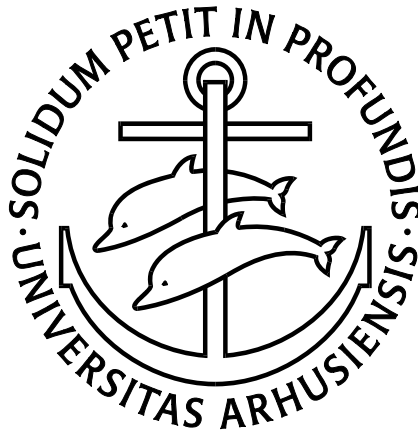


# Kandidatspeciale



## Overflytning fra intensiv til sengeafdelingen -en kvalitativ undersøgelse af betydningsfulde forhold hos sygeplejerskerne

af

Christina Frølund

Navn: Christina Frølund  
Modul: Speciale  
Måned og år: Juni 2010  
Vejleder: Kirsten Beedholm  
Anslag: 117.629

Overflytning fra intensiv til sengeafdelingen  
-en kvalitativ undersøgelse af betydningsfulde forhold hos  
sygeplejerskerne

af

Christina Frølund

Afdeling for Sygeplejevidenskab  
Institut for Folkesundhed  
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet  
Aarhus Universitet  
Høegh-Guldbergs Gade 6A  
Bygning 1633  
8000 Århus C

## Resume

### **Overflytning fra intensiv til sengeafdelingen - en kvalitativ undersøgelse af betydningsfulde forhold hos sygeplejerskerne.**

Overflytningen fra intensiv til afdelingen kan være en vanskelig overgang for patienten. Undersøgelser blandt patienter peger på, at overleveringen sygeplejerskerne imellem kan være en del af årsagen. Imidlertid er sygeplejerskernes perspektiv i forhold til overflytningen underbelyst. Med udgangspunkt i en forforståelse, omkring at de kontekstuelle forhold må have en betydning, udformes følgende problemformulering.

*”Hvilke forhold er betydningsfulde hos sygeplejerskerne ved overleveringen af den intensive patient til afdelingen, og kan de kontekstuelle forhold på den enkelte afdeling afspejles i sygeplejerskens fokus.”*

Metoden er kvalitativ og består af interview med fire sygeplejersker fra henholdsvis en senge- og intensivafdeling, samt en række nøgletal og den enkelte afdelings værdigrundlag. Analysen foretages som hermeneutisk meningsfortolkning.

Analysens resultater viser sig som følgende betydningsfulde forhold: ***tid, at være klar og at læse sig til kontinuitet***. Desuden er ***kompetence og erfaring*** og ***ressourcer*** af betydning.

Konklusionen er at både de kontekstuelle forhold hos den enkelte sygeplejerske og i afdelingen har betydning for sygeplejerskens fokus.

## Summary

### **Transition from the intensive care unit to the ward - a qualitative study of meaningful conditions within nurses**

The transition from the intensive care unit to the general ward is difficult for the patient and there is reason to believe that the handover between the nurses is a part of the problem. However there is a lack of literature that deals with the nurses perspective.

In my preconception the contextual conditions must be of importance in this matter. Therefore the aim in this text is to examine.

*”Which conditions are important for nurses at the handover situation and do the contextual conditions at the ward reflect in the focus of the nurse.”*

The method is qualitative and consists of interviews with four nurses from intensive care unit and the ward, respectively. As a supplement key figures and the departments' organizational values were used.

The analysis was performed as hermeneutical meaning interpretation.

The results of the analysis were: **Time, to be ready and read to continuity.**

Furthermore, **competence and experience** and **resources** are of great importance.

The conclusion is that both the contextual conditions for the individual nurse and within the ward play important roles for the nurse's focus areas.

# Indholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1.0 Indledning</b> .....                            | <b>3</b>  |
| 1.1 Overflytningen i patientperspektiv.....            | 3         |
| 1.2 Transition.....                                    | 4         |
| 1.3 Den Danske Kvalitetsmodel.....                     | 6         |
| 1.4 Sammenfatning .....                                | 6         |
| <b>2.0 Litteratursøgning</b> .....                     | <b>8</b>  |
| <b>3.0 Litteraturgennemgang</b> .....                  | <b>9</b>  |
| 3.1 Overflytning i sygeplejersperspektiv.....          | 9         |
| 3.2 Sammenfatning .....                                | 11        |
| <b>4.0 Undersøgelsesspørgsmål</b> .....                | <b>12</b> |
| <b>5.0 Metode</b> .....                                | <b>13</b> |
| 5.1 Specialets opbygning.....                          | 13        |
| 5.2 Videnskabsteoretisk metode .....                   | 14        |
| 5.3 Hermeneutisk meningsfortolkning .....              | 15        |
| 5.4 Det kvalitative forskningsinterview.....           | 16        |
| <b>6.0 Forberedelser til undersøgelsen</b> .....       | <b>17</b> |
| 6.1 Ethiske overvejelser .....                         | 17        |
| 6.2 Min rolle som interviewer.....                     | 18        |
| <b>7.0 Design</b> .....                                | <b>20</b> |
| 7.1 Undersøgelsens informanter .....                   | 20        |
| 7.2 Interviewguide .....                               | 20        |
| 7.3 Selve interviewet.....                             | 21        |
| 7.4 Transskribering.....                               | 21        |
| <b>8.0 Præsentation af afdelingerne</b> .....          | <b>22</b> |
| 8.1 Intensiv afdeling .....                            | 22        |
| 8.2 Sengeafdeling.....                                 | 23        |
| <b>9.0 Analyse og fortolkning</b> .....                | <b>24</b> |
| 9.1 Overflytning som arbejdsopgave.....                | 25        |
| 9.2 Betydningsfulde forhold hos sygeplejerskerne ..... | 26        |
| 9.2.1 Tid.....   | 26        |
| 9.2.2 At være klar .....                               | 28        |
| 9.2.3 At læse sig til kontinuitet.....                 | 31        |
| 9.3 Sammenfatning af betydningselementerne.....        | 34        |
| 9.4 Kompetence og Erfaring .....                       | 35        |
| 9.5 Ressourcer .....                                   | 38        |
| 9.6 Sammenfatning af analyse og fortolkning.....       | 41        |
| <b>10.0 Diskussion</b> .....                           | <b>42</b> |
| 10.1 Diskussion af analyseresultater .....             | 42        |
| 10.1.1 Tid.....  | 42        |
| 10.1.2 At være klar .....                              | 43        |
| 10.1.3 At læse sig til kontinuitet .....               | 44        |
| 10.2 Overflytning som arbejdsopgave .....              | 45        |
| 10.3 Kompetence og erfaring .....                      | 45        |
| 10.4 Ressourcer.....                                   | 46        |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>11.0 Metodediskussion.....</b>                      | <b>47</b> |
| <b>12.0 Konklusion .....</b>                           | <b>50</b> |
| <b>13.0 Perspektivering.....</b>                       | <b>52</b> |
| <b>Referencer.....</b>                                 | <b>54</b> |
| <b>Bilagsliste .....</b>                               | <b>56</b> |
| <b>Bilag.....</b>                                      | <b>57</b> |
| <b>Bilag 1. Den Danske Kvalitetsmodel .....</b>        | <b>57</b> |
| DDKM 2.3.2 .....                                       | 57        |
| DDKM 2.17.4 .....                                      | 60        |
| <b>Bilag 2. Interviewguide.....</b>                    | <b>62</b> |
| <b>Bilag 3. Breve til indsamling af nøgletal.....</b>  | <b>64</b> |
| Til Intensiv afdeling.....                             | 64        |
| Til Sengeafdelingen .....                              | 65        |
| <b>Bilag 4. Informeret samtykke.....</b>               | <b>66</b> |
| <b>Bilag 5. Værdigrundlag: Sengeafdeling.....</b>      | <b>67</b> |
| <b>Bilag 6. Værdigrundlag: Intensiv afdeling .....</b> | <b>68</b> |

## **1.0 Indledning**

Jeg vil i dette speciale beskæftige mig med sygeplejerskens fokus i forhold til den intensive patients overflytning til sengeafdelingen. Overflytning af patienter fra intensiv er et område indenfor intensiv sygepleje, der igennem flere år har været fokus på, idet det er en særlig sårbar patientgruppe i en sårbar overgang mellem to enheder. Der er ikke mange studier, som beskæftiger sig med sygeplejerskeperspektivet i denne overgang, hvilket kan undre, da sygeplejersken har en betydningsfuld rolle i patientens mestring af overflytningen.

### **1.1 Overflytningen i patientperspektiv.**

Der er igennem flere år foretaget studier, der har patientens oplevelse af overflytningen fra intensiv til sengeafdelingen i fokus (Cutler, Garner 1995, Field, Prinjha & Rowan 2008, Leith 1999, McKinney, Deeny 2002, McKinney, Melby 2002, Odell 2000, Strahan, Brown 2005, Wu, Coyer 2007). Fælles for disse studier er en enighed om, at det er en stressfyldt periode for patienten, som benævnes ”relocation stress”. Der er dog ikke enighed om de udløsende årsager til denne tilstand. Cutler og Garners studie, som danner baggrund for mange af de videre studier, konkluderer, at relocation stress allerede begynder på intensiv afdeling (Cutler, Garner 1995). Dog er der blandt patienterne på intensiv en overvejende positiv holdning til at skulle flyttes på afdeling, idet overflytningen skyldes en forbedring i deres helbred (Field, Prinjha & Rowan 2008, Leith 1999, McKinney, Deeny 2002, Odell 2000, Strahan, Brown 2005). Samtidig bekymrer patienterne sig om, hvorvidt de kan klare det pres, de forventer, der vil være på afdelingen (Odell 2000), og der ligger en bekymring i forhold til at miste kontakten til personalet på intensiv, da denne relation opleves som noget særligt (McKinney, Deeny 2002). Patienterne er således klar over at overflytningen vil medføre en forandring på baggrund af ændrede personaleforhold og ressourcer. Alligevel opleves forandringen i plejeniveauet frustrerende og bekymrende for både patient og pårørende (Field, Prinjha & Rowan 2008, Leith 1999). Patienterne fokuserer i høj grad på de fysiske vanskeligheder de oplever, som beskrives som søvnproblemer, mareridt, nedsat appetit, smerter og nedsat mobilitet (Field, Prinjha & Rowan 2008, McKinney, Deeny 2002, Strahan, Brown 2005). Vanskelighederne er alle med til at forstærke patienternes sårbarhed i situationen, og patienterne er ikke forberedte på denne

overvældende følelse af træthed og sårbarhed (Strahan, Brown 2005). At flytte patienterne fra sengeafdelingen til intensiv medfører derfor en del ambivalente følelser, og studier konkluderer, at netop det psykologiske perspektiv af en overflytning overses (Wu, Coyer 2007) og, at overflytningen ikke er en ligefrem psykologisk proces (Odell 2000).

Flere af studierne peger på, at det ikke alene er overflytningen fra et overvåget miljø som på intensiv til et mindre overvåget miljø, der er årsag til patienternes meget ambivalente følelser. Patienterne oplever, at der går nogle dage inden sygeplejerskerne indser plejebehovet hos patienten og hos patienterne vækker dette en oplevelse af mangelfuld eller forkert overlevering fra intensiv til afdelingen (Field, Prinjha & Rowan 2008). Flere af studierne angiver også et forbedrede samarbejde mellem intensiv og sengeafdelingen som løsningen på de vanskeligheder, patienterne oplever (Cutler, Garner 1995, Leith 1999, McKinney, Deeny 2002, McKinney, Melby 2002, Odell 2000). De angiver, at der skal arbejdes hen imod en højere grad af kontinuitet i patientforløbet gennem samtale med patienten og uddannelse af personalet (McKinney, Deeny 2002). Derudover bør forberedelsen til en overflytning og senere udskrivelse allerede starte på intensiv (McKinney, Melby 2002) og sygeplejerskerne bør spille en større rolle i planlægningen af patientens udskrivelse (Wu, Coyer 2007).

De ovenfor beskrevne studier beskriver med tydelighed at overflytningen fra intensiv til sengeafdelingen er en vanskelig proces og samtidig en betydningsfuld begivenhed hos patienterne. Desuden angiver de, at der bør være større opmærksomhed blandt sygeplejerskerne i forhold til overflytningen, hvilket gør sygeplejerskeperspektivet til et relevant emne at beskæftige sig med.

## **1.2 Transition**

I det følgende vil jeg komme med en kort redegørelse for aspekter af Afaf Meleis middle range sygeplejeteori om transition. Jeg finder den anvendelig som sygeplejeteoretisk referenceramme og yderligere begrundelse for at arbejde med den intensive patients overflytning og sygeplejerskens rolle i denne sammenhæng. Meleis teori bidrager til at forstå kompleksiteten i en transition, og den tydeliggør nødvendigheden af, at arbejde videre med de overgange, der er komplicerede for patienterne. Det gælder også overleveringen fra intensiv til afdelingen, da det er en



særlig begivenhed for patienten, som kan have betydning for patientens mestring af sit videre forløb og dermed rehabiliteringen.

Udover Meleis egne publikationer anvender jeg et litteraturreview af Debbie Kralik fra 2006, da det samler den eksisterende viden om transition.

Transition bliver i 1986 præsenteret af Meleis som et centralt begreb i sygeplejen, hvor det at facilitere transitionen er sygeplejens fokus (Meleis, Trangenstein 1994). Hun har igennem årene arbejdet videre med begrebet og udviklet det til en middle range teori. Teorien bygger på følgende definition:

*”a passage from one life phase, condition, or status to another... Transition refers to both the process and outcome of complex person-environment interactions. It may involve more than one person and is embedded in the context and the situation”* (Meleis, Trangenstein 1994).

Meleis hævder, at der er fire forskellige overordnede typer af transition, hvor ”health-illness” er en af disse (Meleis et al. 2000). Patienter på intensiv, der overflyttes til en sengeafdeling, er i en overgang fra syg til rask, som medfører forandringer i plejen. Disse forandringer ligger som elementer af Meleis health-illness transition. Transition er ikke alene et udtryk for at gennemgå en forandring, men beskæftiger sig i høj grad med den psykologiske proces der gennemgås, og transition er nært knyttet til begreber som sårbarhed, selvidentitet og reorientering (Kralik, Visentin & Van Loon 2006). Et af de betydnings-elementer, som er tilstede i en transition, er, at der altid er en udløsende årsag, som kan være en forandring eller begivenhed i ens liv. Desuden kræves opmærksomhed på og engagement i den proces man gennemgår (Meleis et al. 2000). Et andet vigtigt aspekt i transition er tiden. Det er ikke muligt at sætte en tidsgrænse på en transition, men noget tyder på, at tiden kan have betydning for udfaldet af transitionen. Sammenhængen kan forstås således, at jo længere tid man bruger på transitionen, des større er sandsynligheden for et dårligt outcome (Meleis et al. 2000, Kralik, Visentin & Van Loon 2006). Transition er blandt andet defineret ved at have procesindikatorer og ved at identificere disse indikatorer, kan sygeplejersken vurdere patientens behov for en intervention. Det er vigtigt for en sund transition, at patienten i en vis grad føler sig knyttet til sygeplejersken, og oplever at kunne interagere med sine omgivelser, da det skaber tryk i situationen og virker fremmende på transitionen. En anden indikator er betydningen af at have selvtillid og mestringsevner i forhold til den nye situation (Meleis et al. 2000).

Det er således en kompleks sygeplejeopgave at arbejde hen imod og sikre en sund transition hos patienten. Det må i denne sammenhæng være betydningsfuldt, at sygeplejerskernes fokus ligger på patienten således, at overleveringen er med til at sikre den oplevelse af kontinuitet i plejen, som patienterne ønsker og har brug for.

### **1.3 Den Danske Kvalitetsmodel**

Sammenhængende og bedre patientforløb er et af de centrale formål i Den Danske Kvalitetsmodel (<http://www.ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx>) (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2009). Her arbejder man gennem standarder med akkreditering med henblik på at løbende at sikre kvalitetsudviklingen indenfor sundhedsvæsenet. En af disse standarder handler om koordinering og kontinuitet med henblik på at sikre sammenhæng i patientforløbet. Der skal udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson, som er direkte involveret i patientforløbet og som også planlægger udskrivelsen og overdrager ansvaret i forbindelse hermed. En anden standard om overdragelse handler om videregivelsen af relevant og dækkende information således, at patienten oplever overflytningen som koordineret<sup>1</sup>. Hos den somatiske patient gennemføres der audit på begge standarder på baggrund af patientoplevelser omkring tilrettelæggelsen og kontinuiteten. I det danske sundhedsvæsen arbejdes der således hen imod en kvalitetssikring af kontinuiteten i patientforløb, som i denne sammenhæng vurderes på baggrund af patientens oplevelse af kvalitet. For at kunne imødekomme de krav, der foreligger i den danske kvalitetsmodel, udarbejdes retningslinjer, som ender i konkrete procedurer og instrukser, der skal sikre kvaliteten. Det må også anses som et rimeligt krav, at overflytninger inden for sundhedsvæsenet koordineres, at relevant og dækkende information videregives, og at patienten i det hele taget oplever en kontinuitet i sit forløb, da det i forhold til overflytningen fra intensiv med baggrund i Meleis teori har betydning for patientens mestring af overgangen.

### **1.4 Sammenfatning**

Overflytning fra intensiv er en stressende overgang for patienterne, som både kan være fysisk og psykisk påvirkede af indlæggelsen på intensiv. Der er uklarhed i

---

<sup>1</sup> Begge standarder er vedlagt som bilag.

forhold til hvornår relocation stress begynder. Men der er enighed om, at overflytningen til afdelingen er en stressfaktor hos patienten, som oplever at miste kontinuiteten i plejeforløbet. Patienterne giver udtryk for utryghed og frustration i forhold til overflytningen og mener, at bruddet i plejeforløbet dels skyldes utilstrækkelig overlevering og dels de ændrede personaleforhold fra intensiv til sengeafdelingen. I henhold til Meleis teori er tryghed i situationen et betydningsfuldt element for patientens mestring og reorientering i sin nye situation. Sygeplejerskens opgave er at vurdere behovet for intervention i overgangen, hvilket er et komplekst samspil af flere indikatorer, og som fra patientens og sygeplejerskens side kræver et vedvarende engagement.

Der er således tilsyneladende både interaktionelle og organisatoriske forhold på spil, når sygeplejersker skal indgå i overflytningen af patienten og sikre kontinuitet i plejen. Disse forhold kan samles under begrebet kontekstuelle forhold, på den måde at konteksten både dækker over de ydre strukturelle omstændigheder, hvorunder sygeplejen udspiller sig, men også den kontekst den enkelte sygeplejerske er i omkring sit eget faglige ståsted.

Den Danske Kvalitetsmodel er på vej mod implementering i Danmark. De intensive patienters overflytning til sengeafdelingen er, både på baggrund af ovenstående krav om kvalitetssikring og på baggrund af patienternes oplevelser i forbindelse med overflytningen, en meget relevant og samtidig kompleks opgave. Det er også en opgave som i høj grad ligger hos sygeplejerskerne, idet de oftest er ansvarlige for selve overleveringen af patienten, og dermed en sikring af kontinuitet i plejeforløbet og den sunde transition. Jeg mener derfor, at det er betydningsfuldt at arbejde med sygeplejerskeperspektivet i overflytningen og forsøge at medinddrage kontekstuelle forhold, så perspektivet ikke bliver anskuet løsrevet fra den virkelighed, hvori sygepleje foregår.

