

SPL 4911

080230/080237

Master i Klinisk sykepleie

**Marianne Reinfjell Carlsson**

**Hege Jansen Skavern**

Masteroppgave i Klinisk sykepleie

## **Betydningen av Mobil Intensiv Gruppe**

**- *Ut ifra et sykepleierperspektiv***



## **Høgskolen i Gjøvik**

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, Seksjon sykepleie.  
Mai – 2010.

30.512 ord



## Sammendrag

Tittel:	Betydningen av Mobil Intensiv Gruppe – <i>utifra et sykepleierperspektiv</i>
Institusjon:	Høgskolen i Gjøvik, Avdeling for helse, omsorg og sykepleie.
Utdanning:	Master i klinisk sykepleie
Forfattere:	Marianne Reinfjell Carlsson & Hege Jansen Skavern
Veileder:	Inger Signe Johansson

**Introduksjon:** Det er en økende tendens av akutt syke pasienter i sengeposter. Når pasientene blir dårlige oppdages det ofte for sent, fordi sykepleierne har begrenset kompetanse til å identifisere risikopasienter. MIG-teamet kan tilkalles direkte til avdelingen slik at adekvat behandling iverksettes tidligst mulig.

**Hensikten** med studien var å beskrive hvordan sykepleiere på sengeposter oppfattet betydningen av støtte og hjelp fra MIG i sine faglige vurderinger av akutt syke pasienter.

**Metode:** En kvalitativ metode med fenomenografisk tilnærming ble benyttet. Tolv sykepleiere med 1-4 års erfaring med MIG-konseptet deltok i studien. Vi benyttet semistrukturerte intervju og en fenomenografisk dataanalyse.

**Resultatet:** Det fremkom tre beskrivelseskategorier med respektive delkategorier. Det nedenstående ga sykepleierne økt trygghet i sykepleieutøvelsen.

- *Rask hjelp og støtte i faglige vurderinger.*
- *Samarbeid i krevende pasientsituasjoner.*
- *Økt handlingskompetanse for sykepleieren på sengepost.*

**Konklusjonen:** Sykepleierne på sengepostene har fått økt kompetanse og kontinuerlig kunnskapstilførsel gjennom undervisning og samarbeid med MIG- teamet.

**Søkeord:** MIG, kompetanse, akuttpasient, fenomenografi, kritisk tenkning

## ABSTRACT

Title: Betydningen av MIG – *utifra et sykepleierperspektiv*

Institution: Høgskolen i Gjøvik, Avdeling for helse, omsorg og sykepleie.

Course: Master in clinical nursing

Authors: Marianne Rein fjell Carlsson & Hege Jansen Skavern

Supervisor: Inger Signe Johansson

**Introduction:** It is an increasing tendency of emergency-patients in wards. It is often too late discovered when patients get ill, because of the nurses`lack of competence to identify venture-patients. Critical care outreach team can be called on directly from the department, so the correct treatment is accomplished as soon as possible.

**The aim** of the study was to describe nurses from wards conception the meaning of support and help from MIG in professional evaluation to an emergency-patient.

**Method:** A qualitative method with a phenomenographic approach was used. Twelve nurses with 1- 4 years experience with critical care outreach, attached participated in this study. Data were collected through semi-structured interviews and using a phenomenographic data-analyze.

**Results:** It gave us three descriptions – categories with belonging part-categories. These three description-categories increased the nurses` security in nurse-practicing.

*Rapid help and support in professional evaluation.*

*Cooperating in demanding situations with patients.*

*Increased actuating for the nurse in wards.*

**The conclusion:** The nurses in wards have increased their competence and continuously input on knowledge through education and cooperation with critical care outreach team.

**Keywords:** critical care outreach/rapid responded team, competence, emergency-patient, phenomenoraphy, critical thinking.

## Forord

Oppgaven har vært utrolig spennende å fordype seg i. Den har berørt et tema som begge forfatterne har et stort engasjement i som intensivsykepleiere. Drivkraften har vært å undersøke noe som har relativt kort historie i Norge og derfor er lite beskrevet i norsk litteratur. Tidvis har vi vært overveldet av arbeidsmengden med oppgaven men erkjenner at gjennom prosessen har vi lært mye om forskning og dens betydning for praksis. Vi er glade for denne muligheten som har gitt oss en forståelse til å se at den ervervede lærdommen kan komme godt til nytte for videre arbeid som intensiv sykepleiere.

Vi retter en stor takk til de sykepleierne som velvillig stilte opp som informanter i en i en hverdag fylt med mange andre gjøremål. Uten deres positive innstilling hadde det ikke vært mulig å utføre denne undersøkelsen.

Takk til avdelingssjefene på de to sykehusene som ga oss adgang til forskningsfeltet. En særlig takk går også til avdelingssykepleierne på sengepostene som rekrutterte sykepleiere til undersøkelsen og siden la tilrette for at intervjuene kunne gjennomføres.

En spesiell takk vil vi rette til vår veileder professor Inger Signe Johansson, som ikke har mistet troen på oss underveis, men stadig kommet med oppmuntringer og gitt oss nye ideer når vi har stått fast.

Takk også til familie, venner og kolleger for oppmuntring og støtte.

Elverum, mai 2010

## David og Goliat

*Var alene sykepleier en senvakt på medisinsk avdeling. Det ble meldt en ny pasient. Like etter kom kandidatlegen opp med en mann i sekstiårene med hjertesvikt. Avdelingen var full, men legen mente at pasienten kunne ligge i korridoren. Jeg så med en gang at han var for dårlig til det; han så medtatt ut og brystkassen hevet seg tungt. Jeg spurte om han heller burde innlegges på intensiv, men legen mente han burde ligge hos oss. Jeg ryddet plass på dagligstua, så han i det minste kunne få ro. Kandidaten ba meg om å legge inn veneflon og ordinerte 40 mg furosemid. Mens jeg gjorde i stand utstyret og trakk opp medisinen, observerte jeg pasienten. Han hadde et engstelig uttrykk i øynene og et spesielt, furet drag i ansiktet. Han snakket på en spesiell måte som om han tok seg sammen og var svært tungpusten. Jeg hentet oksygenkolben og ga ham et par liter på maske. Hele tiden fortalte jeg ham hva jeg gjorde og på hvilken måte dette ville hjelpe ham, og at jeg ikke ville gi meg før han hadde fått det bedre. Imidlertid ble jeg mer og mer urolig fordi jeg fornemmet hvor dårlig han var. Jeg tok igjen opp med kandidaten om vi kunne flytte ham til intensiv. Kandidaten var ny og uerfaren på vår avdeling. Han svarte kort at det ikke var aktuelt med overflytting, men ba meg observere ham godt og eventuelt sette mer furosemid.*

*Kandidaten forlot avdelingen. Jeg var inne hos pasienten så mye jeg kunne. Symptomene forverret seg hele tiden. Noe sa meg at denne pasienten skulle på intensiv. Det var ingen grunn til å la kandidaten bestemme noe annet. Jeg hadde ikke mulighet til å følge ham forsvarlig opp.*

*Jeg kjørte han gjennom gangene og inn på intensiv. Der hadde bakvakta nettopp begynt på ettermiddagsvisitten sin. Jeg sa at jeg kom med en pasient som var lagt inn for hjertesvikt, og at han var blitt så dårlig at jeg mente han måtte være på intensiv. Postlegen gikk umiddelbart ut og kikket på han. Jeg måtte gå tilbake til posten min, fordi jeg var alene sykepleier der. Etter en time stakk jeg bort til intensiv igjen for å se til ham. Da var han akkurat død, tross for gjenopplivningsforsøk... (Konsmo, 1995: 191)*

## Innhold

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>1</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>3</b>
<b>INTRODUKSJON</b> .....	<b>8</b>
MOBIL INTENSIVGRUPPE (MIG) – OPPRINNELSE OG BETYDNING .....	9
DEN AKUTT KRITISK SYKE PASIENT OG SYKEPLEIERENS ANSVAR .....	12
HANDLINGSKOMPETANSE OG KRITISK TENKNING .....	14
<i>Handlingskompetanse i akutt situasjoner</i> .....	16
<i>Faktorer som påvirker sykepleierens kompetanseutvikling</i> .....	18
HANDLINGSBEREDSKAP I MØTE MED DEN AKUTT KRITISK SYKE PASIENT .....	25
PROBLEMAVGRENSNING .....	28
PRESENTASJON AV STUDIENS HENSIKT OG FORSKERSPØRSMÅL .....	28
<i>Hensikt med studien</i> .....	28
<i>Forskningsspørsmål:</i> .....	29
<b>METODE</b> .....	<b>30</b>
KVALITATIV METODE MED FENOMENOGRAFISK TILNÆRMING .....	30
DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU .....	31
UTVALG.....	32
DATASAMLING .....	33
DATAANALYSEN .....	35
<b>FORSKNINGSETIKK</b> .....	<b>38</b>
STUDIENS TROVERDIGHET OG PÅLITELIGHET .....	39
OVERFØRBARHET .....	41
<b>RESULTAT</b> .....	<b>43</b>
RASK HJELP OG STØTTE I FAGLIGE VURDERINGER.....	45

<i>Teamet tilgjengelig hele døgnet .....</i>	45
<i>Kort responstid til teamet kommer .....</i>	47
<i>Raske avklaringer ved henvendelse.....</i>	48
SAMARBEID I KREVENDE SITUASJONER .....	49
<i>Ansvarsfordeling mellom teamet og sykepleieren .....</i>	50
<i>Felles klinisk vurdering og felles språk.....</i>	52
<i>Vurdering med kompetent personell - en sikrere pasientvurdering .....</i>	54
HANDLINGSKOMPETANSE FOR SYKEPLEIERE I SENGEPOST.....	56
<i>Kompetanse gjennom undervisning og tilstedeværelse .....</i>	57
<i>Økt kompetanse til å utføre pasientvurderinger på sengepost .....</i>	59
<i>Økt kompetanse til å iverksette tiltak .....</i>	60
<b>DISKUSJON.....</b>	<b>63</b>
RESULTATDISKUSJON .....	63
<i>Organisering av MIG for støtte og hjelp.....</i>	64
<i>MIG-teamets arbeid i sengeposter .....</i>	69
<i>Samarbeid mellom MIG og sykepleierne på sengepost.....</i>	72
<i>Sykepleierens kompetanseutvikling .....</i>	76
METODE DISKUSJON.....	83
<i>Studiens troverdighet .....</i>	83
<i>Gyldighet og pålitelighet.....</i>	84
<i>Overførbarhet.....</i>	90
ANBEFALT VIDERE FORSKNING .....	91
BETYDNING FOR KLINISK SYKEPLEIE .....	91



<b>REFERANSER:</b> .....	<b>94</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>104</b>
VEDLEGG 1. SAMTYKKE ERKLÆRING .....	105
VEDLEGG 2. INTERVJUGUIDE .....	107
VEDLEGG 3. FORESPØRSEL OM Å FÅ GJENNOMFØRE INDIVIDUELLE INTERVJUER .....	109

## Introduksjon

Sykepleiere ønsker til enhver tid å gi pasientene den beste pleie og behandling. Derimot viser studier at 30-40 prosent av pasientene ikke får behandling i henhold til vitenskapelig dokumentasjon og at 20-25 prosent av all behandling er unødvendig, eller skadelig (Grol, 2001; Mc Quillan et al., 2003). Hjort (2007) sier at cirka 2000 norske pasienter dør årlig av feilbehandling, og at 15.000 pasienter får varige skader. Noe av dette skyldes utilsiktede hendelser, og noe skyldes at helsepersonell handler uten å være faglig oppdatert.

Det er en økende grad av komplekse pasientsituasjoner i sengeposter. Mc Quillan et al (1998) har avdekket i sin studie at det ikke var uvanlig at pasienter som overflyttes fra sengepost til intensivavdelingen hadde ikke fått optimal behandling. De mente det skyldes at personalet på sengepost har manglende rutiner i å overvåke og fange opp pasientens forverrede tilstand. Mc. Quillan et al. (1998) kan vise til at minst 39 % av pasientene hadde livstruende tilstand ved overflytning til intensiv. Dette er overraskende høyt tall med tanke på at forverringer av pasientens vitale funksjoner kan vise seg allerede 24 timer før det kritiske punktet inntreffer (Goldhill et al., 1999; Hillman et al., 2001; Hillman et al., 2002; Kause et al., 2004; Mc Gaughey et al., 2009). Pasienter som får hjertestans inne på sykehus har dessverre ingen større overlevelsesfrekvens i dag enn på 1970 tallet, tross for at mange sykehus i dag har hjertestans-team, som rykker ut i løpet av få minutter (Konrad, 2006).

Forfatterne har lang yrkeserfaring som intensivsykepleiere i sykehus, og sett usikre sykepleiere som får ansvar for dårlige pasienter i sengepost. Forfatterne er opptatt av å kunne kvalitetssikre oppfølgingen av akutt syke pasienter på sengeposter. Mobil Intensiv Gruppe (MIG) er et nytt konsept i Norge. Enkelte sykehus er i startfasen med å etablere team på sykehus som kan bistå sykepleierne på sengeposter med faglig assistanse. Vi fattet straks interesse for dette og ønsket å undersøke hvilken nytte sykepleierne har av et slikt team og om det kommer pasientene til gode.

## Mobil intensivgruppe (MIG) – opprinnelse og betydning

MIG handler om pasientsikkerhet. Hensikten med MIG er å bedre identifiseringen av pasienter, som er i faresonen, for å hindre alvorlige uønskede hendelser (Esmonde et al., 2006; Gould et al., 2007; Konrad, 2006; Melby, 2008). Ved å identifisere den kritiske syke, før organsvikten øker på og krever intensiv behandling, vil bidra til økt pasientsikkerhet (ibid). Et forsøk på å løse denne problemstillingen var å innføre et mobilt team, noe bl.a England, USA, Australia, Sverige og Danmark har gjort. Ordtaket ”kjært barn har mange navn” kan muligens brukes om dette mobile teamet. Dette har navn som ”rapide response team”, “critical care outreach team”, “mobilt intensivvård gruppe” og “mobilt emergency team”. Dette har funnet veien til Norge under betegnelsen MIG (mobil intensiv gruppe) eller MAT (mobilt akutt team). I denne oppgaven vil forfatterne bruke konsekvent MIG (mobil intensiv gruppe) om konseptet.

MIG ble innført som et prosjekt i et norsk sykehus for første gang i november 2006. Etter 2006 er det nå flere sykehus som innført ordningen. MIG konseptet består av tre elementer. Det første er et undervisningsopplegg som ser på sammenheng mellom akutt forverring av vitale funksjoner og enkle tiltak. Som andre element introduserer MIG et scoringssystem Modified Early Warning Score (MEWS) som er et verktøy for å sikre en objektiv vurdering av kliniske observasjoner. Når sykepleiere foretar en slik ”scoring” av pasienten, danner det grunnlag for å konsultere det rådgivende team. Eksempelvis ved MEWS score på 5 eller mer konsulteres det rådgivende teamet (MIG), som er det tredje element i konseptet. Teamet består av en anestesilege og en intensivsykepleier, som kan kontaktes hele døgnet for å bistå sengeposten i vurdering av pasienter (Melby, 2008). Intensivsykepleierens kompetanse er beskrevet av Gulbrandsen & Stubberud (2005) som en sykepleier med stor faglig innsikt og ferdigheter i det å bedømme alvorret i situasjoner. Sykepleierens kunnskaper til raskt handling og vurdering av hva som bør iverksettes av tiltak er avgjørende. Intensivsykepleieren ser lett tegn på forverring i pasientens tilstand og styrer behandlingen inntil legen kommer.

Forskning har avdekket ulike forhold i helsevesenet som har bidratt til et behov for implementering av mobil intensiv gruppe. Det kan tyde på at pasienter som er innlagt på travle sengeposter har en uoppdaget eller underbehandlet akutt kritisk sykdom der pleiepersonalet var uvitende om deres unormale tilstand (Franklin & Mathew, 1994; Fuhrmann et al., 2008; Mc Quillan et al., 1998; Ryan et al., 2004; Schein et al., 1990).

Det er utført kvalitativ og kvantitativ forskning av konseptet i ulike land. Det er foretatt studier som kan vise at MIG har hatt betydning for både pasienter og sykepleiere. Litteraturgjennomgang viser at det er gjort en del forskning som sier noe om hvilken betydning MIG har for pasientens sikkerhet. Studiene viste at tidlig intervensjon fra teamet medførte reduserte hendelser med hjertestans og sykehus dødelighet (Ball et al., 2003; Bellomo et al., 2003; Bradford et al., 2007; Esmonde et al., 2006; Konrad, 2006; Mailey et al., 2006; Priestley et al., 2004). Tidlig intervensjon påvirket også lengden på hospitaliseringen (Bellomo et al., 2003; Esmonde et al., 2006) og postoperative dødelighet og utkomme (Bellomo et al., 2004; Jones et al., 2007). Esmonde et al. (2006) viste at tidlig intervensjon fra teamet resulterte i en nedgang i antall pasientoverflytninger til intensiv. En studie fra Australia (Hillman et al., 2005) viste at verken forekomst av hjertestans, uventet plutselig død eller ikke-planlagt innleggelse i intensivavdelinger ble påvirket. Mc Gaughey et al. (2008) konkluderte i sin studie at det var ingen klar forskjell med hensyn til redusert pasientdødelighet og reduserte overflytninger til intensiv mellom sykehus som har innført medical emergency team (MET) med de sykehus som ikke har innført konseptet.

Forfatterne har funnet kvantitative studier som kan vise at MIG-konseptet betyr noe positivt for sykepleierne på sengeposter. Richardson et al. (2004) kunne vise til at 134 sykepleiere på to ulike sykehus var veldig godt fornøyd med oppsøkende team. Over 90 % av sykepleierne beskrev at de hadde fått økt kompetanse, bedre ferdigheter, råd og støtte av teamet. Sykepleierne løftet fram at kontinuerlig opplæring og treningsmuligheter er nødvendig for å ta hand om akutt syke pasienter.

Sykepleieren erfarte MIG-konseptet som viktig på grunn av fordeler som; tidlig intervensjon, backup, støtte og tilgang til medisinske ekspertise. (Chellel, Higgs, & Scholl, 2006; Gould et al., 2007; Salamonson & Everett, 2006; Chellel et al., 2006) kom også fram til at samarbeidet mellom de ulike yrkesgrupper og avdelinger ble

styrket. Dessuten kunne de vise at de uerfarne sykepleiere, som stod i komplekse kliniske situasjoner, opplevde at deres egne kollegaer ikke gav den støtten de trengte. Derimot opplevde sykepleierne denne støtten fra Critical Care Outreach, tilsvarende MIG. Chaboyer et al. (2005) utførte en case-studie av sykepleierne som viste noe av det samme, nemlig at teamet var lærerikt og gav empatisk støtte til postens sykepleiere. Salamonsen et al. (2006) kom fram til et overraskende funn; sykepleiere med erfaring mer enn fem år tilkalte MIG-teamet i større grad enn sykepleierne som hadde mindre erfaring.

Studier viser at sykepleiere på sengepost mente at egen kliniske kompetanse, i ferdigheter og kunnskap, var forbedret etter innføring av Critical Care Outreach (Andersson et al., 2006; Gould et al., 2007; Richardson et al., 2004; Smith et al., 2008; Valentine og Skirton, 2006). Richardson et al. (2004) kunne vise at sykepleiere som hadde kort erfaring var mindre bevisst på denne kunnskapsoverføringen sammenlignet med sykepleiere som hadde lang erfaring.

Evaluering av ulike pilotprosjekter om MIG har vist at sykepleierne kjente seg tryggere nå enn før innføringen (Andersson et al., 2006; Konrad, 2006). Sikkerheten for risikopasienten på sengepost var økt (Melby, 2008). MIG har bidratt til bedre arbeidsmiljø, økt samarbeid, lettere tilgang til MIG-teamet og intensivavdelingen, samt en kontinuerlig kompetanseoverføring. (Andersson et al., 2006; Melby, 2008). Sykepleierens klinisk observasjon var styrket (Melby, 2008).

Mobil Intensiv Gruppe kan være en ressurs både for sykepleiere i sykehus og i primærhelsetjenesten. St.melding 47 (2008-2009), den såkalte samhandlingsreformen, har tema om rett behandling på rett sted til rett tid. God samhandling mellom de ulike aktører er løftet fram i samhandlingsreformen. Målet i reformen er å utvikle kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten. I Norge snakkes det om muligheter for å benytte MIG konseptet også utenfor sykehus. Forfatterne vil i denne studien fokusere på sykepleieres oppfatninger av fenomenet inne på sykehus.

## Den akutt kritisk syke pasient og sykepleierens ansvar

Flere eldre opprettholder i dag god helse samtidig som den teknologiske utvikling gjør at flere eldre kan nyttiggjøre seg avansert medisinsk behandling (Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenesten for eldre 2008 – 12). Som et resultat av økt levealder, forbedret teknologi, økt tilbud om avansert behandling og økte forventninger til helsevesenets muligheter for assistanse, vil det medføre økt behov for avanserte helsetjenester. I medisinske sengeposter er det mange eldre pasienter som har sammensatte lidelser og diagnoser. Økningen i antall akutte innleggelser tilskrives i første rekke flere innleggelser av eldre pasienter og akutte innleggelser er stadig mer komplekse (NOU, 1998). Den tekniske utviklingen har medført større dagbehandler aktivitet (Samdata, 2008). Det kan igjen tyde på at dagens inneliggende pasienter i gjennomsnitt er tiltrengende større og mer omfattende behandling og overvåkning enn for noen tiår siden.

Pasienter som tidligere ble lagt på en intensivavdeling ligger nå på sengeposter, fordi kapasitet på intensivavdelinger er begrenset (Ryan et al., 2004; Wolfe, 2008). For sykepleieren på sengepost vil det bety og ha ansvar for faglig vurdering av pasienter med et mer komplekst sykdomsbilde (Ryan et al., 2004; Wolfe, 2008).

Dagens sengeposter vil inneholde ”sykere og mer ustabile” pasienter nå enn tidligere. Derfor vil sykepleiere på sengeposten i økende grad møte den akutt kritisk syke pasient. Ordene akutt, kritisk og syk kan brukes om hverandre eller sammen, slik det gjøres i denne oppgaven. En person kan være akutt syk uten at det behøver å være kritisk (Moesmand & Kjøllesdal, 2007). Ordene har noen ulike nyanser. Akutt vil bety noe brått, forbigående, kortvarig, plutselig. Kritisk vil si akutt, alvorlig vanskelig, risikabel og avgjørende (ibid). Den akutt og/eller kritisk syk pasient vil være en pasient som har eller som kan komme i en akutt fysiologisk krise på grunn av sykdom. Det kan være pasienter som har gjennomgått operativt inngrep og anestesi og er utsatt for sirkulatorisk og respiratorisk ubalanse, slik at de har behov for å få gjenopprettet denne balansen igjen. Eller pasienter med kronisk sykdom som enten får en sykdom eller en akutt forverring av sin grunnlidelse. Felles for disse pasienter er at de er i en fysisk, psykisk, sosial og åndelig stress- og krisetilstand. Det er små marginer mellom liv og

død. Pasientens tilstand er preget av svikt, eller fare for svikt, i vitale funksjoner som respirasjon, sirkulasjon, eliminasjon og metabolisme. Pasienten kan ha behov for helt eller delvis kompenserende hjelp for å opprettholde sine vitale funksjoner (Gulbrandsen & Stubberud, 2005).

Sykepleierne vil i økende grad stå overfor situasjoner som krever raskere avgjørelser og raskere intervensjon fra deres side. Akutte situasjoner kan være at en pasient plutselig får respirasjons – og/eller sirkulasjonsstans i avdelingen. Andre problemområder kan være at pasienten over tid utvikler respirasjon- eller kardiovaskulær svikt på grunn av operative inngrep eller alvorlig sykdom (Gulbrandsen & Stubberud, 2005).

Sykepleierfunksjonen på sengepost er blant annet å utøve helsefremmende og forebyggende sykepleietiltak overfor pasienter med akutt sykdom/skade (Funksjonsbeskrivelsen for sykepleiere). Sykepleierens forebyggende funksjon er tidlig å identifisere pasientens tilstand hos de som potensielt er utsatt for komplikasjoner og forverringer. Det er avgjørende at sykepleieren kan være i forkant slik at tiltak settes inn for å hindre en videreutvikling av helsesvikten. Det er viktig å unngå komplikasjoner for å hindre at nye helseproblemer oppstår ved en akutt sykdom (Gulbrandsen & Stubberud, 2005; Kristoffersen et al., 2005; Proehl, 2002 a).

Sykepleierens behandlende funksjon ved akutt, kritisk helsesvikt er knyttet til overvåking og sikring av livsviktige funksjoner som respirasjon og sirkulasjon. Raskt å identifisere forandringer hos pasienten er avgjørende. Sykepleieren må kunne observere pasienten klinisk slik at viktige endringer i pasientens tilstand raskt oppdages, dokumenteres og rapporteres raskt videre (Gulbrandsen & Stubberud, 2005; Kristoffersen et al., 2005). Handlingskompetanse i akutte situasjoner er viktig (Gulbrandsen & Stubberud, 2005; Kirkevold, 1996; Kristoffersen et al., 2005; Knudsen, 2008).

I studien vil forfatterne konsekvent benytte begrepet sykepleier om en autorisert sykepleier, men med et vidt spenn av yrkeserfaring - fra nyutdannet til flere ti år i praksis.

## Handlingskompetanse og kritisk tenkning

Kompetanse beskrives som en pågående prosess der personen er i et stadig potensial for å skaffe seg kunnskaper og ferdigheter gjennom kritisk tenkning og en åpenhet til livet og læring (Nagelsmith, 1995).

Handlingskompetansen hos sykepleieren er å bruke teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap og etisk kunnskap, integrert i sykepleierens kompetanse på en slik måte at dette kan innvirke på de praktiske handlingene som utøves (Fagermoen, 1993; Kirkevold, 1996). Teoretisk kunnskap er det samme som vitenskaplig kunnskap, faktakunnskaper, som er en beskrivelse av viten om, at og hvorfor (Fagermoen, 1993; Kirkevold, 1996; Skau, 2002).

Profesjonell handlingskompetanse er forskriftsmessig å kunne mestre profesjonsoppgaver ved å ha tilstrekkelige kvalifikasjoner, ha myndighet til å ta beslutninger og ha fagkunnskaper som er relevante for utøvelsen av faget. Den består av yrkesrelevante kunnskaper, ferdigheter og handlingsberedskap. Kunnskaper og erfaringer er ervervet gjennom levd liv, innen yrke, privat og utdanning (Nygren, 2004).

Kirkevold (1996) omtaler praktisk kunnskap i handlingskompetansen som noe subjektivt der kunnskapen er knyttet til bestemte hendelser og formidles videre til en annen som så, indirekte, gjør disse til sine egne. Fagermoen (1993) beskriver at den praktiske kunnskap omfatter utøvelsen av ferdigheter. Manuelle ferdigheter, håndlag og bruk av medisinsk teknisk utstyr er ferdigheter som tilegnes ved trening. Samtidig som det innbefatter samhandlingsferdigheter, rasjonelle ferdigheter og manuelle ferdigheter. I rasjonelle ferdigheter snakker vi om ferdigheter innen problemløsning, konsekvensanalyse, kritisk tenkning, kliniske vurderinger og beslutningsevne.

Etisk kunnskap er kunnskap om verdier, etiske prinsipper og retningslinjer. Faglig dømmekraft er kjennetegn på høy klinisk kompetanse (Kirkevold, 1996). Dette beskriver Skau (2002) som den personlige kompetanse. Det er den vi er som person, nemlig våre verdier, vårt menneskesyn, våre holdninger og egenskaper som empati, forståelse og følsomhet. Fagermoen (1993) bruker begrepet erfaringskunnskap.



Erfaringskunnskap er vesensforskjellig fra teoretiske kunnskaper og praktisk kunnskaper ved at den er et resultat av den enkeltes møte med lærestoff og personer. Den er karakterisert som opplevd kunnskap, ” den enkeltes eiendom”.

