

Hva er sykepleie i somatisk poliklinikk?

En studie basert på sykepleieres refleksjoner over egen praksis

Wenche Kjølås

Masteroppgave i sykepleie SYP-3901

Mai 2016

Antall ord: 27.092

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	4
1.1 Endringer i poliklinisk virksomhet	4
1.2 Endringer i sykepleietjenesten i poliklinikk	6
1.3 Problemstilling:	7
1.4 Avgrensinger:	7
1.5 Begrepsavklaringer:	8
1.6 Oppgavens oppbygging	8
2 Forskning på feltet	
2.1 Litteratursøk	8
2.2 Tidligere forskning	9
3 Teoretisk referanseramme	11
3.1 Sykepleierens funksjon	11
3.2 Omsorg som grunnleggende dimensjon i sykepleie	12
3.3 Å være sansende til stede	13
3.4 Organisasjonsteori og organisasjonskompetanse	14
4 Metode og design	15
4.1 Forforståelse	16
4.2 Fokusgruppeintervju	17
4.3 Utvalg	18
4.4 Forskningsetiske overveielser	18
4.5 Rekruttering av informanter	19
5 Datasamling	20
5.1 Intervjuguide	20
5.2 Gjennomføringen av intervjuene	21
5.3 Transkribering	23
6 Analyse av data	24
6.1 Analyseprosessen	24
6.2 Validitet og reliabilitet	26
7 Presentasjon av funn	27
7.1 Å trygge pasienten	28
7.1.1 Å sense pasienten	30

7.1.2	<i>Fysisk berøring</i>	33
7.1.3	<i>Ivaretagelse av individuelle behov</i>	34
7.1.4	<i>Informasjon</i>	35
7.1.5	<i>Tilstedeværelse</i>	38
7.1.6	<i>Effektiviseringens pris</i>	39
7.2	Å bruke hele sin kompetanse.....	40
7.2.1	<i>Delegerte oppgaver og selvstendige sykepleierkonsultasjoner</i>	40
7.2.2	<i>Kompetanse og faglig samarbeid</i>	41
7.2.3	<i>Kontinuitet og oppfølging</i>	43
7.2.4	<i>Assistentfunksjon</i>	43
7.2.5	<i>Dokumentasjon av eget arbeid</i>	44
7.3	Å organisere og koordinere pasientforløp.....	45
8	Drøfting av de viktigste funnene:	48
8.1	Omsorg som beveggrunn for sykepleie, også i poliklinikken	49
8.1.1	<i>Berøring som uttrykk for omsorg</i>	52
8.2	Hva er helhetlig sykepleie i den polikliniske konteksten?.....	57
8.2.1	<i>Dobbeltkompetanse</i>	59
8.2.2	<i>Tilstedeværelse</i>	60
8.3	Betydningen av å synliggjøre sykepleiernes faktiske arbeid.....	63
8.3.1	<i>Dokumentasjon av eget arbeid og gitt informasjon</i>	63
8.3.2	<i>Oppgavegliding</i>	65
8.3.3	<i>Effektiviseringens pris</i>	68
9	Avslutning	69
9.1.1	<i>Veien videre</i>	70
10	Vedlegg	75

Forord

Helt fra jeg traff professor i sykepleie, Ingunn Elstad fra Universitetet i Tromsø (som det den gang het) på Kirkenes sykehus for ca 6 år siden, har jeg hatt lyst til å gjøre et mastergradsarbeid i sykepleie. Ingunn var hos oss for å sondere interessen for et slikt studium. Jeg er henne evig takknemlig for at hun sådde frøet den gangen, og for at ledelsen ved Kirkenes sykehus gav meg muligheten. Tusen takk!

Det har vært et privilegium å få sitte i forelesningssalene på UiT og lytte til dyktige og inspirerende sykepleiere på ulike nivå som er opptatt av det flotte faget vårt!

Takk til alle sykepleierne ved UNN som gav sitt bidrag gjennom intervjuene. Uten dere hadde ikke dette latt seg gjøre.

Og Ragnhild Nicolaisen, takk for kyndig veiledning, for din tålmodighet og for at du har støttet og heiet på meg hele veien. Det har betydd veldig mye underveis i en krevende skriveprosess.

Takk til kollegaer som har støttet meg til tross for mye fravær, oppgaver som aldri ble gjort og andre som ble gjort altfor seint. Og til Jannik Sannes, min stedsfortreder; takk for hjelpen,- du er et tålmodig menneske!

Og ikke minst, en stor takk for tålmodigheten til min mann, barn og barnebarn! Jeg vet at det har vært krevende for alle med mange, lange lese- og skrivedager. Takk for at dere ikke har gitt meg opp, men vært støttende til stede.

Kirkenes den 10. Mai 2016

Wenche Kjølås

Abstract

The introduction of two comprehensive health reforms the last 15 years has brought big changes to the specialist health care. It has resulted in a large growth in outpatient activity, which has contributed to new tasks and new challenges for the nursing services in outpatient care.

Earlier studies show that the tasks largely have been facilitation and assistance associated to the Doctors outpatient activity. The same studies show that nurses increasingly want to provide more comprehensive patients care. A possible consequence from demands about efficiency and economical gain can be that the patient is given less time to get information, guidance and follow-up. On the basis of these organizational changes this thesis will explore how nurses in outpatient care assess their capability to accommodate the patient needs.

Method

The thesis has a qualitative exploring approach and is based on two focus group interviews, and one individual interview with nurses in outpatient care.

Findings.

The thesis show that the nurses emphasizes three main areas in their daily practice: To make sure the patient feel secure trough the course of examination and treatment, to use their professional competence in independent treatment situations and nurse appointments, and to ensure organization of the daily function and coordinate patients treatments.

Conclusion

Nursing in outpatient treatment is based on care as its foundation and the patient is cared for trough independent professional practices and coordination of the treatment course.

Documentation is very important to highlight the nurse`s actual tasks and responsibility.

Sammendrag

Innføring av to store helsereformer de siste 15 årene har medført store endringer i spesialisthelsetjenesten. Dette har resultert i stor vekst i poliklinisk virksomhet, noe som har bidratt til nye oppgaver og nye utfordringer for sykepleiertjenesten i poliklinikken.

Tidligere studier viser at oppgavene i stor grad har vært tilrettelegging og assistanse i forbindelse med legenes polikliniske virksomhet. De samme studiene viser at sykepleierne i større grad ønsker å utøve helhetlig sykepleie og omsorg. En mulig konsekvens av krav til effektivitet og økonomisk gevinst kan være at pasienten gis kortere tid til informasjon, veiledning og oppfølging. På bakgrunn av disse organisatoriske dreiningene undersøkes i denne oppgaven hvordan sykepleiere i somatiske poliklinikker selv vurderer at de ser og ivaretar pasienten sine behov.

Metode:

Studien har en kvalitativ utforskende tilnærming og er basert på 2 fokusgruppeintervju og ett individuelt intervju med sykepleiere ansatt i poliklinikker.

Funn:

Studien viser at sykepleierne legger vekt på å rette sin praksis mot 3 hovedområder: Å trygge pasienten gjennom undersøkelse og behandling, å bruke sin faglige kompetanse i selvstendige behandlingssituasjoner og sykepleierkonsultasjoner, og å sørge for organisering av daglig drift og koordinering av pasientens behandling.

Konklusjon:

Sykepleie i poliklinikken bygger på omsorg som fundament og pasienten ivaretas gjennom selvstendig fagutøvelse og koordinering av behandlingsforløp.

Dokumentasjon er viktig for å synliggjøre sykepleiernes faktiske oppgaver og ansvarsområder.

1 Innledning

”Det er den kjærlige bekymring som er omsorgens vugge”

(Martinsen, 2000 s. 27)

1.1 Endringer i poliklinisk virksomhet

Bakgrunn for studien er to sentrale reformer gjennomført innen spesialist og kommunehelsetjenesten de senere årene; Foretaksreformen og Samhandlingsreformen. I 2002 ble landets sykehus omorganisert til statlig drevne helseforetak. Bakgrunnen for det var behovet for å få kontroll over økonomien i sykehusene ved innføring av en driftsform basert på mål og resultatstyring. (Regjeringen.no) Videre var målet gjennom effektivisering og standardisering av pasientbehandlingen å bidra til bedre kvalitet i tjenestene. Foretaksreformens krav til effektivitet og produktivitet med en samtidig rask utvikling innen medisinsk teknologi har resultert i kortere liggetid. Dette har samlet medført økning i poliklinisk drift. Særlig gjelder det i forbindelse med kirurgiske inngrep der innføring av dagkirurgi har bidratt til redusert liggetid. Resultatet er økning i dagkirurgiske behandlinger, og stor økning i antallet polikliniske undersøkelser og behandling.¹ Denne utviklingen har blitt forsterket i forbindelse med innføringen av Samhandlingsreformen som ble iverksatt i januar 2012. (Regjeringen.no / Ot.prp. nr.66,) Målet med reformen var å gi mest mulig av pasientbehandlingen nærmest mulig der folk bor ved å overføre flere oppgaver til kommunehelsetjeneste. Dette faller sammen med målet om reduksjon i antall heldøgnsenger i spesialisthelsetjenesten.

Tall fra Samdata² viser at produktiviteten (dvs antall pasientbehandlinger) i spesialisthelsetjenesten har økt med nær 5 % fra 2009 til 2013. I samme tidsrom har sengetallet blitt redusert med 9 prosent, og gjennomsnittelig liggetid er redusert med 11 prosent. Samtidig har det vært en økning i antall polikliniske konsultasjoner på 11,4 prosent. Det ble i 2013 utført 5.013849 polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten i Norge.

¹ Poliklinikk defineres i flg Helsedirektoratet som en klinisk driftsenhet primært utrustet og bemannet for å utføre tiltak som ikke krever seng eller overnatting. www.kjith.no/templates/kjith

² Samdata er en tjeneste underlagt Helsedirektoratet hvor formålet er å utvikle, analysere og publisere standardiserte styringsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Målet er å belyse hvordan tjenesten fungerer i forhold til helsepolitiske mål og føringer. (<https://helsedirektoratet.no/Sider/Samdata.aspx>)

Tall fra Helsedirektoratet publisert i 2015 viser en fortsatt stigning i antall polikliniske konsultasjoner, idet det i 2014 ble utført 5,83 millioner konsultasjoner.³

For å sikre at pasientene får behandling innen rimelig tid, har det i denne prosessen blitt innført ventelistegarantier for særskilte diagnoser og helsemessige problemstillinger hvor hensikten er å sikre at pasienten får undersøkelse og behandling innen standardiserte tidsrammer. En ytterligere forsterkning av garantiordningene ble iverksatt i januar 2015 med innføring av de såkalte pakkeforløpene for kreftbehandling.⁴ Disse gir pasienter med mistanke om kreftsykdom et datofestet fortrinn mht diagnostisering og igangsetting av behandling. Pakkeforløp er utarbeidet for 28 ulike kreftsykdommer. I november 2015 ble det innført nok en ordning med krav om direkte tildeling av timer og behandlingsgaranti for alle som er henvis til spesialisthelsetjenesten. Ordningen tilsier at pasientens henvisning skal vurderes innen 10 virkedager og undersøkelse og evt. Behandling skal være iverksatt innen 65 dager. Samlet utøver alle disse ordningene et ytterligere økt krav til effektivitet i forhold til poliklinisk drift og organiseringen av dette.

Pasientens møte med poliklinikken er et møte satt i en tidsmessig avgrenset ramme fra ca 20 minutter til ca 1,5 time avhengig av hvilken type helsehjelp pasienten kommer for. Poliklinisk behandling kan derimot strekke seg utover hele dagen. Som regel dreier det seg om utredning av mistenkt sykdom eller for oppfølging og kontroll av pågående eller avsluttet behandling. Dette innbefatter både sykdom av kortere varighet, og som ledd i behandling og oppfølging av kronisk sykdom. Ikke sjelden er pasienten henvist til poliklinikken med mistanke om alvorlig sykdom, noe som ofte krever flere undersøkelser på samme dag, eller spredt utover flere dager avhengig av type og omfang.

Fordi mange av disse pasientene tidligere ble innlagt som heldøgns pasienter i sykehus, kan en sannsynlig konsekvens av dreiningen fra heldøgnsbehandling til poliklinisk undersøkelse og behandling være at pasienten gis kortere tid til å motta informasjon, kortere tid til å stille spørsmål, kortere tid til veiledning og mindre tid til samtale med lege eller annet helsepersonell, for eksempel sykepleier.

³(<https://helsedirektoratet.no/Sider/Aktivitetsdata-for-spesialisthelsetjeneste.aspx>)

⁴ Formålet med pakkeforløpene er at pasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. (Helsedirektoratet .no)

1.2 Endringer i sykepleietjenesten i poliklinikk

Sykepleiertjenesten utgjør den største gruppen helsepersonell ansatt i spesialisthelsetjenesten, det gjelder også ved poliklinikkene. (Samdata 2013) Sykepleierne har derved en viktig funksjon i poliklinikken knyttet til direkte utøvelse av sykepleie til den enkelte pasient, og for den daglige driften.

Erfaringen er at til tross for et sterkt økende antall pasienter i poliklinikkene og sterk vekst i antall dagbehandlinger har det vært lite fokus på sykepleietjenestens rolle og daglige praksis. Det innbefatter også det sykepleiefaglige tilbudet til pasientene og hvordan man sikrer den polikliniske pasient og pårørende en sykepleiefaglig tjeneste som ivaretar deres ulike behov. (Bundgaard, et al 2011) En norsk studie fra 1998 konkluderer med at sykepleierens dominerende funksjon i poliklinikkene er å være legens assistent, mens sykepleierne selv sier at informasjon og veiledning til pasienten burde ha en større plass. (Smith-Strøm H. W., 1999)

I yrkesetiske retningslinjer for Norsk Sykepleierforbund sies det at ”Sykepleie som profesjon tar utgangspunkt i pasientens helhetlige og individuelle behov for pleie og omsorg” (Norsk Sykepleier Forbund, 2011) Med en dreining mot økte krav til effektivitet og mer poliklinisk behandling, kan det i utgangspunktet virke sannsynlig at muligheten til å møte pasienten med en helhetlig tilnærming forringes fordi tiden som er til rådighet for den enkelte pasient reduseres. Som sykepleier med mange års erfaring fra poliklinisk virksomhet har kravet til effektivitet og krav til inntekter generelt resultert i en voksende bekymring for sykepleietjenestens muligheter til å ivareta pasienten sine behov for sykepleie. I særlig grad gjelder det muligheten for å ivareta pasientens behov for støtte, informasjon og veiledning. Mange pasienter som kommer for diagnostisering eller oppfølgende kontrollundersøkelser er av erfaring redde og engstelige både for selve undersøkelsen og for hva undersøkelsen kan komme til å avdekke. Dette bekreftes i flere studier (Bundgaard *et al.* 2011). Som sykepleier har jeg erfart at effektivitetskravet kan oppleves som et hinder for at sykepleieren kan imøtekomme pasientens appell om å bli sett og møtt på de behovene som pasienten har der og da. Sykepleierkollegaer har gitt uttrykk for at de bevisst unngår å spørre pasienten hvordan de har det fordi de vet at de ikke har tid til å lytte til pasientens svar og/eller spørsmål. Et resultat av det kan være at pasienten overlates til seg selv å ta ansvar for sitt informasjonsbehov. På den måten kan pasienten også tape viktige råd og veiledning fra sykepleier vedrørende sykdom, livsførsel og livskvalitet.

Forskning de siste årene viser at pasientene generelt er minst fornøyd med helsetjenesten når det kommer til dette med informasjon. Hensikten med denne studien er likevel ikke å fokusere på pasientens erfaringer, men å belyse den polikliniske virksomheten ut fra et sykepleiefaglig perspektiv. Pasientenes vurderinger vil her bli ivaretatt ved å vise til aktuell forskning i drøftingen av sykepleiernes utsagn.

Min hensikt med å velge å skrive om sykepleie i somatisk poliklinikk er todelt. Det ene er at jeg ønsker å belyse innholdet i sykepleiernes polikliniske praksis ut fra hva de selv forteller om den, og hvordan de innenfor de polikliniske rammene avdekker og imøtekommer pasientens behov for sykepleie. Det er av interesse å undersøke hvordan sykepleiernes kunnskap og kompetanse kommer til anvendelse i den somatiske poliklinikken og hvordan det legges til rette for at pasientene gis en mulighet til å nyttiggjøre seg den.

Sett i lys av det faktum at poliklinisk undersøkelse og behandling er et sterkt voksende felt i spesialisthelsetjenesten der sykepleierens rolle som faglig ressurs kan synes lite definert, blir det viktig å søke mer kunnskap og innsikt i sykepleiernes daglige praksis i somatiske poliklinikker. Spesielt hvordan sykepleierne avdekker og ivaretar den enkelte pasient sitt behov innenfor den tilmålte tiden de har til rådighet.

1.3 Problemstilling:

Med utgangspunkt i de forholdene som her er beskrevet, har jeg valgt følgende problemstilling for denne masteroppgaven:

På bakgrunn av de store endringene i poliklinisk virksomhet: Hvordan opplever sykepleierne at de kan møte og ivareta den polikliniske pasienten sitt behov for sykepleie?

En studie basert på erfarne sykepleieres beskrivelser og refleksjoner over praksis.

1.4 Avgrensinger:

Oppgaven vil ta utgangspunkt i sykepleiere ansatt i somatisk poliklinikk hvor pasientgruppen består av voksne pasienter.

Pasienters og pårørendes erfaringer og opplevelser vil ikke bli vurdert utover det som blir referert til av andres studier og pasienttilfredshetsundersøkelser.

1.5 Begrepsavklaringer:

Poliklinikker med ulike driftsformer det refereres til i denne studien:

- Kreftpoliklinikk inkludert dagbehandling og undersøkelser
- Utredningspoliklinikk underlagt kirurgisk seksjon
- Medisinsk poliklinikk med skopienhet, overvektspoliklinikk og diabetespoliklinikk
- Sykepleierdrevet poliklinikk er en virksomhet der pasienten kommer til konsultasjon hos sykepleier.
- **Sykepleier** omtales av praktiske årsaker som *hun* og **pasienten** som *han* uten at dette gjenspeiler en kjønnsmessig holdning.

1.6 Oppgavens oppbygging

I innledende kapittel vil bakgrunn for valg av problemstilling bli presentert. Kapittel 2 vil gjennomgå litteratursøk og tidligere forskning på feltet. Kapittel 3 inneholder en presentasjon av den teoretiske referanseramme som er valgt som bakgrunn for analyse og drøfting av studiens funn. I kapittel 4 presenteres valg av metodisk framgangsmåte og design, og i kapittel 5 redegjøres for datasamlingen. Kapittel 6 presenterer analyse og tolking av datamaterialet. Kapittel 7 presenterer studiens funn, og de viktigste funnene blir så drøftet i kapittel 8. Kapittel 9 inneholder sammendrag og avslutning.

2 Forskning på feltet

2.1 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur om resultater av tidligere forskning på området er det gjort flere søk i Universitetsbibliotekets databaser, herunder også i Cochrane-biblioteket for å få oversikt over internasjonale studier. Det er også gjort søk i Swe-med for å søke etter nordiske studier og artikler om emnet. Følgende søkerbegrep er benyttet:

outpatient, nurse, nursing, care, role, short term stay, satisfactory

Totalt ble det funnet 275 artikler som innehold minimum 3 av søkebegrepene. Av disse ble 10 funnet relevante med hensyn til temaet hvorav 4 der den danske sykepleieren og forskeren Karin Bundgaard er hovedforfatter. Hun er ansatt ved Aarhus universitetshospital i Danmark og har vært opptatt av sykepleiefaglige fenomener knyttet til sykepleie i det korte møtet som tema i sin forskning.

Søket medførte funn av svært mange artikler om sykepleiefaglig veiledning og oppfølging i poliklinikk av diagnoserelaterte grupper, for eksempel innen reumatologi, kreftsykdom, urologi, gynekologi og psykiatri. Artikler som derimot omhandlet sykepleierens generelle rolle og funksjon i somatiske poliklinikker ble det ikke funnet mange av. Bundgaard bekrefter med utgangspunkt i egen litteraturstudie at det er sparsomt med litteratur på området. (Bundgaard et al, 2011)

Ved søk i universitetsdatabasen ”Munin” ble det ikke funnet mastergrader som omhandlet problemstillinger knyttet til sykepleierens generelle rolle og funksjon i somatiske poliklinikker. Derimot ble det funnet noen mastergrader som omhandlet sykepleiefaglig oppfølging knyttet til diagnosespesifikk poliklinisk pasientoppfølging, særlig innen psykiatrisk behandling. En mulig årsak til at det ikke er skrevet spesielt mye om dette temaet kan skyldes at den store økningen i antall polikliniske konsultasjoner har kommet over relativt kort tid, og at problemstillingene knyttet til sykepleietjenestens funksjon og praksis så langt ikke har vært like påaktet i samme grad som sykepleierens funksjon i heldøgnsavdelinger. Bundgaard med flere sier i en artikkel at en årsak kan være at sykepleie som fagutøvelse ses mer som en generell kompetanse som tar utgangspunkt i pasientens individuelle behov for sykepleie uavhengig av konteksten. Og at sykepleieutøvelse i det korte tidsperspektivet derved ikke ses som noe særskilt verken mht karakter eller mht behovet for særskilt kompetanse. (Bundgaard et al, 2011)

2.2 Tidligere forskning

Av de artiklene som ble funnet om sykepleierens generell rolle og funksjon gjøres her en kort redegjørelse som følger. Som nevnt innledningsvis er det gjort en studie i Norge blant 657 sykepleiere i poliklinikker som tar opp spørsmålet om sykepleierens funksjon og rolle i somatiske poliklinikker. Denne viser til at sykepleierne oppfatter informasjon og veiledning som sentrale oppgaver, men at de i virkeligheten bruker mest tid på å tilrettelegge for legenes arbeid samt være deres assistenter (Smith-Strøm H. W., 1999) Karen Bundgaard med flere sier

i en studie gjort i Danmark av sykepleietjenesten i korttidsenheter, herunder poliklinikker, at sykepleierne føler at de ikke får tid til å utøve tilfredsstillende sykepleie med hensyn til medmenneskelighet og omsorg fordi tiden går til teknisk-instrumentelle oppgaver.

(Bundgaard *et al.*2011) De viser videre til en svensk undersøkelse som påpeker at sykepleien påvirkes og formes av tidspresset, selv om sykepleierne selv ønsker å utøve helhetlig eller holistisk sykepleie. Også her pekes på at det ikke er overensstemmelse mellom sykepleierens faktiske rolle og den rollen sykepleierne ønsker å ha.

En studie gjort i Finland av pasienters tilfredshet med poliklinisk behandling viser bl.a at pasientenes tilfredshet tenderer til å øke der hvor sykepleierne har høy kompetanse i forhold til å kunne gi pasienten god og adekvat informasjon om undersøkelse, behandling og videre oppfølging. (Salin *et al.*2012) En annen finsk systematisk oversiktsstudie av europeisk forskning på feltet peker også på at mangelfull kommunikasjon, informasjon og kontinuitet var en kilde til manglende tilfredshet blant polikliniske pasienter. (Säilä *et al.* 2008)

Alle disse funnene som peker i retning av at polikliniske pasienter opplever å få mangelfull informasjon og kontinuitet bekreftes av de siste års nasjonale undersøkelser i form av de såkalte PasOpp-undersøkelsene⁵. Dette er undersøkelser av pasienters tilfredshet med spesialisthelsetjenesten som årlig har blitt utført i regi av Kunnskapssenteret siden 2006. Disse viser at informasjon om sykdom, behandling og oppfølging har vært ett av de områdene med stabilt forbedringspotensiale. Dette gjelder også den informasjonen som gis ved polikliniske konsultasjoner. Data fra PasOpp undersøkelsen i 2013 viser likevel en bedring med score på 71 poeng sammenlignet med foregående år med score på 69. (Bjergan, 2014)

Funnene i de nevnte studiene anses å aktualisere valgte problemstilling, særlig med tanke på at de fleste studiene på feltet ikke er gjort i Norge. Den norske studien det vises til her om sykepleiernes funksjon og rolle i poliklinikkene er gjort før Foretaksreformen og Samhandlingsreformen ble iverksatt. Den største veksten i poliklinisk behandling har derfor skjedd etter 2003, mens datagrunnlaget fra den norske studien er fra 1998. (Smith-Strøm H. W., 1999)

⁵ PasOpp undersøkelser er måling av brukeropplevd kvalitet, vurdering av prosesser og strukturer knyttet til ikke-medisinske faktorer (pasientrapporterte erfaringer), effekt av behandling (pasientrapporterte resultater) og pasientsikkerhet. Undersøkelsene utføres i regi av Kunnskapssenteret (www.kunnskapssenteret.no)

3 Teoretisk referanseramme

For å kunne forstå og drøfte sykepleierens funksjon og daglige praksis i somatiske poliklinikker, har jeg valgt tre teoretiske perspektiv. For det første tar jeg utgangspunkt den velkjente definisjonen til Virginia Henderson av hva sykepleie i sin praktiske form er. Videre har jeg valgt Kari Martinsens sin tenkning og beskrivelser av hvordan hun ser omsorg som grunnleggende for god utøvelse av sykepleie.