På baggrund af ovenstående vil jeg arbejde videre med følgende problemformulering.

***Hvilke forhold er betydningsfulde hos sygeplejerskerne ved overleveringen af den intensive patient til afdelingen og kan de kontekstuelle forhold på den enkelte afdeling afspejles i sygeplejerskens fokus.***

Problemformuleringen ligger i første omgang op til en litteraturgennemgang af den eksisterende viden omkring betydningsfulde forhold hos sygeplejerskerne i overflytningen af patienten fra intensiv, samt en undersøgelse af om der foreligger eksisterende studier, der inddrager kontekstuelle forhold. Derefter kan arbejdet med at svare på problemformuleringen påbegyndes. Med udgangspunkt i den eksisterende viden interviewes sygeplejersker på en intensiv- og en sengeafdeling om overflytningen af patienter, hvorefter interviewene fortolkes på baggrund af værdigrundlag, nøgletal og informationer om den enkelte sygeplejerske, for derigennem at inddrage de kontekstuelle forholds betydning.

## **2.0 Litteratursøgning**

Litteratursøgning er et helt centralt element i en akademisk opgave, idet den sikrer, at opgaven bliver placeret i den rette faglige kontekst (Munch Kristiansen et al. 2008). Det understøttes af Polit og Beck, som angiver, at litteraturgennemgang giver en baggrundsforståelse for emnet og samtidig retfærdiggør behovet for endnu en undersøgelse ved at fremlægge huller i den eksisterende viden (Polit, Beck 2006). Afhængig af forskningsmetoden foretages litteratursøgningen på forskellige tidspunkter i processen, og det er ofte nødvendigt med flere søgninger (Polit, Beck 2006). Der er i dette speciale i første omgang foretaget en søgning vedrørende patienternes oplevelser af overflytningen. Som processen udviklede sig, blev denne søgning udvidet til at omfatte artikler med et sygeplejerskeperspektiv i forhold til overflytning fra intensiv. Søgningen, som er udført over en længere periode, har både bidraget til baggrunden og til den mere fokuserede litteraturgennemgang af eksisterende viden omkring emnet.

Litteratursøgningen er foretaget i databaserne Cinahl og Medline, som begge er videnskabelige databaser, der udelukkende optager artikler indenfor sundhedsområdet. Cinahl står for *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* og er en af de mest omfattende databaser, når der skal søges efter sygeplejevidenskabelige artikler. Databasen indeholder indekserede referencer tilbage fra 1982 fra over 1200 forskellige tidsskrifter indenfor sundhedsvidenskab, samt bøger og kapitler i bøger. Referencerne stammer overvejende fra engelsksprogede tidsskrifter, men der er også andre sprog repræsenteret i databasen.

Medline er den største og primære database indenfor den medicinske litteratur herunder også sygeplejetidsskrifter. Medline har registreret referencer tilbage fra 1960'erne og frem. Medline er overvejende medicinsk, så der fremkommer ofte irrelevante hits, når der søges efter sygeplejevidenskabelige og kvalitative artikler. Men på grund af databasens størrelse er den ikke til at komme udenom i en systematisk litteratursøgning i forhold til dette speciale. Databasen kan gennemsøges for videnskabelig litteratur via søgemaskinen PubMed, som jeg også har anvendt til formålet.

Der er søgt på følgende termer både som mesh-termer og i fritekst. *Intensive care units, Patient discharge, Transfer, Critically ill patients og Nurses.*

Inklusionskriterierne var i første omgang at patientens oplevelser skulle være fokus for undersøgelsen. Efterhånden, som fokus ændrede sig til sygeplejerskerne, blev inklusionskriterierne i stedet artikler, der har sygeplejerskerne som genstand for undersøgelse omkring patienters overflytning.

Søgningen er meget bred, og der kom et stort antal hits. Dette bekræfter, at det er et betydningsfuldt emne at beskæftige sig med, og en del af disse hits inkluderes i specialet. Desuden kom der en række hits, der vurderedes som irrelevante for specialet. En stor del af litteraturen omkring overflytningen af patienter har patienterne som fokus, og der er kun en mindre del, der beskæftiger sig med sygeplejerskens perspektiv. Da det har været vanskeligt at foretage en præcis søgning på dette emne, er en del af materialet fremkommet gennem kædesøgning og håndsøgning i artikel referencer. Til litteraturgennemgangen af sygeplejerskeperspektivet blev to artikler inkluderet til at belyse sygeplejerskernes oplevelser. Yderligere to artikler blev inkluderet til at give et indblik i de tiltag, der allerede foregår fra sygeplejerskernes side for at sikre patienten en god overflytning.

### **3.0 Litteraturgennemgang**

#### **3.1 Overflytning i sygeplejerskeperspektiv**

I det følgende vil jeg på baggrund af to artikler belyse sygeplejerskeperspektivet. På baggrund af to andre artikler vil jeg derefter give et indblik i de tiltag, der allerede er iværksat og beskrevet i litteraturen.

Den første er publiceret af Julie Whitaker, og har til formål gennem spørgeskema og interview at afdække sygeplejerskens oplevelse af at skulle modtage en patient fra intensiv. Formålet med studiet var at udforme en retningslinje for overflytningen, som modsvarer de behov sygeplejerskerne på sengeafdelingen har, i modsætning til de behov som personalet på intensiv vurderer sygeplejerskerne har brug for (Whittaker, Ball 2000).

Den anden er et nyere svensk studie, som derfor kulturelt set i nogen grad kan overføres til danske forhold, hvor Marie Häggström gennem grounded theory søger at opnå en dybere forståelse af, hvad der er særligt betydningsfuldt for sygeplejerskerne på intensiv og på sengeafdelingen i overflytningen af den intensive patient (Häggström, Asplund & Kristiansen 2009).

Fælles for sygeplejerskerne på sengeafdelingen i begge studier er, at med modtagelsen af en patient fra intensiv følger en bekymring for, om der er sufficente personaleressourcer i afdelingen, og de ønsker tydelige informationer om patientens sygeplejebehov (Whittaker, Ball 2000, Häggström, Asplund & Kristiansen 2009). Kommunikation og især overleveringen af patienten er et af de områder, hvor sygeplejerskerne ønsker en forbedring. Det er betydningsfuldt, at overleveringen foretages af en sygeplejerske fra intensiv, som kender patienten, da det giver en fyldestgørende rapport. Men sygeplejerskerne på afdelingen oplever ofte, at overleveringen består af en del irrelevant information, der dels bliver leveret i et fagsprog, som ikke anvendes på sengeafdelingen, og som dels ikke er i overensstemmelse med den information, de har brug for, for at kunne pleje patienten på afdelingen (Whittaker, Ball 2000, Häggström, Asplund & Kristiansen 2009). Det kan give dem en oplevelse af at være mindre værd og tilsidesat i overflytningsprocessen (Häggström, Asplund & Kristiansen 2009).

Sygeplejerskerne på sengeafdelingen har en udtalt bekymring for, om patienten er klar til at blive flyttet på afdelingen, og det er betydningsfuldt for dem, at patient og pårørende er grundigt informeret om de ændrede personaleressourcer (Whittaker, Ball 2000).

Intensivsygeplejerskerne oplever at have stor indflydelse på patientens overflytning, men der foreligger en høj grad af usikkerhed, i forhold til hvilket ansvar de har i denne proces (Häggström, Asplund & Kristiansen 2009). Sygeplejerskerne på

afdelingen føler sig overhovedet ikke medinddraget i patientens overflytning og giver udtryk for, at de gerne vil inddrages mere i overflytningen af patienten (Häggström, Asplund & Kristiansen 2009). Der er således uklarhed om hvilken rolle den enkelte sygeplejerske har i forhold til overflytningen af patienten, hvilket formentlig kan være en medvirkende faktor til at vanskeliggøre kommunikationen sygeplejerskerne imellem.

For at forbedre overgangen fra intensiv til afdelingen er der i Australien oprettet et samarbejde mellem intensiv og afdelingen via en koordinerings eller kontaktsygeplejerske fra intensiv, som skal sikre, at overflytningen bliver god for både patient, pårørende og sygeplejerskerne på afdelingen (Chaboyer et al. 2007, Chaboyer et al. 2005).

Det har især en positiv effekt på samarbejdet mellem intensiv og afdelingen, idet afdelingens sygeplejersker kan modtage støtte og undervisning i forhold til plejen af patienten (Chaboyer et al. 2005). Undervisning, samarbejde og det at være til rådighed fra intensiv i forhold til særlige procedurer er også et af de områder, som Häggström finder, der er med til at reducere kløften mellem afdelingerne (Häggström, Asplund & Kristiansen 2009). Men succesen forudsætter ifølge Chaboyer, at intensivsygeplejersken tager udgangspunkt i sygeplejerskerne på sengeafdelingens behov og anerkender deres viden (Chaboyer et al. 2005) Det kan således være en svær rolle at besidde, da den til en vis grad er personafhængig. Samtidig løser det ikke de vanskeligheder, som sygeplejerskerne oplever omkring personaleressourcer. I et andet studie konkluderes der desuden, at denne specialistfunktion ikke har nogen signifikant kvantitativ målbar effekt på patienter og pårørendes bekymring omkring overflytning (Chaboyer et al. 2007). En overflytningssygeplejerske er således med til at skabe et fokus på denne overgang, hvilket i sig selv kan være betydningsfuldt, men det ændrer ikke nødvendigvis på patientens oplevelse af stress i forbindelse med overflytningen, og der er stadig et behov for at arbejde videre med overleveringen af patienten.

### **3.2 Sammenfatning**

Det har ikke været muligt at finde litteratur, der udelukkende beskæftigede sig med betydningsfulde forhold blandt intensivsygeplejersker i forbindelse med overflytningen, hvilket ellers kunne være med til at uddybe feltet. Derfor er litteraturgennemgangen baseret på et snævert antal artikler. Dog er det muligt at

sammenfatte de essentielle problemstillinger fra sygeplejerskernes perspektiv, da de inddragede artikler er tydelige og transparente i deres forskning. Litteraturen peger på, at det primære problem i overleveringen af patienten er en kommunikation sygeplejerskerne imellem, der kommer patienten til gode, samt en tydeliggørelse af den enkelte sygeplejerskes ansvarsområde i processen. Desuden foreligger der fra sengeafdelingen en bekymring for, om patienten er klar til at blive overflyttet fra intensiv, og om patient og pårørende har fået information om de ændrede ressource og plejeforhold. Det kunne tyde på, at sygeplejersken fra intensiv har sit fokus rettet mod den intensive behandling og de plejetiltag, der har været udført på intensiv, hvor sygeplejersken på sengeafdelingen overvejende har fokus på de strukturelle udfordringer, der ligger i at få placeret patienten i afdelingen. Der mangler muligvis et mere fælles fokus mod patientens rehabilitering.

I litteraturgennemgangen finder jeg ingen studier, der forsøger at forklare sygeplejerskernes fokus i forbindelse med overflytningen og under overleveringen ud fra de kontekstuelle forhold hvorunder denne sygepleje udspiller sig. Sygeplejersker kan have en viden, hvormed de kan yde den individuelle sygepleje, som sikrer den gode overgang for patienten. Men de er samtidig en del af en større organisation, som er den afdeling, hvori sygeplejen udspiller sig og deres individuelle faglige kontekst er også forskellig. De kontekstuelle forhold kan derfor have en afgørende betydning for sygeplejerskens fokus i de enkelte situationer.

#### **4.0 Undersøgelsesspørgsmål**

På baggrund af den eksisterende viden fra henholdsvis patient og sygeplejerskeperspektiv har jeg udformet tre undersøgelsesspørgsmål, som skal hjælpe til at besvare problemformuleringen, og som danner baggrund for min interviewguide.

De tre undersøgelsesspørgsmål er følgende:

- *Forholder sygeplejersken sig til relocation stress hos patienten?*
- *Hvilke forberedelser og tanker gør sygeplejersken forud for overflytningen af patienten?*
- *Hvilke elementer anser sygeplejersken som betydningsfulde i forhold til selve overleveringen?*



De tre undersøgelsesspørgsmål bliver transformeret til interviewspørgsmål, som gerne skulle give et nuanceret billede af hvilke forhold, der er betydningsfulde for sygeplejerskerne.

Den øvrige empiri, som belyser de kontekstuelle forhold, er indsamlet i hver afdeling og hos den enkelte sygeplejerske

## **5.0 Metode**

I dette afsnit redegøres og begrundes for den valgte metode. Jeg har valgt det kvalitative forskningsinterview til at indsamle data omkring de betydningsfulde forhold hos sygeplejerskerne. Desuden har jeg fra hver sygeplejerske indhentet en række informationer omkring uddannelse og funktioner samt fra hver afdeling en række konkrete organisatoriske nøgletal og deres værdigrundlag, som samlet gerne skulle give et indblik i det kontekstuelle forhold og anvendes i forhold til at svare på problemformulering på baggrund af en samlet fortolkning af empirien.

### **5.1 Specialets opbygning**

Specialet indledes med en gennemgang af den hermeneutiske filosofi med særligt fokus Gadamar. Herefter følger en beskrivelse af hvordan hermeneutisk meningsfortolkning anvendes i undersøgelsen. Det kvalitative semistrukturerede interview er valgt til at indsamle data omkring de betydningsfulde forhold hos sygeplejerskerne, så det præsenteres som den anvendte metode. Herefter præsenteres en række af de forberedelser, der ligger forud for et interview, herunder er etiske overvejelser, refleksioner over min rolle, interviewguide, informanter og transskribering. Da problemformuleringen kræver, at de kontekstuelle forhold på den enkelte afdeling bliver belyst, vil der følge en kort indføring i den enkelte afdelings struktur baseret på udvalgte nøgletal, værdigrundlag samt undervisnings og udviklingsopgaver. Endelig fremlægger jeg min analyse på baggrund af empirien, og fortolkningen understøttes af relevant teori. Derefter følger diskussionen, hvor jeg vil diskutere mine fund og placere dem blandt eksisterende viden, samt diskutere min metode og kritisk forholde mig til hvilken betydning metoden har haft for udfaldet af indholdet i specialet. Der afsluttes med en konklusion og perspektivering.

## 5.2 Videnskabsteoretisk metode

I det følgende vil jeg præsentere specialets videnskabsteoretiske forståelse, idet den har betydning for min overordnede tilgang til analysen og den konkrete metode der anvendes i analysen. Til at redegøre for hermeneutikken har jeg primært anvendt Jesper Gulddals bog ”hermeneutik – en antologi om forståelse”.

Specialets videnskabsteoretiske grundlag er hermeneutisk, idet hermeneutikken beskæftiger sig med kunsten at fortolke og min analyse i høj grad baseres på fortolkning af empiri. Som andre videnskabsteorier er hermeneutikken udviklet over generationer og kan forstås forskelligt afhængig af hvornår i den hermeneutiske tidsperiode, man vælger at placere sig. Trods forskellige opfattelser igennem årene af hvad det vil sige at arbejde hermeneutisk, så er der principielle grundregler, som er udviklet frem til i dag, og som er generelt gældende for hermeneutikken. Den hermeneutiske cirkel bliver af Friedrich Schleiermacher<sup>2</sup>, som er med til at gøre hermeneutik til en selvstændig disciplin, tildelt en central placering i hermeneutikken og gør den til et grundlæggende vilkår for forståelsen. Den hermeneutiske cirkel repræsenterer fortolkningen som en proces, der pendler frem og tilbage mellem enkeltiagttagelser og deres overordnede sammenhænge. Schleiermacher placerer den hermeneutiske cirkel som et vilkår, og med Martin Heidegger<sup>3</sup>, som også er en central person i hermeneutikkens historie, bliver den hermeneutiske cirkel flyttet ind i fortolkeren selv. Hermeneutikken bliver således ontologisk. Heideggers elev Hans Georg Gadamer<sup>4</sup> er den, der har arbejdet mest med en ontologisk funderet hermeneutik. Det er ikke en direkte metode, men den handler om den forståelse, der ligger forud for fortolkningen. Med Gadamer kommer begreber som tradition og fordomme i spil. Ifølge Gadamer er tradition et vilkår, som mennesket er underkastet. Vi er født ind i en kultur, som foreskriver den enkelte sine udlægninger af verden. Ikke at man ikke kan stille spørgsmålstejn ved den, men den er traditionel og bestemt af historien, og gælder derfor uden begrundelse (Gulddal, Møller 1999). Han forsøger at rehabilitere fordomsbegrebet ved at sige, at fordomme er uundgåelige både i dagligdagen og i videnskaben, og at de ikke nødvendigvis er i modstrid med fornuften. Der kan ligge noget fornuftigt i at lytte til den autoritet der har bedre forståelse af den konkrete sag. Fordomme er ikke nødvendigvis falske, men kan også

---

<sup>2</sup> Friedrich Schleiermacher. 1768-1834.

<sup>3</sup> Martin Heidegger. 1889-1976.

<sup>4</sup> Hans-Georg Gadamer. 1900-2002.

være produktive. Det leder Gadamar frem til, at fortolkeren aldrig kan sætte sine fordomme helt ud af spil. Fortolkningen vil vedblive at være bestemt af fordommene, eftersom den endelige forståelse ikke kan sætte sig udover udgangspunktet.

I forhold til den hermeneutiske cirkel gælder det således, at fortolkerens forforståelse afprøves på genstandens historie samt ændres og tilpasses i lyset af de nye forandringer man gør og derefter afprøves på ny. Gennem denne uendelige proces bliver fortolkeren sine fordomme bevidst og bliver således i stand til at skelne de hæmmende fordomme fra de produktive (Gulddal, Møller 1999). Således har historien en betydning for fortolkningen af tekster, idet fortolkeren ikke kan sætte sig udover sin egen forforståelse.

Hermeneutikken er derfor en teori om forståelse og fortolkning under endelighedens vilkår. Endelighedens vilkår er det vilkår, at mennesket er et endeligt væsen, som altid er begrænset af historien og den enkeltes ståsted, og derfor aldrig kan gøre krav på at være i besiddelse af den endegyldige sandhed. Denne betoning af menneskets endelighed er et definerende træk ved hermeneutikken på tværs af tiden. Endeligheden gør det nødvendigt at gå dialogisk til værks og giver forståelsen cirkulens form (Gulddal, Møller 1999)

Det er essentielt for Gadamer, at hermeneutik ikke er en metode. Men som illustreret i det foregående så er der generelle principper i hermeneutikken, som er anvendelige i fortolkningen af tekster. Kvale har, inspireret af hermeneutikken og især Gadamars udlægning, nedskrevet disse fortolkningsprincipper og dermed forsøgt at gøre hermeneutikken operationaliserbar i den konkrete fortolkningssituation (Kvale, Brinkmann 2009) Det er disse principper jeg vil lade være styrende for min tilgang til teksten.

Med dette udgangspunkt, som giver en hvis ydmyghed i forhold til at være fortolker med traditionens forforståelse samt fordommenes og historicitetens udfordringer, vil jeg anvende hermeneutisk meningsfortolkning som analysemetode på empirien.