Teori og erfaring er en forutsetning for å være handlingskompetent (Fagermoen, 1993; Kirkevold, 1996; Nygren, 2004), men det er også viktig med personlig kompetanse (Skau, 2002) fordi det er evnen til å holde hodet kaldt i kritiske situasjoner å arbeide selvstendig. Sykepleieren må kunne handle på en fleksibel måte slik at kompetansen innbefatter en kombinasjon av vurderinger, holdninger og kompetanse innen både det menneskelige og det tekniske området (Benner, 1995; Cowan et al., 2005).

For å være handlingskompetent kreves det kritisk tenkning og kunnskaper til å ta beslutninger. Miller (1992) mente at kritisk tenkning er integrert i beslutninger som sykepleiere tar, og er en rutinemessig del av arbeidet. Jones og Brown (1991) belyste kritisk tenkning som en kompleks kognitiv prosess som krevde en høyere refleksjon. Kritisk tenkning er en viktig del av sykepleieutøvelsen (Le-Fevre, 2008). Kritisk tenkning er evnen til å løse et problem ved å finne en logisk årsak. I den prosessen kreves det kreativ tenkning og evnen til å sortere ut de essensielle pasientobservasjoner slik at adekvate tiltak iverksettes og evalueres.

Det er avgjørende å se de ulike faktorene i et større helhetlig perspektiv slik at de rette beslutninger gjøres (ibid). Den ideelle kritiske tenker er i følge Facione, Facione & Giancarlo (2000) nysgjerrig og velinformert om pasientens tilstand grunnet hans flittighet til å søke relevant informasjon. Han ordner opp i komplekse saker og er fokusert, men har allikevel et åpent og ærlig sinn og er villig til å revurdere tiltak dersom det er behov. Forfatterne tar seg den frihet og lage en figur, inspirert av Le-Fevre (2008), som belyser hvilke kunnskaper som er nødvendig for å ha evnen til kritisk tenkning.



Figur 1: Faktorer som er relatert til kritisk tenkning

## Handlingskompetanse i akutte situasjoner

Forfatterne har beskrevet essensen av innholdet i handlingskompetanse og kritisk tenkning. Vi vil nå vise hvordan handlingskompetanse og kritisk tenkning skal utøves hos sykepleieren i akutte situasjoner.

I møte med den akutt kritisk syke må sykepleieren benytte alle sanser og målbare parametre som puls, temp, BT, respirasjonsfrekvens, saturasjon, etc, for å kunne gjøre gode observasjoner av pasienten. Sykepleieren skal kunne vurdere den akutt syke pasient. Med utgangspunkt i den forebyggende og behandlende funksjon skal offentlig godkjente sykepleiere, etter endt utdanning, ha kunnskaper og ferdigheter i å utføre gode faglige respiratoriske og sirkulatoriske observasjoner og iverksette både forebyggende og behandlende tiltak (Fagplan, 2008-2011).

Handlingskompetansen hos sykepleieren i akutte situasjoner vil i følge Kirkevold (1996) kreve medisinske basiskunnskaper og tekniske, administrative og kommunikative ferdigheter. Sykepleieren må kunne observere og identifisere de pasienter som er i faresonen, samt å kunne handle raskt og forsvarlig slik at den akutt sykes livsviktige

funksjoner ivaretas. Det spesielle med akutt kritisk sykdom er at det skjer hurtige fysiologiske endringer. Derfor kreves det at sykepleieren raskt skal kunne identifisere endringer i pasientens tilstand (Gulbrandsen & Stubberud, 2005). Kunnskaper til å se sammenhenger mellom objektive observasjoner og utvikling av pasientens tilstand, er avgjørende for utfallet. Ved å se denne sammenhengen er sykepleieren i forkant av utviklingen og kan sette i verk tiltak som kan hindre/forebygge alvorlig sykdomsutvikling. Caspersen (2007) mener at en treårig utdanning ikke kan klare å forberede for alle situasjoner fordi det kreves mye ulik kunnskap hos sykepleieren slik at hun kan takle stadig nye krevende situasjoner og innføring av nytt teknisk utstyr. En studie viste at nyutdannede sykepleiere hadde ikke oppnådd handlingskompetanse i sykepleiefunksjon før etter nærmere tre år, mens derimot arbeidsgiveren hadde forventet dette fra første dag (Solli, 2008).

Sykepleieren skal hele tiden gjøre en *klinisk vurdering* (Gulbrandsen & Stubberud, 2005; Kirkevold, 1996). Det vil bety noe mer enn bare å observere pasientens funksjon, men også kunne prioritere mellom de behovene som observeres og vurdere hva som er viktigst for pasienten der og da. Det er ikke nok å vite hva man skal gjøre, men hvorfor og når. Sykepleieren skal ha kunnskaper til å bedømme alvoret i situasjonen. Det innebærer også å ta stilling til når det er nødvendig og tilkalle lege (Gulbrandsen & Stubberud, 2005).

Når sykepleieren foretar en faglig vurdering kreves det kritisk tenkning i møte med den akutt syke pasient (Giro, 2000; Le-Fevre, 2008). Det er viktig at sykepleieren har evnen til kritisk tenkning og etisk tenkning fordi pasienten er avhengig av sykepleierens kyndighet og hjelp, noe som gjør pasienten spesielt sårbar i forhold til sykepleierens handlinger (Moesmand & Kjøllesdal, 2007). Evnen til kritisk tenkning vil variere fra den erfarne til den uerfarne sykepleier (Kirkevold, 1996). I studien til Giro (2000) fremkom ingen signifikant forskjell på ferdigheter i kritisk tenkning der en sammenlignet sykepleiestudenter fra første år og fjerde år, ufaglærte og utdannede sykepleiere. Cowan, Norman & Coopamah (2005) utførte en studie hvor de sammenlignet sykepleiere med høy utdanning med de uten høyere utdanning, og fant ingen signifikant forskjell med hensyn til utvikling av kritisk tenkning som påvirket

deres avgjørelser som ble tatt i praksis. En annen studie som er gjort av norske sykepleiere kunne derimot vise at evnen til kritisk tenkning var statistisk høyere signifikant hos de sykepleiere som var over 30 år og de sykepleiere med universitetsutdanning kontra de med grunntdanning (Wangensten, Johansson, Björkström & Nordström, 2010).

I akutt situasjoner står det ofte mellom liv og død. Det er få fasitsvar på når det er riktig og avslutte livreddende behandling, men det kreves en kompetanse hvor sykepleieren må ha evne og vilje til å reflektere over etiske spørsmål (Knudsen, 2008).

## Faktorer som påvirker sykepleierens kompetanseutvikling

Kompetanse er i følge Benner (1995) en kontinuerlig utvikling og en sammenheng mellom erfaring og nivå av kompetanse. Det bygger på tidligere studier av piloter som Dreyfus & Dreyfus har utført. Benner (1995) viste hvordan arbeidserfaring gir sykepleierne ulik evne til å flette sammen kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Det ble beskrevet på følgende måte med fem ulike kompetansetrinn.

Første trinn.

En nybegynner har ingen tidligere erfaring, og er avhengig av prosedyrer og retningslinjer for å kunne fungere i kliniske situasjoner. I sykepleiesituasjoner kjennetegnes vedkommende ved at hun oppfatter detaljer uten å kunne se dem i sammenheng. Det er vanskelig å skille ulike aspekter, alt fremstilles som likeverdige. Nybegynneren mangler evnen til å prioritere og til å takle endringer i situasjonen. Selve situasjonen er ny og fremmed og medfører at de oppfatter lite av den. Dersom hun starter innen et ukjent klinisk område, og følgelig mangler erfaring innen dette feltet, er man som novise å regne.

Andre trinn.

Den viderekommende sykepleier er i en viss grad i stand til å individualisere og mestre kortsiktig planlegging. Hun er lite fleksible om det skulle skje større endringer i

situasjonen. På dette stadiet makter de ikke å prioritere mellom ulike gjøremål. Den viderekommende kan mestre kortsiktig planlegging, men er lite fleksible om det skulle skje større endringer i situasjonen.

Tredje trinn.

Den kompetente utøver kjennetegnes ved sin evne til langsiktig og overordnet planlegging. Der den viderekommende nybegynneren følger regler er den kompetente utøveren i stand til å foreta mer analytiske vurderinger i forbindelse med problemløsninger. Hun mestrer komplekse situasjoner og er fleksibel, men mangler den kyndige sykepleierens hurtighet. Dette stadiet er i flg Benner (1995) typisk for sykepleiere som har arbeidet ved samme sted i to eller tre år.

Fjerde trinn.

Den kyndige sykepleieren har en grundig helhetsforståelse av kliniske situasjoner og oppfatter raskt helheten og hva som er problemets kjerne. Hennes erfaringer kan forutsi endringer i pasientens tilstand før de inntreffer. Hun har en uttalt evne til prioritering og fleksibilitet. Intuisjonen som sykepleieren bruker på dette stadiet, er fortsatt hovedsakelig analytisk. Den kyndige utøveren har tre til fem års erfaring fra samme praksisfelt.

Femte trinn.

Eksperten vet umiddelbart hva som er riktig å gjøre. Hun har med sin enorme erfaringsbakgrunn fått et intuitivt grep om enhver situasjon. Eksperten trenger ikke å analysere, vurdere og overveie ulike handlingsalternativer før det blir handlet. Det går av seg selv, fordi aktiviteten er blitt en del av henne selv. Eksperten må ha minst fem år for å utvikle denne kompetansen, men en del sykepleiere blir ikke eksperter selv om de har arbeidet i mange år innenfor et spesialområde. Ekspertpraksis er karakterisert ved en større grad av intuitiv forbindelse mellom det å oppfatte de viktigste aspektene ved en situasjon og å reagere på den. Ekspertens utvikling av kompetanse er knyttet til både den aktuelle situasjonen en står ovenfor, og alle tidligere, liknende situasjoner vedkommende har befattet seg med. Eksperten har utviklet et sterkt klinisk skjønn.

Det er en svakhet at ekspertene ikke defineres, men bare belyses ved hjelp av eksempler. Derfor er det uklart når sykepleieren blir ekspert. Det er ingen forklaring på hvordan sykepleieren kan komme dit, med unntak av antall år i praksis på ett sted (Cash, 1995; English, 1993). En annen utfordring er at selv om man har mange år i klinikk, vil det alene ikke være avgjørende for om sykepleieren blir ekspert, Benner (1995).

Sykepleierens kompetanseutvikling er dels et individuelt ansvar, og dels arbeidsgivers ansvar. Dette er hjemlet i lovverket (Lov om Spesialisthelsetjenesten; Lov om Helsepersonell). Arbeidsgiver er forpliktet til å tilrettelegge for faglig oppdatering. Det kreves derimot at sykepleier skal holde seg stadig faglig à jour og oppdatert slik at forsvarlig helsehjelp gis.

Caspersen (2007) belyste utfordringer hos sykepleierens mulighet for faglig oppdatering. Sykepleierne som arbeider på sengeposter, har mindre tilgang på individuelle pc-er og sjelden mulighet til å trekke seg tilbake i løpet av arbeidsdagen for å oppdatere seg på kunnskap. Det er ofte en fagsykepleier som har ansvaret for faglig oppdatering av hele personalgruppa. Dette kan gjøre at den enkelte sykepleier ikke føler et direkte behov eller ansvar for faglig oppdatering (ibid).

Solli (2008) viste i sin studie at faglig oppdatering hos sykepleierne skjedde for det meste i forbifarten hvor de spurte andre kollegaer om kjappe råd. Det var ingen jevnlig sykepleiefaglig veiledning. Caspersen (2007) kunne også vise at sykepleierens vanligste strategi når de står overfor faglige utfordringer var å ta kontakt med kolleger. Omtrent 40 % av sykepleierne oppga at de daglig søkte råd hos overordnede eller kolleger.

For å utvikle evne til klinisk observasjon trenger sykepleieren variert erfaring. Forskning kan antyde at klinisk kompetanse i sykepleien utvikles i spenningsfeltet mellom det å tilegne seg teoretisk kunnskap og klinisk erfaring (Adams et al., 1997; Benner, 1995; Fagermoen, 1994; Kirkevold, 1996; Nygren, 2004). Varierende sykepleiererfaring utgjør en forskjell i sykepleiekompetansen (Benner, 1995; Skår,

2010; Thidemann, 2005). Thidemann (2005) bruker en metafor for å illustrere erfaringens betydning.

*"Gjennom grunnutdanningen får du med deg masse verktøy. Utfordringen er å bruke det riktige verktøyet. Det får du gjennom erfaring. Det kan du ikke få på skolen. Du kan fylle opp verktøykassen, men så må du finne ut hvilke verktøy som du kan bruke når du står der i situasjonen. Hver pasient er et nytt menneske og her ligger utfordringen"*(s.12).

Erfaring utvikler klinisk kompetanse (Adams et al., 1997; Benner, 1995; Fagermoen, 1994; Kirkevold, 1996; Nygren, 2004). Caspersen (2007) kom fram til at sykepleiernes kunnskap, som var knyttet til "gjøre- arbeid", tilegnes lettere der handlingene skjer som erfaringslæring. Bjørk (1999) viser til at erfaring ikke automatisk fører til bedre mestring av praktiske ferdigheter i sykepleie. Studien viser at sykepleiere etter et år gjorde den samme feilen som året før, men de utførte feilen raskere og med bedre flyt enn tidligere. Aiken et al. (2003) viste i sin studie funn som antyder at den konvensjonelle visdommen om at sykepleiererfaring er viktigere enn deres pedagogiske utdanning, kan være feil. Aiken et al. (2003) viste at erfaring som sykepleier i antall år ikke var en signifikant prediktor for påvirkning av dødeligheten hos pasienter. De viste at det var større signifikant sannsynlighet for å overleve i sykehus der avdelingen hadde en større andel sykepleiere med høyere utdanningsgrad enn bachelor. Å ta en videreutdanning innen spesialområder som intensiv eller anestesi er en viktig faktor for å utvikle handlingskompetansen. Gulbrandsen & Stubberud (2005) mente at det kreves en spesialutdanning for å kunne ivareta den akutte pasienten som er i en kompleks situasjon med endring fra minutt til minutt.

### *Kompetanseutvikling og læring*

All kompetanseutvikling henger sammen med læring. Begrepene læring og kompetanse bygger på hverandre, der kompetansen oppfattes som sluttresultatet av læring (Illeris, 2003; Nordhaug, 2004). Det er ulike perspektiver på læring. Det skiller mellom det kognitive perspektivet der fokus er på individets tenkning og kunnskap, mens det sosiale perspektiv er læring i menneskets sosial omgivelser, menneskelig samhandling og å være deltaker i et praksisfellesskap (Illeris, 2003).

Dysthe (2001) vektla det sosiokulturelle perspektiv på læring der kunnskapen ble konstruert gjennom samhandling og i en felles kontekst. Læring skjer som en integrert del av aktiviteten og aktiviteten er en integrert del av læringen. Læring deles og formidles til hverandre gjennom språket. Språket innebærer holdninger, vurderinger, det å lytte, samtale og etterligne. Caspersen (2007) kunne belyse at sykepleierne foretrakk muntlige kilder fremfor skriftlige for å tilegne seg ny kompetanse. Det fremkommer i teorien at et godt sosialt miljø er viktig for kunnskapsutviklingen hos den enkelte.

Læring i et praksisfellesskap består hovedsakelig av to modeller. *Situert læring* som menes den læring som skjer ved å delta i ulike sosiale situasjoner. *Modelllæring* er læring som skjer ved å observere andres atferd og konsekvenser for deres atferd (Lave & Wenger, 2003). Et eksempel på modelllæring er mester/svenn-læring. Det er en mesterlære som foregår i et praksisfellesskap. Lærlingen vil gradvis tilegne seg vesentlige ferdigheter, kunnskaper og verdier ved å gå fra en perifer deltakelse, til å bli et fullverdig medlem av faget. Innlæringen foregår trinnvis i de ulike ferdigheter i et fag hvor en ender opp med å beherske faget. Læring skjer gjennom handling hvor det er mulig å observere og imitere det arbeidet som mesteren utfører. Evalueringen finner hovedsakelig sted i arbeidssituasjonen ved kontinuerlig å prøve ut ferdigheter og motta tilbakemelding fra mesteren (Nielsen & Kvale, 1999). I følge Lave og Wenger (2003), som beskriver situert læringsteori, er det å ha ”mestere” i arbeidsfellesskapet en forutsetning for utvikling av mindre erfarne medarbeideres kompetanse.

Det er også knyttet noen utfordringer til mester/svenn-læring. For at handlingskompetansen skal utvikles konkluderer Gulbrandsen & Stanghelle (2002) med at mesteren må ha evne til å sette ord på sine handlinger. Den faglige tenkningen må bli synliggjort for den uerfarne ved at den erfarne tydeliggjør begrunnelser og handlinger som svennen ser at mesteren utfører. I praksis betyr det at mesteren ikke bare sier hva en skal gjøre, men i samhandlingen, setter mesteren ord på sine tanker og vurderinger. For å lære trengs det mestere som stiller spørsmål som bidrar til svennens refleksjon, både før og etter situasjoner. Studenter som stod i krevende situasjoner, der pasienten ble akutt kritisk forverret, beskrev at de lærte å prioritere tiltak og anvende



riktig kunnskap. Men de gav uttrykk for hvor viktig det var med refleksjon etter en slik opplevelse (ibid). Kompetanseoverføring fra ekspert til novise kan være utfordrende fordi eksperten ikke vet hvordan hun begrunner sine avgjørelser (English, 1993). Teorien beskriver at akutte situasjoner er ikke alltid den beste læringsarenaen. Akutte situasjoner kan erfares som kaotiske. Goldman et al.(2009) kunne vise i sin studie at læring skjedde, selv i et kaotisk miljø, både individuelt og i sosialt samspill på arbeidsplassen.

Gjennom å delta i praksisfellesskapet og i utfordrende situasjoner kan sykepleiere tilegne seg ekspertise ved at andre deler sine kunnskaper og ferdigheter med dem (Skår, 2010). Læring i sosiale omgivelser kan gi utvikling av profesjonell ekspertise. Ved å delta i komplekse situasjoner gis sykepleierne muligheter til å utvikle egne ferdigheter knyttet til å vite hvordan de skal handle i disse ulike komplekse situasjoner. Å trene på å bedømme situasjoner gjennom å integrere kunnskaper, ferdigheter og holdninger vil gi en personlig endring. Derimot er læring også avhengig av den enkeltes interesse, vilje og evne til å gripe disse mulighetene og lære av andre (ibid).

Det sosiale miljøet var viktig for sykepleieren, både som en kilde til kunnskap og som en motivasjon for ny læring. Systematisk veiledning gav en gunstig effekt på tilfredsheten med arbeidet og læring (Caspersen, 2007). Å lære av andre kollegaer er svært viktig for sykepleierne. Betydningen av å lære av og sammen med kompetente kollegaer understrekes i mye forskning (Eraut et al., 2004; Kramer, 2004; Sveiby & Simons, 2002; Thidemann, 2005). Å utvikle personlig kompetanse er avhengig av et sosialt samspill. Dette er en kunnskap sykepleieren ikke kan lese seg til, men kan nyttiggjøre seg ved å høre andres tanker og ideer (Skau, 2002). For å utvikle kompetanse er det behov for å konferere med erfarne sykepleiere og få bekreftet om faglige vurderinger og handlingsvalg er akseptable og korrekte (Thidemann, 2005). Positive tilbakemeldinger fra kollegaer er nødvendig for å få bekreftet egen kompetanse. Mangel på tilbakemelding førte til at sykepleieren ikke trodde at egen kompetanse var tilfredsstillende. Ros fra kollegaer opplevdes som støttende (Fereday et al., 2006).

Kompetanseutvikling kan gi både heldige og uheldige utslag. Ifølge Solvoll & Heggen (2003) fører læring til at menneske får bedre innsikt i noe. Mennesker takler situasjoner bedre eller utøver en handling på en mer kyndig måte. Læringen gjør at forståelsen og ferdighetene endres. Læring kan være utviklende, men kan også gi læring som ikke er ønskelig som gale rutiner og tankeløs atferd. Maben, Latter & Clark (2006) viser i sin studie at nyutdannede sykepleiere etterspurte erfarne rollemodeller med høy faglig og menneskelig kvalitet, fordi det var så få av de i praksis. De opplevde at de faglige prosedyrer og mellommenneskelige verdier som de hadde lært på sykepleierskolen ble i liten grad praktisert av de erfarne i avdelingen.

Kompetanseutvikling skjer i praksis ved å gjøre seg stadige erfaringer (Benner, 1995). Kjersheim (2003) belyser faktorer som hindrer kompetanseutvikling i praksis. Manglende praktiske og teoretiske kunnskaper, hindrer nyttiggjørelse av erfaringer. Stress hos utøveren kan hindre eller forsinke læring i praksis (Kjersheim, 2003). Travelhet og stress i en sengepost kan gjøre det vanskelig å få tid til refleksjon tross for at refleksjon fremmer læring og gjør at novisen kan få en mulighet til å oppleve mestring av nye faglige utfordringer (Gulbrandsen & Stanghelle, 2002; Kaupang, Næss & Søndena, 2000; Schön, 1987; Solli, 2008). Studenter som stod overfor ukjente situasjoner syntes de lærte best ved å kunne ha en mer perifer rolle. De ønsket å gå skrittvis frem ved å utføre avgrensede oppgaver under veiledning, for å unngå å gjøre feil (Gulbrandsen & Stanghelle, 2002). Skau (2002) mener at det er enkelte ting som bare kan læres gjennom og ikke lykkes. Det er få ting som sykepleieren kan lære så mye av som egne feil. Lave & Wenger (2003) mener at økt kontroll og senkede krav demper stress som igjen øker motivasjonen for læring. Dette innebærer at arbeidsplassene kan spille en viktig rolle både gjennom å kunne tilby et støttende arbeidsmiljø, og gjennom å tillate nyutdannede å være det som har blitt kalt ”legitime perifere deltagere”, altså deltakere i fellesskapet med redusert intensitet, i form av lavere krav og mer kontroll over eget arbeid. Samtidig er det viktig at studenter og sykepleiere deltar aktivt, og ikke er passive iakttakere. En annen studie viste at den gruppe av studenter eller sykepleiere som deltok i den faglige prosessen og kritisk tenkning var betydelig bedre i beslutningsprosessen enn de som ikke deltok aktivt (Giro, 2000).

## Handlingsberedskap i møte med den akutt kritisk syke pasient

En person har en spesiell tendens til å handle på den ene eller den andre måte når en befinner seg i bestemt situasjon. Bak denne handlingen er det utviklet en psykologisk beredskap på å handle etter et bestemt mønster, en handlingsberedskap (Nygren, 2004).

Dersom en pasient blir akutt syk og sykepleieren avventer med å handle, kan denne pasient, i ytterste konsekvens, ende opp med døden. Akuttsituasjoner preges av handlingstvang der noe må gjøres hvis liv ikke skal gå tapt. Sykepleieren må kunne handle raskt og reagere riktig. Dersom pasientens tilstand kritisk forverres må sykepleieren sette inn livreddende tiltak. Det kreves praktiske ferdigheter i førstehjelp og akuttmedisin (Knudsen, 2008). En studie viser at det er til dels mangelfulle ferdigheter i blant annet basal hjerte -lunge redning hos sykepleierne (Whelan, 1997). Dette kan være katastrofalt for pasient hvis det er mangelfulle ferdigheter i praktisk førstehjelp (Haugen & Knutsen, 2008). Hun må kunne håndtere stressfylte situasjoner (Benner, 1995; Kirkevold, 1996).

Ved akuttsituasjoner må sykepleieren kunne foreta flere handlinger på en gang. Sykepleieren må være i forkant, hvilket innebærer å forebygge mulige komplikasjoner, samtidig som en er i selve situasjonen og utfører kompetente vurderinger og handlinger til den akutt syke (Kirkevold, 1996). Tiden til kliniske resonnementer og planlegging blir redusert til et minimum. Det forutsetter at ferdigheter er lært og drillet inn på forhånd slik at sykepleieren er i stand til å mestre akutte situasjoner uten unødvendige overveielser og med teknisk kyndighet (Kirkevold, 1996). Kirkevold (1996) mener det blir et skille mellom sykepleiere som er dyktige til å mestre og de som er mindre dyktig til å håndtere slike situasjoner. Havn og Vedi (1997) kunne vise i sin studie at nyutdannede scoret lavt på evnen til å mestre uforutsette situasjoner i sitt arbeid. Caspersen (2007) kom i sin rapport fram til at en treårig utdanning ikke kan forberede sykepleierne for alle situasjoner. Opplæring i arbeidslivet, både av formell og uformell art, er svært viktig slik at sykepleierne klarer å håndtere utfordringer de

møter i arbeidet. Det er en overgang for de nyutdannede å ta ansvar for svært syke pasienter belyste Norvoll (2002) i sin studie. Både nyutdannede og erfarne sykepleiere mener at de nyutdannede har for lite medisinske kunnskaper og praktiske ferdigheter i kliniske prosedyrer. Som nyutdannet blir det brukt mye tid på å lære seg praktiske og kliniske ferdigheter (ibid). Smeby & Vågan (2007) kunne i sin studie vise at det var et stort kunnskapsgap mellom utdanning og praksis i praktiske kunnskaper. I følge Knudsen (2008) er det ikke behov for å tenke så komplisert innledningsvis i en akutt situasjon slik at en blir handlingslammet. Det som er viktig å huske de enkle og basale prinsippene.

Med utgangspunkt i rammeplanen (2008) skal sykepleieren ha handlingsberedskap til å ta del i avdelingens spesialiserte behandlingsoppgaver, prosedyrer og bruk av medisinsk - teknisk utstyr. Livreddende hjelp er kompetanse som alle sykepleiere innehar (Fagplan 2008-2011), og der skal sykepleieren handle selvstendig. Nyutdannede sykepleiere etterspør mer kompetanse innen klinisk sykepleie, rettet mot prosedyrer, i løpet av utdanningen (Norvoll, 2002). Nyutdannede sykepleiere mangler nødvendig erfaring og mer spesialisert opplæring til å kunne handle selvstendig innen alle felt. Med utgangspunkt i rammeplanen (2008) kan det forventes av både nyutdannede sykepleiere og de med lenger erfaring tar selvstendig ansvar innen handlingsberedskap i møte med den akutt kritisk syke pasient etter at de har tatt del i arbeidsstedets spesialiserte behandlingsoppgaver og satt seg inn i avdelingens ulike akutte prosedyrer. Sykepleierne opplevde at den opplæringen de hadde fått da de var nye i avdelingen, ikke hadde vært tilstrekkelig for å beherske de mer vanskelige tilfeller (Caspersen, 2007).

Kirkevold (1996) trekker fram ulike muligheter for å styrke handlingsberedskapen. Det forutsetter en del bevisste overveielser fra sykepleieren før og etter at selve situasjonen utspilles. På grunnlag av tidligere erfaringer, særlig der hvor ting ikke gikk slik en ønsket, kan en komme frem til hva en må gjøre for å få det best mulige resultat. Å få økt egen handlingsberedskap kan også skje ved en videreformidling fra de erfarne sykepleiere til de nye om skrekkeksemplene som videreformidles. Ved å tenke igjennom mulige utfall av de ulike situasjoner på forhånd kan en også skissere

handlingsalternativer som kan redusere muligheten for uønskede utfall og derved øke handlingsberedskapen.

Simulering kan benyttes som et godt øvingsverktøy. Sykepleieren kan opparbeide en handlingsberedskap der en ”øver” seg på mulige scenarioer. Simulering er også en metode der en kan trene seg på situasjoner hvor en blir stresset i kontrollerte former. Ved å bruke simulering til å trene på beslutninger, prioriteringer tiltak og teamsamarbeid rundt den akutt kritisk syke pasienten, kan deltagerne lære av sine feil uten at det går ut over levende pasienters liv og helse (Jeffries, 2007). En systematisk gjennomgang viste at bruk av simulering ga gevinster i kunnskap og økt evne til kritisk tenkning (Cant & Cooper, 2009).