Et tredje perspektiv er sykepleiernes organisatoriske funksjon. Her går jeg ut fra Arne Orvik sin forskning på profesjonskunnskap og klinisk ledelse.

Jeg har valgt å bruke disse tre ulike perspektiv på sykepleie fordi arbeidet i en somatisk poliklinikk er preget av stor detaljrikdom der mange fasetter skal være på plass for at pasienten skal få sin undersøkelse og behandling på riktig måte, til rett tid, med riktig faglig kompetanse utført med riktig utstyr i riktig rom. Dette stiller store krav til logistikk og planlegging, organisering og koordinering. Av erfaring er mange ulike yrkesgrupper involvert i denne planleggingen, men sykepleiertjenesten utgjør den største gruppen, og er involvert i store deler av denne planleggingen. Sykepleiernes roller og arbeidsoppgaver i den somatiske poliklinikken er derfor mange og sammensatte og inneholder alt fra direkte pasientrettede oppgaver til systemrettede oppgaver. .

3.1 Sykepleierens funksjon

For å forstå sykepleierens funksjon, rolle og praksis i poliklinikken ønsker jeg å ta utgangspunkt i sykepleierteoretikeren Virginia Henderson sin definisjon på hva sykepleie er.

Definisjonen utviklet hun allerede i 1960, men som en beskrivelse av sykepleiefaget i en praktisk sammenheng, ser jeg den fortsatt som gyldig.

” Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål, som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredelig død), noe han ville ha gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskap og vilje, og gjort dette på en slik måte at individet gjenvinner uavhengighet så fort som mulig”

(Henderson, 1960)

Slik jeg forstår det, rommer definisjonen de essensielle aspektene for intensjonen med sykepleiefaglig praksis uansett hvor sykepleie finner sted og i hvilken kontekst. Jeg mener at denne definisjonen dekker sykepleierens praktiske gjøremål og funksjon i den polikliniske konteksten. Sykepleie ut fra denne definisjonen forstår jeg som å støtte og hjelpe pasienten gjennom sykdomsforløpet, gjennom undersøkelse og behandling, og ved å lindre lidelse når livet går mot slutten. Henderson tar et praktisk utgangspunkt for utøvelse av sykepleie når hun sier at målet med sykepleie er å hjelpe pasienten med det den selv ikke kan klare i den hensikt at pasienten kan gjenvinne helse og selvstendighet så langt det er mulig og så raskt som mulig, gitt at pasienten har den nødvendige styrke og kunnskap. Dette er det sykepleieren som skal hjelpe pasienten med. Henderson så det som viktig å definere sykepleie som et særegent fag som tar utgangspunkt i de individuelle behovene til pasienten. Hun utviklet en liste med 14 menneskelige behov som utgangspunkt for praktiskrettede gjøremål som grunnprinsipper for sykepleie. (Henderson, 1960) Men Henderson poengterer også de mer psykososiale behovene, herunder pasientens muligheter for å kunne gi uttrykk for sine følelser, preferanser og meninger som viktige aspekter for utøvelse av sykepleie. Det betyr å også bli møtt på sitt behov for informasjon og kunnskap om egen sykdom. Hun sier for å bli møtt på sine individuelle behov, må det skje på en fortrolig, konstant og trøstende måte, altså med empati og omsorg.

I en jubileumsartikkel fra 2006 sier Henderson for øvrig at for alle helseprofesjoner er det viktig med en konstant evaluering av egne roller og funksjoner slik at de tilpasses tidenes skiftende krav. I denne artikkelen evaluerer og vurderer hun dagens sykepleie på et vidt grunnlag og fremholder fortsatt sin egen definisjon av sykepleie. Hun sier at fra hennes synspunkt er det dette som er kjernen i all sykepleie. (Henderson, 2006)

3.2 Omsorg som grunnleggende dimensjon i sykepleie

Sykepleieren og filosofen Kari Martinsen tar et bredere og dypere utgangspunkt i sin forståelse av hva sykepleie er idet hun fremholder at den sykepleiefaglige omsorgen består av 3 bærende dimensjoner. Hun tar utgangspunkt i at sykepleien ikke bare har en praktisk dimensjon, men også en relasjonell og en etisk dimensjon. Hun sier at omsorgens etiske dimensjon må forstås i lys av et kollektivistisk menneskesyn hvor det grunnleggende er at vi er gjensidig avhengige og forpliktet til hverandre som mennesker. Hun sier videre at omsorg er det mest naturlige og fundamentale ved menneskets eksistens og at den peker på hvordan vi

forholder oss til hverandre som mennesker. Her i ligger derfor en appell og en etisk fordring til å ta vare på hverandre som mennesker. Omsorgens praktiske dimensjon forstås ved at omsorg krever praktisk handling og at handlingen må utføres med innlevelse i den andres situasjon. Den relasjonelle dimensjonen tar utgangspunkt i at vi som mennesker alltid står i en relasjon til andre, vi er ikke alene, vi står i et mellommenneskelig, gjensidig forhold til hverandre i fellesskap og solidaritet der anerkjennelse av hverandre er grunnleggende i all omsorg. (Martinsen, 1989) Hun sier det slik: ”Sykepleie er fundert på omsorgens ivaretagelse for livet, i nestekjærlighet som drivende og bærende kraft i sykepleien.” og videre: ”Men sykepleie har lite for seg hvis den bare blir ren teknikk, hvis hjertelaget mangler i det en gjør.” (Martinsen, 2000, s.15)

Dette forstår jeg slik at omsorg uttrykt i sykepleiepraksis må være fundert på nestekjærlighet og hjertelag i betydningen å vise omtanke, nærhet og mellommenneskelig forståelse, respekt og empati. Sykepleiepraksis inneholder også et teknisk eller et instrumentelt aspekt, men at omsorgløs bruk av teknologi ikke kan kalles sykepleie.

3.3 Å være sansende til stede

Videre er Kari Martinsen i sitt forfatterskap, inspirert av den danske filosofen K.E. Løgstrup, opptatt av sårbarheten i det å være mennesker og hvordan menneskets skrøpelighet gjør oss sårbare. Dette har betydning for pasientens møte med sykepleieren og hvordan pasienten opplever å bli sett og møtt i en hjelpetrengende situasjon. Den menneskelige sårbarheten er ikke bare til stede hos pasienten, men også hos sykepleieren og er en forutsetning for at sykepleieren skal kunne være empatisk til stede for pasienten. Hun sier at de bærende fenomener i livet som barmhjertighet, håp og tillit og de mulighetene som ligger i sykepleierens møte med det syke mennesket, både kan inngi trygghet, men også at de kan svikte. For at sykepleieren skal kunne møte pasienten i all sin sårbarhet og utrygghet, må sykepleieren være til stede for pasienten både med kropp og sjel. Det vil si med lyttende ører og åpne sanser. Å kunne være mentalt og sansende til stede for pasienten blir ekstra viktig i en poliklinisk kontekst der møtene mange ganger er korte og innenfor tilmålte tidsrammer. Martinsen sier: sitat: ”Men i helsevesenets hurtige rom, der mye skal gjøres på kort tid, er det ikke alltid enkelt å være sansende og sårbar til stede,” (Martinsen, 2012, s.13)

Med ”rom” i denne sammenhengen mener Martinsen et fiktivt rom, et sanselig og mentalt rom uavhengig av tid og sted, der pasient og sykepleier møtes. I dette rommet er det sykepleieren kan være mottagelig for og sanse pasientens sinnsstemning og appell om å bli

sett og ivaretatt. Sagt med Martinsen: ” Å være sansende og forstående tilstede i en vekselvirkning er en forutsetning for menneskelig møter, også i profesjonelle sammenhenger.” (Martinsen, 2013)

Martinsen er videre opptatt av dette med tiden som en essensiell dimensjon i møtet mellom sykepleier og det syke mennesket. Hun beskriver helsevesenets tid som instrumentell i motsetning til pasientens tid som er kroppslig erfart tid, og at den instrumentelle bruken av tiden ikke har stor toleranse for omveier og forsinkelser. Resultatet kan være at sykepleierens mange gjøremål og pasientkroppens rytme kan miste forbindelsen til hverandre. Dette ser jeg som et betydningsfullt aspekt i en poliklinisk kontekst der de fleste pasientkonsultasjonen er basert på den instrumentelle, tilmålte klokketiden. Den tilmålte, instrumentelle tiden tvinger sykepleierne inn i et prosedyrebestemt og skjematisk arbeid, sier Martinsen. Under slik forhold får vurderinger basert på faglig skjønn vanskelige kår. Skjønnsmessige vurderinger krever oppmerksomt og sansende tilstedeværelse, overblikk over situasjonen og faglig innsikt. (Martinsen, 2011)

3.4 Organisasjonsteori og organisasjonskompetanse

Den norske forfatteren Arne Orvik mener at organisatorisk kompetanse er viktig for å kunne håndtere en klinisk hverdag preget av stor kompleksitet. (Orvik, 2015)

Han poengterer betydningen av å inneha en dobbel kompetanse, dvs. den kliniske og den organisatoriske, som essensiell for å kunne håndtere kompleksiteten i den høyspesialiserte, kliniske hverdagen bestående av et stort omfang med systemrettede oppgaver. Han hevder at de koordinerende og organisatoriske oppgavene tradisjonelt har hatt lav status til tross for at de er sentrale for å sikre at pasienten får den behandlingen han skal. Det er sykepleierne som i stor grad har ivaretatt disse, men samtidig har de hatt lite myndighet og kontroll til tross for at de har et betydelig ansvar. Orvik viser til forskerne Davina Allen og til Patricia Benner som poengterer at sykepleierne med sin funksjon og rolle som organisatorer og koordinatore i praksis fungerer som limet i sykehusavdelingene. Dette fordi de har stor oversikt og driver sin praksis ved døgnkontinuerlig tilstedeværelse i motsetning til andre helseprofesjoner, som for eksempel leger og fysioterapeuter. Disse har en mer tidvis tilstedeværelse fordi de utfører spesifikke, utvalgte oppgaver. Orvik viser i boken til studier gjort i Danmark der behovet for organisatorisk kompetanse særlig begrunnes ut fra tre viktige faktum: Samfunnets endrede

behov for sykepleiere, større krav til profesjonell standard og kravet til forsvarlig og effektiv ressursforvaltning. Konkret handler dette om å ha en kompetanse som sikrer den daglige organiseringen i avdelingene og ledelse og koordinering av pasientrettede aktiviteter. Videre å ha overblikk over pasientforløpet og ha kompetanse innen tverrfaglig samarbeid. Han påpeker derfor betydningen av at sykepleierne skaffer den organisatoriske kompetansen og viser til at det i tillegg til å ha betydning i forhold til å formalisere oppgavene, også er viktig for å sikre en fremtidig, synlig og profesjonell yrkesrolle.

Et viktig tema i en poliklinisk sammenheng med krav til effektivitet og økonomisk inntjening som også Orvik fremhever, er dette med tiden som en viktig ressurs. Han sier at tiden som fenomen har ulike betydninger avhengig av hvilket utgangspunkt man tar. Her kan vi sammenligne med Kari Martinsen som peker på tiden som en essensiell faktor i all sykepleie. (Martinsen, 2012) Tiden som knapphetsressurs beskriver Orvik fra tre ulike ståsted, hvorav det ene er *pasientens tid* hvor utgangspunktet er pasientens døgnrytme, tilstand og tiden det tar til å få dekket sine basale behov. Begrepet *produksjonstid* brukes for å beskrive den tiden virksomheten ut fra en bedriftsøkonomisk tenkning har beregnet til de ulike oppgavene. Et tredje tidsfenomen er *profesjonstid* som betegner den tiden som helsepersonell har til å utføre sine ulike oppgaver som direkte pasientkontakt, systemrettet arbeid, dokumentasjon, fagutvikling osv. Dette er særlig fremtredende i en poliklinisk sammenheng der pasientene gis tilmålt tid til undersøkelse og behandling. Disse tidsulikhetene kan være kilde til frustrasjon, press og konflikt for både sykepleier og pasient og i samhandlingen mellom disse pga ulike forventninger og behov. Orvik bemerker videre at knapphet på tid kan medføre at de faglige, individuelle, og skjønsmessige vurderingene kan komme i ”skvis” fordi viktige observasjoner trenger tid for manifestasjon, og at faren for standardisering pga tidsknapphet kan resultere i at individuelle hensyn ikke tas til følge. I stedet blir helsetjenesten fragmentert og den helhetlige ivaretagelsen og omsorgen for pasienten uteblir. (Orvik, 2015)

4 Metode og design

For å undersøke problemstillingen ble det i denne studien valgt å benytte en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ forskning har som mål å belyse fenomener som personers opplevelser, erfaringer, egenskaper, karaktertrekk, selvforståelse, osv. Metoden benyttes for å løfte og belyse prosesser og meninger som ikke kan måles i kvantitet. Snarere søker den

kvalitative metode å søke forståelse av sosiale fenomener ved at forskeren er i nær relasjon med informantene, enten ved observasjon eller intervju. (Malterud, 2011) Dette er i tråd med utgangspunktet for dette prosjektarbeidet hvor formålet nettopp er å belyse sykepleieres erfaringer, egenskaper og innhold ved deres praksis i poliklinikken. Andre former kvalitative metoder kan være analyse av tekster eller ved visuelle uttrykksformer som bilder, kunst, osv.

4.1 Forforståelse

Et viktig perspektiv ved å gjøre en undersøkelse som gjort i denne studien er å være oppmerksom at man allerede på forhånd har en kunnskap eller forståelse for det området man ønsker å utforske nærmere. Denne forkunnskapen eller forforståelsen er som regel bakgrunnen for ønsket om å vite mer om et tema eller område. En forutsetning for at forskeren på bakgrunn av sin forforståelse og tidligere erfaringer kan vinne ny forståelse og innsikt, er ved å stille seg åpen for andres erfaringer (Gadamer, 2003) Elstad sier med Gadamer, at det man mener å vite, altså forforståelsen, er inngangen til ny forståelse og innsikt. (Elstad I. , 2014) Som forsker i eget fag er det derfor viktig å være oppmerksom på sitt eget utgangspunkt og forforståelse av feltet det forskes i. I dette prosjekt betyr det at jeg må forsøke å være åpen for informantenes erfaringer og opplevelse av sin praksis. Det er å erkjenne at tolkning av informantenes refleksjoner og beskrivelser vil skje på bakgrunn av mine egne erfaringer. I dette prosjektet vil det innebære en tilnærming som legger vekt på en forståelse av informantenes beskrivelser av sin sykepleiepraksis basert på min egen forforståelse, den kunnskap og erfaring jeg selv er farget av. Min lange erfaring som kreftsykepleier ansatt i poliklinikk kan medføre blindhet for hva som blir sagt fordi jeg generelt kjenner praksisen godt. Jeg kan derfor komme til å overse viktig informasjon ved at jeg tar for gitt at jeg forstår og vet. En mulig konsekvens av egen forståelse for resultatene fra studien kan være at disse farges for mye av egne erfaringer og preferanser. Min erfaring er ikke direkte tilknyttet deltagerens arbeidssted, men erfaringen kan likevel bidra til at viktig informasjon overhøres fordi jeg kan komme til å anta at jeg oppfatter informasjonen rett. På den måten kan viktige synspunkter og detaljer bli utelatt. En annen påvirkningsfaktor er at jeg kan være farget av de mange endrings- og omorganiseringsprosesser i spesialisthelsetjenesten de siste årene. Videre kan jeg være preget av en generell bekymring for utviklingen i spesialisthelsetjenesten knyttet til økt standardisering av pasientbehandlingen på bekostning av individuell pasientbehandling. Som kreftsykepleier med over 15 års erfaring fra poliklinisk

virksomhet, er jeg generelt opptatt av at pasientens individuelle behov skal være retningsgivende for pasientens behandling og pleie. Et slikt utgangspunkt kan vanskeliggjøre kritisk refleksjon mht resultater fra studien som eventuelt går i mot egne forestillinger og derved medføre manglende objektivitet, sier Malterud.

På den andre siden kan nettopp kjennskap til feltet bety en raskere tilnærming til stoffet og større forståelse for betydningen av det sykepleierne i studien forteller om. Dette kan være en fordel under analyseprosessen. (Malterud, 2011)

4.2 Fokusgruppeintervju

For å kunne besvare problemstillingen ved hjelp av en kvalitativ, utforskende studie var det flere ulike design å velge mellom. De vanligste formene er å velge intervju eller deltagende observasjon. Sistnevnte er mye brukt innen sosiologi og antropologi. (Malterud, 2011) For å belyse hvordan sykepleiere i somatiske poliklinikker selv beskriver sin praksis i møte med den polikliniske pasienten sitt behov for sykepleie, syntes det hensiktsmessig å benytte fokusgruppeintervju. Med fokusgruppeintervju forstås her et gruppeintervju der man samler flere informanter for å diskutere ett eller flere temaer eller et fokusområde. (Tjora, 2012)

Et viktig aspekt ved å velge et slikt design er at et fokusgruppeintervju gir muligheter for å vinne ny innsikt, kunnskap og forståelse for gruppedeltagerne. Dette forutsetter at man greier å etablere en god dialog og at gruppe medlemmene føler seg så trygge på hverandre at de føler seg komfortable med å gi ærlig uttrykk for tanker og meninger om emnet. (Tjora, 2012) Dette ble sett som en fordel i forhold til problemstillingen og utgangspunktet for studien. En annen fordel med å bruke fokusgruppeintervju var muligheten for å innhente flere informanters synspunkter på en gang. Det sparer tid, samtidig som det gir mulighet for fremvekst av ny innsikt og forståelse. (Polit, D & Beck, C, 2012) Bente Halkier beskriver fokusgruppeintervjuer som en forskningsmetode som produserer data gjennom interaksjon mellom deltagerne basert på et forskerbestemt emne. (Halkier, 2008) Hun sier at metoden er godt egnet til å belyse normer for ulike gruppers praksiser og fortolkninger, noe som syntes å falle godt innenfor studiens problemstilling. Metoden kan også ha svakheter. Halkier beskriver at konformitetspress i gruppen kan forekomme og legge en demper på variasjoner i deltagerens uttrykk for erfaringer og forståelse. Dette sier hun er en vanlig gruppeeffekt. Det kan innebære at man søker i enighet og konsensus i gruppen og det å være uenig med flertallet kan være problematisk.

4.3 Utvalg

Det ble valgt å gjennomføre 2 mindre fokusgrupper med 4-5 sykepleiere. I følge Polit & Beck foreslår flere forfattere at grupper på 6-12 personer er det optimale for fokusgruppeintervju, men at mindre grupper på ca 5 personer kan være fordelaktig ved følelsesmessige eller sensitive temaer. (Polit, D & Beck, C, 2012) Fordi problemstillingen kunne oppleves ny og muligens noe utfordrende fordi fokuset ville ligge på deres daglige praksis, ble det sett som hensiktsmessig å velge 2 mindre grupper fremfor en stor. Et annet argument var manglende erfaring i denne arbeidsformen. Trolig ville det i en mindre gruppe også være mulig å få fram gode meningsyttringer som kunne skape engasjement og inspirasjon til å gå videre med problemstillingen. Dette for om mulig å utvikle ny forståelse for alle deltagerne i intervjuet, inkludert forskeren. Det er en fordel at gruppen er mest mulig homogen, enten ved at de har samme faglige bakgrunn eller at de er kollegaer. (Tjora, 2012) Slik sett var det en fordel å sette sammen gruppene bestående av sykepleiere fra samme avdeling for å skape trygghet og samhörighet under intervjuet. En svakhet kan være dersom gruppen er sammensatt fra ulike typer poliklinisk virksomhet, at de har ulik kompetansebakgrunn. Dermed kan en type erfaring komme til å dominere foran andre.

Fordi det innen feltet er store variasjoner innen de ulike fagområdene med undersøkelses-og behandlingsmetoder, valgte jeg å henvende meg til to forskjellige poliklinikker. For å få fram erfaringer og synspunkter basert på ulike praksiser, falt valget derfor på en medisinsk og en kirurgisk poliklinikk. Disse var igjen var delt i forskjellige fagområder. For å hindre at kollegiale forhold og bekjentskap skulle påvirke resultatene fra fokusgruppeintervjuene, ble det gjort en henvendelse til nærmeste universitetssykehus for rekruttering av deltagere. Ved eget sykehus ville kollegaene kjenne til mitt sykepleiefaglige ståsted, noe som kunne komme til å påvirke deres utsagn og derved sette forskerrollen under press.

4.4 Forskningsetiske overveielser

Ved rekrutteringen av deltagere til studien var det viktig å ha som utgangspunkt at den enkeltes frivillighet, krav til beskyttelse av integritet og til råderett i eget liv er et viktig prinsipp i all forskning. Det var derfor viktig at de som deltok gav sitt informerte samtykke til å delta i studien. Helsinkideklarasjonens forskningsetiske regler legger strenge føringer for hvilke hensyn og tiltak som kreves i forbindelse med forskning (sml.snl.no/Helsinkideklarasjonen) I Norge har vi også Regional Etisk Komite, (REK), og

Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) som regulerer og overvåker forskningen. (www.nsd.uib.no) Fordi studien ikke innbefattet pasientopplysninger eller pasientdata, var det ikke nødvendig å søke REK om tillatelse.

Fordi prosjektet mottok personopplysninger i form av informantens navn, arbeidssted og telefonnummer måtte studien meldes til NSD, som gav tillatelse til gjennomføring av studien. Dette forutsatte at alle personopplysninger ble konfidensielt behandlet og slettet når prosjektet ble sluttført. Tillatelsen fra NSD er gjeldende fra 4. oktober 2015 til 3. desember 2016 (Vedlegg 2) All elektronisk korrespondanse i forbindelse med planleggingen av intervjuene, herunder navnene og opplysninger om arbeidssted til deltagerne, ble oppbevart på PC med brukernavn og passord. Lyddopptakeren er blitt oppbevart i låst skuff.

4.5 Rekruttering av informanter

For å sikre at rekrutteringen til fokusgruppeintervjuene ble gjort innenfor en forskningsetisk ramme, ble foretakets klinikkledelse søkt om tillatelse og hjelp til å rekruttere informanter. Klinikksjefene for de respektive klinikkene gav umiddelbart sin tillatelse og henviste så videre til avdelingssykepleierne. Forespørselen om deltagelse inneholdt et informasjonsskriv som redegjorde for studiens problemstilling, hensikt, målsetting og metode. (Vedlegg 1) De som ville delta ble bedt om å sende en elektronisk bekreftelse, samt å oppgi navn og telefonnummer. De ble også gjort oppmerksomme på at de måtte signere et informert samtykke ved oppmøte til intervjuet. (Vedlegg 2) Rekrutteringen foregikk deretter i praksis litt ulikt ved de to klinikkene. Ved den ene avdelingen ble fire sykepleiere forespurt av lederen på bakgrunn av driftsmessige forhold og hvor mange som kunne gis anledning å forlate poliklinikken samtidig. Intervjudagen viste det seg at 5 sykepleiere kunne delta. Ved den andre viste det seg at bare to sykepleiere kunne delta begrunnet i drift. Etter hvert viste det seg at det kun var en av sykepleierne som fikk mulighet til å delta. Vanligvis anbefales å gjøre ett enkeltintervju som et tillegg til fokusgruppeintervjuene, der spesielle temaer fra fokusgruppeintervjuene kan utdypes. (Malterud, 2011) Fordi denne ene sykepleieren viste stor interesse for studien, bl.a. ved å etterlyse tid og sted for intervjuet, ble det valgt å gjennomføre et enkelt intervju med henne. For likevel å sikre to fokusgrupper, ble det gjort en henvendelse til en annen poliklinikk som sorterte under kirurgisk klinikk. Her ble det satt sammen en fokusgruppe bestående av 4 sykepleiere. Samlet deltok 9 sykepleiere i studien. I utgangspunktet var det ønskelig med deltagelse av erfarne sykepleiere til studien, dvs

sykepleiere med mer enn 10 års erfaring. Fordi det tidlig i prosessen ble klart at rekrutteringen kunne bli utfordrende, ble ikke dette ønsket ytret. Det viste seg likevel at 7 av de 9 sykepleierne hadde mer enn 10 års erfaring, de fleste hadde jobbet som sykepleiere i over 20 år. Dette skulle tilsi et representativt utvalg av sykepleiere ansatt i poliklinikkene. I flg studien til Smith-Strøm og Waardal har sykepleiere i poliklinikkene relativt lang yrkeserfaring selv om de nødvendigvis ikke har all sin erfaring fra poliklinisk arbeid. (Smith-Strøm H. W., 1999) Det ble for studien ikke satt kriterier for hvor lang erfaring sykepleierne skulle ha fra poliklinisk arbeid, men ved første samtale med avdelingssykepleierne ble det ytret ønske om at deltagerne burde ha en viss fartstid. Ingen eksklusjonskriterier ble vurdert for denne studien, men deltagerne ble i informasjonsbrevet gjort oppmerksomme på at de selv kunne trekke seg fra studien når som helst og at deres bidrag da ville bli tatt ut av materialet.