### **5.3 Hermeneutisk meningsfortolkning**

Den hermeneutiske meningsfortolkning som metode til at analysere et interview kræver, at man gør sig klart, på hvilket plan analysen skal foregå. Det vil sige, om formålet er at få fat i latente betydninger, der ikke er eksplicit bevidste for

interviewpersonen eller, om man vil analysere på et mere konkret plan, hvor man udelukkende forholder sig til det informanten siger (Kvale, Brinkmann 2009)

Den hermeneutiske meningsfortolkning anvender hermeneutikkens principper, og derfor tager en analyse udgangspunkt i det konkrete og eksplicitte i teksten. Men som en del af den hermeneutiske cirkel, hvor helheden vurderes i forhold til delene, ligger mine egne fordomme, min viden om informanterne og deres kontekstuelle forhold, altså tekstens sammenhæng rundt om det enkelte udsagn. Derfor vil de latente ikke ekspliciterede betydninger træde frem, når man anvender den hermeneutiske tilgang, hvor delene hele tiden skal ses i lyset af helheden. Ifølge Kvale er en forskers forudsætninger tilstede, i de spørgsmål han eller hun stiller til en tekst, og er således med til at bestemme den efterfølgende analyse. Det bliver således også en subjektiv analyse og fortolkning, hvilket netop er legitimt indenfor den hermeneutiske tradition (Kvale, Brinkmann 2009)

#### **5.4 Det kvalitative forskningsinterview**

Til besvarelse af problemformuleringen anvendes en kvalitativ tilgang, idet specialets problemformulering ligger op til en dybere forståelse af betydningsenheder hos sygeplejerskerne i forhold til overflytningen af patienter (Polit, Beck 2006). Det kvalitative forskningsinterview anvendes til at forstå og afdække interviewpersonernes synspunkter og udfolde den mening, der knytter sig til deres oplevelser forud for videnskabelige forklaringer (Kvale, Brinkmann 2009)

Forskningsinterviewet er således en velegnet metode i forhold til problemformuleringen, og dataindsamlingen er foregået gennem semistrukturerede interview af sygeplejersker på intensiv og sengeafdelingen. Kvale og Brinkmanns bog "Interview" danner teoretisk baggrund for både udførelsen af interview og den efterfølgende analyse.

Det semistrukturerede interview giver mulighed for at få indsigt i de oplevede betydninger i forhold til en konkret situation, og gennem det kvalitative forskningsinterview er det muligt at indhente nuancerede beskrivelser af forskellige aspekter (Kvale, Brinkmann 2009). Det semistrukturerede interview er blandt andet karakteriseret ved, at strukturen i interviewet skabes af emnet, som er givet fra begyndelsen. Men da det er et interview, vil der være mulighed for at andre forhold, som kan relateres til dette emne, kommer i spil, uden at jeg har forudset det. Kunsten

ligger således i at få udtømt emnet og holde fokus, mens man stadig er åben for det interviewpersonen må have lyst til at sige. Dette kalder Kvale for bevidst naivitet, hvilket er et af de vigtige aspekter og en udfordring for mig som interviewer. Ved desuden at anvende en deskriptiv og specifik tilgang, hvor informanterne opfordres til at give nøjagtige beskrivelser af oplevelser, følelser og handlinger i specifikke situationer omkring overflytningen, vil det forhåbentlig være muligt at komme frem til betydninger på et konkret niveau, som kan medvirke til at svare på problemformuleringen (Kvale, Brinkmann 2009).

## **6.0 Forberedelser til undersøgelsen**

### **6.1 Ethiske overvejelser**

I forbindelse med studier hvor interview anvendes bør man gøre sig en række etiske overvejelser. Som udgangspunkt bør man ifølge Kvale vurdere, om den undersøgelse man påtænker at foretage, har værdi i forhold til den menneskelige situation (Kvale, Brinkmann 2009). Jeg antager, at et vedvarende arbejde omkring forbedringen af overflytningen af patienter fra intensiv er af stor betydning for de implicerede i denne overgang, og at det således er relevant at foretage disse interview, da de ikke kun bidrager til videnskabelig viden men forhåbentlig til forbedring af menneskelige forhold.

Det har ikke været nødvendigt at indberette undersøgelsen for den Centrale Videnskabsetiske Komite eller datatilsynet, da undersøgelser kun skal godkendes, hvis der indgår biologisk materiale eller personfølsomme data.

De deltagende sygeplejersker har fået udleveret et skriftligt informeret samtykke, hvilket er vedlagt som bilag. Der er, så vidt det har været muligt, forsøgt at skabe anonymitet under transskribering og analyse af materialet, men da antallet af interviewede sygeplejersker er begrænset, vil der være en risiko for, at de dels vil kunne genkende sig selv i fremstillingen eller blive genkendt af kollegaer, der er vidende om deres deltagelse. Det vurderes dog at have ganske lille betydning, da det ikke er meget personlige forhold, der er fokus for interviewet. Jeg vurderer desuden, at deltagerne ikke skal have mulighed for at læse det transskriberede interview, da det kan medføre tilbagemeldinger eller ønsker om ændringer, som jeg på grund den tidsbegrænsede periode ikke har mulighed for at efterkomme.

Desuden er der gjort overvejelser i forhold til at belaste sygeplejerskerne i en travl hverdag. Imidlertid er det således, at det kvalitative forskningsinterview ifølge Kvale kan opleves som en positiv samtale, og efter en opringning til den sygeplejefaglige ledelse var det tydeligt, at emnet for dem var relevant at afsætte tid til (Kvale, Brinkmann 2009). Et interview kan have konsekvenser både positive og negative for den interviewede, og dette betyder samtidig, at man må gøre sig sin rolle bevidst (Kvale, Brinkmann 2009).

## **6.2 Min rolle som interviewer**

Min egen rolle har i dette speciale en væsentlig betydning, idet jeg har interviewet mine kollegaer samt sygeplejersker fra en sengeafdeling, som jeg kan have mødt og vil møde i fremtiden i mit virke som sygeplejerske. Magtstrukturen i et forskningsinterview vil altid være asymmetrisk, hvor jeg som interviewer bestemmer emnet og i det hele taget definerer situationen (Kvale, Brinkmann 2009). I forhold til mine kollegaer fra intensiv brugte jeg en del tid på at sætte mig udover min kollegarolle for at træde ind i rollen som studerende. Men alligevel fornemmede jeg en begrænsning i forhold til min naivitet, hvilket ikke var et problem på sengeafdelingen, hvor jeg ikke har det samme indgående kendskab til specialet. Samtidig har det været positivt at have en tilknytning i forhold til adgangen til informanterne og informationer om afdelingernes struktur. Ifølge Kvale kan denne tilknytning have betydning for forskerens uafhængighed, idet man muligvis ikke forholder sig neutralt til resultaterne af ens undersøgelse (Kvale, Brinkmann 2009). Dette gør det særligt betydningsfuldt for mig at holde mit formål og min forforståelse for øje igennem hele processen.

Kvale påpeger, at forskerens integritet med hensyn til viden, erfaring, ærlighed og retfærdighed er en afgørende faktor for kvaliteten af den videnskabelige viden og de etiske beslutninger, der træffes (Kvale, Brinkmann 2009). Da jeg er en novice ud i interview, betød det i interviewsituationen, at jeg i høj grad måtte anvende min baggrundsviden, når jeg kom ud i usikre situationer på grund af manglende respons eller uventede svar, hvor jeg fornemmede, at spørgsmålet ikke var forstået.

Gennem indsamling af data har jeg håndteret retfærdighed og ærlighed ved at tegne et så reelt billede som muligt af sygeplejerskerne og deres kontekst. Samtidig har jeg

ikke haft nogen skjult dagsorden i mine interview, som Kvale påpeger kan medføre etiske konflikter (Kvale, Brinkmann 2009).

Jeg har således gjort mig en del eksplicite tanker om min egen rolle i dette speciale og har forsøgt at håndtere de udfordringer, der ligger i at påtage sig rollen som interviewer inden for eget felt. Det handler om at kunne leve op til de moralske værdier, som er i samfundet og som er gældende i rollen som forsker.

## 7.0 Design

### 7.1 Undersøgelsens informanter

Informanterne til specialets empiridel er udvalgt ud fra følgende inklusionskriterier:

De skal være dansktalende, da jeg derigennem ikke rammer ind i sproglige og forståelsesmæssige barrierer. De skal have minimum to år ansættelse i den pågældende afdeling, da jeg anser det for at være en rimelig og relevant grænse i forhold til at være en del af kulturen på afdelingen. De skal ikke være faste aften eller nattevagter, da undersøgelser påpeger, at overflytninger i disse vagter er belastende for både patient, pårørende og personale (Priestap, Martin 2006). Interview med personale, der ikke er i dagvagt, kan derfor have betydning for analysens udfald og påvirke som bias for undersøgelsen.

De fire informanter blev udvalgt og spurgt med hjælp fra afdelingens sygeplejefaglige ledelse. Udover inklusionskriterierne ønskede jeg sygeplejersker med en vis erfaringsmæssig bredde, som ikke havde specialist stillinger i afdelingen. Det var ikke et eksplicit kriterium, men ønsker som blev taget i betragtning.

De fire sygeplejersker der deltog i undersøgelsen fordelte sig på følgende måde.

| Informant nr. og alder | Uddannelsesår | Ansættelse på pågældende afdeling | Videreuddannelse                   | Kliniske funktioner udover basis-sygeplejerske. |
|------------------------|---------------|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| 1. 29 år               | 2005          | 4 år                              | Intensiv kursist                   |   |
| 2. 45 år               | 1997          | 3,5 år                            | Specialuddannelsen for intensiv    | Tidl. medlem af dokumentationsgruppe            |
| 3. 57 år               | 1974          | 20 år                             | Efteruddannelse for sygeplejersker | Praktikvejleder for sygeplejestuderende         |
| 4. 28 år               | 2008          | 2 år                              |                                    |   |

### 7.2 Interviewguide

Interviewguiden, som er vedlagt som bilag, er opbygget ud fra min forforståelse omkring emnet, som er fremlagt i specialets baggrund og i litteraturgennemgangen.

Formålet med interviewet blev forklaret fra begyndelsen af interviewet, og spørgsmålene er formuleret meget direkte. Denne opbygning af interviewguide



betyder, at interviewet foregik helt i overensstemmelse med de etiske retningslinjer omkring det informerede samtykke (Kvale, Brinkmann 2009). Guiden indeholder desuden hjælpespørgsmål inspireret af Kvales forskellige typer af interviewspørgsmål, som giver mulighed for at afklare de meninger, der er relevante for undersøgelsen med det samme. Men også mulighed for at uddybe de svar og nuancer i interviewet som er uventede for mig.

### **7.3 Selve interviewet**

Alle interview foregik i sygeplejerskernes arbejdstid. Der var under alle interview en afslappet atmosfære, hvor jeg umiddelbart fornemmede, at det var mig, der var den mindst afslappede. Sygeplejerskerne gav udtryk for, at emnet var relevant for dem at få sat fokus på, og der blev efter interviewene spurgt ind til mine overvejelser i forhold til interventioner på området. Kvale angiver, at der efter et interview kan herske en vis anspændthed, da informanten har været åben omkring personlige forhold (Kvale, Brinkmann 2009). Jeg kunne efter mine interview også fornemme en spænding, men synes den overvejende gik på sygeplejerskernes bekymring for, om de nu havde sagt noget, jeg kunne bruge. Desuden fornemmede jeg, at især sygeplejerskerne fra sengeafdelingen havde glæde af at få personlige oplysninger om min karriere indenfor sygeplejen. Dette behov var ikke tilstede på intensiv, da de naturligvis kender mig som kollega. Men efter alle interview foregik der en fortrolighedsudveksling eller en slags debriefing, hvilket er helt i overensstemmelse med det Kvale beskriver som, at informanten efter interviewet kan have en følelse af tomhed, da hun ikke har fået noget til gengæld under interviewet, og derfor bør den indledende briefing følges op af en de briefing (Kvale, Brinkmann 2009).

### **7.4 Transskribering**

Interviewene blev alle optaget på diktafon, og jeg forestod transskriberingen selv. Transskriberingen er foretaget ordret. Lyde som eks øhh, hmm og lignende er ikke medtaget i transskriberingen, men der er indskrevet, hvor informanten holder en tydelig tænkepause. Jeg har desuden forsøgt at sætte punktum og komma i teksten, der hvor informanten holder en naturlig pause. Det har også været nødvendigt med kommaer, som kunne fremme forståelsen og læsevenligheden af teksten. Min transskribering, som Kvale også udtrykker det, er "*en oversættelse fra talesprog til skriftsprog, hvor konstruktionerne undervejs kræver en række vurderinger og beslutninger*" (Kvale, Brinkmann 2009). Dette betyder, at der er en sandsynlighed

for, at det nonverbale og det sociale samspil går tabt. En del af disse vanskeligheder har jeg forsøgt at komme igennem ved selv at transskribere interviewene, idet jeg gennem min erindring af situationen via tegnsætningen kan tillægge ordene den mest situationsspecifikke betydning. Samtidig betyder det også, at jeg allerede i denne proces påbegynder analysen ved at se på de enkelte dele i forhold til helheden. At få en anden til at foretage transskriberingen kunne formentlig have medført en anden tegnsætning og kunne, som Kvale angiver det, medføre en anden analyse (Kvale, Brinkmann 2009)

## **8.0 Præsentation af afdelingerne**

I det følgende vil jeg give en præsentation af de to afdelinger, hvor informanterne arbejder. Indsamlingen af disse data er foretaget efter interviewene, hvorfor de ikke har været en del af forforståelsen forud for interviewene. Jeg har forsøgt at indkredse sygeplejerskernes kontekstuelle forhold gennem konkrete nøgletal for afdelingerne samt informationer, der vedrører udviklings og uddannelsesmæssige sammenhænge, og jeg har indhentet afdelingernes værdigrundlag, da begge afdelinger arbejder og anvender disse aktivt.

### **8.1 Intensiv afdeling**

Den intensive afdeling er en almen intensiv afdeling, der behandler patienter indenfor medicinske og kirurgiske specialer. Til afdelingen er desuden tilknyttet tre intermediære pladser i hverdagene og et opvågningsafsnit, som modtager patienter hele døgnet.

Følgende nøgletal er udelukkende henvendt på de intensive patienter.

Intensive sengepladser: 9 stk.

Indlæggelser og udskrivelser pr år: ca. 850. Heraf er der ca. overflyttet 40 patienter til den inkluderede sengeafdeling<sup>5</sup>.

Belægningsprocent: 92% i gennemsnit i perioden januar til marts 2010.

---

<sup>5</sup> Dette tal er fra 2009 og er indhentet via overlægen. Det er dog fremkommet på baggrund af patienternes stamafdeling, altså den afdeling patienterne har ved indlæggelsen, som ikke nødvendigvis behøver at være den afdeling, de bliver udskrevet til. Han angiver desuden, at 20% af patienterne er registreret uden stamafdeling.

Sygeplejerskenormering pr patient er 1:1 i dagvagterne og det tilstræbes også i de øvrige vagter.

Der er omkring 85 ansatte sygeplejersker i afdelingen. Heraf varetager ca. 60 den direkte pleje af den intensiv patient. De fleste af disse sygeplejersker ca. 50 har en specialuddannelse i intensiv sygepleje. Udover sygeplejerskerne som arbejder med den direkte pleje, består afdelingen af 3 specialeansvarlige, 2 afdelingssygeplejersker, kursister samt sygeplejersker med ansvar for nyansatte, kursister, sygeplejestuderende. Afdelingen er uddannelsessted for sygeplejersker, sygeplejestuderende, fadl-vagter og falck<sup>6</sup>.

Afdelingens værdigrundlag<sup>7</sup> bygger på en vision om at være regionens bedste intensiv afdeling. De bygger deres værdigrundlag på følgende tre værdier. Mod, ambitiøs og ordentlighed.

- Mod til at udfordre og blive udfordret.
- Ambitiøs på egne og andres vegne.
- Ordentlighed i ord og handling.

Værdigrundlaget er publiceret i en let tilgængelig folder. De tre værdier bliver synliggjort i afdelingen gennem plakater og bliver direkte anvendt i mødesituationer, hvor det må være relevant. Det er min oplevelse, at sygeplejerskerne i afdelingen har kendskab til afdelingens værdigrundlag.

## **8.2 Sengeafdeling**

Sengeafdelingen er en specialist afdeling, som udelukkende beskæftiger sig med karkirurgi. Udover sengeafdelingen er der tilknyttet et ambulatorium.

Heldøgns sengepladser: 22 stk.

Belægningsprocent: Gennemsnittet i perioden januar til marts 2010 er på 80 %, men ifølge den ledende overlæge er dette omkring 10% lavere en sædvanligt.

Indlæggelser: ca 1300 pr år.

---

<sup>6</sup> Fadl-vagter er medicinstuderende, der skal oplæres og undervises i basale sygeplejeprocedurer med henblik på at kunne sidde fast vagt og hjælpe til i en afdeling. Falck kommer med henblik på undervisning i forhold til monitorering og observation. Det er korte forløb på et par dage.

<sup>7</sup> Værdigrundlaget er vedlagt som bilag.

Sygeplejerskenormeringen ligger på 1.1 sygeplejerske pr seng i døgnet. Afdelingen er normeret til 28 sygeplejerske fuldtidsstillinger. Disse stillinger er fordelt på 31 sygeplejersker og derudover er der 12 social og sundhedsassistenter i plejen.

Afdelingen har en oversygeplejerske, som også varetager funktionen som afdelingssygeplejerske. Specialeansvarlige sygeplejersker for sengeafdelingen og ambulatoriet. Fem sårsygeplejersker og en uddannelseskordinator/udviklingssygeplejerske, som alle på forskellig vis indgår i plejen en del af tiden. Desuden er der en praktik og uddannelsesansvarlig ansat, idet afdelingen er uddannelsessted for sygepleje og radiografstuderende, SSA-elever og fagl-vagter.

Afdelingen har en forskningsenhed tilknyttet afdelingen, som arbejder med medicinsk forskning.

Afdelingens værdigrundlag går på relationen medarbejderne imellem. Det handler om en række værdier, som medarbejderne har behov for, og som de så forpligter sig til at støtte op omkring på forskellig vis. Disse behov er følgende. Faglig udvikling, et inspirerende arbejdsmiljø, omsorg og tryghed, feed-back, information. Filosofien bag værdigrundlaget er ifølge udviklingssygeplejersken, at når personalet har det godt, har patienterne det godt. Værdigrundlaget er gældende for alle personalegrupper og bliver anvendt som rettesnor til MUS-samtaler.

## **9.0 Analyse og fortolkning**

Analysen af mine interview baserede sig således på problemformuleringen som det eksplicite spørgsmål. De transskriberede udskrifter af interviewene var genstand for en gennemlæsning med henblik på at indkredse helheden i interviewet og meningsanalysen samt fortolkningen begyndte allerede i forbindelse med transskriberingen af interviewene. Herefter blev interviewene gennemlæst på baggrund af de fundne temaer, således at helheden konstant blev vurderet i forhold til de enkelte dele i interviewene. På den måde fandt jeg de temaer, som gav besvarelse på betydningsindholdet blandt sygeplejerskerne i overflytningen af den intensive patient. På baggrund af den samlede empiri, som er interviewene kombineret med min viden om informanterne og de strukturelle forhold på de enkelte afdelinger, har jeg foretaget en fortolkning, som inddrager den strukturelle konteksts betydning

vedrørende sygeplejerskens fokus i forbindelse med overflytningen. Afsnittet vil således fremstå todelt, hvor der først vil være en præsentation af de dele, der umiddelbart trådte frem af helheden og dernæst en fortolkning, som er baseret på de mere latente betydningsforhold. Hvilket også betyder, at analysen viser udviklingen i den hermeneutiske tilgang til empirien.

