller følge pasienten ut av flersengsrommet, fikk gjerne ikke sykepleierne mulighet til å høre det legen sa til den enkelte pasienten, og kunne dermed ikke gjenta eller forklare informasjonen.

6.4 Implikasjoner for praksis og utdanning

- Sykepleierne burde fått muligheten til å delta på previsitten for å bidra med sine kunnskaper om den enkelte pasienten og representert pasienten.
- Et større fokus på legevisitten på både sykepleier- og medisinerutdanningene, kunne ført til større anerkjennelse av legevisitten som arbeidsoppgave, samt større trygghet blant sykepleiere og leger.
- En intern prosedyre for legevisitten, kunne muligens gjort det lettere for både sykepleiere og leger å delta på legevisitten. De ville hatt en konkret plan og en bestemt gang i legevisitten, som kunne bidratt til mer forutsigbarhet. En alternativ løsning kunne vært sjekklister for sykepleiere og leger for å hjelpe dem å huske alle elementene i legevisitten.

- Et større fokus på selve omsorgstenkningen i sykepleierutdanningen og i sykehushverdagen for å bidra til en større anerkjennelse, og dermed gi større plass til sykepleiernes omsorgsrolle i den daglige driften av sengepostene.
- Sørge for muligheter for å skjerme pasientene i forbindelse med vitittrunden. Enten påse at det var nok øreklokker til alle pasientene, eller i større grad ta pasientene inn på et kontor eller undersøkelsesrom for å informere den enkelte pasienten i enerom.

6.5 Implikasjoner for videre forskning

Masterstudien er liten, og det kunne vært interessant å gjøre den samme studien i en større versjon for å undersøke om funnene er gjeldende i en større sammenheng. Man kunne enten inkludert flere sengeposter i samme sykehus, eller inkludert sengeposter fra ulike sykehus. Det kunne også vært interessant å inkludere medisinske sengeposter. Medisinske sengeposter har ikke leger som går på operasjoner i tillegg til å gå legevisitt, og dette kunne muligens gitt et annet perspektiv i fokusgruppeintervjuene. Eventuelt kunne resultater fra medisinske og kirurgiske sengeposter blitt sammenlignet for å undersøke likheter og forskjeller.

For å få et større perspektiv på sykepleierens utøvelse av omsorg kunne det vært aktuelt å inkludere avdelingsledere, leger og eventuelt også pasienter. Det er ikke gitt at det sykepleierne opplever som en god måte å ivareta omsorgen på er det samme som avdelingsledere, leger og pasienter synes.

Det ble antydnet at sykepleierne ble frustrerte når de ikke fikk delta på previsitten. Hvordan legevisitten kan påvirke sykepleiernes jobbtfredshet kunne også vært et utgangspunkt for videre undersøkelser. Det samme gjelder for avdelingsledere og leger og eventuelle konsekvenser legevisitten kan ha for deres jobbtfredshet.

7.0 Referanser

- Aase, I., Hansen, B. S., Aase, K., & Reeves, S. (2016). Interprofessional training for nursing and medical students in Norway: Exploring different professional perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, vol. 30, no. 1, ss. 109-115.
- Allen, D. (2019). *Sykepleiernes usynlige arbeid. Organisering av sykehus og pasientomsorg*. Bergen: Fagbokforlaget. Vigmostad & Bjørke AS.
- Bassett, C. (2004). Qualitative Research. I C. (. Bassett, *Qualitative Research in Health Care* (ss. 1-5). London : Whurr Publishers Ltd.
- Braut, G. S. (2019, Januar 22). *Sengepost: Webområde for Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra Webområde for Store Medisinske Leksikon: <https://sml.snl.no/sengepost>
- Braut, G. S. (2019, April 4). *Sykehuslege: Webområde for Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra Webområde for Store Medisinske Leksikon: <https://sml.snl.no/sykehuslege>
- Dahlberg, K., Drew, N., & Nyström, M. (2001). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Den norske legeforening. (2015). *Etiske regler for leger*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/>: <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/legeforeningens-lover-og-andre-organisatoriske-regler/etiske-regler-for-leger/>
- Desal, T., Caldwell, G., & Herring, R. (2011, Juli 18). Initiative to change ward culture results in better patient care. *Nursing Management (Vol. 18, nr.4)*, ss. 32-35.
- Det Norske Kongehus. (u.å.). *Tildelinger: Webområde for Det Norske Kongehus*. Hentet fra Webområde for Det Norske Kongehus: <https://www.kongehuset.no/tildelinger.html?tid=28028&sek=27995&q=martinsen&type=27997&aarstall=>
- Fonn, M. (2019). Pleien tar den tiden den tar. *Sykepleien 01.19*, 70-75.
- Gillham, B. (2005). *Research Interviewing, the range of techniques*. Maidenhead: Open University Press.

- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* (24), ss. 105-112.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017, Juni 8). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, ss. 29-34.
- Grimen, H. (2009). Power, Trust, and Risk: Some Reflections on an Absent Issue. *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 23, issue 1, ss. 16-33.
- Hill, K. (2003). The sound of silence – nurses' non-verbal interaction within the ward round. *Nursing in Critical Care*, Vol. 8, No. 6, ss. 231-239.
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare* (3. utgave). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Jagland, E., Nyberg, B., & Yngman-Uhlin, P. (2016, Mars 12). 'It's a matter of patient safety': understanding challenges in everyday clinical practice for achieving good care on the surgical ward – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, ss. 323-331.
- Kirkevold, M., & Bringsli, G. J. (2020, Februar 3). *Sykepleier: Webområde for Store Medisinske Leksikon*. Hentet fra Webområde for Store Medisinske Leksikon: <https://sml.snl.no/sykepleier>
- Kitzinger, J. (2005). Focus group research: Using group dynamics to explore perceptions, experiences and understandings. I I. (. Holloway, *Qualitative Research in Health Care* (ss. 56-69). Maidenhead: Open University Press.
- Kristoffersen, M., & Friberg, F. (2015). The nursing discipline and self-realization. *Nursing Ethics*. Vol. 22(6), ss. 723-733.
- Kristoffersen, M., & Friberg, F. (2017). Relationship-based nursing care and destructive demands. *Nursing Ethics*, Vol. 24(6), ss. 663-674.
- Krueger, R. A. (1998). *Developing Questions for Focus Groups*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.

- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju (3. utg.)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kyte, L., Sjørnsen, I., & Kleiven, O. T. (2019, November 15). The impact of pre-round meetings on quality of care: A qualitative study. *Nursing Open*, ss. 596-604.
- Lees, L. (2013, April 1). The nurse's role in hospital ward rounds. *Nursing Times*, ss. 12-14.
- Lindberg, E., Persson, E., & Bondas, T. (2011, Desember 20). 'The responsibility of someone else': a focus group study of collaboration between a university and a hospital regarding the integration of caring science in practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, ss. 579-586.
- Lov om personvern: Webområde for Lovdata*. (2018, Juni 15). Hentet fra Webområde for Lovdata: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/KAPITTEL_gdpr-1#KAPITTEL_gdpr-1
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring. I K. (. Jensen, *Moderne omsorgsbilder* (ss. 61-95). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg, tre dialoger, 2. utgave*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk- filosofiske essays, 3. opplag*. Otta: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2006). *Samtalen, skjønnnet og evidensen 3. opplag*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2015). Sykeværelset - sett fra sengen. *Klinisk Sygepleje* , ss. 4-19.
- Moret, L., Rochedreux, A., Chevalier, S., Lombrail, P., & Gasquet, I. (2007, September 23). Medical information delivered to patients: Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction. *Patient Education and Counseling*, ss. 94-101.
- Morgan, D. L. (1998). *The Focus Group Guidebook*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.