Fleksibilitet er nødvendig i handlingsberedskap og forutsetter endringskompetanse hos sykepleieren. Orvik (2004) beskriver endringskompetanse som en kompetanse som spenner fra raske fokusskifter i sykepleierens daglige arbeid til å lede forbedringstiltak. Krogstad & Foss (1997) beskriver en sykepleiehverdag der sykepleieren stadig opplever fokusskifter. Det å være sykepleier betyr å ha evne til å kunne stadig omstille seg. Som sykepleier må en være i stand til å skifte raskt fokus fra den ene arbeidsoppgaven til den andre dersom det er behov for det tiltross for at dette ikke er planlagt. Sykepleiere møter pasienter som plutselig blir ustabile, nye pasienter kommer inn og andre pasienter reiser hjem eller dør. Når en pasient blir akutt kritisk syke pasient eller forverret tilstand kan det opptre raskt. I tillegg kan det forverring hos pasienten inntre når sykepleieren minst venter det. Det krever at sykepleieren har evne til å skifte fokus, fra å ha fokus på mange pasienter til å fokusere på den ene. Hun må kunne nedprioritere arbeidsoppgaver for å skape rom for en tidkrevende og helhetlig pasientvurdering av den akutt kritisk syke.

Handlingsberedskap er noe som utvikles hele tiden. En treårig utdanning kan ikke forberede for alle situasjoner og det kreves derfor ytterligere opplæring på arbeidsplassen (Caspersen, 2007). Han mente at man kan se på utdanning og arbeidsliv som to arenaer der kvalifisering og opplæring foregår kontinuerlig. Eraut (2004) har argumentert for at noen typer kunnskap tilegnes best i utdanningen, mens andre typer kunnskap læres best i arbeidslivet. Et slikt perspektiv knytter sammen utdanning og

arbeidsliv, og slår fast at det er to ulike arenaer som har betydning for å utvikle kompetanse for sykepleiere.

## Problemavgrensning

For oss har MIG som et pionerarbeid i Norge vakt betydelig interesse. Det er få sykehus som har etablert dette så langt.

Det er gjort mye forskning av MIG-konseptet i andre land, mens det i Skandinavia er hovedsakelig evaluering av pilotprosjekt som er gjort. Forfatterne har gjennom litteraturgjennomgang funnet mye forskning som omhandlet den medisinske betydning for pasienten. Innen sykepleieres erfaringer med MIG har vi funnet noe mindre forskning, hovedsakelig kvantitativ forskning. Forfatterne ønsker derfor å få gjøre en kvalitativ forskning under norske forhold av sykepleierens oppfatninger omkring etablering av Mobil Intensiv Gruppe (MIG).

For å avgrense studien har forfatterne valgt å se nærmere på det rådgivende team i MIG-konseptet og om deres betydning for hjelp og støtte til sykepleierne på sengepostene i faglige vurderinger av akutt syke pasienter.

Med faglig vurdering menes at sykepleieren har kunnskap innen akutt kritisk sykdom og kunne observere og identifisere de pasienter som er i faresonen, samt å kunne handle raskt og forsvarlig slik at den akutt sykes livsviktige funksjoner ivaretas.

## Presentasjon av studiens hensikt og forskerspørsmål

### **Hensikt med studien**

Hensikten med studien var å beskrive hvordan sykepleiere fra medisinsk og kirurgisk sengepost oppfattet betydningen av støtte og hjelp fra Mobil Intensiv Gruppe (MIG) i faglige vurderinger til akutt syk pasient.

## **Forsknings spørsmål:**

Hva innebærer MIG sin støtte og hjelp til sykepleiere ved sengepost med faglige vurderinger til akutt syk pasient?

Hvilken betydning har MIG teamet hatt for støtte og hjelp til sykepleiere i sengepost i deres faglige vurderinger til akutt syk pasient?

## Metode

### Kvalitativ metode med fenomenografisk tilnærming

Kvalitativ metode gir kunnskap om personers eller gruppers erfaringer, opplevelser, oppfatninger, tanker, begreper, verdier, normer, handlinger eller følelser. Denne metoden søker å forstå menneskers handlinger og adferd, ikke forklare. Ved hjelp av kvalitativ metode skal forskeren finne ut hvordan folk erfarer, forstår og fortolker sin egen tilværelse i samsvar med de relasjoner de lever i (Malterud, 2003; Nortvedt et al., 2007). Kvalitativ metode har til hensikt å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle. Den kvalitative tilnærming går i dybden og har som formål å få frem sammenheng og helhet slik at forståelsen formidles. Innen kvalitativ metode har forskeren en aktiv forskerrolle der forskeren bruker seg selv som instrument (Polit & Beck, 2008). Kvalitativ forskning gir forskeren mulighet til å få frem det unike som etter hvert trer frem i studien. Forskeren har en kreativ og utfordrende rolle i det å sette sammen arbeidet fra datainnsamlingen til å beskrive det aktuelle fenomen i studien (Polit & Beck, 2008).

Studien har til hensikt å få frem sykepleiernes erfaringer med Mobil Intensiv Gruppe. Derfor oppleves fenomenografisk tilnærming hensiktsmessig. For å analysere funnene i det innsamlede materialet er det valgt de syv analysetrinn av Dahlgren & Fallsberg (2001). Datainnsamlingen og analysen har en induktiv tilnærming, det vil si at empiri og analysen preges av å gå fra empiri til teori, og ikke motsatt, som kalles deduktiv tilnærming (Jacobsen, 2003; Polit & Beck, 2008). Ved en induktiv tilnærming skal en forsøke å legge så få føringer som mulig på det som skal undersøkes. Ord, setninger og tekster ordnes i kategorier uti fra visse kriterier og en forholder seg til kategoriene i stedet for den totale datamassen. De kvalitative tilnærminger legger vekt på å starte med det spesielle og bevege oss mot det generelle (Jakobsen, 2003).

Fenomenografien har sine røtter fra innlæringspsykologien og fra begynnelsen av 1970- tallet har den blitt utviklet av forskere ved pedagogisk institusjon ved Universitet i Göteborg, Sverige (Marton 1981). Denne forskningen har som mål å kunne beskrive hvordan menneskenes betydningsfulle tolkninger av virkeligheten og



forståelse av menneskenes erfaringer (Marton 1981). Med en fenomenografisk tilnærming ønsker en og beskrive forskjellen, på hva noe er og hvordan det oppfattes å være, der forskeren er interessert i få frem oppfatningene mennesker har på et fenomen i verden (Marton, 1981; Uljens, 1989). I fenomenografien beskrives det et grunnleggende skille mellom første- og annenordens perspektiv for å granske menneskers oppfatninger. Første – ordensperspektiv *hva- aspektet* er en forutsetning for innholdet i oppfatningen, det vil si for *hvordan- aspektet*. Man må ha en oppfatning av objektet før en kan resonere seg om hvordan objektet er (Marton (1981).

Når undersøkelsespersonens utsagn skal analyseres i fenomenografiske undersøkelser er analysens hovedinteresse hvordan – aspektet og forsknings-interessen rettes mot hva denne kunnskapen inneholder (Alexandersson, 2006).

Innen fenomenografi er beskrivelseskategorier beskrivende for hva som er kommet frem i resultatene i studien (Dahlgren & Fallsberg, 2001). I studiens resultat blir funnene representert gjennom ulike beskrivelseskategorier som er kommet frem gjennom analyseprosessen.

## Det kvalitative forskningsintervju

Forskningsintervju er i følge Kvale (1997) en relativt åpen form med samtalepreg og lite struktur mellom to parter om et tema av felles interesse, men med en klar hensikt. Den kan ikke forkastes som en forskningsmetode selv om den er subjektiv og avhenger mye av den som blir intervjuet. Videre hevder Kvale (1997) at intervjuformens styrke er at den fanger opp variasjon i intervjupersonens oppfatninger om et tema og som gir et mangfoldig bilde på den menneskelige verden.

Det åpne intervjuet gir undersøkelsespersonen, utifra sin egen forståelse, en mulighet til selv å avgrense, behandle og definere innholdet (Alexandersson, 2006). Målet med et åpent intervju er å få mest mulig ut av intervjuobjektet og hvis intervjuet åpnes med for snevre spørsmål er det fare for og kun få svar på det intervjueren mener er viktig (Jakobsen, 2003). Intervjueren må etablere en god og avslappende atmosfære fordi det gir mulighet for at samtalen skulle flyte lettere. Det å være bevisst eget kroppsspråk

og ansiktsuttrykk, være aktiv lyttende, holde fokus på det informanten sa og unngå tolkninger i intervjuet er viktig (Kvale, 1997).

Det er tre ulike varianter, som brukes for det meste, innen kvalitativ forskningsintervju: - strukturerte, semi- strukturerte og ustrukturerte (Kvale, 1997). I følge Dahlgren & Fallsberg (2001) anvendes ofte semi-strukturerte intervju i en fenomenografisk tilnærming, og at dialogen mellom forskeren og intervjupersonen er av stor betydning og kan variere mellom de ulike intervjuene. Forfatterne har derfor valgt semi-stukturert intervju.

## Utvalg

Det er gjort et strategisk utvalg, der noen inklusjonskriterier skulle oppfylles (Polit & Beck, 2008). Inklusjonskriterier for de som deltar i studien var at informantene hadde erfart MIG. Informantene ble valgt slik at forfatterne fikk variasjon og bredde i kjønn, alder, avdeling, ansiennitet og deltid/fulltidsstilling. Variasjon gir mulighet for å beskrive flere nyanser av et og samme fenomen (Malterud 2008). Forfatterne ønsket å inkludere informanter fra ulike avdelinger fra to ulike sykehus. Dette skyldes at sengepostene i sykehusene representerte en variasjon på grunn av sine ulikheter i pasientgrunnlag, organisering og avdelingsmiljø/kultur. Det ene sykehuset hadde øyeblikkelig hjelp funksjon og det andre sykehuset hadde elektive pasient innleggelser. Begge sykehus hadde etablert MIG, men etableringen var i ulike tidsrom. Sykehuset med øyeblikkelig hjelp funksjon var i nyetablering og hadde erfaringer med konseptet i underkant av ett år. Sykehuset med elektive innleggelser hadde opptil 4 års erfaring med Mobil Intensiv Gruppe.

For å få tilgang til informantene ble sykehusene kontaktet. Ansvaret med å kontakte sykehus ble fordelt mellom forskerne. Aktuelle forskningsplaner og søknader ble oversendt avdelingssjef ved de ulike klinikker etter avtale. NSD søknaden var i forkant godkjent og ble vedlagt som dokumentasjon (vedlegg). Etter godkjenning fra klinikkssjefene ved de aktuelle sykehusene ble noen av avdelingslederne i de respektive avdelinger kontaktet. Andre valgte å bruke leder eller andre ansatte i forskningsenheten som kontaktperson. Avdelingssykepleierne fikk tilsendt skriftlig

informasjon fra forskningslederne eller klinikkssjefer ved de ulike sykehusene. For å rekruttere informanter tok avdelingsledere på hver avdeling eller forskningsenheten ansvar for å distribuere et informasjonsskriv om hensikten med studien til sykepleierne som oppfylte inklusjonskriteriene. De fikk informasjonsskriv om hensikten med studien, mulighet for å ta kontakt med forskerne både via telefon og e-postadresser (vedlegg1).

Skriftlig samtykke fra ledelsen om at studien kunne gjennomføres på sykehuset ble signert før intervjuene startet. Det ble avtalt over telefon tidspunkter for intervjuer. Etter avtale med avdelingssykepleier og kontaktperson ved forskningsenheten fikk vi navn på informanter som sa seg villig til å delta i undersøkelsen. Tid og sted for intervjuene ble klargjort og organisert av lederne. Intervjuene foregikk i informantenes arbeidstid og uten kompensasjon. Samtykke ble signert før oppstart av intervjuene og tid ble satt av til å oppklare eventuelle spørsmål fra informantene.

I studien ble det inkludert tolv informanter. Begge kjønn var representert. Alder på informantene var spredt fra 25 til 64 år. Yrkeserfaring varierte fra 1,5 år til 30 års praksis. Informantene var forholdsvis likt fordelt mellom de kirurgiske og medisinske postene. Overvekt av sykepleiere som arbeidet deltid. Felles for sykepleierne i denne studien var at de hadde fra 1 – 4 års erfaring med Mobil Intensiv Gruppe.

## Datasamling

I forberedelsen til datainnsamlingen ble det utarbeidet en semi- strukturert intervjuguide (vedlegg 2). I følge Kvale (1997) er den halvstrukturerte intervjuguiden en guide som inneholder en grov skisse over emner og forslag til spørsmål. Intervjuguiden (vedlegg 2) ble utarbeidet med utgangspunkt i studiens hensikt.

Det ble i november 2009 gjennomført tolv individuelle intervjuer. I forkant av dette ble det utført ytterligere to pilotintervju for å få erfaring med intervjusituasjonen og prøve ut planlagt intervjuguide. Pilotintervjuene ble tatt opp på bånd, ble transkribert og gransket for å se om forfatterne fikk fram det som var relevant for studiens hensikt.

Granskningen ble nedtegnet og forslag til endringer ble levert veileder som kom med konstruktive innspill. Det ble gjort noen endringer på bakgrunn av pilotintervjuene. Av den grunn er dataene fra pilotintervjuene ikke inkludert i studien.

Intervjuguiden besto av ett åpningsspørsmål som ble gitt til alle informantene der informanten skulle beskrive egne erfaringer med Mobil Intensiv Gruppe. Deretter fikk samtlige disse to kjernesporsmål:

- Beskriv en situasjon som belyser hva det innebærer å få støtte og hjelp fra MIG i faglige vurderinger til akutt syk pasient?
- Hvordan oppfatter sykepleierne betydningen av støtte og hjelp fra MIG i deres faglige vurderinger til akutt syk pasient?

Gjennomføringen av intervjuene ble fordelt mellom begge forskerne og intervjuene varte fra ca. 30 - 40 minutter i et miljø hvor informantene var kjente med sine omgivelser. Omgivelsene er viktig for at intervjupersonene blir oppmuntret til å sette ord på egne synspunkter og erfaringer (Kvale 1997).

Kvale (1997) beskriver at intervjuets første minutter har betydning for hvordan kontakten mellom forskeren og informanten blir etablert. Før intervjuene kom i gang var det derfor lagt vekt på å skape en god og rolig atmosfære mellom forskeren og informantene ved å bruke litt tid til en uformell samtale og pånytt ble det trukket frem hensikten med studiet, gangen i intervjuet, behandlingen av dataene i etterkant og informantens mulighet til å trekke seg fra studiet. Opplysninger om båndopptak ble gitt og samtykke for deltagelse ved undersøkelsen ble signert.

Intervjuene ble transkribert i løpet av desember 2009 og klargjort for analysearbeidet i januar 2010.

## Dataanalysen

Hensikten med den kvalitative forskningsmetode er i følge Dahlgren & Fallsberg (2001) å beskrive og forklare menneskelige og sosiale fenomener gjennom

beskrivelseskategorier. Intervjuene i denne studien ble analysert etter Dahlgren & Fallsberg (1991) som beskriver analysearbeidet i syv ulike trinn. I følge Dahlgren & Fallsberg (1991) er de ulike beskrivelseskategoriene unik i sin karakter, men beskrives på samme beskrivelsesnivå. I fenomenografisk design kalles siste fase i analysen for utfallsrom der hvor en ønsker å se det underliggende i beskrivelseskategoriene fra resultatet.

1. *Orienterer (Familiarization)*: For å bli fortrolig og få et *helhetsinntrykk* av materialet leses teksten ett flertall ganger. Gjennomlesningen har fokus på studiens hensikt.

2. *Kondensere (Condensation)*: Hver tekst bearbeides gjennom *søken etter utsagn* som motsvarer studiens hensikt. Disse utsagn skrives ned og tydeliggjøres fra hvilken person som utskriften hentes fra.

3. *Jamfør (Comparison)*: De utsagnene som er funnet analyseres for å finne likheter og ulikheter. Utsagn med samme innhold grupperes til sammen og variasjoner viser seg. Det leder til *preliminære oppfatninger*.

4. *Gruppering (Grouping)*: *Utsagnene grupperes* uti fra karakteristiske drag for å få en mer omfattende forståelse av hvordan utsagn hører med hverandre og danner oppfatninger.

5. *Utforme (Articulation)*: Oppfatningene jamføres og grupperes uti fra likheter og ulikheter. Analysen pendler mellom foregående analysesteg og dette analysesteg innenfor *oppfatninger beskrives i ulike beskrivelseskategorier*.

6. *Rubrikker (Labelling)*: *Beskrivelseskategoriene navngis* uti fra innholdet i oppfatningene

7. *Kontraster (Contrasting)*: De beskrivelseskategoriene som framkommer jamføres angående likheter og ulikheter. Dette for å fastsette at enhver beskrivelseskategori har en unik karakter og ligger på samme beskrivelsesnivå.

Etter å ha fordelt og transkribert intervjuene, leste forskerne hver for seg alle intervjuene og skrev et helhetsinntrykk for hvert intervju og en helhetsvurdering av hele materialet. Gjennomlesningen hadde fokus på vår hensikt med studien. Ved å

notere helhetsinntrykk fra intervjuene ga dette forskeren en bedre innsikt i se delene i større helhet.

Etter en helhetsvurdering ønsket forfatterne å holde en god og ryddig oversikt gjennom videre analysearbeidet og det ble utarbeidet en mal som kunne gi oversikt over hvordan håndtere trinnene i analyseprosessen. Her var det viktig å følge trinnene i den valgte analyse prosessen. Gjennom analysearbeidet var det vekslinger mellom de syv ulike trinnene i analysemodellen.

Alle intervjuene ble analysert i de syv trinn i analyseprosessen. Forskerne fordelte intervjuene og arbeidet hver for oss i trinn 1 og 2 og deretter var forskerne sammen om de resterende trinn i alle intervjuene. Utsagn fra intervjuene ble trukket frem fra teksten og ble nummerert fra hvilke intervju teksten var hentet fra. Forskerne oppdaget hvor viktig det var å trekke frem større deler av teksten slik at vi forstod i hvilken sammenheng den var satt i. Under hele prosessen var det viktig å ha fokus på studiens hensikt. Det var også nødvendig å stadig gå tilbake i de tidlige trinnene for å være sikker på at meningen fra informantene stod i riktig sammenheng. Forskerne valgte av den grunn å se på spørsmålsformuleringen i intervjuene om hva det ble spurt om og hva hadde informantene svart.

Ved neste trinn i analysen ble det tatt ut deler av teksten, *kondensert utsagn*, som motsvarte studiens hensikt. Det var viktig med nøyaktighet og forskerne gikk stadig tilbake til transkriberte materialet og forsikret seg om at det var ordrett utsagn fra intervjuene, beholdt også nummereringen av intervjuene.

For å få frem *variasjoner i oppfatningene* valgte forskerne å bruke fargekoder. Fargekoder var til hjelp i å sortere oppfatningene i ulike temaer. Og er i følge Dahlgren & Fallsberg (1991) kalt *preliminære oppfatninger*. Det kom fram syv temaer hvor fargekoder ble benyttet; gul (rask hjelp), grønn (trygghet), rosa, (MIG teamet- mer kompetente, blå (økt kompetanse til sykepleierne), lyseblå (samarbeid), rød (nyttig redskap i vurderinger), lilla (betydning av støtte og hjelp) og hvit (plassering passer ikke i de andre fargekodene).

Får å få frem variasjon i oppfatningene ble alle oppfatningene i samme fargekode plassert sammen på egne ark. Dette gav en bedre oversikt av grupperingen med de ulike oppfatningene som var kommet frem. Variasjonene viste seg tydelig og det var lett å finne frem til det aktuelle intervju for hver oppfatning ettersom alt var nummerert gjennom alle trinnene i prosessen.

Videre i prosessen ble fargekodene redusert fra syv til fem da forskerne etter hvert oppdaget at oppfatningene kunne plasseres innenfor andre fargekoder. Til slutt ble fargekoder redusert til tre.

Etter at de ulike fargekodene ble plassert sammen på eget ark ble det et grunnlag for forskerne å finne emner som kunne beskrive disse oppfatningene. Her foretok forskerne hver for seg sine vurderinger og refleksjoner over hvilke emner som var kommet frem i oppfatningene fra sykepleierne i undersøkelsen. Når beskrivelseskategoriene skulle navngis arbeidet forskerne vekselvis alene og sammen før det endelige resultat. Etter vurderinger av innholdet i oppfatningene og emner som kom frem, ble det aktuelt med tre beskrivelseskategorier; 1) Rask hjelp og støtte i faglige vurderinger, 2) Samarbeid i krevende pasientsituasjoner og 3) Handlingskompetanse for sykepleiere.

Det var hele veien nødvendig og pendle fram og tilbake mellom trinnene i analysen for å unngå egne tolkninger og holde fokus på hensikten med studien.

Det ble i tillegg riktig å få frem delkategorier for ytterligere kunne få frem og beskrive variasjonene i oppfatningene fra sykepleierne. Delkategoriene gir en grundigere og bedre forståelse for hva den enkelte beskrivelseskategori omhandler av oppfatningene fra intervjuobjektene. Forskerne vil benytte sitater fra intervjuene som illustrerer og underbygger valgte beskrivelseskategoriene og delkategorier i resultatet av undersøkelsen. (Dahlgren & Falsberg 1991).

## Forskningsetikk

Som forsker vil vi være redelige og ikke unnslå resultater eller forvrengte funn. Gjennom forskningsprosessen har forskerne hatt en kritisk reflekterende holdning til egen rolle som forsker og ønsket å utføre undersøkelsen på en tillitvekkende måte.

I denne studien ble ikke sensitive temaer berørt, men forfatterne var observante og følsomme for at det kunne oppstå noe uventet gjennom intervjuene.

Informantene har fått både muntlig og skriftlig informasjon om studiet. I denne informasjonen ble det orientert om at det var frivillig å delta i studien slik at informanten kunne når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke sitt samtykke til å delta i studien. Informanten ble informert om at det var mulig dersom vedkommende ønsket å lytte til opptaket, be om innsyn i informasjon som kunne ledes tilbake til vedkommende, korrigere eventuelle misforståelser eller kreve opptaket slettet dersom en trakk seg. Sykehusledelsen og avdelingsledelsen har også fått samme informasjon og skriftlig samtykke fra ledelsen er innhentet.

Før intervjuene startet ble intervjudeltakerne orientert om at det ble gjort lydopptak av intervjuet. Informanten ble orientert om at opplysningene som kom frem under intervjuene vil bli konfidensielt håndtert. Det ble informert om at den enkeltes oppfatning ikke vil være mulig å identifiseres i resultatene av studien.

All data ble konfidensielt behandlet. Opplysningene som var personidentifiserbare ble forsvarlig oppbevart. Lydopptak, datamateriale og samtykkeerklæring ble oppbevart innelåst separat fra det øvrige materialet. Data ble kodet med tall slik at alle opplysningene ble behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere den enkelte i resultatene av studien når disse publiseres. Direkte identifiserbare personopplysninger ble ikke lagret elektronisk, i henhold til retningslinjer om krav til lagring av opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner. Opplysninger som har blitt aidentifisert ble lagret elektronisk. Tilgangen til PC var beskyttet med brukernavn og passord og stod i eget låsbart kontor. De direkte personidentifiserende opplysninger



som navn/navneliste vil bli slettet i juni 2010. Etter at masteroppgaven er fullført og eventuelle publisering av artikkel er gjort skal all data bli makulert.

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) 21.10.2009.

Forskningsstudien følger Sykepleierens Samarbeid i Norden sine etiske retningslinjer for sykepleieforskning (2003), samt Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, jus og humanoria (2003).

## Studiens troverdighet og pålitelighet

I denne studien har forfatterne forsøkt å være åpen og reflektert i gjennom hele forskningsprosessen. I følge Jakobsen (2003) er *åpenhet* helt sentralt i kvalitative tilnærminger og at metoder som anvendes i studien kan forme resultatene. I gjennom kvalitativ forskning må en kritisk reflektere over hvordan kvaliteten på innsamlede data er. I følgeThaagard (2002) kan troverdigheten i studien styrkes ved at det er flere forskere som samarbeider og diskuterer avgjørende beslutninger i forskningsprosessen.

Hensikten med studien og forskningsspørsmål ble formulert etter gode diskusjoner og refleksjoner mellom forfatterne. Gjennom hele forskerprosessen har forfatterne søkt etter kunnskap ved søk i litteratur og tidligere forskning i anerkjente databaser. Tidligere forskning er lest og kritisk vurdert. Veiledning er benyttet aktivt under hele forskerprosessen. Pararellt med dette var det stadig diskusjon om forfatternes forforståelse av temaet. Gjennom denne prosessen ble prosjektplanen utformet og har siden vært et nødvendig hjelpemiddel under videre prosess med masteroppgaven.

Det er i denne studien valgt et strategisk utvalg med inklusjonskriterier for å få frem bredde og variasjon. I følge Jakobsen (2003) sikrer denne metoden at forskerne får med et utvalg som oppleves relevant for undersøkelsen og kan gi mest interessant informasjon. Gyldighet i en kvalitativ metode er knyttet til i hvilken grad metoden undersøker det den er ment å gjøre (Kvale, 1997; Jacobsen, 2003).

Kvalitativ tilnærming med forskningsintervju er benyttet for å få frem sykepleierens oppfatninger om betydningen av støtte og hjelp fra teamet. Det ble gjennomført en god

forberedelse til intervjuene. Først ble det utarbeidet en intervjuguide som ble prøvd ut i to pilotintervjuer. Etter gjennomføringen av pilotintervju ble intervjuguiden justert etter en evaluering med forfatterne og veileder. I forkant av intervjuene og underveis ble det gjort kritiske refleksjoner rundt intervjuerens rolle og oppmerksomhet på god atmosfære i intervjuene. Dette opplevdes som nødvendig da forfatterne foretok intervjuene hver for seg. Etter intervjuene ble det reflektert over intervjusituasjonene slik at mulighet for ytterligere forbedringer kunne gjøres. I følge Jakobsen (2003) er troverdighet forskerens evne til å gjøre ting eksplisitt og reflektere over situasjoner.

Transkribering av intervjuene ble fordelt mellom forfatterne. Helhetsinntrykkene ble skrevet av begge forfatterne for å skaffe forskerne en god oversikt over det totale materialet. Det ga en helhetlig forståelse av hva som var essensen i datamaterialet. Ved gjennomlesningen av helhetsinntrykkene oppdaget begge forskerne at beskrivelsene var innholdsrike og kunne besvare mye av vår hensikt med studien.

Etter at helhetsinntrykk var nedskrevet ble uklareheter avklart ved å lytte igjen på båndet. I studien har forskerne fulgt retningslinjer for god forskning med å transkribere intervjuene ordrett og begge forskerne har gjort seg grundig kjent med hverandres materiale. Opptakene fra lydbåndene oppbevares forsvarlig og konfidensielt.

I analysearbeidet har forfatterne vært involvert i alle trinn. For å få en kritisk refleksjon om prosessen valgte forfatterne å lese transkriberte materialet flere ganger. Forfatterne fordelte ansvar mellom seg for å finne intervjuutsagn og trekke ut det kondenserte utsagn. Deretter møttes forfatterne til diskusjon om hverandres arbeid og funn. Det å stille seg kritisk til hverandres arbeid er med å styrke påliteligheten i forskningsprosessen (Kvale, 1997). Forfatterne avsluttet denne prosessen med å vurdere hverandres arbeid. Dette gjorde at begge forfatterne hadde fått god oversikt på hele datamaterialet i tillegg til helhetsinntrykk på alle intervjuene. De resterende analysetrinn samarbeidet begge om og stadig kontrollerte materialet og hverandre for å unngå tolkninger av materialet. I denne prosessen var det viktig å kunne diskutere med hverandre og veileder.

I fenomenografi handler troverdighet og pålitelighet om hvor ”sanne” beskrivelseskategoriene er, hvor godt den beskriver informantens oppfatninger og ikke

forskerens egne oppfatninger (Lepp & Ringsberg 2002). Uljens (1989) anbefaler å teste beskrivningskategoriernes nøyaktighet ved at to analyserer datamaterialet uavhengig av hverandre.

