



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

## **Sykepleieres erfaringer med sepsispasienter i en distrikslegevakt**

En kvalitativ studie

Ingelin Bødtker

Masteroppgave i sykepleie SYP-3901 sep 2020



Foto: Jan Erik Steine, Altaposten

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling.....	1
1.2	Bakgrunn .....	2
1.3	Hensikt.....	4
1.4	Sepsis og alvorlige infeksjoner.....	4
1.5	Legevakt .....	6
2	Teoretisk tilnærming og relevant forskning.....	7
2.1	Patricia Benner .....	7
2.2	Davina Allen om sykepleiernes organisatoriske arbeid .....	9
2.3	Relevant litteratur, forskning og forskningssøk .....	11
2.3.1	Distriksykepleie.....	12
2.3.2	Sykepleie til akutt syke pasienter .....	14
3	Metode og design .....	18
3.1	Forforståelse .....	18
3.2	Fokusgruppeintervju.....	19
3.3	Utvalg .....	21
3.4	Rekruttering .....	21
3.5	Gjennomføring av intervju .....	22
3.6	Transkripsjon .....	23
3.7	Forskningsetiske overveielser.....	24
3.8	Analysearbeidet .....	25
3.9	Validitet og reliabilitet.....	28
4	Funn.....	29
4.1	Å kunne handle rett ovenfor pasienten .....	29
4.2	Den akutt syke pasienten .....	30
4.2.1	Kompetanse.....	31

4.2.2	Magefølelsen .....	31
4.3	Organisering .....	32
4.3.1	Fysiske rammer .....	33
4.3.2	Samarbeidet med andre .....	34
4.3.3	Vaktlegen .....	36
4.4	Ansaret.....	36
4.4.1	Ansaret alene .....	37
4.4.2	Ansaret sammen med andre .....	38
5	Drøfting .....	39
5.1	Oppsummeringa av viktigste funn.....	39
5.2	Behovet for kompetanse .....	39
5.2.1	Kompetanse .....	40
5.2.2	Magefølelse .....	42
5.2.3	ISBAR og TILT .....	43
5.2.4	Å oppdage sepsis .....	44
5.3	Organisering og struktur .....	45
5.3.1	Samarbeidet med andre .....	46
5.3.2	Samarbeidet med vaktlegen .....	47
5.4	Ansaret.....	48
5.5	Om å handle rett ovenfor pasienten .....	50
5.6	Oppsummering .....	51
6	Implikasjoner for videre praksis og forskning. ....	52
7	Refleksjoner over forskningsprosessen og metode .....	53
8	Avslutning .....	54
9	Referanseliste .....	55
	Vedlegg 1 – Forespørsel til leder .....	58
	Vedlegg 2- Infoskriv til sykepleiere.....	59

Vedlegg 3 - Intervjuguide .....	63
Vedlegg 4- Godkjenning fra NSD.....	65
Vedlegg 5- ISBAR .....	68
Vedlegg 5- TILT-skjema.....	69

## FORORD

Arbeidet med masteroppgaven har vært utfordrende og tidkrevende. Likefult en spennende, lærerik og av og til en frustrerende prosess. For at det i det hele tatt har vært mulig å gjennomføre er det langt flere enn meg som har vært avgjørende. Min kjære ektemann, Gerhard, som nok har ofret langt mer enn han har fått kreditt for, med dette et hjertelig tusen takk for din støtte. Foreldrene mine, Solgunn og Henning, som i utstrakt omfang har stilt opp som barnevakter for de to barna våre Ylva og Eivind.

Tusen takk til Vivian Husa for gjennomlesing og gode tilbakemeldinger.

Ikke minst en stor takk til informantene som stilte opp og gav av sin tid for å gi meg et innblikk i sin arbeidssituasjon. Dere har min største respekt.

Medstudentene min som har motivert meg med sine tilbakemeldinger og innspill, det ble satt stor pris på.

Min fantastiske veileder Ragnhild Nicolaisen, som aldri gav meg opp, som alltid motiverte og veiledet. Som jeg kunne diskutere med og som alltid hadde tid til meg. Tusen takk Ragnhild, du er til stor inspirasjon.

Ingelin Bødtker

Vadsø, 01.09.20

# SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Sykepleiere som jobber i en distriktskommune har mange oppgaver og ansvarsområder. Blant disse er ansvaret for deler av legevaktstjenesten, i legevaktfunksjonen inngår blant annet mottak av sepsispasienter.

**Forskningsspørsmål:** Hvilke erfaringer har sykepleiere som arbeider i en distriktskommune og som har deler av sitt arbeid i legevakt, med å ha ansvaret for pasienter som har alvorlig infeksjon eller sepsis?

**Metode:** Det er valgt en kvalitativ metode med fokusgruppeintervju. Det er gjennomført ett fokusgruppeintervju med 4 sykepleiere. Intervjuet ble tatt opp med digital lydopptager og transkribert ordrett. Analysen er inspirert av sosiolog Aksel Tjoras Stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI).

Funnene blir diskutert i lys av aktuell forskning som omhandler sykepleie i rurale strøk og sykepleie til akutt syke pasienter. Som teoretisk bakgrunn blir funnene drøftet i lys av aktuell sykepleieteori av Patricia Benner og forskning om organisatorisk kompetanse av Davina Allen.

**Resultater:** Det ble funnet tre hovedtemaer. Disse var; kompetanse og kompetansebehov som sykepleierne opplevde at de hadde. organisering og struktur og dens betydning for arbeidet, og ansvaret for akutt syke sepsispasienter.

Funnen viste at sykepleiernes arbeid er svært kompetansekrevende og at de fryktet et gap mellom egen oppfatning av kompetanse og hva som var forventet at de skulle kunne håndtere. Organiseringen var på enkelte områder noe uoversiktlige og ustrukturert. Dette førte til at en allerede uforutsigbar arbeidshverdag kunne oppleves ekstra belastende, fordi det var ulike og utydelige forventninger til hvordan de skulle løse arbeidet legevaktfunksjonen innebar. Det kom tydelig frem hvor stort ansvar sykepleierne hadde, og tok. Sykepleierne jobbet hardt og målrettet på mange områder for å ivareta pasientene på best mulig måte.

**Konklusjon:** Organisatorisk tilrettelegging av arbeidet har betydning for utvikling av den kliniske kompetansen. For å møte det store ansvaret kreves det generalistkompetanse fordi de har ansvar for et bredt felt. De akutte situasjonene med sepsispasienter krever en spesialistkompetanse.

# ABSTRACT

**Background:** Nurses who work in rural municipalities in Norway have diverse tasks and areas of responsibility. After-hour care is among these responsibilities. The after-hour care includes assessment of patients with severe infection and sepsis.

**Aim and research question:** How do nurses, partially working with after-hour care, in rural municipalities experience being responsible for patients with a severe infection or sepsis?

**Method:** A qualitative method with focus group interview has been chosen. One focus group interview was conducted, consisting of 4 nurses. The interview was recorded with a digital audio recorder and transcribed verbatim. The analysis is inspired by sociologist Aksel Tjora's Stepwise Deductive Inductive Method (SDI).

**Findings:** Three main themes were found. These were; the nurses' actual competence and the perceived need for competence. The organizing and structure and its significance for their work. And the nurses' responsibility for acutely ill patients with sepsis. The findings showed that the nurses' tasks and responsibilities are demanding a high level of competence, and they feared a gap between their own perception of competence and what they were expected to be able to handle. The way their work was organized was in some areas confusing and unstructured. This further led to the already unpredictable shift being perceived as extra stressful. This because there were different and unclear expectations of how the nurses should solve their tasks in the after-hour care. It became very clear how much responsibility the nurses actually had, and how they embraced it. The nurses worked hard and purposefully in many areas to take care of the acutely ill patient with sepsis.

**Conclusion:** The development of the nurses' clinical competence is relying on organizational facilitation. To be able to meet the great responsibility, very broad competence is required because they are responsible for diverse group of patients. Situations with acutely ill sepsis patients, require specialist expertise and experience.





# 1 Innledning

Denne oppgaven skal handle om sykepleieres erfaringer med å ha ansvar for den akutt syke sepsispasienten i en legevaktsetting. Erfaringene jeg ønsket å undersøke nærmere tilhører kommunalt ansatt sykepleier som har en arbeidssituasjon der det er flere ulike ansvarsområder som skal fylles. Det være seg alt fra palliativ pleie av sykehjemsbeboere til bistand ved fødsler. Hoveddelen av arbeidet er daglige og rutinemessige oppgaver knyttet til sykehjemsbeboere og sykestuepasienter. På ettermiddager, netter og helger kan sykepleiere i tillegg ha ansvar for deler av kommunens legevakt. Sykepleieren som har dette ansvaret må da være klar til å omstille seg fra det rutinepregede arbeidet til mulige alvorlige og akutte hendelser når legevaktstelefonen ringer eller ambulansen kommer med en pasient. Ansvaret for legevakt går på omgang og sykepleierne har ansvaret ca halvparten av kveldsvaktene og helgene de går, samt hver gang de har nattevakt. Det er i forhold til denne legevaktfunksjonen jeg er interessert i å undersøke sykepleieres erfaringer med pasienter med mulig akutt sepsis. Det dreier seg altså ikke om sykepleiere som har sin stilling ved en legevakt, men om at legevaksarbeidet er en av flere funksjoner sykepleierne ivaretar innenfor sin stilling. I denne betydningen bruker jeg i oppgaven benevnelsen «legevaktfunksjon».

Jeg har erfart at det de siste årene har blitt en økt oppmerksomhet på observasjon og behandling av pasienter med sepsis eller mulig sepsis. Definisjonen på sepsis og screeningverktøy ble endret og fornyet i 2016, til forskjell fra den gamle definisjonen sier den nye at symptomene på må omfatte tegn på organsvikt. Screeningverktøyet er utviklet for å få et mer presist verktøy for å fange opp tegn og symptomer, også her har verktøyet til forskjell fra det gamle som mål å avdekke tegn på organsvikt. (Shankar-Hari et al., 2016). Sepsis er også i aller høyeste grad relevant for studieretningens fagfordypning som jo er «infeksjonssykepleie». Jeg har i løpet av studiet tilegnet meg kunnskaper om sepsis som en alvorlig tilstand som raskt kan utvikle seg til å bli livstruende.

## 1.1 Problemstilling

*Problemstilling: Hvilke erfaringer har sykepleiere som arbeider i en distriktskommune og som har deler av sitt arbeid i legevakt, med å ha ansvaret for pasienter som har alvorlig infeksjon eller sepsis?*

## 1.2 Bakgrunn

Fra min egen erfaring, som ansatt på en sykestue, opplevde jeg at det var lite opplæring og fokus på oppgaver knyttet til legevaksarbeidet. Jeg hadde ingen erfaring fra legevaksarbeid fra før da jeg begynte. Det var stor variasjon i hvor lang erfaring sykepleierkollegaene mine i denne kommunen hadde, fra helt nyutdannet til 30 års erfaring, det var også en utstrakt bruk av sykepleiere fra vikarbyrå. Jeg opplevde at enkelte sykepleiere uttrykte at de følte seg usikker på legevaktdelen av arbeidet. Særlig uttrykte noen sykepleiere at det var i situasjoner med akutte og alvorlig syke pasienter de følte seg ukomfortable. Jeg opplevde å høre sykepleiere si «jeg håper ingenting alvorlig skjer, jeg vet ikke helt hva jeg skal gjøre».

Jeg arbeidet på det aktuelle stedet for flere år siden, og kun for en kort periode, likevel ble interessen for den spesielle arbeidssituasjonen sykepleierne stod overfor vekket. Det som særlig trigget nysgjerrigheten min, var hvordan det måtte oppleves for sykepleiere å gå på vakt når de var redd for hva som kunne skje fordi de følte at deres kompetanse på en eller annen måte var mangelfull. Dette har ført til at jeg i ettertid har reflektert over bredden og mangfoldet av kunnskaper og kompetanse disse sykepleierne trenger. Denne måten å arbeide på, med mange ulike ansvarsområder og funksjoner som skulle dekkes i løpet av en og samme vakt var ny for meg. Jeg hadde på dette tidspunktet kun erfaring fra spesialiserte avdelinger på store sykehus. Jeg ønsket å undersøke nærmere hvilke erfaringer andre sykepleiere i en sammenlignbar arbeidssituasjon hadde gjort seg med tanke på akutte hendelser med en mulig sepsispasient.

Sykepleierne jeg ønsket å undersøke erfaringene til arbeidet i en distriktskommune. Primæroppgavene til sykepleierne som var ansatt i kommunen omfattet den daglige driften og arbeidsoppgaver tilknyttet sykehjem, korttidsavdeling og sykestue<sup>1</sup>. Sykestue var i den gamle sykehusloven fra 1969 beskrevet slik; ”en medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke kan foretas i den sykes hjem, men som heller ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig.” (Statens helsetilsyn, 2001.s 2.)

Det vil si at det meste av arbeidstiden deres gikk med til daglig pleie og stell av

---

<sup>1</sup> Sykestuebegrepet var beskrevet i «Lov om Sykehus av 1969», denne loven er opphevet og begrepet er ikke inntatt i «Lov om spesialisthelsetjenesten av 1999» eller «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester av 2011»

sykehjemspasienter og oppfølging og rehabilitering av pasienter som var skrevet ut av sykehus, men ikke klar for å komme hjem til egen bolig. Arbeidsoppgaver tilknyttet sykestua utgjorde også en betydelig del av arbeidsdagen deres. En sykestueplass var tiltenkt pasienter som trengte behandling, men som ikke nødvendigvis krevde sykehusinnleggelse. Noen vanlige eksempler på dette er pasienter som trengte intravenøs behandling, ofte med antibiotika, eller oksygenbehandling for en periode. En av kommunens leger hadde det medisinske ansvaret for disse pasientene og gikk visitt på faste dager.

I tillegg hadde sykepleierne oppgaver i forbindelse med driften av den kommunale legevakten. Den var organisert på følgende måte: sykepleierne svarte på legevaktstelefonen på ettermiddagen, kvelden og nettene i ukedagene, samt hele døgnet lørdag og søndag. På dag- og kveldsvaktene var det som oftest minst to sykepleiere på vakt, nattevaktene bestod av en sykepleier og en hjelpepleier/helsefagarbeider. Når det var to sykepleiere tilstede hadde den ene sykepleieren ansvaret for de daglige oppgavene tilknyttet institusjonen, mens den andre hadde ansvaret for legevaktstelefonen og mottak av pasienter som kom til akuttrommet, enten etter avtale eller med ambulanse. Helsesenteret<sup>2</sup> hadde et eget rom de kalte «akuttrommet» eller «akutten», dette var et rom med to senger og medisinsk utstyr som oksygen, hjertestarter, og mulighet for overvåking av vitale parametere og EKG. Rommet hadde også en tralle som inneholdt utvalgte medikamenter, væske til intravenøsbehandling og utstyr til venepunksjon. Det fantes også et skap med diverse bandasjemateriell og utstyr til prøvetaking som CRP, Hb og urinstix. Den sykepleieren som hadde ansvaret for legevaktfunksjonen samarbeidet også med vaktlegen og utførte ulike oppgaver som legen ba om, som prøvetaking og utlevering av medisiner. Rollen som vaktlege roterte blant kommunens fastleger. Sykepleieren bidro også til arbeidsoppgaver tilknyttet sykehjemmet og sykestuen, men måtte som nevnt tre inn i legevaktfunksjonen når telefonen ringte eller en pasient ankom akuttrommet.

Et eksempel fra min egen erfaring var at jeg var i gang med servering av kveldsmat til sykehjemsbeboere da legevaktstelefonen ringte. Det var AMK som informerte om en pasient som var på vei inn til helsesenteret med ambulansen. Pasienten hadde feber og var tungpustet. Jeg ringte da legen og informerte om at en pasient var på vei inn og ville komme i løpet av

---

<sup>2</sup> Helsesenter betegner selve bygningen der sykepleierne arbeidet. I tillegg inneholder helsesentrene andre helse- og omsorgstilbud kommunen tilbyr, som fysioterapi, helsestasjon og fastlegekontor.

kort tid. Legen var på dette tidspunktet hjemme, men skulle komme til helsesenteret. Pasienten ankom før legen og ble kjørt til akuttrummet der jeg fikk rapport av ambulanspersonellet. Jeg tok målinger som blodtrykk, puls, saturasjon, respirasjonsfrekvens og temperatur. Legen kom etter kort tid og jeg rapporterte til vedkommende om funn og tiltak så langt. Legen ønsket flere undersøkelser som CRP og EKG, som jeg da utførte. Det ble så forskrevet antibiotika som pasienten skulle få intravenøst. Mens jeg la inn en veneflon og klargjorde antibiotikaen pasienten skulle ha, hadde legen kontakt med sykehus for å diskutere innleggelse og transport. Det ble besluttet at pasienten skulle transporteres med ambulansfly til sykehuset. I påvente av dette fortsatt jeg å observere pasienten og klargjøre hen til transport. Eksempelet viser en udramatisk situasjon uten komplikasjoner som er ment for å gi et bilde av hvordan sykepleiernes legevaktfunksjon kunne arte seg i praksis.

### **1.3 Hensikt**

Hensikten med dette prosjektet er å få en dypere innsikt av sykepleiernes erfaringer, herunder også utfordringer og refleksjoner de har gjort seg med tanke på å stå i akutte situasjoner med en sepsispasient. Ved å få kjennskap til og forståelse for hvilke utfordringer sykepleierne står i, kan dette bidra til endring og forbedring av praksis.

### **1.4 Sepsis og alvorlige infeksjoner**

Sepsis er en livstruende organdysfunksjon som er skapt av en dysregulert vertsrespons ved infeksjon (Laake, 2016). Definisjonen på sepsis ble endret i 2016, bakgrunnen for dette var et behov for å oppdatere den gamle definisjonen, som man mente hadde vektlagt inflammasjon for tungt. Sepsis er i dag avgrenset til det som tidligere ble betegnet som «alvorlig sepsis» og kan på den måten sees på som en innstramning av begrepet sepsis (Skrede and Flaatten, 2016). Sepsis rammer om lag 7000 pasienter årlig og er en hyppig årsak til innleggelse i sykehus og intensivavdelinger. Det har vist seg å være en økende trend av sepsis i moderne medisin (Waagsbø, 2018). Det har imidlertid vist seg svært vanskelig å fastslå hvor mange som rammes av sepsis årlig og hvor mange som faktisk dør av det. Dette henger trolig sammen men blant annet ulik praksis for bruk av diagnosekoder. Sannsynligvis er de norske estimatene for den totale forekomsten for lave (Solligård, 2019). Tidlig igangsettelse av behandling er avgjørende for utfallet, ved tidlig oppstart med antibiotikabehandling er

overlevelseshraten på > 80%, ved utvikling av flerorgansvikt og septisk sjokk kan dødeligheten bli så høy som 70%. Sepsis kan være vanskelig å oppdage og diagnostisere fordi symptomene kan tyde på en rekke tilstander (Tjade, 2013).

SOFA (sequential organ failure assessment) og qSOFA (q=quick) er screeningverktøyene som benyttes ved mistanke om sepsis. Disse verktøyene skulle erstatte SIRS- (Systemic Inflammatory Response Syndrome) kriteriene da den nye definisjonen på sepsis kom i 2016, men det er ikke uvanlig at begge verktøyene brukes om hverandre eller i kombinasjon i dag. SIRS-kriteriene har blitt kritisert for å være lite spesifikke og uegnet til å avdekke tegn på organsvikt slik definisjonen fra 2016 legger opp til (Skrede and Flaatten, 2016). Både SOFA og qSOFA tar sikte på å avdekke graden av organsvikt, mens SOFA krever analyse av prøvematerialet er qSOFA tenkt brukt blant annet i prehospital sammenheng der biomedisinske analyser ikke er tilgjengelig. På grunn av den raske utviklingen sepsis kan ha skal det ifølge retningslinjene fra helsedirektoratet gis antibiotika så raskt som mulig og helst innen en time (Helsedirektoratet, 2018).