## **9.1 Overflytning som arbejdsopgave**

I dette afsnit vil jeg redegøre for, at en stor del af problematikken omkring overflytningen af den intensive patient består i, at sygeplejersken ikke anser det som en betydningsfuld proces og dermed muligvis ikke anerkender den betydning, det har for patienten. For sygeplejersker er overflytningen af patienten endnu en arbejdsopgave i rækken af arbejdsopgaver, der skal løses på en arbejdsdag.

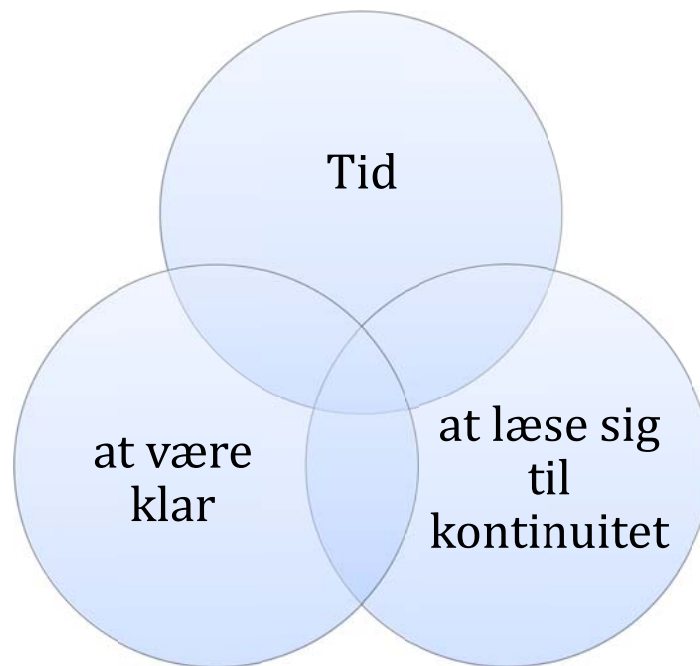
Ved indledningsvis at spørge til en konkret situation kan man ifølge Kvale opnå et personligt og nuanceret billede af informantens oplevelse af situationen, og dermed kan de betydningsfulde elementer træde frem (Kvale, Brinkmann 2009) Derfor var det påfaldende, at ingen af mine informanter kunne komme i tanke om en konkret overflytning, der enten gik godt eller var utilfredsstillende. Det giver i første omgang anledning til at overveje hvorvidt overflytning af patienter anses som en betydningsfuld opgave i sygeplejerskens arbejdsdag. De kunne dog alle nævne nogle forhold, som de synes, er vigtige, for at en overflytning bliver en tilfredsstillende oplevelse. Men der kom ikke nuancerede og righoldige beskrivelser ud af mine spørgsmål. Sygeplejerskerne forholder sig til overflytning som en helt almindelig arbejdsopgave, og den stiller ikke umiddelbart uventede krav til deres faglige kunnen. Samtidig giver sygeplejerskerne udtryk for at ”*generelt være gode til overflytning*” (Interview 3). Det kan således være et udtryk for det forhold, at overflytte patienter er en selvfølgelig ukompliceret arbejdsopgave, og at der disse afdelinger i mellem er et godt samarbejde omkring patienterne. Med henholdsvis 1300 og 850 indlæggelser på afdelingerne er det muligvis også urealistisk at forvente, at sygeplejerskerne skal anse en overflytning som en betydningsfuld situation. På intensiv er overflytningen af den intensive patient en næsten dagligt forekommende begivenhed, og på sengeafdelingen har sygeplejerskerne formentlig en vis rutine i at modtage og indlægge patienter, som kan overføres til modtagelsen af en patient fra intensiv.

Selvom sygeplejerskerne ikke kunne give konkrete og righoldige beskrivelser af specifikke overflytningssituationer, der var gode eller utilfredsstillende, så fremkom der alligevel mange gode udsagn omkring de betydningsfulde forhold på det generelle plan. Disse forhold fremstilles i det efterfølgende afsnit.

## 9.2 Betydningsfulde forhold hos sygeplejerskerne

De betydningsfulde forhold, som jeg redegør for i det følgende, er kommet frem på baggrund af en gennemlæsning af empirien, hvor jeg har søgt efter overordnede betydninger, som er genkendelige på tværs af afdelinger og sygeplejersker.

Betydningsfulde forhold hos sygeplejerskerne i forbindelse med overflytningen af patienten fra intensiv bliver på tværs af afdelingerne til tre i hinanden indflettede elementer som vist på figur 1.



Figur 1 - Betydningsfulde forhold hos sygeplejersken i overflytningen af patienten fra intensiv.

De betydningsfulde forhold *tid*, *at være klar* og *at læse sig til kontinuitet* vil i det følgende blive præsenteret og uddybet på baggrund af empirien.

### 9.2.1 Tid

Tid er en betydningsfuld faktor for sygeplejerskerne i overflytningen af patienten. Det drejer sig om at have tid, at spille tid, at opleve at andre har tid og helt konkret drejer det sig om tidspunktet for overflytningen.

Overflytningen kan opleves som en tidspresset periode, hvor sygeplejersken ikke får den nødvendige tid til at forberede og udføre overflytningen i det ønskede tempo. Det kan give en oplevelse af at være presset i situationen.

*”Det starter jo nok helt oppe fra vores egen afdeling, for lige så snart at vores patienter skal udskrives, så skal det helst være om fem minutter. Så hvis man ligesom fik længere tid, inden man skulle heroppefra, så ville man måske også selv være mere rolig” (interview 1)*

Sygeplejerskerne fra intensiv beskriver særligt, at der både er planlagte og akutte overflytninger fra intensiv, hvor de akutte oftest er dem, hvor sygeplejersken oplever det største tidspres, fordi hun skal skabe plads til den næste patient. Desuden kan nogle overflytninger bære præg af at være dårligt planlagte og forekomme på uhensigtsmæssige tidspunkter. Men fælles for overflytningerne er, at de på grund af belægningsprocenten på intensiv er med til at skabe en sengeplads til den næste patient, og med belægningsprocenten på denne intensiv er der meget sjældent tomme sengepladser. Sygeplejerskerne på intensiv er klar over, at en sengeplads sjældent er ledig ret længe, så de er splittet mellem ønsket om at have god tid til at overflytte patienten samt måske endda beholde patienten lidt længere på intensiv og deres viden om det konstante behov for sengepladser.

Når sygeplejersken fra intensiv overleverer patienten til sengeafdelingen, sker det ved, at hun personligt følger med på sengeafdelingen, og som supplement til den skriftlige journal bruger sygeplejerskerne tid på en mundtlig rapport. I denne situationen, hvor overleveringen af patienten foregår, er tid igen en betydningsfuld faktor.

*”At der bliver, jeg har tit været udsat for, at når vi kommer, så er de lige inde ved en anden patient. Forståeligt nok for de har jo ikke så mange ressourcer, men jeg bruger meget tid på at stå og vente på, at de så får de ting færdige og det, - for det første så synes jeg, det er lidt spild af tid og for det andet, så synes jeg måske også, at de spilder deres tid. (Interview 2)*

Den intensive sygeplejerske har et behov for at få afleveret patienten og kan muligvis være presset af at skulle tilbage på intensiv og overtage eller modtage en ny patient. Men selvom overleveringen kan være en tidspresset proces, så er den mundtlige rapport en væsentlig del af overleveringen for sygeplejerskerne. For sygeplejersken fra intensiv drejer det sig om at give sygeplejersken på afdelingen de bedste

forudsætninger for at overtage plejen af patienten. Men det er betydningsfuldt, at der er tid i denne situation, da hun ellers kan føle sig tilovers i situationen.

*”Jamen jeg skal føle, at hun har tid til at høre det jeg siger til hende, og det kan frustrere en lidt hvis det er at hun ... hvis man sidder og giver rapport, at hun så faktisk skal snakke med en anden sygeplejerske samtidig. Fordi hun så bliver afbrudt, så føler jeg ikke hun får alt det med jeg fortæller, og jeg fortæller det jo, fordi jeg synes det er vigtigt.”* (Interview 1)

Tiden, indtil patienten kommer i afdelingen, er væsentlig for sygeplejersken på sengeafdelingen. Hvis hun har tid til det, læser hun patientens journal, og er således forberedt til den mundtlige overlevering, hvilket er med til at give hende en oplevelse af at have ro til at tage imod patienten.

Men det mest betydningsfulde for sygeplejerskerne på afdelingen er tidspunktet for overflytningen. De ser gerne, at den planlagte overflytning sker indenfor nogle bestemte tidsperioder, da det er af betydning for afdelingens døgnrytme.

*”Og så vil jeg gerne, hvis at patienten kommer ned eller kommer i afdelingen sådan at vi kan nå i rimelig tid, mens vi stadig er i dagvagt, at få taget ordentligt imod patienten, og der er altid noget administrativt, der skal ordnes. Så man har god tid til det. Så en patient der kommer kvart i tre, det er ikke noget særlig heldigt tidspunkt for os.”* (Interview 3)

Tidspunktet for overflytningen er ikke på samme måde betydningsfuldt for intensiv, men der er enighed om, at uplanlagte akutte overflytninger især i natte- og aftenvagten er utilfredsstillende.

### **9.2.2 At være klar**

Betydningsselementet ”at være klar” indeholder flere dimensioner. Det handler for det første om, at patienten skal være i en fysisk tilstand, der muliggør videre behandling og pleje på sengeafdelingen. Om det at være klar til at komme på afdelingen siger en sygeplejerske fra intensiv.

*”Ja både at patienten er klar, og at jeg som sygeplejerske synes, at patienten er klar, altså at der ikke er mere, - mange gange synes vi måske, at de lige skulle have et døgn mere på intensiv, selvom at han er ude af, selvom at han er stabil, at vi så kan yde lidt mere heroppe i et døgn, så han ville være mere fysisk klar til at komme på afdelingen.”* (Interview 1)

Det er således ikke kun patientens fysiske tilstand ud fra et medicinsk perspektiv, men også sygeplejerskens faglige skøn af patientens tilstand, der ligger i at være klar. Det er betydningsfuldt for sygeplejersken, at patienten først bliver overflyttet til



sengeafdelingen, når hun vurderer, at det kan lade sig gøre for patienten at imødekomme de ændrede krav på baggrund af ændrede personaleforhold. Sygeplejersken på sengeafdelingen oplever det også utilfredsstillende når patienter, der med hendes faglige skøn ikke er helt klar til at blive flyttet, alligevel kommer i afdelingen.

*” der kan være enkelte patienter, som jeg egentlig synes, er for dårlige til at komme i afdelingen. Og hvor at patientens tilstand gør, at det er utilfredsstillende. Fordi at vi ikke kan honorere den pleje og behandling, som patienten egentlig burde have. Altså der kan være tilfælde, hvor det går dårligt og hvor patientens tilstand udvikler sig dårligt, så vi bliver nødt til at flytte patienten tilbage igen.”* (Interview 3)

Men det er ikke kun patientens fysiske tilstand, der afgør om sygeplejersken synes, at patienten er klar til at blive flyttet på afdelingen. En sygeplejerske fra intensiv udtrykker det således.

*” Jeg tror det også er med hvor klar patienten er til det, om han udtrykker, at han er klar til at komme væk fra intensiv afdelingen”* (Interview 1)

Sygeplejerskerne har opmærksomhed rettet mod patientens fysiske og psykiske tilstand i forbindelse med overflytningen. De påpeger dog alle, at overflytningen er en lægelig beslutning, som de kun har ringe eller ingen indflydelse på. Så uanset sygeplejerskens vurdering af patientens tilstand vil patientens overflytning ske på baggrund af en lægelig vurdering.

Det er et betydningsfuldt forhold for sygeplejerskerne, at patienten er forberedt på den forandring, der ligger i pleje og monitoreringsniveauet afdelingerne imellem. Sygeplejersken på intensiv bruger derfor en del af tiden på at forklare patienten og de pårørende om det monitorerings og plejeniveau, der er på sengeafdelingen. For sygeplejersken, som skal modtage patienten og overtage plejen, er det vigtigt, at patienterne er forberedt på denne overgang.

*” Og så skal patienten også gerne være lidt forberedt på, hvordan at det er at være på en sengeafdeling. Fordi det er en stor omvæltning for en patient at komme fra intensiv, hvor der hele tiden er nogen omkring patienten. Og det kan være rigtig svært for patienterne og komme på sengeafdelingen og opleve, at nu ligger de pludselig alene, og der er altså ikke nogen, der kommer hele tiden. Så det skal de altså også gerne være forberedt på.”* (Interview 3)

En sygeplejerske henviser til overflytningen som ”en kold tyrker” fra 24 timers overvågning til ingenting og en del af forberedelsen på overflytningen til de ændrede

forhold bør ifølge sygeplejerskerne på ligge på en gradvis ændring af monitorering. Det ændrede monitoreringsniveau tilskrives sammen med plejeniveauet også i en vis grad patienternes utryghed på sengeafdelingen. Om utryghed på sengeafdelingen siger den ene intensiv sygeplejerske.

*” Ja det er de næsten alle sammen. Men det tror jeg også er, jeg tror det hænger sammen med, at vi overvåger dem, og vi er der for dem 24 timer i døgnet. Der er jo en til en heroppe, i hvert fald i dagvagterne Og så kommer de derned, og der kan de risikere at ligge i tyve minutter og vente på, at der kommer nogen og hjælper dem. ... det - det kan patienterne ikke bruge, altså vi kan godt informere dem om, at det er sådan, men jeg tror ikke. De kan ikke bruge det til noget, før de selv oplever det dernede. At det er sådan det er. ”*  
(Interview 2)

Hun stiller således spørgsmålstejn ved patienternes mulighed for at forstå konsekvenserne af at være flyttet på afdelingen forud for overflytningen.

Det er påfaldende, at utrygheden hos patienten omkring overflytning fylder meget lidt hos halvdelen af sygeplejerskerne i empirien. Især de mindst erfarne sygeplejersker tillægger ikke patientens oplevelse af utryghed omkring overflytningen nogen særlig betydning. En vurderer, at da patienterne er informeret og har tillid til sygeplejerskernes og lægernes vurdering omkring overflytning må det mindske en eventuel utryghed væsentligt. En anden mener ikke, at det at blive overflyttet er utrygt for patienten, men at en eventuel utryghed går på uvisheden om det fremtidige liv. Hvorimod der hos den anden halvdel af sygeplejerskerne slet ikke er nogen tvivl om, at overflytningen giver utryghed. Denne skelnen er tilsyneladende ikke afgjort af speciale men af erfaring indenfor sygeplejen. Dette aspekt fortolkes yderligere senere i specialet.

Det er ikke kun betydningsfuldt, at patienten er klar, sygeplejersken og afdelingen, der skal modtage patienten, skal også være klar. Dette forhold indeholder to aspekter. Sygeplejersken skal for det første være fysisk tilstede og klar til at modtage patienten, når han kommer fra intensiv. Det første aspekt beskriver en sygeplejerske fra intensiv således.

*” der skal det til, at de ved, at vi kommer. Vi skal ikke stå og vente på, når vi kommer derned, at der bliver sat ilt op, fordi de fleste patienter har jo brug for ilt, når de kommer derned. ... Så hvis det skal være en god overflytning så synes jeg, de skal være klar til at modtage patienten, når vi kommer ind ad*

*døren, så står de klar henne ved døren og siger ”velkommen nu skal du herind og ligge”.*” (Interview 2)

Det andet aspekt handler om at kunne fortsætte plejen af patienten, der hvor intensiv slipper. Som en sygeplejersker udtrykker, så handler det om at kunne gribe boldene og videreføre plejen.

*”at de ligesom kan tage op i de emner, hvor vi slipper, at de kan videreføre den pleje, som vi har startet, at de kan samle op på de ting, som vi har iværksat.”* (Interview 1)

Så for denne sygeplejerske ligger det ”at være klar” i, at kunne overtage plejen hvor den ene afdeling slipper. Der er betydningsfuldt for sygeplejersken fra intensiv, at der bliver fortsat og fulgt op på de allerede iværksatte tiltag, og at være klar drejer sig således ikke kun om at stå klar i døren til modtagelse men at være klar på patientens behov for pleje.

Et gennemgående tema i empirien er opfattelsen af ressourcer på de forskellige afdelinger. Flere gange bliver der henvist til ressourceforholdende afdelingerne imellem, men noget tyder på, at så længe patienten virkelig er klar til at overgå til sengeafdelingen, så er ressourcer ikke problem.

*” Ja fordi vi netop har de ekstra ressourcer heroppe hos os. Og hvad det gør ved sygeplejersken på en afdeling, at jeg kommer og siger, at han skal have hjælp til pep-fløjte hver time. Ja det er da lidt interessant at høre hendes version af det. Men igen så er det det med, at vi kaster nogle bolde op i luften og de kan umuligt gribe dem alle sammen, fordi det har de simpelthen ikke ressourcerne til.”* (Interview 1)

Der ligger en forforståelse omkring hinandens muligheder, som muligvis bygger på tidligere erfaringer i intensiv sygeplejerskens arbejdsliv. Men der er fra sygeplejerskerne på sengeafdelingen ikke en opfattelse af manglende ressourcer. Der foreligger snarere en opmærksomhed, som er rettet mod patientens fysiske tilstand, hvis denne kræver kendskab til nyt udstyr eller et øget monitoreringsniveau end vanligt. Dette aspekt omkring ressourcer vil også blive fortolket yderligere senere.

### **9.2.3 At læse sig til kontinuitet**

Det er betydningsfuldt for sygeplejersken på sengeafdelingen, at få et overblik over hvor langt patienten er i sit forløb. Her er der især fokus på de fysiske plejekrævende behov. Det er særligt problemfyldt for sygeplejerskerne på sengeafdelingen, at intensiv og sengeafdelingen anvender den elektroniske patientjournal forskelligt. På

intensiv opretter sygeplejersken ved patientens ankomst en overflytningscheckliste. Denne skulle gerne ende med at være en overskuelig liste over patientens forløb på intensiv, men mest af alt er den tænkt som en status på, hvor langt patienten er nået. En sygeplejerske på sengeafdelingen siger helt konkret.

*” Altså en god overflytning det er hvor at, at hvis det nu for eksempel har været en patient, som har ligget i lang tid på intensiv, hvis der så er lavet et resume som er opdateret og ikke resume som, altså nogen gange så ser vi checklister, hvor man begynder på checklisterne faktisk i lang tid forud for at patienten kommer ned i afdelingen, og så er det rigtig svært at danne sig et overblik over, hvordan har patienten det her og nu. Så en god overflytning det er, når der er lavet et resume, så man hurtigt kan gå ind og se, der har været de ting forud, men patienten er på det her stadie nu.” (Interview 3)*

Det tyder på, at intensiv forsøger, at være på forkant med overflytningen lige fra patienten bliver indlagt på intensiv men, at tiltaget fejler overfor sygeplejerskerne på afdelingen. De forskellige måder at anvende elektronisk patientjournal samt den dokumentation, der findes på observations- og medicinskemaer er meget tidskrævende for sygeplejersken få overblik over, og det kræver således en del af sygeplejersken, når hun skal sikre kontinuitet i plejen af patienten.