I gjennom hele analyseprosessen har forskerne arbeidet og analysert deler av materialet hver for seg for så å komme sammen og sammenfattet en beskrivelse fra undersøkelsen. Når forskerne kom sammen etter å ha arbeidet hver for seg var det sammenfall av oppfatninger og beskrivelseskategorier som forskerne hadde kommet fram til. I følge Jakobsen (2003) kan en påstå at jo bedre samsvar det er mellom to forskeres kategoriseringer, dess større gyldighet har analysen. Diskusjon og refleksjon mellom forskerne ble gjennomgående i alle trinn gjennom analysearbeidet.

Å kunne ha et kritisk syn til hverandres arbeid og unngå tolkninger har vært viktig i denne studien for å sikre gyldigheten i hele forskerprosessen. Kvale (1997) sier at det å stille spørsmål og kontrollere er måter å validere en studie på.

## Overførbarhet

Overførbarhet kan tilknyttes gjenkjennelse og innebærer at tolkningen gir leseren en mulighet for å finne mening i teksten, en overføringsverdi beskriver Thaagard (2002).

Den *interne gyldigheten* går på i følge Jakobsen (2003) om vi har klart å beskrive fenomenet på riktig måte mens den *eksterne gyldigheten* dreier seg om i hvilken grad funnene fra en undersøkelse kan generaliseres fra de enheter som er blitt undersøkt til dem som ikke er det. Innenfor fenomenografisk tilnærming hevder Aleksandersson (2006) at en ikke ønsker at undersøkelsesresultatene skal generaliseres til den populasjonen som gruppen representeres eller kommer fra. Det handler mer om å identifisere ulike kvalitative oppfatninger av et objekt eller fenomen. I følge Kvale (1997) blir intervjustudier stadig stilt spørsmål om funnene er generaliserbare. Det foregår stadige diskusjoner om kvalitative forskninger skal være generaliserbare og om det alltid er nødvendig å generalisere funnene fra undersøkelser i motsetning til kvantitative undersøkelser (Jakobsen (2003).

I denne studien har forfatterne hele tiden ønsket at veien frem til resultatene skal være systematiske, oversiktlige og lett for andre å kunne følge. Analyseprosessen er detaljert beskrevet. Dette kan gjøre det enklere å kontrollere og etterprøve de resultatene forfatterne har kommet frem til. Dette bidrar til å sikre overførbarheten av resultatene. Gjennom analyseprosessen valgte forfatterne å følge de syv trinn av Dahlgren & Fallsberg (1991) og som resulterer i ulike beskrivelseskategorier. Beskrivelseskategoriene er styrket ved å bruke sitater fra informantene. Ved å benytte sitater i resultatets funn har forfatterne ønsket å tydeliggjøre og nyansere variasjoner i oppfatninger. Å bruke sitater i presentasjon av resultater vil øke overførbarheten ved at dette vil gi leserne mulighet til å gjøre egne refleksjoner (Jacobsen, 2003).

I fenomenografiske studier er det viktig at forskeren har en annen forskerkompetanse eller co-veileder som kan teste troverdigheten på kategoriene (Hallberg, 2002). Gjennom hele forskerprosessen har forfatterne fått veiledning fra professor fra Høgskolen.

Som forfattere vil vi være forsiktig med å komme med sterke generaliseringer etter å ha foretatt en kvalitativ studie basert på et fåtall informanter. Allikevel i følge Jacobsen (2003) kan det ved at flere studier påvise noe av det samme resultatet til en viss grad hevde at dette fenomenet kan overføres til en større populasjon av enheter. Det kan overføres fra empiri til teoriplan, men i omfang og hyppighet er det derimot svakt.

## Resultat

Hensikten med studien var å beskrive hvordan sykepleierne fra medisinske og kirurgiske sengeposter oppfattet betydningen av støtte og hjelp fra teamet i faglige vurderinger av akutt kritisk syke pasienter.

Gjennom analysen kom det frem tre beskrivelseskategorier som var unike i seg selv. De inneholdt tre områder som var beskrivende for oppfatningene blant sykepleierne som var med i studien.

Resultatet består av tre beskrivelseskategorier og ni delkategorier som vises i tabell.

Tabell 1. Oversikt over hva sykepleieren oppfattet av støtte og hjelp fra MIG

Beskrivelseskategori	Delkategori
1. Rask hjelp og støtte i faglige vurderinger	<ul style="list-style-type: none"><li>- Teamet tilgjengelig hele døgnet</li><li>- Kort responstid fra varsling til teamet kommer</li><li>- Raske avklaringer ved henvendelse</li></ul>
2. Samarbeid i krevende pasientsituasjoner	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ansvarsfordeling mellom teamet og sykepleieren</li><li>- Felles klinisk vurdering og felles språk</li><li>- Vurdering med kompetent personell - sikrere pasientvurdering</li></ul>
3. Handlingskompetanse for sykepleierne på sengepost	<ul style="list-style-type: none"><li>- Kompetanse gjennom undervisning og tilstedeværelse</li><li>- Økt kompetanse i pasientvurderinger</li><li>- Økt kompetanse i å iverksette tiltak</li></ul>

Underliggende i alle beskrivelseskategoriene kom det fram at samarbeidet om pasientvurdering med MIG ga sykepleierne økt trygghet. Dersom plutselige endringer skulle skje hos en pasient som sykepleieren har ansvar for var det trygt og vite at de kunne ta direkte kontakt med et kompetent team som kom raskt og tok ansvar for den dårlige pasienten.

Det å kunne ha et team og henvende seg til gav trygghet fordi sykepleieren brukte teamet til å søke råd om ting de var usikre på. Sykepleierne erfarte økt kompetanseutvikling som gjorde de mer selvstendige og trygge i utfordrende pasientsituasjoner. Å kunne oppdage pasientens forverret tilstand tidlig og selv kunne iverksette adekvate tiltak ga sykepleieren en trygghet på egen kompetanse. Økt evne til å mestre situasjoner med akutt syke pasienter ga sykepleieren trygghet til å handle.

I samtlige beskrivelseskategorier trakk sykepleierne fram en overbevisning om at pasienten nøt fordel av konseptet. Økt forståelse og kunnskaper hos sykepleieren i å utføre objektive pasientvurderinger forhindret ”syensing” og ga en bedre beskrivelse og dokumentasjon av pasientens tilstand og utvikling. En tettere og bedre oppfølging av pasienten, uavhengig av om sykepleieren var erfaren eller nyutdannet.

Rask tilgang på kompetanse og kortere tid mellom pasientvurdering og beslutninger mente sykepleierne var en fordel for pasientene. Tidligere tok sykepleieren kontakt med lege og informerte om pasientens akutte tilstand. Nå handlet sykepleieren mer selvstendig og det var ingen forskjell mellom erfarne og uerfarne. Ved å ha fått økt handlingskompetanse erfarte sykepleierne å kunne hindre en videre utvikling av pasientens tilstand og unngå unødvendige overflytninger til intensiv. Det ble fremhevet av sykepleierne at dette bidro økt pasientsikkerhet.

Det unike i resultatet fra undersøkelsen oppsummeres og presenteres i disse tre beskrivelseskategorier;

1. Den første beskrivelseskategorien omhandlet hvordan sykepleierne erfarte organiseringen av MIG teamet. Organiseringen av teamet gjorde at hjelpen kom raskt. Det ble beskrevet som rask respons, raske avklaringer og en annerledes tilgang på faglig hjelp, nå enn tidligere.

2. Den andre beskrivelseskategorien beskrev hvordan sykepleierne erfarte det som skjedde da MIG kom til avdelingen. Her ble samarbeid om pasientvurderingen beskrevet der teamet iverksatte tiltak.
3. Den tredje beskrivelseskategorien sa noe om hva sykepleierne mente om egen kompetanseutvikling etter at MIG var blitt innført på sykehuset. Sykepleierne erfarte at støtte og hjelp fra MIG har gitt sykepleieren handlingskompetanse i møte med den akutt kritisk syke pasient.

I presentasjon av hver beskrivelseskategori vil det i innledningen komme til syne noen kjennetegn som beskrives nærmere i hver delkategori. Under de enkelte delkategoriene vil de enkelte kjennetegn utdypes og funnene presentert. Det vil gjennomsnittlig bli brukt tre – fire intervjuer per delkategori for å validere at de funn som er fremkommet stemmer overens med informantenes utsagn.

## Rask hjelp og støtte i faglige vurderinger.

I denne beskrivelseskategorien fremkom betydningen av hvordan organisering av teamet førte til en rask hjelp og støtte i faglige vurderinger. Når sykepleierne snakket om rask hjelp og støtte fremhevet de at teamet var tilgjengelig hele døgnet og dette gjorde sykepleierne trygge. De beskrev betydningen av den korte responstiden som teamet hadde fra varsling til teamet ankom sengeposten og de raske avklaringer som da ble utført. Å kunne få rask hjelp i avdelingen fra det rådgivende team ble oppfattet av samtlige sykepleiere som en etterlengtet gave. En sykepleier uttrykte sin begeistring over teamets betydning på denne måte:

*... lurt på hvem som skulle få månedens blomst. Vi har det, som deles ut på sykehuset. Det må gå til MIG. Jeg har tenkt at de burde vært foreslått. Jeg er veldig fornøyd. (informant nr. 11)*

### **Teamet tilgjengelig hele døgnet**

Tilgang på kompetent personell ble nå bedre etter at MIG ble innført. Ved at teamet kunne tilkalles hele døgnet og var fysisk til stede til enhver tid på sykehuset, erfarte

sykepleierne en større trygghet når de var på vakt. I motsetning til tidligere da sykepleierne beskrev sin hverdag som travel og med stort ansvar. I tider med stadige nedskjæringer i bemanning og omorganiseringer av sykepleietjenesten, erfarte sykepleierne et økende krav til kompetanse og pasientansvar. Det kom blant annet fram at postoperative avdelinger ble stengt på kvelden, slik at nyopererte pasienter ble overført til post, nesten uansett tilstand. Andre beskrev vaktordninger på helger der helgebemanningen var redusert og ga sykepleieren ansvar for flere pasienter. Sykepleierne beskrev daglige situasjoner der leger var lite tilgjengelige og opptatt med operasjoner. Utover ettermiddag og kveld var vaktordninger slik at legene var hjemme og måtte tilkalles på telefon ved henvendelser. Sykepleierne erfarte MIG som en absolutt nødvendighet for å klare å stå i dagens situasjoner med lav bemanning. Å kunne vite at det var alltid mulighet til å konferere med teamet om dårlige pasienter ga sykepleieren trygghet.

*Vi blir gående helt alene med ansvar for 15 pasienter og det er en grense for hvor mye ansvar vi kan sitte med... Så at vi har dette teamet i bakhånd er en voldsom betryggelse. (informant nr. 11)*

Flere trakk fram denne betryggelsen av å kunne kontakte teamet hele døgnet, spesielt på natten da det var lite leger tilgjengelig i avdelingen.

*På natta har vi et stort ansvar ved at det er mange pasienter og ha ansvar for. Da er det trygt å vite at man kan tilkalle MIG. Før kunne det ta lang tid før legen kom og hjalp oss. (informant nr. 10)*

Det kom også fram fra sykepleierne at det var et belastende ansvar de kunne kjenne på i hverdagen som nå hadde blitt ble redusert.

*... at dette MIG teamet er tilgjengelig og kan komme, oppleves som å ta litt vekt av skuldrene. (informant nr. 11)*

Sykepleierne beskrev hvordan de erfarte å være i situasjoner hos pasienter hvor pasientens tilstand ble forverret i løpet av svært kort tid. Det var trygt å kunne ha



teamet tilgjengelig når slike situasjoner oppstod. Spesielt på vakter der legene brukte tid før de ankom avdelingen. Enkelte sykepleiere hadde savnet en slik hjelp i mange år.

### **Kort responstid til teamet kommer**

Sykepleierne erfarte at teamet kom i løpet av noen minutter fra varsling til de var på avdelingen. Sykepleierne erfarte at hjelpen fra teamet kom raskere nå enn da hjelpen var legebasert. Teamet som ble tilkalt kom alltid raskt og tok tak i de problemstillinger sykepleierne hadde. De hadde også med nødvendig utstyr for overvåking av pasienten. Dersom teamet ikke kom fordi de var opptatt med en annen tilkalling tok de telefonisk kontakt umiddelbart etter tilkalling og vurderte sammen med sykepleier på sengepost om det var forsvarlig at de kom noe senere. På nattevakter fremhevet sykepleierne at det var stor betydning dersom en akutt situasjon oppstod i avdelingen, med redusert bemanning og vanskelig å få tak i lege, at MIG-teamet kom raskt.

*Vi kan ringe MIG direkte og de kommer fort og hjelper oss uansett tid på døgnet. Vi har ingen mulighet for å overvåke pasientene med bare to sykepleiere på vakt. (informant nr. 9)*

Ved enkelte avdelinger erfarte sykepleierne at de ikke alltid fikk like rask hjelp som skyldtes at de hadde andre tilkallingsrutiner. Sykepleierne måtte her først få tak i vakthavende lege på avdelingen og informere legen om at det var behov for assistanse fra teamet. Dette forsinket den raske responsen som sykepleierne beskrev som en av de store styrkene ved MIG. Tilkallingsrutinene som gikk gjennom legen i stedet for å tilkalle teamet direkte ble for tungvindt. Sykepleierne mente at organisering av tilkallingsrutiner/prosedyrer var av betydning for hvor ofte en tilkalte teamet. Teamet ble mindre brukt da tilkallingen gikk gjennom legen som hadde hjemmevakt. Sykepleierne ønsket å kunne tilkalle teamet direkte uten å gå via lege.

*Tungvindt og tar lengre tid å gå via lege før MIG teamet kontaktes. Går du rett til MIG slipper du et ledd og du sparer tid (informant nr. 1)*

Sykepleierne erfarte flere dårlige pasienter i avdelingen nå enn tidligere og ga uttrykk for å ha kommet til kort der pasientene ble dårligere. Det var et økende behov for å få

rask hjelp i faglige vurderinger av pasienter som har en annen utvikling enn forventet. Sykepleierne beskrev det som en trygghet at hjelpen fra teamet kom raskt.

*Jeg opplever MIG som trygghet ved at de kommer fort. ... noen som har mer kompetanse når det kommer akutte forverrelser. (informant nr.3)*

Tryggheten kom til uttrykk på ulike måter. Det var en trygghet å vite at dersom sykepleierne hadde behov for hjelp i faglige vurderinger kom denne hjelpen raskt. Å kunne vite at sykepleieren ikke trengte å stå alene i akutte pasientsituasjoner var en trygghet.

*... det er en trygghet når MIG kommer, så en slipper å sitte lenge alene med en dårlig pasient. (informant nr.4)*

## **Raske avklaringer ved henvendelse**

Sykepleierne beskrev pasientsituasjoner i avdelingen som kunne endre seg på kort tid. Dersom de tok direkte kontakt med teamet i slike situasjoner tok det kort tid fra varsling, til teamet kom og avklarte situasjonen. Informantene erfarte at teamet gjorde raske avklaringer med iverksettelse av øyeblikkelig tiltak.

*Med MIG får en avklart ting på kort varsel. (informant nr.12)*

Sykepleiere erfarte at vurderinger og avgjørelser om tiltak som ble gjort av leger alene kunne ta lengre tid. Turnus leger som var på vakt manglet en del erfaring og kunnskaper om behandling av akutt syke pasienter. Derimot erfarte sykepleierne at når MIG-teamet kom, ble det raskt iverksatt tiltak.

*MIG iverksetter tiltak med engang, mens legen må ringe, undersøke litt, få råd, lese litt mer om pasienten fordi de ikke har vært borti akkurat den problemstillingen før. (informant nr. 10)*

*Du har muligheten for å trekke inn leger fra både medisin og kirurgi, men med MIG går det raskere og vi får en hurtigere avgjørelse. (informant nr.6)*

Den raske avklaringen påvirket både sykepleieren, pasienten og prosessen rundt overflytning til intensivavdelingen. Sykepleierne erfarte at den raske avklaringen fra MIG hadde konsekvenser for pasienten. Den raske avklaringen om videre behandlingsstrategi ga en sikrere pasientbehandling.

*Når MIG kommer, da blir pasientens problem raskt kartlagt. Pasienten blir bedre ivaretatt. (informant nr. 11)*

*Hvis ikke MIG hadde vært der hadde det tatt mye lenger tid. MIG kom og avklarte at pasienten skulle flyttes til intensiv, da gikk det mye fortere. (informant nr.4)*

Når teamet kom erfarte sykepleierne å slippe og sitte lenge alene med dårlige pasienter, uten at avklaringer ble gjort, og det gikk raskere å få avklart om pasienten skulle være på sengepost eller overflyttes til intensiv. Tidligere erfarte sykepleierne at det å flytte en pasient til intensiv var en omfattende prosess. Fortsatt er denne prosessen omfattende dersom teamet ikke er inne i bildet.

I akutte pasientsituasjoner ble det naturlig at sykepleierens tid og fokus ble bundet opp mot den ene situasjonen. Den raske avklaringen om videre behandling eller eventuell overflytning til intensivavdelingen frigjorde sykepleierne raskere fra den situasjonen hun stod i, slik at hun kunne bruke tid på de andre pasientene.

## Samarbeid i krevende situasjoner

I denne beskrivelseskategorien fremkom betydningen av å kunne samarbeide med teamet i avdelingen. Sykepleierne beskrev hvordan samarbeidet foregikk. De beskrev at ansvaret ble delt mellom teamet og sykepleierne når de samarbeidet om krevende pasientsituasjoner. Sykepleierne belyste faktorer som gjorde samarbeidet bedre. MIG teamet, sykepleierne og legene brukte felles vurderingskriterier om pasienten kliniske tilstand utifra en sjekkliste som ga et *felles språk* i beskrivelsen av den akutt syke pasient. Å kunne vurdere sammen med kompetent personell ble erfart av sykepleierne som en kvalitetssikring i pasientvurdering.

## **Ansvarsfordeling mellom teamet og sykepleieren**

Sykepleierne hadde ansvar for å utføre pasientvurderinger før tilkalling av teamet. De erfarte det som positivt. Derimot kom det fram fra enkelte at ansvaret for å utføre disse pasientvurderingene kunne oppleves som belastende i en hektisk arbeidshverdag. Sykepleierne hadde ansvar for å gjøre pasientvurderinger på alle pasienter, selv de som var innlagt for dagkirurgiske inngrep og ikke var i risikogruppen.

*Det er satt krav til at det skal måles BT, puls, respirasjonsfrekvens, temperatur tre ganger på hver vakt på alle pasienter. Det blir for stort krav... (informant nr. 4)*

Den første kontakten, dersom teamet ble tilkalt, skjedde telefonisk mellom kontakten på teamet og sykepleieren/legen. Her ble det gjennom samtalen vurdert pasientens status og behov for ytterligere vurdering av teamet. Sykepleierne erfarte at MIG allerede innledningsvis tok ansvaret i den første kontakten og bestemte hastegraden.

*... da kommer det opp en vurdering, MIG vurderer om de kommer fort eller om det ikke haster så veldig da (informant nr.2)*

Når teamet kom gikk sykepleieren og teamet inn til pasienten og gjorde en vurdering av pasienten inne på rommet. Det som foregikk inne på pasientrommet ble beskrevet av sykepleierne som en ansvarsfordeling hvor de hadde ulikt ansvar i pasientsituasjonen. Sykepleierne tok ansvar og informerte teamet om hvordan pasientens tilstand var til vanlig og hentet utstyr som teamet hadde behov for. Sykepleierne erfarte at teamet ” tok hånd” om pasienten og sykepleieren var i bakgrunn, men at det var en fin dialog i situasjonen. Sykepleierne erfarte at teamet hadde en ro og de var fokusert på hva de skulle utføre, noe som gjorde sykepleieren mindre stresset i situasjonen.

Andre beskrev ansvarsfordelingen som en situasjon der sykepleieren var mer aktiv og ikke ble ”skjøvet til side”. Sykepleierne i disse situasjonene følte seg ivaretatt og respektert av teamet, de kom med sine opplysninger om pasienten til teamet. De erfarte det som betydningsfullt for dem at MIG verdsatte deres kompetanse. Dette ble av

sykepleierne beskrevet at det var situasjonsbestemt og avhengig av hvilke personer fra teamet som kom til avdelingen.

Teamet tok ansvar for å gi eventuell medisiner til pasienten, men sykepleierne var tilgjengelig å hjelpe til. Dersom sykepleieren var forhindret i å være med teamet inne hos pasienten tok teamet ansvar for å rapportere til sykepleieren om hva de hadde gjort av tiltak.

For noen av sykepleierne ble det beskrevet at MIG teamet tok over ansvaret for pasientsituasjonen og for iverksettelse av tiltak til pasienten mens sykepleierne i sengeposten utførte prosedyrer som var til hjelp for teamet. Andre erfarte at teamet og sykepleieren samarbeidet om iverksettelsen av pasienttiltakene og at arbeidsoppgavene ble fordelt mellom teamet og sykepleierne.

Sykepleierne utførte enkelte prosedyrer som rekvirering av blodprøver og andre gjøremål. Mens teamet tok ansvar for å foreta undersøkelser for og ytterligere diagnostisere pasienttilstanden. Dersom pasienten ikke responderte på tiltak tok teamet ansvar for at pasienten skulle overflyttes til intensivavdelingen.

Det kom fram i intervjuene at sykepleierne erfarte at teamet tok ansvar for å iverksette tiltak på en annen og bedre måte enn sykepleieren på sengeposten gjorde.

*... det å ta avgjørelser i forhold til hva som skal ordineres og hva som skal gjøres videre av tiltak klarer vi ikke å avgjøre selv. De har kompetansen. (informant nr.12)*

At teamet kom og tok ansvaret ble erfart av sykepleierne som en belastning ved at sykepleierens tid ble bundet opp ved at hun måtte være sammen med teamet og være ”håndlanger.” Dette gjorde at sykepleieren fikk mindre tid til de andre pasientene som hun hadde ansvar for.

*Når MIG teamet har kommet er vi blitt en håndlanger der vi må stadig finne utstyr som MIG trenger. Istedenfor at MIG har blitt en hjelp og støtte, så har det nesten blitt et mas der du ikke får tid til dine andre pasienter, fordi du blir bundet opp mot det rommet hvor pasienten er, du og teamet. (informant nr.5)*

Enkelte sykepleiere hadde erfart en mindreverdighetsfølelse når teamet kom og overtok pasientansvaret.

*Noen ganger når MIG kommer og skal overta ansvaret for pasienten min oppleves det ikke godt. Jeg følte at jeg ikke strakk til og de kom nå for å ta over. (informant nr.2)*

Dersom pasientens tilstand ble ytterligere forverret når sykepleier og MIG var inne på pasientrommet erfarte sykepleierne at teamet tok hovedansvaret. I de tilfeller stod sykepleieren og så på hvordan teamet arbeidet og lærte av det. Teamet forklarte og informerte sykepleierne om hva de gjorde og hvorfor det ble satt i gang de aktuelle tiltakene. De formidlet sine synspunkter om hva de mente var årsaken til endringene i pasientsituasjonen. Sykepleierne erfarte at teamet tok over styringen i videre pasientbehandling.

*MIG tok over ansvaret når de kom. Det var de som styra. MIG satte i gang C-PAP behandling, noe jeg ikke hadde peiling på. (informant nr.3)*

Dersom pasientens tilstand var livstruende tok MIG ansvar for å utføre prosedyrer der det krevdes spesialkompetanse, som for eksempel intubasjon. Dette hadde ikke sykepleieren på sengepost kompetanse til.

*I verste fall hvis pasienten blir dårlig, så vet jeg at MIG kan intubere og bagge pasienten og ta pasienten med på intensiv. Dette er jo sånne ting som vi som sykepleiere ikke klarer å gjøre. (informant nr. 12)*

I de situasjoner hvor MIG hadde vært involvert erfarte sykepleierne at teamet tok ansvar for å følge opp pasienten ved å komme til avdelingen med jevne mellomrom eller ringte sykepleieren for å høre om pasientens utvikling hadde endret seg.

## **Felles klinisk vurdering og felles språk**

Når MIG ble introdusert fikk sykepleierne et felles språk ved at en brukte objektive kliniske vurderingskriterier av pasienttilstanden. Ulike parameter av kliniske observasjoner som blodtrykk, puls, temp, urinproduksjon, saturasjon og

bevissthetsnivå hos pasienter skulle tallfestet og gi indikasjoner på alvorlighetsgraden i pasientens tilstand. Denne kliniske vurderingen var kjent for teamet, leger og sykepleierne slik at de ulike yrkesgrupper brukte de samme vurderingskriterier.

Sykepleierne på intensiv og sengepost brukte det samme språk og hadde felles retningslinjer å gå utifra når pasientens tilstand skulle beskrives. Ved telefonisk henvendelse til intensiv var det enklere å få råd ved at de snakket det samme språk når sykepleieren rapporterte om pasientens tilstand. Sykepleierne erfarte å bli tatt mer på alvor i henvendelsen til intensiv ved at sykepleieren kunne vise til en god datainnsamling. En felles forståelse med utgangspunkt i en felles klinisk vurdering ga gode vilkår for et godt samarbeid. Nå erfarte sykepleierne bedre mestring i å få fram pasientbeskrivelsen, helheten og alvoret i en pasienttilstand.

*Vi har fått et felles språk. Tidligere var det; jeg syns eller jeg tror pasienten blir dårligere. Dette helhetsbildet kommer nå tydeligere fram. Det vi tidligere har hatt vanskelig å sette ord på. (informant nr.9)*

Sykepleierne erfarte at felles vurderingskriterier gjorde det enklere å kommunisere pasientens tilstand til de andre. Felles vurderingskriterier ga også teamet, legene og sykepleieren innsikt i om pasienten var reelt dårlig eller ei.

*... vi har et felles redskap for å overvåke vitale tegn på pasienten. Når du ringer til MIG teamet for å få hjelp, skjønner de at pasienten er dårlig, dersom pasienten har en score på fem. (informant nr.8)*

Når sykepleieren beskrev pasients tilstand nå, etter å ha fått et felles språk og vurderingskriterier ble den kliniske beskrivelsen noe annerledes. Tidligere erfarte sykepleierne at de hadde "synset" i beskrivelsen av pasienttilstanden, utifra en følelse av at noe var galt med pasienten. Nå brukte sykepleieren objektive vurderinger som bidro til mindre skjønn og mer strukturerte vurderinger. Tidligere var det synsing hvor sykepleieren ønsket at lege skulle bli med inn til pasienten fordi sykepleieren syns pasienten så litt dårlig ut. I dag så henviste sykepleieren til noe mer tallfestede verdier som kunne si noe om hvor dårlig pasienten var.

*Noen ganger får man en følelse av at noe ikke stemmer. Det å beskrive hva som er, er ikke alltid like lett. Å ha et felles mål og tallfestede verdier gir virkelige signaler som viser at det er ett eller annet i gjære. Tallene sier hvor dårlig pasienten er (informant nr.6)*

Det å kunne tallfeste noe i en pasientvurdering gjorde det enklere å systematisere bedømmingen av pasientens tilstand og behov for tilsyn i argumentasjon med legen. Det var lettere å kontakte lege dersom en var i tvil, ved å ha noe konkret å forholde seg til som disse observasjonskriteriene.

*Lettere å kunne argumentere med legen nå, før så har det vært litt mer sånn skjønnsmessig, at du har sett at en pasient ser litt skrall ut, men nå så har vi litt mer konkrete punkter å gå etter som er veldig nyttig (informant nr.2)*

## **Vurdering med kompetent personell - en sikrere pasientvurdering**

Når teamet ankom, snakket teamet og sykepleieren sammen om pasientens tilstand, og gjorde en fortløpende vurdering av pasienten.

*MIG kommer opp og gjør en vurdering. Vi har vi en samtale rundt om det er noe vi kan gjøre eller noe vi skal prøve. (informant nr.2)*

Vurdering med teamet var en støtte ved at flere øyne så og vurderte, jo bedre. Sykepleierne ble ikke møtt med en holdning fra teamet om at de var ekspertene og gikk etter sykepleierne i sømmene. Sykepleierne var med i vurderingen, men teamet utførte en mer omfattende vurdering.