Det har de siste årene vært et økt fokus på diagnostisering og behandling av sepsispasienter. Pasientsikkerhetsprogrammet, «I trygge hender 24/7», identifiserer seksten innsatsområder. I 2016/2017 ble «Tidlig oppdagelse av sepsis» en av disse. Det er strenge krav til å bli definert som innsatsområde, det kreves bred støtte i fagmiljøene, og man må anse at det fins et stort forbedringspotensial på området (Helsedirektoratet, u.å).

Mellom 2016-2018 ble det gjennomført et landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestens akuttmottak, der deres identifisering og behandling av sepsispasienter ble vurdert. Det ble funnet avvik hos samtlige akuttmottak, tilsynet fant at pasientsikkerheten ikke var godt nok ivaretatt i helseforetakene (Helsetilsynet, 2018).

Infeksjoner rammer årlig et stort antall personer i Norge. Oftest er de ikke livstruende, men hos noen personer representerer infeksjoner en betydelig risiko. Små barn, gravide, eldre og personer med annen grunn sykdom og/eller redusert immunforsvar, er de gruppene som er mest utsatt for å bli alvorlig syke av en infeksjon. Tall fra 2013 viser at infeksjoner er årsaken til om lag 6 % av alle dødsfall i Norge, og er med det den sjetteste største årsaken til død.

Majoriteten av dødsfallene rammer personer som er over 70 år, og det er infeksjoner i nedre luftveier som er den hyppigste årsaken. Infeksjoner generelt utgjør ca 2 % av den totale sykdomsbyrden i befolkningen (Folkehelseinstituttet, 2016, s.63)

## 1.5 Legevakt

I Norge har alle med behov for øyeblikkelig helsehjelp rett på dette. Det er landets kommuner som er ansvarlig for å organisere og tilby øyeblikkelig hjelp gjennom en legevaktsordning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §2-1a) og (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-5). Minstekravet er at det alltid skal være en tilgjengelig lege i kommunen (Akuttmedisinforskrift, 2015, §6). Tatt i betraktning landets geografi og befolkningsfordeling er det mange måter det vil være hensiktsmessig å organisere legevaktstjenesten på. I den aktuelle kommunen som er grunnlaget for denne studien, var legevaktstjenesten organisert slik at fastlegene roterte på å ha legevaktstjeneste og gikk i en vaktordning. Sykepleierne hadde ansvaret for å besvare telefonhenvendelser. Pasientene ble tatt imot på helsesenteret, enten på det som ble beskrevet som «akuttrommet» som hørte til sykestuen, eller på legens kontor, avhengig av situasjon og tilstand.

Sykepleiernes funksjon ved legevaktsordningene er ikke nedfelt i forskrift, og det stilles således ikke formelle krav til kompetanse utover sykepleierutdanning. I akuttmedisinforskriften er de beskrevet som «annet helsepersonell» og det settes kun krav til å ha gjennomført kurs i akuttmedisin og vold- og overgrepshåndtering (Akuttmedisinforskrift 2015, § 8). Fristen for å gjennomføre dette er satt til mai 2021. Under intervjuet ble det nevnt av en informant at hun hadde akuttmedisinsk kurs. Det er usikker hvorvidt dette kurset er det samme som henvises til i akuttmedisinforskriften og om det gjaldt samtlige informanter.

## 2 Teoretisk tilnærming og relevant forskning

Den teoretiske referanserammen som er brukt her er tuftet på Patricia Benners omsorgsteori og Davina Allens forskning om sykepleiernes organisatoriske arbeid. Benner vektlegger sykepleiernes kliniske kompetanse og hvordan denne utvikles. Hun beskriver hvordan kompetansen anvendes i situasjoner med akutt og kritisk syke pasienter. Sykepleierne jeg har intervjuet i denne oppgaven arbeider i en organisasjon der de har varierende funksjoner. Funksjonene er komplekse, og de må tilpasse arbeidet sitt fortløpende. Det er rimelig å gå ut ifra at den organisatoriske kompetansen her er viktig. På bakgrunn av dette kan Benner og Allens arbeid være relevant for å forstå hva det er sykepleierne erfarer i disse situasjonene.

### 2.1 Patricia Benner

Sykepleieteori kan defineres som teori som tar for seg hele eller deler av sykepleievirksomheten (Kirkevold, 2014). Den første problemstillingen som opptok Benner var overgangen fra studier til yrkeslivet for sykepleierne. Denne overgangen mente hun var problematisk, og hun ønsket å finne ut hvordan dette kunne gjøres smidigere (Dietrichson, 2010). I 1984 gav Benner ut boken «Fra Novise til Ekspert», her beskriver hun en klinisk stige som inneholder fem stigende nivåer av sykepleiernes ferdigheter. Modellen tar utgangspunkt i Dreyfus og Dreyfus` modell for tilegnelse av ferdigheter, tilpasset praktiske yrker. Dreyfus og Dreyfus` modell tar utgangspunkt i endringer innenfor tre ulike aspekter. En er å bevege seg bort fra en avhengighet av abstrakte prinsipper, mot bruk av egen konkret erfaring. Den andre er *opplevelsen* av en krevende situasjon. Fra å oppleve alt som like viktig, til å kunne se helheten i større grad, for så å avgjøre hvilken deler som er relevante. Den tredje er å bevege seg fra en posisjon som utenforstående observatør, til å bli en deltagende aktør (Benner, 1995).

I Benners sykepleieteori understreker hun betydningen av den kliniske kompetansen og argumenterer for at utgangspunktet må være i den kliniske praksisen. Utførelsen av denne praksisen gjort av eksperter har mye å tilføre faglig teoriutvikling. Benner hevder det bør være et gjensidig forhold mellom teoretisk og praktisk sykepleie. Dette kommer også frem i hennes kritikk av enkelte sykepleieteorier som hun mener tar utgangspunkt i en tenkt og ideell sykepleie, fremfor den virkelige ekspertisen slik den praktiseres fra dag til dag (Kristoffersen, 2005).

Benner legger til grunn den praktiske utførelsen av sykepleie og opererer med flere begreper for hvordan en dyktig sykepleier arbeider. Hun mener at det sansemessige sammen med erfaring leder til forståelse (Benner et al., 2011). Med det mener hun at selve utøvingen av arbeidet omfatter fortløpende observasjon, tenkning og vurdering.

Benner har utviklet begreper for hvordan sykepleiere tenker i klinisk praksis:

«Thinking-in-action» gjenspeiler mønstre, vaner og handlinger som direkte går ut på å respondere på pasientens skiftende situasjon, og gjenkjenne når kliniske antagelser og forventninger ikke stemmer. Med «Engaged reasoning-in-transition» fremhever Benner betydningen av å ha oversikt over det som har skjedd og innta en åpen holdning fordi man ikke vet hva som kan komme til å skje. Dette gjøres ved å tolke det kliniske bilde i lys av den umiddelbare tidligere tilstanden til pasienten. Hensikten er å oppdage og tolke eller forstå retningen forandringene i situasjonen tar. Praktikere må utvikle en rik erfaringsbase for å kunne møte pasienter i en usikker og uavklart situasjon. Med «Developing a sense of salience» viser Benner til det å kunne kjenne igjen hva som haster mest og hva som er viktigst. Å kunne kjenne igjen hva som peker seg ut som viktigst guider sykepleiernes tenkning, resonnement og mulige intervensjon. Hos den uerfarne sykepleieren vil alt fremstå som like viktig og relevant (Benner et al., 2011)

Begrepet «Response-based practice» viser til hvordan dyktige klinikere engasjerer seg i en pågående dialog med den aktuelle situasjonen. Et kjennetegn på en dyktig sykepleier er evnen til å lese situasjonen og handle etter pasientens skiftende og endrede behov. Å kjenne igjen situasjoner basert på erfaring, for så å handle på den mest skånsomme og minst inngripende måten først. Sykepleieren må så justere tiltakene basert på pasientens respons på intervensjonen (Benner et al., 2011).

Benners sykepleieteori baser seg i stor grad på den kliniske praksisen og deler sykepleie inn i nivåer basert på erfaring og kunnskap. Hun beskriver hvordan en sykepleier kan bevege seg fra det ene nivået til det neste, i alt fem nivåer, og hvilke ferdigheter sykepleiere på de ulike nivåene har tilegnet seg (Benner, 1995). Sykepleiere har ofte et høyt kunnskapsnivå om en gruppe pasienter, og lavere om en annen gruppe, alt etter erfaring og utdanning. Sykepleiere i distriktet møter alle pasientgrupper og har derfor særlige kunnskapsutfordringer. Sepsis og andre akutte situasjoner møter de sjeldnere, men må likevel kunne håndtere det når det skjer. Dette kan ha ført til at de hadde ulike utgangspunkter for å møte pasienter med sepsis. Benners sykepleieteori kan være med på å gi en innsikt og forståelse av de ulike



oppfatningene og erfaringene sykepleierne hadde.

Arbeidet til Benner er utviklet fra sykehusavdelinger. Hennes teori om ferdighetsnivåer og begrepene knyttet til den praktiske utøvelsen vil likevel også kunne gjøre seg gjeldene her. Forskjellene mellom sykehus og en legevakt i distriktet er blant annet tilgangen på ressurser. Det være seg muligheten til å lære av og konferere med mer erfarent personell, tilgang på medisinsk utstyr og yrkesgrupper som er representert på et sykehus, men som man ikke har tilgang til i legevakt.

## **2.2 Davina Allen om sykepleiernes organisatoriske arbeid**

Allen har gjort observasjonsstudier av sykepleiere på et sykehus i Cardiff. Hensikten var å se på hva sykepleierne gjorde i løpet av arbeidsdagen som ikke omhandlet den direkte pasientnære pleien. Studien resulterte blant annet i boken «Sykepleiernes usynlige arbeid», utgitt første gang i 2015 og oversatt til norsk i 2019. Her beskriver hun deler av det hun har observert, refleksjoner rundt dette og innfører noen begreper. Allen finner i sitt arbeid at sykepleierfunksjonen formes av det miljøet sykepleieren arbeider i, og at synligheten av arbeidet deres har betydning for organiseringen på arbeidsstedet. Studien er som nevnt gjennomført på et større sykehus, men det er flere elementer som er relevante med tanke på forholdene sykepleierne i denne oppgaven handler i.

Allen beskriver sykepleiernes organiseringsarbeid som limet i helsevesenet og er det som er med på å bringe pasientene videre i et forløp. Det er ingen som kan ha den fulle og totale oversikten over hele pasienten, men det er sykepleierne som kommer nærmest. Allen observerte at sykepleierne brukte mye tid på å hente frem informasjon og dobbeltkontrollerte denne, ofte hentet de deler av informasjon fra flere kilder for så å sette den sammen slik at den gir mening og identitet til pasienten. Det er dette Allen kaller for «Forløpshistorier». Forløpshistoriene inneholder i tillegg til informasjon om pasientens tilstand og behandling, opplysninger om ting som tidligere hadde skjedd, gjerne før pasienten kom til avdelingen. Informasjon om andres bidrag og institusjonsrelatert informasjon som sykepleierne fant nyttig med tanke på det videre koordineringen av arbeidet, var også med i forløpshistoriene. Forløpshistoriene ble endret og tilpasset basert på hvem som var mottagere av disse historiene. For eksempel viste det seg at historiene inneholdt mer enn det som var direkte relevant for sykepleien når historien skulle videreformidles til andre sykepleier som skulle

overta vekten. Disse forløpshistoriene var det nærmeste Allen kunne finne en samlet oversikt over pasienten (Allen, 2019).

Allen bruker begrepet «artikulasjonsarbeid», med dette mener hun arbeid som er rettet mot sykepleiernes organisering av pasientenes tjenesteforløp. Artikulasjon kommer fra det latinske «articulus» som betyr «liten sammenføyning». Med dette mener Allen at det er sykepleierne som oftest er bindeleddet mellom de ulike aktørene som på en eller annen måte er involvert i pasientens forløp. Det er sykepleieren som har et overblikk og binder sammen løse tråder for å gi pasientene et så smidig forløp som mulig. Dette kom blant annet til uttrykk ved at det var sykepleierne som ble spurt av leger og andre som ønsket informasjon om arbeidet omkring en pasient. På denne måten ble sykepleierne brukt som «informasjonssentraler». Det var også sykepleierne som sørget for at materiell, teknologi og verktøy var på plass (Allen, 2019).

*Temporal artikulasjon* er et begrep Allen bruker i betydning av å sette ting sammen for å skape bevegelse. Dette er arbeid som skal bidra til at aktivitet skjer til rett tid, på rett sted og i riktig rekkefølge. Dette arbeidet er særlig viktig innenfor akuttbehandling og kan lede til at helsepersonell kan samhandle effektivt uten å ha arbeidet sammen tidligere, gitt at roller og rutiner er kjent for de involverte.

*Reaktiv temporal artikulasjon* brukes om sykepleiernes uforutsigbare pasientomsorg. Det er sykepleierne som gjerne oppdager pasientenes skiftende behov og endringer i tilstand og som håndterer disse deretter. Sykepleierne blir beskrevet som institusjonens øyne og ører, særlig legene er avhengig av sykepleiernes kliniske kompetanse for å få beskjed om når det er nødvendig med handling.

*Proaktiv temporal artikulasjon* peker på det arbeidet sykepleierne gjør for å ligge i forkant. Sykepleierne forsøker å forutse de neste trinnene i behandlingen slik at ting kan skje til rett tid. Dette være seg prosedyrer, undersøkelser eller at rutiner blir fulgt.

Allens arbeid viser hvor mye tid og ressurser sykepleierne bruker på denne delen av sykepleierarbeidet og har et poeng når hun sier at det stilles ikke spørsmål ved det så lenge alt

fungerer, men skandaler<sup>3</sup> har vist hvor galt det kan gå når dette arbeidet ikke gjøres (Allen, 2019, s 99).

Allen finner at alle sykepleierne driver med det hun beskriver som usynlig organiseringsarbeid, arbeid som ikke skjer ved pasientens seng, men som gjøres for å ivareta pasientens interesser. Sykepleierne som er utgangspunktet i denne oppgaven har tidvis en legevaktfunksjon. Håndtere telefonhenvendelser, vurderer og triagerer disse, setter opp legetimer, tilkaller lege og ta imot pasienter, hører til deres arbeidsområde. Dette må skje i riktig rekkefølge og til rett tid. Det vil være rimelig å gå ut fra at dette også krever organisatorisk kompetanse, sett i lys av Allens forskning kan det gi innsikt i hvordan sykepleierne faktisk løser denne siden av arbeidet og hva som kreves for å lykkes.

Det er et poeng at Allen trekker sine teoretiske begreper fra det ikke-pasientnære funksjonene i et stort sykehus. Det er ikke sikkert kravene til pasientflyt i de store sykehusene kan gjøres gjeldene for all sykepleie, for eksempel på sykestue.

## **2.3 Relevant litteratur, forskning og forskningsøk**

Det er søkt etter tidligere forskning i databasene «Swemed+», «Pubmed» og «Cocrane library». Søkeordene som har vært brukt er «primary care», «nurses experience», «cirkumpolar» «acute care» «sepsis» «after-hour care» «acutely ill» «sykepleie(r)» og «legevakt». Det er i tillegg sett i litteraturlistene til flere oversiktsartikler for muligheten til å finne relevant litteratur på den måten, én artikkel ble funnet på denne måten.

Søkeordene er brukt i mange forskjellige kombinasjoner. I søk som inneholdt ordet «sepsis» fikk jeg svært mange treff som ikke var relevante. Ved å sette «nurses» eller «nurses experience» i søkefeltet og lete etter artikler som inneholdt disse ordene i overskriften eller i presentasjonen av artikkelen, førte både til en reduksjon av antall treff og høyere andel relevant artikler.

---

<sup>3</sup> Skandalen Allen viser til er fra Mid Staffordshire sykehus i England, som fikk stor oppmerksomhet på grunn av uvanlig høye dødstill. Granskningen som ble gjennomført konkluderte blant annet med grov svikt i grunnleggende sykepleie. ELSTAD, I. 2019. Grunnleggjande sjukepleie gjeld liv og død. *Sykepleien forskning (Oslo)*, e-74511.

Artiklene som er søkt etter har to fokus. De ene er det som er særegent ved å jobbe i distrikt og det andre er sykepleie ved sepsis og akutt sykdom.

Artiklene om sykepleie i distrikt handler om hva som kjennetegner distriktsykepleie og hvilke utfordringer og styrker de aktuelle forskerne har funnet. Ved søk etter litteratur som omhandler dette temaet er de fleste artiklene som ble funnet fra USA, Canada eller Australia. Det er vurdert dit hen at det finnes mange elementer ved helsevesenet og geografi i disse landene som er overførbare både til det norske helsevesenet og distriktsnorge. Det vil likevel kunne være forskjeller både i organiseringen av helsevesenet og samfunnsforskjeller som ikke er direkte overførbare. Denne oppgaven tar ikke for seg temaet om sykepleie i distriktssamfunn spesielt, men det er i dette miljøet sykepleierne har sitt arbeid og det legger rammer for deres virksomhet. Litteratur som sier noe om det som er spesielt og karakteristisk med å arbeide i et slikt miljø kan bidra til å kaste lys over funnene i denne studien. Distrikt brukes i denne oppgaven i betydningen landlig, ofte med spredt bosetning og står i motsetning til sentrale byområder (Hansen, 2019). Videre i oppgaven brukes ordet «distriktsykepleie» i betydning av å jobbe som sykepleier i et distriktssamfunn.

Artiklene er publisert mellom 2012 og 2020. Det er artikler som er inkludert i oversiktsartiklene som er eldre enn dette, boken «Rural Nursing» er fra 2013, men innholdet i det omtalte kapittelet har grunnlaget sitt fra forfatterens mastergradsarbeid fra 1987.

### **2.3.1 Distriktsykepleie**

Her blir det presentert fire artikler som omhandler det særegne med å jobbe som sykepleier i distrikt. «Rural nursing» er begrepet som brukes på engelsk. Gjennomgående funn i artiklene er den komplekse og uforutsigbare arbeidshverdagen sykepleierne har. Sykepleierne blir i flere av artiklene beskrevet som «ekspertgeneralister» og jobber innenfor en rekke fagfelt. Utfordringer knyttet til dette blir også belyst i artiklene, men hovedutfordringer synes å handle om manglende tilbud om opplæring og utdanning, manglende rekruttering og begrensede ressurser.

*«The distinctive nature and scope of rural nursing practice: Philosophical bases»* (Scharff, 2013,). Fra «Rural Nursing, concepts, theory, and practice».

I dette bokkapittelet beskriver Scharff det hun mener kjennetegner arbeidet til sykepleiere i distriktsområder, dette være seg både sykepleiere som arbeider på sykehus og i kommunale tilbud. Datagrunnlaget er hentet fra observasjonsstudier og intervjuer av 34 sykepleiere i fire

ulike rurale områder i USA. Scharff hevder at sykepleie i rurale områder er karakteristisk annerledes enn sykepleie som utføres i et urbant miljø. Dette mener hun særlig viser seg gjennom distriksykepleiens natur, omfang og begrensninger.

*«Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals»* (Huot et al., 2019). Publisert i «International Journal of Circumpolar Health».

Dette er en oversiktsartikkel som har inkludert 43 engelskspråklige artikler fra 28 ulike tidsskrift. Alle artiklene er fagfellevurdert og publisert mellom 2005-2016.

23 av artiklene tok for seg utfordringer knyttet til geografiske avstander. Det ble funnet utfordringer som handlet om tiden og avstanden pasientene måtte bruke for å få nødvendig helsehjelp. Jo mer spesialisert helsehjelp som var nødvendig jo lengre ble ofte reisetiden. Forskerne fant at også helsepersonell opplevde dette som en stressfaktor. 33 av de 43 artiklene adresserte barrierer spesifikt knyttet til helsepersonell. Helsepersonellmangel var identifisert som en nøkkelfaktor som påvirket helsetilbudet til pasientene. Det samme var også mulighetene til å rekruttere kvalifisert personell. I noen av artiklene som var inkludert ble det funnet at manglende trening, kunnskap og klinisk kompetanse til helsepersonell påvirket kvaliteten på helsehjelpen som ble gitt.

