



Perspektiver på legevisitten

- en kvalitativ studie om legevisittens betydning for pasienter, sykepleiere og leger

Sofia E. Olsen

Veileder: Bjørg Christiansen

Masteroppgave i klinisk sykepleievitenskap

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for sykepleie

Kull 2008 deltid

12. februar 2013

SAMMENFATNING

Formål: Denne studien er en empirisk studie der det er undersøkt hva legevisitten betyr for pasienter, sykepleiere og leger. Legevisitten blir gjennom studiens forskningsspørsmål undersøkt og belyst med tanke på utforming og med tanke på den samhandling som foregår mellom deltakerne. Studiens hensikt er å bidra til økt kunnskap om legevisitten i en norsk kontekst.

Teoretisk forankring: Et systematisk litteratursøk viste at det var behov for å utforske legevisitten i lys av perspektivene til pasienter, sykepleiere og leger i en norsk setting. Studien er inspirert av fenomenologisk tenkning og er gjennomført i tråd med Giorgis (2009) metode. I diskusjonskapitlet blir resultatene diskutert med hjelp av litteratur hentet fra samhandlingsteori, rolleteori og historikk.

Metodologi: Studien har en deskriptiv-eksplorativ kvalitativ design. For å besvare studiens problemstilling ble dybdeintervjuer gjennomført med hjelp av en semi-strukturert intervjuguide. Fire pasienter, tre sykepleiere og tre leger ble intervjuet på en medisinsk sengepost på et norsk universitetssykehus. Dataene ble analysert med hjelp av Giorgis metode (Giorgi, 2009).

Resultater: Resultatene viser at pasienter først og fremst ønsker å få informasjon av legen vedrørende sin sykdom og hvordan de skal leve med sykdommen. De opplever at de har god kommunikasjon med legene, men snakker lite med sykepleier i legevisitten. Den mest fremtredende ulempen med legevisitten fra pasienters synsvinkel kan sies å være at de ikke får vite hvilken lege som kommer til dem og heller ikke *når* legen kommer. Sykepleierne setter mer pris på previsitten med legene enn selve visitten til pasientene, fordi de da føler seg mer delaktige. Denne delaktighet er dog avhengig av hvorvidt legene involverer sykepleierne. Sykepleierne opplever at i visitten til pasientene, står de i bakgrunnen og har lite kontakt med både lege og pasienter. Sykepleierne går derfor ofte "ettervisitt" til pasientene for å utdype nærmere det som ble sagt under visitten. Sykepleierne opplever en balansegang mellom sine assistentoppgaver mot legene og sine selvstendige oppgaver mot pasientene. For legene handler legevisitten i stor grad om å innhente informasjon gjennom forskjellige kilder og om å utveksle informasjon mellom leger, pasienter og sykepleiere. Informasjonen som utveksles handler om pasientenes sykdommer og deres behandling. Legene strever mot å oppnå enighet med pasientene, og de er fornøyde med samhandlingen med sykepleiere både i previsitt og

visitten til pasientene. Sykepleiere og leger er klar over at taushetsplikten ikke blir overholdt på flermannsstuer, og at "sensitive" temaer derfor ikke blir tatt opp under legevisitten på flermannsstuer. Pasientene forteller dog at det gjør verken fra eller til om det er medpasienter til stede som kan lytte på samtalen mellom pasient og helsepersonell.

Konklusjon: Resultatene viser at pasienter, sykepleiere og leger har ulike perspektiver på legevisitten og har derfor også ulike forventninger til sin egen og andres deltakelse i legevisitten. Disse forventninger er dog ikke noe som deltakerne taler åpent om seg imellom. Til tross for at man kan se bevegelse og forandring i pasient-, sykepleier- og legerollene i visitten, kan ting tyde på at legevisitten til stor del fortsatt er preget av sin tradisjon. Studien konkluderer med at det finnes behov og potensial for at deltakerne tydeliggjør sine ønsker og forventninger til hverandre og til legevisittens utforming og funksjon.

Søkeord: legevisitt, lege-pasient, sykepleier-lege, sykepleier-pasient

SUMMARY

Purpose: This thesis is an empirical study on what the ward round means to patients, nurses and physicians. The ward round is explored by focusing on the execution as well as the interaction between the participants. The aim of the study is to contribute to increased knowledge on the meaning of the ward round in a Norwegian context.

Literature review: A systematic review show that there is a need to study the ward round in the perspectives of patients, nurses and physicians in a Norwegian context. The study is inspired of phenomenological thinking and is conducted according to Giorgis (2009) method. The results are discussed with help of literature on interaction, role-theory and history.

Methodology: The study has a descriptive-explorative qualitative design. To answer the research questions, in-depth interviews were conducted by the hand of a semi-structured interview guide. Four patients, three registered nurses and three physicians were interviewed in a medical hospital ward. The data was analyzed according to Giorgi (2009).

Results: The results show that patients primarily want information from the physician regarding their illness and how to live with that illness. They say they experience a good dialogue with physicians, but have little contact with nurses during the ward round. The biggest challenge to the patients seems to be that they do not know which physician they will meet from day to day, or what time the ward round will take place. During the round to the patients, the nurses experience that they are standing in the background and have little contact with both patients and physicians. As a result of this the nurses often make an “after round” to the patients to further explain what was being said during the ward round. The nurses appreciate the meeting with the physicians before the ward round more than the actual round, because the meeting makes them feel more included. This inclusion is however dependent on the physicians acceptance. The nurses try to find the balance between their function as an assistant to the physician, and their independent function towards the patients. The physicians use the ward round to gather information from different sources, and exchange information with the patients and nurses. The information is about the patients’ illnesses and their treatment. The physicians want to come to an agreement with the patients, and they are satisfied with the interaction with nurses both in the meeting before the round, and during the ward round. Nurses and physicians are both aware of that confidentiality is not properly preserved in rooms with several patients. Topics that are considered as “sensitive” are not

talked about in rooms with several patients. The patients however are not concerned about this fact at all.

Conclusion: The results show that patients, nurses and physicians have different perspectives on the ward round and therefore also have different expectations to their own and to others roles during the ward round. The participants do however seem to not talk about this with each other. In spite of the movements and changes in the different roles during the ward round, it seems that the ward round is still influenced by its tradition. The study concludes that there is room for improvements in the ward round for the participants to talk about their needs and expectations to one another, and about the function of the ward round.

Keywords: ward round, physician - patient, nurse - physician, nurse-patient

Forord

Denna uppsatsen utgör den avslutande delen i ett masterstudium i klinisk sykepleievitenskap på totalt 120 studiepoeng på Høgskolen i Oslo og Akershus. Det har varit ett intressant studium och jag är glad för allt jag har fått lära mig under dessa åren. Jag har många gånger under studiets gång förundrat mig över hur mycket jag inte visste något om tidigare.

Uppsatsen har dock tagit längre tid än det som var planlagt och det har inte varit helt oproblematiskt att genomföra studiet vid sidan av fulltidsjobb. Jag har också haft som ett personligt mål att jag i förbindelse med uppsatsskrivandet, skulle lära mig skriva på norska. Detta har dock gått ut över tidsramarna, men jag kom i mål till slut.

Jag har funnit stor inspiration genom den litteratur jag har läst av diverse filosofer och teoretiker, i tillägg till vetenskapliga artiklar. Som svensk sjuksköterska har jag tidigare bara haft ett hastigt och flyktigt bekantskap med Kari Martinsens litteratur. Men under studiens gång har jag börjat uppskatta det hon skriver alltmer och mer, och jag gläder mig nu till att få tid till att läsa mer av henne. En annan viktig inspirationskälla är den tid jag tillbringat med mina studiekamrater både på seminarer på skolan och i möten utanför skolan. Den gemenskapen vi har haft har varit ovärderlig för mig och har gett mig energi att fortsätta studiet även när det har varit uppförsbackar.

Jag vill först och främst tacka den sjukhusavdelning där undersökelsen blev genomförd. Jag kände att jag blev gott mottagen och att det blev lagt till rätta för att jag skulle kunna genomföra intervjuerna. Jag vill också tacka min veileder, Bjørg Christiansen och övrig personal på Høgskolan i Oslo og Akershus. Tack till Fredd och Peder som har hjälpt mig med det norska språket otaliga gånger. Jag vill tacka mina vänner som har varit tålmodiga med att jag har varit fysiskt och mentalt frånvarande under lång tid. Allra mest vill jag tacka min familj som stöttat mig utan reservation under denna tiden. Tack Fredd, för uppmuntring och praktisk hjälp i hemmet! Tack Alexander, för ditt tålmod och förståelse för din något distré mamma!

Sofia E. Olsen

Bærums Verk, 12. Februari 2013

INNHOLDSFORTEGNELSE

Sammendrag	1
Summary	3
Forord	5
INNHOLDSFORTEGNELSE	6
1.0 INNLEDNING	10
1.1 Aktuell forskning	11
1.2 Problemområde og hensikt	14
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål	15
2.0 TEORI	16
2.1 Legevisitten i et historisk lys	16
2.2 Rolleteori	18
2.2.1 <u>Pasientrollen</u>	20
2.2.2 <u>Sykepleierollen.</u>	22
2.2.3 <u>Legerollen.</u>	23
2.3 Samhandlingsteori	25
<u>2.3.1 Tverrfaglig samhandling mellom helsepersonell.</u>	26

3.0 DESIGN OG METODE	29
3.1 Design	29
3.2 Metodologi og metode.	29
<u>3.2.1 Metodologisk forankring.</u>	29
<u>3.2.2 Kvalitativ forskning</u>	30
<u>3.2.3 Inspirasjon fra fenomenologi og hermeneutikk.</u>	30
<u>3.2.4 Livsverden, åpenhet og ”å sette i parentes”.</u>	32
<u>3.2.5 Giorgis deskriptivt fenomenologiske metode.</u>	33
3.3 Forskningsfelt og utvalg	34
<u>3.3.1 Sengeposten</u>	34
<u>3.3.2 Informantene.</u>	35
3.4 Gjennomføring av studien.	36
3.5 Intervjuer.	37
<u>3.5.1 Semi-strukturert intervjuguide.</u>	38
<u>3.5.2 Praktisk gjennomføring av intervjuer.</u>	39
3.6 Transkribering.	40
3.7 Fra analyse til resultater.	41
3.8 Forskningsetiske implikasjoner.	43
4.0 RESULTATER	44
4.1 Pasienters perspektiver på legevisitten.	44
<u>4.1.1 Pasienter ønsker informasjon.</u>	45
<u>4.1.2 Uvisshet og lite kontinuitet.</u>	46

<u>4.1.3 Samhandler med legene, men har lite kontakt med sykepleierne under visitten.</u>	48
<u>4.1.4 Pasienter viser tillit til personalet.</u>	50
<u>4.1.5 At medpasienter lytter er ikke et problem.</u>	51
4.2. Sykepleieres perspektiver på legevisitten.	51
<u>4.2.1 Previsittens fordeler og ulemper.</u>	53
<u>4.2.2 Legevisitten tar lang tid.</u>	54
<u>4.2.3 Taushetsplikten.</u>	55
<u>4.2.4 Sykepleieren står i bakgrunnen.</u>	57
<u>4.2.5 Det sykepleierne tar ansvar for.</u>	58
4.3. Legers perspektiver på legevisitten.	61
<u>4.3.1 Informasjon i sentrum.</u>	62
<u>4.3.2 Tar ikke opp ”sensitive” temaer på flermannsstuer.</u>	64
<u>4.3.3 Legene ønsker kontinuitet.</u>	65
<u>4.3.4 I dialog med pasientene.</u>	66
<u>4.3.5 Visitten som samarbeidsarena for leger og sykepleiere.</u>	68
5.0 DISKUSJON	70
5.1. Perspektiver på samhandling i legevisitten.	70
<u>5.1.1 Pasient- og legeroller i forandring.</u>	74
<u>5.1.2 Sykepleierne hjelper pasientene i det stille.</u>	74
<u>5.1.3 Tidvis motsetningsfullt mellom sykepleiere og leger.</u>	76
<u>5.1.4 Sykepleiere som legers assistenter.</u>	78
<u>5.1.5 Sykepleierne prøver å finne balansen.</u>	78

5.2 Perspektiver på legevisittens utforming.	81
<u>5.2.1 Informasjon som mer enn medisinske fakta.</u>	81
<u>5.2.2 Taushetspliktens dilemma.</u>	84
<u>5.2.3 Pasientene venter og sykepleierne er i ”tidsklemme”.</u>	88
<u>5.2.4 Legevisitten som medisinsk domene.</u>	91
5.3 Avsluttende betraktning.	94
5.4 Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet.	97
LITTERATURLISTE	101
Vedlegg 1: Godkjenning REK	110
Vedlegg 2: Internkontroll og forankring av forskningsansvar	112
Vedlegg 3: Semistrukturert intervjuguide	114
Vedlegg 4: Informasjon/samtykkeskriv	118
Vedlegg 5: Databehandleravtale	123

1.0 INNLEDNING

Jeg har lenge undret meg over hvorfor legevisitten, som er en vanlig forekommende rutine på sykehus, så sjeldent blir satt spørsmålsteget ved. Erfaringsmessig brukes mye tid på legevisitten hver dag på de fleste sykehusavdelinger. Som O'Hare (2007) skriver er legevisitten sentral i sykehusaktiviteter over hele verden, men tross det står det forbausende lite om dette fenomen i lærebøker i medisin og sykepleie. Jeg har selv ikke noe minne om at vi leste eller lærte noe om legevisitten på skolen under sykepleierutdannelsen i Sverige; legevisitten var noe vi lærte om i praksis. På de medisinske og kirurgiske sengeposter der jeg senere arbeidet når jeg kom til Norge, har legevisitten blitt sett på som en selvfølge, som noe man blir opplært i og som man skal gjennomføre på den måte som er "passende" på den spesifikke sengepost. Når jeg derfor har tatt opp visitten som tema blant kollegaer har det vist seg at det er et tema som engasjerer og som fort utviklet seg til lengre diskusjoner. "Alle" har et synspunkt på legevisitten, men det synes ikke å finnes noe forum for refleksjon eller evaluering av denne aktivitet.

For meg fremstår legevisitten som et fascinerende fenomen, fordi det både kan ses som en tradisjonspreget rutine, samtidig som det er en sosial prosess mellom deltakerne. Det er en unik mulighet i og med at pasienter, sykepleiere og leger kan møtes samtidig (Weber, Stöckli, Nübling & Langewitz, 2007). Det har dessuten vist seg at god pasientomsorg er avhengig av at informasjon og samarbeid mellom sykepleiere og leger fungerer tilfredsstillende (Krogstad, Hofoss & Hjortdahl, 2004). På så vis kan legevisitten få konsekvenser for de direkte involverte; men den får også konsekvenser for hvordan sykehusforetakenes og samfunnets ressurser, ikke minst de økonomiske, blir forvaltet. I en tid da helsesektoren er preget av omstillinger og krav om effektivitet kan det være grunn til å se også på denne del av sykehusaktiviteter, både med tanke på kvalitet i helsetjenestene og på bruk av ressurser.

Etter hvert som jeg fordypet meg i temaet ble jeg nysgjerrig på hvordan legevisitten så ut fra de ulike ståsteder deltakerne kan sies å ha og hvordan de opplevde hvordan det var å være en del av denne aktivitet. Foruten et kortere opphold som pasient, hadde jeg som sykepleier kun erfart en side av saken og den var ikke utelukkende positiv. Jeg undret meg ofte over hvorfor jeg skulle bruke så mye tid på denne aktivitet, når jeg som sykepleier fikk så lite "ut" av den.

Men ettersom en ting kan se helt forskjellig ut beroende på hvilken side man ser den fra, ville jeg finne ut hvordan legevisitten så ut fra andre kanter. Hvilke tanker gjør pasienter seg før, under og etter visitten? Pasientrollen har forandret seg i løpet av de siste tiårene i og med at pasienter er mer oppdaterte og har fått større innflytelse over sin egen behandling i helsevesenet (Pasientrettighetsloven, 2009). Man kan spørre seg hvor vidt dette har hatt innvirkning på legevisitten. Og hvordan ser det ut fra sykepleieres og legers ståsted? For å orientere meg mer om temaet leste jeg om den forskning som var gjort på området og det var først etter litteratursøk at problemstillingen vokset frem.

Videre i dette kapittel vil jeg presentere de artikler som ligger til grunn for studiens problemstilling. Jeg avslutter kapitlet med en presentasjon av studiens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål.

1.1 Aktuell forskning.

Med god hjelp av bibliotekar på Høgskolen i Oslo ble et systematisk litteratursøk gjennomført gjennom å bruke PICO-skjema. De trunkerte søkeordene doctor round, patient round, ward round, grand round, nurs round og bedside ble satt sammen med ”or”. Også de trunkerte søkeordene physician patient, doctor patient, nurs doctor, nurs physician og nurs patient ble satt sammen med ”or”. Disse to søkene ble deretter kombinert med ”and”. Dette litteratursøk ble gjennomført i databasene Ovid Medline, Cinahl, EMBASE og PsycInfo (det blev dog brukt litt forskjellige MESH-termer i de forskjellige databasene, f eks ”physician-patient relations” i Ovid Medline). Søket ble avgrenset til å gjelde for voksne personer og for artikler på norsk, svensk, dansk, engelsk og tysk. Dette resulterte i et treff på 46 artikler i Ovid Medline , 41 artikler i Embase, 38 artikler i Cinahl og 14 artikler i PsycInfo. Disse artiklene ble så vurdert etter de kvalitetskriterier som er beskrevet hos Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinar (2007). Det ble i tillegg til dette også gjort søk i SveMed, Bibsys og Google scholar uten resultater. Nedenfor blir de artikler presentert som er vurdert å være av god kvalitet og relevans.

Legevisitten har vært gjenstand for studier ut fra ulike perspektiver. Noen studier har hatt fokus på kommunikasjon og samhandling mellom leger og pasienter. En studie viser at under legevisitten er det legen som står for mesteparten av den verbale kommunikasjonen. Lege og

pasient stod for henholdsvis 41 % og 9 % av den verbale kommunikasjon. Pasientenes behov for å samtale omkring psykososiale spørsmål ble ikke tatt opp i den grad de ønsket mens medisinske spørsmål ble tatt opp i større grad enn hva de ønsket (Rintala, Hanover, & Alexander, 1986). En annen studie viser at de vanligste temaer som ble tatt opp mellom pasienter og leger under legevisitten var nyoppståtte problemer, prøvetaking og behandling. Pasientene ga uttrykk for at de følte seg ukomfortable når teamet brukte ord som pasientene ikke skjønnte, og når de ble undersøkt av flere samtidig (Fletcher, Rankley & Stern, 2005). En studie gjennomført på psykiatriske avdelinger viste at pasientene hadde ønsket et eksakt eller omtrentlig tidspunkt for når legevisitten skulle komme til dem (White & Karim, 2005).

Noen studier har undersøkt sykepleieres rolle og/eller funksjon under visitten. En studie kom frem til at sykepleiere i stor grad bidro non-verbalt med øyekontakt og kroppsspråk i legevisitten. Studien viser også at sykepleiere og leger hadde forskjellige formål med visitten, der sykepleierne ga uttrykk for at de måtte følge legene i deres beslutninger og mål. Sykepleierne syntes det var viktig for dem å representere og snakke for sine pasienter i visitten, på tross av at forskerne ikke kunne observere at sykepleierne faktisk gjorde det (Hill, 2003).