*Den endelige og overordnede vurderinga tar de. (informant nr.12)*

Da sykepleierne erfarte en manglende kompetanse i å ivareta den akutt syke pasienten var det av stor betydning å kunne vurdere sammen med et kompetent personale.

*De sitter med en erfaring og er vant med sykere pasienter enn meg. De jobber på intensiv med dårlige pasienter og er mer erfarne med slike pasientsituasjoner. (informant nr.11)*



Det kom frem i intervjuene at sykepleierne var redde for å overse noe rundt pasienten og var avhengig av kompetent personale som kunne komme og vurdere pasientene og ta noen avgjørelser.

*Jeg føler at jeg har en pasient som jeg ikke er komfortabel med at ta ansvar for alene. Jeg føler at her trenger jeg noe mer vurdering av andre enn meg sjøl. (informant nr.10)*

Dersom en pasient ble akutt syk tok sykepleieren ofte med seg inn en annen kollega for å være med og observere pasienten. Samtidig erfarte de hvor viktig det var for sykepleieren at vurdering med teamet var av en annen faglig karakter enn å rådføre seg med kollegaer.

Sykepleierne beskrev at sammensetning av kompetansen i avdelingen var en blanding av sykepleiere med lang erfaring og nyutdannede. De nyutdannede hadde liten erfaring med akutt syke pasienter. Derfor var det å ha fått hjelp av et kompetent team veldig nødvendig for kvaliteten på den sykepleiefaglige vurderingen.

Samarbeid om pasientvurderingen påvirket sykepleierens trygghet. Det å kunne være flere som vurderte pasienten sammen spesielt dersom det oppstod en akutt situasjon ble av sykepleierne fremhevet som en trygghet for dem.

*Det er et støtteapparat og kunne være flere sammen om vurdering. At teamet kommer og forklarer situasjonen. (informant nr.3)*

Å kunne få konstruktive og /eller gode tilbakemeldinger fra teamet ga sykepleieren også en trygghet. De mente at teamet ikke overprøvde sykepleierens handlinger eller var et kontrollerende organ, men en hjelp i pasientvurdering. Teamet viste tydelige signaler på deres ønske om å komme og være til hjelp.

*Når MIG teamet kommer synes jeg at jeg har blitt møtt veldig bra. De har alltid vært hjelpsomme og innstilt på å hjelpe. (informant nr.3)*

Sykepleierne erfarte en trygghet ved å få bekreftelser fra teamet om at de pasientobservasjoner som sykepleierne hadde utført, manglet ingen vesentlige momenter. Disse positive tilbakemeldinger hadde gjort sykepleieren mer trygg og som gjorde det enklere å tilkalle teamet ved andre situasjoner. Sykepleierne erfarte å få økt tro på egen kunnskap etter å ha fått bekreftelser fra teamet.

*Det å ha fått bekreftelser av MIG på at det jeg ser, ser også de, har vært viktig for meg. (informant nr.10)*

*Trygt å få bekreftelse om de tiltakene du har iverksatt før de kom, om de er greie. (informant nr.5)*

Sykepleierne mente de ble tatt mer på alvor da de vurderte pasienten sammen med teamet og ble mer hørt på av teamet enn legen.

*Når vi vurderer sammen så syns jeg de er flinke til å spørre om pasientens tilstand og hva som fikk meg til å reagere. Jeg syns jeg blir tatt veldig på alvor hver eneste gang... Blir mer hørt her enn av legen. (informant nr.11)*

For pasienten bidro samarbeidet med MIG og sengepost til at det var lettere nå å hente inn fagkompetanse. Vurdering med kompetent personell hadde påvirket pasientens trygghet.

*Pasienten opplever en trygghetsfølelse, tror jeg. Det kommer et team med flere personer der pasienten ser at de kan det de driver med. (informant nr. 12)*

## Handlingskompetanse for sykepleiere i sengepost

I denne beskrivelseskategorien kom det fram hvordan sykepleierne erfarte at egen handlingskompetanse var blitt påvirket. Betydningen av den kompetanse som teamet tilførte sykepleierne på sengepost gjennom undervisning og tilstedeværelse ble trukket frem. Informantene erfarte å være bedre kvalifisert, nå enn tidligere, til å utføre faglige gode pasientvurderinger. Evnen til klinisk vurdering ble styrket samt at sykepleierne erfarte økt evne til å iverksette tiltak overfor akutt syke pasienter.

Sykepleierne følte seg bedre i stand til å møte dårligere pasienter enn tidligere ved at økte kunnskaper og ferdigheter gav sykepleieren bedre forutsetninger til god vurdering

og behandling. Dette ga dem økt trygghet i sykepleieutøvelsen fordi de oppdaget pasientens endrede tilstand raskere. De erfarte at de kunne handle mer selvstendig og det gjorde dem mer sikrere i møte med den akutt syke pasient. Dette gjorde sykepleierne i stand til å kunne snu pasientsituasjonen slik at den ikke ble forverret. Å kunne handle var av stor betydningen for sykepleieren, og ikke bare observere endringer i pasientens tilstand uten å vite hva en skulle sette i gang av tiltak.

*Nå setter vi i gang tiltak til den dårlige pasienten, mer enn tidligere... Jeg føler at vi er blitt mer tryggere på å handle der og da, i den situasjon vi står i, og ikke bare se situasjonen ann. (informant nr.8)*

*Man ordner opp selv. Man utsetter å ringe og gjøre en del tiltak selv. (informant nr.9)*

## **Kompetanse gjennom undervisning og tilstedeværelse**

Sykepleiere på sengepost hadde fått tilført kunnskaper gjennom undervisning, slik at de kunne identifisere tegn på endringer i pasientens tilstand, sette i gang enkle tiltak og ved behov tilkalle det rådgivende team som skulle bistå de i vurderingen av pasienten. Alle hadde fått tilbud om å delta på en undervisningsdag. Undervisningen hadde gitt de en økt evne i å bedre systematisere vurderinger av pasientens tilstand. Undervisningsdagen hadde også bidratt til en repetisjon av kunnskap og en kompetanseheving for sykepleierne.

*Alle på huset er blitt kjørt i gjennom et ett dags kurs. Du får litt repetisjoner i forhold til denne akutt biten, og så lærer vi å bruke ting etter et scoringsverktøy, som kalles mews score. (informant nr.6)*

Sykepleierne erfarte at de stadig fikk kunnskaper fra teamet når de var sammen om situasjoner inne hos pasienten.

*Vi som har deltatt med teamet og har vært borte i situasjoner med MIG er mer bevisst på å gjøre de rette tiltakene nå. (informant nr.9)*

Sykepleierne var med teamet inne på pasientrommet og så hvordan teamet gikk systematisk frem for å identifisere pasientens tilstand ved hjelp av objektive

vurderinger. Erfaringer viste at de nå, mer enn tidligere, var i stand til å tenke systematisk og hadde fått innsikt i å sortere hva som var viktigst. Sykepleierne jobbet nå mer systematisk enn tidligere for å få et ”overblikk” over pasienten. En av sykepleierne beskrev hvordan egne kunnskaper hadde blitt påvirket av å ha teamet i avdelingen.

*Vi har fått muligheter til å se hvordan MIG teamet jobber. Jeg har fått kunnskaper ved å tenke mer helhetlig og fått innblikk hva du kan gjøre før du tilkaller MIG. (informant nr.12)*

Opplæringen og undervisningen med teamet gjorde sykepleierne bedre i stand til å vurdere akutt syke pasienter på sengeposten. Sykepleierne erfarte hvordan de tilførte kunnskapene kom pasienten til gode.

*Opplæring fra MIG har jo gjort at vi står bedre rustet til å møte de dårlige pasientene. (informant nr.2)*

Erfaringene gikk ut på at de i større grad nå kunne se sammenhengen mellom de ulike scoringer pasienten hadde. Alvorlighetsgraden kunne bli tallfestet og henvendelsen til teamet gjorde det enklere for sykepleierne å få rask hjelp. Helheten i observasjoner av pasienten kom tydeligere fram mente sykepleierne. Vurderingene som ble utført gjorde det enklere å rapportere til legen om pasientens tilstand. Økte kunnskaper om tegn på forverring, kunnskap om enkle tiltak som sykepleieren kunne utføre og å kunne bedømme alvorlighetsgraden gjorde sykepleierne i stand til tidlig og oppdage endringer i pasienttilstanden.

*Kunnskaper som jeg har fått etter at MIG ble etablert var litt mer av dette å være ”føre var”. Se på tegn før det blir så ille som det kan bli. (informant nr.3)*

### **Økt kompetanse til å utføre pasientvurderinger på sengepost**

Det fremkom at sykepleierne hadde fått økende fokus på viktigheten av pasient vurderinger og var blitt flinkere på å utføre dette. Tidligere var det ofte legen som etterspurte konkrete vurderinger av pasienten.

*Jeg skjønner mer hva legen er ute etter når de maser om målinger... Man sammenligner målingene fra da pasienten var i god form og når pasienten ble akutt dårlig. (informant nr.3)*

Sykepleierne erfarte at støtte og hjelp fra MIG resulterte i at nå utførte de objektive vurderinger av pasienten på selvstendig grunnlag. Det kom fram at sykepleierne hadde fått økt forståelse og kunnskaper om at objektive vurderinger gir informasjon om pasientens tilstand. Dette gjorde sykepleieren i stand til å oppdage endringer i pasientutviklingen før pasienten ble for dårlig. Enkelte ganger hadde sykepleierne vurdert at pasienten ikke var særlig dårlig. Så ble de konkrete vurderinger gjennomført og man oppdaget at pasientens verdier var langt verre enn forventet. Sykepleierne erfarte at ved å utføre de pasientvurderinger, som teamet hadde introdusert gjennom opplæring, ville sykepleieren antakelig fange opp ting på en annen måte enn om de skulle basert seg på den kliniske erfaringen de hadde.

Sykepleiere trakk fram viktigheten av å gjøre pasientvurderinger ved innkomst. Dette gav dem en mulighet til å se endringer hos pasienten underveis og forhindre forverring.

*Ved å utføre målinger og sammenligne de med tidligere målinger kan vi oppdage eventuelle endringer hos pasienten... kanskje avverge en del intensiv pasienter. (informant nr.2)*

Sykepleierne understreket betydningen av dette, spesielt til kronikere, der en i utgangspunktet forventet dårlige verdier. Ved å sammenligne verdier underveis vil det gi et godt innblikk i om pasienten ble dårligere eller bedre.

Sykepleierne hadde fått større forståelse for at kliniske erfaringer ikke var tilstrekkelig for å gjøre gode kvalitetsbedømminger av pasienten. På bakgrunn av denne erkjennelsen ble det automatisk økt fokus på å gjøre pasientvurderinger utover det kliniske blikk. Sykepleierne hadde erfart situasjoner med pasienter der de hadde vurdert pasienten som stabil, men etter å ha utført målinger av puls og blodtrykk oppdaget at pasientens tilstand hadde forverret seg.

*I forkant når en så pasienten så det ikke så ille ut, men så gjorde man en måling og oppdaget en høyere MEWS score enn antatt og forstod at pasienten var blitt dårligere. (informant nr.4)*

Sykepleierne hadde blitt mer bevisst på hva de skulle observere. De trakk fram at denne økte bevisstgjøringen i å vurdere pasienten og ha fått fram normale verdier hos pasienten gav sykepleieren en ro og trygghet på at pasienten hadde det bra. De erfarte at å kunne utføre objektive vurderinger av pasienten gjorde sykepleieren mer konkret i observasjonene sine og uavhengig av hvem som var på vakt. De erfarte at standardiserte vurderinger som ble utført rutinemessig forhindret unnasluntring hos sykepleieren. Tiltross for at sykepleierne erfarte en travel hverdag var de pålagt å gjøre disse standardiserte vurderingene på alle operasjonspasienter.

*Fint at alle sykepleierne gjør det likt. Kan ikke snike seg unna og utsette pasientvurderinger til andre overtar vekten. Du må gjøre noe. Ikke vente en time og se om det går over. (informant nr.9)*

I oppstarten av MIG ble det utført objektive vurderinger, MEWS score, på alle pasienter. Sykepleierne mente at å utføre pasientvurderinger på alle pasienter var uhensiktsmessig. Praksisen ble endret slik at unge friske pasienter som var inne til enkle inngrep ble nå ikke prioritert. Derimot erfarte sykepleierne at oppfølgingen av pasienten var blitt bedre ved at pasientvurderinger, disse målingene, skjedde automatisk og rutinemessig.

### **Økt kompetanse til å iverksette tiltak**

Det kom fram at sykepleierne hadde fått økt evne til selv å sette i verk tiltak overfor dårlige pasienter, slik at tilstanden ikke ble forverret. Det kom fram at sykepleierne brukte kortere tid på å orientere seg om pasientens tilstand. De erfarte at pasienter ble tidligere fanget opp før de ble akutt syke. Informantene erfarte at de nå var i stand til å utføre tiltak selv, før teamet kom.

*Det beste med MIG teamet er at det har gjort oss mer i stand til å klare oss selv. ... Vi tør å handle på egen hånd. Teamet behøver ikke å være der oppe og stå ved siden av oss. (informant nr.1)*

*Før ringte man, men nå handler vi mer selv. (informant nr.8)*

Etter å ha vært med teamet i situasjoner der pasienten var blitt dårlig hadde sykepleierne fått beskjed om at det var helt greit at i lignende situasjoner at de kunne de selv handle der og da. Gjennom å være med teamet mente sykepleierne at de hadde fått med seg betydningen av å iverksette tiltak og ikke avvente til pasienten hadde blitt dårligere. Tidligere hadde de ikke våget å handle, så lenge det ikke var ordinert fra lege.

Sykepleiere hadde fått mer erfaringer nå om hvilke tiltak som virket og hvilke som ikke virket overfor pasientene. Sykepleierne erfarte at tiltak raskere ble iverksatt nå enn tidligere. Før var det en tendens i avdelingen til at sykepleieren ”så det ann” over lengre tid, før tiltak ble iverksatt. De trakk fram at de var mer observant på å overvåke pasientens vitale tegn og deretter sette i verk konkrete tiltak. De hadde fått økt kunnskaper til å vite hvilke handlinger de skulle starte med.

*Nå har jeg begynt å tenke litt systematisk, og fått evne til å sortere hva som er viktigst. Nå vet jeg hva jeg skal gjøre. (informant nr.2)*

Tidligere var sykepleieren mer usikker på om de hadde handlet rett. Det kom fram at sykepleierne var blitt mer trygge på å handle og ikke bare observere pasientens tilstand ytterligere. En av sykepleierne belyste hvorledes hun handlet nå mot tidligere. Når noe oppstår uventet med pasienten ville hun gi oksygen, væske, tippet senga, måler blodsukkeret og temperaturen.

Sykepleierne ga uttrykk for at de erfarte at nyutdannede sykepleiere spurte de erfarne mindre om råd, fordi de selv hadde fått økte kunnskaper etter at MIG kom, visste de hva som skal skulle gjøres i en akutt situasjon.

Det kom fram at det var nå mindre forskjell om du er nyutdannet eller erfaren i forhold til å iverksette tiltak. De trakk fram at de erfarne sykepleierne ikke ble spurt like ofte av de uerfarne om vurderinger i en akutt situasjon. Sykepleierne erfarte at de nyutdannede var blitt mer selvgående og ikke trengte å ha en erfaren ved siden av seg hele tiden.

*Med MIG har vi fått en forståelse av hvilke tiltak som skal settes i gang, uavhengig om du er nyutdannet eller erfaren. Vi som eldre blir ikke spurt om å hjelpe de nyutdannede dersom det er en akutt situasjon. Nå vet de hva de skal gjøre, og de klarer å handle. (informant nr.1)*

# Diskusjon

## Resultatdiskusjon

I dette kapitlet vil funnene i undersøkelsen skje ved en abstraksjon og gjennom en refleksjon over funnene fra sykepleiernes oppfatninger om hvordan de erfarte hjelp og støtte fra Mobil Intensiv Gruppe (MIG) teamet i faglige vurderinger av akutt pasient i sengepostene.

Resultatene fra undersøkelsen og våre egne refleksjoner vil bli diskutert opp mot tidligere forskning. En god undersøkelse krever i følge Jakobsen (2003) at forskerne reflekterer over helheten i prosessen.

Hensikten med studien var å beskrive hvordan sykepleiere oppfattet betydningen av støtte og hjelp fra Mobil Intensiv Gruppe (MIG) i faglige vurderinger til akutt syk pasient.

Resultatet i studien viste at støtte fra MIG hadde stor betydning for sykepleierne i deres faglige vurderinger. Sykepleierne erfarte tilgang på et team, som var mer kompetente enn de selv til å ta hånd om akutt syke pasienter, som kom raskt og gav hjelp og støtte i faglige vurderinger. Sykepleierne fikk opplæring i å bruke et verktøy, MEWS, til å kunne identifisere vitale pasientendringer på en objektiv måte slik pasientens forverrede tilstand ble oppdaget tidligere.

Å kunne samarbeide med MIG teamet om ivaretagelse av den akutte syke pasient førte til en bedre og sikrere pasientvurdering. Sykepleierne fikk økt forståelse i nødvendigheten av å utføre og systematisere vitale pasientobservasjoner. Gjennom undervisning og mulighet til å se teamets håndtering av ulike situasjoner fikk sykepleierne en læringsarena. De fikk kunnskaper i og økt forståelse av hvilke tiltak som ble iverksatt ved akutte endringer i pasienttilstanden. Etter hvert tok sykepleierne selv denne kunnskapen i bruk i møte med den akutt syke pasient og iverksatte tiltak uten at teamet var til stede.



For sykepleieren var det trygt og vite at de kunne få hjelp fra et kompetent team som kom raskt og tok ansvar for den akutt syke pasienten. Å kunne samarbeide med teamet om pasientvurderinger gav trygghet. Sykepleierne hadde fått økt handlingskompetanse som gjorde de mer selvstendige og trygge i utfordrende pasientsituasjoner.

Et overordnet inntrykk synes å være at sykepleierne fikk en trygghet og selvstendighet i sin yrkesutøvelse med økt kompetanse i faglige vurderinger av akutt syk pasient. En kombinasjon av rask hjelp, samarbeid med MIG- teamet og økt mestring hos sykepleieren i å ta vare på akutt syke pasienter førte til økt pasientsikkerhet.

Gjennom prosessen med å analysere data fremkom det tre beskrivelseskategorier som innholdt tre områder som var beskrivende for oppfatningene blant sykepleierne som var med i studien. De tre områdene er ; 1) Rask hjelp og støtte i faglige vurderinger, 2) Samarbeid i krevende pasientsituasjoner og 3) Handlingskompetanse for sykepleierne på sengepost.

I resultatdiskusjon har forfatterne valgt å diskutere innholdet i de tre beskrivelseskategoriene relatert til sykepleierens oppfatninger. Dette gjøres under følgende fire rubrikker;

1). Organiseringen av MIG for støtte og hjelp, 2). MIG teamets arbeid i sengepostene, 3). Samarbeid mellom MIG og sykepleierne på sengepost og 4). Sykepleierens kompetanseutvikling.

## **Organisering av MIG for støtte og hjelp**

Forfatterne vil her belyse faktorer som struktur, MIG-teamets sammensetning og rutiner ved tilkalling. Summen av dette skapte forutsigbarhet som gjorde sykepleierne trygge når de var på vakt og trengte bistand ved akutte pasientsituasjoner.

MIG ble etablert for å bringe ekspertise ut til pasientsengen før pasienten ble for syk (Grimes et al., 2007). Hensikten med MIG er altså å bedre identifiseringen av de pasienter som er i faresonen for å utvikle alvorlige uønskede hendelser (Esmonde et al., 2006; Gould et al., 2007; Konrad, 2006; Melby, 2008). Dersom etableringen av MIG skulle bli vellykket hadde Grimes et al. (2007) funnet at det var nødvendig å

starte på et administrativt nivå. Slik vi har forstått det hadde MIG-teamet sin forankring i sykehusets ledelse på begge sykehusene som var tilknyttet studien vår. Før etablering av MIG hadde begge organisasjonene fått en gjennomgående forståelse av konseptet.

Det ble tidlig besluttet hvilket personell som skulle inngå i teamets oppsetting. De skulle være i stand til å ta faglige avgjørelser, men samtidig kunne bygge tillit hos sykepleieren på sengepost (Grimes et al., 2007). I vår studie bestod MIG-teamet av en anestesilege og en sykepleier med en spesialkompetanse innen anesthesi- eller intensiv sykepleie. De behandler sykehusets sykeste pasienter, som andre avdelinger ikke mestrer å ta seg av. Tilstand til deres pasienter er ofte kompleks og ustabil hvor behandlingen ofte er komplisert og situasjoner skifter raskt (Gulbrandsen og Stubberud, 2005). Av den grunn antas de å være mer kompetente enn andre sykepleiere, både på bakgrunn av utdanning og erfaring. Melby (2008) fremhevet at etablering av MIG ga en annen organisering av legetjenesten og sykepleietjenesten slik at kompetansen ble flyttet fra spesialavdelinger og ut til sengeposter. Å kunne få eksperthjelp kunne ha en negativ sideeffekt i følge Chellel, Higgs & Scholes (2006). Det kunne føre til ansvarsfraskrivelse hos sykepleieren på sengepost ved at de overlot det totale ansvaret over til teamet dersom en pasient ble akutt syk. En annen utfordring som vi har valgt og ikke gå inn i, er hvordan legetjenesten avklarer forholdet mellom pasientansvarlig lege (PAL) og teamets lege. Det er lett å se at det rådgivende MIG-teamet i gitte situasjoner ”overstyrer” PAL, som ikke alltid er like delaktig i pasientsituasjonen.

På de sykehusene som var inkludert i vår studie var forutsetningene lagt tilrette slik at anestesilegen aldri var mer opptatt i sitt daglige virke enn at han/hun kunne fristilles for sengepostene i løpet av få minutter. Det samme gjaldt for intensiv/anestesisykepleieren og hans/hennes arbeidsoppgaver. Tydelige avtaler inne i organisasjonen ga retningslinjer for når og på hvilken måte teamet skulle tilkalles. I praksis erfarte sykepleierne at teamet alltid kom raskt og var tilgjengelig 24 timer i døgnet og 7 dager i uka og 365 dager i året. Salamonsen & Everett (2006) har utført en kvantitativ studie hvor sykepleiere skulle rangere fordeler ved MIG. Det fremkom da

at betydningen av tilgjengelighet ble rangert som nummer tre etter ”umiddelbar respons” og ”tidlig intervensjon”.

Det er fremkommet i andre studier at det ble gjort en økonomisk og organisasjonsmessig tilrettelegging på de avdelingene som skulle utgjøre MIG-teamet (Melby, 2008). Økonomisk sett var MIG en belastning på enkelte avdelingers budsjett, men sykehuset som organisasjon hadde sett gevinsten av MIG i en større sammenheng. Andre studier har stilt seg mer kritisk til innføringen av MIG i sykehus og effekten av dette (Dawson et al., 2005; Winters, Pham & Pronovost, 2006). Studien deres belyste at det er uklart om teamets behandling kan forhindre en forverret pasienttilstand. Det er foretatt lite kostnadsberegninger ved å innføre MIG i sykehus, og mulighet for andre alternativer løsninger er lite belyst eller vurdert.

Vi fant i vår undersøkelse at sykepleierne mente at organiseringen av MIG- teamet hadde gitt dem en bedre tilgang på faglig hjelp sammenlignet med tidligere praksis. Det kom stadig flere ressurskrevende pasienter i sengepostene som krevde mer observasjon og grundigere vurdering av sykepleieren, samtidig som bemanningen ble redusert. Sykepleierne erfarte tilgjengeligheten til MIG-teamet som en nødvendighet for å mestre det store faglige ansvaret. De erfarte at teamet kom raskt og gav profesjonell bedømmelse av den akutt syke pasienten. Å få gjort raske bestemmelser, og følge opp pasienter umiddelbart, og raskt sette i verk tiltak var viktige for sykepleierne. Chellel, Higgs & Scholes (2006), Richardson et al. (2004) og Salamonsen & Everett (2006) fremhevet tydelig teamets kompetanse til å foreta raske avgjørelser og iverksettelse av tiltak til pasientene. Cutler (2002) stilte seg undrende til om det var rett at all den behandling som ble iverksatt initialt skulle foregå på en sengepost. Med tanke på den allerede store belastningen det medførte for sykepleierne å ha ansvar for mange pasienter og i tillegg skulle ha ansvar for de som ble akutt dårlige.

Sykepleierne mente at MIG- teamet hadde en annen myndighet til å iverksette aktuelle tiltak, enn sykepleierne i sengepost hadde. Det var av stor betydning for at adekvat behandling kunne iverksettes. Chellel, Higgs & Scholes (2006) intervjuet både sykepleiere på sengepost og MIG- teamets sykepleiere om MIG teamets bidrag og

nøkkelrolle overfor sengeposten. Sykepleierne trakk fram at iverksettelse av tiltak er viktig, MIG fikk ting til å skje og at de hadde myndighet til å utføre handlinger.

Organisering av MIG-teamet påvirket sykepleierens trygghet. I studien til Salamonsen & Everett (2006) fremhevet sykepleierne bekymringer rundt leger som ikke var tilgjengelige når akutte situasjoner skjedde. Tilgjengeligheten fra teamet hadde gitt trygghet i selve den kliniske settingen og en trygghet av å vite at de hadde alltid et team tilgjengelig. Dette samsvarte identisk med de funn vi fant i vår studie. Andre studier kunne også vise at MIG-teamet gav sykepleieren økt trygghet (Salamonsen & Everett, 2006; Konrad, 2006; Andersson et al., 2006). Tryggheten gjorde at sykepleieren kunne møte dårlige pasienter med et annet utgangspunkt enn tidligere. Maslow (1968) har beskrevet behovet for trygghet som grunnleggende. Han sier at trygghet er knyttet til behovet for struktur, orden og forutsigbarhet. Ved store og brå endringer kan forutsigbarheten svekkes og situasjonen blir truende fordi den er ukjent (Maslow, 1968). Det kom tydelig frem i vår studie at sykepleieren erfarte å ha fått større forutsigbarhet og blitt tryggere i sitt daglige arbeid. De kunne regne med at teamet kom når situasjonen tilsa det.

Betydningen av å ha et godt system for tilkalling av MIG-teamet ble fremhevet av Grimes et al. (2007) I vår studie var MIG organisert slik at teamet kom til avdelingen for å bistå etter at de hadde fått en henvendelse fra avdelingen. Det var allikevel ulike kriterier for tilkallingen. Noen avdelinger hadde som rutine å tilkalle vakthavende lege på avdelingen før teamet ble tilkalt. Andre tok direkte kontakt med teamet dersom situasjonen krevde det. Med disse funn i undersøkelsen kan det være grunnlag for diskusjon og refleksjon over konsekvensene av de ulike rutiner. Ved først å skulle henvende seg til vakthavende lege på avdelingen, for så å vurdere behovet for tilkallingen av MIG-teamet, synes som en undergraving av intensjonen med MIG-teamet. Når den raske responstiden til MIG-teamet var av størst betydning for tidlig intervensjon (Chellel, Higgs, & Scholl, 2006; Gould et al., 2007; Salamonsen & Everett, 2006) var denne organiseringen lite hensiktsmessig. Dette bekreftet sykepleierne i vår studie og erfarte at denne organiseringen påvirket sykepleieren i bruk av MIG-teamet. Det ble for ”tungvindt” å måtte gå via vakthavende lege i egen

avdeling for å få tilkalt teamet, slik at sykepleierne dermed henvendte seg sjeldnere til teamet enn antatt nødvendig.