Oppsummert bestod de to gruppene av hhv 4 sykepleiere fra en kirurgisk poliklinikk i den ene gruppen og 5 sykepleiere fra medisinsk poliklinikk i den andre gruppen. I tillegg ble det gjort et enkeltintervjuet med en sykepleier fra kirurgisk poliklinikk. De til sammen fem deltagerne fra de to kirurgiske poliklinikkene jobbet på poliklinikker der det på den ene foregikk polikliniske dagbehandlinger og undersøkelser, og på den andre foregikk det stort sett bare undersøkelser. Deltagerne fra den medisinske poliklinikken jobbet innen 3 ulike fagområder der det på den ene bare foregikk spesifikke undersøkelser, og på de andre foregikk det i hovedsak behandling, opplæring og oppfølging. Denne gruppen ble derfor mindre homogen enn den andre.

Planlegging av intervjuene var tidkrevende og viser at det ikke er lett i en travel poliklinikkhverdag å avse faglige ressurser til slike formål. Det er derfor påkrevet å være ute i god tid ved gjennomføring av slike studier, og samtidig være forberedt på å måtte gjøre endringer underveis.

5 Datasamling

5.1 Intervjuguide

For å sikre om at jeg under intervjuet fikk samlet så rikholdig med data som mulig, ble det laget en intervjuguide som inneholdt spørsmål om de temaene som var ønskelig å få belyst. Intervjuguiden ble på forhånd gjennomgått med veileder. Polit og Beck sier at en god regel er å starte litt bredt ut og så spisse spørsmålene til lenger inne i intervjuet. Videre er det en

tommelfingerregel å ha ca 12 spørsmål til et intervju på 2 timer. (Polit, D & Beck, C, 2012)

En slik intervjuguide mener de vil gi et større data – og sammenligningsgrunnlag for analysearbeidet. En felle ved å bruke en for stram intervjuguide er at man kan bli så opptatt av å få besvart spørsmålene at det kan virke hemmende for dialogen og at det som kommer fram der ikke fanges opp. En intervjuguide som åpner for variasjon og innspill kalles gjerne et semistrukturert intervju, noe som passer inn i rammen av et fokusgruppeintervju.

Intervjuguiden som ble brukt under intervjuene i denne studien bestod av 9 veiledende spørsmål. I tillegg bestod guiden av 3 spørsmål som var tenkt som reservespørsmål dersom det ble tid. Ved alle intervjuene ble samtlige hovedspørsmål stilt, samt det siste tilleggsspørsmålet. Dette spørsmålet viste seg etter det første intervjuet å være et viktig spørsmål som gav innblikk i sykepleiernes refleksjoner over tilfredshet i arbeidet. De øvrige tilleggsspørsmålene ble ikke benyttet pga tidsrammen for intervjuene. Intervjuguiden ble ikke slavisk fulgt, men meningsinnholdet i alle de 9 spørsmålene ble belyst under intervjuene. (se vedlegg nr 4)

5.2 Gjennomføringen av intervjuene

For å sikre best mulig innsamling av data og for å styre dialogen under gruppeintervjuet er det anbefalt å benytte seg av en facilitator eller moderator. Denne kunne både gjøre observasjoner underveis og ta ansvar for dynamikken i gruppen, bl.a. ved å legge til rette for at alle kommer til ordet og hindre at noen ble mer dominerende enn andre. (Polit, D & Beck, C, 2012) Det var på forhånd gjort avtale om at veileder skulle delta på intervjuene som facilitator, men av tidsmessige årsaker ble bare ett av intervjuene gjennomført med facilitator. Hun bidro med oppfølgingsspørsmål, gjorde notater underveis og bidro til at alle kom til ordet. Bl.a jobbet en av deltagerne helt alene innen sitt fagområde og hadde ikke så lett for å komme inn i samtalen. Facilitator henvendte seg derfor flere ganger aktivt til denne deltageren for å få hennes refleksjoner over de ulike temaene som ble berørt under intervjuet. Denne situasjonen var ikke intervjuer oppmerksom på fordi konsentrasjonen rettet seg mot de som hadde ordet. Det kan derfor ikke ses bort fra at denne problemstillingen også var til stede ved det andre fokusgruppeintervjuet, men at det ikke ble fanget opp fordi intervjuer var alene i intervjusituasjonen.

Som et pedagogisk grep anbefales å starte intervjuet med en brainstorming rundt temaet, men også andre metoder kan benyttes, for eksempel å lese en fagartikkel som omhandler temaet.

(Tjora, 2012) Pga tidspresset i avdelingene ble alle intervjuene planlagt innenfor en ramme på 1-1,5 time. Av den grunn ble det ikke tid til denne type innledning, men intervjuer innledet hvert intervju med å presentere seg selv og egen bakgrunn. Videre ble det redegjort for problemstillingen og hensikten med studien, samt at det ble innhentet informert samtykke. Det kan tenkes at en innledning slik Tjora anbefaler hadde bidratt til at deltagerne følte seg tryggere både i gruppen og i forhold til temaet og hensikten med studien. Inntrykket etter intervjuene er at de fleste deltagerne ikke hadde problemer med å delta i samtalen eller bidra med egne refleksjoner knyttet til egen praksis. Tvert i mot er inntrykket at de fleste deltok i samtalen, lyttet til hverandre, fulgte opp kommentarene i gruppen. De stilte spørsmål og bekreftet hverandre med å nikke, uttrykte enighet eller påpekte ulikheter i forhold til hvilke oppgaver de hadde innenfor sin virksomhet. I en av gruppene ble det også gjentagende latter underveis fordi deltagerne kjente seg godt igjen i beskrivelser fra arbeidshverdagen. Dette må ses som subjektive inntrykk, men tilbakemeldingen fra både facilitator og flere av deltagerne var positive med hensyn til hvordan de opplevde å være deltager på fokusgruppeintervjuene. Sykepleieren som deltok alene i det ene intervjuet sa det slik etter intervjuet, sitat:

”Dette er et spennende og viktig tema, og en viktig vinkling”

Denne deltageren sa også etter intervjuet at hun var litt nervøs i starten fordi vi ikke hadde møtt hverandre før, og fordi hun ikke hadde fått forberedt seg på spørsmålene. Spørsmålene var kort referert i informasjonsskrivet som ble sendt ved forespørselen om å delta i intervjuene. Hun gav uttrykk for at hun trengte tid til å tenke seg om før hun svarte, men at hun opplevde at hun hadde fått den tiden hun trengte. Vi brukte noen minutter til å lytte på opptaket etterpå slik at hun evt. kunne vurdere å trekke det tilbake, men det ønsket hun ikke. En annen deltager sa flg. etter intervjuet: (Fra facilitators notater i forbindelse med intervjuet):

” Vi tenkte kanskje dere kom til å bli forfær over at sykepleierrollen er slik den er, noe annet enn dere trodde”

Datasamling kan ved fokusgruppeintervju foregå på flere forskjellige måter, både ved bruk av video eller ved at samtalen blir tatt opp på bånd. Siden dette var en uvant arene for forskeren og sannsynligvis også for deltagerne, ble det benyttet en digital lydopptaker. Denne var av såpass kvalitet at det gikk greit å skille de ulike stemmene fra hverandre ved transkriberingen.

Under ett av intervjuene ble noen av utsagnene ved et par anledninger vanskelig å høre. Dette skyldtes støy utenfra grunnet et åpent vindu i kombinasjon med at flere av deltagerne ble ivrige

og snakket i munnen på hverandre. Dette vurderes å ha liten betydning for det totale datamaterialet.

Det var på forhånd bestemt at transkriberingen av intervjudata skulle skje på bokmål. Alternativt kunne transkriberingen vært gjort på dialekt, men fordi informantene hadde ulike dialekter, var det enklest å velge transkribering på bokmål. Av hensyn til anonymiteten er intervjumaterialet blitt oppbevart i låsbart skap og vil bli slettet når studien er ferdigstillet.

5.3 Transkribering

For å komme i nær kontakt med materialet og få innsikt og kjennskap til det deltagerne bringer fram under intervjuet, valgte jeg å gjøre transkriberingsarbeidet selv. Dette bekreftes av Malterud som påpeker nettopp denne fordelene ved at forskeren selv transkriberer. (Malterud, 2011) Det å kunne lytte underveis, lytte på nytt, spole fram og tilbake for å få tak i hva som ble sagt, ledet til at det allerede under transkriberingen begynte å danne seg noen tanker om hva sykepleierne i studien fortalte om sin praksis i poliklinikken. Det var også overraskende å oppdage at noe av det som ble sagt under intervjuet ikke var blitt oppfattet under selve intervjuet pga den konsentrasjonen som var påkrevet mht å være både ordstyrer og intervjuer på en gang. En annen oppdagelse var at intervjueren ved flere anledninger oppsummerte kommentarene og utformet dette til nye spørsmål, noen ganger mer ledende enn det som var meningen. Under analysearbeidet er disse spørsmålene med påfølgende bekræftende eller avkreftende svar utelatt da de først og fremst kan være uttrykk for egne synspunkter og ikke deltagerens.

For å lette transkriberingsarbeidet mht å identifisere de ulike deltagerne, ble hver deltager gitt en bokstav. Det ble også laget en tegning over bordplasseringen slik at det var mulig å identifisere riktig bokstav med riktig deltager. Dette viste seg å være nyttig for å kunne følge samtalen underveis i transkriberingsarbeidet. Lange pauser, latter, ”hmmming”, osv ble også notert. Dette fordi det ikke bare er ordene alene som formidler et budskap, men også stemningen, tenkepausene, de påbegynte, halve setningene som formidler et budskap som har betydning for helheten i datamaterialet. Under det ene intervjuet forlot to av deltagerne intervjuet litt før de andre. Dette ble anmerket i transkripsjonen. Enkelte steder i den transkriberte teksten er det valgt å avvike noe fra lyd materialet fordi det var vanskelig å oppfatte sammenhengen uten at det ble korrigeret. I flg. Malterud kan dette noen ganger være nødvendig for å få fram meningen uten at innholdet blir borte. (Malterud, 2011)

Etter hvert intervju ble det gjort en skriftlig oppsummering av umiddelbare inntrykk, herunder tanker om hvordan intervjuet gikk, stemningen og ordskiftene i gruppen, hvorvidt samtalen forløp lett eller mer tvungent, hvorvidt det var lange pauser, osv. Enkelte utsagn fra deltagerne som ble gitt etter at intervjuet var ferdig ble også nedtegnet. Noen av disse sitatene er benyttet for å underbygge deltagerens synspunkter.

6 Analyse av data

Siden det ble foretatt to fokusgruppeintervjuer, var det av interesse å se hvorvidt de ulike gruppene hadde ulike synspunkter på hvordan de erfarte, så og forstod sin praksis som sykepleier i poliklinikken. Ved at de to gruppene representerte faglige ulikheter og tradisjoner kunne de komme til å bringe fram et bredere spekter av synspunkter og forståelser av egen praksis. Erfaringen fra intervjuene var at det generelt var flere likheter enn ulikheter mht hvordan sykepleierne så og ivaretok pasientens behov for sykepleie. Deltagende sykepleiere bekreftet i stor grad hverandres utsagn og erfaringer, noen ganger til stor latter. Derimot var det flere ganger at utsagn ledet neste sykepleier inn i en refleksjon over egen praksis som bidro til at vedkommende fikk satt ord på og beskrevet egne tanker og erfaringer uten at det nødvendigvis representerte noe helt nytt i så måte. Dette ble oppfattet som verdifullt for deltagerne.

6.1 Analyseprosessen

Analyseprosessen i forhold til den kvalitative metode ses gjerne som en prosess som går fram og tilbake på bakgrunn av gjentatte lesinger av det tekstmaterialet som foreligger etter transkribering, det som kalles analysedata. Fremgangsmåten består videre av en stegvis tilnærming ved å søke etter ord og uttrykk som beskriver utsagn eller utsnitt av datamaterialet. Etter hvert skal dette utgjøre en liste med koder som forsøkes generert til teksten slik at kodene gjenspeiler de temaer og undertemaer som faktisk forekommer i teksten. Kodene samles, sorteres, kategoriseres og genereres til temaer som blir stående som representanter for empirien i studien. Målet med analysearbeidet er å vise til hvordan individuell erfaringer og fenomener kan bidra til en generell og allmenngyldig forståelse av de samme fenomenene og erfaringene. Dette kalles gjerne den induktive metode. (Tjora, 2012) Sagt med Tjora er målet å komme fram til hva informasjonen i intervjuene handler om, hvordan dette skal forstås, og

hvilke fenomener som evt. trer fram av den transkriberte teksten. For å få fram empirien på egne premisser ble det i analysearbeidet for øvrig valgt å ikke bruke spørsmålene i intervjuguiden og rekkefølgen de ble stilt for å strukturere innholdet i intervjuene.

I starten av analysearbeid ble den transkriberte teksten først lest flere ganger for å prøve å få et helhetsbilde over hva intervjudeltagerne egentlig snakket om. Deretter ble deltagerens utsagn forsøkt sortert ved at det i margin ble skrevet anmerkninger om hva innholdet i utsagnene ble oppfattet å handle om, som for eksempel ; organisering, informasjon, koordinering, direkte sykepleie, assistanse, tilrettelegging, osv.

For videre analyse av innholdet i intervjuene ble det tatt utgangspunkt i Graneheim og Lundman sitt metode for kvalitativ innholdsanalyse innen sykepleiefaglig forskning. (Graneheim, 2003) Denne metode for kvalitativ innholdsanalyse består av å først identifisere setninger eller utsagn som har et meningsbærende innhold for så å trekke ut essensen eller abstraktet i disse setningene, kalt kondensering. Deretter gis hver setning eller utsagn en kode, her forstått som en merkelapp. Denne merkelappen er en beskrivelse av innholdet i den kondenserte setningen bestående av ett eller få ord. (Graneheim, 2003) Metoden ble i praksis her benyttet ved at setning for setning ble lest på nytt, og de setningene eller utsagnene som ble oppfattet å ha et meningsinnhold ble kondensert og kodet. De meningsbærende setningene ble så samlet i et fortettet utdrag av den transkriberte teksten. Deretter ble hver av dem gitt et nummer og skrevet over på post-it-lapper som ble gitt samme nummer. Dette for at det skulle bli enkelt underveis å kontrollere at innholdene i utsagnene var riktig oppfattet, riktig kodet og senere sortert under de hovedtemaene som var identifisert i starten av analysearbeidet. Post-it-lappene, 403 i tallet, ble deretter sortert i henhold til kodene innefor hvert sitt temaområde. Underveis ble det nødvendig å dele temaene opp i undertemaer fordi kodene representerte ulike sider ved et tema. Det ble også opprettet nye temaer mens andre ble forkastet. Dette er i tråd med slik Graneheim og Lundman forslår som mulige steg i en kvalitativ innholdsanalyse.

Kodearbeidet er vist med eksempler i figur 1. Neste steg i prosessen var å samle de ulike kodene i underkategorier som ble benevnet med begrep som innbefattet meningen eller betydningen i kodene. Disse ble igjen sortert i kategorier, og deretter ordnet i temaer. Se eksempler på analyseprosessen i figur 1 og 2.

Fig.1

Meningsbærende utsagn	Kondensert utsagn	Kode og nummer
<i>så ser man at dette ikke går greit i et fellesrom, da tar vi pasienten på enerom..</i>	tar pasienten på enerom	individuell tilrettelegging 2
<i>Vi kan velge hvor lang tid vi vil bruke, ikke bare 20 minutter, men la oss si vi vil ha 60 minutter</i>	velger selv hvor lang tid de vil bruke på pasienten	administrerer tiden selv 76
<i>Jeg prøver å lese pasienten litt..hvor mye jeg skal legge i det...Og liksom hvor...for å møte dem der de er..</i>	leser pasienten for å møte han der han er	leser pasienten 179

Fig. 2

Tema	Å trygge pasienten			
Kategori	Kognitiv støtte		Fysisk støtte og tilgjengelighet	
Subkategori	Å støtte pasienten under undersøkelsen	Å støtte, være tilstede	Fysisk berøring	Å være tilgjengelig
Koder	Betrygge pasienten	Få pasienten til å slappe av	Hånden på skulderen	Gi pasienten privat telefonnummer
	Å ikke avvise pasienten	Få pasienten til å føle seg vel	Holde i hånden	Ringer opp pasienten
	Se pasientens behov for støtte og omtanke	Støtte pasienten gjennom inngrepet	Trygge pasienten med fysisk berøring	Å veksle mellom å være til stede for pasienten og legen

6.2 Validitet og reliabilitet

Som utgangspunkt var det viktig å tenke kritisk gjennom egen forforståelse som det er redegjort for tidligere. Det har også vært viktig etter beste evne å la teksten tale for seg ved å

prøve og finne ut hva deltagerne i intervjuene egentlig snakket om for å ivareta deltagerens integritet.

Studien er gjort ved ett større sykehus som har sin kultur og sine tradisjoner noe som gjør at ikke alt umiddelbart kan overføres til andre sammenhenger. Alle var heller ikke like aktive under intervjuene, noe som kan medføre at synspunkter ikke er kommet med. Det ble ikke gitt uttrykk for uenighet. Det kan ha vært en viss konformitet i gruppene uten at dette ble tydeliggjort for intervjueren. Under intervjuene ble det observert en generell enighet blant deltagerne i fokusgruppeintervjuene. De uttrykte flere ganger en samstemmighet der det ble nikked og ”mmmmè” som uttrykk for at de var enige i det som ble sagt. Ved flere anledninger ble det også sagt at, sitat: Når du sier det sånn, så tenker jeg at... ” osv. Den ene gruppen bestod av sykepleiere som kjente hverandre godt og som hadde jobbet sammen over flere år. Den andre gruppen var mindre homogen og bestod av sykepleiere som jobbet i samme avdeling, men innen ulike fagområder. I denne gruppen henvendte facilitator seg ved et par anledninger til en av deltagerne som var mer tilbakeholden enn de andre. Dette kan ha betydning for variasjonen av utsagn.

Det ble heller ikke gjort dybdeintervju i etterkant med fokus på en eller to særlige problemstillinger som ble tydeliggjort under intervjuene. Dette kan bidra til at variasjoner ikke synliggjøres i datamaterialet.

En svakhet ved studien som viste seg i ettertid var at problemstillingen er bred, noe som har vært en utfordring under analyseprosessen og til dels vanskeliggjort drøftningen pga en stor mengde informasjon. Utfordringen har vært å sortere ut de jeg mener var de viktigste av mange spennende og viktige funn. Utvalget står derfor i så måte for egen regning basert på det jeg mener er temaer som ble berørt under alle intervjuene.

7 Presentasjon av funn

Som beskrevet innledningsvis jobbet deltagende sykepleiere i studien innen ulike fagområder og innen ulike former for poliklinisk virksomhet. Flere av sykepleierne jobbet i typiske ”behandlingspoliklinikker” der hovedtyngden av arbeidsoppgavene er knyttet til behandling og oppfølging av pasienter som får behandling over kortere eller lengre perioder. Mange av disse pasientene behandles for til dels svært alvorlige og kroniske sykdommer, og andre igjen behandles for mindre kompliserte og kortvarige sykdommer. De øvrige sykepleiere som

deltok i studien jobbet innenfor poliklinisk virksomhet som var mer knyttet til diagnostisering og inngrep av kort varighet.

Etter å ha gjennomført en kvalitativ innholdsanalyse av de tre intervjuene tyder resultatene i dette materialet på at sykepleiernes praksis i disse poliklinikkene i hovedsak kan fordeles på tre hovedområder:

- 1) Å trygge pasienten gjennom undersøkelse og behandling.
 - 2) Å bruke hele sin faglige kompetanse i selvstendige behandlingssituasjoner og sykepleierkonsultasjoner.
 - 3) Å organisere og koordinere daglig drift og den enkelte pasient sitt behandlingsforløp.
- Sykepleierne i alle tre intervjuene beskriver generelt en praksis som har som mål gjennom praktiske og relasjonelle tiltak å hjelpe pasienten med å gjennomføre undersøkelse og behandling i henhold til oppsatt plan. Videre beskriver de hvordan de bruker sin sykepleiefaglige kunnskap og kompetanse til selvstendige vurderinger og innsetting av behandling i henhold til et delegert ansvar. Flere av sykepleierne gjennomfører selvstendige pasientkonsultasjoner. En tredje dimensjon er knyttet til ansvar for koordinering, organisering og tilrettelegge både for den daglige, polikliniske driften og for den enkelte pasient sitt behandlingsforløp.

Jeg vil i dette kapitlet la empirien i studien tale for seg ved å presentere funnene jeg mener leder til de tre hovedområdene. De viktigste funnene vil så bli drøftet i neste kapittel.

7.1 Å trygge pasienten

Utgangspunktet for problemstillingen i masteroppgaven er at poliklinisk undersøkelse og behandling skjer innenfor rammen av tilmålt tid på en annen måte enn ved heldøgnsbehandling der pasienten er inneliggende over tid, avhengig av tilstand og diagnose.

Et stort omfang av sykepleiernes beskrivelser og refleksjoner over deres daglige praksis i poliklinikkene kan tilskrives det å understøtte pasienten på ulike måter og med ulike tiltak som alle har som mål å legge til rette for og hjelpe pasienten gjennom undersøkelse og behandling. Dette gjelder både gjennom enkeltundersøkelser og når pasienten skal gjennomgå poliklinisk behandling og oppfølging over en lengre tidsperiode. Flere sykepleiere beskriver dette som *”å trygge pasienten.”*

I beskrivelsene av hva de konkret gjør for å gi pasienten den støtten de beskriver, bruker sykepleierne begrep som *”å få pasienten til å slappe av, få pasienten til å føle seg vel under*

inngrepet, å berolige pasienten, å avdramatisere, å dempe pasientens stressfølelse, og å gi informasjon og veiledning underveis. Dette framtrer som viktige og dominerende moment i alle tre intervjuene. Sitat fra intervju nr 2:

”Da er hovedoppgaven... la oss si at pasienten skal gjennom en rektoskopi⁶...og at pasienten gruer seg veldig til den undersøkelsen, så er min oppgave å betrygge pasienten og gi omsorg og støtte... for at det skal gå bra. Det er jo noe med å få pasienten til å føle seg vel i en litt sånn sårbar situasjon... de ligger jo der med beinan i beinholdere mens de undersøkes rektalt. Det kan jo ta litt tid av og til og være ubehagelig”

Å gi omsorg brukes ved flere anledninger som en samlebeskrivelse av hva sykepleierne gjør som en del av det å trygge pasienten. En av sykepleierne sa det på denne måten; Sitat fra intervju nr 2:

” ja, det ligger jo mye i dette med omsorg, om det her med å se pasientens behov.. for sykepleie, støtte, omtanke. ... at man er der og minner pasienten på dette med å ha fokus på pusten, det at de skal ha det så godt som hun eller han kan og... som er med på å bidra til at undersøkelsen blir mer behagelig, og at den også er gjennomførbar. ”

Og en tredje sykepleier sa det slik, sitat fra intervju 1:

”Det er utrolig viktig det å gi omsorg... omsorg er viktig... og det er viktig at vi representerer den tryggheten for dem...”