At sykepleiere vil støtte pasientene under visitten kommer også frem i en annen studie, som i tillegg viser at det var få av legene som syntes sykepleietemaer skulle diskuteres under visitten. I denne studie var både leger og sykepleiere enige i at legevisitten var en medisinsk domene; men sykepleierne ønsket at deres synspunkter skulle komme bedre frem. Sykepleiernes primære funksjon var å koordinere informasjon og å gi informasjon til legene. Pasientene i denne studien fikk lite informasjon under visitten og hadde problemer med å forstå det som ble sagt (Busby & Gilchrist, 1992). Manias (2001) kom også frem til at legevisitten understøttet medisinen. Denne undersøkelse så på intensivsykepleieres medvirkning i legevisitten og på maktrelasjonen mellom sykepleiere og leger og kom frem til at det var overlegene som gav sykepleiere mulighet for å komme med innspill. En annen studie viser at sykepleierne deltok i previsitten gjennom at de tok del i beslutninger, formidlet sykepleiekunnskap, snakket på pasientenes vegner, mottok informasjon og gjennom at de hadde en koordinerende funksjon. Sykepleierne gav uttrykk for at møtet med pasientene var utilfredsstillende og opplevde at det var barrierer for kommunikasjon og ivaretagelse av konfidensialitet. Tidsbruken opplevdes av sykepleierne som et problem da det var variabelt hvor lang tid visitten tok. Forskerne observerte at sykepleierne var lyttende i visitten og at de deltok både verbalt og non-verbalt. Sykepleierne noterte en god del, men snakket i stort sett

aldri uten at de blitt spurt (Whale, 1993). At sykepleiere er dårlige til å hevde seg i legevisitten blir hevdet i flere studier (Busby & Gilchrist 1992; Weber, Stöckli, Näbling & Langewitz, 2007; Whale 1993).

En norsk rapport undersøkte sykepleierollen på to medisinske og to kirurgiske sykehusavdelinger. Rapporten viser at sykepleiere oppfatter seg både som underordnede og selvstendige i forhold til legene. Rapporten viser på hvordan sykepleiere har en assistentrolle ved medisinsk behandling som er en akseptert del av sykepleierollen. I studien blir det beskrevet hvordan spesielt nyutdannede sykepleiere opplever at de er underordnede i samarbeidet med legene og at legene har høyere status og autoritet; mens mer erfarne sykepleiere dog ikke viser samme grad av underordning. Videre viser den samme studien på hvordan sykepleierne ønsket at de hadde mer tid til pasientene og deres pårørende og at de ønsket at de kunne utøve mer helhetlig sykepleie og spesielt psykososial omsorg. Rapporten konkluderer med at lege- og sykepleietjenestene er organisert som to ulike systemer og at behandling og pleie er mer avhengige av hverandre enn det sykehusenes organisasjon legger til rette for (Vareide, Hofseth, Norvoll, & Røhme, 2001).

Et par studier har undersøkt hvor tilfreds sykepleiere og leger var med innføring av daglige visitter istedenfor ukentlige ”grand rounds” (Birtwistle, Houghton & Rostill, 2000; Montague, Lee & Hussain, 2004). Montague, Lee og Hussain (2004) fant at sykepleiere og leger mente at daglige visitter, i sammenligning med ”grand rounds” (s. 968), hadde flere fordeler, blant annet at de fremmet lagånden og var verdt den tid det tok. I begge studiene var begge yrkesgrupper dog bekymret over at konfidensialiteten ikke ble ivaretatt.

En studie har undersøkt kommunikasjonen mellom både pasienter, sykepleier og leger i visitten. Samtaler mellom pasienter og sykepleiere opptok en liten del av kommunikasjonen. Mesteparten av samtalene handlet om medisinsk informasjon; mens livsstil og psykososiale temaer utgjorde 5 % av kommunikasjonen (Weber et al., 2007).

En norsk hovedfagsoppgave beskriver hvordan man gjennomførte et forsøk på å la pasienter komme til lege og sykepleier på et samtalerom, i stedet for å gå visitten på pasientenes rom. Tanken bak var å se om man kunne verne mer om konfidensialiteten, og mange av pasientene oppskattet denne formen for legevisitt (Kydland, 2005).

En norsk avhandling som ble publisert etter at litteratursøket ble gjennomført, skriver vedrørende legevisitten at mange sykepleiere

”følte at det medisinskfaglige fokuset gjorde dem overflødige både på previsitten og visitten, og at det de eventuelt kunne bidra med, som opplysninger om pasientenes tilstand, kunne legene finne ut ved å spørre pasientene selv. Man ble på en måte et unødvendig mellomledd... (Olsvold, 2010, s195).

Forfatteren oppfattet interaksjonen mellom leger og sykepleiere som rutinepreget og at yrkesgruppene ikke forholdt seg til hverandre som personer, men som ”generaliserte representanter for yrkesgruppene lege og sykepleier.” (Olsvold, 2010, s. 178).

Litteratursøket viser at det er gjort studier vedrørende legevisitten. Noen av disse studier er av eldre dato og det er få studier som har tatt med både pasienter, sykepleiere og leger i samme studie. Det finnes også få undersøkelser vedrørende samhandling mellom pasienter og sykepleiere under visitten og det er dessuten gjort få undersøkelser om legevisitten i en norsk kontekst.

1.2 Problemområde og hensikt.

Litteratursøket viser at det er et behov for å utforske legevisitten i lys av perspektivene til pasient, sykepleier og lege i en norsk setting. Tanken bak foreliggende studie er at kartlegge og eksplisittgjøre hvordan legevisitten blir erfart av deltakerne og hvordan det ser ut fra deltakernes ulike ståsted. Her ønsket jeg å få frem det som deltakerne selv beskrev som sentralt og viktig, det vil si det som var av betydning for dem. Legevisitten forutsetter intersubjektivitet og har derfor en iboende betydning, som jeg ønsket at utforske. Begrepet ”legevisitt” står i denne studien både for de aktører som deltar i aktiviteten, men også som et subjektiv for rutinen i seg selv. Gjennom at gjøre et kunstig skille mellom disse to betydninger av begrepet ble det noe enklere for meg at få overblikk over området som ble utforsket. Når studien har rettet fokus mot de aktører som deltar i visitten, har samhandling mellom aktørene vært helt sentral. Jeg har vært nysgjerrig på hvem som kommuniserer og samhandler med hvem og hvordan det blir oppfattet av deltakerne. Når studien retter seg mot legevisitten som aktivitet er det med tanke på hvordan den blir gjennomført og hvordan den

fremstår for partene. Det ene kan heller ikke ses isolert fra det andre. I virkeligheten henger disse ting sammen og må ses i sin helhet, og denne inndeling er derfor gjort av praktiske hensyn. Begrepet omfatter også det som skjer straks før og etter visitten til pasientene, som den så kalte ”previsitten” der pasienter ikke deltager og som foregår før visitten går rundt til pasientene. Studiens hensikt er å bidra til økt kunnskap om legevisitten i en norsk kontekst.

2.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.

Jeg har valgt følgende problemstilling for studien: *Hva betyr legevisitten for pasienter, sykepleiere og leger?* Fokus for studien sammenfattes i følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan erfares legevisittens utforming av pasienter, sykepleiere og leger?
- Hvordan erfares samhandlingen mellom pasienter, sykepleiere og leger i legevisitten?

Forskningsspørsmålene blir utforsket gjennom dybdeintervjuer av fire pasienter, tre sykepleiere og tre leger på en medisinsk sengepost. Spørsmålene blir ytterligere belyst i diskusjonskapitlet med hjelp av teori som jeg har funnet relevant. Foruten forskningsartikler har jeg hentet teori fra ulike disipliner i form av historikk, samhandlingsteori og rolleteori. Denne teori blir presentert i neste kapitel.

2.0 TEORI

I dette kapitel blir de teorier presentert som blir brukt for å belyse de empiriske funnene i diskusjonskapitlet. Først blir noen av de historiske sporene etter legevisitten gjort rede for. Deretter blir det satt lys på pasient-, sykepleier- og legerollene, og til sist blir noen aspekter som berører samhandling presentert.

2.1. Legevisitten i et historisk lys.

Det er sparsomt med litteratur vedrørende legevisitten før midten av 1800-tallet. Men isteden finnes det en god del litteratur om hvordan pasientrollen, sykepleie og medisin har utviklet seg gjennom tidene. Denne litteratur viser hvordan forholdet mellom pasienter, pleiere og leger har forandret seg gjennom tidene. Under antikken var pleie av syke en oppgave for kvinner innenfor hjemmet, og legers oppgaver i antikken var å behandle, påvirke livsførselen, trøste og hjelpe. Nortvedt (2008) skriver at det under middelalderen ikke var noe fremtredende skille mellom den medisinske behandling og pleie av syke. Det var først under renessansen og opplysningstiden at et skille begynte å utvikle seg mellom pleie og behandling i og med den nye kunnskap som utviklet seg innen medisinsk vitenskap (Nortvedt, 2008). Pasientpleie gikk fra å være et noenlunde selvstendig arbeid til å bli en underordnet oppgave under medisinen (Mathisen, 2006). Under 1700-tallet så man sykdom som en lidelse som ikke kunne skilles fra den person som var syk. Dette syn forandret seg etter hvert og man ble mer fokusert på å se på sykdommen i seg selv istedenfor det syke menneske (Martinsen, 2003). Leger fikk etter hvert gjennom medisinen og kirurgiens fremskritt stor anseelse og ble ”betraktet av pasienten med ærbødighet, takknemlighet og dyp respekt.” (Lassen, 2010, s. 212). Pasientene la derfor sin lit til både leger og sykepleiere og gjorde som de ble tilsagt uten protester. Lassen (2010) beskriver pasienter som ”autoritetstro” og at dette preget pasientkulturen frem til midten av 1900-tallet (s. 218).

Florence Nightingale mente på 1800-tallet at en sykepleier måtte være ”en kvalifisert assistent til medisinsk behandling.”(Nortvedt, 2008, s. 50). Men hun understreket også det unike med

sykepleiefaget, ”nemlig omsorgen for det syke mennesket.” (Nortvedt, 2008, s. 50). På Nightingales tid var sykepleierne fortsatt sterkt avhengige av legene og det rådde en markert maktforskjell mellom yrkesgruppene (Keddy, Jones, Jacobs, Burton & Rogers, 1986).

Nightingale skriver vedrørende relasjonen mellom pasient, sykepleier og lege at ”En lege som virkelig bryr seg om pasientene sine, vil snart lære å be om og sette pris på informasjon fra en sykepleierske, som samtidig er en nøyaktig observatør og en klar og tydelig reporter.” (Nightingale, 1997, s. 165).

I tiden etter den andre verdenskrig utviklet sykepleiere i Norge gradvis en større selvstendighet i forhold til legene. Mathisen (2006) skriver at ”Fra å ha vært selvutslettende og snille sykepleiere ... utviklet sykepleierne selvstendighet og mot og oppnådde aktelse i samfunnet gjennom utdannelsen” (Mathisen, 2006, s. 206). Til å begynne med var det leger som utdannet sykepleiere både i naturvitenskap og i sykepleie fordi ”For slik det var vanlig på den tiden ble legen ansett som ekspert på alt som hadde med de syke å gjøre” (Mathisen, 2006, s. 126). Sykepleiere viste lydighet og underkastelse mot den medisinske autoritet (Nortvedt, 2008). Etter hvert tok sykepleiere over det meste av undervisningen, men de var lenge fortsatt avhengige av leger i praksis, og fokus for sykepleie var å hjelpe legene og gjøre det dem sa skulle gjøres (Mathisen, 2006; Peplau, 1999). Peplau (1999) skriver: ”During the first thirty years of this century the image of nurse, in the mind of the public and the nurses themselves, was of a person controlled benevolently, in a paternal way, by doctors.” (Peplau, 1999, s. 31). Forfatteren skriver videre at sykepleieres fokus etter hvert gikk alt mer over fra å være legers håndlanger til at pasienters behov og omsorg ble sykepleieres varemerke (Peplau, 1999).

Den amerikanske psykiateren Leonard Stein skrev på 1960-tallet en meget sitert artikkel der han beskrev interaksjonen mellom lege og sykepleier som en ”transaksjonal neurose” der samarbeidet tok formen av et spill med indirekte kommunikasjon (Stein, 1968, s. 105).

Forfatteren skriver at sykepleiere gjerne kunne komme med forslag til behandling, så lenge hun fikk det til å virke som at det var legens eget forslag og åpen motsigelse måtte for enhver pris unngås. På samme måte kunne legen be om råd fra sykepleier så lenge han ikke viste at han trengte noen råd.

Men tross for de forandringer som fant sted under 1900-tallet var legevisitten en rutine som lenge holdt seg uforandret. En pasient forteller:

Den store legevisitten var alltid ei oppleving. Legar og systre kom inn i slutta tropp. Overlegen først med oversøster to steg attom. Så reservelege, assistenlege. Etter legane kom avdelingssystemer, så dei andre systrene etter tenestetid, og til slutt ein ´nissunge´ som var ute i praksis. Rene feudalsystemet. (Mathisen, 2006, s. 206)

Mange ganger var det ikke enkelt for pasienter at følge med på det som blev sagt under visitten, siden legene brukte et språk med mange fremmedord (Lassen, 2010). Alm og Norekvål (2007) skriver vedrørende legevisitten på midten av 1900-tallet at ”pasienten var ikke alltid i sentrum for kommunikasjonen” (Alm & Norekvål, 2007, s. 350). Forfatterne skriver videre at når pasienter under 1970-tallet ble alt mer rammet av livsstilssykdom kom personene bak sykdommene igjen i lyset, og pasienter skulle læres å leve sunt og selv ta ansvar for egen helse.

2.2 Rolleteori.

Pål Repstad definerer en rolle som ”et sett av normer og forventninger om hva man skal gjøre og hvordan man skal oppføre seg når man er i en bestemt sosial posisjon” (Repstad, 2004, s. 49) og gir eksempel på sosiale posisjoner som blant annet yrkesrolle og klientrolle. Med normer menes her uformelle regler om hvordan man skal oppføre seg og hvilke oppgaver man bør utføre, uavhengig av hvilken person som fyller rollen (Repstad, 2004). Berger og Luckmann (1966) beskriver hvordan roller utvikles gjennom ”typeskjemaer”, som brukes for å forstå møter med andre i hverdagen (Berger & Luckmann, 1966, s. 50). Gjennom typeskjemaer kan man inndelegere personer i kategorier og tildele dem en viss anonymitet, som for eksempel ”europere” (Berger & Luckmann, 1966, s. 50). Roller utvikler seg fra typeskjemaer når flere aktører deler felles kunnskap om hvordan rollene skal utføres (Berger & Luckmann, 1966).

Sosiologen Erving Goffman (2004) mener også at en rolle karakteriseres av normative krav, men poengterer at man må skille på rolle og ”rollespill”, som er de aktiviteter individet faktisk

utfører når han eller hun er i en rolle (Goffman, 2004, s. 194). Et ”rollespill” oppstår når en person møter en eller flere andre i en ansikt-til-ansikt-relasjon. Hvis rollen kan benevnes med en tittel og markeres med hjelp av klesdrakten er dette med på å skape forventninger hos andre om hvordan rolleinnhaveren skal agere. Det enkelte individ handler så ut ifra hvilke forventninger han eller hun tror at andre har til rollen (Goffman, 2004). Som eksempel kan her nevnes yrkesroller som sykepleierrollen og legerollen.

Personer vokser inn i sine roller gjennom det som blir kalt sosialisering. I sosialiseringsprosessen inngår både læring gjennom faktakunnskap og gjennom rollemodellens væremåte (Repstad, 2004). Berger og Luckmann (1966) skriver at kunnskap som skal sosialiseres ikke bare er av kognitiv art, men også handler om ”normer og verdier, og til og med følelser.” (Berger & Luckmann, 1966, s. 89). Positive og negative sanksjoner fra andre gjør at man lærer seg hva som forventes av rollen som skal spilles (Repstad, 2004). Det finnes ulike modeller som forklarer hvordan sosialisering skjer. Svabø, Bergland og Hæreid (2000) skriver om modeller som viser hvordan overordnede strukturelle faktorer styrer personer inn i fastlagte roller; mens andre retninger viser på at roller utformes i samhandling med andre og kan inneholde en personlig komponent (Christiansen, 2003). Roller og de handlinger som en rolleutøver utfører blir også påvirket av den kultur og organisasjon som gruppen inngår i, og de normer som gjelder innenfor disse (Album, 1996; Christiansen, 2003).

Når det foreligger en tilknytning og et engasjement i rolleutførelsen i tillegg til at rolleinnhaveren viser evne til at kunne utføre de aktiviteter som hører til rollen, taler Goffman (2004) om ”omfavning” av en rolle, det vil si at personen fullt ut aksepterer og lever seg inn i rollen (Goffman, 2004, s. 206). I motsatt til å omfavne en rolle, er det ikke uvanlig at personer kan vise avstand til den rollen de innehar, det Goffman kaller for ”rolledistanse” (Goffman, 2004, s. 205). Personen føler seg da ikke helt vel i rollen og viser gjerne gjennom mer eller mindre tydelige handlinger at hun eller han ser ned på sin rolle. Aktøren kan for så vidt utføre de handlinger som hører til rollen, men legger ikke sin sjel i dem og kan samtidig gjøre andre ting som ikke hører til rollen (Goffman, 2004). I noen tilfeller oppstår det uenighet om hva en rolleinnhaver skal gjøre. Hvis en rolle skal forholde seg til ulike grupper kan disse gruppene ha motstridende forventninger til rolleinnhaveren, og rolleinnhaveren havner i en ”rollekonflikt” (Goffman, 2004, s. 200). En lignende situasjon er når en person på grunn av tidsmangel ikke klarer å oppfylle sine oppgaver og det er da tal om en overbelastning av rollen (Repstad, 2004).

Roller kan i noen tilfeller være så pass rigide at rolleinnhaveren føler seg tvunget til å utføre bestemte handlinger og blir dermed ”fastlåst i en position og tvunget til at leve op til de løfter og personlige ofre der er indbygget i den” (Goffman, 2004, s. 198). Forfatteren skriver videre om det han kaller et ”situert aktivitetssystem” (Goffman, 2004, s. 201). Dette system kjennetegnes av at personer i samhandling utfører ”en enkelt, fælles aktivitet, et temmelig lukket, selvkorrigerende, selvafsluttende kredsløb af gensidigt afhængige handlinger” (Goffman, 2004, s. 201). Aktivitetssystemet består gjerne av daglige aktiviteter og hvis systemet utføres ofte nok oppstår det velavgrensede roller som utfører spesifikke handlinger innenfor systemet. Goffman skriver at utførelse av visse bestemte aktiviteter skaper en situert rolle. De ulike rollene med tilhørende handlinger flettes sammen med hverandre og blir til et sluttet kredsløb. Hvis en av rollene forrykker jevnvekten i kredsløpet går det ut over de andre deltagerne i systemet (Goffman, 2004).

2.2.1 Pasientrollen.

Å være pasient kan enkelt sies innebære ”å ha en sosial status eller å utøve en sosial rolle” (Gjernes & Måseide, 2008, s. 196) som fører med seg visse plikter og rettigheter. Men å forklare hva det vil si å være pasient er komplekst og ikke enkelt. Det finnes forskjellige teorier og det råder noe uenighet om hvordan man skal beskrive pasientrollen (Holen & Lehn-Christiansen, 2009).

Goffman (1967) beskrev på 1960-tallet hvordan det han kaller ”totale institusjoner” styrte pasientenes liv gjennom rutiner i hverdagen som ikke tok særlig hensyn til pasientenes behov; men som ble utformet for å passe personalets bemanningsplaner (Goffman, 1967, s. 12). Pasientene hadde lite privatliv og det var forventet at pasienter skulle innta en passiv rolle (Repstad, 2004). I Dag Albums (1996) studie om pasienters relasjoner til hverandre på sykehusavdelinger, beskriver han at pasienter ikke bare har *en* rolle; men at en og samme pasient kan veksle mellom ulike roller og at pasienter fordeler disse rollene seg imellom. Forfatteren skiller mellom samværroller som f.eks. rollene ”klageren”, og innholdsroller som for eksempel ”den medisinske ekspert” (Album, 1996, s. 213 og 215). Album (1996) skriver videre at pasienter finner seg i at leve nære andre fremmede når de er innlagt på sykehus: ”...for de fleste er det bare slik det er på sykehus. Selv om nærheten er spesiell i

forhold til hva pasienter flest er vant til fra livet utenfor, er den selvfølgelig.” (Album, 1996, s. 33).