*«What are the support needs of nurses providing emergency care in rural settings as reported in the literature? A scoping review»* (Burrows et al., 2019). Publisert i «Rural and Remote Health».

Denne artikkelen bygger på gjennomgang av 30 artikler som er publisert fra 2012 og nyere. De fleste artiklene som er inkludert i denne oversiktsartikkelen er fra Australia, men noen (11 av 30) var fra Canada og USA. Artikkelen beskriver sykepleiere som jobber i rurale områder som sykepleiergeneralister og at deres arbeidsfelt omfavner en bred gruppe pasienter, inkludert de som har øyeblikkelig hjelp behov. Funnene tyder på at sykepleierne har bekymringer og mangler selvtillit i møte med akutt syke og skadete pasienter. Dette ble blant annet forklart med at sykepleierne mente de hadde begrensede muligheter for utdanning og opplæring, samt vedlikehold av kunnskap de allerede hadde tilegnet seg. De savnet også simuleringstrening og samtreening med andre helsepersonell som er involvert i behandlingen av akutt syke.

*«Rural Nurses Safeguarding Work: Reembodying Patient Safety»* (Mackinnon, 2011). Publisert i «Advances in Nursing Science».

30 sykepleiere på fire forskjellige små sykehus med akutfunksjon i Canada ble observert og intervjuet over en 4 års-periode (2005-2009). MacKinnon beskriver sykepleierne som «ekspertgeneralister» og at kompleksiteten i arbeidet deres ofte er undervurdert. De viktigste funnene til MacKinnon viste at sykepleierne var svært bevisste på å kunne forutse problemer og nødsituasjoner, og la ned mye arbeid i å være forberedt på dette, eksempelvis klargjøring av utstyr og medikamenter. Et annet funn var hvordan sykepleierne forhandlet på vegne av pasienten opp mot legene for å få legene til å komme å vurdere pasientene. Dette ble ansett som mye lettere for erfarne sykepleiere enn nyutdannede.

### **2.3.2 Sykepleie til akutt syke pasienter**

Det er valgt ut seks artikler som handler om akutt syke, sepsis og sykepleieres erfaringer og kunnskaper. Hovedfunnene viser at sepsis er en tilstand som sykepleierne synes kan være vanskelig å oppdage, og at de mangler kunnskaper om sepsis og behandling. Videre beskriver artiklene hvordan sykepleierne oppdager en forverring hos en pasient og hva de gjør. De fleste av artiklene her har sitt datagrunnlag fra sykehus og det er sykepleiere i sykehus som har vært informanter. Likevel er det mye som vil være relevant i forhold til hvordan legevaktstjenesten er organisert. En mulig svakhet med bruk av disse artiklene til denne studien, er at noen av dem omhandler sykepleiere som jobber fast i eksempelvis akuttmottak og dermed ikke har mange ulike funksjoner og ansvarsområder de skal dekke. Det kan antas at disse sykepleierne har en annen type og sannsynligvis mer opplæring innen akuttmedisin enn det som er vanlig i distrikt.

*«Emergency nurses` knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study»* (Harley et al., 2019). Publisert i «International Emergency Nursing».

Er en kvalitativ studie basert på semi-strukturerte intervju av 14 sykepleiere som jobbet i akuttmottak i Australia. Innhenting av data ble gjennomført i ansikt-til-ansikt møte i august og september 2017. Hensikten med studien var å utforske sykepleiernes erfaring og oppfatning med å kjenne igjen og respondere til pasienter med sepsis, inkludert kjennskap til sepsisscreening og diagnostiske verktøy. Funnene viste at det var flere faktorer som påvirket sykepleierne. Stor arbeidsmengde, manglende kunnskaper og opplæring var noe av det sykepleierne rapporterte påvirket deres evne og mulighet til å kjenne igjen, og respondere adekvat til pasienter med sepsis.

«*Slik kan sykepleiere oppdage sepsis tidligere*» (Aspsæther et al., 2019). Publisert i «Sykepleien forskning».

Artikkelen er en systematisk litteraturstudie basert på åtte kvantitative forskningsartikler som er publisert mellom 2012 og 2017. Artiklene er engelsk- og skandinaviskspråklige og overførbare til det norske helsevesenet. Forfatterne hevder at sykepleiere er i en nøkkelposisjon til å kunne oppdage sepsis, fordi det oftest er dem som er tettest på pasientene. Funnene viser at i de tilfellene kartleggingsverktøy ble tatt i bruk, ble sepsis og mulig sepsis oppdaget langt tidligere enn i situasjoner der det ikke ble brukt. For at kartleggingsverktøyene skulle være nyttige forutsatte det at sykepleierne har kunnskaper om sepsis fra før. Videre fant de at diffust språk fra sykepleierne gjorde det vanskeligere å samhandle med andre profesjoner (eksempelvis lege). Økt kunnskap og klinisk kompetanse samt bruk av kartleggingsverktøy er hovedelementene som vil gjøre sykepleiere i stand til å oppdage sepsis tidligere.

«*Nye sepsiskriterier kan føre til forsinket behandling*» (Konradsen and Lien, 2017). Publisert i «Tidsskrift for den norske legeforening».

Dette er en kommentar til innføring av den nye definisjonen av sepsis og utviklingen av verktøyet SOFA/qSOFA og er således ikke en forskningsartikkel. Den er tatt med fordi forfatterne av artikkelen arbeider i et distriktmiljø som er likt det denne oppgaven omhandler. Forfatterne er kritiske til den nye definisjonen av sepsis og screeningverktøyet SOFA og qSOFA. De argumenterer for fortsatt bruk av SIRS kriteriene og hevder at bruk av den nye definisjonen vil kunne føre til at en del pasienter ikke vil motta adekvat behandling raskt nok.

«*Non-technical skills required to recognise and escalate patient deterioration in acute hospital settings*» (Large and Aldridge, 2018). Publisert i «Nursing Management».

Artikkelen er en oversiktsartikkel som har inkludert 14 fagfelleverderte artikler som er funnet etter et systematisk søk i ulike kjente databaser. Artiklene er publisert mellom 2009 og 2016 og er enten fra mixed-method studier eller oversiktsstudier. Forskerne finner tre sett med ferdigheter som sykepleierne trenger for å identifisere og agere på en forverring av tilstand hos pasienter. Dette er intuisjon, kommunikasjon og klinisk dømmekraft. Med intuisjon mener forskerne en form for stille kunnskap som erfarne sykepleiere utvikler og som er vanskelig å beskrive. Klinisk dømmekraft mener forskerne handler om eksplisitte kunnskaper basert på intuisjon og analytisk tenkning.

«*Early identification of sepsis in hospital inpatients by ward nurses increases 30-day survival*» (Torsvik et al., 2016). Publisert i «Critical Care».

Studien er en før-og-etter-intervensjonsstudie der forskerne har sammenlignet pasienter som har hatt en positiv blodkultur. Studien er gjennomført på et sykehus i Norge der intervensjonen ble implementert fra januar til oktober 2011. Preintervensjonsgruppen var pasienter mellom januar 2008 og desember 2010. Postintervensjonsgruppen var pasienter innlagt mellom november 2011 og desember 2013. Intervensjonen bestod av en pakke som inneholdt flytskjema for identifisering og behandling av sepsis, SIRS- og organsviktskjema, og innenfor hvilke tidsrammer legen skulle se til pasientene. Det ble også gitt et firetimers kurs til alle sykepleierne og 12 ekspertsykepleiere fikk et tilleggskurs på seks timer. Forskerne sammenlignet observasjonsraten og kvaliteten av målinger av vitale parameter, liggedøgn på intensivheter, administreringa av væske gitt intravenøst, adekvat antibiotikabehandling og overlevelse.

Etter implementeringen av intervensjonspakken fant forskerne blant annet at sykepleierne observerte vitale tegn hos pasientene hyppigere og bedre. Færre pasienter ble overført til intensivheter og færre utviklet alvorlig sepsis og septisk sjokk.

«*Medical-surgical nurses` experiences as first responders during deterioration event: a qualitative study*» (Hart et al., 2016). Publisert i «Journal of Clinical Nursing».

Denne studien bygger på intervju av 28 sykepleiere ved fem forskjellige sykehus i USA. Intervjuene er gjennomført mellom oktober 2014 og februar 2015. Funnene tyder på at sykepleierne mente de var i stand til å kjenne igjen subtile tegn på forverring og tilkalle assistanse når de mente det var nødvendig. Noen av sykepleierne fortalte om en intuitiv følelse av at noe var galt og tilkalte hjelp fra andre på bakgrunn av dette. Hvordan sykepleierne håndterer akutte situasjoner var påvirket av erfaring og trening. Å kjenne igjen en situasjon basert på tidligere erfaring, var avgjørende for å kunne tilkalle assistanse til pasienten på et tidlig tidspunkt.

«*Monitoring activities in out-of-hours emergency primary care in Norway*» (Hansen, 2012). Publisert i «Sykepleien forskning».

Artikkelen er basert på forfatterens doktorgradsavhandling. 88 sykepleiere ved ulike legevakter ble bedt om å fastsette hastegraden på 20 ulike skriftlige scenarioer i henhold til Norsk indeks. Det ble også gjennomført 100 intervju med pasienter som hadde vært i telefonkontakt med legevakt. Hansen fant at sykepleierne i stor grad (77%) fastsatte korrekt



hastegrad. I de tilfellene sykepleierne gav råd på telefonen bekreftet 99% av pasientene at de forstod rådene og de fleste fulgte disse.

Artiklene som er med i denne oppgaven er valgt fordi de er relevante med tanke på det temaet jeg vil undersøke. Mange av artiklene tar for seg sykepleiere på sykehus men har overføringsverdi til sykepleiere på legevakt. Med tanke på nasjonale retningslinjer for sepsisbehandling er det ikke signifikante forskjeller på initial behandling på sykehus og på legevakt. Artiklene har ulike perspektiver, som utfordringer forbundet med å jobbe i distriktssamfunn, erfaringer med akutte hendelser og sykepleieres kunnskaper om sepsis. Disse forskjellige perspektivene sett i sammenheng og opp mot datagrunnlaget mitt, kan gi en større forståelse for hva og hvorfor sykepleierne i denne oppgaven erfarer det de gjør.

Litteratursøket som inneholdt sepsis og akutt sykdom viste at det fantes mye informasjon om hva sykepleiere gjør, hvordan det gjør det og hvilke verktøy og strategier de bruker. Det var langt mindre å finne om hvordan sykepleierne selv opplevde og erfarte slike situasjoner. Ved søk etter opplevelse og erfaringer var det mange treff som hadde pasientperspektivet som hovedfokus. De treffene som jeg fant, handlet om sykepleiere i sykehus, og ofte tilknyttet spesielle avdelinger som akuttmottak, ortopediskavdeling eller nyfødtavdelinger.

Artiklene som omhandlet sykepleie i distriktet hadde ofte et stort fokus på mangfoldet og uforutsigbarheten i arbeidet, men sa ikke spesifikt noe om hvordan sykepleierne opplevde akutte situasjoner. I den grad akutte situasjoner ble adressert handler det også her mest om hva de observerte og hvordan de forholdt seg til situasjonen.

### **3 Metode og design**

Denne studien tok sikte på å undersøke en bestemt gruppe sykepleieres erfaringer med pasienter med sepsis. Det var derfor naturlig å velge en kvalitativ tilnærming. Helsefaglig og medisinsk kunnskap består også av helsepersonells, i dette tilfellet sykepleieres, opplevelser og erfaringer. Kvalitative studier kan gi innsikt på disse områdene som igjen kan danne grunnlaget for ny forståelse for disse temaene (Malterud, 2017). Datagrunnlaget er basert på fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju gjør at man kan få tak i flere menneskers opplevelser med ett ansikt-til-ansikt møte og man kan styre diskusjonen og interaksjonen inn på gitte temaer man ønsker å få belyst (Tjora, 2017). Denne måten å organisere intervju på er også velegnet når man ønsker å få tak i menneskers erfaring i miljø der flere samhandler (Malterud, 2017). I denne oppgaven ønsker jeg å undersøke sykepleieres erfaringer, og ved at flere får snakke sammen kan erfaringer fra flere sider belyses.

#### **3.1 Forforståelse**

Forforståelsen er bygget på erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og teoretisk grunnlag (Malterud, 2017 s 44). I enhver forståelsesprosess bringer vi med oss de oppfatninger og holdninger man har, både bevisst og ubevisst, det er dette Gadamer referer til som forståelseshorisont. Det er denne forståelseshorisonten som avgjør hvordan vi oppfatter for eksempel en tekst eller et møte. Man kan ikke legge bort sin forforståelse men man må være åpen for andres meninger. Man må etterprøve sin egen forforståelse med tanke på legitimitet, om det man mener å vite har gyldighet. På denne måten kan man bruke forforståelsen til å tilegne seg ny forståelse (Gadamer, 2012). I en undersøkelse som dette, der man har god kjennskap til feltet som skal undersøkes, er dette et viktig perspektiv å være oppmerksom på. Forforståelsen min kommer fra de tanker, oppfatninger og meninger jeg gjorde meg da jeg jobbet innenfor feltet som jeg ønsker å undersøke. Jeg kjenner fra egen arbeidserfaring til organiseringen av legevaktstjenesten, og de utfordringene avstand og geografi kan by på. Forforståelsen er det vi bringer med oss inn i et prosjekt før det har startet, og er med på å påvirke hvordan vi samler inn, forstår og tolker data. Det kan i bestefall være en berikelse og gi styrke til et prosjekt eller det kan føre til at man starter et prosjekt med skylapper, og at budskapet fra datamaterialet blir overdøvet av et ønske om å få bekreftet det man mente man visste fra før (Malterud, 2017). Å forske i eget felt betyr at man må være bevisst på å stille seg åpen, nysgjerrig og utforskende.

I tillegg til kjennskap om de praktiske rammene som handler om hvordan legevaktstjenesten i kommunen er organisert, er min forforståelse også preget av et til dels skeptisk syn på hvordan deler av denne organiseringen var gjennomført. Min korte erfaring gav med et inntrykk av at organiseringen var uoversiktlig og at det kunne være en utfordrende situasjon å være sykepleier i. Som et eksempel på dette, ble det av personen som hadde sekretærfunksjon under gjennomføring av intervjuet, stilt spørsmål om det var noe spesielt jeg ville frem til, om det var noen konkrete svar jeg var ute etter. Det var intervjuguiden som førte til at hun lurte på dette. Intervjuguiden ble derfor endret med tanke på å stille seg mer åpen og nøytral. Dette ble en verdifull tilbakemelding som førte til en økt bevissthet og påpasselighet i forhold til egen forforståelse i det videre arbeidet med datamaterialet. I tillegg var det viktig å være obs på at min egen erfaring fra feltet ligger flere år tilbake i tid, det ble derfor viktig å ikke ta for gitt at det er de samme utfordringene som er gjeldene i dag.

En slik forforståelse kan være til hinder for objektiviteten når det blir vanskelig å reflektere over funn som går imot egen overbevisning. Er funnene i materialet nærmest identisk med det man visste på forhånd og har tilført lite nytt, kan det være en indikator for å se på empirien på nytt. Jo flere overraskende funn datamaterialet gir, jo bedre har man lyktes i å møte empirien med åpenhet og nysgjerrighet (Malterud, 2017). På den andre siden kan forforståelsen og kjennskap til undersøkelsesfeltet bidra til at man kommer raskere inn i stoffet og at man har en bedre forståelse av det informantene snakker om når de forteller fra sin arbeidshverdag. Under arbeidet med datamaterialet oppdaget jeg flere uventede elementer som jeg ikke hadde tenkt på tidligere. Oppfatningen jeg hadde som omhandler organisering ble delvis bekreftet, men viste seg å inneholde mye mer og muligens handle om noe annet, enn det jeg tidligere hadde tenkt over.

## **3.2 Fokusgruppeintervju**

Fokusgruppe egner seg der man ønsker å lære mer om forhold som kan brukes til å beskrive og utvikle praksisnær fagkunnskap. Det skilles mellom fokusgruppeintervju og gruppeintervju i litteraturen. Det som kjennetegner fokusgruppeintervju er at det er dialogen mellom deltagerne som legger grunn for dataskapningen, til forskjell fra gruppeintervju der det i større grad er dialog mellom intervjuer og den enkelte deltager. Fokusgruppeintervju åpner for en friere uttrykksform og gruppedynamikken kan brukes bevisst for å skape data (Lerdal and Karlsson, 2008). Intervjuet gjort i dette prosjektet vil kunne kalles et

fokusgruppeintervju med tanke på at det i stor grad var deltagerne som snakket med hverandre. Moderator kom med spørsmål for å føre samtalen videre og sikre at temaene som var aktuelle for problemstillingen ble belyst.

I prosjektplanen ble det lagt til grunn å gjennomføre to fokusgruppeintervju i to forskjellige kommuner. Hensikten med dette var ikke å sammenligne sykepleiernes erfaringer, men ha et bredere datamateriale å arbeide ut fra. Rekrutteringen viste seg å bli langt vanskeligere og mer tidkrevende enn forutsett, og jeg endte derfor opp med ett fokusgruppeintervju med fire deltagere.

Anbefalt antall informanter i en fokusgruppe er varierende ut fra hvilken litteratur man benytter. Tjora anbefaler 6 – 12 deltagere (Tjora, 2017), Malterud sier 6-8 deltagere (Malterud, 2017). Annen litteratur forslår grupper på størrelse fra fire informanter. Det er vel så viktig å vurdere hvilken størrelse som er hensiktsmessig for omfanget og ressursene som er tilgjengelig for prosjektet. Informantenes mulighet til å komme med informasjon må også vurderes (Doody et al., 2013). Arbeidsstedets størrelse og antall sykepleierstillinger vil også være med på å begrense antall deltagere i intervjuet. Tatt i betraktning informantenes erfaring fra arbeidsstedet, (den med minst erfaring hadde arbeidet der i fire år,) utdanningsnivå, (flere hadde videreutdanning,) og min egen begrensede erfaring som moderator, mener jeg at fire deltagere både vil være håndterbart, gjennomførbart, samt kunne gi en nyttig datamengde.

Ved å gjennomføre to fokusgruppeintervjuer som først planlagt kunne det ha ført til et rikere materialet som kunne gitt en bedre og bredere innsikt i temaet. Når det likevel ikke lot seg gjennomføre innen gitte tidsrammer mener jeg at det materialet jeg endte opp med gir grunnlag for et videre arbeid som tilfredsstillende omfanget denne oppgaven er satt til.

Det er ønskelig at gruppene settes sammen så homogent som mulig for at deltagerne skal ha et felles erfaringsgrunnlag (Malterud, 2017). Informantene i dette intervjuet var alle utdannet sykepleiere og var ansatt i samme type stillinger ved arbeidsstedet. Stillingsstørrelsene var fra 80% til 100%.

En av svakhetene med fokusgruppeintervju kan være at deltagere velger å tie om egne meninger hvis disse ikke samsvarer med flertallet sitt. Det vil alltid være ulikt hvor engasjerte deltagerne er i intervjuprosessen. Dominerende deltagere kan føre til at det blir skapt data som ikke reflekterer gruppen som helhet, eller at de hindrer mer reserverte informanter i å delta. Dette blir utfordrende med tanke på at det er dialogen deltagerne mellom som er ønskelig i et

fokusgruppeintervju (Eines and Thylèn, 2012). Under intervjuet var det stor enighet blant deltagerne på de fleste temaene, det kom likevel frem noen uenigheter eller ulikt syn på enkelte emner. Det var ingen av deltagerne som utmerket seg som så dominante at det ble oppfattet som noe som kunne hindre en åpen og fri samtale der alles meninger kommer frem.