En av sykepleierne beskrev dette med å veksle i undersøkelsessituasjoner mellom å være der for både pasienten og legen, det å ha fokus rettet først og fremst mot pasienten, men også mot legen. En annen sykepleier fortalte at hun til å begynne synes det var stort fokus på alle de tekniske og instrumentelle tingene i poliklinikken, men at hun etter en tid helt tydelig så at det var omsorgsbiten, som hun kalte det, som var det viktigste med å være sykepleier i poliklinikken, sitat:

” jeg hadde jo jobbet så lenge på kreftavdelingen, og synes i starten det var mye fokus på de tekniske tingene i poliklinikken. Etter hvert har jeg sett hvor viktig den omsorgsbiten er”

⁶ Rektoskopi er en undersøkelse av endetarmen og eventuelt nedre del av sigmoideum. Undersøkelsen foregår vanligvis med et stivt, gjennomsiktig rør (rektoskop) som har en lyskilde, slik at legen kan inspisere endetarmen og dens slimhinne.
Kilde: <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/kirurgi/rektoskopi-6063.html>

7.1.1 Å sense pasienten

Mange av pasientene som kommer til poliklinikken er naturlig nok redde og utrygge mht hva de skal igjennom og på hvilken måte planlagt undersøkelse og behandlingen vil bli gjennomført. Mange er også spente og engstelige for hva undersøkelser kan resultere i, både mht til nyoppdaget sykdom og lidelse, eller med tanke på resultatet av pågående behandling. For å kunne møte den enkelte pasienten sine behov, må sykepleieren vite noe om hvilke typer behov det dreier seg om, hvilke spørsmål kommer pasienten med, hva er han evt. engstelig for, hva vet han om det som skal skje, hvilke tanker gjør pasienten seg om det som er forstående, og hvilke behov har pasienten på sikt. For å kunne gi pasienten den støtte og den tilretteleggingen som den enkelte pasient har behov for, må sykepleieren både innhente informasjon fra pasienten, men også gi pasienten den nødvendige informasjon. På spørsmål til sykepleierne mht hvordan de i den polikliniske konteksten, der det meste skal skje innenfor tilmålte tidsrammer, avdekker hvilket behov pasienten har for sykepleie, brukte flere av sykepleierne uttrykk som *å sense pasienten*, *å lese pasienten* eller *å peile pasienten* som en del av det å få et førsteinntrykk av pasientene. Å bruke intuisjon som en kilde til informasjon om pasienten er også et begrep som framkommer i intervjuene. En av sykepleierne sa at man kan sånn *intuitivt sense* hvor man har pasienten, om de er komfortable med situasjonen, om de er engstelige og redde, evt. om de virker irriterte, underforstått at pasienten egentlig er engstelig, men kan uttrykke det ved for eksempel å fremstå som irritert. Her uttrykt gjennom 3 sitat fra intervju 3:

”Man senser jo fort hva for slags type menneske man har med å gjøre... altså, man senser jo hvor de er..., man møter jo så mange forskjellige..”

Og videre:

”..og vi peiler oss ganske kjapt inn på... hvordan ”kategori” de hører under, på en måte..

”Og man danner seg fort et bilde på hvordan.. hva denne pasienten har behov for.. Det kan være for eksempel å snakke med ernæringsfysiolog, det kan være å få resept på næringsdrikke hvis det er et ernæringsproblem... og noen har hjerte/lungelidelser i tillegg... og det er liksom det å fange opp dette...”

Flere av sykepleierne refererte til at de pga lang erfaring hadde utviklet en særlig kompetanse i å møte mennesker som er redde og gruer seg for å komme til sykehuset. En av sykepleierne sa det på denne måten, sitat fra intervju 2:

”intuisjon... tenker jeg... det der med hvor pasienten er... sense intuitivt hvor man har pasienten...noen kan være litt sånn på hugget, ja...litt sånn : ”nå må dere gjøre det dere skal, det er dere som er behandlerne!” ... Og det er jo ofte et utslag av å være utrygg og redd... og jeg tenker at hvis man bare liksom roer det ned litt...og kanskje bare prater om været ute først... og får fram tryggheten... og møter pasienten med et smil.... Da har vi jo det der første møtet... det er jo gull verd. Og dempe det der stressnivået de er i....”

Også en annen sykepleier nevnte dette med å raskt fange de små, nesten umerkelige signalene som pasientene gir, ord og uttrykk som nevnes i raske ordvekslinger.

Hun fortalte en historie om en pasient som fikk påvist kreft ved en undersøkelse denne sykepleieren hjalp til med, hvorpå pasienten ble henvist til å vente et par uker på operasjon. Legen mente at pasienten ikke trengte sykemelding, men da sykepleieren snakket med pasienten etterpå, nevnte pasienten at hun hadde en tung omsorgsoppgave hjemme i og med at mannen satt i rullestol. Nærmest som en bisetning sa pasienten at hun var redd hun ville begynne å gråte på jobb med tanke på kreftsykdommen og det ansvaret hun hadde på hjemmebanen. Sykepleieren fanget opp denne setningen, og det viste seg at pasienten synes det var vel tøft at legen mente hun bare kunne gå på jobb i ventetiden, men hun ønsket ikke å protestere. Sykepleieren fikk legen til å skrive sykemelding, og pasienten hadde takket sykepleieren så mye for at hun hadde lyttet til henne. Slik sa denne sykepleieren det om å være lyttende til stede, sitat:

”.. så var det nok det at jeg merket at det ikke var helt greit i hennes situasjon da... det at man fanger opp det lille signalet.... (Lang pause) ”

En tredje sykepleier sa det slik, sitat fra intervju 3:

”Joda, man lærer seg jo å se ting... hvis de ser bekymret ut, at du liksom kan.. ja, er det noe , har du flere spørsmål... er det noe du lurer på... Så kommer det jo som regel fram i en bisetning, sånn som du kan finne mer ut av, og så kan det vise seg å være et stort problem for pasienten...”

Sykepleierne som jobbet i de poliklinikkene der det for det meste foregikk behandling og oppfølging av pasienter over lengre perioder, snakket mye om at det første møtet med pasienten og eventuelt pårørende, var av betydning for hvordan det videre forløpet ville bli.

De refererte til at de var veldig oppmerksomme på at mange pasienter var veldig engstelige når de for eksempel kom til behandling i poliklinikken for første gang. Sitat fra intervju 1:

” ...nei, det er jo noen ganger åpenbart, man ser at de er redde, eller de sier det selv... at de er redde, at de er spent, og noen ganger står sågar tårene i øynene på dem... ”

De la stor vekt på at det derfor var viktig å sette av tid til dette første møtet for at man både skulle bli kjent med pasienten og samtidig kunne gi den nødvendige informasjon om behandlingen og planen for denne. En av sykepleierne forklarte det slik i intervju 1, sitat:

”Det er jo ikke tvil om at det å komme hit er traumatisk i seg selv. Jeg tenker også at det første møtet vi har med dem, at vi faktisk møter dem.. og pårørende.. og barn.. at det er betydningsfullt for dem og deres totalopplevelse ... det er viktig for hvordan ...måten å bli ivaretatt i det første møtet... at det legger grunnlaget for de videre møtene her, at det blir lettere...”

Og så tok en annen sykepleier opp tråden og fortsatte med flg sitat:

”Så bruker man litt ekstra tid på dem den første gangen... det at vi bruker mer tid, det hjelper jo... det går jo også på å intervjue de litt.... Hvem er du... også for den trygghetsbiten, at man skal bli litt kjent. Det er jo slik at hvis du har et godt førstemøte.. da har du... da er det gjort, altså.”

En av sykepleierne reflekterte over at det var viktig å opprette et tillitsforhold til pasienten, og at det skjedde ved å innta en ydmykt holdning. Hun var oppmerksom på at det hele måtte skje innenfor en begrenset tidsramme, og at det var viktig at pasienten ikke måtte føle seg avvist på det som var viktig for ham eller henne. Så beskrev hun videre at dette foregikk ved at hun lyttet, svarte på spørsmål, og ved å være til stede i det pasienten stod i. Hun gav også uttrykk for at hun visste at hun har begrenset tid, og at hun måtte ta det med i beregningen. Hun sa det slik, sitat fra intervju 2:

” ...og så er det liksom det å nærme seg pasienten på en god måte, og vise interesse, og vise forståelse for den situasjonen pasienten er i og...være ydmyk og... ja, vise respekt og.. å opprette et sånt tillitsforhold på kort tida da...”

og videre:

” ...man må jo lytte og...svare på spørsmål og ...være til stede i det pasienten står i og... og snakke om.. og at de ikke føler at de blir avvist på det de anser som et problem eller, men gå videre på det... i den grad man har mulighet til det da...”

7.1.2 Fysisk berøring

Under intervjuene fortalte sykepleierne at dette med fysisk berøring var en naturlig del av det å avdemp stressfølelse og få pasienten til å føle seg trygg i situasjonen. Ved å gi pasienten et lett stryk over skulderen, å holde pasienten i hånden under undersøkelser, stryke pasienten over hodet for eksempel ved undersøkelser av tykktarmen, eller ved å plassere seg ved siden av pasienten slik at man hadde tilgang til å berøre pasienten med et lett håndtrykk dersom pasienten ble engstelig eller urolig underveis. På direkte spørsmål fortalte de at pasientene ofte gav uttrykk for at det var godt og betryggende å kjenne sykepleierens nærvær ved å bli holdt i hånden eller ved at de ble strøket på kinnet eller holdt om skuldrene. En av sykepleierne beskrev det på denne måten i intervju 3, sitat:

” Jeg vet ikke... ut fra en gastroskopi...så har jeg alltid en lett hånd på skulderen... de ligger på venstre side..., så har jeg alltid en hånd på høyre skulder... og så holder jeg bare sånn lett på hodet deres... bare for at jeg er der.. ikke for å tvinge, men bare for å holde... og det vet jeg.. mange sier at det var så godt at du holdt ei hånd over skulderen.. for på en måte så roer det litt også.”

Og videre fra intervju 2 der dette med fysisk berøring også var et tema sykepleierne kom inn på når de beskrev hvordan de prøvde å trygge pasienten ved å holde pasienten om skulderen eller ved å holde i hånden.

Også i intervju 1 ble fysisk berøring og betydningen av det poengtert, spesielt når man som sykepleier oppfattet at pasienten var engstelig og utrygg for det som skal skje , sitat:

” Altså det der med kroppskontakt, hva det gjør.. da kommer det med en gang..: ” Jeg er så redd” Det er så forløsende.. bare det lille der.. den lille handa på skulderen som sier: Kom, bli med inn med meg, kom, så skal vi snakke litt. Da kommer det med en gang... rett fra hjertet deres, rett og slett hva de bærer på i første omgang”

Sykepleierne ble styrket i at berøring ble godt mottatt av mange pasienter ved at pasientene gav uttrykk for det, sitat:

” i etterkant synes jeg at jeg ofte hører pasienten si at hvor godt det var at du holdt meg i hånden.... ”

Sykepleierne i intervju 3 kom inn på dette med at pasientene selvsagt ikke er like og at de har ulike erfaringer med seg når de kommer til poliklinikken. Alle har sine egne måter å reagere på; noen av pasientene er redde, noen har gjort undersøkelsene før, og noen er så komfortable i situasjonen at de synes det er spennende og interessant å komme for eksempel til undersøkelse. En av sykepleierne kom i den forbindelse inn på at det også var viktig å se pasienten sin egen måte å håndtere situasjonen, og ha respekt for det. Det kunne for eksempel være situasjoner der hun oppfattet at pasienten ikke ønsket å snakke underveis i undersøkelsen. Hun forklarte det slik, sitat:

”men.. jeg tenker at hvis pasienten ligger med øynene igjen og ikke uttrykker noe selv.. og ikke åpner opp for samtale, så.... ja, så ... og hvis man prøver så blir det bare korte svar... så føler jeg at jeg ikke kan... så noen ganger er det kanskje bare nok å holde dem i hånden, og gi dem en klut på pannen.”

Sykepleierne beskriver her en praksis der de både ser og er bevisst pasientens personlige grenser og hvor de ikke trenger seg på, men finner andre måter å støtte og hjelpe pasienten der de ser det hensiktsmessig.

7.1.3 Ivaretagelse av individuelle behov

Funn i dette materialet tyder på at sykepleierens praksis i poliklinikken i stor grad også handler om å avdekke og ivareta pasientens individuelle behov. De sykepleierfaglige tiltakene i så måte kan for eksempel være å skjerme pasienter fra andre der de ser at pasienten av følelsesmessige eller fysiske årsaker ikke kan greie å sitte i et fellesrom, eller at pasienten har bekymringer i forbindelse med sykdommen som de trenger hjelp til. Sitat fra intervju 1:

” Jeg kan være oppmerksom på at her er det traumatiske ting... med en bakgrunnshistorie... og kan da be sykepleier A eller B om å ta seg spesielt av pasienten .. og kan da også planlegge at vi setter av et rom, at det blir enerom i stedet... ”

Det kunne også dreie seg om pasienter som trengte en helt individuell tilrettelegging for at eksempelvis en undersøkelse skulle la seg gjennomføre. En av deltagerne fortalte om en situasjon der en pasient var svært engstelig og sykepleieren i utgangspunktet ikke trodde

undersøkelsen ville la seg gjennomføre til tross for at den var svært viktig i den situasjonen pasienten befant seg i. Sykepleieren vurderte det slik at pasienten trengte en annen enn henne til å støtte seg gjennom undersøkelsen. Sitat fra intervju 2:

” Hun hadde med seg moren da.. og da sa jeg at moren kan bli med og sitte ved siden av deg og holde deg i hånden og... hun var til enorm støtte for pasienten, og det var nok moren hun trengte... som var den rette personen da.. for henne. Jeg var veldig i tvil om man kunne gjennomføre undersøkelsen, men det gikk jo veldig bra da ”

7.1.4 Informasjon

Et annet funn i dette materialet var at sykepleierne synes å ha et stort fokus på dette med informasjon som del av det å trygge den polikliniske pasienten. Uavhengig av i hvilken type poliklinikk intervjudeltagerne jobbet i, ble det sett som viktig å ivareta pasienten sitt behov for informasjon. Det være seg f.eks. om undersøkelse, om behandlingen som pasienten skal gjennomgå eller om praktiske ting. Under intervjuene ble det flere ganger sagt at det i hovedsak er legens oppgave å informere pasientene, særlig gjelder det informasjon om funn ved undersøkelser, behandlingsresultater og om videre forløp og behandling. Men så er det at sykepleierne ofte repeterer og viderefører informasjonen ved at de utdyper det mer og fyller på med mer med detaljer. De fortalte også om hvordan lege og sykepleier samarbeidet om å gi pasienten informasjon der legen starter med å informere og deretter overløt til sykepleierne å gi utfyllende informasjon. Sitat fra intervju 1:

” Vi gjentar jo mye av det legen... og kanskje utfyller det... legene sier jo ofte at dette får du vite mer om av sykepleierne. Ja , der har vi jo også en rolle fordi legene tar det jo ikke så grundig...de tar det mer overordnede... ”

Eller som en annen sykepleier sa det, sitat fra intervju 3:

” Først informerer legen, og så... vi er med da... og så tar vi over hvor vi tar inn flere opplysninger... ja, vi spør litt om de er alene, hvordan kommer de seg hjem, om de ønsker at vi skal ringe... ”

Og en tredje sykepleier sa det slik, sitat fra intervju 3:

”Jeg liker å ta inn pasienten før legen kommer...Da kan jeg forklare dem og vise en plansje over tarmen... det er jo ikke alltid pasienten vet forskjellen på tynn og tykkarm og magesekk,

og.. men når lege er til stede så er det liksom.. så travelt... og da er det ikke alltid at det blir tid til det.. da får de rett og slett for lite informasjon om undersøkelsen..”

De forteller videre om en praksis der sykepleierne tar et ansvar for nærmest å ”oversette ” eller forenkle legens informasjon til et mer folkelig språk som pasienten kan forstå bedre.

Sitat:

Vi er jo ikke alltid til stede på den informasjonen som legen gir, men hvis vi er til stede og ser dette, så kan vi...puhh... holdt på å si oversette det i et enklere format, så dem (pasienten) forstår det.”

Sykepleierne forteller videre at de ofte ser behovet for å avpasse informasjonsmengden og forsøker å gi den porsjonsvis der hvor det er mye informasjon som skal gis. En av sykepleierne refererte under intervjuet til forskning som viser at pasientene normalt ikke husker mer enn ca 20% av den informasjonen som gis og bemerket at det derfor er viktig å avgrense informasjonen for å gi pasienten en mulighet til å absorbere det.

Dette er spesielt aktuelt der pasienten går til poliklinisk behandling over tid og man derfor har mulighet for å porsjonere og følge opp informasjonen. En av sykepleierne sa det slik, sitat fra intervju 1:

”... så man må liksom ta det litt pent...her ser man at man ikke bare kan gå på å være veldig direkte, man må bare være litt forsiktig rett og slett, og bare si at resten kan vi ta senere, neste gang..., kanskje er det om bare en uke, kanskje kan vi planlegge et møte om en uke... for at det har blitt for mye, rett og slett... Det er som jeg sier, man må sense egentlig ganske tidlig om man må porsjonere..., veldig forsiktig, og ta det viktigste først”

Noen sykepleiere sa at mange leger har en litt vel akademisk tilnærming til pasienten når det gjelder informasjon, og at mange leger tar seg for kort tid til informasjon eller til å sjekke ut om pasienten har forstått den informasjonen som er gitt. Sykepleierne viste videre til konkrete situasjoner der de hadde kunnskap om at bedøvelsesmidler og beroligende medikamenter som ble brukt ved smertefulle undersøkelser kunne bidra til at pasientens evne til å oppfatte informasjon var redusert, og at sykepleierne så det som viktig å sikre at pasienten fikk adekvat informasjon før de forlot avdelingen. Sitat fra intervju 3:

” Og da kan jeg jo gjerne spørre pasienten om det er noe... når de har hvilt en times tid... fordi da..., Midazolam⁷ gjør jo at man glemmer... så om de har behov for informasjon sier jeg til legen at pasienten husker ikke hva du sa, så det må du gjenta. Og det gjør de jo som regel. Det er ikke så travelt at de ikke har tid til det”

En av poliklinikkene hadde innført en praksis der sykepleierne avtalte et tidspunkt for telefonsamtale med pasienten noen dager etter det polikliniske besøket for at pasienten skulle få mulighet til å stille spørsmål. Samtidig gav det sykepleieren anledning til å kontrollere hvordan pasienten hadde det etter undersøkelsen og i forhold til gitt informasjon. Dette var en ordning som i aktuelle poliklinikk i hovedsak var forbeholdt de som hadde fått beskjed om alvorlig sykdom. Et annet informasjonsbehov som ble ivaretatt av sykepleierne var i forhold til praktiske ting mht hvordan pasienten skulle forholde seg før og etter inngrep. Sitat fra intervju 2:

”Og så har de et veldig stort behov for å vite om inngrepet, veldig mye spørsmål om det gjør vondt, om bedøvelse gjør vondt, om man kjenner det etterpå og... og også det hvordan det blir etter inngrepet når de kommer hjem. Om det gjør vondt da og så om man trenger å ta smertestillende, om man kan dusje, når tid man skal skifte bandasje... mange sånne praktiske ting.”

Sykepleierne i ”behandlingspoliklinikkene” fortalte at de hadde anledning å gjøre avtaler med pasientene om samtale og informasjon ved neste oppmøte de gangene der de pga stort arbeidspress ikke så mulighet for å sette av tid til det gjeldende dag. De sykepleierne som hadde egne polikliniske konsultasjoner fortalte at de hadde gode muligheter for å gi pasienten en ny time, eller avtale telefonkonsultasjon der de oppfattet at pasienten hadde behov for det. Det ble forøvrig også påpekt ved ett av intervjuene at det var viktig for sykepleierne å ta utgangspunkt i pasientens behov for informasjon, og ikke i sykepleierens behov for å informere ut fra hva de anså som viktig. I gruppen ble det påpekt at dette særlig var viktig der sykepleierne hadde en selvstendig rolle mht behandling og oppfølging av behandlingen til pasienten. Det ble kommentert at evnen til å gi informasjon på bakgrunn av pasientens behov var noe som kom med erfaring, sitat fra intervju 3:

” men jeg satt også og tenkte på når du snakket om møtet med pasient... så tenker jeg da jeg begynte med disse samtalene i 2008 så tror jeg ikke jeg senset noen ting... for da var jeg så nervøs, det var bare om å gjøre å få inn pasienten og spurt de om det man skulle og.. så jeg

⁷ Midazolam brukes intravenøst til anesthesiinnledning, intravenøst, intramuskulært, peroralt og rektalt til sedasjon og kupering av kramper
Kilde: <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/80917>

tenker jo at etter hvert som årene går er erfaring et godt ord å ha.. fordi man oppdager mer og mer etter som årene går.. og man finner en annen måte å samtale med de på... at man får med seg kjernen i det pasienten sier... hva er det de egentlig vil..."

De fortalte også om et samarbeid med fagpersoner i andre avdelinger der de visste at pasientene ville få mer spesifikk informasjon vedrørende videre behandling, for eksempel ved at inneliggende pasienter som hadde vært til colonskopi på poliklinikken pga sin kroniske tarmlidelse, ville bli fulgt opp med mer informasjon av sykepleier og leger ved aktuelle avdeling.

7.1.5 Tilstedeværelse

På bakgrunn av tidligere studier nevnt innledningsvis, var et noe overraskende funn at sykepleierne generelt opplevde stor grad av tilstedeværelse i møte med den polikliniske pasienten. Dette var ikke aktuelt bare for de som arbeidet i behandlingspoliklinikkene, men også for de som jobbet i de øvrige poliklinikkene. En av sykepleierne fortalte at de hver dag fikk utdelt hver sine lister med pasienter som de sammen med en lege hadde ansvaret for. Antallet og type pasienter varierte fra liste til liste, og sykepleierne roterte med å ha ansvar for de ulike listene. Hun sa det slik i forhold til dette med opplevelse av tilstedeværelse for pasienten til tross for at listen kunne inneholde mange pasienter i løpet av dagen, sitat:

" ja, at du har den lista di, du blir liksom ikke.. den tilstedeværelsen som er her den synes jeg er veldig bra og det er en fin måte å jobbe på. Det kan jo være travelt.. men at du er så til stede i det møtet med pasient og pårørende... det synes jeg er så bra"

Den samme sykepleieren sa videre at hun likevel opplevde at pasienten ble gitt god tid både til samtale og informasjon, men at innimellom kunne det dog bli så travelt pga uforutsette ting at det vanskeliggjorde muligheten til å snakke med pasienten om alt de hadde på hjertet der og da. Dette kunne spesielt være en problemstilling på morgenen da flere pasienter kom samtidig. Dette ble ofte løst ved at sykepleieren informerte lege eller annet helsepersonell om pasientens informasjonsbehov slik at det kunne bli ivaretatt av andre, eller at det ble gjort en avtale med pasienten om samtale senere på dagen. Denne praksisen ble bekreftet av flere av de andre fokusgruppedeltagerne.

Alle sykepleierne hadde tidligere erfaring fra arbeid i heldøgnsavdelinger. Flere av sykepleierne fortalte at de der kunne oppleve arbeidsdagene så travle at det ikke ble tid til å snakke med alle pasientene i løpet av vekten. Flere poengterte at arbeidet i poliklinikken gav en tilfredshet i det å kunne følge opp pasientene over tid, og det å ha muligheten til å rette opp igjen det sykepleierne ikke fikk anledning å gjøre forrige gang pasienten var til poliklinisk konsultasjon. Det gjaldt særlig sykepleierne som hadde egne polikliniske konsultasjoner med oppfølging av for eksempel diabetespasienter. Sitat fra intervju 3:

” Den største gleden ved å jobbe poliklinisk... at du faktisk ser dem igjen og.. kan rette opp det du ikke fikk gjort neste gang de kommer”

7.1.6 Effektiviseringens pris

Under intervjuene var det flere av sykepleierne som kom inn på dette med arbeidsglede og trivsel ved å jobbe i poliklinikkene. Men de kom også inn på effektiviseringen som hadde foregått i helsevesenet de siste årene, og at ikke alle endringene var til det bedre for pasientene. Noen var for eksempel kritiske til at pasienter med nyoppdagede, kroniske sykdommer ble sendt direkte hjem etter informasjon og oppstart av behandling i poliklinikken. De påpekte at både sykepleierne og pasientene noen ganger var uttrygge på om pasienten ville greie å håndtere situasjonen hjemme. De fortalte at de noen ganger vurderte det for komplisert for pasienten å forholde seg til legevakten i kommunen, og vise versa, dersom de skulle trenge hjelp i løpet av de første døgnene etter behandlingsstart. Dette ble i enkelte tilfeller løst ved at sykepleierne gav pasienten sitt private telefonnummer slik at pasienten kunne ta kontakt dersom de trengte det. Tilbudet ble beskrevet som et trygghetstiltak både for pasientene og sykepleier i mangel av annen adekvat ordning. Erfaringen var at det ikke var så ofte de ble kontaktet av pasientene, men at pasientene følte seg mer trygge bare med vissheten om at de kunne ta kontakt hvis behovet meldte seg. Sykepleierne poengterte at dette var en tendens de ikke hadde sett før, og at de kjente på at dette var noe av prisen for effektiviseringen i spesialisthelsetjenesten. En pris det synes som sykepleierne betaler ved at de iverksetter en type privat bakvaksordning for pasienten. Sitat fra intervju 3:

” Pasientene kommer...rett fra akutten og opp til oss og her skal de lære blodsuktermåling, insulinsetting, om føling, og så skal du rett hjem... og det kjennes ikke så godt... Så det hender jo ofte... vi har jo ikke sånn vaktordning vi, men det skjer jo da at vi gir

telefonnummeret vårt til pasienten for at de skal ha litt trygghet, ha en å ringe til... Jeg tenker nå på den stakkaren....., gjorde jeg rett, vurderte jeg dette riktig... ble det rett dose, går dette greit...? Og jeg tenker at dette er en del av prisen når man effektiviserer... det der skjedd jo aldri før... rett fra nyoppdaget og så ut! Tror de (pasienten) hadde hatt godt av å ligge inne litt, få summet seg litt..”