Skal man si at det er noen fellestrekk ved pasientrollen på institusjoner, kan man, ifølge Repstad (2004), si at en del er visse forventninger som blir stilt til pasientene om at de skal akseptere at de er syke og at de skal være motiverte for behandling. Dette innebærer ofte at ”klienten skal være snill og føye og adlyde personalets ønsker.” (Repstad, 2004, s. 173).

Pasientrollen er i forandring blant annet på grunn av at mange pasienter ikke bare har akutt sykdom, men lever lengre med kronisk sykdom. Også personer som lever med risikoprofil for å utvikle sykdom i fremtiden, blir nå behandlet som forebyggingspasienter (Gjernes & Måseide, 2008). Pasienter har den senere tid blitt alt mer betraktet som kunder, med håp om å gi pasienter større innflytelse og makt enn tidligere gjennom flere valgmuligheter.

Pasientrollen har også forandret seg i og med at pasienter i dag er nødt for å være mer aktive og ta mer ansvar for seg selv og sin oppfølging, blant annet på grunn av at helsevesenet ikke klarer å sikre kontinuitet i pasientforløpet. I tillegg har pasienter gått fra å være det som sosiologer beskriver som objekter, der pasientene har vært mottagere av informasjon fra ekspertene; til å bli subjekter som aktivt deltar i samtalen og der begge parter lærer av hverandre (Larsen, 2010). I forbindelse med sosiale forandringer i samfunnet har pasientkulturen forandret seg og pasienter har begynt å stille større krav til informasjon og medbestemmelse (Lassen, 2010). Pasienter har i dag også mulighet for å søke informasjon på internett om sin sykdom og hvordan man kan leve med sykdom og har dermed fått tilgang til mer kunnskap enn tidligere generasjoner. Pasientmedvirkning er siden 2001 nedfelt i pasientrettighetsloven ”Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder” (Pasientrettighetsloven, 2008., § 3-1, s. 5). Hensikten med brukermedvirkning kan sies å være ”å sikre innflytelse eller makt til brukerne og dermed justere asymmetrien i relasjonen mellom bruker og fagperson i retning av noe større makt til brukeren.” (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 58). Gjennom å aktivere den kunnskap pasienter har med sine sykdomserfaringer kan samhandling mellom pasienter og helsepersonell berikes med verdifull innsikt (Lauvås & Lauvås, 2004). Når helsepersonell inviterer pasienter til å bidra med sin kunnskap om seg selv, kan pasienter bli en mer likestilt samarbeidspartner. Dermed kan helsepersonell gi pasienter mulighet for medvirkning og noe av den asymmetri som råder mellom pasienter og helsepersonell kan dermed reduseres (Thornquist, 2009).

En annen side ved det å være pasient og innlagt på sykehus er den eksistensielle opplevelse. Album (1996) beskriver pasienter som på grunn av sykdom fremstår som personer med skjør identitet. Opplevelsen av å være innlagt kan skape usikkerhet fordi mye er fremmede, alt ifra medpasienter og personal til omgivelser og aktiviteter. Dessuten er pasienter fysisk syke og den egne kroppen kan virke fremmede og oppfører seg kanskje ikke som den vanligvis gjort. Sykdom kan innebære smerte og bekymring over fremtiden. Men i Albums studie forteller pasienter om at på tross av denne usikkerhet, føler de seg trygge når de blir innlagt og at de overlater ansvaret til personalet. ”Riktignok blir de for en tid avhengige av personalet. Men det er stort sett en god avhengighet, det er godt å kunne hvile.” (Album, 1996, s. 39).

I følge Grimen (2009) viser pasienter på sykehus tillit på flere nivåer til både personalet og til systemet. Dette er til stor del en ensidig og asymmetrisk tillit til sykehuset og tilliten blir ikke på samme måte gjengjeldt fra sykehuset til pasientene. Denne ensidige tillit springer ut fra pasienters posisjon som maktesløse, når de er innlagt på sykehus der de ikke så godt kjenner til rutiner og behandlinger eller hvordan et sykehus fungerer. Pasienter setter sin lit til at personalet har kompetanse til det de driver med og at de faktisk fører informasjon om pasienten videre til de personer i systemet som trenger det og som fatter beslutninger. I tillegg viser pasienter tillit til at personalet retter opp de eventuelle feil som blir begått (Grimen, 2009).

2.2.2 Sykepleierollen.

Sykepleierollen er en yrkesrolle med mange forskjellige oppgaver og retter seg mot flere ulike grupper, for eksempel pasienter, pårørende og andre yrkesgrupper innenfor helsevesenet. Sykepleierollen har tradisjonelt vært preget av personlige egenskaper hos utøverne (Repstad, 2004). Også dannelse og hvordan sykepleiere kledde seg og så ut har vært vektlagt, i tillegg til at yrkesrollen gjennomsyret sykepleieres identitet også når de ikke var på jobb. Sykepleie var tidligere et kall; mens den i dag er et yrke og ikke lenger former personer like sterkt som tidligere. Ifølge Christiansen (2003) møter studenter to ulike sorters forventning til sykepleierollen, der skolen viser på idealer til rolleutførelsen og der praksisfeltet viser hvordan rollen faktisk fungerer i virkeligheten.

Repstad (2004) henviser til Måseide som mener at sammenlignet med legerollen har sykepleierollen hatt en større komponent av affekt og isteden for diagnostisering og behandling har pleie vært sykepleieres hovedoppgave. I sykepleierollen har det også vært et ideal om at alle pasienter skal bli møtt med medmenneskelighet som unike personer (Repstad, 2004). I en norsk rapport beskrev sykepleierne hvordan de var mer opptatt av pasienters følelser og informasjonsbehov enn det legene var. Sykepleierne oppfattet seg både som underordnede og selvstendige i forhold til legene, der assistentrollen ved medisinsk behandling opplevdes som en akseptert del av sykepleierrollen. I studien beskrives sykepleierrollen som en ”vid” rolle med mange forskjellige arbeidsoppgaver med behov for forskjellig kompetanse. Forskerne deler inn sykepleierrollen i tre ulike funksjoner: ”stell og psykososial omsorg, administrasjon og koordinering, og medisinsk behandling.” (Vareide et al., 2001, s.72). Sentralt i rollen står funksjonen som koordinator for sykehusvirksomheten. Forfatterne skriver at ”Siden sykepleierrollen utgjør møteplassen mellom disse to verdene får dermed en manglende integrering og samordning av de to tjenestene på organisatorisk nivå betydning for sykepleiernes muligheter til å ivareta disse to hovedfunksjonene på en tilfredsstillende måte.” (Vareide et al., 2001, s. 75)

En undersøkelse viser på hvordan omsorgen for pasienter var sentral i sykepleieres ”ideal-faglige identitet” og at kontakten med mennesker for mange sykepleiere var grunnen til deres yrkesvalg (Holm-Petersen, Asmussen & Willemann, 2006, s. 4). Men undersøkelsen viser også at sykepleiere i virkelighetens hverdag ikke alltid har tid eller mulighet for å ha den pasientkontakt de ønsket, noen ganger på grunn av at det var vanskelig å kommunisere med enkelte pasientgrupper eller fordi tiden ikke strekket til (Holm-Petersen et al., 2006).

2.2.3 Legerollen.

Det medisinske fag er påvirket av forskjellige mål og verdier, men man kan som Marcum (2008) si at det mest sentrale innenfor medisinen er lege-pasient-forholdet. Hippokrates beskrev på sin tid hvordan leger skulle møte pasientenes behov for hjelp og lindring gjennom å holde taushetsplikten, opptre med respekt mot pasientene og vinne deres tillit. Mye av disse normene lever fortsatt kvar i legeprofesjonen, samtidig som legerollen forandres med tiden og utviklingen i samfunnet. Medisinen forandres og utvikles raskt på grunn av teknologiens

fremskritt og ny forskning (Mæland & Nylenna, 2011). Mæland og Nylenna (2011) skriver at leger tidligere ble mer respektert og hadde en naturlig lederautoritet, men at denne posisjonen i dag undergraves blant annet av konkurranse fra andre helsefag, alternative behandlingstilbud og av en forandring av pasientrollen. Forfatterne beskriver hvordan legerollen i virkeligheten består av mange forskjellige roller som utspilles i ulike situasjoner. Samtidig som leger skal møte pasienters behov må de også fungere som portvakt, det vil si at leger kan oppleve et dilemma når de skal ivareta enkelte pasienter samtidig som de har et ansvar for å forvalte samfunnets ressurser:

Dilemmaet som kan oppleves ved både å ha ansvar for ”den ene” og ”de mange”, det vil si å være en slags advokat for enkeltpasienter og samtidig ivareta forvalteransvar på vegne av samfunnet, gjenfinnes i mange andre sider av legelivet. Legen skal være problemorientert og helhetstenkende, effektiv og omsorgsfull, beslutningsdyktig og avventende, handlingsrettet og reflektert – samtidig. Motstridende interesser skal avveies, og tid og ressurser skal fordeles på en best mulig måte.” (Mæland & Nylenna, 2011, s. 282).

Marcum (2008) mener at en leges rolle er at hjelpe pasienter at oppnå helbred og at fundamentet for dette er den tillit pasienter legger i legers hender. Forfatteren skriver om hvordan maktforholdet mellom pasienter og leger kan variere og hvordan tyngdepunktet for initiativ og beslutningstaking kan ligge enten hos legene eller hos pasientene. Et sted midt imellom befinner seg et balansepunkt der leger og pasienter kan ha en likestilt relasjon. Det har også en avgjørende betydning hvilket syn leger betrakter pasienter med. Med en biomedisinsk modell fokuseres på sykdom og pasienters kropp og organer, mens en humanistisk modell fokuserer på pasienter som subjekter og hvordan sykdom påvirker personene (Marcum, 2008).

Det blir hevdet at legerollen har forandret seg fra tidligere å være individuell og autonom til å utvikle seg til et arbeid ”i et tett relasjonelt nettverk”, der leger må forholde seg både til kollegaer innenfor forskjellige spesialiteter og til andre profesjoner (Mesel, 2009, s.58). Ikke minst blir dette aktuelt på sykehusavdelinger der arbeidet som lege i stor grad strekker seg også utenfor det direkte pasient-lege-forholdet (Mesel, 2009).

2.3 Samhandlingsteori.

Termene ”samhandling” og ”samarbeid” blir i faglitteraturen brukt om hverandre og det blir ikke alltid definert hva forfatterne legger i de forskjellige ordene. Thornquist (2009) betegner dog samhandling som et synonym til både interaksjon og kommunikasjon. Når forfatteren beskriver hvilken betydning hun legger i begrepet ”samhandling” understreker hun at det viktige er ”det som skjer mellom partene” i samhandlingen og at ytre faktorer spiller en vesentlig rolle (Thornquist, 2009, s. 17). Når individer samhandler brukes både verbal og non-verbal kommunikasjon for å utveksle mening og budskap i en kontekst. Kommunikasjon beskrives som mer enn kun formidling av informasjon; det er en aktiv vekselvirkning mellom to eller flere personer som har en relasjon til hverandre. Dette innebærer at det ikke bare er hva som blir sagt som spiller en rolle; men også hvordan det blir sagt og under hvilke omstendigheter (Thornquist, 2009). I denne oppgave vil termen ”samhandling” bli brukt for å betegne interaksjon og kommunikasjon mellom pasienter, sykepleiere og leger i legevisitten. Når ordet ”samhandling” blir brukt i oppgaven ligger det tett opp til den betydning Thornquist (2009) legger i sin beskrivelse av begrepet. Nedenfor vil jeg kort presentere deler av en samhandlingsteori som belyser samhandlingens muligheter og utfordringer.

Huxham og Vangen (2009) beskriver samhandling som en aktivitet som krever at man jobber aktivt med prosessen for at det skal være mulig å oppnå gevinst gjennom å utnytte ulike aktørers ressurser. Teorien bygges opp av flere temaer som er av betydning ved velfungerende samhandling og ved samhandlingsproblemer. Et av temaene handler om at komme til enighet om hvilket eller hvilke mål gruppen skal arbeide mot. Forfatterne skriver at ”identiske mål er avgjørende for å oppnå samarbeidsgevinster.”, men samtidig skriver de at på grunn av at partene har forskjellige ressurser og innfallsvinkler til samhandling innebærer dette at partene i utgangspunktet har forskjellige forventninger og mål (Huxham & Vangen, 2009, s. 85).

Disse mål kan være uttalte eller skjulte og kan forekomme på så vel personnivå som på organisasjonsnivå. Videre kan mål være relatert til både resultater og til selve samhandlingsprosessen. Et annet tema i teorien belyser hvordan tillit er en forutsetning for god samhandling. Forfatterne mener at tillit kan bygges gjennom at partene klargjør sine mål og forventninger til samhandlingen. Det er dog ifølge Huxham & Vangen (2009) vanlig at samhandling preges av mistillit mellom partene. En av årsakene til mistillit kan være skjevhet

i den maktbalanse som råder mellom samhandlingsdeltakere, hvilket kan skape usikkerhet hos parter som føler de har mindre makt. Forfatterne skriver at mistillit kan forebygges gjennom at være klar over at maktforskjeller forekommer og gjennom at partene prøver å rette opp på ubalansen i maktforholdet. Et tredje tema i teorien peker på hvordan ”kulturelt mangfold” utgjør en mulighet og en utfordring i samhandlingsprosessen (Huxham & Vangen, 2009, s. 77). At parter kan ha ulik bakgrunn, erfaring og verdier kan være berikende for et samarbeid, samtidig som det krever at så vel enkeltpersoner som ledelse har en utviklet ferdighet til at klare å utnytte ulikhetene til gruppens beste. Forfatterne mener at det kreves mye av ledelsen for å kunne håndtere de utfordringer som forekommer i samhandlingssituasjoner. Termen ”ledelse” blir i denne sammenheng brukt i vid forstand og kan være alt fra en enkeltperson til uformell og eventuelt kollektiv ledelse som leder frem til handling. Noen ganger kan det, ifølge forfatterne, kreves et tydelig og styrende lederskap, mens det andre ganger kan holde med tilrettelegging og relasjonelle ferdigheter for at samhandling skal fungere godt (Huxham & Vangen, 2009). At ledelse er av avgjørende betydning for tverrfaglig samhandling blir også poengtert av Aanderaa (1999) og Willumsen (2009).

2.3.1 Tverrfaglig samhandling mellom helsepersonell.

Når yrkesgrupper og spesialister innenfor helsesektoren arbeider sammen blir det i faglitteraturen brukt forskjellige termer for å betegne samhandlingen. Jeg velger å bruke termen ”tverrfaglig samhandling” i oppgaven for å betegne samhandling mellom helsepersonell med forskjellig bakgrunn. Uavhengig av hvilken term man bruker for samhandling er det i Norge lovpålagt for helsepersonell å arbeide sammen på tvers av profesjoner og fagområder gjennom en rekke forskjellige lover (Willumsen, 2009). En av hensiktene med tverrfaglig samhandling kan sies å være ”en måte å ivareta en helhetlig tilnærming på som vil være til det beste for pasienter og brukere.” (Willumsen, 2009, s. 28). Ifølge Willumsen (2009) kan tverrfaglig samhandling være en forsikring for at pasienter får et tilbud om tjenester som er samordnet og individuelt tilpasset og som gir pasienter mulighet for medbestemmelse. Litt poetisk sammenligner hun tverrfaglig samhandling med et symfoniorkester. I et symfoniorkester finnes mange forskjellige instrumenter som hver og en har sitt særpreg, men som sammen med alle de andre instrumentene skaper en harmonisk

symfoni (Willumsen, 2009). Denne metafor må ses som et bilde på samhandling når den fungerer som best. Det er mange faktorer som spiller inn for at samhandling mellom forskjellige fagutøvere skal kunne fungere godt. Aanderaa (1999) skriver om tverrfaglig samhandling fra en psykodynamisk synsvinkel. Hun beskriver hvordan arbeidsgrupper som er velfungerende fokuserer på at arbeidsoppgaver skal løses til pasienters beste. Gruppene karakteriseres av at de er fleksible og åpne for ulike løsninger og ideer, og de klarer å få frem og utnytte de ulike aktørenes kompetanse. I tillegg finns det rom og toleranse for forskjellige meninger og uenighet. Det trengs planlegging av arbeidet både på kort og lang sikt og ”tydeliggjøring av ansvars- og oppgavefordeling, rettigheter og forpliktelser, ser ut til å være nødvendige rammebetingelser for hensiktsmessig fungering.” (Aanderaa, 1999, s. 94). Ifølge Aanderaa (1999) kan problemer oppstå når deltakere i arbeidsgrupper handler ut fra ønsker og behov som er ubevisste for deltakerne. Dette påvirker gruppers arbeid, ofte uten at deltakerne selv forstår hva som skjer. Willumsen (2009) understreker at faktorer som innvirker på gruppeprosesser kan påvirkes så vel av individer i gruppen som av ytre påvirkning på organisasjonsnivå. Lauvås og Lauvås (2004) skriver at sykehus kan betegnes som organisasjoner som er hierarkisk oppbygget både mellom og innenfor forskjellige fagområder. Når ulike fagområder og profesjoner skal arbeide sammen er det en risiko for at konflikter kan oppstå der fagområder overlapper hverandre (Lauvås & Lauvås, 2004). Gjennom utdanning sosialiseres studenter inn i sine kommende roller gjennom formidling av kunnskap og verdier. De ervervede kunnskaper og verdier en student har med seg inn i sitt yrke kommer vel til syne ved tverrfaglig samhandling. En faktor som kan vanskeliggjøre tverrfaglig samhandling er at medlemmer fra ulike profesjoner ofte inntar ulike roller med tilhørende forventninger til både egen rolle og til medarbeideres roller (Lauvås & Lauvås, 2004).

Lauvås og Lauvås (2004) legger vekt på at profesjoner kan ha ulik syn på vitenskap og kunnskap, hvilket også kan gjøre det vanskelig for tverrfaglig samhandling. Den medisinske profesjon anvender seg til overveiende del av en naturvitenskapelig forståelse ved diagnostisering og behandling, mens helsefag som f.eks. sykepleie har en mer samfunnsvitenskapelig og humanvitenskapelig forståelse. Forfatterne mener dog at grensene mellom de ulike typer forståelse muligens er i ferd med å bli mindre skarpe (Lauvås & Lauvås, 2004). Men den vitenskapelige forståelse og synet på kunnskap setter sitt preg på språkbruken i de forskjellige fag. Det som innenfor medisin kjennetegner informasjon er, ifølge Thornquist, at ”Det som har størst prestisje er ’objektiv’, tallfestet informasjon om kroppens indre prosesser, fremskaffet via utstyr.” (Thornquist, 2009, s. 91). Forfatteren

beskriver også en annen sorts informasjon som helsefag benytter seg av, nemlig fortellinger som peker på fenomeners meningsinnhold og betydning innenfor sine kontekster (Thornquist, 2009, s. 125). Aanderaa (1999) mener at for at tverrfaglig samhandling skal kunne fungere godt, er det nødvendig å bruke et språk som er felles og kan forstås av alle deltakere.

Når ulike fagmiljøer samhandler innenfor en organisasjon skjer det i form av forskjellige arbeidsmetoder. Alfred Schütz (2002) skriver at det som mennesker tar for gitt er noe som har utviklets over tid til vaner som lærts både gjennom egen og andres erfaring, og man kan si at på sykehus har mange former for samhandling blitt til rutiner som det sjelden reflekteres over eller diskuteres rundt. Dermed blir rutiner heller ikke gjort til gjenstand for forandring og ”Det er først den dagen man setter spørsmålstegn ved deres [rutinenes] funksjon og innhold at man kan forvente forandringer.” (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 127).