MIG-teamet var organisert slik at noen kriterier måtte oppfylles før de ble tilkalt i avdelingen. Det var viktig og tydelig kunne kommunisere pasientens tilstand når teamet skulle tilkalles (Grimes et al., 2007). Noen avdelinger i vår undersøkelse tilkalte teamet dersom pasienten hadde oppnådd en bestemt score, mens andre tilkalte teamet ut ifra en følelse av det var ”noe som ikke stemte”. Tidligere forskning har vist at det er enten objektive vurderingskriterier, eller sykepleierens bekymringer over pasientsituasjonen som er avgjørende for tilkallingen av teamet (Andersson et al., 2006; Chellel, Higgs & Scholes, 2006; Grimes et al., 2007; Salamonsen & Everett, 2006). I studien vår viste det seg at sykehuset som hadde lengst erfaring med MIG, fremhevet bruken av objektive vurderingskriterier for tilkalling som en betydelig fordel. De kunne bedre argumentere alvorlighetsgraden i pasientsituasjonen til teamet og vakthavende lege på avdelingen. I en skala fra null til fem ble alvorlighetsgraden i situasjonen klassifisert. Skalaen var bygget slik at jo høyere tallverdi en scoret, jo alvorligere var situasjonen. Sykepleierne på enkelte avdelinger fremhevet derimot betydningen av å kunne tilkalle teamet når sykepleieren hadde *en følelse* av at noe ikke stemte og/eller hadde behov for ytterligere assistanse.

En forskjell som fremkom i vår studie, kontra tidligere studier, var frekvensen på tilkallinger av teamet. Tidligere studier fant en forskjell mellom erfarne og uerfarne sykepleiere som tenderte i retning av at erfarne hadde lavere terskel for å tilkalle teamet enn uerfarne (Richardson et al., 2004; Salamonsen & Everett, 2006). I vår studie fant vi ikke en slik forskjell, derimot fortalte de erfarne sykepleierne at de uerfarne hadde senket terskelen for varsling etter at de innførte bruken av objektive vurderingskriterier i avdelingen. Det synes som at opplæringen i å bruke slike kriterier hadde gitt de nyutdannede en bruksanvisning for tilkalling.

Rask respons og avklaringen reduserte risikoen for at pasientens tilstand ble forverret. Før innføringen av MIG erfarte sykepleierne på sengepostene at de i større grad rapporterte i stedet for å aksjonere. De varslet den ferskeste legen, som igjen varslet den nest ferskeste, som igjen tilkalte sin bakvakt, som gjerne var svært spesialisert og hadde lite trening i akuttmedisin. Viktig tid gikk tapt (Operation Life, 2008). Med MIG

ble varslingen redusert til et minimum og dette påvirket pasientens sikkerhet mente sykepleierne i vår studie. I en omfattende studie (Mc Gaughey et al., 2009) ble det vurdert om effekten av MIG gav et bedre pasientutfall. Konklusjonen viste varierende resultater. Det er gjort mye forskning som har vist at rask hjelp fra MIG reduserte pasientens mortalitet, antall overflytninger til intensivavdeling gikk ned og antall postoperative komplikasjoner ble redusert (Ball et al., 2003; Bellomo et al., 2003; Bradford et al., 2007; Esmonde et al., 2006; Konrad, 2006; Mailey et al., 2006; Priestley et al., 2004). Bradford, Pham & Pronovost (2006) mente at det var gjort for dårlig forskning på området. Så langt er det lite studier som er publisert hvor det har vært utført en sammenligning mellom intervensjon- og kontrollgruppe relatert til pasientens utkomme.

### **MIG-teamets arbeid i sengeposter**

I vår studie viste det seg at det var variasjon på hvordan sykepleierne erfarte MIG-teamets arbeid i sengeposten og hvilken støtte og hjelp sykepleierne fikk når teamet var tilstede på sengepostene. For noen sykepleiere ble ansvarsfordelingen beskrevet som en arbeidsfordeling mellom sykepleierne og teamet, mens andre mente at teamet tok det hele ansvaret i pasientsituasjonen, uten å inkludere sykepleierne i arbeidet.

Sykepleierne på alle avdelinger hadde ansvar for å utføre pasientvurderinger før tilkalling av teamet. Når teamet kom til avdelingen, ga sykepleieren opplysninger til teamet om observerte endringer i pasienttilstanden. Det interessante ved studien til Cox & Hunt (2006) var at sykepleierne opplevde at deres vitale observasjoner kunne bekrefte deres intuitive mistanker om endringene i pasienttilstanden. I likhet med vår studie erfarte de erfarne sykepleierne at deres mistanke og bekymring for pasienten ofte var en god indikator i tillegg til objektive observasjonskriterier. Dette kan bekrefte at helhetsbedømming foretatt av sykepleierne er viktige, og at objektive kriterier alene ikke behøver å være det eneste avgjørende for korrekt tilkalling. Derimot har andre studier vist (Salamonsen & Everett, 2006) at enkelte tilkallinger ble oppfattet av teamet som unødvendige. Teamet mente at sykepleierne var ”nervøse og redde”, dersom sykepleierne ikke hadde utført kriteriene etter scoringsskjema. Sykepleierne i vår studie erfarte at dersom de tilkalte teamet uten nødvendigvis å vise til en scoring, men

utifra en følelse om at det var noe som ikke stemte, var det aldri vanskelig. MIG-teamet hadde heller gitt uttrykk for at det var bedre å bli tilkalt en gang for mye enn en gang for lite. Valentine og Skirton (2006) erfarte MIG teamet som svært imøtekommende, noe som er sammenfallende med våre funn.

Når teamet kom gikk sykepleieren og teamet inn til pasienten og gjorde en vurdering av pasienten inne på rommet. Sykepleierne erfarte et samarbeid om pasienten, men de hadde ulikt ansvar i situasjonen. Dette er også fremkommet i annen studie (Chellel, Higgs & Scholes, 2006). Sykepleierne i vår studie tok ansvar og informerte teamet om hvordan pasientens tilstand var til vanlig. Sykepleierne ga uttrykk for at deres bekymringer og deres kliniske observasjoner ga grunnlaget for opplysningen til teamet når de kom til sengeposten. Det fremheves av sykepleierne at kliniske objektive kriterier hadde gjort de bedre i stand til å gi *relevant opplysninger* til teamet og vakthavende lege. Gould et al. (2007) kunne vise at etter etablering av MIG hadde sykepleierne fått økt evne til å kommunisere funn i pasientens tilstand.

Når MIG ble introdusert ble det innført visse kliniske objektive kriterier for å beskrive pasienttilstanden. Denne kliniske vurderingen var kjent for teamet, leger og sykepleierne slik at de ulike yrkesgrupper brukte de samme vurderingskriterier (Melby, 2005). Sykepleierne i vår studie mente det ble en *felles forståelse* mellom dem og teamet fordi de hadde noe konkret å henvise til i pasientvurderingen. Sykepleierne erfarte å bli tatt mer på alvor. Barbetti & Lee (2008) var enige i dette, men mente at menneskelige ressurser og kommunikasjon spilte en avgjørende rolle for denne felles forståelsen. For sykepleierne på sengepost med ansvar for pasienter med et mer komplekst sykdomsbilde var det av betydning for dem å foreta en god faglig vurdering (Ryan et al., 2004; Wolfe, 2008). Disse funn bekrefter at sykepleierne har fått et bedre ”verktøy” når de er sammen med teamet og gjør vurderinger av akutt syke pasienter. Det vil også være av betydning når teamet kommer til avdelingen, og situasjonen krever rask behandling, at de har et felles ”språk” og en felles referanseramme.

Sykepleierne erfarte at teamet ” tok hånd” om pasienten og tok over ansvaret med å iverksette tiltak. Chellel, Higgs & Scholes (2006) beskrev hvordan teamet kom og ordnet opp, iverksatte tiltak og la en plan for videre fremdrift. Noen av sykepleierne i studien vår beskrev at de hadde ansvaret for å hente nødvendig utstyr som teamet

trengte i pasientsituasjonen når de kom til sengeposten. Andre beskrev det som om teamet hadde med seg medisinteknisk utstyr for å få kunne få en bedre overvåkningssituasjon på pasienten i sengeposten. Cox & Hunt (2006) beskriver i sin studie at sykepleierne erfarte økt trygghet ved at MIG teamet tok ansvaret for medisinsk teknisk utstyr og at det var av betydning for at endringer i pasienttilstanden kunne oppdages tidligere og at adekvat behandling ble iverksatt. Sykepleierne våre fremhevet at en av styrkene ved MIG teamet var at de hadde med seg nødvendig medisinsk utstyr til å iverksette behandling allerede på sengeposten.

Sykepleierne erfarte at dersom det ble utført prosedyrer som sykepleierne på sengepost ikke var kompetente til, tok teamet ansvar for dette. Flere tidligere studier beskrev det samme (Chellel, Higgs & Scholes, 2006; Richardson et. al., 2004; Salamonsen & Everett, 2005). Teamet tok også ansvar for å gi eventuell medisiner til pasienten. Enkelte prosedyrer som rekvirering av blodprøver og andre undersøkelser for å diagnostisere en pasienttilstand ble utført av teamet. Det kom fram i intervjuene at sykepleierne erfarte at teamet tok ansvar for å sette i verk tiltak på en annen og bedre måte enn sykepleieren på sengeposten gjorde. Sykepleierne på sengepostene iverksatte f.eks enkle tiltak til pasienter som hadde respirasjonsproblemer. Når teamet kom gjorde de en *mer grundigere undersøkelse av pasienttilstanden* og vurderte ytterligere behandling i samråd med vakthavende lege på sengepost.

Av sykepleierne vi intervjuet ble det fremhevet at anestesilegen i teamet hadde en betydelig rolle på grunn av sin myndighet til å fatte beslutninger om medisinsk behandling. Helsepersonelloven (§4) gir legen beslutningsmyndighet i medisinske spørsmål og vil være avgjørende for ledelsen av et tverrfaglig team i akutte situasjoner (Orvik, 2004). I studien til Chellel, Higgs & Scholes (2006) blir det i likhet med vår studie fremhevet viktigheten av teamets kompetanse og myndighet til å ta beslutninger og iverksette tiltak. Teamet hadde fokus på pasienten og konsentrerte seg om hvilken nødvendig behandling som måtte iverksettes. Av disse grunner kan det være riktig å hevde at legen har den avgjørende rolle for at sykepleierne skal få hjelp og støtte i akutte pasientsituasjoner på sengeposten. Men forfatterne mener det er viktig at teamet som helhet fungerer sammen for å kunne gi støtte og hjelp til sykepleierne og at det igjen bidrar til pasientsikkerhet.



Dersom pasientens tilstand ble svært krevende tok MIG- teamet total - ansvar. I disse tilfeller stod sykepleieren og så på hva som ble utført. MIG-teamet tok ansvar for å utføre prosedyrer som krevde spesialkompetanse, som sykepleieren på sengepost ikke hadde, ble av sykepleierne beskrevet i vår studie. Arbeidsoppgavene som teamet utførte i sengepostene var av betydning for sykepleiernes ønske om å få adekvat hjelp til pasienten ved sengepost. For mange av sykepleierne i undersøkelsen var det tryggheten om ikke måtte være alene i akutte situasjoner som var største suksesskriteriet med MIG. Dette bekreftes av flere tidligere studier (Chellel, Higgs & Scholes, 2006; Cox & Hunt, 2006; Salomonsen & Everett, 2006).

Chellel, Higgs & Scholes (2006) viste imidlertid at MIG teamet i noen tilfeller kan være involvert i andre gjøremål som pleieoppgaver, råd og veiledning i forhold til medisinsk utstyr.

I vår undersøkelse var det teamets ansvar å vurdere om pasienten skulle overflyttes til intensivavdelingen. Det ble gjort gjennom et samarbeid med vakthavende lege på sengeposten og teamet. I studien ble det fremhevet at overflytningen har blitt enklere nå enn før MIG. Chellel, Higgs & Scholes (2006) viste at samarbeidet med MIG teamet påvirket overflytning av pasient til intensivavdelingen, noe som sammenfalt med våre funn. Sykepleierne beskrev at pasientoverflytningen var mindre omfattende og overflytningen gikk bedre ved at teamet på forhånd kjente pasienten de skulle overta. Til tross for bedre rutiner i vurderingen og overflytningen av pasienter har innleggelser på intensivavdelingen blitt redusert etter innføring av MIG (Esmonde et al., 2006).

## **Samarbeid mellom MIG og sykepleierne på sengepost**

Sykepleierne i denne studien ga ulike synspunkter på hvordan de erfarte samarbeidet med MIG-teamet i sengepostene. Det viste seg at samarbeidet dreide seg om, *betydningen av å ha fått felles kriterier i pasientvurderingene, en sikrere pasientvurdering med kompetent personal tilstede i sengepost og samarbeidet preget av dialog og tillit mellom sykepleier og teamet.*

Vi fant at innføring av MIG ga både sykepleierne og teamet et ”felles språk” gjennom det anvendte scoringsystemet. Dette fremhevet sykepleierne som en stor betydning for samarbeidet. Gjennom opplæring og undervisning med innføringen av vitale objektive pasientobservasjoner fikk teamet og sykepleierne en felles forståelse av hvilke pasientobservasjoner som burde gjøres og hva som hadde blitt utført.

Salamonsen & Everett (2006) trekker frem i sin studie forskjeller mellom erfarne sykepleiere og uerfarne sykepleiere i hvordan de samarbeidet med teamet. De erfarne sykepleierne hadde større kompetanse til å utføre gode datasamlinger og kliniske vurderinger og av den grunn var det enklere for dem å få til et bedre samarbeid og henvendte seg mer til teamet enn de uerfarne sykepleierne. De uerfarne var mindre fokusert på kriterier og datasamling og kunne forklare årsaken til at de henvendte seg mindre til teamet.

Andre studier Cox & Hunt (2006) tydeliggjør også betydningen av samarbeidet mellom sykepleiere og teamet. Kommunikasjon mellom leger og sykepleiere er av stor betydning for å sikre rask vurdering og intervensjon. Uerfarne sykepleiere kan kjenne seg utrygge på å henvende seg til leger eller personell med høyere kompetanse og dermed forsinke beslutningsprosessen. Videre hevdes det at ved bruk av kliniske observasjonskriterier kan uerfarne sykepleiere føle seg mer kompetente til å søke hjelp og støtte fra personell med høyere kompetanse (ibid). Lignende funn er gjort i vår undersøkelse hvor erfarne sykepleiere fremhever at uerfarne sykepleierne hadde fått lavere terskel for å henvende seg til teamet etter at felles kriterier var innført. De uerfarne sykepleierne henvendte seg til teamet i større grad enn tidligere og konfererte mindre med de mer erfarne sykepleierne på sengeposten. Av den grunn kan en antyde at felles kriterier ga en bedre datasamling og samarbeidet med teamet og legene ble enklere.

Sykepleierne i undersøkelsen vår mente de var blitt i bedre stand til å kunne argumentere for sine observasjoner til teamet og til legene. I studien til Gardner-Thorpe et al. (2006) blir objektive observeringsskjemaer fremhevet som en betydningsfull verdi for yngre leger og sykepleiere når de skal formidle pasienttilstanden til teamet for å kunne starte optimal og adekvat behandling så raskt

som mulig. Sykepleierne erfarte at de ble tatt mer på alvor når de var i stand til å få fram pasientbeskrivelsen, helheten og alvoret i en pasienttilstand.

Samarbeidet mellom sykepleier og teamet rundt pasienten ble beskrevet som en situasjon preget av ro og at teamets kompetanse preget pasientsituasjonen på en god måte. Sykepleierne ble møtt med forståelse av at deres bidrag med pasientvurderinger var av stor betydning. De ble respektert. Samarbeid med MIG-teamet erfarte sykepleierne i vår studie som en kvalitetssikring. Det sammenfalt med det som kom frem i undersøkelsene til Chellel, Higgs, & Scholl, 2006, Gould et al., 2007 og Salamonson & Everett, 2006. Derimot kunne de vise at de uerfarne sykepleiere opplevde at deres egne kollegaer ikke gav den støtten de trengte, mens sykepleierne erfarte å få denne støtten fra Critical Care Outreach, tilsvarende MIG.

Etter en evaluering av MIG prosjektet kom Melby (2008) frem til at samarbeid mellom teamet og sengeposten hadde gitt et tverrfaglig utbytte. Samarbeidet mellom sykepleierne og teamet hadde ført til en bedre kommunikasjon og mindre misforståelser på tvers av avdelingene.

I likhet med pilotprosjektet til Andersson et al. (2006) trekkes det i vår studie frem at bedre arbeidsmiljø og økt samarbeid mellom intensiv og sengepostene ble resultatet av MIG innføringen. Det ble fremhevet som et positivt og overraskende funn. Salomonsen & Everett (2005) viste derimot at enkelt sykepleiere i studien hadde opplevd noen situasjoner der hvor samarbeidet ikke alltid var positivt, men at majoriteten av sykepleierne var fornøyde med samarbeidet. Orvik (2004) beskriver samarbeidet som en norm som blir påvirket av kulturen i organisasjonen og vil av den grunn forstås utfra ulike samarbeidsrelasjoner, og ikke er like optimal i en hver situasjon. Samarbeid er personavhengig (Orvik, 2004). I studien vår ble det av sykepleierne bekreftet at samarbeid med MIG-teamet var godt, men at det hadde vært enkelte episoder som ikke var som forventet. Sykepleierne bekreftet selv at det var av personlig karakter. Et godt samarbeid er avhengig av en positiv innstilling av begge parter, men beror blant annet på om ”kjemien” stemmer (Orvik, 2004).

Chellel, Higgs, & Scholl,(2006) viste at samarbeidet med MIG teamet påvirket overflytning av pasient til intensivavdelingen, noe som sammenfalt med egne funn.

Samarbeidet for sykepleierne i sengepostene førte til at det nå var enklere å ta kontakt med teamet for råd i krevende situasjoner og at pasient overflytningene fra sengepost til intensiv var blitt enklere (Chellel, Higgs, & Scholl, 2006). Sykepleierne i vår studie mente dette bidro til en sikrere prosess rundt pasientoverflytningen var mindre omfattende og overflytningen gikk bedre ved at teamet på forhånd var kjent med pasientsituasjonen pasientbehandling.

Esmonde et al.(2006) hevdet at tidlig intervensjon fra teamet resulterte i en nedgang i antall pasientoverflytninger til intensiv. Det kan forstås dit hen at når teamet er involvert i pasientsituasjonen vil det være enklere å få til et samarbeid med leger og sykepleierne på sengepost. Avgjørelsen om overflytninger skjer raskere med teamet tilstedeværelse i pasientsituasjonen og blir i samarbeid foretatt med vakthavende lege på sengeposten. MIG teamet i samarbeid med lege og sykepleiere på sengepost kommer i ”forkant” av situasjonen og hindrer ytterligere forverring av pasienttilstanden. Derimot har andre studier vært mer kritiske til å kunne konkludere med at overflytningen har betydning for pasientutfallet og samarbeidet mellom sengepost og teamet (Mc Gaughey et al., 2008).

Cox et al. (2006) beskriver at samarbeid har betydning for sykepleierne i sengepost, men vektlegger betydningen av emosjonell støtte fra teamet. Chaboyer et al. (2005) viste at teamet ga empatisk støtte til postens sykepleiere. Sykepleierne i vår studie opplevde at teamet ga de positive tilbakemeldinger og tydelige signaler på deres ønske om å gi hjelp. Dette kan oppfattes som en emosjonell støtte.

Samarbeidet mellom teamet og sykepleierne i vår studie var i enkle situasjoner preget av at teamet ” tok hånd” om pasienten og at sykepleieren var i bakgrunn, men at det var en fin dialog i situasjonen. Andre sykepleiere beskrev samarbeidet som en situasjon der sykepleieren var mer aktiv og ikke ble ”skjøvet til side”. Sykepleieren følte seg ivaretatt og respektert av teamet, sykepleierne kom med sine opplysninger om pasienten til teamet og at deres kunnskaper og opplysninger om pasientsituasjonen ble verdsatt. Flere tidligere studier har konkludert med at samarbeid mellom intensivavdelingen og sykepleier på sengepost er bedret etter innføring av MIG (Andersson et al., 2006; Melby, 2006). Chellel, Higgs & Scholes (2006) kom også fram til at samarbeidet mellom de ulike yrkesgrupper og avdelinger ble styrket.

Gjennom samarbeidet ga sykepleierne i undersøkelsen uttrykk for at det å få bekreftelse på sine pasientobservasjoner ga dem økt tro på at de hadde foretatt gode og adekvate observasjoner. Det som var viktig var at sykepleierne som arbeidet sammen var trygge på hverandre og at det var åpenhet og en ”spørre kultur” i samarbeidet (Thidemann, 2005). Dette mener vi forfattere gir gode muligheter for *tillitsbygging* mellom sykepleierne og teamet.

Sykepleierne i vår studie var tydelige på at de hadde stor tillit til MIG-teamet. De erfarte å få konstruktive tilbakemeldinger uten at sykepleierne erfarte dette som vanskelig. De opplevde at det skapte trygghet å få tilbakemeldinger og bekreftelser på eget arbeid. Dette er i samsvar med det Gould et al.(2007) fant. Tillitt fremheves som et grunnleggende vilkår for kunnskapsdeling (Sveiby & Simons, 2002). For å utvikle kompetanse måtte sykepleierne få bekreftet om faglige vurderinger og handlingsvalg var korrekte (Thidemann, 2005). Positive tilbakemeldinger var nødvendig for å bekrefte følelse av kompetanse. Mangel på tilbakemelding førte til at sykepleieren ikke trodde at egen kompetanse var tilfredsstillende (Fereday et.al., 2006). Sykepleierne i vår studie opplevde at positive tilbakemeldinger gjorde det enklere å tilkalle teamet neste gang, og det førte til økt tro på egen kunnskap. Med den forståelse er det viktig at sykepleieren får en god tilbakemelding på sine antagelser og bekymringer om pasientsituasjonen gjennom at teamet opptrer som gode ambassadører (Grimes et al., 2007). Sykepleierne på sengepost skal kunne få en god følelse ved henvendelsen til teamet og mottoet skulle være ” *call early, call often*” (ibid).

Gjennom samarbeidet ga sykepleierne uttrykk for at det å få bekreftelser på sine pasientobservasjoner og bekymringer for pasienten, ga dem økt tro på at de hadde foretatt gode og adekvate observasjoner. Dette mener forfatterne er en viktig dimensjon for at tillit kan oppstå mellom sykepleierne og teamet og får konsekvenser om det ikke er tilstede i pasientsituasjonene og samarbeidet.

## **Sykepleierens kompetanseutvikling**

Et sentralt funn, som viste seg å være av stor betydning for sykepleieutøvelsen, var at sykepleierne vektla at egen handlingskompetanse var utvidet. Sykepleierne hadde erfart at kompetansen fra teamet hadde blitt overført til dem gjennom undervisning og

samarbeid omkring pasienten. Økte kunnskaper beskrev de som økt kompetanse til å identifisere endringer i pasienttilstanden. Andre studier har også vist at sykepleierens kliniske kunnskaper var utvidet etter innføring av MIG (Andersson et al., 2006; Gould et al., 2007; Melby, 2008; Richardson et al., 2004; Smith et al., 2008; Valentine og Skirton, 2006) og de mente det pågikk en kontinuerlig kompetanseoverføring ved å ha kontakt med MIG-teamet. Sykepleierens klinisk observasjon var styrket (Melby, 2008). Vår studie har vist at sykepleierne har fått økt evne til tidlig å oppdage pasientens forverring, og å kunne iverksette tiltak for å snu situasjonen. De hadde fått økt evne til å systematisere vurderinger og sortere ut hva som var viktigst. De tenkte mer helhetlig og så sammenhenger.

Tidligere studier har vist at samarbeid med MIG har gitt sykepleierne kompetanseutvikling og kunnskapsoverføring (Andersson et al., 2006; Chellell, Higgs & Scholes, 2006; Gould et al., 2007; Melby, 2006; Richardson et al., 2004; Smith et al., 2008; Valentine og Skirton, 2006). De fleste ovennevnte studier var kvantitative slik at den mer inngående beskrivelsen manglet i hvordan kompetanseutviklingen kom til uttrykk hos sykepleieren. Derimot fremkom det hos Chellell, Higgs & Scholes (2006), som var en kvalitativ studie, en beskrivelse der sykepleierne fremhevet at den tilførte kompetansen hadde gjort de bedre i stand til å se en større helhet hos pasienten. I følge Fagermoen (1993) og Kirkevold (1996) består handlingskompetansen av teoretiske kunnskaper, erfaringer og etiske kunnskaper. Kirkevold (1996) omtalte praktisk kunnskap i handlingskompetansen som noe subjektivt der kunnskapen var knyttet til bestemte hendelser. Ved å ha deltatt på undervisning hadde sykepleierne fått tilført teoretiske kunnskaper. Ved å ha deltatt sammen med MIG teamet i avdelingen har de vært i konkrete situasjoner og har gjort seg egne erfaringer. Det å ha evne til å tenke klart i en presset situasjon har de også fått kjennskap til som en del av den personlige kompetansen. Personlig kompetanse inngår i handlingskompetansen (Skau, 2002). Det kan synes som om det var tilfelle at sykepleierens handlingskompetanse var videreutviklet.

Sykepleierne fremhevet at undervisning hadde gitt en økt bevissthet om nødvendigheten av å foreta kontinuerlig vurdering av pasienttilstanden. De hadde fått

et verktøy som kartla objektive data om pasientens tilstand slik at forverring ble oppdaget tidlig i stedet for kun å ha en ”fornemmelse” av endringer hos pasienten. Dette gjorde sykepleieren i stand til å bedømme alvorlighetsgraden i pasienttilstanden. De hadde fått økt innsikt i hva de skulle observere. Dette har ikke vært beskrevet like tydelig i andre studier, men det er fremhevet at kliniske observasjonsskjemaer er et viktig hjelpemiddel (Gardner-Thorpe, 2006; Higgins et al., 2008). Flertallet i vår studie mente at objektive vurderingskriterier har kvalitetssikret pasientvurderingen.

Sykepleierne ga uttrykk for at teoridagen med undervisning om vurderingskriterier og enkle tiltak, hadde gitt økte kunnskaper i kliniske vurderinger. Allikevel ble *teamets tilstedeværelse* på sengepost tillagt enda større vekt i kunnskapstilføringen. Chellell, Higgins & Scholes (2006), Richardson et al. (2004) og Salamonsen & Everett (2006) fant tilsvarende kompetanseheving ved MIG gjennom samarbeid med MIG-teamet i sengepostene. Hos Chellell, Higgins & Scholl (2006) og Salamonsen & Everett (2006) fremkom at de nytdannede lærte mye av teamet som hadde rådgivende og støttende funksjon. Teamet underviste ved sengen om grunnleggende sykepleie og ga råd om spesielle sykepleieoppgaver relatert til den kritisk syke. Dette er helt i samsvar med egne funn, men hos oss fremkom det ingen forskjell mellom uerfarne og erfarne sykepleiere. Det fremkom at begge grupper hadde lært mye av å være sammen med teamet. En kvantitativ studie (Valentine & Skirton, 2004) så på om det var forskjell i kunnskapstilførsel hos sykepleieren avhengig om deres avdeling var nært eller fjernt tilknyttet intensivavdelingen. De fant ingen signifikant forskjell. Alle studier viste at sykepleiere får ad-hock veiledning av teamet inne på pasientrommet (Chellell, Higgins & Scholes, 2006; Richardson et al., 2004; Salamonsen & Everett, 2006; Valentine & Skirton, 2004).

Læring og kompetanse kunne utvikles i et praksisfellesskap gjennom mester- svenn læring. Læring skjedde gjennom handling hvor det var mulig for svennen å observere og imitere det arbeidet som mesteren utførte (Nielsen & Kvale, 1999). Sykepleierne i studien vår erfarte at de alltid lærte noe av teamet når de var sammen om situasjoner omkring pasienten. Ved å ha vært med teamet i situasjoner der pasienten var blitt dårligere, å kunne nå i større grad handle selv. De var i stand til å iverksette de rette

tiltak og se helheten hos pasienten. Chellel, Higgs & Scholes (2006) beskrev hvordan MIG- teamet hjalp sykepleierne ved direkte å undervise og demonstrere hva de gjorde. Dette er i likhet med våre funn, så det kan synes som sykepleierne har fått innføring i et handlingsrepertoar.