7.2 Å bruke hele sin kompetanse

7.2.1 Delegerte oppgaver og selvstendige sykepleierkonsultasjoner

Under intervjuene beskrev flere av sykepleierne en hverdag preget av stor grad av selvstendige vurderinger og tilnærminger overfor pasientene. Dette var særlig gjeldene i de poliklinikkene som har poliklinisk behandling som en del av sin virksomhet. Sykepleierne fortalte at de i forbindelse med planlagte behandlinger vurderer pasientene på et selvstendig grunnlag på bakgrunn av pasientens tilstand og målbare parametre før behandling blir satt i gang. Dette var pasienter som mottok regelmessige behandlinger over tid i henhold til behandlingsprotokoller og der medikament og dose for hele serien av behandlinger var ordinert av lege i forkant. Disse pasientene var ikke satt opp på legetime hver gang de kommer for behandling, men var datateknisk satt opp på behandling i avdelingen. Det var sykepleierne som på bakgrunn av almentilstand, bivirkninger og blodprøveverdier vurderte hvorvidt behandling aktuelle dag kunne finne sted, eller eventuelt om medikamentdosen måtte justeres. Praksis var at lege ble kontaktet for vurdering hvis sykepleierne kjente seg usikre. Dette var tidligere legenes oppgaver som nå var overtatt av sykepleierne. Sykepleierne fortalte at de utførte tiltakene på bakgrunn av et faglig delegert ansvar. Sitat fra intervju 1:

”Ut fra at vi er så erfarne som vi er, har de gitt oss et delegert ansvar. Vi ser på både toksisitet, blodprøveverdier, og så kan vi vurderer om vi for eksempel utsetter kuren til neste uke”

Flere av sykepleierne i de andre intervjuene fortalte om samme praksis, definert under begrepet ”sykepleiestyrt poliklinikk” Her fulgte sykepleierne jevnlig opp pasienter med kroniske lidelser og vurderte og eventuelt justerte dosering av medikamenter, som for eksempel insulin. Disse pasientene ble innkalt enten til konsultasjon hos bare sykepleier, hos lege, eller til tverrfaglig konsultasjon der også andre helseprofesjoner deltok i konsultasjonen, inkludert sykepleier. Det kunne være for eksempel være fysioterapeut og/ eller

ernæringsfysiolog. De fortalte også om pasienter som ble henvist til sykepleierne fra akuttmottaket med nyoppdaget diabetes, og der sykepleierne vurderte behovet for - og evt. satte i gang behandling basert på selvstendige vurderinger. Ved tvil eller usikkerhet ble vakthavende overlege konsultert. Også en annen sykepleier beskrev sitt arbeid som en helt selvstendig drevet sykepleierpoliklinikk der pasienter med kronisk lidelse ble henvist til samtale, veiledning og oppfølging av sykepleier alene. Også denne sykepleieren hadde en overlege hun kunne rådføre seg med dersom hun vurderte det slik. Sitat fra intervju 3:

”Jeg styrer dagen min helt selv. Som regel har jeg vel sånn 3-4 pasienter hver dag.. og så er det satt av ca 1 time på hver...og av og til bruker man litt mer enn det, og det spiser jo av tiden til den som kommer etter. Men egentlig klarer jeg å holde tidsskjemaet. Og så setter jeg av en time til å skrive notater. Og så er det slik de andre sier, jeg kan sette opp pasientene selv, og jeg kan bestemme hvor lang tid jeg egentlig trenger”

Under ett av intervjuene ble det bemerket at det nå var tydelig vekst i antall sykepleiere som hadde selvstendige, polikliniske konsultasjoner. En av sykepleierne hadde tidligere vært alene om å ha oppfølging av polikliniske diabetespasienter sammen med en lege en gang per uke, mens at de nå var 3 sykepleiere på fulltid som hadde egne sykepleierkonsultasjoner.

Selv om dette var gjeldende for flere poliklinikker, er det viktig å bemerke at dette likevel ikke gjaldt alle deltagerne i studien. I to av de andre poliklinikkene var virksomheten mest styrt av legenes tilgjengelighet og var preget av undersøkelser som forutsatte legens spesielle kompetanse i så henseende. Timebøkene her ble i stor grad styrt av sekretærer som hadde ansvaret for å sette opp lister og innkalle pasientene. Sitat:

” Altså, vi er jo mer legestyrt i løpet av dagen... kan man si det slik.. altså vi jobber ikke selvstendig sånn på den måten... eller vi jobber jo selvstendig, men vi legger ikke opp dagen selv. Vi gjør det vi må etter dagens program”

7.2.2 Kompetanse og faglig samarbeid

Utover det at deltagerne hadde lang erfaring som sykepleiere, beskrev de en praksis preget av samarbeid og innhenting av råd og hjelp til faglige vurderinger fra sine sykepleierkollegaer når de kjente seg usikre, i tillegg til å kontakte lege. Sitat fra intervju 1:

”... og da blir det våres selvstendige vurderinger av tilstanden og hvordan ting har vært siden forrige behandling her... så vi har veldig mange sånne egne vurderinger vi må stole på og bruke hverandre som støtte, og eventuelt ringe på lege.”

En av sykepleier i fokusgruppeintervju 3 sa det slik, sitat:

”Vi rådfører oss jo med hverandre mye mer angående pasienten... hvis jeg står fast.. det kan være angående en nyhenvist pasient, så kan jeg spørre de andre: ”Hva ville du ha gjort her?” Vi bruker ikke bare legene, vi bruker sykepleiekollegaene også, så vi ber om hjelp”

I noen av poliklinikkene deltok sykepleierne i tverrfaglige møter der de kom med faglige innspill vedrørende pasientene. Dette ble omtalt som viktig for å oppnå en helhetlig vurdering av pasienten, men også at det var en lærerik måte å jobbe på. En av sykepleierne fortalte i intervjuet om en episode der hun som sykepleier hadde oppfattet via en telefonsamtale at pasienten hadde vært i for dårlig allmenntilstand til å bli undersøkt poliklinisk, og derfor var i behov av innleggelse. Dette tok hun opp i tverrfaglig møte hvorpå det ble besluttet å legge inn pasienten i stedet. De tverrfaglige møtene bestod av patolog, radiolog, onkolog, gastroenterolog og to sykepleier, og målet var å vurdere videre behandling for den enkelte pasient basert på diagnostiske funn. Sitat fra intervju 2:

” Og da kan man jo bidra med noe som legene ikke har lest seg opp på. Så det der med tverrfaglighet er jo litt spennende... at man utfyller hverandre, og... at man har noe å bidra med.”

Et annet moment som ble fremhevet som positivt vedrørende det faglige samarbeidet i poliklinikkene, var det å jobbe tett sammen med erfarne overleger. En av sykepleierne sa at konsultasjonene ble roligere og at pasientene fikk bedre informasjon når det var overlege til stede. ”Konklusjonen” var at en erfaren sykepleier og en erfaren doktor gir en god pasientkonsultasjon. Sitat:

” De har en mer helhetlig måte å tenke på... det er veldig mange dyktige, erfarne leger, og det er derfor det er så fint å jobbe med overlegene da... det betyr veldig mye. Så det blir ikke så mye gjetting og synsing.. assistentlegene må ringe og rådføre seg med overlege.. og, ja, så da føler jeg at ting er ganske klart da når de (pasientene) går ut døren fra oss”

Videre ble de ofte kontaktet av sengepostene for å bistå med faglige råd og for å bistå med informasjon til pasienter med nyoppdaget sykdom der de viste at sykepleiere ved poliklinikkene hadde kompetanse og erfaring utover det sykepleierne i sengepostene hadde.

7.2.3 Kontinuitet og oppfølging

Et viktig funn i studien er sykepleiernes beskrivelse av det å utgjøre en kontinuitet for pasientene, særlig gjaldt dette der driften var preget av engre behandlingsperioder. Kontinuitet og oppfølging er gjennomgående tema både i det å trygge pasienten og et viktig element av sykepleiernes organisatoriske praksis, men det velges å ta denne dimensjonen under dette kapitlet. Praksisen var gjerne slik at det var en sykepleier som hadde et hovedansvar for pasienten og som var pasientens primærkontakt, med fordi enhetene var små og de var få sykepleiere tilknyttet enheten, ble alle godt kjente med pasienten. De refererte til en hverdag hvor legene var mange og skiftet ofte, mens sykepleierne utgjorde stabiliteten i poliklinikken. De kjente pasientene, så endringene underveis og så når pasientene slet med bivirkninger av behandlingen eller har tungt å bære av andre grunner, som en av dem sa. Sitat fra intervju 1:

” Også det at vi etter hvert kjenner pasientene mye bedre enn legene, legene har noen korte møter.. og det kan være forskjellige leger. Og det er mye lettere for oss å følge dem på bivirkninger og sånt fordi vi kjenner dem bedre etter hvert. Vi har kontinuitet med et lite antall sykepleiere ”

Dette ble bekreftet i det andre fokusgruppeintervjuet, der en av sykepleierne sa det på denne måten, sitat:

” Er de hos lege, så kan det være en helt annen lege, oftest forskjellige leger. Så vi representerer kontinuiteten ”

Dette gjenspeiles også mht informasjon til pasienten, i samhandling med andre fagpersoner og avdelinger og med kommunehelsetjenesten der sykepleierne beskriver en ”sørge for” praksis for å sikre pasienten kontinuitet i behandlingsforløpet.

7.2.4 Assistentfunksjon

En vesentlig del av sykepleiernes praksis i noen av poliklinikkene, var å tilrettelegge for undersøkelser som ble utført av legene. Det innebar også assistere legene underveis i undersøkelsene, herunder legge fram utstyr, hjelpe til med å ta prøver, pakke prøvemateriale, rengjøring osv. Under intervjuene kom det fram litt ulike oppfatninger om sykepleierens rolle og funksjon i så henseende. Noen sykepleiere beskrev hvordan den sykepleiefaglige kompetansen og erfaringen hadde betydning for pasientens opplevelse av situasjonen, selv om

de noen ganger hadde sett seg leie på at deres sykepleierfaglige ressurser ble brukt til å være håndlanger, som en av sykepleierne uttrykte det i intervju 1. Sitat:

” Så noen ganger har vi sett oss leie på at vi må bruke av våre sykepleierfaglige ressurser til å stå der å være håndlanger, ikke sant... det føles ikke helt okei å... jeg vet at det er kjempetravelt her på behandlingsrommet... eee..., men så kommer man i de der situasjonene der man ta hand om med.. sin sykepleiefaglige erfaring og kan bidra i en situasjon som kan bli noe helt annet enn det man hadde trodd i utgangspunktet”

Og videre, sitat:

”... og der kan man få god bruk for sin sykepleierfaglige kompetanse og erfaring fordi det kan avstedkomme funn under undersøkelsen som gjør at det kan bli en tøff situasjon for den som ligger i gynstolen.. og få noen dårlige beskjeder og kanskje må planlegge et løp videre. Vi kan da bidra med informasjon og sånne ting. ”

Og samtidig ser noen sykepleiere det å assistere legen som en kombinert rolle der det å være til stede for pasienten utgjorde en vel så viktig del som det å hjelpe legen viktigste delen av det å være til stede for pasienten mer enn for legen. Sitat fra intervju 2:

”det er den varianten.. da vi går lege og pasient til hånde... men vi er nok så erfarne at vi tenker nok ikke at vi går bare legen til hånde...vi tenker nok mer at vi er der for pasientene.. det er liksom noe med det der å rekke fram utstyret... Det blir liksom en biting. Det kommer jo med erfaring... du er ikke så opphengt i det tekniske lenger fordi du håndterer det greit, ... det gjøres i forbifarten.. det er noe med det vidsynet.. ja, ikke sant..”

I noen poliklinikker utgjør assistanse og tilretteleggerfunksjonen hoveddelen av sykepleiernes daglige praksis, her uttrykt på følgende måte i intervju 3, sitat:

”Nei, altså, vår hovedoppgave er egentlig å, ... altså... vi henter jo inn pasientene og klargjør dem, snakker med dem og sånt..., og så assisterer vi jo legen... det er vel i hovedtrekk det..

Og så har vi jo mange pasienter som får sedering, så da er det jo egentlig vår oppgave å observere mht medisinene...at de puster... og observere at smertestillende virker... ”

7.2.5 Dokumentasjon av eget arbeid

Et av spørsmålene i studien gjaldt i hvor stor grad sykepleierne i poliklinikken dokumenterte eget arbeid i pasientjournalen. Fra eget arbeidssted er erfaringen at dette praktiseres svært ulikt i de ulike poliklinikkene, men også innen samme poliklinikk. Skillelinjene synes å være

knyttet til både tradisjoner og ”gamle vaner”, men også i hvor stor grad sykepleierne ser det formålstjenelig idet legene journalfører sin virksomhet og ”dobbeltføring” synes unødvendig.

Under intervjuene kom det fram at dette i stor grad var gjeldende også i dette sykehuset. De sykepleierne som jobbet i behandlingspoliklinikkene og som hadde selvstendige pasientkonsultasjoner så det som svært viktig å dokumentere arbeidet sitt i pasientjournalen og gjorde det konsekvent. Hvis de så det nødvendig å rådføre seg med lege, ble dette også anført i journalen. Sitat fra intervju 1:

” Ja, mye dokumentering, konsekvent.... Alle møtene med pasientene blir konsekvent dokumentert.. Det kommer ofte fram andre ting i møte med oss enn med legen, og det må vi få med”

Og videre et sitat fra intervju 3:

” Det er jo en av legene som alltid har vakt som vi kan kontakte hvis vi er tvil..., og da skriver vi jo... og er nøye med hva vi skriver i notatene... at vi har rådført oss med den og den.. . Ja , det er viktig det med dokumentasjon, det jobber vi mye med.. liksom når vi har en pasient som er veldig høy i blodsukker at vi kan dokumentere at her har vi snakket med pasienten, med farene som kan skje, seinskader osv ”

De sykepleierne som jobbet i poliklinikker der legene skrev journalnotater fra konsultasjonen hadde ikke rutine på å dokumentere eget arbeid, bortsett fra når de hadde telefonsamtaler med pasienter. Og videre der de tok kontakt med andre avdelinger eller fagpersoner for oppfølging av pasienten. Det kunne for eksempel være i tilfeller der de kontaktet kreftsykepleier, helsesøster eller lignende i pasientens hjemkommune. Sitat fra intervju 2:

”Det er jo i hovedsak legen som dikterer da.. og gjør en sånn innkomstjournal... men vi kan skrive et sykepleiernotat hvis pasienten henvises til kreftsykepleier.. og i forhold til barn som pårørende dokumenterer vi... vi skriver kanskje en sånn kartlegging.. eller de ønsker kontakt med helsesøster...”

7.3 Å organisere og koordinere pasientforløp

I alle tre intervjuene fortalte sykepleierne om en utstrakt praksis i forhold til organisering, koordinering og oppfølging av pasientenes undersøkelser og behandlingsløp, både mht enkeltkonsultasjoner og der hvor pasienten ble henvist til videre behandling som krevde innleggelse, for eksempel ved planlagt kirurgi. Dette arbeidet innbefattet alt fra det å detaljplanlegge pasientkonsultasjonene innad i poliklinikken til det å planlegge for pasientens

videre behandlingsforløp. Praksisen handlet i stor grad om å sørge for at undersøkelse og behandling skulle finne sted til rett tid uten unødvendige forsinkelser for pasienten. For noen pasienter var det aktuelt med flere undersøkelser på samme dag, noe som krevde nøye koordinering og organisering av tiltak både før pasienten kommer til sykehuset og på selve undersøkelsesdagen. Det kan synes som det var en grunnleggende holdning at målet var å unngå at pasienten måtte utsette eller avlyse undersøkelsene eller behandlingen fordi viktige parametre ikke var avklart før pasienten kom til sykehuset. Sitat fra intervju 2:

” Og så hvis det står at pasienten skal gjennomgå en MR-undersøkelse, og så leser du i notatet at pasienten har en pacemaker, og da må du kanskje ringe til legen og spørre om ikke pasienten skal ta et hjerte CT i stedet... Så det er en del sånne grunnleggende sykepleiekunnskap som man bør ha med seg da når man skal tilskrive disse pasientene da. Det er viktig for at man ikke må utsette undersøkelsene fordi man ikke var oppmerksom på dette når pasienten ble innkalt. Og hvis pasienten har en nyresvikt, så må det også sjekkes ut på forhånd”

Det kom også fram at en del av undersøkelsene fordret god, medisinskfaglig kunnskap, forståelse for komplekse sammenhenger mellom sykdom og behandling og gode logistikkunnskaper. Dette var av særlig betydning når pasienten kom for diagnostisering og utredning. Sitat fra intervju 2:

”Vi bestiller jo røntgenundersøkelser, så må det tas kreatinin⁸, så må vi ringe pasienten.. Og vi må lese i journalen til pasienten... vi må vurdere om pasienten er frisk nok til å komme til oss i poliklinikken.. og.., ja, det er mange ting å tenke på, det er en logistikk i dette. Og av og til må man ringe til legen, ja, vi har et sånt flytskjema da, og så må vi se om alt stemmer i forhold til de undersøkelsene som skal tas, ja, om de kan tas hvis det er si eller så. Det er ikke det samme som at pasienten skal ta en enkel cystoskopi⁹ og få et brev på det. Det er ikke så enkelt”

Og videre fra samme intervju, sitat:

” Vi (sykepleierne) har lagt et slags puslespill på en måte.. For pasientene skal gjøre veldig mye forskjellig den dagen. Det kan være røntgen og det er samtale med lege og sykepleier, det blir tatt en sånn ”innkomst”, og det blir gitt veldig mye informasjon den dagen da. Og hvis pasienten skal opereres så snakker pasienten med anestesilege sånn at.. og eventuelt blir det tilsyn pga hjerte og lunge... sånn at alt er gjort klart til dem skal legges inn etter noen uker til operasjon. At alt på forhånd er tilrettelagt og klart”

⁸ Kreatinin er en blodprøve som sier noe om nyrefunksjonen er tilfredsstillende

⁹ Cystoskopi er en undersøkelse av urinveiene via et instrument som føres inn via urinrøret.

Dette var oppgaver som tidligere ble utført av sekretærer, men pga kravet til et bredt kunnskapsfelt var innkallingsoppgavene blitt overført til sykepleierne. Det ble fortalt at i enkelte tilfeller var det så mange parametre å ta hensyn til at standardinnkallingsbrev ikke kunne brukes. Det var derfor påkrevet å skrive et personlig brev til pasienten med informasjon om alle forberedelser og prøve som måtte være tatt i hjemkommunen på forhånd. Dette var som følge av at undersøkelsene nå ble gjort poliklinisk i motsetning til at pasienten tidligere var inneliggende for samme undersøkelser.

Foruten å koordinere planlagte polikliniske pasientløp, beskrev sykepleierne i alle intervjuene en praksis der de sørget for at pasienten fikk god oppfølging videre i behandlingsforløpet. Det kunne være ved å kontakte instanser i kommunehelsetjenesten, som for eksempel kreftsykepleier, flykningesykepleier eller hjemmesykepleier. Eller det kunne også være å sørge for at pasienten ble henvist til stomisykepleier eller andre fagpersoner der det var behov for enten mer informasjon, veiledning eller annen type oppfølging. En annen ting var at sykepleierne også tok ansvar for å følge opp og sjekke ut forhold knyttet til pasienten som de per definisjon ikke hadde et formelt ansvar for, men som de av erfaring valgte ”å holde en tråd i”, som en av sykepleierne beskrev det. Det kunne for eksempel være å sjekke at det var sendt henvisning til operasjon eller om det var sendt innkalling til neste undersøkelse slik at pasienten ikke falt ut av systemet. Sitat fra intervju 3:

” Vi har en sjekklister på hver pasient, og da ser vi bare i DIPS¹⁰ at det er gjort. Det er ikke slik at det er direkte vårt ansvar, men vi gjør det fordi vi har erfart at det er veldig lurt. Det kan være at de får innkalling til gastroskopi eller til det ene eller det andre, slik at det er.. Og vi holder en tråd i det i starten for vi ser jo at...”

En annen form for organisering var den daglige organiseringen og reorganisering som var nødvendig pga uforutsette ting. Det kunne være pasienter som ringte eller som kom direkte til avdelingen uten timeavtale. Dette genererte ofte mange tilleggsoppgaver, gjerne knyttet til koordinering av videre tiltak, som for eksempel å ordne med en legesamtale. Det kunne også oppstå situasjoner med pasienter i avdelingen som krevde reorganisering av dagsplanen. Ved de fleste poliklinikkene hadde sykepleierne også andre oppgaver som gikk parallelt, som for eksempel at de hadde ansvar for pasienter som fikk infusjonsbehandling samtidig som de

måtte assistere lege ved undersøkelser av andre pasienter. Dette krevde overlapping med annen sykepleier som midlertidig overtok ansvaret for pasientene.

Sitat intervju 1:

”Vi har så mange andre arbeidsoppgaver også i løpet av dagen som går parallelt, som samtaler, assistanse for kirurgene som har kontroller her, sånn at vi går litt sånn inn og ut av behandlingsrommene.”

Og videre:

”Enkelte dager kan det ringes mye, og det kan være mange ting som krever mer enn bare et ja/nei svar...og noen ganger medfører det ganske mye arbeid etterpå... så det kan henge mye på en sånn samtale...eller at det kan generere at man må ta noen flere telefoner”

Intervju 1

” ...men noen ganger må man ta tid til å ringe rundt, og du skal ordne med praktiske ting... man kan jo ha små marginer og så kan timeplanen rakne fullstendig den dagen”

Ved en av de andre poliklinikkene der det bare foregikk undersøkelser hadde de en egen koordinator som tok seg av uforutsette ting og pasienter som for eksempel krevde tilsyn etter undersøkelse fordi pasienten hadde fått bedøvelsesmidler og trengte å hvile før de kunne forlate sykehuset. Dette fordi sykepleierne der ikke hadde anledning å følge opp sine pasienter etter undersøkelse fordi neste pasient skulle tas imot og forberedes.

8 Drøfting av de viktigste funnene:

Sykepleiernes beskrivelser av deres daglige praksis i poliklinikken slik de er presentert i forrige kapittel, gir samlet et inntrykk av at sykepleierne må kunne sies å ha en dominerende rolle når det gjelder den daglig driften og virksomheten i poliklinikken. Oppgavene spenner over et bredt felt, de er sammensatte og preget av kompleksitet og krav til ulike former for kunnskap. Funnene har blitt sortert og presentert under tre hovedkategorier. Videre i dette kapitlet vil de viktigste funnene bli drøftet i lys av den sykepleieteoretiske forståelsesramme basert på Henderson og Martinsen sine syn på sykepleie og Orvik sin forskning på

organisatorisk praksis. Også annen teori og forskning som er funnet relevant for å besvare problemstillingen vil bli benyttet. Drøftingen er organisert under 3 hovedoverskrifter; *Omsorg som beveggrunn for sykepleie, også i poliklinikken, Helhetlig sykepleie i den polikliniske kontekst og Betydningen av å synliggjøre sykepleiernes faktiske arbeid.*

8.1 Omsorg som beveggrunn for sykepleie, også i poliklinikken

Sykepleierne beskriver en intensjon om ivaretagelse av pasienten på mange ulike fronter. De beskriver en praksis som har som mål å trygge pasienten slik at undersøkelsene og behandlingen skal la seg gjennomføre på best mulig måte. Mange pasienter som kommer til poliklinikken er engstelige og redde, og for sykepleierne er det et mål å dempe pasientens stressfølelse. De forteller hvordan de på ulike måter, prøver å finne fram til hva som er best for den enkelte pasient. Dette ved å finne hvilke individuelle behov pasienten har og hva som skal til av informasjon, veiledning, støtte og hjelp.