- Nedfors, K., Borg, C., & Fagerström, C. (2016, vol. 36(3)). Communication with physicians in hospital rounds: An interview with nurses. *Nordic Journal of Nursing Research*, ss. 122-127.
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra Webområde for NSF, yrkesetikk: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- NSD - Norsk senter for forskningsdata. (2018, Oktober 16). *Personvernombud: Webområde for Norsk senter for forskningsdata*. Hentet fra Webområde for Norsk senter for forskningsdata: https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen_arbeidsplass.html
- O'Hare, J. A. (2008). Anatomy of The Ward Round. *European Journal of Internal Medicine*, ss. 309-313.
- Oxelmark, L., Ulin, K., Chaboyer, W., Bucknall, T., & Ringdal, M. (2018). Registered nurses' experiences of patient participation in hospital care: Supporting and hindering factors to patient participation in care. *Scandinavian Journal of Caring* (32), ss. 612-621.
- Pethybridge, J. (2004, Februar). How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal of Interprofessional Care*, ss. 29-41.
- Polit, D. F., & Beck, C. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (10. utgave)*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Schlichting, E. (2018, November 19). *Kirurgi: Webområde for Store Norske Leksikon*. Hentet fra Webområde for Store Norske Leksikon: <https://sml.sn�.no/kirurgi>
- Swenne, C. L., & Skytt, B. (2014). The ward round – patient experiences and barriers to participation. *Scandinavian Journal of Caring Science*, no. 28, ss. 297-304.
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T., & Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review* (60), ss. 291-302.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode (5. utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.

- van de Glint, I., van Dulmen, S., & Goossensen, A. (2008, Juli 1). Physician-patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms. *Patient Education and Counseling*, ss. 215-219.
- Weber, H., Stöckli, M., Nübling, M., & Langewitz, W. A. (2007, April 20). Communication during ward rounds in Internal Medicine. An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Education and Counseling* (67), ss. 343-348.
- Årdal, S. M. (2017, Juni 9). Hvordan står det til med samarbeidet mellom . *Masteroppgave*. Høgskulen på Vestlandet.

Vedlegg 1: Godkjent masterprosjekt

Notat

Til: Hege Nysted

Fra: Fagsjef Kirsten Lode/mv

Kopimottakere: Klinikksjef Geir Lende, Juridisk rådgiver Ina Trane

Dato: 02.10.2019 Arkivref: 2019/15986 - 128736/2019

Godkjent masterprosjekt - MA197

Masterprosjektet: «Hvordan kan sykepleieren best mulig ivareta omsorgen for pasienten på legevisitten?»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA197.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med prosjektet.

Vedlegg 2: PVO svarbrev

Til

Hege Nysted

Intern ID	Saksbehandler:	Dato:
Tildeles av Forskningsavdeling	Personvernombud: Rafal Yeisen	26.09.19

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger i forbindelse med prosjektet: “Hvordan kan sykepleieren best mulig ivareta omsorgen for pasienten på legevisitten?”

Viser til innsendt meldingskjema med vedlegg om behandling av personopplysninger vedrørende ovennevnte prosjektet.

Formålet med prosjektet:

Hensikten med denne masteroppgaven er å undersøke og beskrive sykepleierens omsorgsrolle overfor pasienten i forbindelse med legevisitten. I tillegg er det hensiktsmessig å få en forståelse for sykepleierens oppgaver og funksjon under legevisitten.

Behandlingsgrunnlag:

Prosjektet er basert på samtykke, og har behandlingsgrunnlag i personvernforordning artikkel 6 nr.1 bokstav a.

Personvernombud tilrår at prosjektet kan gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Prosjektet må godkjennes av klinikksjef før oppstart.
2. Prosjektet skal ikke behandle pasientopplysninger.