### **3.3 Utvalg**

Til dette prosjektet var det ønskelig å intervju sykepleiere i distriktskommuner som har arbeidsoppgaver tilknyttet den kommunale legevakten. Kriteriene som ble satte var at sykepleierne skulle ha mer enn 1 års erfaring fra arbeidsstedet og fortrinnsvis være fast ansatte, sykepleiere som gikk i langvarige vikariater kunne også være aktuelle.

Arbeidsstedene måtte være organisert slik at hovedtyngden av arbeidsbyrden gikk til annet arbeid enn legevaktsarbeid, i dette tilfelle vil det bety daglige oppgaver og drift av sykehjem, korttidsavdeling og/eller sykestue. Under arbeidet med å fastlegge rekrutteringskriterier var det i utgangspunktet ønskelig å intervju sykepleiere som hadde lengre erfaring enn minimum 1 år. Dette fordi jeg tenkte at de kunne tilføre intervjuet mer, fordi jeg så det som sannsynlig at de hadde flere erfaringer med sepsispasienter. Jeg vet av erfaring at det i mange kommuner er mangel på sykepleiere og høy utskiftning av ansatte. I tillegg er det ikke uvanlig med et høyt forbruk av tilreisende vikarer som arbeider på korte kontrakter for å dekke sykepleiemangelen. Derfor vurderte jeg det dit hen at dette kravet kunne gjøre rekrutteringsprosessen langt vanskeligere. På bakgrunn av dette valgte jeg å sette kravet til 1 års arbeidserfaring fra det aktuelle arbeidsstedet. I ettertid viste det seg at mengden arbeidserfaring, i antall år, ikke var avgjørende for bidraget til datasamlingen.

### **3.4 Rekruttering**

Jeg sendte e-post til ledere ved helsesentrene i tre kommuner (vedlegg 1). Her ble det informerte om prosjektet og forespurt om arbeidsstedet kunne tenke seg å delta. På dette kom det etter noe tid og purringer positivt svar fra to kommuner, den tredje kommunen responderte ikke. Det ble avtalte med de to lederne at de skulle videreformidle skriftlig informasjon til aktuelle sykepleiere. Informasjonen bestod av et brev fra meg der jeg kort presenterer meg selv og studiet, et utfylt standardisert skjema fra NSD «Veiledende mal for informasjonsskriv», og samtykkeskjema (vedlegg 2). Selv etter flere purringer var det ingen

informanter som hadde meldt sin interesse. Samme prosess ble da gjentatt ovenfor en ny kommune. Denne gangen ble rekrutteringsprosessen fulgt opp med fysisk oppmøte hos leder, etter avtale pr e-post, deretter en muntlig mer uformell informasjon til sykepleierne som var på vakt den aktuelle dagen. Også dette var avtalt med leder i forkant. Dette resulterte i at fire sykepleiere sa seg villig til å stille som informanter. Deltagerne var en homogen gruppe med tanke på at de var kollegaer. To av informantene hadde videreutdanning som var relevant for arbeidets karakter. To av informantene hadde jobbet hele sin sykepleierkarriere på dette stedet, mens to også hadde erfaring fra andre arbeidssteder.

### **3.5 Gjennomføring av intervju**

Det ble avtalt tid og sted for gjennomføring av intervjuet etter at det var rekruttert informanter. Her fikk informantene mulighet til å komme med ønsker og det lot seg gjøre å etterkomme alles ønsker. Intervjuet tok sted på formiddagen på et samtalerom ved det aktuelle helsesenteret. Når det skal velges sted for gjennomføring av intervju er det viktig å gjøre det et sted der informantene føler seg trygge og arbeidsstedet kan være et godt alternativ når informantene skal intervjues om arbeidet deres (Tjora, 2017) Tre av deltagerne stilte på sin fritid mens en var på jobb. Jeg inntok en moderatorrolle under intervjuet, i fokusgrupper benyttes ofte begrepet moderator fremfor intervjuer. Moderators rolle er å styre ordet, være oppmerksom på at alle kommer til ordet, følge opp temaer som diskuteres og komme med spørsmål (Tjora, 2017). Det var også tilstede en person som skulle inneha en sekretærfunksjon, dette var en sykepleier som veilederen min anbefalte og satte meg i kontakt med. Sekretæren hadde erfaring med fokusgruppeintervju i forbindelse med gjennomføring av eget prosjekt noen år tidligere. Hun inntok en tilbaketrukket rolle der hun satt litt i «utkant». Hun tok notater underveis, blant annet om hvem som sa hva for å lette transkriberingen. Mot slutten kom hun med et oppfølgingsspørsmål som skulle vise seg å gi nyttig informasjon da jeg senere skulle arbeide med materialet. Malterud (2017) sier at det kan være verdifullt å ha med en sekretær som kan notere ned stemninger i samtalen og prøve å få med andre forhold som ikke lar seg gjengi på en lydfil. Sekretæren tok notater som jeg fikk etter intervjuet. Der hadde hun beskrevet stemningen i intervjuet, som for eksempel tydelig kroppsspråk. Vi gikk gjennom notatene sammen, men snakket ikke om mulige temaer som eventuelt hadde utpekt under intervjuet.

Intervjuet startet med at alle signerte og leverte inn samtykkeskjema, her gav jeg også muntlig informasjon om hva de samtykket til, og rettigheter de som informanter innehar. Jeg presenterte meg selv, studiet og hensikten med intervjuet. En av deltagerne hadde pr. e-post spurt om jeg var ute etter å «teste kunnskapen» deres og om det ville være lurt å lese seg opp på gitt tema (sepsis) på forhånd. I tillegg til å ha avkreftet dette til den aktuelle deltageren gjentok jeg uoppfordret dette før selve intervjuet startet, at min hensikt ikke var å vurdere deres kompetanse som sykepleiere, men heller en genuin interesse for å få høre mer om deres erfaringer, tanker og refleksjoner rundt temaet.

Intervjuet varte i ca 60 min, dette var innenfor de tidsrammene informantene var forespeilet på forhånd. Det var i forkant utarbeidet en intervjuguide som inneholdt fem nøkkelspørsmål med tilhørende underpunkter, samt overgang- og avsluttende spørsmål (vedlegg 3).

Intervjuguiden var en del av søknaden vurdert av NSD, fra deres side ble det poengtert et gjensidig ansvar fra intervjuer og deltagere om å overholde taushetsplikten. Dette gjaldt punktet om å fortelle fra en hendelse/situasjon. Kravet om taushetsplikt ble overholdt, ingen navn, personopplysninger eller andre opplysninger som kunne vise til pasienter, kollegaer eller arbeidssted ble nevnt. Intervjuguide ble i stor grad fulgt og alle momentene ble snakket om under intervjuet. Mot slutten av intervjuet kom det frem fra flere deltagere at de satte pris på å få sitte og snakke om, og reflektere over arbeidsdagen sin. Dette var noe de sjelden ellers gjorde.

Alle deltagerne bidro under intervjuet men det var litt ulikt hvor mye. Ved et par anledninger henvendte jeg meg spesifikt til en deltager og spurte om hennes mening eller om hun var enig i det som ble sagt.

Intervjuet ble tatt opp med digital opptaker, lydfilen ble oppbevart i låst skap frem til materialet var ferdig transkribert, da ble lydfilen slettet.

### **3.6 Transkripsjon**

Intervjuet ble transkribert i sin helhet av intervjueren. Å bearbeide materialet fra tale til tekst vil alltid innebærer en filtrering og tolkning av materialet. Ved at intervjueren transkriberer materialet selv kan man redusere mengden informasjon som kan gå tapt i denne prosessen (Tjora, 2017)

Det ble transkribert på bokmål. Å transkribere i bokmålsform fremfor på dialekt kan bidra til å ivareta anonymiteten til deltagerne på den måten at identifiserbare ord og uttrykk fra det aktuelle stedet ikke er tatt med (Tjora, 2017). Alle informantene bortsett fra én snakket dialekten som er typisk for denne kommunen, av anonymitetshensyn valgte jeg derfor å transkribere på bokmål. Fyllord som «ææh» og «jaa», samt tydelig kroppsspråk som risting og nikking med hodet er også tatt med i transkripsjonen. Dette ble mulig basert på sekretærens notater. I tekstmaterialet ble deltagerne anonymisert ved at de ble gitt en tilfeldig bokstav. Notatene sekretærene hadde gjort under intervjuet hjalp til med å skille utsagnene fra de ulike deltagerne. Ved to anledninger var det ikke mulig å høre på båndopptakeren hva som ble sagt. Ut fra sammenhengen i intervjuet tolket jeg det til å være replikker til noe som var blitt sagt av andre deltagere. Det ble vurdert at dette ikke hadde betydning for det totale datamaterialet og videre analysearbeid. Tekstmaterialet ble lagret på UiT sitt nettlagrings sky og PCen som ble brukt var passord beskyttet.

### **3.7 Forskningsetiske overveielser**

Deltagernes informerte samtykke og frivillighet samt beskyttelse av integritet er grunnlaget for all helseforskning og er blant annet nedfelt i Helsinkideklarasjonen (WMA, 1964/2013).

Alle deltagerne i denne undersøkelsen har mottatt skriftlig og muntlig informasjon om studien, hva informasjonen skal brukes til, hvordan opplysningene lagres samt retten til å trekke seg. Det ble før intervjuet startet samlet inn signert samtykkeskjema fra samtlige deltagere. Fordi personopplysninger som navn og arbeidssted er kjent ble det søkt godkjenning hos NSD (vedlegg 4). NSD godkjente søknaden 16.09.2019, prosjektnr 919424, den er gyldig til 01.01.2022. Informantene har rett på anonymitet. På grunn av små forhold har jeg valgt å ikke beskrive deltagerne nærmere på måter som kan kompromittere anonymiteten deres. Det betyr blant annet at jeg ikke skriver hvilken videreutdanning de har eller hvor lenge de har jobbet på dette arbeidsstedet.

Studien omhandler ikke pasient- eller journalopplysninger og er derfor ikke behandlet i Regionale Komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Det ble opprettet konto for lagring av lydfil hos Tjenester for Sensitive Data (TSD) hos Universitetet i Oslo. På grunn av tidspunktet dette ble gjort på og noe tekniske problemer ble denne tjenesten ikke benyttet. Lydfilen ble oppbevart i sikkert og låst skap, for så å bli slettet



da intervjuet var transkribert. Det var vanskelig å få kjøpt en godkjent opptaker på grunn av avstand, det ble derfor lånt en hos politiet, noe som jeg anså for å være sikkert. Der ble det også dobbeltkontrollert at innholdet var slettet da jeg leverte den tilbake.

Den elektroniske korrespondansen fra informanter ble oppbevart på PC, beskyttet med brukernavn og passord. Denne korrespondansen ble slettet da intervjuet var gjennomført.

### **3.8 Analysearbeidet**

I intervjuet formulerer informantene sin forståelse. Min oppgave blir å forstå deres oppfatning. Ifølge filosofen Gadamer betyr dette at jeg ikke kan bruke min forforståelse vilkårlig, hvis man misforstår kan den helhetlige meningen bli borte og holder man blindt fast på sin forforståelse er man ikke åpen til å forstå andres oppfatning. Det kan ikke være en generell forutsetning at det en tekst forteller oss, uten videre skal føye seg etter egne oppfatninger og forventninger, det er nødvendig at man holder seg åpen og fordomsfri for å kunne ta imot det som blir sagt (Gadamer, 2012).

Etter at intervjuet var gjennomført gikk sekretæren og jeg gjennom førsteinntrykket av intervjuet og notatene hun hadde gjort underveis. Deretter hørte jeg gjennom lydfilen og skrev ned noen punkter om tanker jeg gjorde meg under og rett etter intervjuet. Intervjuet ble ført igjennom flere ganger under arbeidet med transkribering. Intervjuet ble transkribert i sin helhet av meg. Tekstmaterialet ble lest igjennom flere ganger og det ble notert ned tanker man umiddelbart gjorde seg om innholdet og hva dette kunne tenkes å handle om.

Analysen av datamaterialet er inspirert av Aksel Tjoras Stegvis-deduktiv induktiv metode, (heretter kalt SDI), slik han beskriver det i «Kvalitative forskningsmetoder i praksis». SDI har som mål å systematisere empirien og man jobber trinnvis fra rådata til teorier (Tjora, 2017). I tråd med SDI ble hele teksten kodet i tekstnære koder. Det vil si at hvert utsagn fikk en kode, utsagn og setninger som kunne tenkes å være særlig interessant ble uthevet. Dette resulterte i initialt 90 koder. De tekstnære kodene skal kun utvikles fra datamaterialet og består av ord, fraser eller deler av setninger som er å finne i datamaterialet (Tjora, 2017). De tekstnære kodene ble så gruppert i kodegrupper. Arbeidet frem til kodegruppene var en prosess der gruppene ble endre flere ganger og de ulike kodene ble prøvd i ulike grupper. Målet var å finne hvilken koder som naturlig hørte sammen og hvilken kodegruppe som best beskrev innholdet. Ifølge SDI metoden er det kontrolltester som hører til hvert steg i

analyseprosessen. Hensikten med disse testene er blant annet å sikre at man har brukt riktige kriterier for utvalget, om datagrunnlaget er relevant i forhold til de spørsmålene man ønsker å undersøke, og det er kodet riktig. Disse testene førte til at flere av de initiale kodene måtte endres. Etter flere gjennomganger ble det endelige kodeantallet for tekstnære koder 75 som igjen ble fordelt på 14 kodegrupper, se eksempel på dette i tabell 1. Utvalgstesten, som er basert på et stadig tilbakevendende spørsmål om inkluderingskriteriene for informantene og bredden i utvalget er hensiktsmessig, førte initialt til noen betenkeligheter om hvorvidt utvalget var bredt nok til å gi et ønskelig datagrunnlag. Informantene var en homogengruppe der alle var sykepleiere, men de hadde eksempelvis ulik utdanning og ansiennitet. Det videre arbeidet med analysen viste et bredere materialet enn det som først ble oppfattet.

Alle kodene ble fordelt til en kodegruppe, men ikke alle kodegruppene ble med videre i analysearbeidet. Koder og kodegrupper som ble ansett som irrelevante i forhold til forskningsspørsmålet ble utelatt fra det videre arbeidet med datamaterialet. Av de 14 kodegruppene som ble utarbeidet ble ti sett på som relevante å ta med i det videre i analyseprosessen. I denne delen av analysearbeidet vil det ofte være naturlig å utelate deler av datamaterialet som oppfattes som irrelevant, fordi grupperingsarbeidet her staker ut undersøkelsenes retning (Tjora, 2017). Av de resterende ti kodegruppene kom det frem tre hovedtemaer: «organisering og struktur», «ansvaret, sammen og alene» og «erfaringer med den akutt syke pasienten» disse går også i en viss grad over i hverandre og noen kodegrupper er relevante for mer enn ett tema, se eksempel i tabell 2. Det vil derfor i kapittelet der funnene presenteres også være undertemaer til hovedtemaene.

## Eksempler fra analyseprosessen

Tabell 1

Utsagn fra tekst	Tekstnære koder	Kodegruppe	Tema
<i>Men de vil da gjerne at vi skal fungere som sekretær for dem da, at vi skal ha kontroll.</i>	Fungerer som legens sekretær	Vi tilpasser oss	Organisering

<i>Jeg så at hun var dårlig, hun var slapp. Hun var kontaktbar og svarte på spørsmål men hun var ikke kjempe oppegående hvis man kan si det sånn.</i>	Så at hun var dårlig	Den akutt syke pasienten	Den akutt syke pasienten
<i>Ja, det var ikke sånn kjempe dramatisk. Hun hadde ikke blodtrykksfall, det var ikke sånn at jeg følte det var ute av kontroll(...) hvis hun hadde blitt liggende lengre så hvem vet. Så jeg er veldig glad hun ikke ble liggende lengre.</i>	Glad hun ikke ble liggende lenge	Gjør så godt vi kan	Ansvaret

Tabell 2

<b>Tema</b>	Ansvaret, alene og sammen
<b>Kodegruppe</b>	Ansvaret
	Gjør så godt vi kan
	Stoler på magefølelsen
	Må psyke seg opp

### 3.9 Validitet og reliabilitet

Validiteten sier noe om hvorvidt funnene i denne studien har overførbarhet til sammenhenger utenfor det som ble undersøkt, ofte kalt ekstern validitet. Det betyr å se i hvilken sammenheng kan funnene være relevante. Intern validitet sier noe om hva det er sant om, om det er brukt relevante metoder for å studere det gitte fenomenet på (Malterud, 2017). Reliabilitet handler om det er en klar sammenheng mellom empirien, analysen og resultatene og at dette ikke er styrt av personlige egenskaper hos forskeren (Tjora 2017).

Denne studien kan ikke påstå at funnene her er den «sanne sannhet». En fullstendig nøytralitet hos forskeren er heller ikke mulig (Tjora, 2017). All forskning innebærer et perspektiv fra et ståsted (Gadamer, 2012). Dette betyr at forforståelsen spiller en rolle for hvordan materialet er forstått og tolket. Ved å ha redegjort for min forforståelse i tidligere avsnitt, og innta et bevisst og kritisk forhold til den i arbeidet med oppgaven, er det gjort aktive steg for å ivareta validiteten. Det har i tillegg vært nyttig å diskutere med veileder som ikke har lik forforståelse, for på et vis kontrollere at man ikke har «sett seg blind».

Det er gjort ett intervju på en arbeidsplass. Det vil være grunn til å tro at denne arbeidsplassen, som alle andre, har sin egen kultur og normer, i tillegg til sin egen organisering og tilgang på ressurser. Dette fører til at alle momentene ikke uten videre kan overføres til andre sammenhenger.

## 4 Funn

Denne oppgaven tar sikte på å si noe om sykepleieres erfaringer med den akutt syke sepsispasienten. Deltagerne i fokusgruppeintervjuet hadde alle samme type stilling, men det var noe ulikheter i forhold til videreutdanning og erfaring.

Informant B hadde videreutdanning og mer enn fire års erfaring som sykepleier.

Informant D var den som har lengst erfaring som sykepleier.

Informant L hadde videreutdanning og var den med kortest erfaring av informantene.

Informant M hadde videreutdanning og mer enn seks års erfaring som sykepleier.

Analysearbeidet er basert på informantene sine beskrivelser og fortolket ut fra deres utsagn. Slik datamaterialet er analysert og tolket fremstår det overordnede målet for samtlige sykepleiere «Å kunne handle rett ovenfor pasienten». For å muliggjøre dette var det tre hovedområder sykepleierne beskriver de erfarer som enten legger til rette eller kan være til hinder for dette.

Disse var «erfaringer med den akutt syke pasienten» «ansvaret, alene og sammen med andre» og «organisering og struktur».

### 4.1 Å kunne handle rett ovenfor pasienten

Datamaterialet viste at samtlige sykepleiere hadde et ønske om å handle rett ovenfor pasienten. De var bevisst egen kompetanse og hvilke ressurser legevaktene hadde mulighet til å tilby pasienten. De var opptatt av å planlegge pasientforløpet frem i tid så godt som det lot seg gjøre, og strakk seg langt for å ivareta pasientens beste interesse, slik de vurderte det.

Disse utsagnene er med på å underbygge denne tolkningen.

Sitat, informant L setter ord på dette ved å si at:

*«Man tenker at her hvor man bor er det langt til sykehus. At det er langt for pasienten å komme seg av gårde. Vi gjør jo alt det vi kan men det blir jo til en viss grad, vi er jo ikke et sykehus.»*

Informant M utdyper utfordringene med sepsispasienter og hvorfor det er viktig å handle rett i tide.