Overflytningen af en patient fra intensiv er ensbetydende med administrative opgaver hos den enkelte sygeplejerske. På disse afdelinger skal patientens elektroniske journal flyttes fra intensivs belægningsliste, mens en del papirmateriale som ex. observations og medicinskemaer kopieres og vedlægges. Alt det skriftlige materiale suppleres så af en mundtlig rapport, således at alle forudsætninger for at sikre kontinuiteten skulle være tilstede. En sygeplejerske fra intensiv siger om mængden af arbejdsopgaver i forbindelse med overflytningen.

*”Altså jeg synes engang imellem at vi gør tingene dobbelt. For det første så ringer vi derned, og giver dem en fuld rapport om hvad det er for en patient de får, og oven i det får de også noget skriftligt materiale i overflytningschecklisten. Så jeg tror måske bare, at man skal aftale med afdelingen, at vi kommer ned klokken det og det og I skal bare have noget ilt klar. Hvis det er det der skal være klar. Og en ernæringspumpe eller hvad ved jeg. Og så kan vi snakke om det når vi kommer derned. Hvis der er noget at tale om. Hvis de ikke kan læse sig til de ting der er.” (Interview 2)*

For sygeplejerskerne på sengeafdelingen er det vigtigt med den mundtlige overlevering. De giver udtryk for, at overflytningschecklisten indeholder alt for

mange irrelevante informationer, men oplever at have god gavn af den mundtlige rapport. En sygeplejerske udtrykker det således.

*”... så det giver en meget mere, - en større ro omkring patienten, når vi får så mange informationer som overhovedet muligt. Nogen bruger vi måske ikke til noget, andre bruger vi, kan vi bruge til meget. Det er egentlig lidt underordnet, bare det at vi får så meget information som muligt, fordi det giver sådan en ro og patienten føler ikke, at de skal gentage sig selv og fortælle tingene flere gange, sådan at der ligesom, vi viser at vi har styr på tingene.” (Interview 4)*

Det er betydningsfuldt at sygeplejersken, som overleverer patienten kender patienten godt, og muligvis har passet patienten gennem en periode. Det giver ifølge sygeplejerskerne på sengeafdelingen den bedste overlevering da *”det ikke er alt man kan læse sig til i vores rapporter”*. Det fremstår ikke af empirien, hvad man ikke kan læse sig til, og det er en problematisk situation for patientens kontinuitet, hvis en del af overflytningen består af udokumenterede forhold. Dog er det ikke en entydig holdning, og det kommer tydeligt frem i interviewet af den ene intensivsygeplejerske.

*”Jeg tænker, nu er det skrevet i rapporten så må det være godt nok. Og det gør jeg fordi, at når jeg siger til en så er det ikke sikkert, at hun får sagt videre til andre, for hun har tolv andre patienter hun skal passe. Så den der information jeg har givet hende, den kan være, den kan hun måske bruge til noget og måske kan hun ikke bruge den til noget. Men når det står der, så er alle jo klar over at de kan gå ind og læse om det. Så jeg synes ikke, man skal ikke sige mere end det der står.” (Interview 2)*

De forskellige forventninger til indholdet i den mundtlige overlevering kan tilskrives, at sygeplejersken på sengeafdelingen ikke formår at finde tid eller ressourcer til at få læst patientens journal inden modtagelsen.

*”...det kræver jo, at de sætter sig ned og læser på patienten, inden de modtager patienten. Og det ved jeg ikke, om de har ressourcer til dernede?” (Interview 2)*

Det kan yderligere tilskrives de forskellige kompetenceniveauer sygeplejerskerne imellem. Det er tydeligt, at de mindre erfarne sygeplejersker har et større behov for at både afgive og modtage rapport end de erfarne og mere kompetente. Det viser dermed, at sygeplejerskens egen kontekst omkring faglig viden og erfaring er af stor betydning for hendes fokus, og de forhold hun tillægger værdi omkring overflytningen.

### 9.3 Sammenfatning af betydningselementerne

Betydningselementerne er udsprunget, af det sygeplejerskerne har sagt under interviewet, og er de forhold, som umiddelbart fremstår klare i tilgangen til empirien. De tre forhold er indflettede i hinanden, og som det fremgår i analysen, er det indimellem kompliceret at tale om et enkelt element uden at undgå, at tankerne bliver ledt hen på et andet.

Tid er et fremtrædende element i forhold til overflytningen. Der bliver ofte i empirien henvist til tid, og tiden bliver omtalt i forskellige sammenhænge som eksempelvis, at have tid, spille tid og den konkrete tid. Sygeplejerskerne giver udtryk for at have brug for god tid til at forberede overflytningen for sig selv og hos patienten. Det er tilsyneladende en ofte lidt tidspresset proces, når patienten overflyttes, og den oplevelse af tidspres gør sig gældende for sygeplejerskerne på begge afdelinger. Desuden udtrykker sygeplejerskerne fra sengeafdelingen tydeligt, at selve tidspunktet for overflytningen har stor betydning for dem.

At være klar er også et fremtrædende element i analysen. Det handler om at være klar til overflytningen på forskellig vis. Sygeplejersken skal med sit faglige skøn mene, at patienten fysisk og psykisk er klar til at komme på sengeafdelingen. Det opleves meget utilfredsstillende både hos sygeplejerskerne på intensiv og sygeplejerskerne på afdelingen, hvis patienten bliver overflyttet før han efter sygeplejerskens faglige vurdering er klar. I elementet at være klar ligger et behov for forberedelse af patienten og især i forhold til det ændrede monitoreringsniveau. Udover at patienten skal være klar, drejer det sig også om at være klar til at modtage på afdelingen og være klar til at fortsætte plejen, der hvor intensiv slipper.

Det sidste element handler om at læse sig til kontinuitet. De udfordringer, der ligger i at anvende den elektroniske patientjournal til gavn for alle sygeplejersker, er tilsyneladende lidt komplicerede. Det kan virke uoverskueligt at læse sig til kontinuiteten og sygeplejerskerne synes den mundtlige rapport er af stor betydning, men der er ikke enighed om formålet med den mundtlige overlevering.

I løbet af denne analyse er der to forhold, der trænger sig på til en yderligere fortolkning. Disse forhold går på de overordnede temaer som jeg har valgt at kalde ”kompetence” og ”ressourcer”. Sygeplejerskernes forskellige kompetenceniveauer skinner igennem i deres tilgang til overflytningen inden for alle tre

betydnings-elementer. Ressourcer bliver også gentagne gange nævnt som en fællesnævner omkring sikring af kontinuitet i overflytningen af patienten. Fortolkningen af disse forhold demonstrerer en dybere hermeneutisk meningsfortolkning, som i højere grad inddrager de kontekstuelle forhold.

#### **9.4 Kompetence og Erfaring**

I det følgende vil jeg fremlægge en analyse og fortolkning, hvor det er mit formål at illustrere betydningen af kompetence og erfaring hos den enkelte sygeplejerske, når patienten skal overflyttes.

Den mindst erfarne sygeplejerske blandt mine informanter er uddannet sygeplejerske for to år siden og har siden da været ansat på den pågældende sengeafdeling. Hun er desuden den yngste af informanterne. Det er særligt kendetegnende for hende i overflytningssituationen, at hun har et stort behov for at modtage en grundig mundtlig rapport, da den giver hende et overblik over patienten i den aktuelle situation. Hun angiver at få mest ud af den mundtlige rapport, da det giver hende en ro og mulighed for at vise patienten at hun har styr på det, uden at skulle spørge for meget ind til ham. Omkring informationer siger hun:

*” Nogen bruger vi måske ikke til noget, andre bruger vi, kan vi bruge til meget. Det er egentlig lidt underordnet, bare det at vi får så meget information som muligt, fordi det giver sådan en ro, og patienten føler ikke at de skal gentage sig selv og fortælle tingene flere gange sådan at der ligesom, vi viser at vi har styr på tingene.”* (Interview 4)

Hun forholder sig hverken kritisk eller reflektivt til informationsmængden, men ønsker at være dækket ind gennem den mundtlige rapport. Hun angiver, at hun ikke altid får læst den skriftlige journal, og hun forholder sig i interviewet ikke til de observationsskemaer som følger med fra intensiv. *”...der er mange af tingene som vi ikke har behov for og skal sidde og læse omkring. Og så er det vi hurtigt opgiver at skulle læse den,...*” Dog siger hun *”Er det en som ikke kender patienten så godt er jeg sandsynligvis nødt til at skulle læse mig lidt mere til det i stedet for.”* Den mundtlige overlevering er således hendes første tilgang til patientens status ved overflytningen. Det tillægger jeg hendes erfarings og kompetenceniveau. Det kan være relativt kompliceret og ikke mindst opleves tidskrævende for den uerfarne sygeplejerske at skulle danne sig et overblik over en patient fra intensiv ved at læse i journalen og hendes behov går i højere grad på informationer, der vedrører patientens her og nu status. Så ved hun, hvor hun skal overtage og fortsætte plejen. *”...hvis det ikke er*

*relevant for den pleje, som der skal være lige nu hos patienten, jamen så har jeg ikke behov for den viden.”* (Interview 4).

Den yngste sygeplejerske fra intensiv, har været ansat længere tid på intensiv end hendes kollega. Men på baggrund af sygeplejerskeuddannelsen er hun den med mindst erfaring. Hun er desuden i gang med en specialuddannelse, som den anden sygeplejerske har gennemført. Hendes interview giver også anledning til fortolkninger, som kan forklares i erfarings og kompetenceniveau. Hun har et behov for at aflevere en mundtlig rapport og synes, det er vigtigt, at sygeplejersken på sengeafdelingen har tid til at lytte.

*”Fordi hun så bliver afbrudt, så føler jeg ikke hun får alt det med jeg fortæller, og jeg fortæller det jo fordi jeg synes, det er vigtigt. Og nogen gange dobbeltfortæller vi eller det gør vi jo tit fordi, vi har skrevet en rapport men så tit så overleverer man det også mundtligt fordi man synes aahh det her, det er altså, I skal altså lige hjælpe ham med pep-fløjten, fordi det kan, gør han ikke selv...”* (Interview 1)

Det er betydningsfuldt for sygeplejersken at sikre sig, at hun har gjort det bedst mulige for påpege særlige behov hos patienten for sygeplejersken. Det kan tolkes som en usikkerhed overfor afdelingens formåen, som muligvis bunder i sparsomt kendskab til sengeafdelingen, da hun overvejende har været på intensiv. Det kan også tolkes som en usikkerhed, i forhold til om den skriftlige rapport er god nok, da det er hendes ansvar at foretage de sidste opdateringer inden overflytningen.

De mindst erfarne sygeplejersker har samtidig det til fælles at patientens oplevelse af utryghed ikke er nærværende hos dem. Sygeplejersken på sengeafdelingen mener ikke, at patienterne er utrygge ved overflytningen, og sygeplejersken fra intensiv oplever ikke, at patienterne er utrygge ved overflytningen, men hun tilkendegiver, at patienterne formentlig føler sig mere alene på sengeafdelingen.

Jeg tolker, at det er sygeplejerskernes erfaringsgrundlag på baggrund af sygeplejerskeuddannelsen, der har betydning for deres behov for dels at modtage og afgive mundtlig rapport, samt deres oplevelse af patientens tryghed, idet det er markant modsat hos de mere erfarne sygeplejersker.

Den anden sygeplejerske fra intensiv har væsentlig flere års erfaring som sygeplejerske og deler ikke de yngres behov for at tale om patienten. *”Hvis der er noget at tale om. Hvis de ikke kan læse sig til de ting der er.”* Det udtrykker en stor



faglig sikkerhed, at det hun har skrevet, er det, der er relevant. Hun har ikke noget behov for at dele eller uddybe sin rapport. ”Jeg tænker, nu er det skrevet i rapporten så må det være godt nok.” Jeg tolker det på ingen måde som ligegyldighed eller manglende engagement, men som en faglig vurdering af hvad der er nødvendigt at bruge sin tid på.

Den mest erfarne sygeplejerske giver udtryk for at sætte stor pris på den mundtlige rapport, fordi den giver hende mulighed for at få spurgt ind til specifikke forhold omkring patienten. Hun angiver desuden et ønske om at få alle observationsskemaerne fra intensiv gjort til journalmateriale, da hun så bedre kan gå tilbage i patientens forløb, hvis hun har behov for dette. Det tolker jeg som stort overblik og faglig kunnen. Hun kender patientgruppen indgående og ved hvad hun vil vide noget om, samtidig med at hun mestrer en anden afdelings observationsskemaer. Hun er specifikt inde omkring nogle af de områder, der kan give anledning til usikre beregninger omkring væskedøgn og sondeernæring. Hun ved således, hvor vanskelighederne opstår og ved samtidig, hvordan hun kan tilegne sig den nødvendige viden.

Hos de mere erfarne sygeplejersker er der ingen tvivl om, at patienterne er utrygge ved overflytningen.

*”De er lidt bekymret over og ligge alene og bange for, altså det er nok især dem, der har været meget syge, hvor de måske ikke selv har oplevet det, men i hvert fald fået af vide hvor tæt de har været på at dø. At de så måske på en eller anden måde har den angst som påvirker dem og det sådan gør at de måske er bange for at være selv. Men hvem det er i forhold til helheden, det ved man ikke i forhold til helheden.” (Interview 3)*

I dette citat fortæller den erfarne sygeplejerske om patienternes utryghed, men hun viser samtidig sin faglige refleksivitet, idet hun viser, at hun har tænkt over, hvordan man kan spotte de patienter, der er særligt utrygge. Det er langt fra det faglige skøn, som den mindre erfarne sygeplejerske udviser.

Denne fortolkning er ikke nyskabende viden, men snarere et praktisk eksempel på den kompetenceudvikling Patricia Benner beskriver i hendes bog ”fra novice til ekspert”. Det betydningsfulde i forhold til dette speciale ligger dog i at kunne fremkomme med så tydelig en fortolkning uden at have haft det som fokus eller end dog med i mine overvejelser i min tilgang til analysen. Forholdene omkring kompetence og erfaring lå

latent i empirien og var påtrængende at beskæftige sig med. Derfor bliver sygeplejerskens kompetence og erfaringsniveau også et betydningsfuldt forhold i overleveringen af den intensive patient.

## **9.5 Ressourcer**

Dette afsnit tager udgangspunkt i, at ressourcer flere gange nævnes, som noget man har eller ikke har på afdelingerne. Det er karakteristisk for intensiv sygeplejerskerne at benævne ressourcer som en mangelvare på sengeafdelingen, hvor sengeafdelingens sygeplejersker tværtimod giver udtryk for at have ressourcer og gode muligheder for at tage sig af patienten fra intensiv. Der er på den måde tydeligvis enten et manglende kendskab til hinandens ressourcer, eller også handler det om det blik, sygeplejersken har for kompleksitet. Der er i empirien belæg for, at sygeplejerskernes vurdering af patientens tilstand, samt hvad der er betydningsfuldt omkring overflytningen, er forskelligt afhængig af erfaring og kompetence. Men udover erfaring og kompetence, så har sygeplejersken et blik for den kompleksitet, hvor i hun arbejder. Kompleksitet handler ikke om at vurdere de komplekse sygeplejebehov hos den enkelte patient, men er i stedet et udtryk, som dækker over det skøn, sygeplejersken anvender i sin vurdering af sit arbejdsfelt. Det vil på intensiv oftest dreje sig om en enkelt intensivpatient og på sengeafdelingen vil det være op til flere patienter, som er den kompleksitet, sygeplejersken skal skønne og manøvrere i.

Sygeplejersken på intensiv arbejder på en afdeling med en høj belægningsprocent på 92%<sup>8</sup>, hvor der ofte ydes en kompleks sygepleje under en høj grad af patientmonitorering. Denne afdeling stiller krav til sygeplejersken om at færdes i et miljø, der er under konstant udvikling på mange fronter. Sygeplejerskerne oparbejder gennem uddannelse og erfaring et blik for den komplekse sygepleje hos den intensive patient, mens afdelingens værdigrundlag også stiller eksplicite krav om den konstante udfordring at skulle leve op til begreberne ”mod, ambitiøs og ordentlig”. Afdelingen har ifølge sit værdigrundlag fokus på patient og pårørende, kommunikation og samarbejde, ledelse, faglig og personlig udvikling.

---

<sup>8</sup> Tallet er gennemsnittet for perioden januar –marts 2010

Sygeplejersken på sengeafdelingen arbejder i en afdeling, hvor der er et stort flow af patienter. Belægningsprocenten er et sted mellem 80-90%<sup>9</sup> og der stilles krav til den enkelte sygeplejerske om at overskue sygeplejen til flere patienter. Samtidig er udvikling og uddannelsessøgende også en stor del af hverdagen. Værdigrundlaget for sengeafdelingen går på en række forhold, som man som medarbejder forpligter sig til overfor de øvrige medarbejdere. Disse er faglig udvikling, et inspirerende arbejdsmiljø, omsorg og tryghed, feedback, information.

Begge afdelingers værdigrundlag er udformet igennem en målrettet indsats blandt store dele af personalet og er derfor ikke fremkommet fra ledelsens side, som noget medarbejderne skal arbejde under, men vurderes, at udtrykke væsentlige værdier i den eksisterende kultur i begge afdelinger, og som et dokument sygeplejerskerne kan relaterer sig til i deres daglige arbejde.

Det er i denne sammenhæng betydningsfuldt, at de på sengeafdelingen i modsætning til intensiv ikke nævner patienten, men udelukkende beskæftiger sig med forhold personalet imellem. Der er, idet man har valgt at lave et medarbejder til medarbejder værdigrundlag, således i sengeafdelingen et tydeligt personaleorienteret fokus, og de arbejder med at sikre den gode patientpleje ved at skabe gode arbejdsrammer for personalet. Komplexiteten som sygeplejersken arbejder i, når hun skal modtage en patient er den afdelingsspecifikke struktur og kultur.

På intensiv indeholder værdigrundlaget væsentligt flere aspekter og inkluderer direkte patienten, som et af de områder sygeplejersken skal forholde sig til. Fordi sygeplejen på intensiv oftest er en til en, bliver patienten en særskilt kompleksitet, og det ligger i afdelingens kultur at arbejde med den enkelte patient, som et arbejdsfelt eller som en kompleksitet.

Dermed ikke sagt at sygeplejersken på sengeafdelingen ikke kan skønne i forhold til den enkelte patient, men hun skal have patienten til at passe ind i den kontekst hun færdes i, som kan betyde, at patienten skal indplaceres i forhold til de andre patienter ud fra de forskellige plejebenhov. På intensiv er det ikke umiddelbart nødvendigt at medtænke de andre patienter i plejen af den enkelte. Den intensive patient er den kompleksitet, sygeplejersken skal overskue, og den enkelte bliver dermed i højere

---

<sup>9</sup> Gennemsnittet for perioden januar-marts 2010 var 80%, men ledende overlæge angiver, at belægningsprocenten oftest er på 90%

grad en arbejdsopgave, der kan skabes individuelle løsninger for, som beskrevet i værdigrundlaget.