Kvarnström (2009) skriver at læringen blir lav på de områder der gruppen ikke er villig til å ta opp samhandlingsproblemer, som f.eks. når en faggruppe opplever at deres bidrag ikke blir tatt med i vurderinger. Analogt til dette resonnement er det potensial for læring og utvikling når en arbeidsgruppe kommer sammen og reflekterer over hvordan samarbeidsformen fungerer og hva man kan gjøre for at forbedre samhandlingen.

3.0 DESIGN OG METODE

I dette kapittel ønsker jeg å redegjøre for hvordan jeg har tenkt og handlet i forbindelse med studien, blant annet for at det skal, som Thornquist (2003) skriver, være mulig for leseren å forstå studiens kontekst og hvordan jeg som forsker har innvirket på studiens utforming (Thornquist, 2003).

3.1 Design.

For å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene har jeg valgt en deskriptiv-eksplorativ kvalitativ design med datainnsamling i form av dybdeintervjuer.

3.2 Metodologi og metode.

3.2.1 Metodologisk forankring.

Metodologisk bygger denne studie på tradisjoner fra post-empiristisk filosofi. Med dette menes her et ontologisk og epistemologisk syn på mennesker og fenomener der objekt og subjekt er avhengige av (ikke separerte fra) hverandre og der subjektivitet er en forutsetning for å kunne forstå det som blir undersøkt. Det betyr også at konteksten til det som blir undersøkt, som historie, tradisjon, samfunn og kultur, gir en dypere forståelse for det undersøkte (Thornquist, 2003). Denne helhetstenkning henger sammen med synet på at mennesker legger mening i alt de møter i livet. I post-empiristisk forskning prøver man gjennom kvalitative metoder å finne den underliggende mening som subjekter tillegger fenomener (Thornquist, 2003).

At subjektivitet er nødvendig for forståelse speiler seg i denne studie ved at subjektiviteten til både informanter og meg som forsker erkjennes og tas i bruk. Gjennom informantene fås et

bilde av legevisitten sett gjennom deres øyne, preget av deres erfaringer og holdninger til visitten og den betydning de legger i fenomenet. Bildet av legevisitten blir så, på tross av at for forståelsen blir satt i parentes (se 3.2.4), oppfattet av meg som forsker gjennom mine ”øyner” og gjennom den betydning som fremtreder for meg.

3.2.2 Kvalitativ forskning.

Gjennom kvalitativ forskning ønsker man å få dybdekunnskap og forståelse innenfor et smalt område (Thornquist, 2003). Kvalitativ forskning blir ofte brukt på områder som er lite undersøkt fra før og der man ønsker å få større forståelse for meningsinnhold som er knyttet til fenomener (Polit & Beck, 2008). Legevisitten i Norge synes etter litteratursøk å være lite undersøkt, og gjennom en kvalitativ design kan deltakernes erfaring av legevisitten utforskes i dybden og gi en fyldig beskrivelse av og helhetlig forståelse for fenomenet. Også det at legevisitten er kontekstavhengig og praktiseres forskjellig på forskjellige sykehusavdelinger gjør kvalitativ metode relevant for å studere legevisitten. Gjennom kvalitativ metode er det mulig å finne både likhetstrekk mellom informanters forklaringer og mulighet for å beskrive unike variasjoner mellom informanter som subjekter. Legevisitten kan sies å være et smalt og velavgrenset område innenfor helsevesenet; men er samtidig et kompleks fenomen i og med at deltakere fra ulike posisjoner (pasienter, sykepleiere, leger) skal samhandle med hverandre. Fleksibiliteten i forskningsmetoden har vært en fordel under studiens gang da det har vært mulig både å forme intervjuene etter de temaer som dukket opp og vært av spesielt interesse (Giorgi, 2009; Polit & Beck, 2008). Studiens forskningsspørsmål er et forsøk på å få et helhetsbilde av fenomenet.

3.2.3 Inspirasjon fra fenomenologi og hermeneutikk.

Fenomenologi og hermeneutikk er vitenskapsfilosofier/teorier i den kvalitative tradisjon, som har gitt inspirasjon til denne studie. Jeg vil her kort fokusere på de deler som har hatt mest betydning for studien.

Det finnes i dag flere fenomenologiske retninger som har litt forskjellig syn, blant annet på om det er subjektets erfaring eller fenomenet i seg selv som skal være i fokus (Dowling, 2005; Thornquist, 2003). Fenomenologien ønsker å forstå og beskrive menneskers hverdagslivserfaringer og finne frem til meningen/essensen i fenomenet sånn som det blir erfart; men understreker samtidig at et fenomen kan se forskjellig ut fra forskjellige ståsted og kan dermed tilskrives forskjellig mening (Polit & Beck, 2008; Thornquist, 2003). I forhold til denne studie og spørsmålet om det er fenomenet i seg selv eller subjektets erfaring som skal stå i sentrum, blir det vanskelig å skille disse holdepunkter fra hverandre. Med legevisitten som fenomen og intervjuer av subjektets erfaring av legevisitten har det noen ganger vært naturlig å legge mest vekt på informantens opplevelse i seg selv; mens det andre ganger blir lagt mer vekt på utformingen av visitten. Fordi et fenomen kan se forskjellig ut fra ulike perspektiver og dermed ha forskjellig mening, har jeg intervjuet både pasienter, sykepleiere og leger, ut ifra en forutsetning at de inntar ulike posisjoner og har ulike perspektiver på legevisitten. Fenomenologien har fått kritikk blant annet for at den tar for lite hensyn til kulturelle og samfunnsmessige faktorer. Mye av kritikken mot fenomenologien får svar gjennom hermeneutikken, der man ser fenomeners historie og kontekst som en forutsetning for forståelse.

Når denne studie blir kalt deskriptiv-eksplorativ, bunner det blant annet i at hvis man forestiller seg et kontinuum fra beskrivende til fortolkende har jeg bevisst ønsket å ligge nærmere det beskrivende punktet under datainnsamling og analyse, det vil si at jeg har ønsket å beskrive hvordan informantene opplever legevisitten fra sine perspektiver *uten* å bruke teorier eller modeller, f.eks. i utarbeidelse av intervjuguide. Dette utelukker ikke at informantene ses på som fortolkende vesener som er påvirket av tidligere erfaringer og kontekst, som Thornquist (2003) skriver. Kvale (1997) skriver at et deskriptivt aspekt ved forskningsintervjuer er at de ”forsøker å innhente åpne, nyanserte beskrivelser av ulike sider ved intervjupersonenes livsverden”, hvilket også har vært min hensikt i intervjusituasjonen (Kvale, 1997, s. 39). I intervjuer og analyseprosess følger jeg stort sett Giorgi's (2009) deskriptive metode, hvilket gir seg utslag i at funnene blir presentert i en erfaringsnære og ”empirisk” form i resultatkapitlet. Derimot nærmer jeg meg mer det fortolkende punktet på kontinuumet i diskusjonskapitlet, der legevisitten blir sett i kontekst og resultatene diskuteres i lys av legevisittens historie, tidligere forskning om legevisitten og teorier om samhandling og roller. At studien er eksplorativ begrunnes med at den er utforskende på et område som ikke er undersøkt i større grad i Norge.

Nedenfor vil jeg kort nevne noen punkter innenfor fenomenologi og hermeneutikk som har vært til inspirasjon for denne studie.

3.2.4 Livsverdensteori, åpenhet og ”å sette i parentes”.

Livsverden er et konsept som ble introdusert av filosofen Edmund Husserl for å beskrive hverdagsverden i all sin variasjon som den umiddelbart erfares av subjekter, før refleksjon eller introduksjon av teori. Ifølge Husserl erfarer vi den hverdagslige verden som noe vi tar for gitt og ikke bevisst reflekterer over, og dette utgjør grunnlaget for den implisitte mening som er knyttet til alle ting og all menneskelig aktivitet (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008; Dahlberg & Drew, 1997). For å få frem informantenes livsverden har jeg valgt dybdeintervjuer som metode, der deltagerne gis rom til å formidle sine erfaringer fra hverdagen som den blir ”tatt for gitt”.

I utforsking av fenomener er det innenfor fenomenologien vesentlig at forskere har evne til åpenhet for livsverden, fenomener og deres mening. Å vise åpenhet er en holdning som blant annet innebærer at man har tålmodighet til å la fenomener vise seg selv og å følge fenomenet; i stedet for å prøve å styre fenomenet. Det innebærer også at man inntar en posisjon der man er villig til å tenke at man har noe nytt å lære.

Husserl skriver at for å kunne være åpen er det nødvendig å identifisere og sette til side, eller ”i parentes”, sin egen forutfattede forståelse av ting, for å gi fenomener mulighet til å vise seg som de er. Husserl mener at forskere også er en del av livsverden og at de derfor må se hvordan den egne livsverden hjelper eller hindrer dem i å beskrive det de erfarer i sin forskning (Dahlberg et al., 2008; Dahlberg & Drew, 1997; Thornquist, 2003). For å motvirke at min egen erfaring av legevisitter skulle få altfor stor innflytelse på studien skrev jeg tidlig under studiens planlegging ned en liste over mine egne tanker rundt legevisitten og dess deltagere, med vurderinger av fordeler og ulemper som jeg så det. Også fordi jeg er sykepleier og dermed en del av helsevesenet og selv arbeider på sykehuset der intervjuene fant sted, ble det ekstra viktig å være klar over mine fordommer og å legge energi i å vise åpenhet for fenomenet. Man kan se det som en fordel at jeg med bakgrunn som sykepleier er kjent med sykehus og det språk som brukes der; men det kan også ses som en hindring gjennom at jeg dermed er forutinntatt. Ved å bruke en semi-strukturert intervjuguide (se vedlegg) med relativt

få spørsmål eller temaer ønsket jeg styre informantene så lite som mulig; men heller la dem styre samtalen (Giorgi, 2009). Gjennom å nullstille meg så godt som mulig med tanke på forventninger, prøvde jeg å la intervjuene overraske meg og på den måten sette min forforståelse ”i parentes”. Det var med tanke på åpenhet at jeg ikke ønsket å bruke teori i forkant av intervjuene og analysen (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). Det er også med tanke på åpenhet at jeg har valgt å stille hierarkiet i helsevesenet ”på hodet” gjennom å nevne pasienter først og leger sist når jeg refererer til disse gruppene. Holdningen av åpenhet og overraskelse prøvde jeg å beholde under arbeidet med analysen i etterkant av intervjuene.

3.2.5 Giorgis deskriptivt fenomenologiske metode.

Amadeo Giorgi presenterer en metode som retter seg mot humanvitenskapene og som ifølge Dowling (2005) passer godt for praksisdisipliner. Metoden bygger på forskningsintervjuer og dets mål er å beskrive, mer enn å fortolke, informanters erfaringer av fenomener i deres livsverden. Hensikten er å finne frem til fenomeners ”invariant meaning”, her kalt ”uforanderlige betydninger” (Giorgi, 2009, s. 131). Metoden er utarbeidet for psykologifaget og måtte derfor tilpasses til denne studien ved at fokus ble lagt på mine forskningsspørsmål; i stedet for å ha fokus på psykologi. Valg av metode begrunnes med at den kunne hjelpe meg å finne svar på studiens forskningsspørsmål, og i tillegg opplevde jeg at metoden var tydelig forklart og lett å følge.

I Giorgis metode oppfordres informanter til å gi konkrete og detaljerte beskrivelser av sin opplevelse av fenomenet, der de selv kan velge hvilken situasjon de ønsker å beskrive. Fordi jeg ønsket mest mulig ureflekterte beskrivelser ble informantene bedt om å beskrive en typisk legevisitt de hadde vært med på, gjerne den aktuelle dagens visitt siden den var frisk i minnet, eller en annen visitt de husket godt. Jeg fulgte så opp med spørsmål for å gå dypere i deler av det informantene fortalte som virket interessant, f eks vedrørende oppgaver eller forventninger.

Giorgi (2009) oppfordrer til å sette forventninger og kunnskap ”i parentes” under analysearbeidet. Dette innebar at jeg så godt som mulig måtte sette mine kunnskaper fra litteratursøk og egen erfaring ”i parentes” og være spesielt oppmerksom på ting som jeg visste jeg hadde synspunkter på, f eks sykepleie- eller tidsperspektivet.

Giorgi (2009) gjør rede for en deskriptiv analyse av intervjuer med kun informantenes beskrivelser som utgangspunkt i en form for preteoretisk holdning; uten bruk av hypoteser, teorier, fortolkning eller forklaring (Giorgi, 2009). Under analysen i denne studien ble det ikke brukt annen teori enn metodeteori, og det ble ikke gjort noe forsøk på å forklare informantenes utsagn i resultatene. Jeg bestrebet meg på at resultatene i studien skulle være mer beskrivende enn fortolkende.

3.3. Forskningsfelt og utvalg.

Etter egen erfaring fra forskjellige sykehusavdelinger har jeg merket meg at det finnes forskjellige varianter av legevisitt på forskjellige sengeposter; men den variant som jeg har forstått er vanlig forekommende på norske sykehus er med en lege og en sykepleier som går rundt til flere pasienter og med eventuell previsitt og/eller postvisitt. Dette har jeg også fått bekreftet i samtale med sykepleiestudenter på Høgskolen i Oslo og andre sykepleiere jeg har møtt. Jeg ville derfor finne en sengepost gjennom strategisk utvalg som gjennomførte denne type visitt (Malterud, 2003). Under mine år som sykepleier har jeg også merket meg at det brukes lengre tid på legevisitten på medisinske enn på kirurgiske avdelinger. Det ble også vurdert at alle informantene i en så pass begrenset studie som denne, måtte tilhøre den samme sengepost for at det skulle være mulig å studere opplevelsen av den samme type legevisitt fra ulike perspektiver. Valget falt på en medisinsk sengepost som til vanlig praktiserer en visitt med previsitt og en lege og en sykepleier som går rundt til pasientene. Min bekjentskap med sengepostens ledelse gjorde nok sitt til at jeg lett fikk tilgang til informanter og fasiliteter. Jeg var tydelig på at jeg var på posten i form av forsker og ikke som sykepleier, hvilket jeg blant annet markerte gjennom å bruke private klær (Dahlberg et al., 2008). I neste avsnitt vil jeg beskrive sengeposten nærmere.

3.3.1 Sengeposten.

Sykehuset som sengeposten tilhører er et universitetssykehus og har de senere år gjennomgått en stor omorganisering på både klinikk-, avdelings-, seksjons- og enhetsnivå. Avdelingen som sengeposten tilhører har kompetanse innenfor hjertesykdommer, og tar imot pasienter med både kronisk og akutt hjertesykdom. Under den tid intervjuene ble gjennomført hadde sengeposten plass til 31 pasienter; men det var ikke uvanlig at det var overbelegg i form av så kalte korridorpasienter, som måtte ligge i seng på gangen fordi det ikke var plass for dem på sykerommene. Pasientene var organisert i tre grupper, der to av gruppene tilhørte sykehusets opptaksområde, og den tredje gruppen var pasienter som kom fra andre sykehus for å gjennomgå utredning og/eller behandling. Sengepostens ledelse besto av en sykepleier som fungerte som seksjonsleder og to ”ledende” sykepleiere som var ansvarlige for drift respektive fag. En av overlegene var medisinskfaglig ansvarlig og det var også tre andre overleger knyttet til posten, i tillegg til assistent- og turnusleger. På dagtid arbeidet 13 sykepleiere, hjelpepleiere eller ekstravakter hvorav seks sykepleiere hadde gruppelederansvar, det vil si at de gikk legevisitten på 5-6 pasienter hver. Fra mandag til fredag ble det angivelig utskrevet 10-15 pasienter fra sengeposten hver dag og posten tok derfor også imot like mange nye pasienter disse dagene. De aller fleste pasienter var personer med ulike hjertelidelser, men noen ganger ble også andre pleietrengende pasienter plassert på sengeposten.

3.3.2 Informantene.

Jeg planla å intervju minst tre representanter fra hver gruppe og endte opp med å intervju fire pasienter, tre sykepleiere og tre leger. Dahlberg, et al. (2008) skriver at innenfor fenomenologi og hermeneutikk er betydning alltid ekspanderende og uten slutt.

Datainnsamlingen ble derfor ikke vurdert i forhold til antall informanter; men i forhold til kvaliteten i dataene. Etter å ha intervjuet sykepleierne og legene vurderte jeg at jeg hadde mye data å arbeide med. Jeg måtte også forholde meg til de begrensede rammer (økonomisk, energi- og tidsmessig) som jeg hadde for denne studie. Men på grunn av at det var vanskeligere å holde seg til temaet i pasientintervjuene, ble det gjennomført et fjerde pasientintervju for å sikre at jeg fikk nok data.

Det var vesentlig for studien å få et rikt datamateriale med variasjon, og derfor valgtes informantene ut gjennom ”strategisk utvalg” med hjelp av avdelingsledelsen, som var

informert om inklusjons- og eksklusjonskriterier (Malterud, 2003, s. 58). Jeg ga forslag til ledelsen på hva som var egnet i form av informanternes alder, yrkeserfaring og kjønn og fikk uvurderlig hjelp til å plukke ut informanter. Informantene var av begge kjønn og av ulik alder. Studier har vist at sykepleiere med ulik lengde av arbeidserfaring inntar forskjellige roller i legevisitten og derfor ønsket jeg å intervju personell med varierende arbeidserfaring (Hill, 2003; Vareide et al., 2010; Whale, 1993).

Inklusjonskriterier for personell og pasienter var at de var ansatt/innlagt på valgte avdeling, at de snakket godt norsk og at personellet hadde erfaring med å gå legevisitt på avdelingen. I tillegg måtte pasientene være voksne, ha normal kognitiv funksjon og være fysisk oppegående. Eksklusjonskriterier for pasienter var av etisk grunn hvis de tilhørte sårbare grupper som for eksempel pasienter med demens, psykiatrisk diagnose, akutt kritisk syke, etniske minoriteter, asylsøkere, misbrukere, fanger, m.fl. Studenter ble ikke inkludert i studien.

Pasientinformant 1 (P1) var en mann på 49 år som hadde vært innlagt på sykehus flere ganger tidligere, pasientinformant 2 (P2) var en kvinne på 77 år som var innlagt på sykehus for aller første gang, pasientinformant 3 (P3) var en kvinne på 40 år og pasientinformant 4 (P4) var en kvinne på 78 år. To av sykepleierinformantene hadde jobbet på avdelingen i 2 år og den tredje sykepleieren hadde lang erfaring på avdelingen. Av sykepleieinformantene var to kvinner og en mann. Legeinformantene hadde jobbet på avdelingen fra en til noen måneder, og en av dem var nettopp uteksaminert som lege. Det var to kvinnelige leger og en mannlig.

3.4 Gjennomføring av studien

Våren 2010 ble tema, problemstilling, forskningsspørsmål utarbeidet og forskningsmetode ble klarlagt. Det ble også i denne perioden gjort et litteratursøk og en semi-strukturert intervjuguide (se Vedlegg 3), informasjons/samtykkeskriv til studiedeltakerne (se Vedlegg 4) og en prosjektplan ble utarbeidet. Når alle godkjennelser fra berørte instanser var i orden hadde jeg i forkant av intervjuene i desember 2010 et informasjons/samtalemøte med sykepleierne på sengeposten, for å informere om studiens hensikt og gjennomføring, og der ulike aspekter både ved intervjuene og legevisitten ble diskutert. Det var ingen av legene som

møtte opp på dette møte, til tross for at de var invitert. Dette møte hadde også som hensikt å skape relasjoner og bygge tillit (Kvale, 2009).

Dybdeintervjuene ble gjennomført og feltnotater ble skrevet i begynnelsen av 2011.

Transkribering på forskningsområdet ble gjort kort tid etter intervjuene, og analysearbeidet fortsatte under sommeren.