3. Innsamlede data skal aidentifiseres og lagres forsvarlig iht UIS og SUS sine interne rutiner for lagring av data.
4. Hvis det benyttes frittstående enhet(minnepinne) skal innsamlede data krypteres, eller kan data lagres aidentifisert på helseforetakets Kvalitetsserver.
5. Lydfil, samtykkeskjema samt transkriberte materiale skal oppbevares separat fra hverandre nedlåst med to låsbare hindringer på prosjektleders kontor.
6. Alle dataene skal slettes ved prosjekt slutt 31.12.2020, og sluttmelding skal sendes til SUS PVO.
7. Koblingsnøkkel som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på Kvalitetsserveren eller nedlåst på prosjektleders kontor og skal slettes ved prosjektslutt 31.12.2020.
8. Informasjonsskriv/ samtykke som skal benyttes må inneholde PVO tlf. nr. 51512929.

Personvernombud har, ut over det som er angitt over, ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres. Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til personvernforordninger samt øvrige relevante lover og forskrifter. Med vennlig hilsen

Rafal Yeisen, Personvernombud

Notat

Til: Hege Nysted

Fra: Fagsjef Kirsten Lode/mv

Kopimottakere: Klinikk sjef Geir Lende, Juridisk rådgiver Ina Trane

Dato: 02.10.2019 Arkivref: 2019/15986 - 128736/2019

Godkjent masterprosjekt - MA197

Masterprosjektet: «Hvordan kan sykepleieren best mulig ivareta omsorgen for pasienten på legevisitten?»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA197.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- ved endringer må endringsmelding sendes dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Vedlegg 4: Godkjenning fra klinikksjef ved kirurgisk klinikk

Hei

Da kan du selv kontakte de to avdSpl ved sengepost 3 og 4

Vennlig hilsen

Jensen Anne Ree

Klinikksjef

51518329/46918692 / +4746918692

Helse Stavanger HF

Vil du delta i forskningsprosjektet
**«Hvordan kan sykepleieren best mulig ivareta omsorgen
for pasienten under legevisitten?»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en masterstudie hvor formålet er å undersøke sykepleierens omsorgsrolle under legevisitten på kirurgiske sengeposter ved Stavanger Universitetssjukehus (SUS). I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for studien og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Hensikten med masterstudien er å undersøke og beskrive sykepleierens omsorgsrolle overfor pasienten under legevisitten. I tillegg er hensikten å få en økt forståelse for sykepleierens oppgaver og funksjon under legevisitten. Det antas at kunnskapen vil komme til nytte i forbindelse med Helse Stavangers nye sykehus på Ullandhaug (SUS2023), der det kan bli aktuelt å endre organiseringen av sykepleietjenesten ved sengepostene.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger (UiS) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i denne masterstudien fordi du som sykepleier har erfaring med direkte pasientkontakt og med å delta under legevisitten. Dine erfaringer vil kunne bidra til økt kunnskap om sykepleierens rolle – og særlig omsorgsrollen – under legevisitten.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i masterstudien, innebærer det at du blir med på et gruppeintervju hvor 5 eller 6 andre sykepleiere også deltar. Gruppeintervjuet tar omtrent 1 time.

Gruppeintervju innebærer at en gruppe mennesker som faller innenfor inklusjonskriteriene for studien samles og diskuterer et tema. For denne studien innebærer det at temaet som diskuteres er det å være sykepleier som omsorgsutøver og som deltaker under legevisitten.

Det vil bli gjort lydopptak av gruppeintervjuet. Deretter skal gruppeintervjuet transkriberes og tolkes for å finne meningen bak uttalelsene. Gruppeintervjuet vil inneholde spørsmål om blant annet hva som kjennetegner sykepleierens oppgaver og funksjon under legevisitten, og hvordan sykepleieren ivaretar omsorgen for pasientene.