Intensivsygeplejerskens blik for kompleksitet hos den enkelte patient giver hende derfor et fokus mod de plejemæssige problemstillinger, der er hos patienten, og som skal videreføres på afdelingen. Det må således betyde, at det kan være svært for hende at forstå og tro på, at sygeplejerskerne på afdelingen har ressourcer til at varetage opgaven. Det forhold, som gør, at afdelingen oplever at have ressourcer, kan skyldes, at idet patienten kører ind ad døren på sengeafdelingen, er han ikke længere en kompleks intensiv patient, men i stedet er han en patient. Det må være netop den overgang, som er kompleks for patienten, og som skaber relocation stress. Patienten ankommer på en afdeling, hvor sygeplejerskerne ikke i samme grad er uddannet til at varetage og have blik for kompleks sygepleje hos den enkelte, men i stedet har opnået erfaring og kompetencer i vurderingen af behovet hos flere patienter, og hvor det handler om at få indplaceret patienten i den kompleksitet, der består af afdelingens struktur, hvor der er et værdibaseret personalefokus, og det forhold må have en betydning i overflytningen af patienten fra intensiv, hvor værdierne er anderledes prioriteret.

En sådan fortolkning kan muligvis synes at basere sig på et spinkelt grundlag. Men der sker en forandring hos og omkring patienten, som muligvis med baggrund i værdierne kan tilskrives den fortolkning at patienten går fra at være kompleksiteten til at blive en del af en kompleksitet, hvor på sygeplejerskens fokus hviler. Hvilket gør det til en betydningsfuld fortolkning set i den store sammenhæng, som handler om at sikre patientens oplevelse af kontinuitet.

Det kan også fortolkes ud fra en mere simpel formodning om manglende kendskab til sengeafdelingens kompetencer og formåen fra intensivsygeplejerskens side. Hvilket i forhold til denne konkrete sengeafdeling kunne være et reelt bud på årsagen til den forskellighed hvormed afdelingens ressourcer vurderes. Den inkluderede sengeafdeling har en del ressourcer, som den enkelte sygeplejerske formentlig kan trække på, i form af specialeansvarlige, udviklingssygeplejersker og lign. Der er også en lidt lavere belægningsprocent på sengeafdelingen end på intensiv og en væsentlig lavere belægningsprocent end på en tilsvarende medicinsk afdeling, hvilket betyder at den inkluderede afdeling formodentlig har gode tids- og personalemæssige ressourcer

i forhold til at modtage komplekse patienter. Denne analyse er ikke endelig og kan formentlig ikke blive det inden for rammerne af dette speciale, da jeg ser mange forklaringsfaktorer og forhold, der kunne undersøges nærmere, men som ikke er inddraget i den aktuelle empiri. Det skyldes i høj grad at spørgsmålet om ressourcer ligger ud over mine oprindelige antagelser omkring, hvad jeg måtte finde af betydningsforhold og dermed udover mine forestillinger om hvilken empiri, der kunne være relevant at indsamle.

## **9.6 Sammenfatning af analyse og fortolkning**

Analysen af den samlede empiri har givet et nuanceret indblik i de betydningsfulde forhold hos sygeplejerskerne omkring overflytningen af den intensive patient. Samtidig har jeg gennem hermeneutisk meningsfortolkning fremstillet, hvordan de kontekstuelle forhold kan have betydning for sygeplejerskens fokus.

Afsnittet indledtes med en kort analyse og fortolkning af, at denne betydningsfulde overgang for patienten ikke er en betydningsfuld situation for sygeplejersken, men i stedet ligger som en arbejdsopgave, der skal løses på bedste vis under de vilkår, der er tilstede.

Analysens første resultater blev inddelt i tre elementer, som har at gøre med *tid*, *at være klar* og *at læse sig til kontinuitet*. Analysen blev foretaget, ud fra det sygeplejerskerne angav som værende betydningsfuldt hos dem i forbindelse med overflytningen.

Det som sygeplejerskerne ikke siger, men som fremstår latent og kommer frem gennem fortolkningen, hvor de kontekstuelle forhold særligt anvendes til at forklare og forstå, er forhold omkring kompetence og erfaring samt ressourcer. Den enkelte sygeplejerskes kompetence og erfaringsniveau har stor betydning for de overvejelser og udvælgelser omkring information, der skal sikre patientens kontinuitet i overgangen. Samtidig er opfattelsen af ressourcer knyttet til den kompleksitet, som sygeplejersken skal arbejde i forhold til. Forstået på den måde at sygeplejerskernes fokus er forskellige de to afdelinger imellem, således at sygeplejerskerne på intensiv fokuserer på den enkelte patient, med al dennes kompleksitet, mens sygeplejersken på sengeafdelingen har sit fokus på en gruppe af patienter og den kompleksitet, der ligger i det, hvilket betyder, at den enkelte patients kompleksitet reduceres. Dette kan være en medvirkende årsag til patientens relocation stress.

## **10.0 Diskussion**

Det følgende afsnit indeholder to diskussioner, hvor den første er en diskussion af resultaterne fra analysen og fortolkningen og den anden er rettet mod metoden og dennes betydning for undersøgelsen.

### **10.1 Diskussion af analyseresultater**

Formålet med specialet var at undersøge hvilke forhold, der er er betydningsfulde ved overleveringen af den intensive patient, og om de kontekstuelle forhold kan afspejles i sygeplejerskens fokus.

Der fremkom umiddelbart tre overordnede betydningsfulde forhold, der benævnes ”tid, at være klar og at læse sig til kontinuitet”. Disse tre forhold er kendetegnet ved at være af fælles betydning for sygeplejerskerne på tværs af afdelingerne om end indimellem med forskellig tilgang til betydningsindholdet. De tre elementer vil i det følgende blive diskuteret med Häggströms og Whittakers studier, der er præsenteret indledningsvis. På trods af, at Meleis teori om transition ikke er præsenteret som direkte teori i dette speciale, men som et argument for emnets berigtigelse, finder jeg teorien relevant i denne sammenhæng, og den vil indgå i diskussionen. Desuden vil mine egne refleksioner indgå, hvor jeg finder, at det har relevans for diskussionen.

#### **10.1.1 Tid**

Tiden er betydningsfuld for sygeplejerskerne på mange måder, og analysen udtrykker også den subjektive værdi, der ligger i betydningen tid.

Overflytningen kan opleves som en tidspresset situation, hvor sygeplejersken ikke oplever at have den nødvendige tid til at forberede og udføre overflytningen i et tempo, hun finder passende. Dette kan også genkendes i Häggströms studie, hvor sygeplejerskerne og så påpeger, at tiden til at forberede og udføre overflytningen i sommetider er minimal på grund af det konstante behov for at skabe sengepladser på intensiv (Häggström, Asplund & Kristiansen 2009). Selve tidspunktet på døgnet var i min undersøgelse af stor betydning for sygeplejerskerne på sengeafdelingen, hvor det var mindre betydningsfuldt for sygeplejerskerne på intensiv, som dog tilkendegav, at overflytninger i aften og nattetimerne ofte var utilfredsstillende, hvilket også afspejler sig i den eksisterende litteratur. Her har studier påvist betydelige konsekvenser i forhold til mortalitet og genindlæggelser på intensiv efter en natlig overflytning (Priestap, Martin 2006). Disse overflytninger forekommer også oftest på baggrund af

et behov for en sengeplads og kan derfor linkes til den akutte overflytning, hvor sygeplejerskens tid til forberedelse af patient og praktiske opgaver er begrænset. I Häggströms studie anvendes tidspunktet ikke om tidspunktet på døgnet, men om det at finde det rette tidspunkt hos den enkelte patient. Sygeplejerskerne i min undersøgelse har, når de taler om tid, et stort fokus på deres egen tid, hvad der passer ind i deres planlægning og organisationens behov. Men kunne formentlig styrke kontinuiteten ved at fokusere på patientens tid. Det er betydningsfuldt for både patient og sygeplejersker, at patienten overflyttes når sygeplejerskerne på afdelingen kan overtage plejen. Samtidig er det betydningsfuldt for organisationen, at ressourcerne går til dem, der har mest gavn af dem (Häggström, Asplund & Kristiansen 2009). Forstået på den måde at man skal forsøge at undgå genindlæggelser, og indlæggelser der er for lange, da begge dele har betydning for patientens rehabilitering. Dermed ikke sagt at en overflytning ikke skal tilpasses en afdelings døgnrytme og mulighed for modtagelse, da det i analysen har vist sig, at det at have god tid omkring overflytningen er af betydning for mulighederne omkring en tilfredsstillende overlevering af patienten, men man kan muligvis med fordel vurdere tidspunktet i et patientperspektiv.

### **10.1.2 At være klar**

Det andet betydningsfulde forhold, som tydeligt fremtrådte i analysen af interviewene, er det *at være klar*. Det er betydningsfuldt for sygeplejerskerne, at de med deres faglige skøn vurderer, at patienten er klar til at blive overflyttet til sengeafdelingen. Det kan genfindes i Häggströms studie, hvor sygeplejerskerne søger sikkerhed for, at patienterne kan håndtere det ændrede plejeniveau, da det er af betydning for sygeplejerskernes oplevelse af kontrol over situationen. Det handler også for sygeplejerskerne om, at patienten er på et behandlings og plejeniveau som modsvarer de ressourcer, der er på afdelingen (Häggström, Asplund & Kristiansen 2009). Blandt mine informanter bliver kompetence ikke nævnt eksplicit, men i forhold til det at være klar på sengeafdelingen til at modtage patienten ligger en forventning fra intensiv og hos sygeplejersken selv om at kunne håndtere eventuelt nyt udstyr. Denne forventning til sig selv og til andre beskrives i Whitakers studie, der har sengeafdelings perspektivet, som en bekymring i forhold til at anvende det rette udstyr til den enkelte patient. Desuden ligger en bekymring hos de erfarne sygeplejersker i retning af, om de mindre erfarne kan tage sig af patient (Whittaker,

Ball 2000). Det bliver i Häggströms studie fremhævet som betydningsfuldt, at der foregår udveksling og uddannelse sygeplejerskerne imellem, når patienterne kommer med nyt udstyr (Häggström, Asplund & Kristiansen 2009). For at sygeplejerskerne kan fastholde kontinuiteten i plejeforløbet, er det således væsentligt, at der foregår en givende vidensudveksling omkring den enkelte patient.

Det er ikke uvæsentligt, at sygeplejerskerne fremhæver at være klar som et af de betydningsfulde forhold omkring overflytningen. Ifølge Meleis er det at være forberedt på transition, med viden og konkrete handlingsstrategier for hvordan man bedst muligt håndterer den, et af de vigtige elementer i faciliteringen af transitionen (Meleis et al. 2000). Ingen af sygeplejerskerne i min empiri gav udtryk for, at have indflydelse på hvorvidt patienten skal overflyttes, men tillægger det en lægelig beslutning, som de udfører. Det må anses som problematisk, at det der er en betydningsfuld overgang for patienten, hvor sygeplejersken med sin viden har rig mulighed for at bidrage til en god transition, i sidste ende opleves som en monofaglig beslutning. I Häggströms studie beskriver sygeplejerskerne, at de ofte forsøger at sænke processen og argumentere mod patienterne (Häggström, Asplund & Kristiansen 2009). Der må kunne arbejdes videre med tværfagligheden inden for dette emne, således at der arbejdes mod en mere individuel og patientcentreret tilgang. Men her har de kontekstuelle forhold en betydning, for uanset om sygeplejersken ikke mener, at patienten er sygeplejemæssigt klar til overflytning, ligger der et konstant behov for at skabe plads på intensiv.

### **10.1.3 At læse sig til kontinuitet**

Det sidste forhold i analysen handler om den dokumentation, der gør, at sygeplejersken kan sikre kontinuiteten af patientens pleje. Sygeplejerskernes tilgang til overleveringen af patienten er meget forskellig, men fælles for dem alle er, at overleveringen handler om at sygeplejersken på sengeafdelingen skal have de bedste muligheder for at sikre kontinuiteten hos patienten. I Häggströms studie bliver muligheden for at forberede sig på patientens ankomst ved at læse journalen betegnet som en af de vigtige måder, hvorpå sygeplejersken kan opnå kontrol (Häggström, Asplund & Kristiansen 2009). Det er problematisk, at der ifølge analysen ikke er afklarede forventninger sygeplejerskerne imellem, i forhold til hvad overleveringen af patienten skal indeholde. Ifølge Häggström er følelsen omkring manglende kontrol hos sygeplejerskerne med til at modvirke samarbejde mellem afdelingerne og derved



bevare kløften mellem de to afdelinger (Häggström, Asplund & Kristiansen 2009). Det er derfor betydningsfuldt at få afklaret forventningerne til hinanden, da det er en væsentlig del af samarbejdet omkring patienten afdelingerne imellem.

De tre betydningsfulde forhold er ydre forhold, som er umiddelbart fremtrædende i empirien. Det er klart, at det er vigtige forhold at få afklaret, idet det er her, sygeplejerskerne oplever konkrete problemer omkring overflytningen og det understøttes af den eksisterende viden som værende elementer i en overflytning, der kan forbedres og arbejdes videre med i en proces, hvor man ønsker at patienten skal få en oplevelse af kontinuitet og gennemgå en sund transition.

Den mere fortolkningsmæssige del af analysen fremkom med nogle bud på, hvor de kontekstuelle forhold har betydning for sygeplejerskens fokus. Disse forhold vil blive diskuteret med relevant litteratur i det følgende afsnit.

## **10.2 Overflytning som arbejdsopgave**

Sygeplejerskerne anser overflytningen af den intensive patient som en del af de opgaver, der skal løses på en arbejdsdag, hvilket muligvis er en del af kernen i den generelle diskussion omkring overflytninger. Den overgang, der har særlig betydning for patienten er ikke særlig for sygeplejersken. Men at diskutere dette uddybende vil betyde at jeg ikke diskuterer direkte op imod min problemformulering og min indledende baggrundsbeskrivelse, men i stedet bevæger mig ind i et andet problemfelt, som bestemt også er et væsentligt aspekt, når sygepleje diskuteres. Min indgangsvinkel til dette område er som nævnt i analysen, at det er både forventeligt og i orden at betragte overflytninger som en arbejdsopgave på lige fod med andre arbejdsopgaver. Men sygeplejerskerne kan formentlig med fordel for patienten tilegne sig viden om de konsekvenser og den betydning en overflytning har for patienten, samt anvende Meleis teori i forståelsen af de elementer en transition indeholder.

## **10.3 Kompetence og erfaring**

Gennem fortolkning af empirien er det tydeligt, at den enkelte sygeplejerskes kompetence og erfaring har betydning, for de behov hun udtrykker at have, og de udfordringer hun påpeger i forbindelse med overflytningen af patienten fra intensiv. Det er som beskrevet i analysen ikke ny viden, at kompetence og erfaring har en betydning i forhold til sygeplejerskernes fokus. Alligevel har jeg ikke fundet studier, der har beskæftiget sig med dette aspekt i forhold til overflytninger. De udvalgte

informanter ligger i den øvre ende af Dreyfus og Dreyfus skalaen, og jeg vurderer dem til at være henholdsvis kompetent, kyndige og ekspert sygeplejersker. Ifølge Benner har det niveau, hvor den enkelte sygeplejerske placerer sig, betydning for tilgangen til sygeplejen (Benner 1995). Hvilket også er det, der afspejler sig i min fortolkning af empirien. Det er en vigtig antagelse indenfor dreyfusmodellen, at færdigheder udvikles med erfaring og mestring af området, og at hvis man insisterer på, at eksperterne skal arbejde efter de samme retningslinjer som noviceerne, så forringes deres præstation (Benner 1995). Det udfordrer den nuværende tankegang indenfor sundhedsvæsenet, hvor kliniske retningslinjer og procedurer er i højsædet, idet der skal implementeres og sikres i forhold til den danske kvalitetsmodel. Der må indenfor en eventuel klinisk retningslinje foreligge en bredde, som styrker de forskellige kompetenceniveauer. Det betyder i forhold til problemformuleringen, at sygeplejerskernes kompetence og erfaringsniveau er betydningsfuldt i forhold til hvordan sygeplejersken anskuer patientens situation og for hendes behov omkring den mundtlige overlevering. Det er således betydningsfuldt for sygeplejerskens fokus. Der er for mig ingen tvivl om at en eventuel klinisk retningslinje kunne hjælpe både den kompetente og den kyndige sygeplejerske til at blive mere fokuseret på hvad der er særligt og betydningsfuldt omkring overflytningen af den intensive patient. Det behov, de udtrykker for at modtage eller afgive så mange informationer som muligt, kan være årsag til, at de ikke ser patientens utryghed, idet de udelukkende fokuserer på de målbare værdier og ikke i deres kompetence niveau er nået til at være opmærksomme på relocation stress i samme grad som eksperten er det.

#### **10.4 Ressourcer**

Ressourcer blev et omdrejningspunkt i fortolkningen, da samtlige sygeplejersker uopfordret nævnte og forholdt sig til ressourcer. Der er imidlertid ikke noget nyt i, at ressourcer fremkommer som et væsentligt forhold i min empiri. I Whitakers studie, som er baseret på både interview og spørgeskemaer, nævner 85 % af informanterne ressourcer som et af de væsentligste problemer i overflytningen af den intensive patient. Der påpeges, at de manglende ressourcer betyder at medarbejderstaben, der kan undervise i sygeplejen til denne patientgruppe er begrænset. Undervisning er betydningsfuldt af to årsager. Dels hjælper det de erfaringsmæssigt yngre sygeplejersker til at håndtere de komplekse behov hos patienten, og dels fremmer det intensivsygeplejerskernes viden om sengeafdelingens sygeplejerskers behov i

overflytningen (Whittaker, Ball 2000). I Häggströms studie bliver betydningen af ressourcer i form af sufficient normering i afdelingen også fremhævet. Det handler både om patientens sikkerhed og om sygeplejerskens tryghed (Häggström, Asplund & Kristiansen 2009). Det er således betydningsfuldt at have de fornødne ressourcer i form af personale og tid. Men i min fortolkning af empirien tyder det på, at opfattelsen af ressourcer er individuel og går på den kompleksitet, som sygeplejersken beskæftiger sig med. I Whitakers studie foreslås der, at sygeplejerskerne ordinerer plejen hos patienten i de første 24 timer efter overflytningen, således at den mindre erfarne sygeplejerske på sengeafdelingen får mulighed for, at samle den information hun har brug for og får mulighed for at anvende sine og afdelingens ressourcer på den bedste måde for patienten, så oplevelsen af kontinuitet sikres. Så i lighed med min fortolkning kan ressourcer forstås både som det reelle antal personer, der er ansat i en afdeling og den tid der er tilstede, men også i høj grad tolkes som den mængde viden, erfaring og kompetence, der er blandt de sygeplejersker, som fordeler kompleksiteterne imellem sig. Denne fortolkning er betydningsfuld, fordi den beskæftiger sig med ressourcer ud fra et synspunkt, som anerkender de kontekstuelle forhold i opfattelsen af hvad man har ressourcer til. Det er vigtigt at arbejde med de forhold som ressourcer dækker over og at sygeplejerskerne forsøger at have et blik for den kompleksitetstanke som adskiller intensiv fra sengeafdelingen. Det er især betydningsfuldt, hvis der skal ske en forbedring af overflytningen og patientens transition, fordi det er sygeplejerskens opgave at facilitere denne transition eller overgang fra intensiv patient til en patient på en sengeafdeling.