3.5 Intervjuer.

Et kvalitativt forskningsintervju kan beskrives som en faglig samtale som ”er et inter-subjektivt foretakende hvor to mennesker snakker om emner av felles interesse” der selve interaksjonen er kunnskapsproduserende (Kvale, 1997, s. 117). Kvale (1997) skriver at ”Intervjuforskning er et håndverk” som stiller krav til intervjueres evne til å ta riktige beslutninger i løpet av intervjuer med tanke på hvordan man leder samtalen nærmere fenomenet (Kvale, 1997, s. 27). I løpet av intervjuene i denne studie har jeg erfart hvor vanskelig det kan være å holde samtalen fokusert rundt temaet. Spesielt i forhold til pasientene hadde samtalen en tendens til å handle om mye annet enn legevisitten. Det var derfor nødvendig å prøve å lede pasientene tilbake ”på sporet”, som Giorgi (2009) understreker. Så lenge informantene holdt seg til temaet ble de derimot ikke avbrutt. Både sykepleiere og leger var derimot rimelig fokuserte i samtalen på selve legevisitten. Personlig er jeg uvant ved rollen som intervjuer og derfor øvde jeg meg i forkant av intervjuene gjennom å intervju arbeidskollegaer og andre ”frivillige”. Jeg opplevde under intervjuene at det var en kunst å stille gode oppfølgingsspørsmål. Men som sykepleier er jeg vant til å samtale med pasienter og deres pårørende på en lyttende og empatisk måte, hvilket er en kompetanse jeg fikk bruk for i forskningsintervjuene.

I kvalitativ forskning beveger forskeren seg mellom informantenes verden og deres forståelse på den ene siden, og den egne forståelsen i form av kritisk og analyserende tilskuer på den andre siden (Giorgi, 2009; Thornquist, 2003). Jeg prøvde under intervjuene å være bevisst på dette og opplevde det som relativt enkelt å komme nære innpå informantenes fortellinger; mens det å holde distansen og se ting fra avstand var noe jeg måtte minne meg selv på. Denne ”øvelse” var noe som gikk enklere for hvert intervju, og jeg fortsatte med dette også i den

etterfølgende analysen. Jeg prøvde i intervjuene å ha i bakhodet den maktasymmetri som råder mellom forsker og informant (Kvale, 1997; Polit & Beck, 2008; Thornquist, 2003). Dette gav seg blant annet uttrykk i at jeg var oppmerksom på at mitt kroppsspråk skulle være ”aksepterende” og lyttende. Jeg var også observant på at pasientinformantene i egenskap av syke var mer sårbare enn sykepleie- og legeinformantene og at de derfor måtte tas mer hensyn til. For eksempel hadde jeg av sengepostledelsen fått forslag på egnede pasienter, men jeg la merke til at noen av dem virket altfor syke og medtatte til at jeg ville utsette dem for et intervju.

3.5.1. Semi-strukturert intervjuguide.

I forbindelse med planlegging av studien ble en semi-strukturert intervjuguide utarbeidet, hvilken skulle hjelpe meg å fange opp data til å besvare oppgavens problemstilling, hensikt og forskningsspørsmål. Intervjuguiden er semi-strukturert i det den kan sies å være ”en grov skisse over emner, samt forslag til spørsmål” (Kvale, 1997, s.76) I første utkast ble noen temaer skrevet ned i form av spørsmål omkring legevisitten, f eks forberedelser, forventninger, oppgaver, konsekvenser og samhandling. Disse spørsmålene ble så noe mer utdypet og konkretisert, med tanke på at jeg som uerfaren intervjuer kunne trenge noen mer konkrete spørsmål i intervjusituasjonen (se Vedlegg 3). Under utarbeidelsen av intervjuguiden prøvde jeg å formulere åpne spørsmål og ikke la min egen erfaring og kunnskap om legevisitten farge spørsmålene (Giorgi, 2009). Men når de opprinnelige temaene skulle spisses til mer konkrete spørsmål var det ikke mulig at ikke til viss grad bruke egen erfaring.

I praksis ble intervjuguiden brukt som huskeliste for meg selv og alle spørsmål ble dermed ikke spurt til alle informantene. Det viktigste var å oppfordre informantene i begynnelse av intervjuene til å fortelle om en typisk legevisitt, og deretter følge opp fortellingen med utdypende spørsmål (Giorgi, 2009).

3.5.2. Praktisk gjennomføring av intervjuer.

Intervjuene ble gjennomført på valgt sengepost under syv forskjellige tilfeller. Jeg var som regel til stede på sengeposten mesteparten av dagvaktene for at "fange inn" informanter og for at intervjuene skulle kunne holdes på et tidspunkt som passet for informantene. Jeg fikk tilgang til et samtalerom på sengeposten, som etter min mening var et "avslappet" rom som egnet seg godt for konfidensielle samtaler (Kvale, 1997). Et par intervjuer med sykepleier og lege ble gjennomført på et par andre kontorer, og et pasientintervju ble tatt opp på sengerommet av praktiske årsaker. Det første intervjuet var tenkt som et pilotintervju, men da jeg vurderte det som et intervju der det kom frem mye verdifull informasjon, ble intervjuet tatt med i analysen.

Samtlige intervjuer ble tatt opp på diktafon og ble automatisk merket med en kode, dato, tidspunkt og varighet. Diktafonen ble plassert mellom meg og informanten og ble satt på helt i begynnelsen av samtalen og ble slått av først etter at informanten hadde gått ut av rommet.

Sykepleierne i studien virket motiverte for samtalen og legene tok seg god tid under intervjuene. Flere sa at de kun hadde noen minutter til intervjuet, men når vi var i gang med samtalen tok den som regel rundt en halv time. Noen pasienter takket nei til spørsmålet om de ville la seg intervju. En pasient angret seg etter først å ha takket ja til intervju, fordi hun hadde blitt utskrevet og ønsket å reise hjem. Et annet av pasientintervjuene ble avbrutt etter flere forsøk på å få informanten til å fortelle om legevisitten, og derfor ble intervjuet ikke tatt med i analysen.

For å prøve å skape god kontakt og en avslappet tone innledet jeg hvert intervju med litt småprat (Giorgi, 2009; Kvale, 1997). Så fortalte jeg kort om studien og ga muntlig og skriftlig informasjon til informantene gjennom et informasjonsskriv. Jeg oppga mitt mobilnummer til informantene med oppfordring om å ta kontakt hvis de hadde spørsmål eller kommentarer etter intervjuet, men det var det dog ingen som gjorde. Skriftlig informert samtykke ble innhentet før intervjuene startet (Fossheim, u.å). Deretter fulgte selve intervjuet, som beskrevet tidligere. Intervjuene varierte tidsmessig fra 12 min til 48 min. Jeg nevnte ikke for informantene at jeg selv er sykepleier, men prøvde å innta det Kvale (1997) kaller "bevisst naivitet" gjennom å vise nysgjerrighet og gjennom å stille en del "dumme" spørsmål (Kvale, 1997, s. 39). Når diagnoser, sykdomsforløp, behandling eller annen taushetsbelagt informasjon vedrørende pasienten kom opp under intervjuene ble det ikke tatt med i analysen. Ledende spørsmål var noe jeg prøvde å unngå, men derimot kunne jeg ta opp temaer som hadde kommet frem i tidligere intervjuer og som jeg ønsket å vite mer om.

Foruten konkrete fortellinger om legevisitten ga informantene også uttrykk for refleksjoner, følelser og meninger, og dette ble tatt med i analysen. Ettersom jeg gjorde alle intervjuer selv fikk jeg lagt merke til informantenes kroppsspråk og tonefall, hvilket var av avgjørende betydning for hvordan jeg oppfattet deres fortellinger (Kvale, 1997). Dette var også noe jeg tok med meg videre i transkribering og analyse. Som avslutning på intervjuene stilte jeg et åpent spørsmål om det var noe mer informantene ønsket å si eller spørre om og ofte kom informantene da med refleksjoner rundt legevisitten.

Under den tid jeg oppholdt meg på sengeposten skrev jeg notater med refleksjon omkring blant annet informantene, intervjuene, sengeposten, egen rolle og kroppsspråk. Etter hvert intervju skrev jeg ned forslag til mulige betydninger og jeg skrev også hva jeg ønsket å vite mer om i kommende intervjuer. Notatene var derfor til god nytte mellom intervjuene og ble en del av analysearbeidet.

3.6 Transkribering.

Faglitteraturen anbefaler at man transkriberer intervjuer fra lydbånd til skriftlig tekst, både på grunn av praktiske årsaker og fordi man får mulighet å analysere samtidig som man skriver ut teksten (Dahlberg et al., 2008; Giorgi, 2009; Kvale, 1997). Dette ble gjort av meg på sykehusets PC under et forskningsområde som jeg hadde fått tilgang til. De ti intervjuene ble transkribert ordrett og også sukkende, hm-ing, latter og usammenhengende tale ble notert ned. Transkriberingsprosessen var meget tidkrevende, da jeg lyttet om igjen på lydbåndet for å være sikker på at avskrivningen ble ordrett. Det var relativt god lyd på opptakene og med hjelp av høretelefoner ble det enda bedre. Det var dog noen ganger vanskelig å oppfatte noen ord på grunn av mumling eller fordi jeg og informanten snakket i munnen på hverandre. Jeg vil tross det si at det ikke påvirket min oppfattning av det som ble sagt, fordi jeg husket hva som hadde blitt sagt i intervjuet. Transkribering av et intervju ble gjort kort tid etter intervjuet ble tatt opp, og jeg hadde dermed både intervjuets atmosfære, informantens kroppsspråk og det inntrykk jeg fikk av intervjuet friskt i minne. Når transkriberingen av et intervju var ferdig skrev jeg ned refleksjoner jeg hadde gjort meg vedrørende intervjuet og dets innhold, hvilket ble brukt videre i analysearbeidet. Under transkriberingen fikk jeg god tid til å komme ”under

huden” på det som kom frem i intervjuene og jeg husket intervjuene godt etterpå, hvilket var en fordel under analysen.

3.7 Fra analyse til resultater.

Polit og Beck (2008) skriver at i kvalitative designer blir data analysert gjennom hele forskningsforløpet, og i denne studien ble dataene analysert fortløpende både under og mellom intervjuene, i tillegg til under transkribering. Etter transkribering ble intervjuene analysert med hjelp av Giorgis (2009) metode. Det første punktet i Giorgis (2009) metode er å lese de transkriberte intervjuene og skape seg et helhetsinntrykk av dataene. I og med at jeg gjorde intervjuene og transkriberingen selv, fikk jeg tidlig i prosessen oversikt over intervjuene.

Det neste punktet i analysen innebar at jeg leste teksten fra begynnelsen og delte inn informantenes beskrivelser i det Giorgi (200) benevner som ”meningsbærende enheter”, der hver enhet ideelt sett representerer en betydning. I min studie gikk det relativt raskt å dele inn den transkriberte teksten i meningsbærende enheter intuitivt. Dette ble gjort elektronisk på forskernettet. Jeg gjorde noen få justeringer etter nærmere betraktning i etterhånd; men beholdt i stort sett de inndelinger jeg først hadde gjort. All teksten ble oppdelt, også de avsnitt som åpenbart hadde lite med legevissiten å gjøre. Jeg tok hvert intervju for seg og delte inn hvert intervju i meningsbærende enheter. En meningsbærende enhet kunne være alt fra noen få rader til nesten et par sider, men hver enhet handlet dog om det jeg oppfattet som samme sak, f eks en fortelling om hva pasienten savnet av informasjon under visitten (Giorgi, 2009).

Det tredje punktet i analysen innebar at jeg leste de meningsbærende enhetene igjen og beskrev dem på en mer utdypende måte. Dette ble gjort med hjelp av ”free imaginative variation”, hvilket innebærer at man undersøker og dweler ved de meningsbærende enhetene, forandrer og snur på dem, for å oppdage den betydning som ligger i dataene (Giorgi, 2009, s. 69). Jeg prøvde spesielt å tenke tvert imot det som først virket åpenbart, for å finne ut hva enhetene handlet om. Jeg skrev så en slags fortetning eller sammenfatning av betydning slik som jeg så den, og som Giorgi (2009) kaller ”uforanderlige betydninger”, som er en mer generell beskrivelse av betydninger enn de opprinnelige meningsbærende enhetene (Giorgi,

2009). Denne beskrivelse av enhetene var datanær, men jeg prøvde samtidig å gjøre den litt mindre spesifikk for den aktuelle informanten gjennom å bruke andre ord, som f eks ”hun avventer” istedenfor det opprinnelige ”så jeg venter med det”. Å omformulere og fortette teksten gjorde at teksten ble tydeligere og lettere å jobbe med. Jeg kopierte inn de nye ”uforanderlige betydningene” etter hverandre på et nytt Word-dokument og printet det ut, for at det skulle være lett å lese og bla frem og tilbake i.

Det avsluttende punktet i analysen var å sammenligne ”uforanderlige betydninger” for å se etter fellestrekk som kunne utgjøre en ”overbyggende struktur” i resultatene (Giorgi, 2009). Jeg valgte på dette punktet å analysere teksten i pasient-, sykepleier- og legegrupper og jobbet med en gruppe om gangen. I arbeidet med å finne fellestrekk innenfor gruppene samlet jeg ”uforanderlige betydninger” som muligens kunne høre sammen, til det Dahlberg et al. (2008) kaller ”clusters of meaning”, i et Word-dokument for hver gruppe (Dahlberg et al., 2008, s. 244). Jeg fikk dermed en stor mengde forskjellige ”clusters”, der en ”uforanderlig betydning” kunne være med i flere ulike ”clusters”. Å finne frem til hvilke ”uforanderlige betydninger” som best hørte sammen var en tidkrevende prosess, der jeg klippte og limte frem og tilbake i Word-dokumentene. Til slutt endte jeg opp med et 40-tall ”clusters of meaning” som jeg satte midlertidige rubrikker på. Deretter så jeg at noen ”clusters” kunne settes sammen og bli til en ”ny” og mer generell betydning. Som eksempel kan nevnes at to clusters som ”Previsitten oppleves som viktig” og ”Sykepleiernes delaktighet er avhengig av legene”, ble tatt opp under den mer generelle rubrikken ”Previsittens fordeler og ulemper”.

Til slutt valgte jeg ut noen ”clusters” til å presenteres i resultatene. I resultatkapitlet følger jeg Giorgis (2009) anmodning om at først presentere den overordnede strukturen, for deretter å beskrive den nærmere. Dette ble gjort for hver og en av pasient- sykepleier- og legegruppene. For å vise hvem av informantene jeg refererer til i resultatene brukes koder: ”P” for pasienter, ”S” for sykepleiere og ”L” for leger, i tillegg til nummerering, for eksempel ”P3” for pasientinformant nummer tre.

Giorgi (2009) oppfordrer ikke i sin metode til å la informanter lese og kommentere resultatene i etterhånd, hvilket heller ikke ble gjort i denne studien. Til tross for at Giorgi (2009) avslutter analyseprosessen i og med det siste punktet i metodeteorien, har analyseprosessen i denne studien fortsatt videre i diskusjonskapitlet. Resultatene har da blitt belyst med teori og dette har gitt opphav til nye betydninger, som jeg presentert gjennom rubrikkene i diskusjonskapitlet. Ifølge Dahlberg et al. (2008) er det ubegrenset med betydning i

livsverdensforskning, og derfor måtte jeg på et tidspunkt sette en grense for presentasjon av betydninger.

3.8 Forskningsetiske implikasjoner.

På grunn av at pasienter skulle intervjues ble det sendt søknad til Regional etisk komité i begynnelsen av høsten 2010, for vurdering av nytte versus risiko. Komiteen godkjente søknaden i desember under forutsetting at det ble gjort et par språklige justeringer i den skriftlige informasjonen til pasientene (se Vedlegg 1). Under høsten ble det også sendt søknad til personvernombudet ved det aktuelle sykehuset, seksjonsleder på sykehusavdelingen og forskningsleder på klinikken. I januar 2011 hadde samtlige instanser godkjent prosjektet (se Vedlegg 2). Det ble også skrevet under på en taushetserklæring. Prosjektet ble deretter meldt til sykehusets Forsknings- og utdanningsavdeling, som ga meg tilgang til et dataområde for forskningsdata (se Vedlegg 5). Prosjektet ble også registrert i "Forpro"-registeret (Skjemaer, maler og instruks, u.å.).

Hver informant fikk muntlig og skriftlig informasjon før intervjuet startet og skriftlig informert samtykke ble innhentet av samtlige informanter. Etter intervjuet fikk informanten en kopi av samtykkeerklæringen (Fagermoen et al., 2003). Samtykkekompetanse ble bedømt individuelt av hver pasient som var aktuell som informant (Fossheim, u.å.).

En liste med informasjon om informantenes navn og telefonnummer ble i tiden mellom intervjuene innlåst i en skuff på sengeposten. Diktafonen og en liste med kodenøkkel til informantene ble oppbevart i et annet skap på sykehuset (Fagermoen, Kongsli, Lohne & Rustøen, 2003; Skjemaer, maler og instruks, u.å.). Det var kun meg selv som hadde tilgang til personopplysninger og diktafon. Personopplysningene, diktafonopptakene og transkriberingen ble destruert etter at studien var avsluttet (Fagermoen et al., 2003)

Malterud (2003) skriver om betydningen av å ivareta informantenes konfidensialitet også under resultatfremstillingen. Som et ledd i dette benevner jeg alle sykepleier- og legeinformanter som "hun". Antall mannlige informanter var i mindretall (3 utav 10) og jeg har ikke lagt vekt på mannlige/kvinnelige aspekter i analysen. For å beskytte informantene fra gjenkjennelse i rapporteringen har jeg vært reservert med tanke på informasjon vedrørende informantene.

4.0 RESULTATER

4.1 Pasienters perspektiver på legevisitten.

Fra pasientenes perspektiv er det møtet med legen som er det viktigste med legevisitten. I dette møte ønsker pasientene å få informasjon av legen vedrørende sin sykdom. De ønsker også mulighet til å fortelle om de erfaringer de har i forbindelse med sykdommen. Samtidig ønsker pasientene å få mulighet til å stille spørsmål. Pasientene opplever at de har en god kommunikasjon med legene, der pasientene blir hørt og der de har rom for å ta opp temaer som opptar dem i en jevnbyrdig dialog. I møtet med legen føler pasientene at de har innflytelse og medbestemmelse og de forteller samtidig om at de har stor tillit til legene og øvrig sykehuspersonell. Denne tillit kan gi seg uttrykk i at pasientene ønsker at legene skal ta over beslutninger for dem, fordi pasientene stoler på at legene gjør det som er til det beste for dem. Men til tross for at pasientene er fornøyde med kommunikasjonen med legene er det dog temaer de savner informasjon omkring.

Det kan virke som at pasientene i dette viktige møtet med legen, stenger ute det som skjer rundt dem. De virker ikke å legge merke til hverken medpasienter eller sykepleiere når de samtaler med legen; istedenfor fremstår det som at pasientene kun er opptatt av å få diskutere sin situasjon med legen. Sykepleieren blir ur pasientenes synsvinkel en person i bakgrunnen som pasientene ikke har behov for å snakke med under visitten; til tross for at pasientene ellers under dagen har mye med sykepleierne å gjøre. Medpasientene forsvinner også inn i bakgrunnen under samtale med legen, da ting skal diskuteres som er av avgjørende betydning for pasientene. Pasientene forteller at for dem gjør det verken fra eller til om det er medpasienter til stede under visitten, så lenge medpasientene viser respekt for privatlivet til pasienten.

Den mest fremtredende ulempen med visitten synes fra pasientenes perspektiv å være at de ikke får vite hvilken lege som kommer til dem og heller ikke *når* legen kommer. Dette gir lite forutsigbarhet og skaper en uvisshet for pasientene, som må gå på avdelingen og vente og holde seg beredt for legevisitten.