Studier viser at pasientens forventninger til sykepleieren i forbindelse med polikliniske konsultasjoner er å få god informasjon, bli lyttet til, bli tatt alvorlig, og å bli hjulpet fysisk gjennom undersøkelse og tekniske prosedyrer. Pasienten forventer videre å kunne føle sykepleierens tilstedeværelse og forventer at sykepleieren har evne til å gripe inn dersom noe uforutsett skulle skje. (Budgaard, *et al* 2014) Dette mener jeg sammenfaller med hvordan sykepleierne beskriver intensjonen med sin sykepleiefaglige praksis i poliklinikken.

I alle intervjuene sier sykepleierne at omsorg er et viktig fundament i deres daglige praksis. Kari Martinsen forklarer begrepet omsorg ut fra det tyske ordet ”sorgen” i betydningen omtenksum, det å bekymre seg for. (Martinsen, 1989) Benner og Wrubler sier i deres artikkel ”Caring comes first” at omsorg er lykten som lyser opp mørket og som hjelper oss å finne svar der ingen andre ser muligheter. (P. & Benner 1988) Med dette mener de at forutsetningen for at god sykepleie skal kunne finne sted er at den hviler på omsorg som grunnlag. Det vises til at det å bli gitt sin medisin og å bli gitt informasjon og opplæring har ulik virkning avhengig av måten det blir gjort på. I videste forstand forstår jeg det slik at fravær av omsorg i utøvelse av sykepleie direkte kan påvirke effekten av sykepleie og behandling.

En av sykepleierne sa at hun etter hvert hadde oppdaget hvor viktig omsorg var, til forskjell fra det å være ensidig opptatt av å beherske de mer tekniske sidene ved arbeidet i

poliklinikken. Funnene viser at omsorgsperspektivet ligger som et fundament i sykepleiepraksisen også i poliklinikken. Deres mange beskrivelser av hvordan de med både kognitive og fysiske tiltak, har som mål å trygge pasienten, mener jeg viser sykepleiernes omsorgsfulle holdning. Slik jeg tolker utsagnene, settes i stor grad likhetstegn mellom omsorg og trygghet. Altså at omsorgsfulle handlinger leder til trygghet for pasienten. Dette gjennom å være veileder, å være hjelper, å være til stede, å støtte pasienten fysisk, å gi god informasjon og å ikke avvise pasienten.

Som sykepleiere har vi et ansvar for at pasienten mottar sykepleie på et faglig nivå som sikrer pasientens ve og vel på en måte som ivaretar verdighet og integritet. Per Nortvedt utdyper dette og sier det slik:

” Man skal ikke bare gi riktig behandling, men også gjøre det på den rette måten, og med holdninger som respekterer den enkelte person i den individuelle situasjonen ”

((Nortvedt 2012), s 122

Også i yrkesetiske retningslinjer for Norsk sykepleierforbund spesifiseres omsorg som grunnleggende i sykepleie. I § 1 står flg.: (Norsk Sykepleier Forbund 2011)

” Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert ”

Omsorg blir slik et kjernebegrep som beskriver vår tilnærming til pasienten, måten vi møter pasienten på, det som kjennetegner og beskriver den bakenforliggende drivkraften og som er grunnpilaren og beveggrunnen for utøvelse av sykepleie. At flere av sykepleierne i intervjuene tar fram omsorg som en vesentlig dimensjonen i sin beskrivelse av sin praksis, må kunne tale for en iboende, grunnleggende holdning til både pasienten og til sitt eget arbeid. Også pasientrettighetsloven fra 2004 har tatt med omsorgsdimensjonen som et spesifikt krav til måten helsehjelpen til pasienten skal utøves på: Der heter det, sitat: (Pasient- og brukerrettighetsloven 2016)

”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon tilsier ”

Helsehjelpen skal altså ikke bare være faglig forsvarlig, men den skal også være omsorgsfull. Omsorg er således et kjernebegrep også i pasientrettighetsloven. For sykepleietjenesten og for alt annet helsepersonell er dette en viktig formulering som peker direkte på hvordan vi skal utføre vårt arbeid. Implisitt betyr det en samfunnsmessig forventning til at behandling og pleie ytes på en omtenkfull, respektfull, empatisk og kyndig måte. Dette forutsetter at sykepleieren har nødvendig kunnskap, innsikt og forståelse for den situasjon pasienten befinner seg i, og evner å sette inn faglige tiltak på en måte som både gagnar og ivaretar pasienten. Dette er i tråd med pasientens forventninger til sykepleierne. (Budgaard *et al.*, 2014)

Kari Martinsen sier at omsorg i seg selv ikke bare har en praktisk side, men at omsorg også er uløselig knyttet til de mellommenneskelige og de etiske aspektene ved å være i menneskelig samhandling slik sykepleie forutsetter. Ved flere anledninger sier sykepleierne at det å skape tillit på kort tid er et viktig aspekt i møte med pasienten. Dette skjer ved å være lydhør, vise respekt og ikke avvise pasienten på det som fremstår som viktig for han. Martinsen sier at tillit er et etisk fenomen og at den er en grunnleggende forutsetning for all form for omsorg. (Martinsen, 2009) Uten at pasienten har tillit til sykepleieren er det vanskelig å nå fram med verken omsorg eller kunnskap. Denne tilliten skapes i øyeblikkets nærvær, med oppmerksomhet, og ved å lytte mellom linjene slik det for eksempel ble sagt av sykepleierne som viste til det ”å fange det lille signalet” i pasientens korte setning.

Sykepleierne snakker også om betydningen av å bli kjent med pasienten som en viktig faktor for å kunne bidra med omsorg og individuelt tilrettelagt sykepleie. Bundgaard tar som utgangspunkt i en av sine studier at det ”å kjenne pasienten” er en implisitt forutsetning for å skreddersy individuell sykepleie. Hun sier at det ”å kjenne pasienten” i en poliklinisk sammenheng må forstås på en praktisk måte mer enn ut fra at sykepleieren har en reel mulighet til å bli kjent med pasienten på et personlig plan. Studien viser at kommunikasjon, observasjon og fysisk berøring av pasienten muliggjorde en situasjonsbestemt oppmerksomhet som gjør sykepleieren i stand til å oppfatte pasientens behov og derved behandle pasientene individuelt. (K. Bundgaard, et al. 2011)

Under intervjuene bruker sykepleierne ordet *sense* når de forteller hvordan de i møte med pasienten prøver å finne hvem denne pasienten er for å legge det best mulig til rette for han. De snakker også om å peile seg inn på, lese pasienten, sense sånn intuitivt som en av dem sa. Slik jeg oppfatter det, er det en beskrivelse av det å være sensibel og var overfor de

menneskelige uttrykkene som gjenspeiles i blikk, kroppslige uttrykk, nervøsitet, svetting osv. Elstad referer i sin bok til Elsa Lykkeslett som har beskrevet hvordan sykepleiernes følsomhet uttrykkes i ordet ”sense”. (Elstad I. , 2014) Martinsen sier at omsorgsfull sykepleie krever tid, tilstedeværelse og nærvær for at sykepleieren skal greie å sanse hvilke behov pasienten har og hvilken appell den enkelte pasienten kommer med. Hun sier at sykepleierne også tar med seg sin faglighet og kunnskap inn i sansingens rom for å kunne tyde en situasjon. (Martinsen, 2012) Også Bundgaard fremhever at i den situasjonsbestemte oppmerksomheten gjør sykepleierne bruk av sin kunnskap og erfaring med den gitte situasjonen, hun bruker sitt observerende blikk, kopler på sitt sanseapparat, småprater med pasienten, stille spørsmål og lytter. Ved å vurdere og å bruke alle delene av den informasjonen blir sykepleieren i stand til å oppfatte den enkelte pasienten sitt individuelle behov for sykepleie. Dette viser at sykepleierne ved hjelp av en målrettet tilnærming er i stand til å avdekke og å møte pasienten individuelt selv om det må skje innenfor en begrenset tidsramme. (Bundgaard & Sørensen, 2011)

8.1.1 Berøring som uttrykk for omsorg

Under intervjuene sa sykepleierne at de gjennom lang fartstid hadde utviklet en egen kompetanse i å møte mennesker som var redde og engstelige for møtet med helsevesenet. Ett av ”virkemidlene” som sykepleierne bevisst benyttet som et uttrykk for omsorg, var i form av fysisk berøring, slik som også Bundgaard peker på. (K. Bundgaard, et al. 2011) Eksempler på det var ved å legge hånden på pasientens skulder eller arm, eller en lett hånd på pasientens hode eller på hoften. Sistnevnte var i forbindelse med skopiundersøkelser. Henderson bekrefter den gode effekten av fysisk berøring når hun skriver flg. i sin bok om sykepleiens grunnprinsipper:

I denne forbindelse vil vi fremheve at det er lettere å utvikle et forhold som gir emosjonell støtte til et annet menneske hvis man kommer i berøring med individet. Verdien av legemlig kontakt kan vanskelig overvurderes.

(Henderson, 1960), s.16

En av sykepleierne sa under intervjuet at hun til å begynne med ikke synes det var så naturlig å ta på pasientene, men etter å ha jobbet noen år var hun blitt tryggere som sykepleier og at det nå var blitt en naturlig ting å gjøre. Hun sa det slik, sitat fra intervju 3:

”Jeg tror jo man blir tryggere med årene...når man har jobbet noen år så tør man å nærme seg også fysisk overfor pasientene. Nå er det helt naturlig for meg å ta på pasientene, gi en klem eller... Det var ikke like naturlig tidligere”

Det ble videre kommentert at sykepleierens fysiske plassering i undersøkelsesrommet, for eksempel ved skopiundersøkelser, var av betydning for å trygge pasienten. Sykepleierne valgte bevisst å stå mest mulig ved hodeenden til pasienten for å kunne prate med pasienten underveis og samtidig ved å holde en hånd på pasientens hofte eller skulder gi pasienten et signal om at man var der for dem. En av sykepleierne fortalte at hun som mindre erfaren sykepleier i begynnelsen hadde stilt seg ved fotenden til pasienten for å være mest tilgjengelig for å hjelpe legen. Etter hvert som hun selv ble tryggere kunne hun overskue situasjonen og dermed se pasientens behov mer enn sitt eget behov for å mestre den tekniske oppgaven. Bundgaard sin forskning viser at sett fra pasientens synspunkt ble sykepleieren opplevd som tilstedeværende og omsorgsfull når hun hadde fokus på pasienten, og motsatt fraværende og upersonlig hvis oppmerksomheten bare var rettet mot oppgaven som skulle gjøres.

(Bundgaard and Sørensen, 2011)

I ett av intervjuene bemerket en av sykepleierne at det å sense pasientens behov også handlet om å respektere pasienten sin egen måte å mestre situasjonen på hvor hun viser til det å være vår overfor de signalene pasienten indirekte sender. Som eksempel viste hun til at når pasienten ikke svarte på tiltale eller spørsmål oppfattet hun det som et signal på at de ikke ønsket å bli snakket med under en undersøkelse, eller at de ikke ønsket å bli berørt. I slike tilfeller kunne det være nok å legge en kald klut på pannen til pasienten når hun så at pasienten hadde det ubehagelig. For at sykepleien skal bli individuell og tilpasset den enkelte pasient sitt behov, er det viktig at sykepleieren respekterer pasientens egne mestringsstrategier og måter å håndtere sin nervøsitet og angst. (Budgaard, et al. 2014) Martinsen sier at pasientene kan komme til å lukke seg til for sykepleierens hjelp og at dette er en del av den gjensidige sårbarheten i møtet mellom pasient og sykepleier. (Martinsen, 2012)

Selv om sykepleierne beskriver hvordan de senser pasienten, leser og peiler seg inn på pasienten for å motta inntrykk og signaler i forhold til hva den enkelte pasient har behov for,

er det ikke alltid at de har den tiden de ser at pasienten trenger. De ser og senser at pasientene har behov for å snakke om ting, at de har behov for mer informasjon, at de ikke alltid greier å absorbere den informasjonen som er gitt, eller at de pga medikamenter ikke greier å huske gitt informasjon. På spørsmål om hvilken mulighet sykepleierne generelt hadde for å ivareta pasienter som de så kunne trenge litt ekstra oppfølging etter en undersøkelse, svarte en av sykepleierne følgende, sitat:

”Som regel ikke, for vi står jo på ei stue så vi må jo gå inn igjen... for da er neste pasient på tur”

Dette gjaldt konkret en poliklinikk der det bare foregikk en bestemt type undersøkelser der sykepleierne for det meste hadde en tilretteleggende og assisterende rolle, og der det generelt ikke var lagt inn ekstra tid i programmet for å ivareta behov utover det som vanligvis var forventet. Det ble her referert til at de hadde en koordinator som kunne se til pasienten., men at det da ville være en annen sykepleier enn den som pasienten hadde hatt en relasjon til under undersøkelsen. Om dette utgjorde en forskjell for pasienten vites ikke, men i utgangspunktet kan dette ses som en fraksjonering av omsorgen for pasienten. Martinsen peker nettopp på at tiden er en variabel dimensjon avhengig av hvem som er ”eier” av den, og at helsevesenets instrumentelle tid ikke har toleranse for forsinkelser til tross for at det innenfor pasienten tid er rom. (Martinsen, 2011) Det ble også fortalt at ikke alle pasientene fikk tilbud om å bli ringt opp for oppfølging av informasjon. Dette var forbehold pasienter med spesielle diagnoser. Disse eksemplene kan tyde på at sykepleierne ser pasientens behov, men at det likevel ikke alltid er en reell mulighet for å ivareta alle behov der og da.

Poliklinisk virksomhet er et tett samspill av mange faktorer med dertil krav til logistikk og effektivitet. Personell, rom og utstyr er satt inn i en detaljert plan der tiden er en viktig faktor. Martinsen påpeker faren for at dette kan bidra til at tiden som er til rådighet for pasienten kommer under press og derved bidrar til at muligheten for å gjøre skjønnsmessige vurderinger basert på et nødvendig nærvær i møte med pasienten reduseres. (Martinsen, 2012)

Slik jeg tolker funnene tyder de likevel på at sykepleierne er opptatte av å finne kompensierende løsninger der de i en travel hverdag ikke greier å møte alle behovene. Dette gjøres ved noen poliklinikker gjennom å gi pasienten ny time, ved å avtale oppfølging av samtale og informasjon ved neste konsultasjon eller ved å henvise til annet fagpersonell. I hvor stor grad dette igjen egentlig følges opp framkommer ikke her.

Man kan spørre hvorvidt sykepleierne over tid har tilpasset seg virksomhetens krav til effektivitet og om det bakenforliggende målet for den daglige praksisen er å “få pasienten igjennom” planlagt konsultasjon. Og at dette må skje på raskeste og beste måte uten utsettelse for derved å holde effektiviteten oppe.

Clancy med flere sier på bakgrunn av en studie gjort innen psykiatrien at det kan synes som de statlige reguleringene legger føringer for sykepleiernes handlingsrom. Og videre at sykepleierne har inntatt en pragmatisk holdning ved at de tilpasser seg kravene og inngår kompromiss framfor å hevde egne faglige verdier og normer. (Kjølrsrud E.S og Clancy, A, 2013) Et innspill til det kan være at pasientene selv sier at hensikten med god sykepleie er å bli hjulpet igjennom undersøkelser på en god og trygg måte, og at pasientene verdsetter sykepleierens beroligende tilstedeværelse samt evne til å møte pasientene på sine individuelle behov. (Bundgaard and Sørensen, 2011) Under intervjuene refererte flere av deltagerne til travelheten og at denne kunne oppleves utfordrende. Det ble også nevnt at det ble lite tid til faglig utvikling, men at de var flinke til bruke hverandres fagkompetanse ved behov. Sitat fra intervju 2:

“Man mobiliserer seg jo til at det blir mye å gjøre, noen ganger er jo listene uoverkommelige.. så det kan være perioder med grusomt mange pasienter, men det blir sjelden katastrofe....”

I samme intervju blir det også bemerket at det gir en tilfredshet når man som sykepleier har fått gjennomført dagen og fått bidra til at pasientene har fått dekket sine behov, sitat:

“Den gode følelsen når pasienten går og de er fornøyde, og man har kommet i mål med det man hadde planlagt”

Sykepleiernes subjektive, gode følelse når de opplever at de har gjort en forskjell for en pasient, i den forstand at de har gjort noe ekstra utover det de ellers får anledning til, går igjen alle tre intervjuene. Satt på spissen kan dette forstås på to måter, enten at det vanligvis ikke er tid til å ta individuelle hensyn pga krav til effektivitet, eller at det som framheves er de gangene man virkelig nådde fram til pasienten på det emosjonelle, mellommenneskelige planet. Det er også mulig å tolke kommentaren om lite tid til fagutvikling i retning av at man har full forståelse for driftsmessige krav og tilpasser seg disse ved å bruke hverandre faglig fremfor å kreve tid til fag. Dette er dog vanskelig å hevde ut fra av ett enkelt utsagn.

I en artikkel av Bundgaard stilles det spørsmål om hvorvidt sykepleie i poliklinikken er en spesiell form for sykepleie eller om det er den samme formen for sykepleie bare utført på kortere tid. (Bundgaard et al, 2011) Det konkluderes med at i forhold til politiske og organisatoriske krav skiller ikke korttidssykepleie ut som en særlig form for sykepleie. Det poengteres for øvrig her med at korttidsavdelinger kan være både heldøgnsenger og poliklinikker og at korttidssykepleie ikke er et entydig begrep. Det er gjeldene også for norske forhold.

På bakgrunn av funnene i denne studien, mener jeg at sykepleie i somatisk poliklinikk i sin grunntenkning ikke skiller seg fra annen sykepleie. Funnene i studien tyder på at sykepleierne generelt legger omsorg til grunn for sin faglige praksis og tilnærming overfor pasientene. Videre at sykepleierne avdekker pasientens behov gjennom det Bundgaard beskriver som situasjonsbestemt oppmerksomhet. Sagt med Kari Martinsen kan det også beskrives som en sansemessig oppmerksomhet knyttet til det å lytte, å observere og ved å bruke sitt eget fininnstilte sanseapparat for å oppfatte pasientens appell. Dette kombinert med faglig kunnskap og de mer tekniske basisobservasjoner som puls, blodtrykk, temperatur, respirasjonsfrekvens osv, gis en samlet informasjon om pasienten som sykepleierne benytter for å møte pasienten på de behovene som foreligger i aktuelle situasjon. Så er det likevel ikke alltid at den tilmålte tiden av ulike grunner strekker til, men at sykepleierne generelt forsøker å finne alternative løsninger for å møte pasientens individuelle behov.

Ut fra dette vil det være vanskelig å konkludere med at omsorg som beveggrunn for sykepleie i poliklinikken er satt på spill grunnet økende krav til effektivitet. Det finnes likevel en mulighet for at sykepleierne både på grunn av deres grunnleggende omsorg for pasienten og pga faglige kunnskap kan komme til å kompensere for trange rammer og manglende ressurser. Dette ved å strekke seg utover de gitte rammene for egen regning. Dette vil bli drøftet senere i dette kapittelet.

Oppsummert mener jeg at dette viser at omsorg for pasienten er grunnleggende for sykepleiernes praksis i poliklinikken selv om tiden er en begrensende faktor.

8.2 Hva er helhetlig sykepleie i den polikliniske konteksten?

Et viktig utgangspunkt for studien var en bekymring for at dreiningen fra heldøgnsbehandling til økt poliklinisk virksomhet ville føre til at pasientbehandlingen ble mer fraksjonert. Dette begrunnet i at kravet til effektivitet og økonomisk inntjening kunne medføre stort fokus på drift og mindre tid til pasienten. Bekymringen var også knyttet til hvem som skulle ivareta kontinuitet og oppfølging av pasientforløpet. Et viktig funn er at sykepleierne i denne studien ikke synes å se den enkelte polikliniske konsultasjonen som et isolert tiltak, men setter den inn i et sammenhengende, helhetlig behandlingsforløp. Dette viser de ved aktivt å sørge for at pasienten får sin polikliniske konsultasjon til riktig tid, at det blir gitt nye timer, at riktig fagperson eller enhet blir kontaktet for videre informasjon og oppfølging, og ved at de har rutine på å sjekke at henvisninger og lignende er sendt. Det kom også fram at en del av disse oppgavene formelt ikke lå under deres ansvarsområde. Av erfaring vet de at dette er sårbare overganger som kan få uheldige konsekvenser for pasientene dersom planlagte tiltak ikke blir iverksatt. Dette tydeliggjøres i intervjuene ved at sykepleierne opptrer som et bindeledd mellom ulike avdelinger, fagpersoner og øvrige nivåer i helsetjenesten. For eksempel sa en av sykepleierne at det var så godt når hun ringte pasienten et par dager etter en undersøkelse, og samtidig sjekket i pasientdatasystemet og fant at pasienten allerede var tilskrevet for ny innkalling. Hun sa flg, sitat:

” Og når jeg kan si til pasienten på telefon at det allerede er sendt ut innkalling til time,... det er så godt når jeg kan si det, for da vet jeg at pasienten har noe konkret å forholde seg til.”

Sykepleieren visste da at pasienten var ivaretatt for videre behandling. Dette og flere andre eksempler viser at sykepleiernes praksis i poliklinikken er preget av en helhetlig tenkning rundt pasientens behandlingsforløp. Orvik (2015) sier at et av de mest kritiske områdene i forhold til pasientbehandling er når pasienten gjennom sitt behandlingsforløp må overflyttes fra en avdeling, enhet eller nivå til et annet. I disse overgangene er ofte mange ulike typer personell og fagområder involvert med stor fare for at viktig informasjon uteblir.

Overgangene stiller krav til innsikt i kompleksiteten, gode rutiner, evne til samhandling og gode kommunikasjonslinjer og systemer. Han viser for øvrig til Nina Olsvold sin doktoravhandling i 2010 der Olsvold bruker begrepet ansvarspraksis. Med begrepet menes forskjellen mellom det å inneha et formelt ansvar i motsetning til det å ikke ha et formalisert ansvar, men der praksisen likevel er preget av at en profesjon eller yrkesgruppe i kraft av sin rolle har tatt et faktisk ansvar. Dette er i stor grad et mønster innen helsetjenesten generelt,

uansett nivå. (Orvik A. , 2015) Som vi har sett bekrefter funn i denne studien at sykepleierne tar en ansvar for pasienten også utover det de strengt tatt har ansvar for. Dette mener jeg må forstås som sykepleiernes helhetlige praksis der ansvar og ansvarsfølelse for pasienten også utløser kontrollhandlinger.

Allen viser i sin forskning fra England til at sykepleierne utgjør limet i sykehusavdelingene. Hun hevder at sykepleierne på en måte blir en del av en kommandosentral der all informasjon samles og distribueres videre for å sikre pasientens behandlingsforløp. (Allen 2014) Ingenting skjer uten at sykepleierne er en del av daglig koordinering og organisering. Denne beskrivelsen er i overensstemmelse med deltagerens beskrivelse av sin daglige praksis.

I generelle beskrivelser av sykepleie ligger det en implisitt forventning om at sykepleie skal ta utgangspunkt i helhetlig omsorg for pasienten. Det framkommer også i yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere. (Norsk Sykepleier Forbund, 2011) Helhetlig omsorg forstås som ivaretagelse av pasientens psykiske, fysiske, sosiale, åndelige og kulturelle behov. Hendersons liste med 14 behovsområder som hun mente var viktige som utgangspunkt for sykepleie peker på de samme overordnede aspektene. (Henderson,1960)

Sykepleieteoretikeren Patricia Benner sier at sykepleierens kjerneområder er knyttet til menneskets helse, sykdom, lidelse og sårbarhet gjennom tilstedeværelse, å ta ansvar og ved å være pasientens talsmann. Hun mener at dette representerer sentrale og bærende verdier i all sykepleie. (Benner P. S., 2010) Også hun sier at sykepleie handler om å ivareta det helhetlige perspektivet i møte med pasienten. Elstad (2014, s.140) sier i sin bok at ”Vi har eit prinsipp som seier at sjukepleie rettar seg til det heile mennesket”, og at det betyr en helhetlig innstilling som ikke deler mennesket i kropp og sjel, men som ivaretar alle perspektivene som nevnt overfor.