Det er frivillig å delta

All deltakelse i prosjektet er frivillig. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg som ansatt ved SUS hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket, og det vil ikke være mulig å identifisere deg i den endelige masteroppgaven. Lydbåndopptakene fra gruppeintervjuene vil lagres på en kryptert minnepenn og oppbevares i et låsbart skap. All informasjon fra gruppeintervjuet vil bli transkribert med pseudonym før det lagres på en bærbar datamaskin som er passordbeskyttet. Lydopptakene slettes så snart intervjuene er transkribert i et Word-dokument. Ditt navn og kontaktopplysningene dine vil erstattes av en kode som lagres på en egen navneliste adskilt fra øvrige data.

I tillegg til mastergradsstudent Hege Nysted, vil også veileder Sissel E. Husebø ha tilgang til personopplysninger og datamateriale.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes senest 31.12.20, og personopplysninger samt alt datamateriale og alle filer vil da slettes.

Dine rettigheter

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

- Innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- Å få rettet personopplysninger om deg,
- Få slettet personopplysninger om deg,
- Få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- Å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Vi behandler opplysningene om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Prosjektansvarlig Sissel I. E. Husebø, Kirurgisk klinikk, SUS på epost: sissel.iren.eikeland.husebo@sus.no.
- Masterstudent Hege Nysted, 248322@uis.no eller mobil: 975 07 639.
- Personvernombud UiS, Kjetil Dalseth: personvern@uis.no
- Personvernombud SUS, Rafal Yeisen: personvernombudet@sus.no telefon: [51512929](tel:51512929)

Med vennlig hilsen

Sissel Eikeland Husebø

Prosjektansvarlig (veileder)

Hege Nysted

Masterstudent

Samtykkeerklæring

Navn (blokkbokstaver):

Telefonnummer:

Ansatt på (sengepost):

Jeg har mottatt og forstått informasjon om masterstudien «Hvordan kan sykepleieren best mulig ivareta omsorgen for pasienten under legevisitten?» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- Å delta i fokusgruppeintervju.
- At mine opplysninger behandles fram til prosjektet er avsluttet, senest 31.12.20.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 6: Intervjuguide

Velkommen! Presentasjon av meg (student på master i helsevitenskap, UiS). Sissel, min veileder, presenterer seg selv.

FGI om legevisitten. Ingen rette/gale svar; *deres tanker, erfaringer og refleksjoner* rundt legevisitt, *spl. Oppgaver/roller/funksjoner*.

Lydopptak av intervjuet -> bruke direkte sitat, men ikke som gjenkjennes.

Frivillig deltakelse -> får ingen konsekvenser for dere å trekke dere.

FGI tar ca 1 time. Fint om dere snakker t y d e l i g og en og en.

Legevisitten = previsitt, «runden» og evt. etterarbeid.

Starter opptakeren.

Intervjuet

1: La oss ta en presentasjonsrunde. Kan dere si navnet deres og hvilken avdeling dere jobber på?

2: Kan dere fortelle litt om hvordan legevisitten foregår på deres avdelinger?

Kan du si mer om dette?

Hva mener du med det?

3: Med utgangspunkt i deres erfaringer, kan dere beskrive sykepleierens oppgaver i forbindelse med legevisitten?

- Previsitt
- «Runden»
- Evt. etterarbeid
- *Kan du si mer om dette?*
- *Hva mener du med det?*

4: Med utgangspunkt i deres erfaringer, kan dere beskrive sykepleierens roller i forbindelse med legevisitten?

- Previsitt
- «Runden»
- Evt. etterarbeid
- *Kan du si mer om dette?*
- *Hva mener du med det?*

5: Hvordan kan sykepleiers omsorg for pasienten komme til uttrykk under legevisitten?

Kan du si mer om dette?

Hva mener du med det?

6: Har dere noen eksempler på faktorer som kan fremme ivaretakelsen av omsorgen for pasienten under legevisitten?

Kan du si mer om dette?

Hva mener du med det?