*«Man tenker jo at det er mange som får sepsis men ofte er det veldig få tegn på det og så plutselig eskalerer det.»*

*«Så jeg er glad for at vi fikk hun av gårde, at hun ikke ble liggende her for lenge.»*

## **4.2 Den akutt syke pasienten**

Alle sykepleierne hadde erfaring med pasienter med sepsis og alvorlige infeksjoner. De beskrev pasienter som de oppfattet som merkbart dårlige, og der det raskt kunne utvikle seg til en alvorlig og livstruende tilstand. Når det gjaldt å beskrive pasientene de mente åpenbart var svært syke, brukte sykepleierne ofte beskrivelser som handlet om deres intuitive oppfatning av situasjonen fremfor kliniske observasjoner. Beskrivelser som *«pasienten var rar»*, *«merket så godt at noe ikke stemte»* og *« så så godt at han var dårlig»* ble brukt. Det fremstod som stor enighet og gjenkjennelse av dette blant sykepleierne, basert på bekreftende ord og nikking når disse beskrivelsene ble brukt under intervjuet.

Videre beskrev sykepleierne sepsispasienter som en utfordrende pasientgruppe med tanke på å avdekke symptomer, som ofte kunne fremstå som diffuse, og å tolke disse korrekt. I tillegg til utfordringer med å avdekke sepsis, hadde sykepleierne en kunnskap som tilsa at dette var pasienter som raskt kunne utvikle en forverring av sykdomsbildet. Denne kunnskapen bidro til at de var svært bevisst på den forholdsvis lange avstanden til sykehuset, og ønsket i mange tilfeller å få sendt pasientene dit, selv om det ikke var klare kliniske tegn på alvorlig sykdom. Dette peker også mot en føre-var holdning og et ønske om å være på den sikre siden.

Sitat fra informant L som viser til hvordan sepsispasienter kan oppleves utfordrende:

*«Hun var veldig syk, men det var det at hun kom inn og man merket så godt på henne at det var noe som ikke stemte og at hun så fort ble dårlig.»*

*«Ja, altså det var ikke sånn kjempe dramatisk. Hun hadde ikke blodtrykksfall, det var ikke sånn at jeg følte det var ute av kontroll men det er jo det at man vet hva de kan.... Hvis hun hadde blitt liggende her lengre, så hvem vet...?»*

*«Det som er utfordrende er jo at vi er langt fra sykehus.»*

Sitat fra informant M:

*«Jeg tenker at sykdomsforløpet veldig ofte er sånn lur.»*

### 4.2.1 Kompetanse

Sykepleierne var bevisste sin egen kompetanse. Oppfatningen av egen kompetanse strakk seg fra god, der akutte situasjoner fremstod som rutinepreget i den forstand at de var drillet i rutiner som angikk observasjoner og behandling av sepsispasienter. Andre sykepleiere hadde et klart ønske om mer kunnskap og følte seg ikke komfortabel med tanken på situasjoner med alvorlig og akutt syke sepsispasienter. Dette demonstrert informant L ved å si:

*«Man blir jo redd selvfølgelig for at de skal gå i sjokk..... det synes jeg er ekkelt hvis det blir sånn bevisstløs, så er vi gjerne meg og legen på vakt. Vi er da altså bare to mennesker som skal..ja»*

Informant D på sin side uttrykker at:

*«Når man har hatt mange pasienter med sepsis. Du blir på en måte drillet i rutinen, du vet hvilken behandling som skal startes, du vet hva du skal gjøre»*

Uavhengig av oppfatningen av deres egen kunnskap og erfaring var det stor enighet om at opplæring og trening var et neglisjert området. Dette gjaldt både opplæringen av nyansatte og utvikling og opprettholdelse av kompetansen til sykepleiere som hadde jobbet der en tid.

Informant L er tydelig i sin mening:

*«For vi øver alt for lite og vi har alt for lite opplæring.»*

Sykepleierne viser til at dette er en kombinasjon av det de mener er mangler i sykepleieutdanningen og høyt arbeidspress i hverdagen. Informant B peker på ønsket om å ha mulighet til å drøfte hendelser:

*«For det har vi ikke tid til når man er en eller to på..... får ikke tid til å sitte å snakke og kanskje ta opp forskjellige temaer.»*

Informant L opplevde mangler i studiet, uttrykt gjennom dette:

*«Man lærer ikke det på sykepleiestudiet, hvordan man drifter en legevakt. Det akuttmedisinske er det lite av på sykepleien»*

### 4.2.2 Magefølelsen

Sykepleierne fortalte at sepsispasienter noen ganger kun har diffuse symptomer og det kan være vanskelig å vite om dette er en mulig sepsispasient eller ikke. Flere av sykepleierne brukte ordet «magefølelse», med dette mente de tilfeller der de oppfatter at en pasient var

alvorlig syk, uten å kunne vise til vitale verdier utenfor normalområdet, eller at pasienten var i påfallende dårlig allmenntilstand. Sykepleierne stolte ofte på magefølelsen og agerte deretter. Informant M oppsummerer det slik:

*«Jeg synes alle de gangene hvor vi har sett pasienten med noen få tegn og en sterk magefølelse så har det vært riktig. De har kommet til sykehus i tide og det har bestandig vært sepsis.»*

For å få gehør hos legen i slike tilfeller bruker sykepleierne flere strategier. I noen tilfeller viste de til at de kjente til pasienten fra tidligere, og visste hvordan han eller hun var i sin habituelle tilstand. Andre ganger påpekte de andre problemer enn det legen har rettet tiltak mot.

Informant D sier det slik:

*«..hadde ikke noe god magefølelse når det gjaldt han fordi han har vært innlagt før og jeg visste at han blir fort dårlig hvis man ikke finner ut hva som ligger bak. ... Legen så til han og vurderte at vi skulle fortsette med behandlingen som var startet for en UVI. .... da sa jeg denne pasienten har jo veldig dårlig pust, surkler og raller. Om det kunne være noe der?»*

Informanten oppsummerer det hele slik:

*«Ja, av og til må du ordne det sånn at også legen får en dårlig magefølelse.»*

Magefølelse er et abstraktbegrep og det kan være vanskelig å få tak på hva som egentlig ligger i det, selv om det er et dagligdags begrep. Sykepleierne hadde ikke noe tydelig svar på hva magefølelse egentlig handlet om, men informant L hadde gjort seg noen tanker rundt temaet og mente at magefølelse hang sammen med erfaring og evne til å kjenne igjen tegn og symptomer.

*«Magefølelse kan jo handle om erfaringer. Man har jo sett og opplevd litt så hvis man har en magefølelse for at ting ikke er som de skal så kan det jo være...»*

### **4.3 Organisering**

Organisering her tar for seg hvordan de fysiske rammene til legevaktslokalene er ordnet og som sykepleierne må forholde seg til. En annen side av organiseringen, som er utdypet av sykepleierne, er måten personalet og arbeidsflyten er organisert på. Innenfor begge områdene



peker sykepleierne på en del momenter de opplever er til hinder for dem og gjør arbeidet mer krevende.

#### 4.3.1 Fysiske rammer

Sykepleierne påpekte at noe av det nødvendige utstyret befant seg et annet sted enn der akuttrommet var. Dette var utstyr som er nødvendig til takning og eventuelt analyse av blant annet CRP, urinstix, blodkultur og Hb<sup>4</sup>. Slikt utstyr befant seg i dette tilfelle i etasjen under akuttrommet, bak en rekke låste dører. Dette førte videre til at bare personer med tilgang via idkort og nøkler kunne hente utstyret, altså i hovedsak sykepleiere. Sykepleierne hadde selv kommet med forslag til hvordan de kunne løse utfordringen med utstyret som var plassert i en annen etasje, men ikke fått gehør for dette hos ledelsen. Konsekvensen var at sykepleieren måtte forlate pasienter som i verstefall var i en alvorlig og ustabil situasjon.

Sitat informant M:

*«Da forlater man ofte den septiske pasienten.»*

Sitat informant B:

*«Nei, så sier vi det til ledelsen så sier de «nei, det må dere ikke gjøre». Så der står vi, i det der..»*

I tillegg til at noe av utstyret var uhensiktsmessig plassert, var det uenighet mellom leder og lege om hva som skulle være sykepleierens arbeidsoppgaver. Dette handlet særlig om hvorvidt lege eller sykepleier skulle ta en spesifikk blodprøve. I dette tilfelle handlet det om en CRP-prøve, ledelsen hadde bestemt at det skulle ikke sykepleierne gjøre, mens legen ofte ønsket dette gjort av sykepleierne. Dette førte til at sykepleierne befant seg i en posisjon der de følte seg tvunget til å ta et valg mellom ledelsens bestemmelser og legens ønsker. Det var

---

<sup>4</sup> CRP, Urinstix og blodkultur er prøver som tas når det er mistanke om infeksjon og sepsis, og kan være viktige med tanke på den videre behandlingen.

samstemthet om at i dette tilfelle fulgte de legens ønske, dette fordi i disse situasjonene var det pasienter tilstede som de hadde et ansvar for. Det enkleste var bare å få det gjort.

Sitat informant L:

*«Det er ikke bestandig så lett å stå der å si nei til legen.»*

*«Ja, det er jo ingen av oss som orker å lage konflikt, så vi gjør jo det. »*

Videre påpekte informant B at alle var vel klar over hva lederen deres ønsket, men at dette ikke ble etterkommet av sykepleierne, som på den måten vektla legens ønsker tyngre enn leders pålegg.

*«Ledelsen vil ikke at vi skal ta CRP, de vil at legen skal gjøre det, det står en lapp der inne på akuttrommet «legen skal ta CRP», men vi gjør det.»*

At sykepleierne fulgte legens ønsker om å ta blodprøve var også et resultat av at situasjonen ikke tillot noe annet. Uttrykt slik av informant M:

*«Nei, skal vi stå å krangle med legen foran en pasient?»*

Når ledelsen ikke ønsker at sykepleierne skal ta denne prøven, er dette sannsynligvis for at sykepleierne skal slippe å ta dette ansvaret. Ved å følge ledelsen sine føringer ville det heller ikke vært nødvendig å forlate pasientene for å få analysert CRP-prøven. Men om det er legen eller sykepleieren som skal utføre denne oppgaven så er det ikke tvil om at prøven bør tas.

#### **4.3.2 Samarbeidet med andre**

Av samarbeidspartnerne var ambulanspersonell en av de gruppene som ble trukket frem som noen de følte en trygghet med å ha tilstede. De opplevde at ambulanspersonellet bistod dem på en god måte i å ivareta pasientene.

Informant L forteller at:

*«Jeg må si at jeg føler meg veldig trygg når ambulansen er tilstede»*

Informant D utdyper med dette:

*«Ambulansen vet hva som er sin rolle i det, bistår oss best mulig. Både med utstyr.... og overvåking av pasienten.»*

Et noe uventet funn var at det i tilfeller der sykepleieren var uenig med legens avgjørelser så foretrakk de at andre tok dette opp med legen. De så helst at eksempelvis ambulanspersonellet satt spørsmålstegn ved enkelte beslutninger legen gjorde. Sykepleierne var gjerne enig med ambulanspersonellet, men ønsket ikke selv å konfrontere legen. Dette kommer blant annet frem av informant B:

*«...hvis de (ambulanspersonellet) ser at det haster, kan de spørre om ikke den bør sendes med fly? Hvis det er en lang kjøretur... burde det ikke være en annen måte å transportere på. At de (ambulanspersonellet) stiller spørsmålstegn...er litt kritiske.»*

En av «suksessfaktorene» for sykepleierne var aksept blant kollegaer for at de ikke kunne bidra med daglige gjøremål i avdelingen når de var fokusert på å utfylle sin legevaktfunksjon. Dette gjaldt særlig blant helsefagarbeiderne og eventuelle andre sykepleiere på vakt. Kommunikasjon og forståelse for hverandres arbeidsoppgaver og ansvarsområder virker å være avgjørende.

Sitat informant L:

*«Det er i alle fall viktig for meg at den personen jeg jobber med vet at når jeg er opptatt på akuttrommet så er det dem som drifter avdelingen.»*

Informant M påpeker at dette også handler om kunnskap og erfaring hos de man jobber sammen med:

*«Jeg synes at de gangene det har vært vanskelig så har det vært at det mennesket, kollegaen, har vært usikker.»*

### 4.3.3 Vaktlegen

Basert på intervjuet virker det som om organiseringen av ressurser og arbeidsflyt var i liten grad nedfelt i faste rutiner og kunne dermed oppleves tilfeldig. Dette førte til at sykepleierne endret og tilpasset sin arbeidsmåte basert på hvilken lege som var på vakt. Dette fremstod som svært krevende for sykepleierne fordi det krevde spesifikk innsikt i den enkelte leges foretrukne arbeidsmåte.

Sitat informant D:

*«De (legene) er veldig ulike og jobber på forskjellige måter. Jeg føler vi sykepleiere tilpasser oss egentlig deres måte å jobbe på. Hvordan de ønsker det.»*

*«Den første legen som jeg beskrev er veldig klar på at vi må bli hardere på og flinkere til å selektere ut hva som skal på legevakt eller ikke. Så det er veldig forskjellig og som jeg sa, vi tilpasser oss veldig.»*

Det tydet på at sykepleierne opplevde en ekstra belastning med den til dels uavklarte arbeidsfordelingen mellom sykepleier og vaktlege. Dette førte til at i en allerede uforutsigbar arbeidshverdag, hadde det betydning hvilken lege som var på vakt for hvordan arbeidsdagen kunne arte seg. Sykepleierne opplevde et godt og gjensidig samarbeidsforhold med enkelte leger og et mindre bra med andre leger. Den litt uformaliserte arbeidsmåten kan ha bidratt til dette. I de mindre bra samarbeidsforholdene kom det frem at sykepleierne opplevde at deres kompetanse ikke ble anerkjent. Vist her med sitat fra informant L:

*«Noen leger ønsker jo mere undersøkelser fra vår side kontra andre. De vil gjerne at vi skal fungere som en sånn sekretær for dem da.»*

## 4.4 Ansvar

Sykepleierne kjente på et stort ansvar når de var på vakt. Det gjaldt å vurdere riktig når pasienter eller pårørende ringte inn til legevaktstelefonen, ansvaret for måling av vitale parametere og prøvetagning, samt vurdering av disse. De hadde også ansvar for å vurdere når vaktlegen skulle tilkalles, og få formidlet situasjonen slik de oppfattet den til legen.

#### 4.4.1 Ansvaret alene

Sykepleierne fortalte om et stort ansvar når de deltok i legevaksarbeid, både når det gjaldt telefonhenvendelser og mottak av pasienter. I enkelte tilfeller følte de seg alene med ansvaret, og at det kunne være vanskelig å få hjelp og støtte hos kollegaer. Dette medførte en psykisk belastning som det tilsynelatende var lite snakket om og var åpenhet rundt. Hvilken lege som var på vakt hadde stor betydning for hvordan arbeidsdagen kunne bli. Sykepleierne gjorde mye for å handle i pasientens beste interesse, men møtte til tider motstand og følte at deres kompetanse ikke ble verdsatt hos enkelte leger.

Sitat informant D:

*«Vi har gjort en vurdering ut fra «telefonråd» eller «medisinsk indeks» og vi er kanskje litt i tvil på den vurderingen vi gjør. Opplever jeg at du blir veldig fort avvist (av lege).....»*

*«Så har du andre leger igjen..... Du kan ringe og spørre om råd på natten uten at de blir sint og sur.»*

Informant D uttrykker tydelig den sterke følelsen av ansvar og sier at:

*«Nei og så er det jo sånn at du vet at du skal sitte på telefon å ha legevakt en hel helg. Det er jo som hun sier, du må jo psyke deg opp.»*

Datamaterialet viste at sykepleierne opplevde et ansvar for at pasienten ble overført til sykehus innen rimelig tid.

Informant L forteller at:

*«Vi gjør så godt vi kan, men tenker jo at man vil få dem av gårde fortest mulig.»*

Tid og avstand til sykehuset var noe som ofte ble nevnt under intervjuet og viser at sykepleieren inntok en føre-var holdning med tanke på overflytning av pasienter.

*«Ja, hun lå her jo et par timer men hadde det blitt et døgn ikke sant..... For man vet jo ikke.»*

#### 4.4.2 Ansvar et sammen med andre

Sykepleierne fortalte om en arbeidshverdag der de ofte samarbeidet og var avhengig av andre yrkesgrupper. De som oftest ble nevnt var helsefagarbeidere/hjelpepleiere, vaktlege og ambulanspersonell. Blant sykepleierne var det litt ulikt syn på hvordan dette fungerte. Dataene indikerer at sykepleierne med kortest erfaring fant dette samarbeidet mer utfordrende enn sykepleiere med lengre erfaring. Dette kan forstås som at arbeid i tverrfaglige grupper er en erfaringsøvelse der samarbeid og arbeidsflyt er noe en må lære seg gjennom gjentagende hendelser. Hvordan dette samarbeidet fungerte, og opplevelsen av egen rolle i teamet varierte. Noen kan oppleve deres rolle er uklar, slik informant L uttrykker:

*«Jeg synes kanskje noen ganger at det kan være vanskelig å vite hva min rolle er, i hvert fall når det blir veldig mange...»*

*«Jeg tror jeg blir stående mer på sidelinjen og nesten venter på å få beskjed om hva du skal gjøre.»*

På sin side har en annen en annen opplevelse av at rollene er mer avklarte når hun sier at (informant D):

*«Alle finner hver sin rolle i det. Jeg synes det fungerer veldig greit. Du står som sykepleier, du vet hvilket ansvar du har, hva du skal gjøre.»*

Sykepleiernes vurdering av egen erfaring med den akutt syke sepsispasienten spant seg fra mye til lite. Dette har naturlig nok sammenheng med hvor lang arbeidserfaring sykepleierne har, og tilfeldigheter i forhold til vaktfordeling. Det kan også ha sammenheng med hvordan sykepleierne vurderte pasientene. Noen så at en pasient var utsatt for sepsis, mens andre ikke hadde samme erfaring til å se det. Uansett hadde de en felles opplevelse av at pasienter med sepsis eller spørsmål om sepsis øker og informant D sier det slik:

*«Nei, det er som jeg sier at å gå i sepsis er på mote nå. Jeg synes jeg har det hver gang jeg er på jobb. Sånn som sist arbeidshelg, da hadde vi tre stykker inne samtidig.»*

Informant M sa seg enig dette og påpekte samtidig at det også handler om erfaring og kunnskap for å se tegnene på sepsis som man kanskje tidligere overså:

*«Jeg er enig med D, det er mye sepsis. Spesielt når man er klar over det og litt våken på det.»*

## 5 Drøfting

Forskningsspørsmålet til denne studien var:

Hvilke erfaringer har sykepleiere som arbeider i en distriktskommune og som har deler av sitt arbeid i legevakt, med å ha ansvaret for pasienter som har alvorlig infeksjon eller sepsis?

De viktigste funnene vil bli drøftet i dette kapittelet.

### 5.1 Oppsummeringa av viktigste funn

Datamaterialet viste at organiseringen synes å ha en noe tilfeldig og uformell struktur. Sykepleierne opplevde at dette var belastende fordi de må bruke ressurser på å tilpasse arbeidet sitt fra vakt til vakt og gjorde en allerede uforutsigbar arbeidsdag ytterlige uforutsigbar. Videre kom det tydelig frem at de følte et stort ansvar ovenfor pasientene og at dette ansvaret kunne oppleves tyngende, det var ulike forventninger til hvordan sykepleierne skulle håndtere oppgavene og ansvaret som legevaktfunksjonen innebar. Sykepleierne jobbet i et svært kompetansekrevende felt. At de jobbet med en bred gruppe pasienter betød at de møtte pasienter i alle aldersgrupper, som kunne ha sykdommer i alle organer. Det kunne dreie seg om akutte så vel som kroniske tilstander. De opplevde at det var lite rom for at de, i organiserte former, fikk lagt til rette for å utvikle den kliniske kompetansen sykepleierne mente de hadde behov for. Sepsispasienter kan være en utfordrende pasientgruppe. Med dette menes at det kan være krevende å kjenne igjen og oppdage tegn og symptomer på sepsis og at manglende behandling i verstefall kan resultere i et dødelig utfall. Erfaringer som sykepleierne hadde opparbeidet seg med akutte situasjoner viste seg avgjørende for hvor trygg de følte seg med ansvaret for den akutt syke sepsispasienten. Dette handlet ikke bare om hvilke erfaringer de hadde gjort seg, men også om mengden av erfaringer de hadde. I den videre drøftingen vil det dreie seg om kompetanse og kompetansebehov som sykepleierne opplevde at de har, organisering og struktur og dens betydning for arbeidet, samt ansvaret for den akutt syke sepsispasienten.