For å utvikle kompetanse er det viktig med gode rollemodeller. Sykepleierne ønsket å lære av kunnskapsrike yrkesutøvelser som bidro med egne erfaringer knyttet til de situasjoner de stod overfor. Gjennom personlig deltakelse utviklet sykepleieren kunnskap og erfaring som igjen fulgte sykepleieren videre i andre situasjoner (Skår, 2010). Sykepleierne i vår studie beskrev MIG- teamet som faglig dyktige, rolige, strukturerte og at de til enhver tid de visste hva skulle gjøre. De beskrev deltakerne i teamet som veldig kompetente. Teamet tok vare på pasienten og utførte en pasientvurdering som var mer omfattende enn de selv kunne gjort. Sykepleierne erfarte at vurdering fra teamet hadde enn annen faglig karakter enn å rådføre seg med kollegaer. Det synes som MIG- teamet har vært gode rollemodeller og deres tilstedeværelse i akutte situasjoner hadde hatt avgjørende betydning for utvikling av sykepleierens handlingskompetanse og handlingsberedskap. Gode rollemodeller har betydning som her har blitt vist og som samsvarer med tidligere internasjonale funn (Chaboyer et al., 2005; Chellel, Higgs & Scholes, 2006; Richardson et al., 2004; Salamonsen & Everett, 2006). Det ble beskrevet av Gould et al. (2007) som ekspertsamarbeid som forutsetter at den ene har mer kompetanse enn de andre.

Å lære var i følge Säljö (2005) et spørsmål om å skaffe seg informasjon, ferdigheter og forståelse for å kunne avgjøre hva som var relevant i en viss sammenheng. Gulbrandsen & Stanghelle (2002) mente at skal handlingskompetansen utvikles hos svennen må mesteren ha evne til å sette ord på sine handlinger. English (1993) hevdet nettopp at kompetanseoverføring fra ekspert til novise kan være utfordrende, fordi eksperten ikke kan beskrive hva som ligger til grunn for sine avgjørelser. Gulbrandsen & Stanghelle (2002) sier at den faglige tenkningen må bli synliggjort for den uerfarne ved at den erfarne tydeliggjør sine begrunnelser og handlinger som svennen ser mesteren utføre. Valentine & Skirton (2006) opplevde at MIG-teamet gav råd og veiledning slik at det ble en god tilrettelegging for utvikling av kritisk omsorgsferdigheter i kliniske områder, noe som var i samsvar med egne funn.



Refleksjon fremmer læring og ivaretar novisens muligheter for å oppleve mestring av profesjonsoppgavene (Schön, 1987; Gulbrandsen & Stanghelle, 2002; Solli, 2008). I følge Schön (1987) utvikles kunnskapen når den tydeliggjøres i praksis enten som refleksjon i handlingen eller ved et senere tilfelle kommer sammen, og reflekterer over det en har vært med på. I egen studie kom det ikke eksplisitt frem om MIG- teamet begrunnet sine egne vurderinger/handlinger eller hadde tilrettelagt for refleksjoner sammen med post sykepleierne. Når teamet besøkte pasientrommet var sykepleieren fra sengeposten alltid tilstede. Dialogen i rommet ga mulighet for deltakelse i refleksjoner. Det fremkom at sykepleierne lærte av å se hvordan teamet gjorde sine vurderinger, kommuniserte, satte i gang tiltak og hvordan teamet arbeidet rundt pasienten. En ”løs prat” om enkelte hendelser de hadde vært involvert i, var det eneste som var beskrevet. Det kan derfor synes som om forutsetningene for god mester-svenn læring var god. Chellell, Higgs & Scholes (2006) beskrev et samarbeid mellom teamet og sykepleieren der det skjedde refleksjoner rundt årsaken til de tiltak som teamet iverksatte. Jones og Brown (1991) belyste kritisk tenkning som en kompleks kognitiv prosess som krevde en høyere refleksjon. Intensjonen med MIG-teamet er å gi råd i faglige vurderinger, men de mer utdypende refleksjoner som er nødvendig for utvikling av kritisk evne har ikke fremkommet i vår studie.

Akutte situasjoner er ikke alltid den beste læringsarenaen fordi situasjonen kan oppleves kaotisk. Allikevel har Goldman et al. (2009) vist at læring skjer selv i et kaotisk miljø. I vår studie kom det fram at det var et godt samarbeid og at sykepleierne lærte mye av teamet, men det fremkom ikke om sykepleierne og MIG teamet hadde gjort formelle refleksjoner i etterkant av akutte situasjoner. Forfatterne fikk inntrykk av at samarbeid med MIG- teamet kun var knyttet til det konkrete arbeidet som ble utført i den akutte situasjonen. MIG-teamet er et ambulerende team, slik at når pasientens tilstand var identifisert, tiltak iverksatt og situasjon igjen stabilisert, så forsvant teamet og sykepleieren ble igjen alene med pasienten.

Forfatterne må allikevel antyde at refleksjon må ha foregått. Sykepleierne i vår studie har gjort egne erfaringer av å se hvilke tiltak som har virket eller ikke. De har fått økt evne til å vite hvilke tiltak en skal starte med og er mer trygge på å handle. Det kreves refleksjon hos sykepleieren der en har gjort seg egne erfaringer av hva som gav god

effekt eller ikke. Erfaringer ble overført til sykepleierne ”bedside” (Chellell et al., 2006), i tråd med hva vi fant i vår studie. Våre sykepleiere beskrev hvordan teamet gikk systematisk fram for å identifisere pasientens tilstand. Som et resultat av dette erfarte de selv å ha fått økt forståelse og ferdigheter til å gjøre det samme. De beskrev hvordan teamet iverksatte adekvate tiltak og hvor de senere var i stand til å gi adekvate tiltak på egen hånd. Det fremkom altså at det skjedde en læring, utvikling av handlingskompetanse og handlingsberedskap, ved å se hvordan teamet arbeidet. Dawson & Mc Ewen (2005) stilte seg kritisk til argumentasjon om at MIG som konsept tilførte sykepleierne mer kompetanse. Til tross for at det er problem med å håndtere akutt syke på sengepostene var de bekymret over den risiko det var å forflytte kompetanse ut av intensivavdelingene og til sengepostene. De ønsket alternative løsninger som kunne tilføre sykepleierne en økt kompetanse på sengepostene.

Vi kan konstatere at grunnutdanningen har gitt sykepleierne en generell og grunnleggende kompetanse, men at det er stadig behov for å videreutvikle egen kompetanse. De nyutdannede behøver mer kunnskap og erfaringer. I følge Benner`s syn (1995) så er det nødvendig å arbeide på samme sted over flere år for å videreutvikle sin kompetanse. Det viste seg at avdelingens arbeidsmiljø og kollegaer hadde størst betydning for læring og kompetanseutvikling etter grunnutdanningen (Thidemann, 2005). Et hinder for kompetanseutviklingen kan være bemanningssituasjonen i sykehuset. Den kan vanskeliggjøre muligheten for læring og tydeliggjøre behovet tilstedeværelse av kompetanse. Når det er færre kollegaer å rådføre med seg og søke veiledning hos, er uerfarne sykepleierne avhengig av at erfarne sykepleiere er tilgjengelig. Sykepleierne i vår studie beskrev sin hverdag med mye ansvar, lav bemanning og vansker med å få tak i leger. Sykepleierne hadde erfart at den tilgjengelige og raske respons fra MIG- teamet ga de god tilgang på veiledning, råd og støtte i de situasjoner det var behov for det. Richardson et al. (2004) viste i sin studie at over 90 % av sykepleierne beskrev at de hadde fått råd og støtte av teamet slik at kompetansen var blitt utviklet. Sykepleierne i vår studie beskrev sammensetningen i avdelingen som en blanding av sykepleiere med og uten erfaring. De mente at å få hjelp av teamet var helt avgjørende for kvaliteten på den sykepleiefaglige vurderingen.

Klinisk kompetanse i sykepleien ble utviklet i spenningsfeltet mellom det å tilegne seg teoretisk kunnskap og klinisk erfaring (Fagermoen, 1994; Benner, 1995; Kirkevold,

1996; Adams et al., 1997; Nygren, 2004). Sykepleierne i vår studie erfarte at hjelp og støtte fra MIG hadde gjort de nyutdannede sykepleierne mer selvstendig og var sikrere i møte med pasient. De nyutdannede spurte de erfarne mindre om råd nå enn før innføring av MIG. Benner (1995) sier at en nybegynner, uerfaren sykepleier, er avhengig av prosedyrer og retningslinjer for å kunne fungere i kliniske situasjoner. Nyutdannede mestrer dårlig uforutsette situasjoner fordi de mangler kunnskaper og ferdigheter (Havn & Vedi, 1997; Norvoll, 2002). Sykepleierne våre erfarte at når de benyttet kliniske observasjonsskjemaer i pasientvurderinger så førte det til at sykepleierne som var uerfarne ble tryggere i å kunne foreta egne vurderinger. De var ikke så avhengig av de erfarne sykepleierne i sengeposten som tidligere fordi de hadde fått et ”verktøy” som hjalp dem i å foreta kliniske observasjoner av akutt syke pasienter. Det kan synes som at opplæringen i å bruke klinisk objektive vurderingsskjema har gitt de nyutdannede et verktøy til å utføre selvstendige pasientvurderinger og gitt økt handlingsberedskap. Andre studier har vist betydningen av å bruke kliniske observasjonsskjemaer (Andersson et al., 2006; Gardner-Thorpe, 2006; Higgins et al., 2008). I de studier har det derimot ikke fremkommet noe som har vist at spesielt de uerfarne blir tryggere.

Sykepleierne mente at det var mindre forskjell, nå enn tidligere, på om sykepleieren var nyutdannet eller erfaren. Det fremkom at de erfarne ble mindre spurt om vurderinger og råd i akutt situasjoner. De uerfarne visste selv hva som skulle gjøres og iverksatte tiltak. Sykepleierne erfarte at de nyutdannede var blitt mer selvgående og ikke hadde samme avhengighet av å ha en erfaren ved siden av seg hele tiden. Dette kan være et resultat av at MIG tilfører kompetanse, men det kan også ha sammenheng med at de nyutdannede hadde vært på samme avdeling i over tre år etter at MIG ble etablert. Jamfør Benner`s tanke om kontinuitet på samme avdeling over flere år. Solli (2008) hevdet at kompetanseutviklingen vil endre seg i løpet av yrkeskarrieren og at det kreves mer enn tre års erfaring for å bli tryggere på seg selv.

Sykepleierne på sengepost erfarte at den økte handlingskompetanse gav sykepleieren trygghet i møte med dårlige pasienter. Dette underbygges av andre studier (Andersson et al., 2006; Konrad, 2006). Tryggheten resulterte i en følelse av bedre å mestre utfordrende sykepleiesituasjoner. Segersten (1994) beskriver trygghet som en følelse,

indre og ytre trygghet. Den ytre tryggheten beskriver hun i ulike dimensjoner som relasjonstrygghet, stole på andre trygghet og kunnskaps- og kontrolltrygghet. Selv om Segersten (1994) knyttet trygghet til pasienters opplevelse, kan det synes som de ulike dimensjonene av trygghet kan overføres til sykepleiere som er utsatt for komplekse, ukjente og truende pasientsituasjoner. Kontrolltrygghet gikk ut på å ha kunnskap, vite hvordan ting er og hva som gjelder. Derfor er det viktig å kjenne sin egen og andres roller og vite hva en kan forvente av andre og seg selv. Det handler om å vite at man klarer ting og at man behersker ulike situasjoner. Det kan synes som MIG's hjelp og støtte har gitt sykepleiere i sengeposten økt kontrolltrygghet.

Forfatterne benyttet fenomenografisk tilnærming i studie. Hensikten var å finne en variasjon, ikke sammenligne funn opp mot hverandre. Allikevel var det interessant å oppdage at informantene fra det sykehus med lengst erfaring med MIG løftet fram økt kompetanse som et av de tydeligste funnene. Derimot trakk informantene fra sykehus med kort erfaring fram at rask hjelp var den største gevinsten. Dette kan forklare det Benner (1995) mente om at det tok tid å bygge opp kompetanse. Forutsetningene for en effektiv læring på en arbeidsplass var at det ble skapt handlingsrom og at læringen anpasset sykepleierens utviklingstrinn. Sykepleierne i studien bestod av både nyutdannede og erfarne sykepleiere. Av den grunn var det forståelig at sykepleierne hadde ulike behov for kompetansetilførsel. Majoriteten av sykepleiere i studien hadde forholdsvis lang erfaring, men samtlige informanter bekreftet at en læring hadde skjedd gjennom tilstedeværelse av MIG-teamet i avdelingen. Det kan derfor synes som at læringen har vært tilpasset den enkeltes utviklingsnivå.

## Metode diskusjon

### **Studiens troverdighet**

Forfatterne vil nå diskutere hvordan studiens gyldighet, pålitelighet og overførbarhet var knyttet inn i de ulike trinnene i prosessen.

I introduksjon kan forfatterne ikke vise til noen norsk forskning innen tematikken om MIG. Vi har fått tilgang til en norsk prosjektevaluering fra det sykehuset som var først ute med å få etablert Mobil Intensiv Gruppe. Forfatterne opplevde det som en svakhet

og ikke kunne henvise til noe norsk forskning, men det er så langt ikke publisert noen studier på dette.

## **Gyldighet og pålitelighet**

### *Begrunnelse for valg av metode*

I denne studien ble det benyttet kvalitativ metode med fenomenografisk tilnærming. I fenomenografi er en ute etter å finne kvalitativt ulike oppfatninger av et fenomen. Forskeren er opptatt av hvordan den enkelte beskriver, analyserer, forstår og erfarer dette. I beskrivelseskategoriene er det fokus på å få fram variasjonen. Av den grunn oppleves denne metoden relevant for studien.

Som forfattere var vi klar over at kvalitativ metode alene hadde sine begrensninger. Å bruke metodetriangulering kunne gitt studiens problemstilling og forskningsspørsmål flere ulike perspektiver, som kunne bidratt til et større nyansert bilde (Polit & Beck, 2008), og vært med på å bidra til større gyldighet og troverdighet (Jacobsen, 2003). Rammene på denne studien begrenset dette. Dersom rammene hadde vært til stede kunne fokusgruppe vært et godt alternativ til en triangulering i undersøkelsen. Fordelen med fokusgruppe er at metoden gir annen mulighet for datainnsamling om et tema ved at det er mange informanter samtidig og muligheten for gode diskusjoner og refleksjoner løftes frem.

Hos enkelte informanter i studien var datainnsamlingen begrenset. Ved å benytte fokusgruppeintervjuer kunne forfatterne benyttet gruppedynamikken som en metode for å få fram mer fyldige data om temaet (Polit & Beck, 2008). I fokusgruppeintervjuer er det ønskelig at deltakerne skal være relativt homogene, men med ulike oppfatninger og erfaringer, som gjør at diskusjonen får fram ulike nyanser. Utfordringen er at hvis disse personer står hverandre nær, som en kan tenke seg gjelder personer som jobber sammen over tid, kan det legges føringer på hva og hvordan de legger frem sine synspunkter og tanker om temaet. Dette kan gjøre at personene svarer veldig likt og variasjonen blir borte. Det ville ha vært en svakhet ved en fenomenografisk metode som ønsker variasjon.

Spørsmålet om troverdighet i fenomenografiske studier blir et spørsmål om hvor bra eller hvor nøyaktig kategoriene lykkes med å kommunisere meningsinnholdet (Uljen 1989). For å analysere funnene i det innsamlede materialet ble det valgt de syv analysestrinn av Dahlgren & Fallsberg (1991). Forfatterne benyttet denne analysemetode da metoden var godt beskrevet i en artikkel der Dahlgren og Fallsberg (1991) redegjorde for de ulike trinn. Ved å søke på fenomenografiske studier oppdaget forfatterne at denne analysemetoden var også benyttet av andre og opplevde det som en styrke.

Enhver metode har sine begrensninger. Forskeren er måleinstrumentet og dette preger alle leddene i forskerprosessen. Forfatterens bakgrunn som intensivsykepleiere kan påvirke intervjusituasjonen både i positiv og negativ retning. Ved at forskerne har denne bakgrunnen kan sykepleierne i studien bli reservert i intervjusituasjonen men på den andre siden kan det føre til at sykepleierne opplever å bli møtt med en god forståelse. Som forskere er vi noviser og det er en svakhet. Det kan være enkeltpersoner blant informantene som vil kunne dominere slik at deres utsagn blir dekkende for mange. Dersom andre informanter ble valgt kunne andre data ha fremkommet.

### *Utvalg*

Studien benyttet strategisk utvalg som forfatterne mente kunne gi best mulig informasjon om temaet studien ønsket å belyse (Polit & Beck, 2008). Tilfeldig strategisk utvalg kan øke studiens troverdighet (Jacobsen, 2003).

Utvalget bestod av sykepleiere, fra medisinsk og kirurgisk sengepost, på to ulike somatiske sykehus. Sengepostene representerte en variasjon på grunn av sine ulikheter i pasientgrunnlag, organisering og avdelingsmiljø/kultur.

Det ene sykehuset hadde øyeblikkelig hjelp funksjon og det andre sykehuset hadde elektive pasient innleggelser. Begge sykehus hadde etablert MIG, men etableringen var i ulike tidsrom. Det var med både kvinner og en mann i studien. Svakheten var at studien ikke lyktes med å inkludere mer enn en mann. Bredde og variasjon ble sikret og det opplevdes at informantene var relevante for undersøkelsen. Det trenger ikke å

bety at dette var representativt (Jacobsen, 2003). Forfatterne opplevde at utvalget bidro til at gyldigheten ble sikret i datamaterialet.

Antall sykepleiere var tilstrekkelig, for stort datamaterialet garanterte ikke mer data (Kvale, 1997).

For å skulle delta i denne studien måtte sykepleierne ha erfaring med MIG. Det var noe vanskelig å rekruttere informanter fra et sykehus som nylig hadde innført konseptet, men etter hvert ble det inkludert tre informanter og to pilotintervju. Det andre sykehuset hadde vært tidlig ute med å få etablert MIG, og her var tilgangen bedre slik at åtte informanter ble inkludert.

Det var viktig å vurdere om inklusjonskriterier var hensiktsmessig med tanke på studiens hensikt. Alle sykepleierne var kjent med MIG-konseptet og hadde hatt erfaring med å ha MIG-teamet i avdelingen. Forfatterne opplevde å intervju sykepleiere som selv ikke hadde stått i direkte situasjoner med MIG-teamet. Det ble vurdert om disse informanter skulle ekskluderes i studien. Ved at konseptet er nytt var det naturlig at enkelte informanter hadde noe begrenset erfaring med MIG-teamet. Det opplevdes derfor vanskelig å skulle ekskludere informanter ved at de hadde erfaring av MIG-teamet i avdelingen, selv om de selv ikke hadde vært i pasientsituasjoner med dette teamet. Forfatterne valgte derfor å ha de med i studien, da de var i fåtall, men vi ser at disse informanter kan representere en svakhet i studien.

Alle informanter som ble inkludert hadde hatt erfaring med MIG. Erfaring med MIG varierte fra 5 måneder til 4 år. Mindretallet hadde kort erfaring med MIG som skyldtes at konseptet var nylig etablert på det sykehuset informantene arbeidet ved. Svakheten ved studiet kan være den korte erfaringen hos enkelte informanter, men det gir samtidig den variasjon forfatterne var ute etter.

### *Datainnsamling*

I dette studiet ble det valgt kvalitativt intervju. Forfatterne benyttet en intervjuguide slik at emnene og tiden som var tenkt brukt ble ivaretatt, og åpne spørsmål gjorde datainnsamlingen god. Intervjuguiden ble utformet i tråd med Kvale` (1997) anbefalinger. Det ble utført to pilotintervjuer og kunne muligens ha gjort noen til. Ved

at tilgangen på forskerfeltet tok noe tid, det første sykehus som åpnet forskerfeltet hadde begrenset mulighet til å frigi informanter, lot dette seg ikke gjøre. Intervjuteknikken ble bedre etter hvert.

Intervjuene foregikk på det sykehuset informantene arbeidet ved. Forfatterne hadde ingen tidligere relasjon til de sykehusene der intervjuene ble utført. Det og ikke forske på et eget arbeidsfelt var en styrke (Kvale,1997). Som forfattere ønsket vi å skape en god og avslappende atmosfære som var viktig i intervjusituasjonen fordi det gav mulighet for at samtalen skulle flyte lettere. Ved at intervjuene foregikk på et kjent sted for informantene kunne det skape en trygghet. Derimot foregikk intervjuene på møterom og kontorer som kan skape en kunstig kontekst, såkalt konteksteffekt (Jacobsen, 2003). Som forfattere var vi derfor opptatt av å gjøre intervjusituasjonen på disse steder så naturlig som mulig. Det viktigste instrumentet i kvalitative studier er forskeren selv, og derfor vil dens ferdigheter innen kommunikasjon og væremåte være av stor betydning for kvaliteten på data (Kvale, 1997; Polit & Beck, 2008). Forfatterne har hatt mye erfaring med å samtale med mennesker, både pasienter, studenter og kollegaer. En av forfatterne har veilederkompetanse, trinn 2, mens den andre har arbeidet som fagsykepleier og arbeider nå som faglærer på en høyskole. Vi har derfor både kunnskaper om, og erfaring med aktiv lytting, bruke tid til refleksjon og skape trygghet. Forfatterne har god erfaring med å lese kroppsspråk, improvisere, se helheten i situasjonen og trygghet til å kunne fokusere på informanten. Av den grunn oppleves vår kompetanse som en fordel og relevant, slik at kvalitative intervjuer blir tilrettelagt slik litteraturen anbefaler (Kvale, 1997; Polit & Beck, 2008). Informantene gav uttrykk for i etterkant av intervjuet at situasjonen hadde vært positiv, ikke belastende.

Det ble utført ni intervjuer på to dager grunnet en forholdsvis stor avstand til det andre sykehuset. Intervjuene ble fordelt mellom forfatterne og gav en rask bedring av intervjuteknikken. Det ble lagt gode tidsintervaller mellom hvert intervju og selve intervjusituasjonen med informasjon i forkant og noe oppfølging i etterkant varte ca 45 minutter. Etter hvert intervju kom forfatterne sammen og samtalte om faktorer som kunne bedre intervjuteknikken. Det gikk på hvor informanten satt i forhold til intervjueren. Det ble samtalt om hvordan vi skulle vise interesse for informantens



erfaringer ved å se på vedkommende, nikke og smile, men samtidig være oppmerksomme på vårt kroppsspråk slik at dette ikke skulle ”styre” den enkeltes oppfatning.

Risiko eller belastning som deltakerne gjennom kvalitative studier kan utsettes for er fordreining og gjenkjennelse (Malterud 2008). Forfatterne er intensivsykepleiere og dette kan ”farge” vår oppfatning om bruk av Mobil Intensiv Gruppe. Vi mener at intensivsykepleierens kompetanse kan brukes utenfor intensivavdelingen. Dette kan påvirke informantene i intervjusituasjonen, og derfor ble sykepleierne informert via informasjonsskrivet at forskerne var studenter ved Høgskolen i Gjøvik, men ikke om vår bakgrunn som intensivsykepleiere. I forskningsplanen som ble sendt sammen med informasjonsskrivet, til avdelingslederne, kom det fram at forfatterne var intensivsykepleiere. MIG-teamet består blant annet av en intensivsykepleier. Det ble derfor valgt og ikke å fokusere på bakgrunn som intensivsykepleiere, slik at det kunne ha noen innvirkning på hva sykepleierne ønsket å fortelle i intervjusituasjonen. På den annen side kan forfatterne ubevisst gjennom kroppsspråk ha signalisert en forforståelse slik at det kan ha hatt effekt på den som ble intervjuet. Som forfattere ble det reflektert over dette i forkant av alle intervjuer slik at resultatene ikke skal få en slagside som Jacobsen (2003) beskriver. Etter avsluttet intervju ble det gjort noen oppsummeringer av momenter sammen med informanten, som kom fram i intervjuet, slik at informanten hadde mulighet til å kunne tilføye, utdype eller trekke tilbake noe som tidligere var sagt. Forfatterne oppsummerte tilslutt for å få en tilbakemelding om dette var korrekt oppfattet og at vår tolkning var i tråd med informantens selvforståelse. Dette var en styrke slik at datainnsamlingen ble mer troverdig.

I intervjusituasjonen ble det oppdaget at noen sykepleiere hadde ikke satt seg godt nok inn i informasjonsskrivet. I informasjonsskrivet, som hver enkelt hadde fått levert fra sin leder, ble det informert om at studien ville fokusere på MIG-teamet. Forfatterne opplevde at noen informanter snakket om MIG konseptet, inkludert MEWS og undervisning, og ikke spesifikt det rådgivende team. Det gjaldt hovedsakelig informanter som hadde manglende erfaringer med å stå direkte i situasjoner med MIG-teamet. Dette kan ha ført til begrensninger i datainnsamlingen og dermed ha påvirket påliteligheten. Derimot, innledningsvis i hvert intervju ble det brukt tid til uformell

småprat for å skape en lett og fin tone hvor forfatterne pånytt gikk igjennom informasjonsskrivet og tydeliggjorde hensikten med studiet.

Erfarte at informantene ikke alltid ga detaljerte og gode reflekterte beskrivelser, noe som kunne skyldes forfatternes reduserte intervjueregenskaper. Vi har sett i ettertid at, i enkelte intervjuer, kunne en ha gått dypere inn i noen temaer og stilt de gode oppfølgingsspørsmålene som beskrives som de røde lys (Kvale, 1997). Dette kunne ha åpnet opp for videre refleksjon, men på en annen side kunne noe manglende refleksjoner skyldes at MIG var nytt og grundige refleksjoner manglet. Dataene kunne ha blitt mer utfyllende dersom intervjuguiden hadde fulgt med informasjonsskrivet. På den måten kunne informantene ha forberedt seg på de spørsmålene som ble stilt. Men innen den fenomenografiske metoden så ønskes det å få fram variasjonen i oppfatningene, noe som muligens kunne blitt mindre ved at informantene kunne snakke sammen i forkant av intervjuet og fått en mer samlet oppfatning.

I følge Sjøstrøm & Dahlgren (2002) er semistrukturerte intervjuer anbefalt innen fenomenografisk forskning og forfatterne valgte derfor dette.

Det ble brukt lydopptak slik at forskerne fikk nøyaktige nedtegninger av informantenes utsagn.

### *Dataanalyse*

Intervjuene i denne studien ble analysert etter Dahlgren & Fallsberg (1991). I studien kom det fram tre beskrivelseskategorier. Underveis i analysen søkte vi et utall ganger tilbake til råmaterialet for å validere studien innhold, slik at det ikke ble forfatternes tolkning men det informanten sa. Denne prosessen er beskrevet tidligere i masteroppgaven. Forfatterne ønsket åpenhet om prosessen slik at studien kan bli troverdig. Derfor har forfatterne gitt en presis beskrivelse av hver del i forskningsprosessen, presentert spørsmålene i intervjuet, gitt en forsiktig beskrivelse av analysen og konklusjon, noe som har styrket troverdigheten i studien.

Forfatterne hadde manglende erfaring med å finne de rette beskrivelseskategorier som gjorde det vanskelig å se andre muligheter enn de valgte kategorier. Forfatterne har hele tiden vært i veiledning av en svært erfaren forsker som kan kompensere for en del

av forfatterens mangler. Forskeren har sørget for at trinnene i forskerprosessen ble kvalitetssikret, hvor sluttproduktet er de ulike beskrivelseskategorier. Beskrivelseskategoriene har, til dels, vært sammenfallende med de prosjektevalueringer som er gjort i Norge blant sykepleierne etter etablering av MIG. Forskning i andre land kunne konkludere med noe av de samme effekter av konseptet som vi har kommet fram til i denne studien. En sykepleier som ikke var delaktig i studien ble bedt om å gi noen synspunkter angående funn. Vedkommende opplevde beskrivelsen av før og etter etablering av MIG som identifiserbart og gjenkjennende. Det opplevdes derfor at egne konklusjoner var sammenfallende med enkelte andre undersøkelser. Med bakgrunn i Jacobsen (2003) kan vi si at gyldigheten er blitt styrket, men ikke at undersøkelsen er sann.