## **11.0 Metodediskussion**

Metodevalget bestemmes ud fra det stillede spørgsmål. I dette speciale har jeg anvendt hermeneutikken som videnskabelig metode, samt konkret arbejdet med flere typer af empiri, idet jeg har indsamlet data gennem det semistrukturerede interview og indhentet mere faktuelle data gennem nøgletal og det trykte værdigrundlag fra afdelingerne.

Den hermeneutiske tilgang er gennemgående i hele specialet, som en rettesnor fra den indledende søgning til den endelige fortolkning. På den måde lever mit videnskabsteoretiske ståsted op til Gadamar's udlægning af hermeneutikken ikke som en direkte metode, men som en måde hvorpå man forstår verdenen og erkender at ens

resultater er afhængig af fordomme, historicitet og tradition. Mere konkret har jeg anvendt Kvaless hermeneutiske meningsfortolkning.

Jeg har arbejdet hermeneutisk med min empiri, idet jeg allerede i interviewsituationen og under transskriberingen fik opmærksomheden rettet mod hvilke forhold, der er betydningsfulde hos sygeplejerskerne. Hermeneutikken handler om at kunne veksle mellem og forholde delene til helheden. Det har været vanskeligt at operere med forskellige typer af empiri, hvilket min analyse også bærer præg af, idet empirien som helhed har været vanskelig at anvende. Interviewene har i høj grad fungeret som selvstændig og primær empiri, hvor jeg har vekslet mellem dele og helhed i interviewene og først senere har forholdt det til den øvrige empiri og dermed de kontekstuelle forhold. Men netop ved at foretage analyse og fortolkning af delene i interviewet og se dem i forhold til den kontekst, som den enkelte sygeplejerske er i, synes jeg, at den hermeneutiske cirkel og Gadammers tankegang er anvendt og kommet til sin ret i specialet.

Den hermeneutiske tilgang afspejler sig også i fremlægningsen af min analyse, hvor jeg først fremlægger det umiddelbart sagte blandt sygeplejerskerne, og efterfølgende fremdrager de latente betydninger omkring kompetencer og ressourcer. Det er på den måde helt i overensstemmelse med Kvaless udlægning af den hermeneutiske meningsfortolkning som metode (Kvale, Brinkmann 2009). Samtidig har det både i forhold til processen, men også i forhold til den endelige fortolkning af det latente, virket nødvendigt at fremlægge begge former for analyse og fortolkning.

De begrænsninger jeg umiddelbart og primært ser i min metode går på indsamlingen og udvælgelsen af empiri omkring de strukturelle forhold på hver enkelt afdeling. Det at tegne et billede af en afdeling og give et indblik i de forhold, som sygeplejerskerne arbejder i, er en meget vanskelig opgave, da der formentlig altid vil være aspekter og uskrevne forhold, som ikke kommer frem, men som kan have lige så stor værdi og indflydelse som de faktuelle data og det trykte materiale. Det har især været en vanskelig beslutning om afdelingernes værdigrundlag kunne inddrages i analysen, da de er fremkommet under forskellige forhold og har forskellige hensigter. Der ligger desuden meget trykt materiale på hver afdelingen, som udover værdigrundlaget er med til at tegne afdelingens profil og fundament. Jeg er således helt klar over, at det er en meget snæver selektion af materiale, der ligger til grund for min analyse og

fortolkning. I diskussionen argumenterer jeg gennem andre studier, at der alligevel er belæg for mine fortolkninger, idet resultaterne i nogen grad kan genkendes.

Min egen rolle som interviewer indenfor egen afdeling kan også diskuteres. Det har klart været en udfordring at interviewe kollegaer på intensiv, men det var samtidig også meget nemt at finde sygeplejersker, der havde lyst til at deltage. Udfordringen var især, at arbejde med det aspekt af forskningsinterviewet som Kvale kalder for bevidst naivitet (Kvale, Brinkmann 2009) Det vil sige at forholde sig naivt til det der blev sagt, at sætte mine forudsætninger i parentes samt forholde mig kritisk til dem, og være åben for uventede fænomener. Det betød, at jeg i interviewsituationen flere gange bad informanterne om at uddybe deres svar omkring eksempelvis dokumentationsforhold, selvom jeg er helt bekendt med retningslinjerne for dokumentation. Jeg syntes, at det lykkedes udmærket men kunne godt fornemme, at jeg nogen gange spurgte om forhold, jeg udmærket var klar over sammenhængen i, men hvor det var vigtigt at få informanternes opfattelse, da det ville styrke min empiri. Det var en anden udfordring at komme på sengeafdelingen. Her var det nemt at være naiv, da jeg ingen selvoplevede erfaringer har som sygeplejerske på en sengeafdeling. Det var derfor meget interessant at interviewe sygeplejerskerne på sengeafdelingen, idet min forforståelse var helt anderledes end den jeg mødte intensivsygeplejersken med. Det betyder at jeg stadig kan komme i tvivl om, hvorvidt min empiri fra sengeafdelingen er fyldestgørende og klart fremstillet. Det betød i interviewsituationen, at jeg brugte tid på at forklare, at jeg kom i en rolle som studerende og ikke som repræsentant for intensiv. Men jeg har dog en formodning om, at der i informanternes svar ligger en bevidsthed om min ansættelse på intensiv afdeling og dermed en samarbejdsrelation. Den magtrelation, der altid er i et interview, blev således også meget tydelig på sengeafdelingen, hvor jeg især brugte tid på at præsentere mig, være åben og anerkendende over deres praksis ved at være interesseret i det de fremdrog som betydningsfuldt. Jeg arbejdede således bevidst med magtrelationen og fornemmede, at det var en god relation, idet informanterne ikke anvendte modkontrol, som Kvale nævner (Kvale, Brinkmann 2009), men kun havde brug for en kort udveksling af person og fagspecifikke oplysninger omkring mig for at få lidt igen, hvilket fortsat er i overensstemmelse med Kvale.

På trods af en reflekteret tilgang til min egen og informanternes rolle under indsamling af empiri, har den største udfordring været at fremstille mine fortolkninger

med risiko for at møde uenighed blandt mine informanter, idet jeg oplever at have en moralsk og personlig forpligtelse i forhold til at være anerkendende over dem både personligt og fagligt. Det kan således have haft betydning for min fortolkning, at jeg indimellem har følt mig hæmmet af mit behov for at gøre alle tilfredse. Det har været en udfordring, der var større, end jeg regnede med og især i forhold til afsnittet om kompetence og ressourcer, hvor jeg har fortolket uden at verificere dette med de implicerede. Det er ikke til at sige om en undersøgelse på et andet sygehus havde ændret dette forhold, da det kan skyldes min person, men det er klart et element i fremstillingen af mine fortolkninger, som jeg ikke havde taget højde for, ville være så betydningsfuldt hos mig. Derfor finder jeg det også vigtigt, at formidle at analysen og fortolkningen omkring kompetence og ressourcer i høj grad bygger på en hermeneutisk tilgang til empirien, som i overensstemmelse med Gadamer er betinget af min forståelse. Der vil derfor aldrig være tale om en endegyldig fortolkning, men om min fortolkning ud fra min samlede empiri.

## **12.0 Konklusion**

Specialet tager udgangspunkt i det forhold at flere undersøgelser beskæftiger sig med patienternes oplevelse af overflytningen fra intensiv til sengeafdelingen. Det er et velundersøgt felt og der er enighed om at dette er en særlig vanskelig overgang for patienten, som oplever både fysiske og psykiske problemer, og dermed ikke oplever den kontinuitet i plejen, som Den danske kvalitetsmodel sigter mod. Flere af undersøgelserne angiver at overleveringen sygeplejerskerne i mellem kan forbedres til patientens fordel, og at en del af vanskelighederne skyldes de ændrede kontekstuelle forhold afdelingerne imellem. Da det at identificere og facilitere patientens overgang er kernen i Meleis sygeplejeteori om transition, giver den yderligere argumentation for emnets sygeplejefaglige relevans. Det er således væsentligt at undersøge sygeplejerskeperspektivet i relation til overflytningen, da det tilsyneladende er her, der sker et brud for patienten, hvilket leder hen til specialets problemformulering.

*Hvilke forhold er betydningsfulde hos sygeplejerskerne ved overleveringen af den intensive patient til afdelingen og kan de kontekstuelle forhold på den enkelte afdeling afspejles i sygeplejerskens fokus.*

Gennem hermeneutisk meningsfortolkning af empirien er følgende resultater fremkommet. Først og fremmest er der nogle overordnede elementer, som

sygeplejerskerne angiver, er betydningsfulde for dem i overflytningen af patienten fra intensiv. Det drejer sig om *tid, at være klar og at læse sig til kontinuitet*. Disse betydningselementer er svære at skille fra hinanden og er i specialet præsenteret som indflettede forhold. Igennem diskussionen bliver de behandlet hver for sig, men konklusionen omkring disse forhold er, at de tilsammen og hver for sig er med til at afgøre om overflytningen opleves god eller dårlig hos sygeplejersken.

Sygeplejerskerne vil gerne sikre kontinuiteten hos patienten og vil gerne enten aflevere eller modtage på en sådan måde at det bliver til patientens bedste, men forhold omkring tid, det at være klar og mulighederne omkring dokumentation og mundtlig overlevering kan være enten hæmmende eller fremmende for sygeplejerskens vurdering af kvaliteten i overflytningen. De kontekstuelle forhold har i høj grad indflydelse på betydningselementerne, idet belægningsprocenten og det konstante krav om intensive sengepladser kan være afgørende for sygeplejerskens muligheder i overflytningen. Desuden er der uafklarede forventninger sygeplejerskerne i mellem. Således at det ikke fremkommer entydigt, hvordan overleveringen skal foregå og det er i høj grad op til den enkelte sygeplejerske at vurdere sit eget behov for hvilken og hvor meget information, der mundtligt skal følge med patienten.

Disse resultater er gennem hele analysen præget af den enkelte sygeplejerskes kompetencer og erfaring. Det er meget tydeligt, at sygeplejerskens behov omkring den mundtlige rapport og dokumentationen generelt er bestemt ud fra hendes kompetence og erfaring på baggrund af grunduddannelsen i sygepleje. Det er desuden bestemmende for hendes vurdering af patientens utryghed i overflytningen. Det er tydeligt at kompetence og erfaring giver sygeplejersken mulighed for at selektere i hendes informationsbehov og have et større fokus på mennesket i patienten. Det er på den måde helt i tråd med Benners kompetencestige i fra novice til ekspert (Benner 1995), og dette aspekt kan muligvis med fordel inddrages i en eventuel retningslinje omkring overflytning.

Desuden foretog jeg en fortolkning omkring ressourcer, med udgangspunkt i det forhold at der ligger en uoverensstemmelse i opfattelsen af ressourcer afdelingerne imellem. Konklusionen er, at dette kan skyldes et forskelligt blik for den kompleksitet sygeplejersken arbejder med. Forstået således at sygeplejersken på intensiv har blikket rettet mod en enkelt patient, som er den kompleksitet hun skal arbejde med og

primært forholde sig til. Hvor imod sygeplejersken på sengeafdelingen skal have en række strukturelle forhold på plads omkring tilrettelæggelsen af plejen hos flere patienter, og det er den kompleksitet hun arbejder indenfor. Dette blev fortolket på baggrund af afdelingernes nøgletal og især deres værdigrundlag, som viste sig meget forskellige, idet sengeafdelingens værdigrundlag er baseret på medarbejderrelationen, hvor intensiv afdelingens værdigrundlag eksplicit beskæftiger sig med patienten. Diskussionen omkring ressourcer kunne genfindes i den gennemgåede litteratur, hvor mangelen på personale eller kompetent personale oftest blev fremhævet. Men i min undersøgelse syntes sygeplejerskerne, at de havde gode forhold omkring modtagelsen af patienten, hvilket tolkes som et andet blik for kompleksitet, samt at det er en afdelingen, der ikke er præget af overbelægning.

Slutteligt kan jeg konstatere, at overflytningen af patienter fra intensiv er en betydningsfuld overgang for patienten og en almindelig arbejdsopgave for sygeplejersken. Det er et aspekt, jeg har valgt ikke at diskutere i specialet, men som tydeligt fremkom som resultat i analysen, og som sikkert er kendetegnende, for mange af de overgange patienter gennemgår. Det betydningsfulde i forhold til specialet er at sygeplejersken kan håndtere denne arbejdsopgave, således at patientens transition faciliteres.

Alle de ovenstående forhold er vigtige at have for øje i en situation, hvor der foreligger et ønske om at forbedre overgangen mellem intensiv og sengeafdelingen for patienten. Det er dog ikke en simpel konklusion og således vil det fremadrettet arbejde heller ikke være en simpel udfordring. Det er ikke lige til at arbejde med ressourcer og kompetenceforhold, da de er betinget af den kontekstuelle virkelighed, hvor sygeplejen udspiller sig, og de kontekstuelle forhold har stor betydning, for det fokus sygeplejersken har omkring overflytningen af den intensive patient til sengeafdelingen.

### **13.0 Perspektivering**

Det præger både analyse og diskussion, at sygeplejerskerne på intensiv oplever, det kan være svært at slippe patienten, og at sygeplejerskerne på afdelingen ikke altid er rustet til at varetage og videreføre plejen således at patienten oplever kontinuitet. Der er en masse bagudrettet dokumentation, samt her og nu status, men en måde at sikre kontinuiteten bedre på kunne være at arbejde mere med fremadrettet sygepleje.



Sygeplejerskerne kunne være bedre til at dele viden med hinanden, således at sengeafdelingens sygeplejersker, og de social og sundhedsassistenter som på en sengeafdeling er en stor del af den direkte patientpleje, forstår betydningen af eksempelvis mobilisering og ernæring hos den tidligere intensive patient, som måske hverken har lyst til at komme op af sengen eller spise og drikke. Der kunne være undervisning i forhold til den mere specialiserede sygepleje omkring tracheostomi og sugning.

Sygeplejerskerne på intensiv kunne med fordel indhente mere viden om sengeafdelingens ressourcer og kompetencer, samt eventuel have en folder i afdelingen som beskriver sengeafdelingen. På den måde kan sygeplejersken forberede patienten, på det nye miljø han skal møde, og i forhold til afdelingens kompetencer og ressourcer virker det betydningsfuldt at have et mere reelt billede af, hvad der egentlig er muligt.

Follow-up klinikker til den intensive patient kunne være en måde at få indhentet informationer om patienternes oplevelser både på intensiv, i overgangen og på afdelingen, så der kan ydes en målrettet indsats, der hvor den kræves. Follow up klinikker kan have stor betydning for patientens rehabilitering og for sygeplejersken er det betydningsfuldt at vide, at der foreligger et tilbud til disse patienter efter udskrivelsen.

Endelig synes jeg, at specialet ligger op til et videre arbejde omkring det forhold at det, der er betydningsfulde for patienten, ofte er en arbejdsopgave hos sygeplejerskerne. Det kan have betydning for sygeplejerskens måde og mulighed for at facilitere patientens transition.

## Referencer

- Benner, P. 1995, *Fra novice til ekspert: mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepraksis*, 1. udgave edn, Munksgaard Danmark, [Kbh.].
- Chaboyer, W., Gillespie, B., Foster, M. & Kendall, M. 2005, "The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses' perceptions", *Journal of clinical nursing*, vol. 14, no. 6, pp. 766-775.
- Chaboyer, W., Thalib, L., Alcorn, K. & Foster, M. 2007, "The effect of an ICU liaison nurse on patients and family's anxiety prior to transfer to the ward: an intervention study", *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, vol. 23, no. 6, pp. 362-369.
- Cutler, L. & Garner, M. 1995, "Reducing relocation stress after discharge from the intensive therapy unit", *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, vol. 11, no. 6, pp. 333-335.
- Field, K., Prinjha, S. & Rowan, K. 2008, "'One patient amongst many': a qualitative analysis of intensive care unit patients' experiences of transferring to the general ward", *Critical care (London, England)*, vol. 12, no. 1, pp. R21.
- Gulddal, J. & Møller, M. 1999, *Hermeneutik: en antologi om forståelse*, 1. udgave edn, Gyldendal, [Kbh.].
- Hägström, M., Asplund, K. & Kristiansen, L. 2009, "Struggle with a gap between intensive care units and general wards", *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, vol. 4, no. 3, pp. 181-192.
- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet 2009, *Den danske kvalitetsmodel: akkrediteringsstandarder for sygehuse: 1. version*, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, Århus.
- Kralik, D., Visentin, K. & Van Loon, A. 2006, "Transition: a literature review", *Journal of advanced nursing*, vol. 55, no. 3, pp. 320-329.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009, *Interview: introduktion til et håndværk*, 2. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- Leith, B.A. 1999, "Patients' and family members' perceptions of transfer from intensive care", *Heart & lung : the journal of critical care*, vol. 28, no. 3, pp. 210-218.
- McKinney, A.A. & Deeny, P. 2002, "Leaving the intensive care unit: a phenomenological study of the patients' experience", *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, vol. 18, no. 6, pp. 320-331.
- McKinney, A.A. & Melby, V. 2002, "Relocation stress in critical care: a review of the literature", *Journal of clinical nursing*, vol. 11, no. 2, pp. 149-157.

- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. 2000, "Experiencing transitions: an emerging middle-range theory", *Advances in Nursing Science*, vol. 23, no. 1, pp. 12-28.
- Meleis, A.I. & Trangenstein, P.A. 1994, "Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission", *Nursing outlook*, vol. 42, no. 6, pp. 255-259.
- Munch Kristiansen, H., Buus, N., Tingleff, E.B. & Blach Rossen, C. 2008, "Litteratursøgning i praksis: begreber, strategier og modeller", *Sygeplejersken*, vol. 108, no. 10, Tillæg, pp. 2-8.
- Odell, M. 2000, "The patient's thoughts and feelings about their transfer from intensive care to the general ward", *Journal of advanced nursing*, vol. 31, no. 2, pp. 322-329.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. 2006, *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*, 6. edition edn, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Pa.
- Priestap, F.A. & Martin, C.M. 2006, "Impact of intensive care unit discharge time on patient outcome", *Critical care medicine*, vol. 34, no. 12, pp. 2946-2951.
- Strahan, E.H. & Brown, R.J. 2005, "A qualitative study of the experiences of patients following transfer from intensive care", *Intensive & critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*, vol. 21, no. 3, pp. 160-171.
- Whittaker, J. & Ball, C. 2000, "Discharge from intensive care: a view from the ward", *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 16, no. 3, pp. 135-143.
- Wu, C.J. & Coyer, F. 2007, "Reconsidering the transfer of patients from the intensive care unit to the ward: a case study approach", *Nursing & health sciences*, vol. 9, no. 1, pp. 48-53.