### 5.2 Behovet for kompetanse

Klinisk kompetanse i sykepleie inneholder teoretisk kunnskap og klinisk erfaring. For at den kliniske kompetansen skal kunne utvikles er det nødvendig at sykepleiere har mulighet til å opparbeide seg erfaringer som de kan reflektere over og lære av (Benner et al., 2011).

### 5.2.1 Kompetanse

Arbeidet til sykepleiere som har et ansvar for å ivareta deler av en distriktskommunes legevaktstjeneste, fremstår som omfattende og kompetansekrevene. Scharff (2013) viser til at distriktsykepleiere er «ekspertgeneralister», de trenger en bred kompetanse som setter de i stand til å jobbe innenfor mange fagfelt, og bytte mellom disse ettersom omstendighetene endres og situasjonen krever det. I tillegg til behovet for generalistkompetanse krever de akutte situasjonene en spesialistkompetanse, alvorlig syke sepsispasienter er en pasientgruppe som krever spesialistkompetanse. Benner et al., (2011) hevder at utviklingen av den kliniske kompetansen (clinical knowledge) skjer i hyppige møter med den samme pasientgruppen, som for eksempel sepsispasienter. Hun viser til at uerfarne sykepleiere som jobbet i spesialistavdelinger utviklet en bedre klinisk kompetanse enn de som jobbet i mer generelle avdelinger. Den kliniske kompetansen utvikles gjennom praksis. For sykepleiere som jobber i distriktet skjer de alvorligste hendelsene relativt sjeldent, og det kan dermed bli vanskelig for sykepleierne å opparbeide seg kliniske erfaringer om konkrete tilstander, som sepsis. En måte å opparbeide seg slike erfaringer på kan derfor være gjennom trening og øvelser, det kan eksempelvis være snakk om simuleringsøvelser på avdelingen eller casetrening sammen med annet helsepersonell det ellers ofte samarbeides med. Trening kan også være å drøfte tenkte scenarioer. På den måten kan man både tilegne seg erfaringer om konkrete kliniske tilstander, og erfaringer om samhandling med forskjellige helsepersonell i akutte situasjoner. Slik kan ulike øvelser og trening være med på å utvikle den kliniske kompetansen. En forutsetning for å kunne lære av erfaringer er solide teoretiske kunnskaper. I følge Benners (1995) teori om ferdighetsutvikling vil en uerfaren sykepleier være avhengig av å ha regler å handle ut fra. Problemet med dette er at lærebøkene ikke kan fortelle hvilken oppgave som er viktigst i den spesifikke situasjonen sykepleieren befinner seg i. Med erfaring vil sykepleieren utvikle evne til å oppfatte situasjoner og kjenne igjen når sykdomsforløpet ikke utvikler seg som forventet eller utviklingen viser en forverring av tilstanden. På denne måten kan tiltak revideres eller nye settes i gang.

Ulike case- og simuleringsøvelser kan være nyttig for å utvikle den kliniske kompetansen, men må ikke reduseres til en øvelse i tekniske prosedyrer. Selv om tekniske prosedyrer er noe sykepleiere gjør og må kunne når det trengs, vil det alene ikke være tilstrekkelig fordi situasjonene ikke vil være like fra gang til gang (Alvsvåg et al., 2007).

Akutte og livstruende hendelser er situasjoner disse sykepleierne som nevnt ikke nødvendigvis opplever så ofte, men må være i stand til å håndtere når de skjer. Den kliniske kompetansen utvikles også gjennom faglig refleksjon og drøftinger. I en profesjonell



sammenheng kan man bruke andres kunnskaper og erfaringer, og ut fra dette skape en felles forståelse. Erfaringer fra ulike pasientsituasjoner som blir drøftet og reflektert over sammen med andre kan føre til at det utvikles et tankesett som setter sykepleierne i stand til å håndtere det spesifikke og konkrete, samtidig som det gir allmenn gyldighet. Det er dette Alvsvåg et al., (2007) beskriver som «medskjønnere», altså personer som bidrar til at man kan utøve et godt skjønn slik at handlingene totalt sett blir kloke. Å drøfte ulike erfaringer kan gjøres på forskjellige måter. Sykepleiefaglig veiledning kan være et alternativ. Den har som mål blant annet å sikre kompetanse- og kvalitetsutvikling. Sykepleiefaglig veiledning krever at det er en sykepleier med veiledningskompetanse til stede. Tilbudet om slik veiledning er mange steder ikke-eksisterende. Økonomiske rammer og tilgang på godkjent veileder kan føre til at slik veiledning er vanskelig å gjennomføre (Drangsholt et al., 2019). Kompetanse utviklet på disse måtene kan føre til at sykepleierne har mulighet til å tilegne seg nye ferdigheter og kunnskap, og opprettholde den kompetansen de allerede har opparbeidet seg.

Funnene i denne studien på at sykepleierne opplever at det er lite fokus på utvikling av kompetanse. Litteratur viser at dette er en utfordring som er utbredt blant sykepleiere i rurale strøk (Burrows et al., 2019) og (Huot et al., 2019). Årsakene til dette kan henge sammen med økonomiske prioriteringer, høyt arbeidspress og få ansatte. Dette kan gjøre det vanskelig å få frikjøpt ansatte til å drive med spesifikk trening og kunnskapsutvikling. Viktigheten av utvikling og opprettholdelse av kompetanse og ferdigheter bør ikke undervurderes, dette vises blant annet i forskningen til Aspsæther et al., (2019). Her finner de at kunnskaper om sepsis og bruk av kartleggingsverktøy gjør sykepleiere i stand til å oppdage sepsis på et tidligere tidspunkt. Aspsæther et al.,(2019) hevder at mange sykepleiere mangler denne kunnskapen. Torsvik et al., (2016) fant at sykepleiere som hadde gjennomført kurs, samt fått implementert verktøy til bruk av oppdagelse og tiltak ved sepsis førte til redusert dødelighet hos sepsispatientene.

Sykepleiere generelt, jobber i mange områder som grunnutdanningen ikke spesifikt tar for seg. Slik sett er ikke sykepleierne i denne studien, i en unik situasjon når de mener at utdanningen ikke gir dem god nok forutsetninger for å jobbe i legevakt. I slike situasjoner kan man hevde at både opplæringen og den kontinuerlige utviklingen av kompetanse som foregår på arbeidsstedet er særlig viktig, slik at sykepleierne skal kunne komme i en posisjon der de har mulighet til å håndtere arbeidet på en forsvarlig og god måte. Når sykepleierne likevel mener at dette ikke blir gjort kan de oppleve å havne i situasjoner som er u håndterbare og utenfor deres kompetanseområde. Med utsagn som «det er klart det gjør noe med oss, man må jo psykisk manne seg opp» (informant L), tolkes det at den psykiske belastningen henger

sammen med at de er redde for at det skal være et gap mellom kompetansen de har og forventningene til hva de skal kunne håndtere.

Benners «Thinking-in-action» forutsetter at sykepleiere har opparbeidet seg erfaring slik at det er mulig for dem å se mønstre som gjør at de kan være i stand til å kjenne igjen endringer i tilstanden til en pasient. Det kan synes som om de sykepleierne som selv mente de hadde en del erfaring med sepsispasienter opplevde seg tryggere i situasjonene enn de som mente de hadde lite erfaring. Dette viser også hvordan den kliniske kompetansen kan føre til en opplevelse av å mestre en situasjon og at teoretiske kunnskaper alene ikke nødvendigvis er tilstrekkelig.

### **5.2.2 Magefølelse**

*Magefølelse* var et begrep sykepleierne brukte for å beskrive noe av det de la til grunn for hvordan de hadde kommet frem til vurderingen av en pasients tilstand. De fortalte at de stolte på den og agerte deretter, uavhengig av om de hadde klare kliniske tegn å vise til. Large og Aldridge (2018) og Hart et al., (2016) finner at sykepleierne forteller om magefølelse og en intuitiv formening om at noe ikke stemmer og søker assistanse. Man kan spørre seg om hvorfor sykepleieren skal vektlegge magefølelsen sin? I miljøet disse sykepleierne jobber i, er det få ressurser tilgjengelig og få personer å spille på. Derfor kan magefølelsen bli viktig å styre etter, slik at tiltak kan treffes før pasienten eventuelt opplever en alvorlig forverring. Magefølelse er for mange et dagligdagsbegrep men det kan være vanskelig å beskrive hva som egentlig menes med det. Begreper som intuisjon, magefølelse og anelse brukes ofte om hverandre. I dette inngår den en prosess som kombinerer kunnskap og klinisk erfaring. Sykepleiernes intuisjon kan føre til en bedre kvalitet på pasientbehandlingen og bør anvendes som et av vurderingskriteriene når avgjørelse skal tas ifølge Melin-Johansen et al., (2017).

Komplekse situasjoner krever kunnskap, faglig innsikt og skjønn. Alvsvåg og Førland (2007) skriver om fortrolighetskunnskap som en taus kunnskap, den kan være vanskelig å beskrive hva det er man gjør når man utfører den. Fortrolighetskunnskap handler om trygghet og fortrolighet i situasjoner som gjør sykepleierne i stand til å handle klokt ovenfor pasienten ved bruk av skjønn. For å utvikle fortrolighetskunnskap kan det være behov for å kunne speile kunnskapen i noen andre, å sette ord på kunnskapen ved å reflektere og diskutere erfaringer eller situasjoner man har vært i sammen med andre.

Large og Aldridge (2018) sier at sykepleierne forventer å bli tatt seriøst av legen på tross av

manglende konkrete observasjoner å vise til. Aspsæther et al., (2019) hevder at sykepleiere har en tendens til å bruke et for diffust språk når de kontakter lege på vegne av en pasient, og mener dette er en utfordring sykepleiere har. MacKinnon (2011) viser til et eksempel der en sykepleier ikke klarte å få legen til å komme å se til en pasient, delvis på grunn av et lite tydelig språk. MacKinnon (2011) hevder at sannsynligheten for at dette skjer er høyere hos uerfarne sykepleiere enn erfarne. Benner (1995) skriver at det store erfaringsgrunnlaget ekspertsykepleierne har, gjør dem i stand til å intuitivt få grep om en situasjon. De oppfatter hva som den nøyaktige problemstillingen er og trenger ikke bruke tid på å vurdere alternative svar. Beskrivelser som «pasienten var så rar» og «så så godt at han var dårlig» blir brukt av informantene i denne studien. Aspsæther et al., (2019) hevder at slike beskrivelser er lite hensiktsmessig og at god kommunikasjon mellom sykepleier og lege er avgjørende for diagnostiseringen og at oppstart av behandling ikke blir forsinket. Dette kan være en av årsakene til at det mange steder er innført verktøy som har som mål å strukturere og standardisere kommunikasjonen mellom helsepersonell.

### **5.2.3 ISBAR og TILT**

ISBAR (identifikasjon, situasjon, bakgrunn, analyse og råd) (vedlegg 4) er et eksempel på et slikt verktøy som er utviklet for kommunikasjon mellom helsepersonell. Ved bruk av ISBAR må man beskrive eller sette ord på det man observerer i en situasjon i et standardisert format. Kan dette bety at slike verktøy kan være et middel for å sette ord på taus kunnskap? Studier har vist at bruk av ISBAR er nyttig for å få oversikt i akutte situasjoner og har ført til et bedre samarbeid mellom sykepleier og lege. Sykepleierne i studien til Moi et al., (2019) opplevde at deres vurderinger og forslag ble tatt seriøst av lege når de brukte ISBAR-modellen. TILT-skjema (tidlig identifisering av livstruende tilstander) (vedlegg 5) er implementert ved flere norske sykehus, blant andre Universitetssykehuset Nord-Norge. TILT -skjema sier noe om når lege skal tilkalles. Som øverste punkt står det: «ved alvorlig bekymring over pasientens tilstand», de resterende punktene viser til målinger av vitale verdier med avvikende funn. Skjemaet forstås slik at sykepleiernes oppfatning av en pasient skal vektlegges selv med manglende kliniske tegn å vise til, når sykepleierne ønsker legetilsyn til en pasient. Når en informant snakket i det som kan beskrives som diffust språk, viste de andre informantene stor forståelse og gjenkjente hva som mentes med slike vendinger. Sykepleierne i denne studien opplevde at de i stor grad ble hørt av legene når de ønsket tilsyn

til en pasient. Dette kan henge sammen med at de jobbet under små forhold der alle ansatte kjente til både hverandre og pasientene.

Det trekkes frem at den tette kontakten mellom alle ansatte tilfører noe positivt til praksisen (Scharff, 2013, s. 250).

I følge Benner (1995) har uerfarne sykepleiere et større behov for å holde seg til kjente prosedyrer, og er ikke i stand til å benytte seg av egne erfaringer, nettopp fordi de ikke har opparbeidet seg dette. Uerfarne sykepleiere har også problemer med å skille hva som er viktig fra det som uviktig i en situasjon. Kompetansen utvikler seg fra å være regelstyrt hos den uerfarne sykepleieren til bruk av skjønn og egne vurderinger når man får mer praktisk erfaring (Benner, 1995).

#### **5.2.4 Å oppdage sepsis**

Sepsis kan være vanskelig å oppdage, og tilstanden ble beskrevet som «litt sånn lur». Av verktøy ble SIRS-kriterier (Systemic Inflammatory Response Syndrome) nevnt. SIRS-kriteriene ble og blir fortsatt brukt for å avdekke alvorlige infeksjoner og sepsis. Den er lite egnet til å avdekke tegn på organsvikt som et resultat av en ukontrollert vertsrespons, og er derfor uegnet til å avdekke sepsis slik det er definert i dag (Skrede and Flaatten, 2016). (Harley et al., (2019) finner i sin undersøkelse at sykepleierne erkjenner svakheter i kunnskaper som gjør dem i stand til å kjenne igjen sepsis. Aspsæther et al., (2019) hevder at i de tilfellene kartleggingsverktøy ble benyttet, ble sepsis oppdaget langt tidligere enn i situasjoner der de ikke ble tatt i bruk. For at verktøyene i seg selv skal ha en nytteverdi forutsetter det at sykepleierne har kunnskaper om sepsis fra før. Uten kunnskaper om sepsis vil det være vanskelig for sykepleierne å vurdere i hvilke situasjoner det kan være hensiktsmessig å benytte slike verktøy. Noen av sykepleierne i denne studien mente det var mange tilfeller av sepsis, nærmest på hver vakt og at det hadde vært økende de siste årene. Large og Aldridge (2018) skriver at kunnskaper som god klinisk dømmekraft er en av ferdighetene sykepleierne trenger for å kunne avdekke forverring hos en pasient. Opplevelsen av økende tilfeller av sepsis kan dermed sees i sammenheng med sykepleieres mulighet til å avdekke dette. Det økende antall tilfeller de mente de opplevde, kan også henge sammen med økt fokus på tidlig oppdagelse og behandling av sepsis, og ikke bare en eventuell faktisk økning av antall tilfeller. Man kan tenke seg til at antall sepsistilfeller ville bli redusert med den innskrenkede definisjonen fra 2016. Sepsis blir etter denne definisjonen definert strengere

enn tidligere, og er i dag definert likt som det som tidligere het «alvorlig sepsis». Konradsen og Lien (2017) er bekymret for at den nye definisjonen skal kunne føre til forsinket oppstart av behandling og være til spesielt stor fare for pasienter som bor langt fra sykehus. Dette sammenfaller ikke med den før-var holdningen sykepleierne i denne studien hadde inntatt, der fokuset lå i stor grad på å være i forkant og tenke ulike scenarier fremover i sykdomsforløpet. Definisjoner og verktøy er viktig, men vel så viktig er kunnskapen og erfaringen som sykepleierne har. Det som beskrives som magefølelse eller i TILT-skjemaet som «alvorlig bekymring for pasienten» bør vektlegges.

### **5.3 Organisering og struktur**

Basert på intervjuet kom det frem at deler av organiseringen av legevaktjenesten i kommunen bar preg av å ha få nedfelte rutiner og kunne derfor fremstå uoversiktlige. De organisatoriske rammene var tidvis til hinder for å gi god helsehjelp. Når utstyr var plassert langt unna der pasientbehandlingen skjedde førte det til at det ble et brudd i det Allen (2019) kaller artikulering av materiell, det vil si at det blir et brudd i den sammenhengende pasientbehandlingen. For å opprettholde fremdriften i et pasientforløp er det nødvendig at utstyr og materiell som trengs er på plass. Allen (2019) viser til forskning på pasientsikkerhet som finner at mangler i utstyr kan gi alvorlige konsekvenser. Sykepleierne møtte forventninger hos andre, som lege og ledelsen, som ikke lot seg forene. For å sikre fremdriften i tjenesteforløpet fant sykepleierne løsninger som de mente passet best i situasjonen. Når utstyr ble flyttet på «i hemmelighet», viser dette sykepleiernes evne og vilje til å handle ut fra en formening om hvordan de praktisk kunne organisere arbeidet slik at det kom pasienten til gode. Dette er et eksempel på hvordan organiseringen har betydning for pasientbehandlingen. Når sykepleieren forlater avdelingen for å gå ned en etasje for å analysere en CRP-prøve, gjør hun dette vel vitende om at det er imot leders bestemmelse. Men sykepleieren vet også at prøvesvaret kan være avgjørende for oppstart av behandling. Det kan argumenteres for at når sykepleierne gjør dette vil det spare pasienten for tid, fordi man slipper å vente på at legen eventuelt skal komme og gjøre det og dermed kan behandlingen starte opp tidligere. Ved et tilsyn av landets akuttmottak, ble det vist at sen oppstart av antibiotikabehandling var noe som ofte skjedde (Helsetilsynet, 2018, s 21). Man kan hevde at sykepleierne hadde god grunn til å handle som de gjorde, satt litt på spissen kan det argumenteres for at å handle ulydig, i dette tilfelle var i pasientens beste interesse.

### 5.3.1 Samarbeidet med andre

Sykepleierne i denne studien samarbeidet med flere ulike grupper helsepersonell i akutte situasjoner. Noen opplevde dette samarbeidet som utfordrende, mens andre mente det fungerte godt. Hvorfor dette ble erfart ulikt kan forstås ut fra Benners ferdighetsstige. Sykepleiere kan mangle erfaringer i situasjoner der det er forventet at de skulle gjøre en innsats, og ble dermed satt i en posisjon som observatør. Sykepleiere som har en del erfaring med sepsis beveger seg bort fra denne observatørposisjonen og inntar en stilling som deltagende aktør. Dette kan være med på å forklare hvorfor den ene informant opplevde at rollene var avklarte og at alle visste hva de skulle gjøre når de samhandlet i akutte pasientsituasjoner. At en sykepleier opplever å være litt på sidelinjen kan også tolkes i lys av Allens (2019) temporal artikulasjon. Det betyr at helsepersonell kan samhandle effektivt i akutte situasjoner gitt at roller og rutiner er kjent for alle involverte. Det kan fremstå som om disse rollene og rutinene var mindre klare for den uerfarne, sammenlignet med den erfarne sykepleieren. Sykepleiere som jobber med øyeblikkelig hjelp i rurale områder opplever at de sjelden får anledning til å delta på trening som inneholder samtrening med annet helsepersonell i akutte og potensielt livstruende situasjoner (Burrows et al., 2019).