## **Overførbarhet**

Ved å benytte sitater i resultatets funn har forfatterne ønsket å tydeliggjøre og nyansere variasjoner i oppfatninger. Forfatterne har benyttet sitater fra de fleste informanter. Å bruke sitater i presentasjon av resultater vil øke overførbarheten ved at dette vil gi leserne mulighet til å gjøre egne refleksjoner (Jacobsen, 2003). Forfatterne har vektlagt å vise sammenhenger mellom sitat og kategorier slik at andre kan følge denne sammenhengen.

Om funn fra denne studien har gyldighet i en annen kontekst er avhengig av graden av likhet med denne konteksten og den aktuelle. Som forfattere har vi prøvd å gi en fyldig beskrivelse slik at andre kan danne seg et bilde av den konteksten vi stod i, og så må den enkelte vurdere om deres kontekst og vår kontekst kan overføres.

Som forfattere vil vi være forsiktig med å komme med sterke generaliseringer etter å ha foretatt en kvalitativ studie basert på et fåtall informanter. Allikevel i følge Jacobsen (2003) kan det ved at flere studier kan påvise noe av det samme resultatet til en viss grad hevde at dette fenomenet kan overføres til en større populasjon av enheter. Det kan overføres fra empiri til teoriplan, men i omfang og hyppighet er det derimot svakt.

## Anbefalt videre forskning

I Norge er det så langt ikke utført kvalitativ eller kvantitativ forskning av MIG konseptet og dens betydning for sykepleiere eller pasienter. Konseptet er nytt og fremdeles ikke innført på en rekke norske sykehus. Dette gir store muligheter til forskning på en rekke områder.

Studien vår avdekker behov for videre forskning innen samme emne som valgt i denne studien, men fokusere på andre interessante spørsmål utover støtte og hjelp i faglige vurderinger.

Det kunne være interessant å forske på sykepleierens anvendelse av MEWS- kriterier i pasientobservasjoner og hvordan dette påvirker sykepleiernes kompetanseutvikling.

Andre områder kan være dokumentasjon i forhold til behandling av akutt syk pasient på sengepost med utgangspunkt i det kvalitetsarbeidet som pågår kontinuerlig i sykehuset.

Forskningsbasert kunnskap er et satsningsfelt og brukermedvirkning blir derfor viktig. Betydningen for hvordan pasientene opplever å være mottaker av MIG konseptet vil derfor være et aktuelt forskerperspektiv.

Samhandlingsreformen er satsningsområde for norske helsemyndigheter og ønsker at kompetansen skal kunne overføres på tvers av ulike avdelinger. Det kunne være interessant å forske på om MIG konseptet kunne ha vært til nytte i andre helse etater utenfor sykehuset.

## Betydning for klinisk sykepleie

Det overordnede mål for etablering av MIG konseptet har klare intensjoner om at det er av betydningen for pasientene i sykehusene. Det skal gi økt pasientsikkerhet ved at personale med høyere kompetanse kommer raskt til sengepostene og bistår

sykepleierne i situasjoner med akutt syk pasient. Det skal bidra til god sykepleieutøvelse overfor pasientene.

Tilgangen av MIG har betydning for sykepleierne i sykehuset for at det gir økt mulighet for egen kompetanseutvikling hos sykepleierne.

Det gir i tillegg mulighet for et bedre arbeidsmiljø og økt arbeidstilfredshet blant sykepleierne. Sykepleierne blir tryggere i sin yrkessituasjon ved å vite at de får hjelp og støtte til å utvikle sin sykepleiekompetanse overfor akutte syke pasienter i sykehuset.

Studien viser at sykepleierne har fått økt kompetanse om vitale objektive kriterier som sykepleieren bruker i pasientvurdering med akutt syk pasient i sengepost. Objektive kliniske pasientvurderinger har ført til at sykepleierne nå foretar en mer objektiv vurdering av pasienten i motsetning til tidligere da de brukte ”skjønn” når faglige vurderinger skulle tas. Kliniske objektive kriterier har styrket sykepleierens faglige argumentasjon til MIG teamet og legene på sengepost. Sykepleierne vil kunne gi mer adekvate og sykepleiefaglig opplysninger i samarbeid med andre yrkesgrupper. Betydning for akutte syke pasienter vil være rask og adekvat behandling når pasienttilstanden blir truende.

Fremtiden i norske sykehus synes å være økende med eldre og alvorlige syke pasienter på sengeposter. For å kunne ivareta disse utfordringene kreves det handlingskompetanse hos sykepleierne for å gi økt pasientsikkerhet. Skal sykepleierne kunne få mulighet for å utvikle handlingskompetansen må forholdene legges til rette for kritisk tenkning slik at kompetansen videreutvikles. De økende krav både til effektivitet og kvalitet i sykehusene gjør dette til et svært aktuelt og viktig område.

Praksisfellesskapet, mester/svenn læring, å kunne reflektere med andre, et godt sosialt miljø og kontinuitet i arbeidslivet kan være gode alternativer der sykepleieren kan videreutvikle sin kompetanse. Det er avgjørende for sykepleieren å kunne delta i komplekse situasjoner der læring skjer ved å se på andre og /eller øve seg med en ”mester” tilstede. For sykepleierne betyr det en mulighet for kompetanseutvikling ved å få en læringsarena med personal med høyere kompetanse.

## REFERANSER:

- Andersson, C., Olsson, M., Hvarfner, A. & Engstrøm, M. (2006). Mobil intensivvårdsgrupp gav färre hjärtstopp och bättre arbetsmiljö. *Läkertidningen* (46), 103, 3613 – 16.
- Aiken, L. et al. (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *JAMA*; 288, 1987 – 1993.
- Ball, C., Kirkby, M. & William, S. (2003). Effect of the critical care outreach team on patient survival to discharge from hospital and readmission to critical care: Non-randomized population based study. *British Medical Journal*, 327, 1014-1017.
- Barbetti, J. & Lee, G. (2008). Medical emergency team: a review of the literature. *Nursing in Critical Care* 13, (2), 80 – 85.
- Bellomo, R., Goldsmith, D., Uchino, S., Buckmaster, J., Hart, GK., Opdam, H., Silvester, W., Doolan, L., & Gutteridge, G. (2003). A prospective before – and-after trial of a medical emergency team. *Med J. Aust*, 179, (6), 283-7.
- Bellomo, R., Goldsmith, D., Uchino, S., Buckmaster, J., Hart, GK., Opdam, H., Silvester, W., Doolan, L. & Gutteridge, G. (2004). Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates. *Crit Care Med.*, 32, (4), 916-21.
- Benner, P. (1995). *Fra novice til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. København: TANO Forlag.
- Bradford, D., Pham, J. & Pronovost; P.J. (2006). Rapide Response Teams – Walk, Don't Run. *Jama*. 296, (13), 1645 – 1647.
- Bradford, D., Winters, Ph. D., Pham, J., MD, E., Hunt, A., Guallar, E., Berenholtz, S. & Pronovost, P. (2007). Rapid response systems: A systematic review. *Critical Care*.
- Cant, R. & Cooper, S. (2009). Simulation – based learning in nurse education: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 66, (1), 3.

- Cash, K. et al. (1995). Benner and expertise in nursing: a critique. *Int. J. Nurs: Stud.*, 32, (6), 527-534.
- Caspersen, J. (2007). Kvalifisering av nyutdannede sykepleiere – en undersøkelse av læringsstrategier av nyutdannede sykepleiere i arbeidslivet, *HIO – rapport*. 12/2007.
- Chaboyer, W.et.al. (2005). The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses`perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 14, (6), 766-775.
- Chellel, A., MA, PGDE., BSc, BA., RNT & RGN. (2002). Nursing observations on ward patients at risk of critical illness. *Nursing Times*, 98, (46), 36 - 39.
- Chellel, A., Higgs, D., & Scholes, J. (2006). An evaluation of the contribution of critical care outreach to the clinical management of the critically ill ward patient in two acute NHS trusts. *Nursing in Critical Care*, 11, (1), 42-51.
- Cowan, D.T., Norman, I., & Coopamah, V.P. (2005). Competence in nursing practice: a controversial concept – a focused review of literature. *Nurse Education Today*, 24, 355-362.
- Cox, H., James, J., Hunt, J. (2006) The experiences of trained nurse caring for critically patients whining a general ward setting. *Intensiv and Critical Care Nursing*, 22, 283-293.
- Cutler, L. (2002). From ward-based critical care to educational curriculum 2: a focussed ethnographic case study. *Intensive Crit Care Nurs*, 18, 280 - 91.
- Dahlgren, L. O. & M. Fallsberg. (1991). Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. I: *Journal of Social and Administrative Pharmacy*, 8 (4), 150 - 156.
- Dawson, D. & Mc Ewen, A. (2005). The influence of outreach in the development of the nurse consultant role in critical care: Cause or effect? *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 4 - 11.

De regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (2006). Lokalisert 19 januar 2009 på <http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer>

Dysthe, O. (2001). *Dialog, samspel og læring*. Abstrakt forlag. Oslo.

English, I. (1991). Intuition as a function of the expert nurse: a critique of Benner's novice to expert model. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 387 - 393.

Eraut, M. et al. (2004). Learning in the professional workplace: Relationships between Learning factors and Contextual Factors. *Paper for the American Educational Research Association (AERA) Research Conference, San Diego*.

Esmonde, L., McDonell, A., Waskett, C., Morgan, R., Rashidian, A., Bray, K., Adam, S. & Harvey, S. (2006). Investigating the effectiveness of critical care outreach services: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 32, (11), 1713 – 1721.

Facione, P. A., Facione, N. C. & Giancarlo, C. A. (2000). The disposition toward critical thinking: its character, measurement, and relationship to critical thinking skill. *Informal Logic*, 20, (1), 61 - 84.

Fereday, J. et al. (2006). The role of performance feedback in the self-assessment of competence: A research study with nursing clinicians. *Journal of the Royal College of Nursing Australia*, 13, (1), 10 - 15.

Franklin, C., Mathew, J. Developing strategies to prevent in hospital cardiac arrest: analyzing responses of physicians and nurses in the hours before the event. *Crit Care Med.*, 22, (2), 244 – 247.

Fuhrmann, L., Lippert, A., Perner, A. et al. (2008). Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general wards. *Resuscitation*, 77, (3), 325 - 30.

Gardner- Thorpe, J., Love, N., Wrighton, Walsh, S., Keeling, N. (2006); The value of modified Early Warning Score (MEWS) in surgical in patients: a prospective



observational study. *The Royal Collage of Surgeons of England: Ann R. Colli Surg Engl*, 88, 571 – 575.

Giro, E. A. (2000). Graduate nurses: critical thinkers or better decision makers? *Journal of Advanced Nursing*, 31, (2), 288 - 297.

Godhill, D. R., Worthington, L. M., Mulcahy, A. H., & Tarling, M. M. (1999). Quality of care before admission to intensive care. *BMJ*, 318, 195.

Goldman, E., Plack, M., Roche, C., Smith, Jeffrey., & Turley, C. (2009). Learning in a chaotic environment. *Journal of Workplace Learning*, 21, (7), 555.

Gould, D et.al. (2007). Promoting Patient Safety: the Rapid Medical Response Team. *The Permanente Journal*, 11, (3).

Grimes, C., Thornell, B., Clark, A. P., Viney, M. (2007) Developing Rapid Response Teams, Best Practices Through Collaboration; *Clinical Nurse Specialist*, 21.

Gulbrandsen, T. & Stubberud, D. G. (2005). *Intensivsykepleie*. Oslo: Akribe AS.

Gulbrandsen, T. & Stanghelle, L. (2002). Den gjennomsluktige praksis. *Sykepleien*, 90, (21), 37 - 39.

Havn, V. & Vedi, C. (1997). På dypt vann- om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møte med en somatisk sengepost. Trondheim: SINTEF-IFM.

Helsepersonelloven (2008). Lov om helsepersonell. Lokalisert 7. april 2009, på Lovdata.

Higgins, Y. et al. (2008). Promoting patient safety using an early warning scoring system. *Nursing Standard*, 22, (44), 35 - 40.

Hillman, KM., Bristow, PJ., Chey, T., Daffurn, K., Jaques, T., Norman, SL., et al. (2002). Duration of life-threatening antecedents prior to intensive care admission. *Intensive Care Med.*, 28, 1629 – 34.

- Hillman, K., Chen, J., Cretikos, M. et al. (2005). Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster – randomized controlled trial. *Lancet*, 365, 2091 - 7.
- Hjort, P.E. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten - en lære-, tenke- og faktabok*. Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Illeris, K. (2003). Workplace learning and learning theory. *Journal of Workplace Learning* 15,(4), 167 - 178.
- Jacobsen, D. I. (2003). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: HøyskoleForlaget AS.
- Jeffries, P. R. (2007). *Simulation in nursing education: from conceptualization to evaluation*. New York: Natl. League for nursing.
- Jones, D., Egi, M., Bellomo, R. & Goldsmith, D. (2007). Effects of the medical emergency team on long - term mortality following major surgery. *Critical Care*, 11, (doi:10.1186/cc5673)
- Jones, S.A. & Brown, L.(1991). Critical thinking: impact of nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 529 - 533.
- Kaupang, T., Næss, T. & Søndena, A. (2000). Å lære i et stressfylt arbeidsmiljø. *Fagoscopet*. 2 , 19 – 22.
- Kause, J., Smith, G., Prytherch, D., Parr, M., Flabouris, A., & Hillman, K. (2004). A comparison of antecedents to cardiac arrests, deaths and emergency intensive care admissions in Australia and New Zealand, and the United Kingdom – The ACADEMIA study. *Resuscitation*, 62, 275 – 282.
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis*. Ad Notam Gyldendal AS.
- Konrad, D. (2006). MIG: en intensivvårds Revolution. Stärka medicinska och etiska skäl att satsa på mobil intensivvårdsgrupp. *Lækertidningen*, 103, 3594 - 5.

Konsmo, T. (1995). *En hatt med slør.... Om omsorgens betydning for sykepleie- en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. TANO AS.

Knudsen, Ø. (2008). Sykepleiepraksis i akutt situasjoner. I Haugen, J. E. & Knudsen, Ø. *Akuttmedisinsk sykepleie- utenfor sykehus* (s. 19 - 30). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 2.utg.

Kramer, M et al. (2004). Essentials of A Magnetic Work Environment Part 1 *Nursing*, 34, (6), 50 - 54.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E-A. (2005). *Grunnleggende sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Krogstad & Foss (1997). *Det handler om å kunne snu seg*.

Krogstad, U. (2002). Sykehusorganisasjoner sett med personalets øyne. *Tidsskrift Norsk Lægeforening nr 19*, 122, 1890 - 4 Lastet ned fra [www. Tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no) 11.4 2010.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Lave, J. & Wenger, E. (2003). *Situert læring og andre tekster*. København: Hans Reitzels Forlag.

Le- Fevre, A. (2008). *Critical thinking and Clinical Judgement. A practical approach*. Philadelphia: Elsevier-Saunders.

Lepp, M., & Ringsberg, K.C. (2002). Phenomenography - a qualitative research approach. I L. R-M. Hallberg (Red.), *Qualitative Methods in Public Health Research* (s.105-135). Lund: Studentlitteratur.

Mailey, J., Digiovine, B., Baillod, D., Gnam, G., Jordan, J. & Rubinfeld, I. (2006). Reducing Hospital Standardized Mortality Rate With Early Interventions. *Journal of Trauma Nursing*, 13, (4), 178.

Mc Gaughey, J., Alderdice, F., Fowler, R., Kapila, A, Mayhew, A., & Moutray, M. (2009). Outreach and Early Warning Systems for the prevention of Intensive Care

admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews 2010*. Issue 3.

Mc Quillan, P., Pilkington, S., Allen, A., Taylor, B., Short, A., Morgan, G., Nielson, M., Barrett, D & Smith, G. (1998). Confidential inquiry into quality of care before admission to intensive care. *British Medical Journal*, 316, 1853 - 1857.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Maben, J., Latter, S. & Clark, J. M. (2006). The theory – practice gap: impact of professional – bureaucratic work conflict on new – qualified nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 55, (4), 456 – 477.

Marton, F. (1981). Phenomenography – describing conceptions of the world around us. *Instructional science*, 10, 177 – 200.

Marton, F. (1986). Phenomenography -a research approach to investigating different understandings of reality. *Journal of Thought*, 21, (3), 28 - 49.

Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand.

Melby, A. K. (2008). *Innføring av mobil intensiv gruppe Sykehuset Østfold Moss. Sluttrapport*. Upublisert paper sendt fra prosjektleder ved Sykehuset Østfold Moss.

Miller, M.(1992). Outcomes evaluation: measuring critical thinking. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1401 - 1407.

Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2007). *Å være akutt kritisk syk*. Gyldendal Norsk Forlag AS, 2.utg.

Nagelsmith, L. (1995). Competence: An evolving concept. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 26, (6), 245 - 248.

NOU (1998). Det er bruk for alle. Helse og Omsorgsdepartementet.

Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverholt, B. og Reinart, L.M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert. En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.

Norvoll, R. (2002). Gap mellom utdanning og yrke. *Sykepleien*, 90, (5), 52 – 56.

Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo; Cappelen Akademiske Forlag.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Priestley, G., Watson, W., Rashidian, A., Mozley, C. et al. (2004). Introducing Critical Care outreach: a ward-randomised trial of phased introduction in a general hospital. *Intensive Care Medicine*, 30, (7), 1398.

Proehl, J. A. (2002 a). Assessing emergency nursing competence. *Nursing Clinics of North America*, 37, (1), 97 – 110.

Richardson, A., Burnand, V., Colley, H., & Coulter, C. (2004). Ward nurses' evaluation of critical care outreach. *Nursing in Critical Care*, 9, (1), 28 - 33.

Ryan, H., Cadman, C., & Hann, L. (2004). Setting standards for assessment of ward patients at risk of deterioration. *British Journal of Nursing*, 13, (20), 1186.

Samdata (2008). Nøkkeltall for spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgsdepartementet.

Salamonson, Y. & Everett, B. (2006). Voices from the floor: Nurses perceptions of the medical emergency team. *Intensive and Critical Care Nursing*, 22, 138 - 143.

Schein, R.M., Hazday, N., Pena, M. et al. (1990). Clinical antecedents to in-hospital cardiopulmonary arrest. *Chest*, 98, 1388 - 1392.

Segersten, K. (1984). *Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet*. Stockholm: Segersten Förlag.

- Sjøstrøm, B. & Dahlgren, L. O. (2002). Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 40, (3), 339 - 345.
- Skår, R. (2010). Læringsprosesser i sykepleiers profesjonsutøvelse. En studie av sykepleiers læringserfaringer. Dissertation for the degree of philosophia doctor. University of Bergen, Norway.
- Smeby, J. C. & Vågan, A. (2007). Fra utdanning til arbeid. I H.Alvsvåg & O. Førland (Eids.). *Engasjement og læring i fagdidaktiske perspektiver på sykepleie*. Oslo: Akribes forlaget.
- Smith, S. et al. (2008). An audit of nursing observations on ward patients. *Nursing Times*, 98, (46), 36 - 38.
- Solli, H. (2008). Nyutdannede sykepleieres utvikling fra handlingsberedskap til handlingskompetanse. *Klinisk sykepleie*, 22, (3), 4 – 13.
- Solvoll, B-A., & Heggen, K. (2003). Læring i sykepleiepraksis. I Bjørk, I.T., & Bjercknes, M. S. *Å lære i praksis- en veiviser for studenten* (s.15-44). Universitetsforlaget.
- Starrin, B & Svensson, P- G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Studentlitteratur, Lund.
- St. melding. 47. (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Sosial- og Helsedepartementet.
- Sveiby, K. E & Simons, R. (2002). Collaborative Climate and Effectiveness of Knowledge Work. *Journal of Knowledge Management*, 6, (5), 420 - 433.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget. 2. utg.
- Thidemann, I-J. (2005). Den sårbare læringsarenaen- om praksisfellesskapets implikasjoner for sykepleieres læring og kompetanseutvikling. *Vård i Norden*, 75, (25), no 1: 10 - 15.

Uljens, M. (1989). *Fenomenografi – forskning om oppfatningar*. Sweden: Studentlitteratur.

Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Fastsatt jan. 2008.

Valentine, J.& Skirton, H. (2006). Critical care outreach: a meaningful evaluation. *Nursing in Critical Care*, 11. (6), 288 - 96.

Wangensteen, S., Johansson, I. S., Bjørkstrøm, M. E. & Nordstrøm, G. (2010). Critical thinking dispositions among newly graduated nurses. *Journal of Advanced Nursing*, Doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05282.x.

Whelan, Y. (1997). Cardiac arrest: the skills of the emergency nurse practitioner. *Accident and Emergency Nursing*, 5, (2), 107 - 110.

Winters, B. D., Pham, J., Pronovost, P. J. (2006). Rapid Response Teams – Walk, Don't Run; *Jama*, 296, (13), 1645 – 1647.

Wolfe, B. (2008). Implementing an ICU outreach team model. *Dynamics*, 19, (1), 24 - 9.

## **VEDLEGG**

Vedlegg 1. Samtykke erklæring

Vedlegg 2. Intervjuguide

Vedlegg 3. Forespørsel om å få gjennomføre individuelle intervjuer



## Vedlegg 1. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie. Vi er studenter ved Høgskolen i Gjøvik som tar masterstudie i klinisk sykepleie. Vi ønsker å få del i dine erfaringer som sykepleier på sengepost som har Mobil Intensiv Gruppe/Mobil Akutt Team i sykehuset.

Hensikten med studien er å beskrive hvordan sykepleiere fra medisinsk og kirurgisk sengepost oppfatter betydningen av støtte og hjelp til sykepleie fra MIG teamet i faglige vurderinger til kritisk syk pasient.

Studien håper vi kan bidra til interesse for videre etablering av Mobil Intensiv Gruppe eller Mobil Akutt Team. Vi håper også at resultatene fra studien kan bidra til å belyse hvilken betydning sykepleierne ved sengepostene opplever av å få støtte og hjelp fra det rådgivende team (MIG) i vurderingen av den kritisk syke pasienten.

Undersøkelsen gjennomføres med individuelle intervju som tar ca 45-60 min. De vil foregå ved sykehuset der du jobber og vi vil samarbeide med din avdelingssykepleier for tilrettelegging av intervjuene. Opplysningene som kommer frem under intervjuene blir konfidensielt håndtert og oppbevart. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien.

Resultatene fra intervjuene vil legge grunnlaget for vår forskningsoppgave i masterstudiet. Vi vil underveis vurdere å publisere studien gjennom en artikkel. Studien vil være tilgjengelig på biblioteket i Høgskolen i Gjøvik. Masteroppgaven vil bli slutført juni 2010

Avdelingene som bidrar vil om ønskelig få et eksemplar av den ferdige masteroppgaven.

Det er frivillig å delta i denne studie. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien.

Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side.

# Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i denne studien.

Dato:

Sign.....

Vennlig hilsen

Hege Skavern. Mobiltelefon: 40293039

E- post: [hege.skavern@hihm.no](mailto:hege.skavern@hihm.no)

Marianne Reinfjell Carlsson. Mobiltelefon: 99544185

E-post: [marianne.carlsson@online.no](mailto:marianne.carlsson@online.no)

## Vedlegg 2. Intervjuguide

Hensikten med studien er å beskrive hvordan sykepleiere fra medisinsk og kirurgisk sengepost oppfatter betydningen av støtte og hjelp fra MIG i faglige vurderinger til kritisk syk pasient.

### **Introduksjon til intervjuet:**

Presentasjon av forskerne.

Informere om hensikten med studiet.

Undertegne samtykkeerklæring og pånytt minne om at de kan avbryte intervjuet underveis.

Taushetsplikt, ikke gjenkjennende data i undersøkelsen.

Redegjøre for konfidensiell behandling av datamaterialet.

Inklusjonskriterier:

<b>Kjønn:</b>	<b>Alder:</b>	<b>Yrkeserfaring:</b>	<b>Heltid/ Deltid:</b>	<b>Avdeling</b>	<b>Erfaring med MIG</b>
K/M	25-34				> 1 år:
	35-44			Kirurgi	1-2 år
	45-54			Medisin	2-4 år
	55-64				

### **Åpningsspørsmål**

1. MIG er etablert i din avdeling, hvilke erfaringer har du så langt gjort deg?

### **Kjernespørsmål:**

2. Beskriv en situasjon som kan belyse hvordan MIG har vært til støtte og hjelp i dine faglige vurderinger?
3. Hvilken betydning har MIG teamet hatt for støtte og hjelp til sykepleiere i sengepost i deres faglige vurderinger?

Vedlegg 3.

Hege Skavern og Marianne Reinfjell Carlsson  
Høgskolen i Hedmark avd. for sykepleie/Sykehuset Innlandet Elverum  
Kirkeveien, 2406 Elverum

Elverum 1.oktober 2009

Avdelingssjef i kvalitets- forskningsavdeling

**Forespørsel om å få gjennomføre individuelle intervjuer av sykepleiere ved sykehuset.**

Vi er studenter ved Høgskolen i Gjøvik som tar masterstudie i klinisk sykepleie. Vår interesse i denne studien er å forske på etableringen av Mobil Intensiv Gruppe(MIG). Vår veileder til masteroppgaven er Professor Inger Johansson ved Høgskolen i Gjøvik.

Hensikten med studien er å beskrive hvordan sykepleiere fra medisinsk og kirurgisk sengepost oppfatter betydningen av støtte og hjelp til sykepleie fra MIG teamet i faglige vurderinger til kritisk syk pasient.

For å avgrense studien har vi valgt å se nærmere på det rådgivende team og intensivsykepleierens bidrag til støtte og hjelp for sykepleierne på sengepostene i faglig vurdering av kritisk syk pasient.

Studiet kan bidra til interesse for videre etablering av Mobil Intensiv Gruppe eller Mobil Akutt Team. Resultatene fra studien kan bidra til å belyse om det er av betydning og hvilken betydning sykepleierne ved sengepostene opplever å få støtte og hjelp fra det rådgivende team i vurdering av den kritisk syke pasient. MIG kan belyse nødvendigheten av et samarbeid med de ulike kompetansenivåene i sykehusene som kan gi bedre pasientbehandling. MIG kan gi økt pasientsikkerhet.

I studien brukes kvalitative intervju som vil foregå i løpet av oktober måned, om nødvendig begynnelsen av november måned. Utvalget vi ønsker er sykepleiere som har erfaring med MIG/MAT, ulik arbeidserfaring, ulike kjønn og fra medisinsk og kirurgisk sengeposter. Ved positiv tilbakemelding på denne forespørselen vil vi ta kontakt med aktuelle avdelingssykepleiere og be vedkommende om hjelp til å finne ansatte som oppfyller våre utvalgs-kriterier. Intervjuene vil foregå ved sykehuset og hvert intervju vil være ca 60 min. Vi ber om tillatelse til at dette kan skje i arbeidstid eller til et tidspunkt som passer avdelingene.

Undersøkelsen vil basere seg på frivillig samtykke hos sykepleierne. De vil motta et informasjonsskriv og undertegner et skriftlig samtykke. Disse opplysningene som kommer frem under intervjuet blir konfidensielt håndtert og oppbevart. Det vil ikke være mulig å identifisere den enkelte i resultatene av studien.

Resultatet fra undersøkelsen vil legge grunnlaget for vår master og vi vil vurdere underveis å publisere våre funn gjennom en artikkel. Masteroppgaven vil bli slutført juni 2010. Ved evt. publisering med artikkel innen 2016.

Undersøkelsen er sendt til godkjenning av NSD.

Takknemlig for rask tilbakemelding.

Vennlig hilsen

Hege Skavern  
Mokusveien 11

2406 Elverum  
E-post: [hege.skavern@hihm.no](mailto:hege.skavern@hihm.no)

mobil: 40293039

Marianne Reinfjell Carlsson  
General Rugesvei 21

2407 Elverum  
E-post: [marianne.carlsson@online.no](mailto:marianne.carlsson@online.no)

mobil: 99544185