7: Har dere noen eksempler på faktorer som kan hemme ivaretakelsen av omsorgen for pasienten under legevisitten?

Kan du si mer om dette?

Hva mener du med det?

Avslutning

8: Hvis dere kan gi sykepleierstudenten et råd for å ivareta omsorgen for pasienten under legevisitten, hva er det rådet?

Kan du si mer om dette?

Hva mener du med det?

9: Er det noe dere tenker er viktig i sammenheng med legevisitten som vi ikke har snakket om i løpet av gruppeintervjuet?

Kan du si mer om dette?

Hva mener du med det?

Reservespørsmål

R1: Tenk på en gang sykepleieren, enten dere selv eller andre viste god omsorg for pasienten under legevisitten. Kan dere fortelle om denne situasjonen?

Kan du si mer om dette?

Hva mener du med det?

R2: Legevisitten beskrives ofte som et tverrfaglig samarbeid. Med utgangspunkt i deres erfaring, hvilken betydning mener dere at samarbeidet med legen har for sykepleierens omsorgsutøvelse for pasienten?

Kan du si mer om dette?

Hva mener du med det?

R3: Som sykepleiere er det en del av deres ansvar å ivareta omsorgen for pasienten under legevisitten. Hva dette ansvaret betyr for dere?

Kan du si mer om dette?

Hva mener du med det?

Tusen takk for at dere ville delta!

Vedlegg 7: Utdrag fra analyseprosessen

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet
<p>Tenker ikke bare på kroppsspråk, men bare det å vise pasienten at du står på deres side. Det går jo på å vise nærhet, og det er jo ... Hvis en pasient ligger i en seng, hvor står du? Står du ved fotenden? Står du ved siden av dem? Står du sånn at de lett kan se deg? Står du så de lett kan høre deg? Altså, er det et vanskelig tema de må bringe opp som du vet de har lyst til å si til legen kan du kanskje legge en hånd på pasienten og bare; okay, husker du at vi, du ville nevne sånn og sånn, og kanskje hjelpe litt på det. At vi kan vise et fysisk nærvær, og kanskje vise at vi er, fysisk, men og mentalt, at vi tenker hva som er deres beste. Ikke bare stå på fotenden av sengen og bare «mhm», nikke og bare hører på hva legen sier, men at vi aktivt deltar i en diskusjon.</p>	<p>Jeg viser pasienten at jeg står på deres side. Hvis pasienten ligger til sengs, hvor står jeg? Ved fotenden, eller så han kan se og høre meg? Jeg kan legge en hånd på pasienten og vise at jeg er der. Jeg tenker på pasientens beste. Jeg står ikke bare og hører på det legen sier, men diskuterer med ham.</p>
Kode	Kategori
<p>Bruker nonverbal kommunikasjon for å vise pasienten at sykepleieren er til stede og vil ham det beste.</p>	<p>Sykepleieren kjenner pasienten.</p>
Tema	
<p>Deltakelse og tilstedeværelse bidrar til økt pasientsentrert praksis.</p>	

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet
Ja, sånn er det hos oss og. At de plutselig har vært og så sier kanskje pasienten at; «ja, jeg skal reise hjem i dag». Å ja, skal du det? Og det blir litt ekstra jobb for legene og, for da må vi kanskje ringe til dem og bare få bekreftet at ja, stemmer det, det den pasienten sier? For det er jo ikke at vi er helt sikre.	Hos oss og. Plutselig har legen vært inne hos pasienten og så sier pasienten at de skal reise. Det blir ekstrajobb for legen når vi ringer for å få bekreftet det pasienten sier når vi ikke er helt sikre.
Kode	Kategori
Ekstrajobb å ringe legen og få bekreftelse.	Utfordringer i samarbeidet med legen.
Tema	
Samarbeid med annet helsepersonell påvirker sykepleiernes utøvelse av omsorg overfor pasienten.	