Allen på sin side hevder at sykepleiernes beskrivelser av egen praksis ikke stemmer med virkeligheten når den hevder å være holistisk eller helhetlig. Helhetlig blir her forstått slik at det er sykepleierne som kjenner pasientene best og som står for det daglige stell og pleie. I stedet hevder hun at dette er en marginal del av sykepleiernes faktiske funksjon i det hennes, og andres, forskning viser at sykepleiernes funksjon i mye større grad er knyttet til organisatoriske gjøremål enn til direkte pleieoppgaver. Hun mener derfor at holisme som begrep i en sykepleiefaglig kontekst må få et annet og bredere innhold som også innbefatter den store mengden organisatoriske og koordinerende oppgaver. (Allen 2014) Bundgaard er inne på den samme problemstillingen når hun på bakgrunn av sin forskning, hevder at

sykepleierne i poliklinikkene ønsker å gi helhetlig sykepleie, men at de mange praktisk-instrumentelle oppgavene er til hinder for det. (Bundgaard *et al* 2011).

8.2.1 Dobbeltkompetanse

Allen sitt poeng er at det er viktig å synliggjøre sykepleiernes faktiske oppgaver, rolle og funksjon på en slik måte at den gjenspeiler dagens virkelighet. Faren ved å holde fast ved den tradisjonelle beskrivelsen er at gapet mellom realitet og virkelighet bidrar til frustrasjon, utbrenthet og fremmedgjøring og på sikt er ødeleggende for sykepleietjenestens samfunnsmandat. Videre er det av betydning for videreføring av profesjonskultur og profesjonell selvforståelse å få fram hva sykepleie faktisk er slik at sykepleiefagets muligheter kan realiseres. Hun hevder at det å ta inn det organisatoriske aspektet i helhetsbegrepet gir en mulighet for å synliggjøre sykepleietjenestens reelle bidrag til helsetjenesten. Utførelsen av de komplekse, organisatoriske oppgavene utløser krav til kompetanse samt til tekniske og sosiale ferdigheter i tillegg til sykepleiefaglig kompetanse. (Allen, 2014)

Orvik sier i sin bok med henvisning til Nina Olsvold sin forskning, at sykepleiernes arbeid tradisjonelt er preget av et stort ansvar, lite myndighet og manglende kontroll. Han sier at sykepleiernes mange organiserings og koordineringsoppgaver må løftes fram og synliggjøres. Han sier i likhet med Allen at det er tid for å revurdere betydningen av hva man mener med helhet i en kompleks sammensatt arbeidshverdag preget av høyteknologi og krav til systematikk. (Orvik A. , 2015) Orvik sier videre at det derfor er viktig at helsepersonell innehar organisatorsk kompetanse så vel som god klinisk kompetanse og at dette samlet må utgjøre det totale faginnholdet i profesjonsutøvelsen. Han kaller dette en dobbeltkompetanse. For å gi et riktig bilde av sykepleiernes arbeidsinnsats og essensielle oppgaver knyttet til pasientbehandlingen, må også de organisatoriske oppgavene synliggjøres og defineres i beskrivelsen av helhetlig sykepleie. Han sier for øvrig også at for å forstå den virksomheten man er en del av og for å skjønne sammenhenger og mekanismer på det overordnede, samfunnsmessige planet er det også nødvendig å ha generell organisasjonskunnskap, dvs å ha kunnskap om helsevesenets strukturer og generelle samfunnsoppdrag. (Orvik A, 2015) Fra egen erfaring er jeg enig i et slikt synspunkt. I Hendersons definisjon på sykepleie, vies heller ikke de organisatoriske oppgavene oppmerksomhet, men i jubileumsskrivet fra 2006 sier hun at sykepleie som fag må forholde seg til et stadig skiftende samfunn og nye krav, men uten at

de grunnleggende dimensjonene i sykepleie, slik hun definerer dem, blir borte. (Henderson, 2006)

Som funnene viser har sykepleierne i poliklinikken en sammensatt hverdag med et sett av mange ulike oppgaver rettet direkte eller indirekte mot pasienten. Det hele dreier seg om å ivareta pasienten enten han er direkte til stede eller ved å ivareta hans interesser med hensyn til videre behandling. For å ivareta spekteret av oppgaver i poliklinikken kreves foruten sykepleiefaglig og medisinskfaglig kompetanse mange andre former for kunnskap, så som teknisk kunnskap, datakunnskap, systemkunnskap og organisatorisk kunnskap. Dette utgjør helheten i den sykepleiefaglige verktøykisten. På bakgrunn av funn i studien er det grunn til å hevde at gjennom bruk av den samlede kompetanse i daglig praksis utøves helhetlig sykepleie i poliklinikken.

8.2.2 Tilstedeværelse

Under intervjuene var det flere sykepleiere som gav uttrykk for stor trivsel med arbeidet sitt i poliklinikkene. De sammenlignet med erfaringer fra tidligere arbeid i sengeposter, og sa at de generelt var mest fornøyde med å jobbe i poliklinikken. De begrunnet det både med å ha ordnet arbeidstid, men også med forutsigbarhet og kontroll i forhold til arbeidshverdagen. I motsetning til sengepostene der hovedtyngden av pasienten legges inn som øyeblikkelig hjelp, spesielt i medisinske avdelinger, er poliklinikken preget av styrt og planlagt pasientvirksomhet. Et annet funn var at flere av sykepleierne gav uttrykk for at de i poliklinikkene opplevde en tilstedeværelse for pasientene på en annen måte enn den de hadde erfaring med fra sengepostene. I poliklinikken hadde de oppmerksomheten på den enkelte pasient den tiden pasienten var der, selv om det kunne være travelt. Sitat fra intervju 2:

” Men at du er så tilstede i det møtet med pasient og pårørende, den tilstedeværelsen som er her, den synes jeg er veldig bra og det er en fin måte å jobbe på.”

I sengepostene kunne dagene være så travle at de ikke rakk å snakke med pasientene i løpet av vekten, noe som gjorde at de følte manglende kontroll og frustrasjon. En sa at hun ”rett og slett ” ikke hadde holdt ut å jobbe i sengepost fram til pensjonsalder. En annen sykepleier sa det slik, sitat:

”jeg har tenkt at, ...etter å ha jobbet mange år i poliklinikken... at kontra å jobbe i avdelingen..så tenker jeg at det er mye mer stabilitet i personalet i poliklinikken, du slipper å lære opp nye folk hele tiden, alle kjenner sin rolle.. jeg har mange ganger tenkt at det ikke er greit med all den effektiviseringen, kort liggetid og alt det der..man kommer inn i avdelingen, og man tenker ...stakkars folk... masse pasienter, det er korridorpasienter... Vi har faktisk den fordel at vi kan administrere tiden...ta tilbake pasienter som man ikke fikk hjulpet godt nok...

I beskrivelsene av sin hverdagspraksis kom det fram at de sykepleierne som hadde pasienter til selvstendige konsultasjoner opplevde stor grad av frihet med hensyn til å vurdere eksempelvis behovet for mer oppfølging, informasjon, veiledning og samtale og satte selv disse pasientene opp til nye timer på bakgrunn av dette. Oppfølgingen kunne også skje telefonisk. Slik sett styrte de egen virksomhet helt selvstendig. Flere sa da også at de mente at pasientene fikk mye bedre oppfølging poliklinisk enn de ville få dersom de var innlagt. Dette begrunnet i travelheten og turnoveren i sengepostene. Det ble også kommentert at sykepleierne i poliklinikken brukte hverandre faglig på en annen måte enn det som var mulig i avdelingene. Disse synspunktene er ikke helt i tråd med Bundgaard som hevder at sykepleierne har manglende mulighet til å gi pasienten helhetlig sykepleie pga alle teknisk-instrumentelle oppgavene i poliklinikken, og at det derved er sprik mellom det sykepleierne ønsker og det de i realiteten har tid til. (Bundgaard, 2011) Hvorvidt sykepleierne i denne studien hadde en formening om at organisatoriske arbeidsoppgaver generelt var til hinder for utøvelse av helhetlig sykepleie er usikkert. Det ble derimot bemerket under ett av intervjuene at sykepleierne i en av poliklinikkene hadde mange paralelle oppgaver som det å gi infusjonsbehandling og samtidig måtte assistere lege ved undersøkelse. Dette medførte brudd i ønsket om sammenhengende oppfølging av infusjonspasienten og kunne oppleves som stress, også fordi pasienten da måtte overlates til en annen kollega. Martinsen sier at pga tidsknapphet kan sykepleierne oppleve et spenningsforhold og indre konflikt i forhold til kollegaer, arbeidsorganiseringen og tid til pasienten. (Martinsen, 2012). Bundgaard bekrefter at situasjoner som dette kan utløse stress hos sykepleierne. (Bundgaard *et al*, 2011)

På bakgrunn av funnene i studien mener jeg det ikke er grunnlag for å hevde at hverdagen generelt er preget av en skvis mellom det man som sykepleier ønsker å gjøre og det man faktisk har muligheter til. Trolig er ”sannheten” et sted midt i mellom disse skjæringspunktene fordi det også i denne studien viser at tidspresset varierer med de ulike virksomhetene i poliklinikkene. En annen variabel kan være at det er mer travelt i danske sykehus enn sammenlignet med et sykehus i Nord Norge. Smith-Strøm og Waardal sin

konklusjon fra 1999 peker på samme problemstilling som Bundgaard; at sykepleierne for eksempel ønsker å gi pasientene mer informasjon og veiledning, men at praktiske oppgaver knyttet til assistanse for legene tar det meste av tiden. (Smith-Strøm H. o., 1999). Til det er det viktig å påpeke at studien til Smith-Strøm og Waardal er gjort før Foretaksreformen i 2002, og at de ikke nevneverdig problematiserer sykepleiernes organisatoriske og koordinerende rolle i sin rapport, slik Allen og Orvik gjør.

En annen årsak til at deltagerne i denne studien synes å ikke være under det samme presset som de to nevnte studiene viser til, kan ligge i veksten av sykepleiedrevne poliklinikker. Ved at utvalgte oppgaver har blitt overført fra knappe legeressurser til sykepleierne kompenseres for lange ventelister. Effekten av det kan være at det generelt frigjøres tid for både for leger og sykepleiere.

Hele denne veven av faktorer som bidrar til pasientens ivaretagelse i den polikliniske konteksten utgjør en helhet hvor sykepleierens rolle og funksjon synes essensiell. En av sykepleierne sa under ett av intervjuene at hun personlig ikke på noen måter kunne se for seg en poliklinikk uten sykepleiere pga sykepleiernes sentrale plass. På bakgrunn av de funn som foreligger og utfra det sykepleierne har fortalt fra sin praksis, kan det være grunn til å hevde at sykepleie i poliklinikkene ikke kan beskrives som verken en annen type sykepleie eller mindre helhetlig enn den sykepleie som utøves i alle andre sammenhenger. Tvert i mot mener jeg det er grunnlag for å si at den sykepleien som deltagerne har beskrevet kommer inn under begrepet helhetlig sykepleie. Samtidig er det viktig å synliggjøre alle sidene ved sykepleiernes daglige praksis for å fullstendiggjøre helhetsbilde slik både Allen og Orvik er opptatt av. Det betyr at de organisatoriske og koordinerende dimensjonene må dokumenteres og gjenspeiles i beskrivelsene av hva sykepleie er.

Jeg har her forsøkt å vise til ulike faktorer som i sykepleiernes praksis samlet utgjør en helhetlig tilnærming til pasienten. Slik jeg ser det på bakgrunn av de funn som fremkommer i studien, kan sykepleierens funksjon i poliklinikken beskrives som en helhetlig ivaretagelse av pasienten ved å direkte og indirekte bidra til at pasienten får trygg, faglig forsvarlig og omsorgsfull undersøkelse og behandling. Organisering og koordinering er en essensiell del av det.

8.3 Betydningen av å synliggjøre sykepleiernes faktiske arbeid

Davina Allen skriver i sin bok ”The Invisible Work of Nurses” at sykepleiernes viktige bidrag til helsetjenesten altfor lenge har vært usynlig, og at det nå er viktig å synliggjøre alle faktiske elementer i utøvelse av sykepleie. Særlig har den organisatoriske og koordinerende funksjonen vært neglisjert og lite anerkjent, også fra sykepleiernes side. (Allen, 2014)

I beskrivelsen av hva sykepleie er har man vært opptatt av den direkte kliniske siden ved faget knyttet til pasienten sine ulike behov. Det som derimot foregår mellom linjene, organiseringen, oppfølgingen av tiltak, koordineringen, det daglige samarbeidet med annet fagpersonell osv, har vært både usynlig og undervurdert som de essensielle oppgavene de i virkeligheten er.

Ut fra funn i studien vil jeg her peke på følgende forhold jeg mener er viktige med hensyn til å synliggjøre sykepleiernes faktiske arbeid i poliklinikken. Det er dokumentasjon og registrering av faktisk arbeid, dokumentasjon av informasjon samt dokumentasjon av ansvar og ansvarsforhold .

8.3.1 Dokumentasjon av eget arbeid og gitt informasjon

Smith-Strøm og Waardal sier i sin forskning at sykepleierne trolig har en nøkkelrolle i det polikliniske arbeide, men at det foreligger lite dokumentasjon på hvordan denne rollen er og hvilke oppgaver som spesifikt er knyttet til sykepleierne. Hvorvidt de poliklinikkene deltagerne i denne studien var ansatt i hadde utarbeidede beskrivelser for hvilke oppgaver sykepleierne hadde ansvar for vites ikke, men fra egen praksis finnes lite dokumentasjon og beskrivelser i form av funksjonsbeskrivelser og lignende. De sier videre at det er store variasjoner innen de ulike poliklinikkene på hvilke oppgaver sykepleierne har. De hevder at ved de kirurgiske poliklinikkene har sykepleierne en dominerende rolle som assistent for legene, og majoriteten av de som har spesialutdanning er operasjonssykepleiere. Sykepleierne ved disse poliklinikkene er de som minst gir informasjon til pasientene. Ved de medisinske poliklinikkene, som for eksempel innen onkologi, reumatologi, nevrologi, hud og geriatri, har sykepleierne generelt en mer selvstendig og aktiv rolle overfor pasientene. Informasjon og veiledning inngår som en betydelig del av det. De sier videre at ved øre, nese, hals og øyepoliklinikker er sykepleiernes oppgaver i all hovedsak knyttet til legeassistanse samt merkantile oppgaver. (Smith-Strøm H. o., 1999)

Disse ulikhetene bekreftes delvis i denne studien selv om deltagerne generelt beskrev en mye mer aktiv deltagelse i å gi pasientene informasjon enn det rapporten til Smith- Strøm og Waardal sier. Deltagerne er generelt oppmerksomme på pasientens informasjonsbehov ved selv å gi informasjon, ved å legge til rette for det der de selv ikke kan, og de følger opp og utdyper informasjon fra lege. De referer til et tett samarbeid med lege som også henviser pasienten til sykepleier for ivaretagelse av informasjonsbehovet. Det synes likevel som det kan være en viss forskjell avhengig av hvilken type poliklinikk sykepleierne jobber i. Sykepleierne som har egne polikliniske konsultasjoner har informasjon, veiledning og undervisning som en av sine kjerneoppgaver. Det samme gjelder for kreftpoliklinikken. Det var også forskjell på hvorvidt sykepleierne generelt dokumenterte sitt arbeid i pasientjournalen, innbefattet dokumentasjon av gitt informasjon til pasienten. I hovedsak fulgte dokumentasjonspraksisen samme mønster som sykepleiernes informasjonspraksis.

Helsepersonellovens §8 sier at den som yter helsehjelp har plikt til å dokumentere det i pasientens journal, men at det ikke er et krav for ”samarbeidende helsepersonell” som handler på instruks eller veiledning fra annet helsepersonell (Helsedirektoratet, 1999) Spørsmålet er hvorvidt sykepleiere som f.eks. bistår lege ved skopiundersøkelser kan defineres som samarbeidende helsepersonell. Smith-Strøm og Waardal peker på at mangel på dokumentasjon fra sykepleierne svekker deres faglige anseelse i tverrfaglig sammenheng. Det bidrar til usynliggjøring av sykepleiernes rolle når synspunkter og vurderinger ikke dokumenteres. De påpeker derfor betydningen av at sykepleierne vier dette større oppmerksomhet. (Smith-Strøm H. o., 1999) De mener at dokumentasjon av eget arbeid også har betydning for kunnskapsoverføring og forskning innen eget fagområde.

Funn i studien viser at det fortsatt er slik at sykepleiere som har største delen av oppgavene sine knyttet til å legge til rette for og assistere legene er de som dokumenterer minst. En fare ved det er at sykepleiefaglige aspekter ikke kommer fram pasientens journal. Dette bidrar til en fare for at helhetsbildet i forhold til pasientens møte med poliklinikken ikke blir fullstendig. Sykepleiernes selvstendige vurderinger, observasjoner og tiltak bør være gjenstand for dokumentasjon på lik linje med legens medisinskfaglige nedtegninger. Dette gjelder også mht den informasjon pasienten har mottatt. Noen av sykepleierne poengterte under intervjuet at de var svært nøye på hva de skrev i pasientjournalen, herunder hvilken informasjon de hadde gitt pasienten. De dokumenterte også når de hadde rådført seg med lege underveis. I en artikkel i tidsskriftet ”Sykepleien” angående oppgavegliding sier en sykepleier

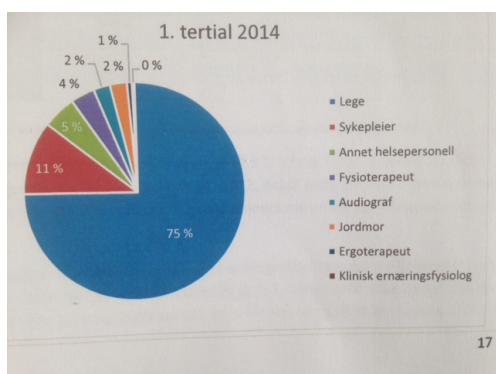
som jobber ved en hjertepoliklinikk i England at, sitat: “Vi dokumenterer mer enn legene for å rettferdiggjøre våre valg” (Hofstad, 2012)

Jeg mener at i det å dokumentere sine tiltak og observasjoner ligger en kilde til refleksjon og læring, og gjennom det utvikling av egen kompetanse. Fra høsten 2015 kunne pasientene via internett gå inn å lese sin egen journal. Antekninger I journalen kan leses rett etter at de skrevet ned. Når sykepleierne ikke dokumenterer sitt arbeid, herunder den informasjonen de har gitt pasienten, bidrar det til en ytterligere usynliggjøring av sykepleierens rolle og deltagelse i den enkelte pasienten sitt behandlingsforløp. Som kjent utgjør sykepleierne den største faggruppen i spesialisthelsetjensten og yter derved et betydelig bidrag til pasientbehandlingen. Et viktig moment er også dokumentasjonens betydning I forhold til behandling av klagesaker. Av erfaring vet jeg at sykepleiernes dokumentasjon eller mangel på dokumentasjon I pasientjournalen har fått stor betydning for utfallet av meldte saker til pasientombudet. Dette mener jeg er et betydelig aspekt I vurderingen når man I den enkelte avdeling definerer sykepleiernes oppgaver og ansvar.

8.3.2 Oppgavegliding

Innenfor spesifikke diagnoseområder hadde flere av sykepleierne egne polikliniske konsultasjoner med ansvar for opplæring, undervisning og oppfølging av utvalgte pasienter. Dette var en økende tendens i likhet med det man ser i resten av landet. I en landsdekkende rapport fra AnalyseSentret Lovisenberg går det fram at antallet polikliniske konsultasjoner utført av sykepleiere har steget med 16,3% i tidsperioden 2012 – 2014. (Eimot, 2014) Totalt ble 11% av alle konsultasjonene utført av sykepleiere første halvdel av 2014, dvs totalt ca 169.000 konsultasjoner. Med samme takt vil det si at 676.000 konsultasjoner ble utført av sykepleiere ved norske sykehus det året. Dette utgjør således den største gruppen med selvstendige konsultasjoner nest etter legene. Se figur 1.

Fig 1: Polikliniske konsultasjoner fordelt på helsepersonellgrupper¹¹ (Eimot, 2014, s 17)



Denne rapporten er en bestilling fra Norsk Sykepleierforbund som ønsker en årlig oversikt over utviklingen. I rapporten bemerkes at rapporteringen i pasientdatasystemet av hvilken faggruppe som faktisk utfører pasientrettede oppgaver fortsatt er mangelfull og at det er vanskelig å få fram et faktisk bilde av virkeligheten. (Eimot, 2014) Dette er et tankekors all den tid det er denne informasjonen som benyttes når myndighetene vurderer hvilken type faglig kompetanse som er nødvendig for å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp slik pasienten har krav på. Det er derfor av stor betydning at sykepleiernes faktiske arbeid gjenspeiles i pasientdatasystemet.

Sykepleierne i denne studien begrunnet utviklingen med et økende antall pasienter i kombinasjon med sykepleiernes lange erfaring. De fleste av dem hadde i tillegg videreutdanning innen fagområdet. Det muliggjorde at sykepleierne kunne overta deler av det som tradisjonelt hadde vært legeoppgaver. Denne utviklingen ble det under intervjuene ikke stilt kritiske spørsmål til. Tvert imot virket det som sykepleierne var komfortable og fornøyde med nye faglige utfordringer, og de følte seg også kompetente til oppgavene.

I 2012 ble det gjennomført en nasjonal kartlegging initiert av Helsedirektoratet hvor målet var å kartlegge hvilke type oppgaver som kunne overføres til andre faggrupper innen spesialisthelsetjenesten. Resultatet viste at det var i kategorien lege – sykepleier det ble funnet flest eksempler på oppgavegliding. Videre sier rapporten at både pasienter og helsepersonell er fornøyde der hvor sykepleiere og fysioterapeuter har overtatt utvalgte deler av polikliniske konsultasjoner. (Helsedirektoratet, 2013) Begrunnelsen for kartleggingen var målet om effektivisering av pasientflyt og korting av ventetiden. Studier bekrefter for øvrig at sykepleiere med lang erfaring gir større pasienttilfredshet innen utvalgte områder, for eksempel innenfor sårbehandling og når det kom til det å ha empatiske holdninger overfor pasientene. Videre at mange pasienter foretrekker å snakke med en sykepleier fremfor en lege når det kom til følelsesmessige og psykologiske problemer. Det er verd å merke seg at forutsetningen er at sykepleierne har gode fagkunnskaper og lang erfaring. Det vises også til at pasientene verdsetter kontinuitet med oppfølging av samme sykepleier ved gjentatt polikliniske besøk. (Salin *et al.* 2012)

I Helse Nord ble det i 2012 gjennomført et prosjekt knyttet til kompetanseplanlegging hvor oppgavegliding var et tema. Bakgrunnen for prosjektet var forventet fremtidig mangel på leger og spesialsykepleiere. Oppgavegliding ble i dette prosjektet definert som: ”En prosess der utvalgte oppgaver eller prosedyrer overføres fra den yrkesgruppen som i utgangspunktet

har kompetansen for oppgaven, til en annen yrkesgruppe etter en viss opplæring, veiledning og kvalitetssikring” (Nord, Strategisk kompetanseplan fase 2, 2014) Det konkluderes med at oppgavegliding forekommer i alle helseforetakene i Helse Nord, at de for det meste er et resultat av behovet for å løse konkrete oppgaver og at de er iverksatt av avdelingene selv. Også her sies at man er fornøyd med endringene så lenge de er initiert av avdelingene selv, mens man motsatt er lite tilfreds når klinisk personell må overta merkantile oppgaver. Dette ble bekreftet under intervjuene, og stemmer godt med egen erfaring.