Det var overraskende at noen av informantene ikke selv ønsket å ta det opp med legen hvis det oppstod uenighet angående en pasient. Dette kan også forstås opp mot Benners ferdighetsstige der sykepleieren i denne situasjonen befinner seg i en observatørsituasjon fremfor en deltagende aktør. Informantens utsagn kan handle om at hun ikke stoler nok på egen vurdering av en situasjon, eller at hun ikke ønsker å motsi en hun oppfatter har større autoritet. Harley et al., (2019) påpeker at sykepleiere i akuttmottak arbeider i et klassisk hierarkisk system. Et slikt system kan på sitt beste bidra til at det er mulig for uerfarne helsepersonell å søke råd og veiledning hos mer erfarent personell, men Harley hevder at det ofte ikke fungerer på denne måten i praksis.

Sykepleieren som utfylte legevaktfunksjonen hadde allerede en uforutsigbar arbeidshverdag, dette ble ytterligere forsterket ved at man var prisgitt hvem man var på jobb sammen med. Sykepleierens evne til å innrette seg var av betydning for hvordan vekten kunne bli. Den unnvikende holdningen til å ta opp uenigheter med legen kan også forstås som at sykepleierne var så avhengig av et godt samarbeidsklima med vaktlegen at de unngikk handlinger de fryktet kunne gi grobunn til konflikt. Som nevnt tidligere var det flere grupper

helsepersonell de ofte samarbeidet med i akutte situasjoner, men de kunne også oppleve å stå i situasjoner alene sammen med legen. Sett i lys av dette kan det tenkes at sykepleierne opplevde det som viktig å inneha et godt samarbeid med vaktlegen, slik at pasienten ble ivarettatt på best mulig måte. På denne måten kan det forstås som at sykepleiernes vilje til å innrette seg ble gjort av hensyn til pasienten.

Sykepleiere er de som er mest til stede hos pasientene og har mulighet til å avdekke tegn på forverringer i tilstanden. De beskrev hvordan de arbeidet for å få legen til å endre mening slik at den bedre stemte overens med deres egen oppfatning. Allen (2019) sier at sykepleiere også fungerer som andres øyne og ører og at særlig legene er avhengig av sykepleierne for å kunne agere til rett tid, og på rett måte overfor pasientene. Når sykepleierne oppdager en endring i pasientens tilstand og behov, bedriver de en reaktiv temporal artikulasjon ifølge Allen. Når en av informantene sa at «man av og til må ordne det slik at også legen får en dårlig følelse», gjør hun dette konkret ved bruk av det Allen (2019) kaller «forløpshistorier».

Forløpshistoriene endres basert på hvem som er mottager av den. I dette tilfelle viser sykepleieren til at hun kjenner pasienten fra tidligere. Videre hvordan sykdomsbildet har utartet seg ved andre anledninger, hun beskriver konkret hvor dårlig denne pasienten kan bli på kort tid, hvis ikke adekvat behandling blir startet. Allen (2019) påpeker at temporal artikulasjon er særlig viktig i akuttbehandling. Det er dette som kan føre til at riktige tiltak blir satt i gang til rett tid av helsepersonell som effektivt kan samhandle. At sykepleierne legger ned så mye arbeid må sees i syn av et ønske om å ivareta pasienten best mulig. Det er mange perspektiver sykepleierne legger til grunn for sine vurderinger. Det er øyeblikksbildet av pasientens tilstand, men også en bevissthet rundt hva som kan skje frem i tid. Sykepleierne har tenkt over hvordan de kan håndtere situasjonen om pasienten får en forverring og vurdert om pasienten bør sendes videre til sykehus? Dette viser noe av den komplekse arbeidssituasjonen sykepleierne i denne studien har.

### **5.3.2 Samarbeidet med vaktlegen**

Den tidvis ustrukturerte organiseringen mellom lege og sykepleier kan tyde på at det manglet en felles forståelse av praksis. Sykepleierne forstod at det var en gjensidig avhengighet mellom sykepleiere og leger, men møtte ikke alltid samme forståelse hos legene. Det betød at måten det var organisert på, fikk betydning for utøvelsen av arbeidet og at sykepleiefunksjonen formes av miljøet det virker i (Allen, 2019). Når det mangler rutiner blir

det spesielt vanskelig fordi det da i stor grad blir opp til den enkelte lege hvordan samarbeidet blir. Også Huot et al., (2019) finner at organisatoriske faktorer påvirker sykepleiernes mulighet til å yte helsehjelp. Manglede kommunikasjon mellom ledelse og ansatte trekkes frem som en av årsakene som påvirker dette negativt. Hout et al., (2019) og Harley et al., (2019) beskriver hvordan sykepleiere som mangler profesjonell støtte opplever det som en ekstra belastning. At ulike vaktleger har ulike forventninger til hvordan sykepleierne skal løse oppgaver knyttet til legevaktfunksjonen, kan tyde på at det er en manglende felles forståelse av sykepleiernes funksjon. Det er alltid legen som har det medisinske ansvaret og som bestemmer når og hvilken type behandling som skal settes i gang og tar avgjørelsen om en pasient skal sendes videre til sykehus. Scharff (2013) skriver om sykepleiere som «practicing medicine», selv om sykepleierne vet at dette faller utenfor deres arbeidsområde blir grensene noen gang strukket og de forklarer det med at det ville vært uforsvarlig å ikke handle. Informantene fortalte om tilfeller som var i grenseland opp mot det som Scharff beskriver som «practicing medicine», de gjorde dette i tilfeller der de anså det som strengt nødvendig ut fra et tidshensyn og begrunnet det med at de i bunn og grunn repeterte handlinger de kjente igjen fra tidligere tilfeller. Hvilken lege som hadde vakt spilte en rolle for hvor tilbøyelige sykepleierne var til å sette i gang tiltak som grenset ut mot deres ansvars- og myndighetsområde. Som man også kan se av akuttmedisinforskriften (2015) er ikke sykepleiernes funksjon ved legevakt beskrevet. Det kan tenkes at dette kan føre til at sykepleiere som jobber i virksomheter som har en utydelig organisering opplever en økt belastning. Dette fordi aktivitetssystemene ikke er tydelige for sykepleierne, som igjen fører til utfordringer med å planlegge og gjennomføre et tjenesteforløp. Aktivitetssystemer er det begrepet Allen (2019) bruker for å beskrive den felles innsatsen man gjør ovenfor pasientene og er blant annet knyttet opp mot arbeidsfordeling. Aktivitetssystemer kan være fragmenterte og sammensatt av motstridene interesser, noe som kan synes å være tilfelle her i gitte situasjoner.

## **5.4 Ansvar**

Til tross for den uklare funksjonen og hva som forventes, så både har og tar sykepleierne i denne studien et stort ansvar. Sykepleierne tilpasser arbeidsmetodene sine fra vakt til vakt for å sikre at pasientene får god behandling. Når de trosser leders bestemmelser så er det ikke nødvendigvis primært for å tekkes legen, men for å sikre at pasienten får adekvat behandling



Disse sykepleierne har ansvaret for pasienter som kontakter legevakten og må ta en rekke avgjørelser som kan få innvirkninger på sykdomsforløpet. Håndtering av telefonhenvendelser, observasjoner og tiltak som skal settes i gang, og avgjøre når lege skal tilkalles, er noen de fortløpende må ta stilling til. Dette krever sykepleiere med bred faglige kunnskap. Både generalist- og spesialistkunnskap er nødvendig. Hout et al., (2019), Harley et al., (2019) og Burrows et al., (2019) finner at sykepleierne har et behov for økt kunnskap og opplæring, det gjelder både det som beskrives som generalistkunnskap og kunnskaper om spesifikke tilstander.

Data fra intervjuene viser at ansvaret kunne oppleves belastende og kom til uttrykk blant annet gjennom utsagn som «må psyke seg opp». Hansen (2012) har undersøkt kvaliteten på besvarelsene og rådene som ble gitt av sykepleiere i legevakt som mottok telefonhenvendelser. Hun finner at sykepleierne i stor grad fastsetter riktig hastegrad og gir gode råd. Det kan virke som er paradoks at arbeidsoppgaver som sykepleierne i stor grad løser på en god og tilfredsstillende måte, er de samme oppgavene som sykepleierne i denne studien opplever som psykisk belastende. Dette kan ha sammenheng med manglende støtte og mulighet til å konferere med andre i situasjoner som oppleves som vanskelige. Som sykepleierne selv påpekte var det høyst varierende hvilke forventninger legene hadde til hvordan denne oppgaven skulle løses. Ofte vil bruk av standardiserte verktøy bidra til at det blir en lik praksis, men det tyder ikke på å være tilfelle her. Sykepleierne brukte det samme verktøy for å vurdere telefonhenvendelsene, likevel opplever de store forskjeller på hvordan vurderingene deres ble mottatt av vaktlegen.

Systematisk oppfølging og veiledning blir som oftest ikke tilbudt sykepleier som besvarer telefonhenvendelser til legevaktene. Rom og mulighet for at sykepleiere som utfører dette arbeidet, kan møtes til strukturert gjennomgang og evaluering av samtaler, synes å styrke sykepleiernes mulighet til å forbedre sine ferdigheter (Nyen et al., 2010).

I konkrete pasientsituasjoner jobbet sykepleierne aktivt på mange områder for å ivareta pasientene på en forsvarlig måte. De hadde strategier for å få vaktlegen til å se til pasienter, de gjorde tiltak for å ligge i forkant av problemer som kunne oppstå, og var bevisst den tidkrevende reiseveien det var til nærmeste sykehus. Når man opplever at deler av virksomheten legger hindringer for en smidig pasientbehandling hva kan, og bør en da som sykepleier gjøre? Å ta ansvar kan også bety å ta grep og si ifra. Sykepleierne i denne studien uttrykte en generell misnøye med hvordan deler av arbeidet var organisert og ble utført i praksis. Likefullt var de lojale ovenfor det systemet og strukturen de hadde innvendinger mot. De få frihetene de tok seg ovenfor de fysiske rammene ble til en viss grad gjort i skjul. På

tross av dette fant de løsninger og strakk seg langt i å oppfylle arbeidsoppgavene og ansvaret. Det trenger ikke å forstås som konfliktskyhet, men avhengighet av et konstruktivt samarbeid med vaktlegen for å ivareta pasientens interesser. Rammene rundt akutte situasjoner i det som kjennetegner distrikssykepleie; lange avstander, utfordrende vær som kan komplisere overflyttinger til sykehus, og få og lite spesialiserte ressurser, fører til at sykepleierne sannsynligvis opplever et omfattende ansvarsområde. Sykepleieransvaret omfatter både et ansvar for andre mennesker og et ansvar for egne handlinger, oppgaver og valg. Sykepleiere har vært kjent for å påta seg et «grenseløst» ansvar, som viser til at de påtar seg ansvaret for oppgaver som ikke tilhører området deres eller som de har fått delegert (Elstad, 2014). Det kan tenkes at viktigheten av et godt samarbeid med legene førte til at sykepleierne følte seg i skvis mellom leders bestemmelser, legens forventninger og egne oppfatninger om arbeidet. En av årsakene til at sykepleierne vektlegger samarbeidet med vaktlegen så høyt kan være at det er i det pasientnære arbeidet dette samarbeidet foregår og konsekvensene av en mulig konflikt kan gi raske og merkbare negative konsekvenser for pasienten. Ledelsen har ikke samme tilstedeværelse, det er sannsynligvis lettere å ikke etterkomme et pålegg som er skrevet på en lapp enn det er å si nei til en forespørsel som kommer direkte ansikt til ansikt.

## **5.5 Om å handle rett ovenfor pasienten**

Ansvaret, organiseringen og erfaringene med akutt syke sepsispasienter handler om det som jeg oppfatter som et ønske om å handle rett ovenfor pasienten. Sykepleie i sin essens blir utøvd mellom mennesker og Elstad (2014) definerer det slik «*Menneske som går gjennom krevende fasar, kan trenge kyndig hjelp rett og slett med å leve så godt som mulig. Det er sjukepleie*» (Elstad, 2014, s 17). Erfaringene sykepleieren har gjort seg handler om det pasientnære, det handler om interaksjoner med annet helsepersonell, om organisering og et ønske om å ligge i forkant. Alt dette er ulike sider av sykepleie slik disse sykepleierne utøver den fra dag til dag. Noen erfaringer pekte mot hindringer som sykepleierne måtte forholde seg til og jobbe rundt, andre erfaringer gjorde dem i stand til å gjenkjenne mønstre slik at handlinger kunne iverksettes på et tidlig tidspunkt. Sykepleierne i denne studien holdt i mange tråder som skulle flettes sammen slik at pasienten ble ivaretatt på best mulig måte. Kunnskapsbehovet må kunne betegnes som stort. Selv om sykepleierne var bevisst sine egne kunnskaper, var det en felles oppfatning blant de fleste at de både behøvde og ønsket mer kompetanse. MacKinnon et al., (2011) har sett på hvordan sykepleiere i rurale områder sikrer

arbeidet sitt. Funnene viser at de bruker mye ressurser på, og vektlegger å ligge i forkant av problemer. Å forutse og være forberedt på problemer er noe av det viktigste sykepleierene beskriver at de gjør. Burrows et al., (2019) hevder at et av de største behovene distrikssykepleierne har, er tilgang på opplæring og utdanning. Dette korrelerer med funnene i denne studien, både ut fra direkte utsagn fra informantene og tolkning av datamaterialet i sin helhet.

Å jobbe som sykepleier i små samfunn fører ofte med seg at man har et kjennskap til pasientene før de blir pasienter. Pasienten kan være naboen, familie eller venner, dette kan sies å være tilfelle for alle sykepleiere uavhengig av hvor de jobber. Forskjellen blir at det i små forholdene er få sykepleiere, slik at det er færre muligheter til å organisere ansvaret for pasienter ut fra slike hensyn. Sykepleierene i distrikt må i større grad «ta det de får» av pasienter. Selv om Scharff (2013) finner at dette ofte fører med seg noe positivt og at det kommer pasientene til gode, kan det trolig også oppleves som et stort press for sykepleierne om å handle rett. Ikke bare er det vanlig å ha et kjennskap til pasientene på forhånd, sykepleierne er også i mange tilfeller kjent for både pasienten og i lokalsamfunnet. På denne måten kan opplevelsen av ansvaret for å handle rett ovenfor pasienten oppleves ytterligere forsterket, fordi det både handler om å ta vare på mennesker man har kjennskap til fra tidligere og at pasienten har et kjennskap til sykepleieren som kan føre til forventninger til pleien som blir gitt. Sykepleierne som beveger seg mellom flere spesialiserte fagfelt møter forventninger om å tilby pleie av samme kvalitet som sykepleiere som virker innenfor ett spesialisert felt (MacKinnon 2011). Elstad (2014) sier at anonymitet til sykepleiepersonalet som gruppe kan fungere som et vern for alvorlige syke og gjøre det lettere å ta imot hjelp. I tillegg kan det bidra til at man kan komme nær uten at det hverken forplikter eller er flaut.

## 5.6 Oppsummering

Resultatene av denne studien har vist hvordan sykepleierne jobbet aktivt på mange ulike områder og på mange forskjellige måter, for å ivareta pasientene på best mulig måte. Tanker de hadde gjort seg om sine erfaringer viser hvordan struktur og organisering kunne være til hinder for et smidig og godt pasientforløp. Sykepleierne fremstod åpenbart reflekterte om sine erfaringer om hva det betyr å stå i akutte situasjoner på deres arbeidssted, med alt av hva det kunne innebære. Arbeidet til sykepleierne var kompetansekrevende i den forstand at de bevegde seg innenfor et stort fagområde, inkludert flere spesialistområder. Ansvaret

sykepleieren hadde, og tok, var stort og opplevdes til tider belastende. Drøftingen av funnene har tatt opp hva klinisk kompetanse er og ulike måter sykepleierne kan tilegne seg og videreutvikle slik kompetanse på. Videre har det blitt drøftet hvordan organiseringen har betydning for sykepleiernes praksis og hva som kan ligge til grunn for at deler av organiseringen gjennomføres slik den gjorde og hvordan utfordringer ble løst i det daglige arbeidet.

## **6 Implikasjoner for videre praksis og forskning.**

Utfordringene sykepleierne har pekt på gjør at organisatoriske grep kan være hensiktsmessige. Utarbeidelse av en felles forståelse av praksis og ansvarsområder synes å kunne gagne sykepleierne og minske noe av belastningen de opplever.

En anerkjennelse av at sykepleieren jobber i et kunnskapskrevende felt kan føre til at de opplever et økt fokus på kunnskaps- og kompetanseutvikling.

For at dette skal være mulig er det nødvendig at behovene blir gjort kjent. Et skritt i den retningen kan være å gi sykepleierne anledning til, i organiserte former, å reflektere over egen praksis. Informantene gav selv uttrykk for at dette var en mangel og påpekte at selve intervjusituasjonen var noe positivt fordi de faktisk fikk snakket om ulike temaer som opptok dem i arbeidshverdagen, noe de ellers sjelden gjorde. Erfaringer fra ulike pasientsituasjoner kan bli drøftet og reflektert over sammen med andre. Dette kan for eksempel gjøres med sykepleiefaglig veiledning eller debrief etter akutte hendelser. Uansett metode må det være et mål at det blir gjennomført på en planlagt og strukturert måte slik at dette igjen kan lede til en felles forståelse. For at dette skal være mulig vil det være viktig å ha en ledelse som kjenner til behovene, legger til rette for og ser verdien av et slikt forum.

Det finnes forskning som forteller om sykepleieres rolle og funksjon i akutte situasjoner og hvordan de forholder seg til den. Det finnes også forskning på utøvelse av sykepleie i rurale områder og hvilke særegne utfordringer og behov som kjennetegner dette. Det ville vært spennende og gjort en lignende undersøkelse i flere kommuner, for på den måten kunne se om det finnes et mønster og sammenfall av erfaringer. Man kunne også funnet noen om forskjeller og hvorfor det eventuelt var blitt slik. Videre ville jeg synes det ville vært svært interessant å finne ut hvordan andre grupper av helsepersonell, som sykepleierne samarbeider med, erfarte slike situasjoner. På den måten kan man kanskje finne noe om ulike perspektiver har betydning for erfaringene og hva som eventuelt er særegent for sykepleiere.

## 7 Refleksjoner over forskningsprosessen og metode

Når alt nå er sagt og skrevet har jeg gjort meg noen refleksjoner rundt prosessen det har vært å utarbeide denne oppgaven. Valget av kvalitativ metode fremstår som en egnet metode for å belyse problemstillingen, utarbeidelsen av problemstillingen i seg selv har vært utfordrende. I denne oppgaven har det vært viktig å forklare og beskrive konteksten og miljøet sykepleierne arbeider i, dette har til tider opplevdes svært krevende. Hvis jeg ikke har lykket blir store deler av oppgaven meningsløs med tanke på å få formidlet det jeg ønsker, jeg vil heller ikke ha ytt informantene rettferdighet ved å ikke klare å belyse den spesielle situasjonen jeg mener de har. Datagrunnlaget i oppgaven består av relativt få informanter, man kunne valgt en kvantitativ tilnærming med eksempelvis spørreskjema, på denne måten kunne man få tak i erfaringer til et langt større antall informanter.

Valget av fokusgruppeintervju viste seg å være et fornuftig valg og det var interessant både å fungere som moderator og analysere materialet i ettertid. Man kan også tenke at individuelle intervju kunne vært hensiktsmessig med tanke på at man kanskje kunne ha fått mer ærlige svar og refleksjoner, fordi de eventuelt ikke opplever at de utleverer seg til kollegaene som deltok på fokusgruppeintervjuet. Når det gjelder fokusgruppeintervju mener jeg at det var et godt valg i seg selv, men det er enkelte ting i prosessen jeg ville gjort annerledes hadde jeg visst det jeg nå vet. I prosjektplanen var det beskrevet at jeg ønsket å gjennomføre et prøveintervju, dette ble av ulike årsaker ikke gjort. I dag skulle jeg ønske at jeg hadde jobbet bedre for å få gjennomført dette. Fokusgruppeintervjuet var datagrunnlaget i denne studien og det som skulle være med på å besvare forskningsspørsmålet. Sett i lys av viktigheten jeg mener dette intervjuer har, og min manglende erfaring fra lignende situasjoner gjør at jeg burde gjennomført et prøveintervju.