Ovenstående temaer blir nærmere beskrevet nedenfor under rubrikkene: ”Pasientene ønsker informasjon”, ”Uvisshet og lite kontinuitet”, ”Samhandler med legene, men har lite kontakt med sykepleieren under visitten”, ”Pasientene viser tillit til personalet” og ”At medpasienter lytter er ikke et problem”

4.1.1 Pasienter ønsker informasjon.

Pasientene forteller at det som er viktig med legevisitten er at de får informasjon vedrørende sin situasjon. De ønsker å få vite hva som feiler dem og hva prøvesvarene viser. De ønsker også å få vite hva som er planlagt for dem på sykehuset, f.eks. undersøkelser, og hvordan de skal forholde seg til sin sykdom. Pasientene vil gjerne vite hvor lenge de må være på sykehuset og hvilken dag de kan reise hjem. De oppgir at de får beskjed i visitten om hvordan sykdommen utvikler seg. Det er fremfor alt den skreddersydde oppfølgingen for hver og en av pasientene som opptar dem. På spørsmålet hva som er viktig med legevisitten svarer en pasient: “Nei, det viktigste er jo at de forteller meg hva som feiler meg. Hvorfor jeg er på sykehus. Og I verste fall hva jeg må gjøre sånn og sånn. Det er jo det går på da.” (P2)

En pasient svarer på spørsmålet om hva legen informerer om i legevisitten:

P: Oppdatere hvordan det går og hva dem har funnet ut og hva planen videre er. I: Kan du gi noe eksempel på hva han kan snakke om? P: Nei, om du skal opp på andre avdelinger eller om du skal ta røntgen CT eller et eller annet sånt i løpet av dagen kanskje. Det er vanlige opplysninger som vi har bruk for å vite. (P3)

I intervjuene fremkommer det at for å forsikre seg at de får informasjon om det de lurer på kan pasientene forberede spørsmål til legen. Pasientene skriver gjerne ned spørsmålene, for som en pasient uttrykker det: “det er veldig fort gjort å glemme” (P1). Det kan være spørsmål om medisiner, trening, kosthold, videre planer og utskrivning. En informant forteller at hun ikke har spørsmål hun tenkt å ta opp på legevisitten fordi sykdommen har kommet så overraskende på henne og fordi hun ikke har så god greie på hva hun skal spørre om.

Men til tross for at pasientene ønsker og får mye informasjon er det ting de savner informasjon om eller synes de ikke får nok informasjon om. Dette er for eksempel hvordan pasientene skal forholde seg til sykdommen og hva det kan gjøre og ikke bør gjøre i den forbindelse. Kosthold er for eksempel et tema som pasientene etterspør men som de sier ikke har blitt tatt opp i legevisitten. Informantene nevner også at de savner skriftlig informasjon om medikamenter og forklaring på hvorfor det er viktig med nedtrapping av en viss type medisin. En av informantene har tenkt mye på hvorfor hun har blitt syk og at hun synes at sykdommen er vanskelig å godta. Hun føler at det er urettferdig at hun som alltid jobbet for å holde helsen i orden har blitt syk. Men det fremkommer i intervjuet at dette ikke er et tema som har blitt tatt opp på visitten. En annen informant understreker at hun ønsker tydeligere beskjeder om når hun skal til undersøkelse og når hun kan reise hjem:

Men jeg ville helst hatt litt mer klare beskjeder om jeg kan forvente meg at jeg får beskjed om å komme hjem i dag eller ikke. Hvor lang tid visse ting tar og sånne ting ... og svar på prøver og sånne ting. Du prøver, ja, du prøver å spørre men altså, det er jo ikke alltid dem kan svare. Det er liksom diffuse svar noen ganger ... Det kan være både ja-og-nei-svar liksom. (P3)

Det fremkommer i intervjuene at det er ting som har blitt sagt under visitten som de ikke husker etterpå. Informantene forklarer at de svarer på legens spørsmål, men at de ikke helt husker hva legen sa. De gir også uttrykk for at det etterpå er lett å glemme hva som har blitt sagt og spurt under visitten. En pasient forteller: "...jeg husker ikke om jeg spurte om noe idag ... Det blir veldig mye å si 'ja,ja' og 'ja, ja' for [pause] det går så fort." (P3)

4.1.2 Uvisshet og lite kontinuitet.

I pasientintervjuerne blir det tydelig at fra deres synsvinkel råder det usikkerhet rundt visse ting i legevisitten. Et av temaene det råder usikkerhet rundt er tidsfaktoren, da det kommer frem at pasientene ikke vet når legevisitten kommer til dem. Et par av informantene oppgir at

de ikke vet klokkeslettet for når visitten kommer; mens to andre pasienter forklarer at visitten pleier å komme noen gang mellom klokken halv ti og halv tolv på formiddagen. Hvis pasienten ikke er altfor syk, men kan være oppegående i korridoren, kan pasienten se hvor langt visitten har kommet og at den nærmer seg pasientens rom. På spørsmålet hvorvidt hun vet når legevisitten kommer, svarer en pasient:

P: Nei. Det vet man ikke noe om. I: Sånn hva gjør du da? For du vet jo *att* den kommer. P: Jeg vet at den kommer, ja. Og jeg prøver, la oss si det er sånn mitt på dagen og vi har nettopp fått lunsj eller noe sånn. Så prøver jeg å være obs på at jeg er ferdig, så ikke jeg bruker noen tid av dem. Sånn er i alle fall jeg ... Men vi får vanligvis ikke helt vite når de kommer. Du får en viss anelse når du har vært en stund.
(P2)

Den samme pasienten gir uttrykk for at hun hadde ønsket at personalet f.eks. ved frokost hadde oppgitt et klokkeslett for når legevisitten skulle komme til henne. Hun sier at det er mulig at personalet har gitt henne et klokkeslett; men hun tror ikke de har gjort det og avslutter med å si: "For vi er jo der, ikke sant?" (P2). En annen pasient svarer på spørsmålet om hun forbereder seg til legevisitten: "Nei, det gjør man jo ikke. For man vet jo ikke akkurat når de kommer og sånn, så det, nei." (P4)

Det viser seg i intervjuene at noen av pasientene har vanskelig for å holde orden på ukedagene og hvor lenge de har vært innlagt på sykehuset. Denne usikkerheten gjelder også hvorvidt det er legevisitt i helgene eller ikke. En av pasientene forteller at han hadde hatt legevisitt på en søndag og at han ikke hadde forventet at legen skulle komme i helgen.

Før legevisitten kommer vet pasientene ikke hvilken eller hvilke leger som kommer i visitten den dagen. Det er ikke sikkert at det er den samme legen som pasientene pratet med tidligere. Dette er noe som pasientene ikke har innflytelse over og de oppgir også at de har vanskelig for å huske legenes navn. Informantene oppgav dog at det var en lege og en sykepleier som kom til dem i legevisitten; foruten en pasient som oppfattet at det kun var leger i visitten:

P: Noen ganger så kommer det to, noen ganger så kommer det fire. Så idag så tror jeg det var to stykker. I: To leger? P: Ja... jeg får jo aldri med mig navnet, for det er jo forskjellig hva som kommer innom døren. I: Okay. Er det forskjellig hver dag? P: Ja, ikke hver dag, men noen ganger kommer samme to dager og så kommer en ny tredje dagen, ikke sant, så at du vet aldri det... Jeg husker ikke navn på noen av dem så. (P3)

En informant forteller at ved en innleggelse som varte en uke var det den samme legen som kom i legevisitten hver dag og dette opplevde pasienten som positivt. Han trengte da ikke å fortelle sin historie om igjen fra begynnelsen, hvilket han ellers måtte gjøre når han møtte nye leger.

4.1.3 Samhandler med legene, men har lite kontakt med sykepleierne under visitten.

Gjennom pasientintervjuene tegnes et bilde av en vekselvirkning mellom pasienter og lege under visitten. Under samtalen informerer legen pasientene, spør dem om deres tilstand og svarer på pasientenes spørsmål. Pasientene svarer på legenes spørsmål og stiller på sin side spørsmål til legen om ting de lurer på. På denne måten gir pasient og lege hverandre kompletterende informasjon som de begge trenger. Et par informanter forteller at det er legen som starter samtalen og at han eller hun oppdaterer pasientene om nye prøvesvar og forteller om videre planer. Legen spør også om hvordan det går med pasientene og deres symptomer og dette er noe som pasientene forventer seg. En pasient forteller:

P: ... jeg forventer også, ikke bare forventer, men jeg regner jo da med også at de spør kanskje meg om sånne ting som kan være vanskelig å svare på og sånn. Men det må jeg bare finne meg i og finne ut av det. I: Ja. P: Fordi, jeg skjønner jo det at de kommer videre hvis de får greie på mer om meg da. (P2)

Pasientene beskriver at de blir hørt under samtalen og at de har innflytelse når beslutninger skal tas. En av pasientene forteller at pasienter har mye de skal ha sagt fordi det er deres kropp og det er de som vet hvordan de føler seg. Han beskriver et eksempel der han ikke ønsket smertestillende medikamenter og at dette ble respektert. Den samme informanten føler at han er jevnbyrdig med legene, at legene er som "likemenn" (P1), og at han ikke opplever at legene ser ned på ham. Han sier videre at han tror at akkurat dette var et større problem før i tiden. Pasientene kan bruke uttrykk som at de "skal ha ordet" (P2) og at de "kan banke i bordet" (P3). En pasient forteller at hun vil reise hjem og at hun overtaler legene til å skrive henne ut. Pasientene omtaler legene med positive ord som at de er hyggelige og inngir tillit og mener at de får god oppfølging på sykehuset. En pasient sier at "Det er veldig behagelige leger og veldig tillitsfulle ..." (P2). Noen ganger ønsker pasientene at legene skal ta over beslutninger for dem.

I intervjuene fremkommer det også at pasientene snakker lite eller ikke i det hele tatt med sykepleieren under legevisitten. Det kan virke som at pasientene forventer seg dette og at det nærmest synes å være naturlig i visitten. Det kommer ikke frem i intervjuene at det skulle være et behov for pasientene å få snakke med sykepleiere under visitten. Derimot forteller pasientene at sykepleieren holder seg i bakgrunnen og noterer ned ting som blir sagt. Også dette beskriver pasientene som noe de forventer og som fremstår som naturlig. En pasient svarer på et spørsmål om hvorvidt han snakket med sykepleieren under visitten:

P: Altså, ikke så veldig mye med sykepleieren egentlig under visitten. Da er det vel mest med legen. Sykepleieren pleier å notere liksom det vi blir enige om, når det gjelder medisiner og eventuelt planer og hvis legen vil bestille forskjellige prøver som skal tas og sånn, så noterer hun det ned eller sånn, og bestiller. I: Ja. P: Det fungerer veldig bra det altså. (P1)

En av informantene forteller at sykepleiere ikke er med i legevisitten men at det som regel er minst to leger som kommer i visitten. Informanten beskriver at sykepleieren kommer innom på rommet "stadig vekk" (P3) under dagen og hvis det passer for sykepleieren å komme innom under visitten så gjør hun det, og da spiller det ingen rolle hvis legene er der.

Informanten sier videre at under dagens visitt hadde sykepleieren kommet inn for å korrigere legene i hvordan pasientens sår skulle stelles.

Hvis pasientene ikke har mye kontakt med sykepleieren i visitten synes de å ha desto mer kontakt utenom visitten. Informantene forteller om hvordan sykepleieren kommer tilbake etter visitten for å gi tilbakemeldinger om for eksempel undersøkelser, forandringer i planene og annet som skal skje, eller for å fortelle om prøvesvar og for medisinutdeling.

4.1.4. Pasienter viser tillit til personalet.

Hver og en av pasientene nevner under intervjuets gang at de gjør som de får beskjed om når de er innlagt på sykehuset og de gir uttrykk for at dette kan oppleves som befriende. Flere av informantene er ikke vant til å være innlagt på sykehus og for dem er sykehuset en fremmede verden som de prøver å tilpasse seg. De synes i noen tilfeller å overgi seg selv til personalet og at de da stoler på at personalet gjør det som er til det beste for pasientene. De viser tillit til både leger, sykepleiere, hjelpepleiere og øvrig personal. En av grunnene til at pasienter overgir seg til personalet synes å være at pasientene ønsker å rasjonere sin begrensede energi. En informant erfarer at når hun er innlagt på sykehus lar hun personalet ta over beslutninger for henne. Hun forteller om en gang hun var innlagt etter en ulykke:

P: Du gjør det du får beskjed om av personalet, sykesøstrer og leger og så orker du ikke å tenke noe mer på det ... Da var det sånn at jeg liksom blåste i hva som skjedde rundt meg. Jeg bare lot dem holde på, ikke noe spørsmål fra min side eller noen ting.
(P3)

Et annet eksempel på hvorfor pasientene kan overlate beslutninger til personalet er at det kan føles trygt når en lege som pasienten har tillit til under visitten forteller hva pasienten skal gjøre:

P: Det er på en måte litt sånn at det følger med en viss trygghet også kan en si at en lege er autoritær då. I: Syns du det, ja? P: Ja, på en måte så er det jo det fordi at du er jo i en veldig sårbar situasjon selv når du er syk. Så at du får en bestemt person som sier at sånn ska vi gjøre nå og nå (uhørbart). (P1)

Informanten fortsetter med å si at hvis han ikke er enig med legen prøver han å finne ut av legens argumenter og hvis pasienten syns at argumentene er fornuftige så lar han seg overtale.

4.1.5 At medpasienter lytter er ikke et problem.

At andre pasienter er nærværende på pasientrommet under legevisitten synes ikke å være et problem for pasientene og i stort sett respekterer de hverandres private sfære. De er ikke så opptatt av hva legevisitten samtaler med medpasientene om, og det kan til og med oppleves som kjedelig å lytte til de andre pasientenes visitt. En pasient svarer på spørsmålet om hva han tenker om at legevisitten snakker med medpasienter: ”Ja, nei, det tenker jeg aldri over og oftest har jeg musikken på. Så jeg hører ikke så veldig mye ... Men det gjør meg ingenting, akkurat det.” (P1)

Pasientene syns heller ikke at det er forstyrrende at medpasientene lytter på pasientenes samtale med legevisitten. En forutsetning for at det er greit at medpasienter er nærværende er at medpasientene respekterer pasientens privatliv og ikke kommer med kommentarer i etterkant av visitten. Pasientene beskriver at medpasientenes nærvær ikke spiller noen rolle og at det ikke forandrer noen ting i samtalen mellom pasient og lege. En pasient sier vedrørende medpasientenes nærvær: ”Det hadde jeg ikke brydd meg om. Jeg hadde vært akkurat den jeg er.” (P2)

En av informantene nevner dog at hvis hun ville samtale med legen om personlige og følsomme ting, så hadde hun bedt om en samtale i enerom. Hun forklarer at hun hadde gjort det samme med sin sjef eller hvem som helst, og at det ikke er noen forskjell fordi hun er på sykehus. Hun fortsetter med å si at hun syns det er en ulempe med medpasienter på rommet, hvis det skulle komme opp samtaletemaer som andre ikke burde høre.

4.2 Sykepleieres perspektiver på legevisitten.

Sykepleierintervjuene viser at sykepleierne setter mer pris på previsitten enn visitten til pasientene. Previsitten gir muligheter for læring og sykepleierne føler seg mer delaktige fordi de får mulighet til å diskutere og samtale med legen om pasientene. Men sykepleiernes delaktighet er avhengig av hvorvidt legene involverer sykepleierne og delaktigheten virker dermed å være på legenes premisser. Sykepleierne har erfaring av at det er noen leger som ikke lytter til dem, og at det ofte er de eldre legene som ikke lar sykepleierne være med i diskusjonen om pasientene.

I visitten rundt til pasientene opplever sykepleierne at det er legen og pasientene som har mest kontakt med hverandre og at sykepleierne har lite kontakt med både lege og pasienter.

Sykepleierne føler seg mest som legenes assistenter og står gjerne i bakgrunnen og noterer ned ting som skal gjøres. Sykepleierne gir uttrykk for at de opplever at legevisitten tar opp uhensiktsmessig mye av deres tid, og at de ofte får lite ut av den tiden de bruker på visitten og spesielt på visitten rundt til pasientene. Hvor lang tid visitten tar er noe som sykepleierne mener at de ikke kan påvirke og siden de fra sin side noen ganger opplever legevisitten som ineffektiv, kan det dermed skape utålmodighet hos sykepleierne.

Sykepleierne formidler en ambivalens i og med at de på den ene siden syns de har en passiv rolle under visitten, som i tillegg tar opp for mye av deres tid. Men på den andre siden forteller sykepleierne at de ønsker å være med på visitten for pasientenes skyld. Sykepleierne gjør derfor noe mer ut av sin rolle enn bare å være til hånds. Dette viser seg gjennom at sykepleierne lytter til den informasjon som pasientene får av legen. I tillegg hjelper sykepleierne pasientene gjennom å ta opp temaer som sykepleierne vet at pasientene er opptatt av. De prøver også å få avklart når pasientene skal reise hjem og om pasientene trenger hjelp hjemme. Dette er tilfeller der sykepleierne går aktivt inn i samtalen med pasientene; men foruten disse tilfellene beskriver sykepleierne at de ikke tar noe særlig del i samtalen. I stedet for å samtale med pasientene under visitten foredrar sykepleierne å gå en slags "ettervisitt" til pasientene, blant annet fordi de foretrekker å snakke med pasientene når ikke legen er tilstede. Sykepleierne kan da samtale med pasientene om ting som ikke blitt tatt opp på visitten eller forklare nærmere det som blitt sagt under visitten.

Sykepleierne forteller om hvordan taushetsplikten blir brutt under visitten på flermannsstuer. Hverken leger eller sykepleiere ber medpasienter å gå ut av rommet, og hvis det ikke er noe helt spesielt de skal snakke om tar de heller ikke med seg pasienten på det samtalerom som finns tilgjengelig på sengeposten. På grunn av at medpasienter er nærværende under samtalen

unngår både personell og pasienter, ifølge sykepleierne, å ta opp ting som kan oppleves som privat og følsomt under visitten. Sykepleierne er bevisst på dette forhold og skulle ønske at taushetsplikten ble bedre ivaretatt. Nedenfor blir resultatene fra sykepleieintervjuene nærmere beskrevet under rubrikkene “Previsittens fordeler og ulemper”, “Legevisitten tar lang tid”, ”Taushetsplikten”, “Sykepleieren står i bakgrunnen” og “Det sykepleierne tar ansvar for”.