## **Bilagsliste**

Bilag 1: Den Danske Kvalitetsmodel. Standard 2.3.2 og 2.17.4

Bilag 2: Interviewguide

Bilag 3: Breve til indsamling af nøgletal

Bilag 4: Informeret samtykke

Bilag 5: Værdigrundlag sengeafdeling

Bilag 6: Værdigrundlag intensiv afdeling.

## Bilag

### Bilag 1. Den Danske Kvalitetsmodel

#### DDKM 2.3.2

#### 2.3.2 SUNDHEDSFAGLIG KONTAKTPERSON (2/3)

|   |   |
|---|---|
| <b>Standardbetegnelse</b>                     | <b>Koordinering og kontinuitet</b><br><b>2.3.2 SUNDHEDSFAGLIG KONTAKTPERSON (2/3)</b>   |
| <b>Standard</b>                               | Der udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson, som tilknyttes den enkelte patient med særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb.   |
| <b>Standardens formål</b>                     | At sikre: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ koordinering af de sundhedsfaglige ydelser under indlæggelse og i ambulante forløb</li><li>▪ information til patient og pårørende om forløbet</li></ul>   |
| <b>Målgruppe (ansvarlig)</b>                  | Ledere og medarbejdere, der er involveret i behandling af patienter   |
| <b>Anvendelsesområde</b>                      | Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter   |
| <b>Opfyldelse af standarden</b>               | <b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>  |
| <b>Trin 1:<br/>Retningsgivende dokumenter</b> | <b>Indikator 1</b><br>Der foreligger retningslinjer, der beskriver den sundhedsfaglige kontaktpersons funktion, opgaver og ansvar, herunder: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ at den sundhedsfaglige kontaktperson er direkte involveret i patientforløbet (dvs. medvirker ved levering af en eller flere sundhedsfaglige ydelser i forløbet)</li><li>▪ at der er udpeget en sundhedsfaglig kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelsen</li><li>▪ at den sundhedsfaglige kontaktperson sikrer, at udskrivelsen planlægges</li><li>▪ at der for ambulante patienter med mere end ét ambulante besøg er</li></ul> |

|   |  |
|---|--|
|   | <p>udpeget en sundhedsfaglig kontaktperson</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ at navnet på den sundhedsfaglige kontaktperson er oplyst til patienten både mundtligt og skriftligt (eksempelvis visitkort)</li> <li>▪ at patienten har fået oplyst, hvad ordningen indebærer</li> <li>▪ at funktionen som sundhedsfaglig kontaktperson ved fravær og i forbindelse med overflytning overdrages</li> </ul>   |
| <p><b>Trin 2:</b><br/><b>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b></p> | <p><b>Indikator 2</b><br/>Ledere og medarbejdere kender og anvender retningslinjerne.</p>  |
| <p><b>Trin 3:</b><br/><b>Kvalitetsovervågning</b></p>                                       | <p><b>Indikator 3</b><br/>Er der dokumentation for, at der er udpeget en navngiven sundhedsfaglig kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelse?</p> <p><b>Indikator 4</b><br/>Er der dokumentation for, at der er udpeget en navngiven sundhedsfaglig kontaktperson senest ved det andet ambulante fremmøde?</p> <p>Vejledning til indikator 3 og 4<br/>Såfremt data findes i organisationens elektroniske systemer, foretager enheden audit af disse data 2 gange årligt. Indikatorerne opgøres hyppigere end hvert halve år, hvis dette er aftalt mellem regionerne og ministeriet.</p> <p>Såfremt indikatorerne ikke findes elektronisk, indgår de i den halvårige journalaudit på kirurgiske, dagkirurgiske og andre somatiske samt psykiatriske enheder. For specifikation se bilag 3.</p> <p><b>Indikator 5 – psykiatri</b><br/>Der gennemføres audit på baggrund af De Landsdækkende Psykiatriundersøgelser vedrørende spørgsmålet: "Var du tilfreds med kontakten med din(e) kontaktperson(er)?"</p> <p><b>Indikator 5 – somatik</b><br/>Der gennemføres audit på baggrund af Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) vedrørende spørgsmålet: "Oplevede du, at én eller flere kontaktpersoner på afdelingen (i ambulatoriet) havde særligt ansvar for dit forløb (undersøgelses-/behandlingsforløb)?"</p> |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Trin 4:</b><br/><b>Kvalitetsforbedring</b></p> | <p><b>Indikator 6</b><br/>På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedringer, jf. Kvalitets- og risikostyring, standard 1.2.4.</p>   |
| <p><b>Referencer</b></p>                             | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, kap. 5. Bekendtgørelse af sundhedsloven med eventuelle senere ændringer</li> <li>2. Lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien med senere ændringer</li> <li>3. Aftale af 11. juni 2004 om amternes økonomi i 2005</li> </ol> |

## DDKM 2.17.4

### 2.17.4 INFORMATION VED OVERFLYTNING MELLEM ENHEDER OG INSTITUTIONER (4/4)

|   |   |
|---|---|
| <b>Standardbetegnelse</b>                     | <b>Overdragelse</b><br><b>2.17.4 INFORMATION VED OVERFLYTNING MELLEM ENHEDER OG INSTITUTIONER (4/4)</b>   |
| <b>Standard</b>                               | Når en patient overflyttes til en anden enhed på samme eller en anden institution, videregives relevant og dækkende information.  |
| <b>Standardens formål</b>                     | At sikre: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ at patienten oplever overflytninger som koordineret</li><li>▪ relevant information ved overflytninger</li></ul>   |
| <b>Målgruppe (ansvarlig)</b>                  | Ledere og medarbejdere, der er involveret i behandling af patienter   |
| <b>Anvendelsesområde</b>                      | Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter   |
| <b>Opfyldelse af standarden</b>               | <b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>  |
| <b>Trin 1:<br/>Retningsgivende dokumenter</b> | <b>Indikator 1</b><br>Der foreligger retningslinjer for overflytning mellem enheder og institutioner.<br><br>Retningslinjerne omfatter som minimum en oversigt over, hvad der skal udarbejdes og overdrages ved overflytninger, herunder: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ årsag til overflytning</li><li>▪ en opdateret behandlingsplan med oplysninger om patientens diagnose, forløb, hidtidige behandling og planlagte undersøgelser</li><li>▪ en opdateret sygeplejestatus med oplysninger om bl.a. plejeplan og aftaler indgået med primærsektoren</li><li>▪ oplysninger om patientens aktuelle, ordinerede lægemidler (lægemiddelliste/medicinstatus)</li><li>▪ dokumentation for, at patienten om muligt er gjort bekendt med årsagen til overflytningen</li></ul> |



|   |   |
|---|---|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ oplysninger om orientering af pårørende, jf. Patientinddragelse, standard 2.1.3</li> <li>▪ videregivelse af information i akutte situationer</li> </ul> <p>Retningslinjerne er koordineret med Patienttransport, standard 2.18.1.</p>  |
| <b>Trin 2:</b><br><b>Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b> | <b>Indikator 2</b><br>Ledere og medarbejdere kender og anvender retningslinjerne.   |
| <b>Trin 3:</b><br><b>Kvalitetsovervågning</b>                                       | <b>Indikator 3</b><br>Der gennemføres audit på baggrund af Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) vedrørende spørgsmålet: "Hvordan vurderer du, at din overflytning mellem forskellige afdelinger var tilrettelagt?".<br><br>Vejledning<br>Spørgsmålet indgår ikke i De Landsdækkende Psykiatriundersøgelser, da patienterne spørges før udskrivelsen. |
| <b>Trin 4:</b><br><b>Kvalitetsforbedring</b>  | <b>Indikator 4</b><br>På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedringer, jf. Kvalitets- og risikostyring, standard 1.2.4.   |
| <b>Referencer</b>   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008. Bekendtgørelse af sundhedsloven med eventuelle senere ændringer</li> <li>2. Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger med eventuelle senere ændringer</li> </ol>  |

## **Bilag 2. Interviewguide**

### **Interviewguide**

#### **Indledning**

Hej. Tak fordi du vil deltage i et interview.

Interviewet drejer sig om overflytningen af patienter fra intensiv til stamafdeling. Mere specifikt vil jeg også gerne vide noget om overleveringen sygeplejerskerne imellem.

#### **Indledning**

*Hvornår starter en overflytning for dig? Hvornår mener du at processen omkring patientens overflytning starter?*

*Hvad tænker du på når du får at vide at du skal modtage en patient fra intensiv?*

*Synes du at du har indflydelse på overflytningen?*

#### **Gode overflytninger/overleveringer**

Spørgsmål til konkrete situationer:

*Kan du fortælle mig om en overflytning, du synes var god?*

Uddybende

*Hvad gør en overflytning rigtig god og tilfredsstillende? Eller bruge opfølgende spørgsmål som henviser til det sagte.*

Specificerende i forhold til overleveringen.

*Hvad skal der til for at du synes at overlevering til/fra sygeplejersken er god?*

*Hvad er vigtigt for dig at fortælle/at få af vide i forbindelse med overleveringen?*

#### **Dårlige overflytninger/overleveringer**

Konkret situation.

*Kan du fortælle mig om en overflytning, som du ikke var tilfreds med?*

Uddybende

*Hvad gør, at en overflytning bliver særligt utilfredsstillende? Eller bruge et opfølgende spørgsmål. Spørge mere ind til det sagte.*

Specifikt i forhold til overleveringen:

*Oplever du nogle faktorer sygeplejerskerne imellem, som giver en utilfredsstillende overlevering?*

## **Relocation stress**

*Oplever du at patienterne er utrygge før/efter/i forbindelse med overflytningen?*

Ved behov stille uddybende spørgsmål. Ex *Kan du fortælle mere om det?*

## **Afrunding**

*Oplever du at intensiv sygeplejersken ved hvad du har brug for at vide?/ Ved du hvad de har brug for at vide på sengeafdelingen?*

*Hvordan tror du at overflytningen kan blive bedre?*

*Hvad kan sygeplejerskerne gøre bedre i forhold til overleveringen? (Kunne Sygepl. Fra afdelingen hente patienten?)*

*Jeg har ikke flere spørgsmål. Har du noget du gerne vil sige eller spørge om?*

## **Undersøgelsesspørgsmål, der skal afklares, er:**

- *Forholder sygeplejersken sig til relocation stress hos patienten?*
- *Hvilke forberedelser og tanker gør sygeplejersken forud for overflytningen af patienten?*
- *Hvilke elementer anser sygeplejersken som betydningsfulde i forhold til selve overleveringen?*

For at opnå tilstrækkelig meningsafklaring anvendes opfølgende spørgsmål på baggrund af min viden om emnet. Disse er uplanlagte, men udspringer forhåbentlig af situationen og aktiv lytning.

Det er således et semistruktureret deduktivt interview.

Efter interviewet bruge tid på noter, der beskriver umiddelbare indtryk.

## Bilag 3. Breve til indsamling af nøgletal

### Til Intensiv afdeling

Kolding d. 8 april 2010

Kære Afdelingssygeplejerske xxx.

I forbindelse med mit kandidatspeciale ønsker jeg at indhente en række nøgletal, der kan være beskrivende for de organisatoriske forhold sygeplejerskerne arbejder under. Jeg håber derfor, du kan være behjælpelige i forhold til denne opgave.

De konkrete nøgletal består af følgende.

- Antallet af intensive sengepladser.
- Antallet af indlæggelser og udskrivelser på et år.
- Belægningsprocenten på de intensive senge.
- Sygeplejerskenormeringen pr. patient.
- Antal ansatte sygeplejersker som varetager plejen af intensive patienter på afdelingen.
- Hvis det kan fremskaffes, kunne det være interessant at kende antallet af overflytninger til DKC.
- Afdelingens værdigrundlag.

Selvom nøgletal er hårde facts, modtager jeg gerne yderligere beskrivelser, som kan være relevante for at få et fuldstændigt indblik i afdelingens strukturelle forhold. Jeg er klar over at intensiv også rummer et intermediært og et opvågningafsnit, hvorfor antallet af ansatte sygeplejersker ikke kun dækker intensiv. Mit fokus er imidlertid intensiv, men eventuelle forhold som kan være relevante for en præsentation af afdelingen og forståelse af strukturelle forhold må meget gerne medtages.

Materialet kan sendes til mig privat på min adresse eller via mail. Jeg vil også gerne spare dig ulejligheden og afhente materialet på afdelingen.

Med venlig hilsen

Christina Frølund, stud.cur.

Hvedemarken 31

6000 Kolding

[christina@froelund.dk](mailto:christina@froelund.dk)

tlf. 61665212

## Til Sengeafdelingen

Kolding d. 18 april 2010

Kære Udviklingssygeplejerske xxx.

I forbindelse med mit kandidatspeciale ønsker jeg at indhente en række nøgletal, der kan være beskrivende for de organisatoriske forhold sygeplejerskerne arbejder under. Jeg håber derfor, du kan være behjælpelig i forhold til denne opgave.

De konkrete nøgletal består af følgende.

- Antallet af sengepladser.
- Antallet af indlæggelser og udskrivelser på et år.
- Afdelingens belægningsprocent.
- Sygeplejerskenormeringen pr. patient.
- Hvis det kan fremskaffes, kunne det være interessant at kende antallet af overflytninger fra intensiv til DKC.
- Afdelingens værdigrundlag.

Selvom nøgletal er hårde facts, modtager jeg gerne yderligere beskrivelser, som kan være relevante for at få et fuldstændigt indblik i afdelingens strukturelle forhold. Det kan eventuelt være forhold omkring undervisning og udvikling i afdelingen.

Materialet må meget gerne sendes til min mail. Jeg kan også spare dig afhente materialet på afdelingen.

Hvis du skulle have nogle spørgsmål så kontakt mig endelig.

Med venlig hilsen

Christina Frølund, stud.cur.

Hvedemarken 31

6000 Kolding

[christina@froelund.dk](mailto:christina@froelund.dk)

tlf. 61665212

## **Bilag 4. Informeret samtykke**

### **Informeret samtykke**

Formålet med undersøgelsen er at undersøge betydningsfulde forhold omkring overflytningen af en patient fra intensiv, med særligt fokus på overleveringen sygeplejerskerne imellem.

Deltagelsen er frivillig og du kan til enhver tid vælge at afbryde din medvirken.

Lydoptagelserne fra interviewet vil blive transskriberet og slettet efter brug.

Alle oplysninger vil blive fremstillet anonymt, dog kan der være en risiko for, at du i det endelige speciale kan genkende egne udtalelser.

Der kan forekomme yderligere formidling på baggrund af specialet.

Jeg bekræfter ved min underskrift, at jeg er blevet informeret om undersøgelsen og eventuelle implikationer, og at jeg frivilligt vælger at deltage i interviewet.

Dato / Underskrift fra deltager

Dato/ Underskrift Interviewer

Med venlig hilsen

Christina Frølund, sygeplejerske, stud. cur

## Bilag 5. Værdigrundlag: Sengeafdeling

Værdigrundlag medarbejder-medarbejder

27-05-10

# VÆRDIGRUNDLAG

medarbejder - medarbejder

**Alle har behov for**

**Jeg forpligter mig til**

### FAGLIG UDVIKLING

- at bidrage til problemløsning med løsningsmuligheder
- at tage aktivt del i nye tiltag
- at give plads og tid til faglig udvikling

### ET INSPIRERENDE ARBEJDSMILJØ

- at tilbyde hjælp og hjælpe hinanden med arbejdet, også på tværs af grupperne
- at møde glade og positive på arbejde
- at møde med en positiv indstilling til arbejdet

### OMSORG OG TRYGHED

- at sige goddag og farvel til kolleger
- at være opmærksom på hinandens trivsel
- at overholde aftaler

### FEED-BACK

- at give kritik direkte til kolleger i stedet for til tredje mand
- at sige det til hinanden når nogen har gjort noget godt
- at spørge hinanden når vi er usikre

### INFORMATION

- at holde mig à jour med afdelingens procedurer via personalemøder, torsdagsmøder, nyhedsbog og intranet
- at informere om nye tiltag

## Bilag 6. Værdigrundlag: Intensiv afdeling

Intensiv Afdeling

### Værdier for Intensiv Afdeling

**Vision:**  
Vi vil være regionens bedste intensivafdeling

**Vi har værdier fordi**

- vi vil holde fokus på vores vision
- vores værdier har betydning for vores daglige arbejde
- vi vil kunne håndtere de ændrede vilkår for afdelingen og sygehuset
- det er et led i profilering af afdelingen
- vi ønsker at fastholde og rekruttere dygtige medarbejdere
- vi fortsat vil udvikle vores gode arbejdsplads

**Mod - Ambitiøs - Ordentlighed**

**Ordentlighed i ord og handling**

**Patient og pårørende**  
- eksempler herpå kan være

- at vi alle i relationen optræder med værdighed og respekt
- at vi kender og respekterer kliniske og administrative retningslinjer

**Kommunikation og samarbejde**  
- eksempler herpå kan være

- at være lydhør i samarbejde og følge fælles værdier
- at kommunikationen er tilpasset den enkelte situation
- professionel kommunikation

**Ledelse**  
- eksempler herpå kan være

- tydelighed
- vilje til at lede og blive ledet
- er konstruktiv medarbejder
- nærværende i ledelsessituationer



## Mod - Ambitiøs - Ordentlighed

## Mod - Ambitiøs - Ordentlighed

### Mod til at udfordre og blive udfordret

#### Patient og pårørende

- *eksempler herpå kan være*
- Vi skaber mulighed for, at nære pårørende kan være tilstede på stuen
- Tænke og handle kreativt og utraditionelt i forhold til den enkelte patient og dennes pårørende

#### Kommunikation og samarbejde

- *eksempler herpå kan være*
- mod til at sætte sig selv i spil
- at give og modtage feedback
- at håndtere konflikter og problemstillinger
- at være rollemodel

#### Ledelse

- *eksempler herpå kan være*
- som leder, ansvarshavende og stjernesygeplejerske at have mod til at være instruerende, koordinerende, støttende og delegerende
- at den enkelte medarbejder har mod til at prioritere og lede eget arbejde
  - og har opmærksomhed på, at afdelings øvrige opgaver løses

#### Faglig og personlig udvikling

- *eksempler herpå kan være*
- uddanne og udvikle trods mangel på personaleressourcer
- åbenhed og parathed over for forandringer
- at udfordre og skabe positiv debat

### Ambitiøs på egne og andres vegne

#### Patient og pårørende

- *eksempler herpå kan være*
- at give den enkelte lidt mere end de forventer
- tilbyde det højeste niveau af pleje og behandling i samarbejde med patient og pårørende
- vi lærer af og interesserer os for vores patienter og pårørende
- vi udvikler individuelle og unikke servicetilbud i behandling og pleje

#### Kommunikation og samarbejde

- *eksempler herpå kan være*
- vi samarbejder professionelt med alle relevante kontakter
- vi er åbne og imødekommende

#### Ledelse

- *eksempler herpå kan være*
- at vi har et lederskab, der understøtter et miljø, der emmer af idérigdom og udvikling
- optimale rammer for læring for såvel studerende, kursister og nye erfarne medarbejdere

#### Faglig og personlig udvikling

- *eksempler herpå kan være*
- vi vil være anerkendt på landsplan som intensivafdeling med høj faglig ekspertise
- at den enkelte oplever faglig og personlig anerkendelse og udvikling
- respektere og deltage aktivt i nye tiltag