I alle intervjuer kom det fram eksempler på hvordan oppgaver som tidligere ble utført av andre faggrupper etter hvert var blitt overført til sykepleierne. Eksempler på oppgaver var innkalling av pasienter til utredning der dette tidligere var blitt utført av sekretærer. Etter hvert var disse innkallingene blitt overdratt til sykepleierne pga. mange sammensatte problemstillinger som måtte vurderes og ivaretas krevde medisinsk- og sykepleiefaglig kompetanse. Dette syntes å være en konsekvens av at disse undersøkelsene nå ble gjort poliklinisk framfor at pasienten ble innlagt. Andre eksempler var at sykepleiere med spesiell opplæring utførte oppgaver som leger tidligere hadde gjort, bl.a. å legge inn en slags gullimplantater i endetarmen for å hindre stråleskader. Dette var typiske eksempler på enkeltoppgaver som basert på intern opplæring ble overført til sykepleierne. Under intervjuene brukte for øvrig ikke sykepleierne begrepet *oppgavegliding* for å beskrive endringene. Det kan tyde på at man ikke setter endringene inn i en begrepsmessig sammenheng og dermed ikke inntar en aktiv og bevisst holdning mht å selv være med å vurdere hvorvidt det er hensiktsmessig og faglig forsvarlig. Breivik og Obstfelder sier at uten et profesjonelt språk er det vanskelig å argumentere for organisatoriske endringer. (Breivik, 2012)

Fordi dette er en utvikling i sterk vekst, mener jeg det er viktig at sykepleierne er med å definerer hvilke type oppgaver man ut fra faglige vurderinger, snarere enn virksomhetens samlede økonomiske og driftsmessige behov, kan ta ansvar for. At oppgaveoverføring mellom grupper i helsetjenesten er og har vært vanlig er ikke noe nytt. Det er nok å peke på sykepleiens lange historie fra ”kommunale slumsøstre” til sykepleiernes inntog på operasjonsstuene. I følge offisielle tall forventes stor mangel på helsepersonell i løpet av de neste 20 årene. Det gjelder blant annet spesialsykepleiere og leger. (Statistisk sentralbyrå, 2009) Det tilsier et behov for å vurdere hvilken type kompetanse som i fremtiden er nødvendig for å utføre helsetjenester.

Under det ene intervjuet stilte facilitator spørsmål om endringene mht sykepleiedrevne poliklinikker var en generell trend og hvorvidt det skyltes at sykepleierne hadde større kompetanse nå enn tidligere, ble det kommentert at de trodde det var store ulikheter mellom sykehusene. Sitat fra intervju 3:

”Det tror jeg er veldig delt... når vi snakker med kollegaer fra andre sykehus, da har de de og de reglene, og du må forhøre deg si og så... Vi har en egen arbeidsinstruks, vi kan gjøre de og de tingene og så orientere legen om det. Og det er basert på at vi har jobbet mange år i lag i samme team veldig tett... så vi vet hva den enkelte står for eller kan, så vi jobber på delegert ansvar, på en måte...”

Poenget er at for å synliggjøre sykepleiernes faktiske arbeid og ansvarsområder må oppgavegliding begrunnes og dokumenteres slik at det tydelig framgår innenfor hvilke rammer sykepleietjenesten driver sin praksis. Slik jeg ser det, er det også viktig å spesifisere krav til opplæring. Å utarbeide funksjonsbeskrivelser for sykepleietjenesten i poliklinikkene vil etter mitt skjønn være et viktig bidrag til synliggjøring av oppgaver, ansvar og krav til kompetanse. Det vil tydeliggjøre sykepleiernes rolle, funksjon og bidrag både innad i organisasjonen, men også i et samfunnsmessig perspektiv. Dette bidrar til forutsigbarhet i forhold til forventninger også for pasienten.

8.3.3 Effektiviseringens pris

Et funn i studien var at selv om det hadde skjedd mange endringer i helsevesenet de siste årene hvor det blant annet har vært stort fokus på dette med å generelt høyne kvaliteten. Likevel hadde noen av sykepleierne erfaring med at ikke alle endringer hadde vært til det bedre for pasientene. I denne forbindelsen gjaldt bekymringen særlig pasienter som kom til sykehuset med nyopplaget kronisk sykdom. Disse pasientene ble tidligere lagt inn i heldøgsavdeling for undersøkelse, informasjon og opplæring. Etter overgangen til mer effektiv drift ble mange av disse pasientene nå henvist rett til poliklinikken hvor den samme informasjonen og opplæringen måtte skje poliklinisk. Sykepleierne fortalte at det ikke var uvanlig at de gav disse pasientene sitt private telefonnummer for at pasienten skulle ha lett tilgang på hjelp dersom de skulle trenge det. Dette gjorde sykepleierne dels fordi de både for sin egen del og for pasientens del var usikre på om pasienten egentlig hadde oppfattet informasjonen og opplæringen som var gitt. De mente også at situasjonen var så sammensatt og ny for pasientene at det ville vanskelig for dem å forholde seg til eksisterende legevaksordninger med annet og ukjent personell. Derfor var det bedre for at begge parter

skulle kjenne seg komfortable og trygge at pasienten kunne ringe sykepleieren ved behov. Denne situasjonen omtalte sykepleierne for ”effektiviseringens pris”. En pris de i mangel av annen adekvat ordning valgte å betale selv ved å stille som ubetalt bakvakt for pasienten.

Til tross for at dagene i poliklinikken kunne være travle og at sykepleierne ikke alltid kunne møte pasientene på deres behov der og da, gav alle uttrykk for stor trivsel med å jobbe i poliklinikken. Begrunnelser for det har blitt belyst og drøftet i oppgaven. Så er likevel ikke alt uproblematisk. Det at sykepleiere velger å bruke av sin ubetalte fritid for å ivareta pasienten sitt behov for trygghet er et uttrykk for at det finnes kvalitetsmessige hull i behandlingsskjeden som ingen har et egentlig ansvar for. Effektivisering, økonomisering og organisatoriske endringer har preget helsetjenesten gjennom mange år. I særlig grad har innføringen av Foretaksreformen i 2002 medført endringer som har vært og fortsatt er gjenstand for offentlig debatt. Bekymringen knytter seg særlig til tidspress, standardisering av behandling og pleie, sentralisering av helsetilbud, reduksjon i antall heldøgnsenger og trussel om nedleggelse av lokal spesialisthelsetjeneste. I en artikkel av Breivik og Obstfelder pekes det på at sykepleiere blir frustrerte og kjenner et krysspress når de pga travelhet og manglende ressurser opplever å ikke får gjort arbeidet sitt slik de ønsker og på en faglig forsvarlig måte. De sier videre at sykepleierne som gruppe generelt har valgt å ikke gå inn i debatter om helsepolitikk og omstillingsprosesser, men har valgt å tilpasse seg endringene på best mulig måte. (Breivik, 2012) Kjølrsrud og Clancy sier i sin artikkel at, sitat: ”Sykepleierne har inntatt en ”forståelseslinje” i forhold til sin arbeidsplass mht økonomi, tidspress og andre strukturelle bindinger” De sier også at sykepleiere generelt ønsker å handle rett både i forhold til pasienten og i forhold til organisasjonen. (Kjølrsrud E.S og Clancy, A. 2013) Sykepleiernes omsorg og ansvar overfor pasienten er en verdi i seg selv, men det er likevel verd å stille spørsmål om en stilltiende godtagelse av endringer som utløser behovet for at sykepleierne stiller opp som ubetalte bakvakter tjener pasientens helsetjeneste på sikt.

9 Avslutning

Deltagende sykepleiere i studien beskriver en hverdag i poliklinikken som i stor grad er preget av selvstendige vurderinger og tilnærminger overfor pasienten. Oppgavene er preget av en ”sørge for” og ”legge til rette for” praksis. Sykepleien i poliklinikken har som mål å hjelpe pasienten slik at han kan greie å gjennomføre undersøkelser og behandling på en trygg og god måte. Praksisen synes å være preget av en omsorgsfull, helhetlig og fokusert tilnærming.

Pasientens mest fremtredende behov i situasjonen styrer de sykepleiefaglige tiltakene. Disse avdekkes ved kommunikasjon og ved å være følsom og sensende overfor pasientens appell. I møte med pasientene har sykepleierne fokus på den enkelte pasient sitt videre behandlingsforløp og ser den enkelte polikliniske undersøkelse og behandling som en del av et større forløp og ikke som et isolert tiltak. Dette tydeliggjøres gjennom organisering og koordinering av pasientens behandlingsforløp.

Sett fra disse sykepleiernes ståsted er arbeidet i poliklinikken mer preget av forutsigbarhet og kontroll mht sykepleierfaglig oppfølging av den enkelte pasient sammenlignet med det å jobbe i sengepostene. Sykepleierne føler seg mer til stede for den polikliniske pasienten sammenlignet med de erfaringer de har gjort seg med å jobbe i heldøgnsavdelinger. Samarbeid, gjensidig avhengighet mellom sykepleier og lege, forutsigbarhet, større kontroll over egen praksis, bedre oversikt over pasientens behov, og mulighet for individuell tilrettelegging synes å prege sykepleiepraksisen i poliklinikkene. Selvstendige sykepleierkonsultasjoner i sykepleiedrevne poliklinikker er et økende fenomen som baserer sin virksomhet på sykepleiere med videreutdanning og lang erfaring fra fagområdet.

Graden av selvstendighet, travelhet og tid til pasientene varierer likevel med hvilken type poliklinikk sykepleierne arbeider i. Ved noen poliklinikker opplever sykepleierne seg mer som legens assistent og tilrettelegger enn ved andre, men har likevel sitt hovedfokus rettet mot pasientens behov for støtte og hjelp.

Til tross for sykepleiernes intensjon om å møte pasienten på sine individuelle behov kan travelhet og tidspress likevel resultere i at dette ikke alltid er mulig å få til. Sykepleierne forsøker å ivareta behovene med å finne alternative løsninger. I enkelte tilfeller betyr det å kompensere for manglende rammer og ressurser ved å stille som privat bakvakt for pasienten.

9.1.1 Veien videre

For å synliggjøre sykepleiernes reelle funksjon og rolle må de organisatoriske og koordinerende oppgavene defineres som en del av sykepleiernes helhetlige tilnærming til pasienten. For å sikre at det gis et bilde av alle sider ved pasientbehandlingen bør dokumentasjon av eget arbeid være gjenstand for videre oppfølging. Det samme gjelder dokumentasjon av oppgaver og ansvar gjennom funksjonsbeskrivelser.

Videre er det viktig at sykepleierne som den største gruppen av helseprofesjonene ikke forblir tause, men deltar i den offentlige debatten om et så viktig tema som hvordan vi skal organisere helsetjenesten i framtiden. Dette for både pasientens skyld, men også av hensyn til sykepleiefaglige verdier og holdninger.

Poliklinisk virksomhet er et sterkt voksende felt og det er behov for å vinne ytterligere kunnskap om hva sykepleie er og bør være i en skiftende tid med stadig nye endringer og utfordringer. I det arbeidet er også pasientens stemme viktig.

Referanseliste:

Allen, Davina. "Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organisational relationships." *Social Science & Medicine*, 2014 йил August: 131 - 138. *The Invisible Work of Nurses*. Routledge, 2014.

Benner, P., Suthpen, M., Leonard, M., Day, Lisa. *Å utdanne sykepleiere*. Translated by Linn Kjerland. Akribe AS, 2010.

Benner, Patricia & Wrubel, Judith. "Caring comes first." *The American Journal of Nursing*, 1988 йил Aug.: 1073-1075.

Bjergan, M., Holmboe, O., Skurdal, K. "Pasienterfaringer med norske sykehus i 2014." 2014. www.kunnskapsenteret.no.

Budgaard, Karin, Karl Brian Nielsen, Erik Elgaard Sørensen, and Charlotte. Delmar. "The best way possible! A fieldwork study outlining expectations and needs for nursing of patients in endoscopy facilities for short term stay." *Caring science*, 2014: 164-172.

Bundgaard, Karen, Karl Brian Nielsen, Charlotte Delmar, and Erik Elgaard Sørensen. "What to know and how to get to know? A fieldwork study outlining the understanding of knowing the patient in facilities for short-term stay." *Journal of advanced nursing*, 2011 йил November: 2280 - 2288.

Bundgaard, Karin, and Erik Elgaard Sørensen. "The Art of Holding Hand: A Fieldwork Study Outlining the Significance of Physical Touch in Facilities for Short- Term Stay." *International Journal for Human Caring*, 2011: 34 - 41.

Bundgaard, Karin, Karl Brian Nielsen, and Erik Elgaard Sørensen. "Kort & godt? Om korttidsavsnit og korttidssykepleje." *Klinisk Sygepleje*, 2011: 18 - 29.

Eimot, Morten og Seierstad, Tor Øystein. *Aktivitetsutvikling Somatisk poliklinikk 2012 - 2014 - med fokus på sykepleieraktivitet*. Aktivitetsrapport, Analysesenteret Lovisenberg, Oslo: Analysesenteret Lovisenberg, 2014, 48.

Elstad, Ingunn og Hamran, Torunn. *Et kvinnefag i modernisering*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS, 1995.

Elstad, Ingunn. *Sjukepleietenkning*. Gyldendal Akademisk, 2014.

Gadamer, Hans Georg. *Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter*. Translated by Helge Jordheim. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag, 2003.

Graneheim, U.H og Lundman, B. "Qualitativ content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness." *Nurse Education Today*, 2003 08-october: 105 - 112.

Grimen, Harald. "Profesjonelt ansvar og gode ansvarspraksiser." *Første steg*, 2011.

Halkier, Bente. *Fokusgrupper*. Fredriksberg: Forlaget Samfunnlitteratur, 2008.

Helsedirektoratet. *Helsedirektoratet.no*. <http://helsedirektoratet.no>.

Henderson, Virginia. "The concept of nursing." *Journal of Advanced Nursing*, 2006: 21 - 34. "The concept of nursing." *Journal of Advanced Nursing*, 2006: 21 -34.

Sykepleiens grunnprinsipper. Translated by Ingebjørg Mørland. Vol. 1986. International Council of Nurses, 1960.

Kjølrsrud E.S og Clancy, A. "Påvirker reformer sykepleieres fokus på profesjonsetikk? En casestudie." *Nordisk Sykepleieforskning*, 2013.

Malterud, Kirsti. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.

Martinsen, Kari. "Omsorg, sårbarhet og tid." *Klinisk Sygepleje*, 2011: 5-9.

—. *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribes AS, 2012.

—. *Omsorg, sykepleie, medisin*. Oslo: Tano, 1989.

—. *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, 2000.

Norsk Sykepleier Forbund. <http://nsf.no>. 2011.

Nortvedt, Per. *Omtanke*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2012.

Orvik, Arne. *Organisatorisk kompetanse. Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. 2. utgave, 1. opplag 2015. Cappelen Damm AS, 2015.

Pasient- og brukerrettighetsloven. 2016. <https://helsedirektoratet.no/lover/pasientogbrukerrettigheter>.

Polit, D & Beck, C. *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer. Lippicott Williams & Wilkins, 2012.

Regjeringen.no. [www/regjeringen.no](http://www.regjeringen.no).

Salin, Sirpa, Marja Kaunonen, and Pirjo Aalto. "Explaining Patient Satisfaction With Outpatient Care Using Data-Based Nurse Staffing Indicators." *The Journal of Nursing Administration*, 2012 йил Desember: 592 - 597.

Smith-Strøm, H., Waardal, P. "Sykepleieroller i poliklinikker." *Tidsskriftet Sykepleien*, 2004: 50 - 53.

Smith-Strøm, Hilde og Waardal, Per. *Sykepleiernes roller og funksjoner i somatiske sykehus. En studie av sykepleiernes arbeidsoppgaver i somatiske poliklinikker*. Betanien sykepleierhøgskole, Bergen, Bergen: Betanien Sykepleierhøgskole, 1999, 76.

sml.snl.no/Helsinkideklarasjonen.

Tiina, Säilä, Elina Mattila, Minna Kaila, Pirjo Aalto, and Marja Kaunonen. "Measuring patient assessments of the quality of outpatient care: a systematic review." *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 2008: 148 - 154.

Tjora, Aksel. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2012.
Valset, Signe. *Veivalg i sykepleien*. Gyldendal Akademiske, 2005.
www.nsd.uib.no.

10 Vedlegg

Vedlegg 1

Ragnhild Nicolaisen
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet
9037 TROMSØ

Vår dato: 02.10.2015 Vår ref: 44769 / 3 / AGL Deres dato: Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.09.2015. Meldingen gjelder prosjektet:
44769

Behandlingsansvarlig Daglig ansvarlig Student

Hva ser sykepleiere som vesentlig i møte med den polikliniske pasienten, og hvordan avdekker og ivaretar de pasientens individuelle behov i den korte tiden de har til rådighet?

*UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder Ragnhild Nicolaisen
Wenche Kjølås*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 03.12.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Wenche Kjølås,

Vedlegg 2

Mastergradsstudent i sykepleie ved Det Helsevitenskapelige Fakultet,

Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet,

Breivika,

9936 Tromsø

Hjemmeadresse:

Parnassveien 9,

9900 Kirkenes

Mob: 907 93 818

Forespørsel om deltakelse i mastergradsstudie:

Hva ser sykepleiere som vesentlig i møte med den polikliniske pasienten, og hvordan avdekker og ivaretar de pasientens individuelle behov for sykepleie i løpet av den korte tiden de har til rådighet?

Jeg er kreftsykepleier og jobber som enhetsleder ved medisinsk poliklinikk ved Finnmarkssykehuset, Klinikk Kirkenes.

Per tiden er jeg deltidsstudent ved masterstudiet i sykepleie ved Det Helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø.

I mitt mastergradsarbeid ønsker jeg å fokusere på sykepleieres funksjon og rolle i den somatiske poliklinikken, herunder hvilke erfaringer sykepleiere har i møte med den polikliniske pasienten, og videre hvordan sykepleierne med avgrenset tid til rådighet ser og ivaretar pasientens behov for sykepleie.

Bakgrunn for temaet:

I 2002 ble landets sykehus omorganisert til statlig drevne helseforetak. Foretaksreformens krav til effektivitet og større produktivitet, med en samtidig rask utvikling innen medisinsk teknologi, har ført til kortere liggetid, utstrakt bruk av dagbehandling og stor økning i antall polikliniske undersøkelser og behandling.

En naturlig konsekvens av dreiningen fra heldøgnsbehandling til dag- og poliklinisk undersøkelse og behandling er at pas gis kortere tid til samtale og kortere tid til informasjon, spørsmål og veiledning.

Sykepleiertjenesten utgjør den største gruppen helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og har en sentral funksjon i poliklinikken både mht direkte utøvelse av sykepleie og mht organisering, koordinering, planlegging og tilrettelegging.

En norsk studie av sykepleierens rolle og funksjon i poliklinikken fra 1998, dvs. 4 år før foretaksreformen, konkluderer med at sykepleiernes dominerende funksjon i poliklinikken er å være legens assistent, mens sykepleierne selv mener at informasjon og veiledning av pasient og pårørende burde ha en større plass. Flere danske studier bekrefter dette.

I lys av disse forholdene vil det være av interesse å søke ytterligere kunnskap og innsikt i sykepleiernes erfaringer med utøvelse av sykepleie i poliklinikken basert på sykepleiernes egne beskrivelser og refleksjoner over praksis. Hva er det som særpreger sykepleien i poliklinikken og hvordan ivaretar sykepleieren pasientens individuelle behov i det korte møtet?

Prosjektet er tenkt gjennomført som et såkalt fokusgruppeintervju med sykepleiere som arbeider i poliklinikken. For å hindre at kollegiale forhold skal påvirke resultatene fra intervjuene, velger jeg å henvende meg til nærmeste universitetssykehus for rekruttering av informanter. For størst mulig bredde i meningsytringene vil det bli gjennomført 2 gruppeintervju med sykepleiere fra to ulike enheter. Hver gruppe vil bestå av 4-5 sykepleiere og intervjuet vil bli gjennomført som en samtale basert på en intervjuguide med 8-10 spørsmål.

Jeg håper at du kan tenke deg å dele dine erfaringer ved å delta i dette intervjuet.

Spørsmålene vil dreie seg om hva som er det særegne med utøvelse av sykepleie i poliklinikken, om sykepleierens oppgaver og funksjon, om avdekking og ivaretagelse av pasienten sine individuelle behov i møte med poliklinikken, og videre om hva du legger i et helhetlig pasienttilbud i den polikliniske konteksten.

Intervjuet vil foregå som en åpen samtale om disse temaene og vil bli ledet av undertegnede. Til stede vil også være studiens veileder som vil inneha rollen som fasilitator. Samtalen vil vare ca 1- 1 1/2 time og vil bli tatt opp på diktafon og transkribert til tekst umiddelbart etter samtalen. Opptak og skrevet tekst vil bli oppbevart forsvarlig og slettet når prosjektet er avsluttet. Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Det som kommer fram under intervjuet vil danne grunnlag for en mastergradsoppgave og vil bli analysert, tolket og sammenlignet på bakgrunn av relevant sykepleieteori og tidligere studier.

Det vil være aktuelt å presentere det som har kommet fram i samtalen både skriftlig og muntlig, og evt. også i fagartikkel. Dette vil selvsagt være i anonymisert form slik at det ikke skal være mulig å gjenkjenne den enkeltes uttalelser.

Dersom du kunne ha lyst å delta i denne studien, er det fint at du sender meg en bekreftelse per mail, se vedlagt mailadresse. Oppgi gjerne ditt telefonnummer.

Du må også skrive under på samtykkeerklæring i forbindelse med oppmøte til selve fokusgruppeintervjuet. Jeg gjør oppmerksom på at det er mulig å trekke seg fra prosjektet dersom du på et tidspunkt skulle ønske det.

Det er søkt og mottatt godkjenning for studien fra Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste AS.

Dersom du kan tenke deg å delta, vil jeg ta kontakt per mail eller telefon for informasjon om tidspunkt og sted for fokusgruppeintervjuet. Planlagt tidspunkt for gjennomføring av intervjuet er foreløpig satt til uke 46, alternativt uke 48 avhengig av hva som passer klinikken best.

Ta veldig gjerne kontakt med undertegnede eller med veileder per tlf eller mail for eventuelle spørsmål eller ytterligere informasjon.

Takknemlig for positiv tilbakemelding.

Min veileder er Ragnhild Nicolaisen,
Institutt for helse og omsorgsfag,
Det helsevitenskapelige fakultet
UiT Norges arktiske universitet
9037 Tromsø
Mob: 95732702

Kirkenes den 5.oktober 2015

Beste hilsen
Wenche Kjølås
Mob: 907 93 818
Tlf jobb: 78 97 33 15
wpk022@post.uit.no

Samtykkeerklæring til deltagelse i gruppeintervju i forbindelse med mastergradsoppgave i sykepleie ved UiT Norges Arktiske Universitet, Tromsø

Undertegnede samtykker i å la meg intervju i forbindelse med mastergradsoppgave i sykepleie ved UiT høsten 2015.

Jeg godkjenner at samtalen kan tas opp på bånd og at opplysningene som kommer fram kan benyttes i masteroppgaven og i evt. fagartikkel.

Jeg er kjent med at jeg står fritt til å kreve at opplysningene jeg har gitt blir slettet uten å måtte oppgi særskilt grunn.

Jeg uttaler meg under fullt navn..... (sett kryss)

Jeg ønsker ikke å uttale meg under fullt navn..... (sett kryss)

Intervjuet kan bare benyttes etter særskilt avtale med fagansvarlig ved UiT og i hht godkjenning fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

.....signatur

..... dato

**Intervjuguide for fokusgruppeintervju
i forbindelse med mastergradsstudie i sykepleie.**

Oppgaver og funksjon generelt:

- Hvilke oppgaver/ hovedoppgaver fyller arbeidsdagen for deg som sykepleier i poliklinikken?
- Hva ser du som sykepleierens viktigste funksjoner i poliklinikken?
- Hva mener du særpreger det sykepleiefaglige innholdet i poliklinikken?

Avdekking og ivaretagelse av pasienten sine behov:

- Hva ser du ut fra et sykepleiefaglig perspektiv som vesentlig i møte med den polikliniske pasienten?
- Hvordan avdekker du som sykepleier pasientens ønsker og individuelle behov i møte med poliklinikken (innenfor den avgrensede tidsrammen som er til rådighet?)
- Hvilke type behov ser du vanligvis hos den polikliniske pasienten?
- På hvilken måte ivaretar du i praksis den polikliniske pasienten sine ulike behov for sykepleie?
- I hvor stor grad opplever du at det er lagt til rette for å møte pasientens behov innen for rammen av daglig drift i poliklinikken?
- I hvor stor grad opplever en konflikt mellom tid til pasienten, tid til å assistere legen og tid til teknisk/instrumentelle oppgaver, f. eks mer systemrettede oppgaver?

Helhetlig pasienttilbud:

- Hva legger du i betydningen "et helhetlig pasienttilbud" i den polikliniske konteksten?
- På hvilken måte anser du at den polikliniske pasienten gis et helhetlig tilbud?
- Hva mener du er sykepleierens særskilte kunnskap og kompetanse som bidrar til at den polikliniske pasienten skal kunne motta "faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp" (lovtekst fra pasientrettighetsloven)

Til slutt:

I hvilke situasjoner kjenner du deg mest tilfreds som sykepleier i møte med den polikliniske pasienten?