4.2.1. Previsittens fordeler og ulemper.

Sykepleierne opplever at previsitten er betydningsfull for dem. De begrunner det med at previsitten er lærerik og nyttig, at de har mulighet for å stille spørsmål til legene og at de kan oppdatere legene om pasientenes status. Sykepleierne har ofte samlet opp spørsmål før previsitten som de tar opp med legen, som for eksempel pasientenes medisiner, rehabilitering og hjemreise. En sykepleier forteller om en tidligere arbeidsplass der de sluttet med previsitten, og at hun likte dette dårlig. Hun opplevde det som at noe manglet og at hun senere på dagen måtte tilbake flere ganger til legen for å spørre om ting som hun ikke hatt mulighet for å ta opp før visitten til pasientene. Hun mener at noen ganger *må* man diskutere pasientene uten at de er tilstede. Hun sier: “ Hadde jeg måttet velge så ville jeg heller vært med på previsitt enn rundt til pasienten. I: Ja? S: For jeg føler at det er då en kan spørre om ting..” (S1)

I intervjuene fremkommer det at sykepleierne føler seg mer delaktige i samhandlingen med legene under previsitten; enn de er under visitten til pasientene. Sykepleierne beskriver at i previsitten kan de ha en samtale med legen der de kan fortelle om pasientenes form og spesielle problemer, som for eksempel brystmerter, eller behov for hjemmehjelp og rehabilitering. Det gis også mulighet for sykepleierne å forhøre seg med legene og stille spørsmål og sykepleierne forbereder ofte spørsmål på forhånd om f eks medikamenter og blodprøvesvar. Sykepleierne forteller at legene på sin side stiller spørsmål om pasientenes symptomer som for eksempel smerter og ødemer. På spørsmålet om det er forskjell på previsitten og visitten til pasientene når det gjelder samhandlingen med legene svarer en informant: ”Du er jo mer delaktig på previsitten... Det blir gjerne på previsitten at man tar opp mer ting, altså har mer en samtale.” (S3)

Hvis sykepleierne forstår at de kjenner pasientene bedre enn legene snakker de mer i previsitten og gir noen ganger et resymé om pasientenes hendelsesforløp, hvilke undersøkelser de har vært til og hva de er henvist til. En informant mener at sykepleierne oftest kjenner pasientene bedre fra før enn legene. Men hvis legene skulle kjenne pasientene bedre enn sykepleierne, kan sykepleierne ta et skritt tilbake:

S: Men jeg snakket veldig lite i dag og det ut ifra at det var naturlig, fordi de [legene] kjente dem veldig godt. Den legen hadde gått dag etter dag nå og hadde satt seg godt inn i det. Og da følte ikke jeg at det var så mye å tilføye. Så da var det mest spørsmål fra min side. (S2)

Men sykepleiernes delaktighet i previsitten er avhengig av legene. Et par av sykepleierne forteller at det kommer helt an på hvilke leger som er til stede i previsitten, fordi det ikke er alle leger som involverer sykepleierne og lar dem slippe til. En sykepleier mener at yngre leger involverer sykepleierne mer i previsitten, enn det de eldre legene gjør. En av sykepleierne sier i forbindelse med at hun stilte spørsmål til legene under previsitten: ”Litt sånn spørsmål, for det var fine leger og liksom, som slapp en til. Det er veldig varierende.” (S2)

En annen av sykepleierne forteller at hun tilpasser det hun sier i previsitten etter hvilke leger som er til stede:

S: Ja, altså, det skal jeg være så ærlig på at det tilpasser jeg litt etter hvilke leger som går altså. Ja, det gjør jeg, så hvis det særlig er en her, då blir det, då er det litt slik at jeg bare sitter i bakgrunnen og ikke sier noe som helst egentlig... det blir ikke hørt altså, det har ikke noen hensikt, for at man får ikke noe gehør for det uansett. (S1)

4.2.2. Legevisitten tar lang tid.

Sykepleierne opplever at både previsitten og visitten rundt til pasientene tar lang tid. At visitten tar tid er noe som kan vekke utålmodighet hos sykepleierne. Sykepleierne forklarer at det varierer hvor lang tid previsitten og visitten til pasientene tar. De oppgir forskjellige grunner til at visitten kan ta lang tid, men det viser seg at legevisittens lengde er noe som sykepleierne ikke kan påvirke; men som er avhengig av enten legene, pasientene eller medisinerstudenter. Ifølge sykepleierne kan previsitten ta lang tid på grunn av at legene ikke kjenner pasientene fra før. De trenger derfor tid til å oppdatere seg og for å diskutere pasientene. Previsitten kan også ta lengre tid hvis medisinerstudenter er tilstede. Dette forklares med at studentene stiller spørsmål til legen, og at legen gjerne tar seg tid til å forklare for studentene. En sykepleier forteller at også visitten til pasientene tar lengre tid når medisinerstudenter er med: ”...spesielt når det er medisinstudenter med, så skal de gjerne også lytte på pasienten og det tar ganske lang tid og man bruker fryktelig mye tid på det.” (S3)

En annen faktor som spiller inn på hvor lang tid som brukes på legevisitten, er at sykepleierne må vente til legen er klar for å gå visitt til pasientene. En sykepleier beskriver at etter previsitten må hun vente på legen før de skal gå visitt til pasientene, fordi legen først skal ha previsitt med en av de andre sykepleierne. Under visitten til pasientene kan legene bruke god tid til å informere pasientene og til å lytte til dem. En sykepleier forklarer at hun synes legene er flinke til å la pasientene få snakke ut, samtidig som hun blir utålmodig av at legene gir pasientene tid til det:

S: Akkurat det synes jeg faktisk legene er flinke til. Det er veldig sjelden sånn at ´nå er det ikke tid til å høre mer, nå må vi gå`. Det synes jeg faktisk de er gode til... å la dem tømme seg. Selv om jeg blir jo litt utålmodig av det da... Noen pasienter tar opp hele sykehistorien sin hver gang, ikke sant. (S1)

Sykepleierne mener at leger som ikke er så godt kjent med pasientene eller sengeposten bruker mer tid på visitten enn leger som er godt kjent på avdelingen. En av sykepleierne forklarer at hun setter pris på leger som er kjent på sengeposten fordi at de jobber “litt systematisk og sånn og sånn og sånn og ferdig med det. Det er tiden.” (S3)

4.2.3 Taushetsplikten.

I et par av intervjuene blir sykepleierne spurt om de har merket noen forskjell på legevisitten når de er inne på enmannsstuer, sammenlignet med flermannsstuer. Et par av sykepleierne kommer da raskt inn på spørsmålet om taushetsplikt og forteller at de ikke holder på taushetsplikten sånn som de burde ha gjort. De viser tegn til dårlig samvittighet og sier at verken sykepleiere eller leger er flinke til å verne om pasientenes privatliv på flermannsstuer under legevisitten. De er heller ikke flinke til å be medpasientene om å forlate rommet når legevisitten er hos en av pasientene på flermannsstue:

S: ...særlig de [pasientene] som ligger på firmannsstuer er jo såpass oppegående at de burde jo egentlig bare vært skyfflet ut mens vi hadde hatt visitt på... Men det er vi ikke flinke til, verken vi eller legene, til å verne sånn om privatlivet. Så det er noe som man burde skjerpe inn på altså, absolutt! (S1)

En sykepleier forteller at hvis pasientene derimot skal samtale med psykiater eller sosionom får de snakke sammen på et avskilt samtalerom på sengeposten. Men under legevisitten på flermannsstuer blir ikke private og følsomme emner tatt opp hverken av pasient eller personell, forteller sykepleierne. En sykepleier forteller hva hun tror kan være grunnen til dette:

S: Det kan jo være på en måte i forhold til taushetsplikt og sånne ting så er jo det ting som kanskje er, det kan være vanskelig for pasientene, tenker jeg, da å ta opp ting når det kanskje er nabopasienter de har vært sammen med i flere dager og at man syns kanskje det er vanskelig og ta opp ting og sånt. (S3)

Men det er ikke bare inne på pasientrommene at det brytes mot taushetsplikten. En informant forteller at etter at legevisitten har vært hos pasientene kan lege og sykepleier ha en

oppsummering ute i korridoren på sengeposten for å avklare ting om pasientene, som for eksempel pasienters hjemreise.

4.2.4 Sykepleieren står i bakgrunnen.

Sykepleierne opplever i visitten til pasientene at det mest er pasient og lege som snakker sammen. Sykepleierne kan komme med innspill, men i hovedsak er det, ifølge sykepleierne, pasient og lege som samtaler. Sykepleierne forteller at legene som regel gir pasientene god tid til å snakke og at de tar seg tid til å lytte til det pasientene har å si.

Det fremkommer i intervjuerne at legene gjerne spør pasientene om deres form og at de undersøker pasientene, forklarer og gir informasjon. Men det fremkommer også at sykepleierne opplever at legene legger vekt på forskjellige ting under visitten. Et par sykepleiere beskriver forskjeller mellom yngre og eldre leger og en av sykepleierne forklarer at noen ganger er de eldre legene mer opptatt av å observere pasientene og å gi behandling, enn av å informere. Hun opplever at de yngre legene forklarer og lytter mer til pasientene:

S: ...jeg synes stort sett at de nyere legene virker som de har en god *måte*. At de tenker at de snakker *med* pasientene og at de *skal* informere om ting og at de også er lydhøre for hva pasienten kommer med... Så *generelt* så synes jeg det. Men det er jo alltid personlig, forskjellig. (S2)

Sykepleierne har også synspunkter på måten legene informerer på og har erfaring av at legene noen ganger gir vag eller ikke nok informasjon til pasientene. Det kan for eksempel gjelde hva som er gjort og hva som skal gjøres for pasientene og om pasientene skal reise hjem eller ikke.

Sykepleierne beskriver sin rolle som tilbaketrukket og at de står i bakgrunnen når pasient og lege samtaler med hverandre. Sykepleierne oppgir at de ikke gjør så mye under visitten, men at de lytter til samtalen som foregår. De forteller at de har lite kontakt med både pasient og lege, men at de noterer ned det som legen forordner og som sykepleierne selv tenker at de må ordne opp i etter visitten. En sykepleier forklarer at på dagens visitt var hun tilbakeholden fordi de fleste pasientene kunne "snakke for seg selv" (S2). Men hun forteller at hun var konsentrert og lyttet aktivt til det som ble sagt. Sykepleierne mener at det kan være nyttig og

lærerikt at lytte til samtalen mellom pasient og lege, blant annet fordi legene forteller ting på en enklere måte til pasientene, som også kan være lettere for sykepleierne å forstå.

Sykepleierne mener også at det kan komme frem nye ting under visitten, som sykepleierne kan gjenta for pasientene etter visitten. Men en sykepleier forteller at mensvisitten var lærerik for henne når hun var ny på avdelingen; synes hun nå etter at ha jobbet et par år på sengeposten at det er kjedelig å sitte i bakgrunnen og lytte til ting som hun allerede har hørt og som tar opp av hennes tid:

S: ...noen ganger føler jeg det meningsløst at jeg er med i det hele tatt rundt. Og spesielt når det er medisinstudenter med... Det blir sånn at man blir ståendes i en evighet og prate om alt mulig rart mellom himmel og jord, så blir man liksom bare sittendes. Men da går jeg ofte ut, jeg, altså når jeg ser at nå er det ikke noe poeng. (S3)

Den samme sykepleieren opplever sig ofte som en assistent i legevisitten:

S: ...man blir litt sånn haleheng da, syns jeg. Blir gjerne at man står og lytter liksom og man vet på en måte hva som blir sagt, men har litt følelse av at være en type assistent egentlig, syns jeg da... Du står liksom og tar imot beskjeder, ikke sant, og bare passer på at ting koordineres og sånt da ...noen ganger så føler jeg meg litt som et sånt "accessoir" altså. (S3)

4.2.5 Det sykepleierne tar ansvar for.

Samtidig som sykepleierne forteller om sin passive rolle, er det noen områder i forbindelse med legevisitten at sykepleierne er aktive deltakere. Pasientenes hjemreise og kartlegging av hjemmeforhold er et av disse områdene. Det synes å være en uskreven regel at dette er sykepleierne, og ikke legenes ansvarsområde. Sykepleierne forteller om hvordan de tar initiativ til å få avklart med legene under visitten om en pasient skal skrives ut eller ikke. Sykepleierne forhører seg også med pasientene enten før eller under legevisitten om hjemmesituasjonen og om pasientene trenger hjelp hjemme. Ved utskrivning sørger sykepleierne for at pasientene får den oppfølging de trenger. Sykepleierne forklarer at det kan

være mye arbeid når de skal ordne med utskrivning, for eksempel medikamenter, apoteksbestillinger, samtale med hjemmesykepleien og med pårørende og fastlege.

S: Hvis det planlegges at nå medisinsk sett så begynner vi å nærme oss en utskrivning eller pasienten skal faktisk reise i dag. Så må man jo sørge for at alle disse tingene er i orden da. Sørge for at fra sykepleiesiden får de den oppfølgingen de trenger, ikke sant.
(S2)

En av sykepleieinformantene forteller at hun passer på det legene gjør under visitten. Hun beskriver en episode der legen skrev ut feil medikament på en resept til en pasient som skulle reise hjem. Denne episoden har gjort at sykepleieren kan føle seg utrygg på det legene gjør, og etter denne hendelse passer hun på at legene gjør ting riktig. Hun mener at hun ofte må minne legene på ting som skal gjøres.

Et annet område som de intervjuede sykepleierne føler ansvar for er at pasientene får den informasjon de trenger i legevisitten og at informasjonen blir forstått. Mange ganger opplever sykepleierne behov for å gå tilbake til pasientene etter visitten for å forklare eller repetere informasjon og for å svare på spørsmål fra pasientene om det som er blitt sagt under visitten. Sykepleierne forteller at de lytter nøye til samtalen mellom lege og pasient for å kunne gi oppklarende informasjon til pasientene i etterkant av visitten. En av grunnene til at sykepleierne går ”ettervisitt” til pasientene er at sykepleierne har forstått at pasientene ikke har skjønnt det legen har sagt. Sykepleierne mener at pasientene kan ha vanskelig for å forstå det legene sier, fordi legene bruker et vanskelig språk. En sykepleier forklarer hvorfor hun går tilbake til pasienten etter visitten:

S: Det hender ofte, ja. Det spørres og litt på hvilke leger som har gått rundt. Hvis jeg syns det at de har vært flinke til å forklare og sånn så tar jeg; men det er noen av legene som bruker et forferdelig vanskelig språk uansett og du ser at de [pasientene] ikke skjønner noe som helst... Og da er det greit å ta en runde og bare forklare litt.
(S1)

En annen sykepleier beskriver det slik:

S: Noen av våre leger har jeg oppfattet som, som veldig, at de bare går rundt for å se og så putter de igjen en liten kommentar, liksom. Men da føler jeg et sterkt behov for, at vi sykepleiere kommer inn i etterkant og rett og slett går igjennom, sånn ettervisitt til pasientene. Og kanskje forteller hva som har blitt gjort eller hva vi skal gjøre. For det er ikke sikkert det kommer fram på visitten. (S2)

Denne sykepleieren forklarer at det er vanlig at pasientene henvender seg til henne når pasientene har snakket ferdig med legen. Hun kan da si til pasienten at hun kommer tilbake etter visitten, fordi hun synes hun snakker bedre med pasientene alene og for at hun ikke vil ta opp tid under visitten:

S: Det er ikke helt uvanlig at når visitten går videre på neste pasient, for eksempel på en litt større stue da, tremannsstue. Da kan det godt være at de begynner og vil snakke med *meg* når visitten har gått videre... Eller så sier jeg jo ofte at vi kan snakke sammen etterpå. At jeg kan komme tilbake til deg etterpå. Ja, det kan ofte skje. (S2)

Til tross for at sykepleierne har lite kontakt med pasientene under visitten forteller sykepleierne at de noen ganger tar opp ting med pasientene i visitten. En typisk ting sykepleierne kan ta opp er hjemreise og hjemmeforhold hvis dette fortsatt er uavklart. I tillegg kan sykepleierne hjelpe pasientene gjennom at ta opp temaer som de vet at pasientene lurer på og som pasientene ikke selv tar initiativ til å snakke med legen om. Eller så kan sykepleieren minne pasienten på hva han eller hun skulle ta opp med legen: ”Hvis pasienten sier for eksempel kvelden før at hun må huske å spørre legen om det då. Det er mye sånn minne, ja, ’skulle du ikke spørre legen om sånn og sånn?’ (S1)

En av sykepleierne formidler tydelig at hun opplever sin rolle som viktig og at hun føler at hun trengs i visitten. Hun forteller at hun hjelper pasientene å ta opp ting de er opptatt av og at hun registrerer hvilken informasjon pasientene får av legene så at hun kan repetere den eller

komplettere den i etterhånd. Hun sier videre at det er lettere for pasientene å spørre og snakke med sykepleiere enn med leger ”fordi lista ligger ikke så høyt for pasientene” (S2).

4.3 Legers perspektiver på legevisitten.

For legene fremstår legevisitten som det mest sentrale under deres arbeidsdag. De bruker morgenen til å forberede seg til visitten, de gjennomfører visitten og følger opp visitten med etterarbeid. Legevisitten synes for legene å handle om å innhente informasjon gjennom forskjellige kilder og om å utveksle informasjon mellom seg, pasientene og sykepleierne. Informasjonen som utveksles handler om pasientenes sykdommer og dess behandling.

Legene forteller at de er fornøyde med kommunikasjonen og samhandlingen de har både med pasienter og sykepleiere. I dialogen med pasientene strever de mot å gi og få informasjon, og å oppnå enighet med pasientene. De gir pasientene rom i legevisitten til å fortelle om sin opplevelse og til å stille spørsmål. Sensitive emner blir dog ikke tatt opp når medpasienter er nærværende på flermannsstuer. Til tross for at legeinformantene mener at medpasienter burde sendes ut av rommet under visitten, gir de ikke inntrykk av at det skulle være et problem, verken for leger eller for pasienter, at man ikke samtaler om sensitive emner.

Legeinformantene ønsker at det skal være kontinuitet i deres kontakt med pasientene og i pasientenes behandlingsopplegg, til tross for at de ikke alltid får dette til i praksis. Legene har i utgangspunkt en ambisjon om å besøke alle pasienter på sine grupper hver dag. De ønsker også å være på samme gruppe fra dag til dag. En av legene etterlyser bedre kontinuitet med tanke på hvilken overlege som har ansvar for pasientene. Dette begrunnes med at hvis ansvarlig overlege skiftes ut hver dag, så skiftes gjerne pasientenes behandlingsopplegg like ofte.

Legene synes de har et godt samarbeid med sykepleierne, både i previsitten og i visitten til pasientene. Legene uttrykker at de er positive til sykepleierne og det arbeid de utfører. De mener at sykepleierne er viktige i legevisitten, både fordi legene får hjelp av sykepleierne og fordi de kan gi beskjeder til sykepleierne.

Ovenstående temaer blir nærmere utdypet under rubrikkene ”Informasjon i sentrum”, ”Tar ikke opp ’sensitive’ temaer på flermannsstuer”, ”Legene ønsker kontinuitet”, ”I dialog med pasientene” og ”Visitten som samarbeidsarena for leger og sykepleiere”.

4.3.1 Informasjon i sentrum.

Gjennom intervjuene formidler legene at informasjon er et nøkkelord for dem i legevisitten. Både før, under og etter visitten samler legene informasjon om pasientene og under visitten til pasientene formidler legene informasjon til pasientene. Legene gir uttrykk for at det først og fremst handler om utveksling av informasjon mellom pasienter og leger. Også sykepleierne kan involveres gjennom at de enten gir informasjon om pasientene til legene eller at de mottar informasjon fra legene i previsitten. Legene oppgir at informasjonen om pasientene innhenter de gjennom møter med andre leger, gjennom å lese pasientjournaler, henvisningsskriv og prøvesvar, gjennom spørsmål til sykepleiere og pasienter, og gjennom undersøkelser av pasientene. En av legeinformantene tror at visitten er viktig for pasientene fordi det er en glede og fordi pasientene får informasjon av legen. Legen mener også at visitten er viktig fordi legen ikke bare kan forholde seg til det som står i journalen, men at hun må få informasjonen direkte fra pasientene. Samtidig må legen ha mulighet for å spørre pasientene om ting som ikke står i journalen. En lege svarer på spørsmålet om hva hun synes er viktig med visitten: ”Jeg tror det er en viktig del av å være innlagt på en medisinsk avdeling. I: Fordi den...? L: Den gir pasientene anledning til å få informasjon og gir anledning til å få informasjon direkte fra pasientene.” (L1)

Legene forteller at før de møter pasientene forbereder de seg til visitten, og disse forberedelsene begynner med et morgenmøte. På morgenmøtet får legene informasjon om det har skjedd noe spesielt med pasientene siden dagen før. Legene får også informasjon om de pasienter som ligger på overvåknings-avdelingen. På den måten kjenner legene til disse pasientene når de senere flytter over til sengeposten. Etter morgenmøtet fortsetter forberedelsene med det som kalles for hjertermøtet. Der blir pasientenes undersøkelsesfunn og behandlingsplaner diskutert sammen med radiologer, kirurger og andre klinikere. En av legene som var helt nyutdannet nevner dog ikke disse møtene under intervjuet.