Søket etter forskning og relevant litteratur har vært en krevende øvelse. Det har vært vanskelig å fri seg fra tanken om at det finnes noe «mer og bedre». For å sikre kvaliteten og grundigheten på søket ville det vært hensiktsmessig å søke råd og veiledning hos bibliotekar. Hvorfor dette ikke ble gjort kan neppe forsvares, men til dels forklares med lang avstand til biblioteket i tillegg til at det var stengt deler av våren 2020. Dette betyr dog ikke at det ikke ville vært mulig. Det er likefullt gjort et omfattende litteratursøk og det er rådført med flere lærere ved universitetet om litteraturanbefalinger.

Valget av analysemetode ble gjort litt tilfeldig. Tjoras SDI-metode og Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering var de jeg kjente fra studiet, begge metodene kunne vært relevante å anvende til dette datamaterialet. Av disse to var jeg mest komfortabel med SDI-

metoden, så for å ikke komplisere ting unødvendig ble valget tatt om å fortsette å jobbe med denne analysemetoden.

## **8 Avslutning**

Dette er sykepleiere som har et komplekst arbeid med mange utfordringer. Det stilles store krav til kunnskap og kompetanse, evne og vilje til samarbeid. Likså kreves det evnen til å handle selvstendig og kunne ta beslutninger. Datamaterialet har vist at det kan være behov for å oppvurdere og sette inn ressurser til en gruppe sykepleiere som har en viktig funksjon under krevende forhold.

Til slutt ønsker jeg å si at jeg setter stor pris på å ha fått lov til å skrive en oppgave som fremhever og setter lys på disse sykepleierne og deres arbeidssituasjon.

## 9 Referanseliste

- AKUTTMEDISINFORSKRIFT. Forskrift 1. mai 2015 nr 231 om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv.
- ALLEN, D. 2019. *Sykepleiernes usynlige arbeid : organisering av sykehus og pasientomsorg*, Bergen, Fagbokforlaget.
- ALVSVÅG, H., FØRLAND, O. & ABRAHAMSEN, B. 2007. *Engasjement og læring : fagkritiske perspektiver på sykepleie*, Oslo, Akribe.
- ASPSÆTHER, E., LIEN, V. B. & MOLNES, S. I. 2019. Slik kan sykepleiere oppdage sepsis tidligere. *Sykepleien forskning (Oslo)*, e-76029.
- BENNER, P. 1995. *Fra novise til ekspert : dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*, Oslo, København, TANO I samarbeid med Munksgaard.
- BENNER, P. E., HOOPER-KYRIAKIDIS, P. L., STANNARD, D. & BENNER, P. E. 2011. *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care : a thinking-in-action approach*. 2nd ed. ed. New York: Springer.
- BURROWS, G. L., CALLEJA, P. & COOKE, M. 2019. What are the support needs of nurses providing emergency care in rural settings as reported in the literature? A scoping review. *Rural Remote Health*, 19, 4805.
- DIETRICHSON, S. 2010 Brenner for praksis. *Sykepleien* Tilgjengelig fra; <https://sykepleien.no/2010/06/brenner-praksis> (lest: 5. august 2020)
- DOODY, O., SLEVIN, E. & TAGGART, L. 2013. Focus group interviews in nursing research: part 1. *British Journal of Nursing*, 22, 16-19.
- DRANGSHOLT, E., VRÅLE, G. B. & SAXLUND, A. M. 2019. Finnes det evidens for at sykepleiefaglig veiledning er nyttig? *Sykepleien forskning (Oslo)*, e-77672.
- EINES, T. F. & THYLÈN, I. 2012. Metodologiske og praktiske utfordringer ved bruk av fokusgrupper som forskningsmetode - med fokus på pårørende som informanter. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 8, 94-107.
- ELSTAD, I. 2014. *Sjuepleietenking*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- ELSTAD, I. 2019. Grunnleggjande sjuepleie gjeld liv og død. *Sykepleien forskning (Oslo)*, e-74511.
- FOLKEHELSEINSTITUTTET 2016. *Sykedomsbyrden i Norge 1990-2013*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- GADAMER, H.-G. 2012. *Sannhet og metode : grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*, Oslo, Pax.
- HANSEN, E. H. 2012. Monitoring activities in out-of-hours emergency primary care in Norway. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 7, 98-98.
- HANSEN, T. 2019. *Distrikt*. I store norske leksikon. Tilgjengelig fra; <https://snl.no/distrikt> (lest: 1. august 2020)
- HARLEY, A., JOHNSTON, A. N. B., DENNY, K. J., KEIJZERS, G., CRILLY, J. & MASSEY, D. 2019. Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study. [New York, N.Y.] .:
- HART, P. L., SPIVA, L., DOLLY, L., LANG - COLEMAN, K. & PRINCE - WILLIAMS, N. 2016. Medical - surgical nurses' experiences as first responders during deterioration events: a qualitative study. *J Clin Nurs*, 25, 3241-3251.

- HELSEDIREKTORATET-PASIENTSIKKERHETSPROGRAMMET u.å. *Tidlig oppdagelse av sepsis*. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-og-behandling-av-sepsis> (Lest: 2. mai 2019).
- HELSEDIREKTORATET 2018. *2.1 Om sepsis mm*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus/sepsis/om-sepsis-sirs-kriterier-diagnostiske-kriterier-ved-organsvikt-praktiske-tiltak-antibiotikabehandling-forslag> (Lest: 3. mars 2020)
- HELSE- OG OMROGSTJENESTELOVEN. *Lov 24. juni 2011 nr 30 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m*
- HELSETILSYNET 2018, *Sepsis – ingen tid å miste. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2016–2018 med spesialisthelsetjenesten: helseforetakenes somatiske akuttinntak og deres identifisering og behandling av pasienter med sepsis*. Oslo: Helsetilsynet.
- HUOT, S., HO, H., KO, A., LAM, S., TACTAY, P., MACLACHLAN, J. & RAANAAS, R. K. 2019. Identifying barriers to healthcare delivery and access in the Circumpolar North: important insights for health professionals. *Int J Circumpolar Health*, 78, 1571385.
- KIRKEVOLD, M. 2014 *Sykepleieteori*. I Store medisinske leksikon. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/sykepleieteori> (Lest 4. mai 2019).
- KONRADSEN, S. & LIEN, A. H. 2017. Nye sepsiskriterier kan føre til forsinket behandling. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 137, 609-610.
- KRISTOFFERSEN, N. J. 2005. Teoretiske perspektiver på sykepleie. *Grunnleggende sykepleie*, 4, S.13-99.
- LARGE, C. & ALDRIDGE, M. 2018. Non-technical skills required to recognise and escalate patient deterioration in acute hospital settings. Harrow [London, England] .:
- LERDAL, A. & KARLSSON, B. 2008. Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 172-175.
- LAAKE, J. H. 2016. Sepsis-3 – ny definisjon med bismak? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136, 982-983.
- MACKINNON, K. 2011. Rural Nurses' Safeguarding Work: Reembodying Patient Safety. *Advances in Nursing Science*, 34, 119-129.
- MALTERUD, K. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*, Oslo, Universitetsforl.
- MELIN-JOHANSSON, C., PALMQVIST, R. & RÖNNBERG, L. 2017. Clinical intuition in the nursing process and decision-making-A mixed-studies review. *J Clin Nurs*, 26, 3936-3949.
- MOI, E. B., SÖDERHAMN, U., MARTHINSEN, G. N. & FLATELAND, S. M. 2019. Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell. *Sykepleien forskning (Oslo)*, e-74699.
- NYEN, B., HANSEN, E. H., FOSS, M. K. & BONDEVIK, G. T. 2010. Sykepleiernes håndtering av telefonhenvendelser til legevakt. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 5, 130-136.
- PASIENT OG BRUKERRETTIGHETSLOVENK *Lov 2. juli 1999 nr 63 om Lov om pasient- og brukerrettigheter*



- SCHARFF, J.E. 2013 The distinctive nature and scope of rural nursing practise: philosophical bases. I: Winters C.A. red *Rural Nursing: Concepts, Theory, and Practice, Fourth Edition*, New York, New York: Springer Publishing Company.
- SOLLIGÅRD, ERIK. 2019 *Hvor mange får egentlig sepsis i Norge?* Geminisenteret for Sepsisforskning. Tilgjengelig fra: <https://www.sepsis.no/nyheter/hvor-mange-far-egentlig-sepsis-i-norge> (Lest: 27.08.20)
- SKREDE, S & FLAATTEN, H.K. 2016 Nye internasjonale sepsisdefinisjoner vil påvirke hverdagen vår. *Indremedisineren* (3) s. 28. Tilgjengelig fra; <https://indremedisineren.no/2016/08/nye-internasjonale-sepsisdefinisjoner-vil-pavirke-hverdagen-var/> (lest: 22. august 2020)
- STATENS HELSETILSYN 2001 *Sykestuefunksjonen. The missing link?*Tilgjengelig fra; <https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/andrepublikasjoner/sykestuefunksjonen.pdf> (lest: 11. mai 2020)
- SHANKAR-HARI, M., PHILLIPS, G. S., LEVY, M. L., SEYMOUR, C. W., LIU, V. X., DEUTSCHMAN, C. S., ANGUS, D. C., RUBENFELD, G. D. & SINGER, M. 2016. Developing a New Definition and Assessing New Clinical Criteria for Septic Shock: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*, 315, 775-787.
- TJADE, T. 2013. *Medisinsk mikrobiologi og infeksjonssykdommer*, Bergen, Fagbokforl.
- TJORA, A. H. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- TORSVIK, M., GUSTAD, L., MEHL, A., BANGSTAD, I. L., VINJE, L. J., DAMÅS, J. K. & SOLLIGÅRD, E. 2016. Early identification of sepsis in hospital inpatients by ward nurses increases 30-day survival.
- WAAGSBØ B. 2018 Norsk Elektronisk Legehåndbok, *Sepsis*. Tiller: Norsk Helseinformatikk. Tilgjengelig fra <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/infeksjoner/tilstander-og-sykdommer/bakteriesykdommer/sepsis/> (Lest 5. april 2020).

## Vedlegg 1 – Forespørsel til leder

### FORESPØRSEL

Hei.

Jeg er en sykepleier som holder på med videreutdanningen «Master i klinisk sykepleie med fagforydypning i infeksjonssykepleie» ved Universitetet i Tromsø. Studiet skal avsluttes våren 2020 med innlevering av en masteroppgave. I den forbindelse ønsker jeg å undersøke muligheten for å få gjennomføre et gruppeintervju med sykepleiere på din arbeidsplass.

Gruppeintervjuet har varighet på ca en time og det er ønskelig med 3-4 deltagere. Temaet for intervjuet er «Hvilke erfaringer har sykepleiere med akutte situasjoner med pasienter som har en alvorlig infeksjon/sepsis».

Hvis det kan bli aktuelt å gjennomføre intervju på arbeidsplassen din vil du motta en mer formell henvendelse. Her vil der være utfyllende informasjon om temaet, hensikten, selve intervjuet og rettigheter til deltagerne. Prosjektet er vurdert og godkjent av Norsk Sener for Forskningsdata (nsd).

Et positivt svar på denne henvendelsen medfører ingen forpliktelser og er ikke bindene på noen måte.

Ta gjerne kontakt med meg skulle du ha noen spørsmål.

Ha en fortsatt fin dag.

Mvh

Ingelin Bødtker

[ibo027@post.uit.no](mailto:ibo027@post.uit.no)

Tlf: 99350711

## **Vedlegg 2- Infoskriv til sykepleiere**

### **Vil du delta i forskningsprosjektet**

#### **«Sykepleieres erfaringer i akutte situasjoner med pasienter med alvorlig infeksjon/sepsis?»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke sykepleiere sine erfaringer i akutte situasjoner med pasienter som har en alvorlig infeksjon eller sepsis. Sykepleierne som er aktuelle til prosjektet er sykepleiere som har flere arbeidsområder, f.eks sykehjem, korttidsavdeling, sykestue og legevaktsarbeid.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med prosjektet er å undersøke sykepleieres erfaringer i akutte hendelser med alvorlig syke pasienter. I dette prosjektet er det fokus på pasienter som har en alvorlig infeksjon og/eller sepsis.

Prosjektet skal resultere i en masteroppgave for studiet «Klinisk master i sykepleie med fagfordypning i infeksjonssykepleie».

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Aktuelle deltagere arbeider i en kommune der legevaktstjenesten helt eller delvis er lokalisert sammen med annen institusjon, for eksempel sykehjem. Jeg søker etter sykepleiere som har hovedarbeidet sitt i institusjonen daglige drift, men som også har en funksjon i forhold til kommunens legevaktstjeneste.

## **Hva innebærer det for deg å delta?**

Det skal gjennomføres fokusgruppeintervju med ideelt sett tre til fire deltagere. Deltagerne vil være fra samme arbeidsplass og varigheten er regnet til å være ca 1 time. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd.

Hovedtemaene som vil bli tatt opp er:

- Hvilke erfaringer har du i møte med alvorlig syke pasienter (alvorlig infeksjon/sepsis)
- Hvordan opplevde du samarbeidet med andre yrkesgrupper
- Har du mottatt noen former for undervisning eller opplæring fra arbeidsgiver?
- Konkrete hendelser som omhandler pasienter med en alvorlig infeksjon/sepsis som du vil dele?

## **Det er frivillig å delta**

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

Personopplysninger som vil være aktuelle i dette prosjektet er utdanning og arbeidserfaring (antall år). Navn trengs til signering av samtykkeskjema.

## **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dataene blir lagret på sikkert datalagringssted som er passordbeskyttet.

Både personopplysninger og opptak oppbevares forsvarlig innelåst.

- Kun studenten og veilederen har tilgang til datamaterialet som samles inn.
- Dataene vil bli lagret i kryptert nettsky tilhørende Universitetet i Tromsø.
- Prosjektet er meldt inn og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata.

I den ferdige oppgaven vil navn, arbeidssted og kommune ikke være opplyst.

## **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 20 juni 2020. Materialet vil da bli presentert i min masteroppgave som bli presentert ved UiT Norges Arktiske Universitet. Det kan bli aktuelt å publisere materialet i et faglig relevant tidsskrift. Lyddopptak vil bli slettet etter gjeldene regler.

## **Dine rettigheter**

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

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

## **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- Universitetet i Tromsø ved Universitetslektor Ragnhild Nicolaisen.
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold, på epost ([personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)) eller telefon: 77 64 63 22

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

*Eventuelt student*

(Forsker/veileder)

---

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Sykepleieres erfaringer i akutte situasjoner, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juni 2020.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3 - Intervjuguide

# INTERVJUGUIDE

- Kort presentasjon av meg selv og introduksjon av temaet.
- Kort presentasjon av deltager

Åpner med

- Kan du fortelle om en gang da du var i en slik situasjon?
  - Hva gjorde du da...?
  - Hva tenkte du da...?
  - Følte du deg rustet til å håndtere situasjonen?
  - På hvilken måte?
- Hvordan opplever du samarbeidet med andre yrkesgrupper?
  - Vaktlege?
  - Ambulanse personell?
  - Hjelpepleier/helsefagarbeider?
  - Assisten
  - ter?
  - AMK?
  - (andre?)
  - På hvilken måte?
  - Noe som har vært utfordrende?
  - Kan du komme med et eksempel fra en hendelse der samarbeidet var spesielt bra eller dårlig?
  - Hva gjorde det bra eller dårlig?
  - Hvilken betydning fikk det for deg?

- Har du mottatt opplæring fra arbeidsgiver?
  - Hvilken type opplæring?
  - Teoretisk (undervisning/e-læring) og/eller praktiske øvelser?
  - Hvordan øver dere praktisk?
  - Når og hvor ofte?
  - Sammen med andre?

#### Avslutning

- Andre ting som ikke er kommet frem dere ønsker å dele?
- Er det noen momenter som er viktig for temaet som ikke er diskutert slik du ser det?

Takke for deltagelsen.



## Vedlegg 4- Godkjenning fra NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Sykepleieres erfaringer med akutte hendelser med pasienter som har alvorlig infeksjon/sepsis

Referansenummer

919424

Registrert

13.09.2019 av Ingelin Bødtker - ib0027@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UIT — Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ragnhild Nicolaisen, ragnhild.nicolaisen@uit.no, tlf: 95732702

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Ingelin Bødtker, ib0027@post.uit.no, tlf: 99350711

Prosjektperiode

02.09.2019 - 01.01.2022

Status

16.09.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

16.09.2019 - Vurdert

---

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 16.09.19. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet.

Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.01.22-

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf.

personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

## FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 5- ISBAR

Tabell 1. ISBAR – strukturert kommunikasjon

<b>I</b> identifikasjon	<b>Oppgi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• hvem du er</li><li>• hvor du er</li><li>• pasientens navn, alder, ev. kjønn og avdeling</li></ul>
<b>S</b> situasjon	<b>Hva er problemet/årsaken til kontakt?</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jeg ringer fordi ... (beskriv)</li><li>• Jeg har observert vesentlige endringer ... (ABCDE)</li><li>• Jeg har målt følgende verdier ... (RF*, SpO2<math>\alpha</math>, puls/rytme, BT<math>^{\wedge}</math>, kapillærfyllning, tp.#)</li><li>• Jeg har fått prøvesvar ...</li></ul>
<b>B</b> bakgrunn	<b>Hvis det haster og/eller du er bekymret – gi beskjed! Kort og relevant sykehistorie</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Innleggelsesdiagnose og -dato</li><li>• Tidligere sykdommer av betydning</li><li>• Aktuelle problemer og behandling/tiltak til nå</li><li>• Allergier</li></ul>
<b>A</b> analyse	<b>Analyse (vurdering av situasjon og bakgrunn)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jeg tror problemet/årsaken til pasientens tilstand er (respiratorisk, sirkulatorisk, nevrologisk).</li><li>• Jeg kjenner ikke problemet, men tilstanden er forverret.</li><li>• Pasienten er ustabil, vi må gjøre noe.</li><li>• Jeg er bekymret.</li></ul>
<b>R</b> råd	<b>Be om konkrete råd og tiltak og tydeliggjør forventninger</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Jeg foreslår ... / Hvilke tiltak anbefaler du?</li><li>• Umiddelbare tiltak</li><li>• Utredning/behandling</li><li>• Hvor ofte skal jeg ...</li><li>• Når skal jeg ta kontakt igjen? Når kommer du?</li><li>• Bekreft beskjeder og tiltak med «closed loop».</li></ul>

Tabellen er en tilpasset versjon etter inspirasjon fra ulike ISBAR-modeller nasjonalt og internasjonalt. Den er anvendt i masterprogrammet i spesialsykepleie.

\*RF = respirasjonsfrekvens

$\alpha$ SpO2 = oksygenmetning

$^{\wedge}$ BT = blodtrykk

#tp. = temperatur

# Vedlegg 5- TILT-skjema

Vitalparametre: TILT, Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander							
Poeng:	3	2	1	0	1	2	3
RF		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Puls		≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
Syst. BT		≤70	71-80	81-100	101-199		≥200
Temp		≤35		35-38,4			≥38,5
CNS				Klar og reifestet	Reagerer på tilfalle	Reagerer på smerte	Reagerer ikke

Ved hjertesans brukes gjeldende alarmtoner (3MF fra merkede telefoner)

TILT-skilt	Varer på plass i timer
0	24 timer
1	12 timer
2	8 timer
3-4	5 timer
5-6	1 time
7	kontinuerlig

- TILT er kun velholdende. Kontakt lege:
- ved alvorlig bekymring over pasientens tilstand
  - hvis saturasjon faller akutt < 90 %
  - ved gjentak. > 200 ml de siste 8 timer
  - første gang TILT-skilt er 24 poeng
  - hvis TILT-skilt øker igjen etter iagrvurdering

- MEWS/TILT score 2-4: Kontakt lege på mobil 01 46 22 0000 / 46 77 0000
- MEWS/TILT score 0-1: 40000 - mobillege på 0000