Legene forteller at etter disse møtene fortsetter de med å innhente informasjon gjennom å lese om pasientene i pasientjournaler. De oppdaterer seg også på blodprøvesvar og svar fra andre undersøkelser. En av legene forteller at før previsitten har hun en samtale med overlegen som ofte kjenner pasientene godt og sammen blir de enige om planer for dagen.

Etter at legene har lest om pasientene begynner previsitten sammen med sykepleierne og noen ganger er også overlegen med. På previsitten får legene rapport gjennom sykepleierne om pasientenes symptomer og problemer. Legene beskriver at sykepleierne rapporterer om de har observert noe nytt med pasientene det siste døgnet, eller om pasientenes pårørende har kommet med ny informasjon. Sammen går lege og sykepleier igjennom journalen til hver enkelt pasient og ser over medikamenter og undersøkelsessvar. En lege forteller at under previsitten har hun mulighet til å gi informasjon til sykepleierne om hva legene planlegger for pasientene. En nyutdannet lege skiller seg ut i intervjuene gjennom at hun ikke nevner sykepleierne verken i forbindelse med previsitten eller visitten til pasientene.

Når legene møter pasientene i legevisitten prøver legene å få informasjon fra pasientene om hvordan pasientene har det, hvordan de opplever medikamenter og hvilke symptomer de har. I tillegg kan en undersøkelse av pasienten gi ytterligere informasjon. Hvis de pårørende er til stede kan de gi legene nyttige opplysninger samtidig som det gir legene mulighet for å informere de pårørende. En av legeinformantene forteller om møtet med pasientene:

L: Jeg får møtt pasienten der og da slik at jeg kan få informasjon fra pasienten... eller man har anledning å spørre om det som ikke står i inntakjournalen og sånn, sånn at jeg kan få nyttig informasjon fra pasienten --- Den informasjonen jeg må forholde meg til *må* nødvendigvis komme fra pasienten. Hvis jeg *bare* leser fra en journal så kan det være feil i journalen. Det kan være usikkerhet, det kan være andre folk som heller ikke sett pasienten og likevel skrevet i journalen. Slik at en bør alltid snakke med pasienten direkte og få informasjon direkte fra pasienten. (L1)

Legevisitten gir legene mulighet for å formidle informasjon tilbake til pasientene. Det fremkommer i intervjuene at legene opplyser pasientene om sine planer, om medisiner, behandling og prøvesvar og om hvilke undersøkelser pasientene burde gjøre. En av legene er

opptatt av viktigheten av at pasientene forstår den informasjonen som legene gir for at de skal kunne samtykke til de tiltak som planeres:

L: Jeg synes det er viktig at man informerer pasientene og diskuterer med pasienten og sørger for på en måte at vi har forstått riktig hva som er problemet. At man kommer frem til en enighet og at man informerer pasienten om hva man tenker og hva man setter i gang av tiltak. For de skal jo på en måte samtykke i det vi setter i gang. (L3)

Den samme legen forklarer at man må akseptere det når en pasient ikke er enig med legen. Men legen beskriver også at noen ganger kan legene forklare mer for pasienten og dermed overtale ham eller henne. Legen forklarer at uenigheten kan komme av at pasienten ikke fått nok informasjon.

Legene beskriver også at de legger merke til at pasientene ofte ikke får med seg informasjon som blir gitt, og at den derfor må gjentas fra dag til dag.

4.3.2 Tar ikke opp ”sensitive” temaer på flermannsstuer.

Når legene får spørsmål om visitten på flermannsstuer svarer de at flermannsstuer er en ulempe med tanke på taushetsplikten, fordi den da ikke blir overholdt. Legene er bevisste på at de burde snakke med pasientene uten at andre pasienter er nærværende og kan lytte til samtalen. Legene sier at de burde be nabopasientene om å forlate rommet, men at dette sjeldent blir gjort. En lege forklarer at man ikke ber nabopasienter gå ut fra rommet, fordi nabopasientene er syke og at det derfor ikke lar seg gjøre. En lege forteller dog at hun pleier å sende nabopasientenes pårørende ut fra flermannsstuer og at pårørende kun får være med når legevisitten snakker med den de kjenner.

Legene forteller også at de unngår å snakke om sensitive ting på flermannsstuer, som for eksempel alkoholbruk, medikamentmissbruk og visse familieforhold som kan være vanskelig å snakke om. Pasientene på flermannsstuer tar, ifølge legene, ikke heller opp følsomme

temaer med legene. Seksualitet er et sådant tema som pasienter ikke tar opp på flermannsstuer. Legene forteller at hvis de skal informere en pasient om en alvorlig lidelse, som f eks cancer, eller vil samtale med pasienten om noe som kan være følsomt, tar de med seg pasienten etter visitten til et samtalerom der de kan prate uforstyrret. En lege sier:

L: ...det er jo et problem at mange pasienter ligger på dobbeltrom og sånn strengt tatt så burde man jo kanskje be naboen gå ut hvis det lar seg gjøre. Men det gjøres sjeldent. Noen ganger så går nabopasienten ut av egen fri vilje --- Men jeg føler sånn veldig sensitive ting snakkes kanskje ikke. Eller hvis det er noe som må snakkes om så må man jo ta det opp. Hvis det er noe funnet på undersøkelse som er alvorlig så vil man jo ta pasienten på enerom og informere om det. (L3)

En av legene forteller at når de går visitten på flermannsstuer kan hun spørre pasientene om deres fysiske symptomer, fordi pasienter uansett snakker med hverandre om dette. Hun tar da ikke hensyn til at det er andre pasienter nærværende, men kan spørre om hvordan pasientene har det med pusten og smertene. Den samme legen beskriver også at når en pårørende vil samtale med legen, går de noen ganger ut i sengepostens korridor for å prate sammen.

4.3.3 Legene ønsker kontinuitet.

Alle legeinformantene forteller at de går eller prøver å gå til alle pasientene hver dag i legevisitten. De prøver også at være på samme pasientgruppe gjennom hele uken. Legene begrunner det med at det er noe de skal gjøre og at det er både for pasientenes og legenes skyld: ”Det tror jeg er en glede for pasienten hvor de får litt informasjon og vi får også anledning til å virkelig se de en gang for dagen. Det er jo ellers ikke så veldig mye faktisk man ser pasienten.” (L1)

Samtidig forteller legene at noen ganger går de ikke til alle pasientene fordi ting er uforandret og det ikke skjer noe spesielt med pasientene. Legene forklarer også at det kan være en

utfordring å opprettholde kontinuiteten, fordi pasienter blir skrevet ut hver dag og fordi det kommer nye pasienter til sengeposten hver dag.

En av legene opplever det som et problem at det er dårlig kontinuitet med tanke på hvilken overlege som deltar i visitten. Hun forteller at pasientbehandlinger stadig forandres på grunn av at det kan være forskjellige overleger hver dag:

L: ...det skiftes ganske ofte. Sånn som denne uken er det ganske bra, stort sett samme overlege hver dag. Men noen uker så har det nesten vært ny overlege hver dag. Og da kan jeg føle at det er et problem med at det alltid er en ny en som må sette seg inn i pasienten. Og kanskje det ikke er så mye kommunikasjon nødvendigvis mellom de ulike overlegene. Og at behandling man kan starte en dag blir endret på dagen etter, for så å bli endret dagen etter der igjen. --- Og det kan jo være frustrerende når de sier forskjellige ting. (L3)

Legen forklarer videre at hvis det kun er en overlege på de tre pasientgruppene må et par av legene vente med å konferere med overlegen til etter visitten. De får dermed ikke avklart ting med pasientene under visitten, men må komme tilbake til pasienten senere på dagen.

4.3.4 I dialog med pasientene.

Legeinformantene mener det er viktig å ha en dialog med pasientene under visitten, der både leger og pasienter kan spørre og informere hverandre. Legene oppgir at de gir pasientene mulighet for å fortelle om hvordan de har det og hvordan de opplever sine symptomer og den medisiner de får. Pasientene får også mulighet til å spørre om ting de lurer på, f eks hjemreise og sin sykdom. Legeinformantene poengterer at det er viktig å gi pasientene informasjon og de undersøker også ofte pasientene under visitten med tanke på lunge- og hjertefunksjon. En lege forteller:

L: Vi går jo inn til pasienten og sier ”God dag, god dag” og ”Hvordan går det med deg?” og ”Er det noe spesielt som plager deg?” eller som pasienten vil ta opp. Så gjør vi vanligvis en undersøkelse som varierer veldig avhengig av hvor vi er i forløpet. Er det ustabile pasienter så blir de undersøkt hver dag... Og informerer pasienten om hva som skal foregå i løpet av dagen, hvilke undersøkelser vi eventuelt har bestilt. Litt om behandlingen vi gir, hvorfor vi gir den og hva som er planen videre i den grad vi har lagt en plan allerede. Og så er det spørsmål fra pasienten om hva de lurer på, mye forskjellig, det er veldig variabelt.” (L2)

En av legene som er nyutdannet legger spesiell vekt på at det er viktig at man blir enig med pasientene og at pasientene skal forstå informasjonen som blir gitt for å kunne ha mulighet for å samtykke til legenes planer. Hun mener at leger må forsikre seg om at de har forstått pasientens problem riktig gjennom å samtale og diskutere med pasienten. Hun sier at når en pasient ikke protesterer mot de planer som legene presenterer, gir pasienten dermed sitt stilltiende samtykke. På den andre siden mener hun at det er viktig å akseptere hvis en pasient som er samtykke-kompetent protesterer mot en undersøkelse eller behandling. Hun gir et eksempel på en pasient som ønsket å reise hjem og heller ville ta en undersøkelse poliklinisk. Noen pasienter regnes som ikke-samtykke-kompetente og legen forteller at det som regel er mulig å få pasienten med på de undersøkelser som planeres, men at hun noen ganger må ta kontakt med de pårørende for å få dette til. Hun opplever at hun savner pårørende under legevisitten til pasienter som er ikke er samtykke-kompetente.

Et dilemma som legene kommer inn på er at pasientene ofte ikke forstår eller oppfatter den informasjon som blir gitt. Derfor må legene ofte gjenta informasjonen fra dag til dag. En lege forteller om hvordan hun forstår at en pasient ikke har oppfattet informasjonen:

L: Det ser man ganske raskt. Fordi at de spør om et spørsmål som man tror man har gitt et godt svar på. Eller de kan fortelle at de ikke har skjønt. Særlig de litt yngre sier gjerne at de ikke har skjønt det. De eldre later gjerne som de har skjønt, også forstår man på ulike vis at de ikke har fått det med seg. (L1)

4.3.5 Visitten som samarbeidsarena for leger og sykepleiere.

I et par av legeintervjuene fremkommer det at legene samarbeider med sykepleierne om pasientene både i previsitten og i visitten rundt til pasientene.

I previsitten diskuterer lege og sykepleier med hverandre om ting som vedrører pasientene, for eksempel journalen, prøvesvar, medikamenter og undersøkelser. Legene forteller også at de diskuterer spørsmål som sykepleierne tar opp. Sykepleierne kan rapportere om hva de har observert hos pasientene det siste døgnet vedrørende pasientenes symptomer og problemer. I tillegg kan sykepleierne, ifølge legene, også komme med ny informasjon fra pasientenes pårørende.

To av legene beskriver at de fortsetter å samarbeide med sykepleieren når de går rundt til pasientene. Dette kommer frem gjennom at legene beskriver at de kommuniserer med sykepleieren i visitten og at lege og sykepleier blir enige og samordner seg under visitten. En av legene uttrykker at hun synes det er viktig at sykepleieren er med på visitten til pasientene. Hun gir et eksempel på at sykepleiere kan be legen om ikke å være med på visitten til pasientene, fordi sykepleierne har hatt mye annet å gjøre isteden for å gå visitten. Legen beskriver visitten som en samarbeidsarena for lege og sykepleier og forklarer hvorfor hun synes det er viktig at sykepleieren er med:

L: I stort sett så er alltid sykepleieren med. Og det er veldig nyttig fordi at da kan de hjelpe til litte grand. Det hender vi har pratet om ting på previsitten som vi på en måte kanskje glemmer i farten. Så kan sykepleier være med å minne på `så skulle vi prate om` det og det for eksempel. Så er det også mange avgjørelser som tas i forhold til utredning og behandling og medisinerer som tas inne på pasientrommet under visitten. Og da er det viktig å få gitt beskjed med en gang og så får vi samordna oss... Og det kan være behov for å innhente opplysninger fra andre sykehus for eksempel. Det er det ofte sykepleieren som formidler videre til sekretær at vi skal gjøre. Det kan være behov for å få et ekstra EKG som vi må ta. Passe på at vi får med vekt, og ja.
(L2)

En av informantene som var nyutdannet som lege skiller seg ut gjennom at hun ikke nevner sykepleierne hverken i forbindelse med previsitten eller visitten til pasientene. Hun beskriver derimot hvordan legene diskuterer og samarbeider med hverandre i previsitten og hvordan legene samtaler med pasientene. Derimot forteller informanten at hun har kontakt med sykepleierne etter visitten.

5.0 DISKUSJON

Man kan sammenligne den del av visitten der lege og sykepleier møter pasientene med den modell for ”rollespill” som Goffman (2004) kaller et ”situert aktivitetssystem” (Goffman, 2004, s. 194 + 201). Legevisitten som er en nærmest daglig rutine med lange tradisjoner kan ses på som et aktivitetssystem med relativt fastlagt rollefordeling der oppgaver fordeles etter et innarbeidet mønster. Det følger med store forventninger til at deltagerne skal forholde seg til dette mønster og dermed fortsetter legevisitten å gå rundt og rundt som en karusell, for å bruke en lignelse fra Goffman (2004). Resultatene viser at pasienters, sykepleieres og legers roller og handlinger er flettet sammen og påvirker hverandre. Samtidig har deltakerne avgrensede roller og oppgaver i legevisitten som kan sammenlignes med det Goffman kaller ”situerte roller” (Goffman, 2004, s. 202). Funn fra studien indikerer at pasienter og leger stort sett er fornøyde med sine roller og oppgaver og med hvordan ”karusellen” går rundt; mens sykepleierne kan føle seg ukomfortable med deler av rollen. Sykehusavdelingen der intervjuene ble gjennomført er sannsynligvis preget av sin særegne kultur og tradisjon og blir også påvirket av sykehusets strukturelle faktorer hvilket har innvirkning på legevisitten på avdelingen. Disse ytre faktorer er også med på å forme deltakernes roller (Album, 1996; Christiansen, 2003, Svabø, Berland & Hæreid, 2000). I dette kapittel blir først deltakernes opplevelse av samhandling i visitten diskutert, og deretter blir informantenes erfaring med legevisittens utforming belyst.

5.1 Perspektiver på samhandling i legevisitten.

5.1.1 Pasient- og legeroller i forandring.

Resultatene viser at både pasienter, sykepleiere og leger mener at under visitten til pasientene er det mest lege og pasient som samtaler med hverandre. Det fremkommer videre at pasientene ønsker og forventer seg at de skal få samtale med og stille spørsmål til legen om det som er relatert til deres sykdommer. For pasientene virker derfor legevisitten ikke å være en arena for å samtale med sykepleieren. Legeinformantene på sin side beskriver hvordan de i visitten taler med pasienter om deres sykdommer, symptomer, diagnostikk, undersøkelser og

behandling men også om sykdomsopplevelse. Dette kan illustrere pasienters og legers forventninger til hverandre og til legevisitten, og viser også at det er medisinsk informasjon som står i sentrum. Olsvold (2010) fant også i sin studie at visitten til pasientene i hovedsak var til for at lege og pasient skulle kunne stille hverandre spørsmål og utveksle informasjon om diagnostikk og behandling. Det kan synes naturlig at hvis pasienter ønsker å få informasjon om medisinske spørsmål henvender de seg først og fremst til leger og ikke til sykepleiere for å diskutere og få svar på sine medisinske spørsmål. Busby og Gilchrist (1992) fant at pasienter under legevisitten rettet 91 % av sin kommunikasjon mot legene, hvilket kan sies å samsvare med funn i min studie om at det til overveiende del er leger og pasienter som taler sammen i visitten. Dette forhold har altså ikke forandret seg særlig over de siste 20 årene. Marcum (2008) betoner at det mest sentrale innenfor medisinen er lege-pasientforholdet, og allerede Hippokrates beskrev hvordan leger skulle møte pasienters behov for hjelp og lindring (Mæland & Nylenna, 2011). Det er med tanke på denne lange tradisjon ikke overraskende at leger fokuserer på pasientene i visitten og det kan også være med på å forstå hvorfor det meste av kommunikasjonen i legevisitten foregår mellom lege og pasient.

Resultatene viser at pasientene ikke riktig vet når lege og sykepleier kommer til dem i visitten, og at de derfor holder seg beredt for å ta imot besøket. De vet heller ikke hvilken lege som kommer til dem og det er ofte forskjellige leger fra dag til dag, som de må fortelle sin historie på nytt til. Pasientene sier også at de gjør som de får beskjed om på sengeposten. Legene beskriver hvordan de prøver å gå til de samme pasientene fra dag til dag, men mener at dette kan være vanskelig å få til i og med at noen pasienter skrives ut og noen kommer inn på sengeposten hver dag. Man kan si at pasientene tilpasser seg personalets tid og sengepostens rutiner, hvilket samsvarer med det Repstad (2004) skriver om at det forventes av pasienter at de skal følge "personalets ønsker" (Repstad, 2004, s. 173). Dette innebærer dog at pasienter må finne seg i en viss form for usikkerhet rundt opplegget på sykehuset, både med tanke på *når* ting skal skje og *hvilken* lege de får snakke med. Det eneste pasientene egentlig vet er at de noen gang på dagen får møte en legerepresentant. Denne usikkerheten kan være med på å forsterke den asymmetriske relasjon som, ifølge Thornquist (2009), råder mellom pasienter og helsepersonell med tanke på maktbalanse, og som "tilsier at den som har mest makt, har størst ansvar for hva som skapes." (Thornquist, 2009, s. 30). Det råder vel lite tvil om at det i legevisitten er helsepersonell, og spesielt leger, som kan sies å ha mest makt og som dermed har det største ansvaret for relasjonen til pasientene. Men resultatene viser at pasientene opplever at de blir hørt og at de mener at de har innflytelse ved beslutningstaking.

En av pasientene forteller at han opplever at legene er som likemenn og at han føler seg jevnbyrdig med legene, hvilket muligens kan si noe om hvordan legene har forvaltet sin myndighet overfor pasienten. Resultatene peker videre på at både leger og pasienter opplever at de har en dialog i visitten som begge har utbytte av. Pasienter og leger oppgir at de bytter på å svare og spørre hverandre og gi hverandre informasjon. Dermed kan man si med Larsen (2010) at lege og pasient fremtrer som subjekter som lærer av hverandre. Dette kan ses i kontrast til det Alm og Norekvål (2007) skriver om at pasienter på midten av 1900-tallet ikke var ”i sentrum for kommunikasjonen” (Alm & Norekvål, 2007, s. 350). Det er dog ut fra resultatene ikke mulig å si noe sikkert hvorvidt partenes tilfredshet er en konsekvens av deres forventninger til hva en samtale under legevisitten kan inneholde; eller om det er en konsekvens av at begge faktisk får oppfylt sine behov. Men det kan gi oss et bilde av at det ikke lenger er like vanlig at legene snakker ”over hodet” på pasientene, hvilket var vanlig tidligere. Stort sett er pasientenes inntrykk at legene er ”behagelige”, at de inngir tillit og at pasientene får god oppfølging på sykehuset. Dette er i tråd med en studie som viste at pasientene var meget fornøyde med sykehusoppholdet og med legeteamet (Fletcher, Rankley & Stern, 2005). Legene på sin side mener at det er viktig at de blir enige med pasientene når beslutninger skal tas og de gir, ifølge en av sykepleierne, pasientene god tid til å snakke. Resultatene viser videre at pasientene mener at de blir hørt under samtalen med legen, både fordi de *får* ordet men også fordi de noen ganger *tar* ordet. De bruker uttrykk som at de ”kan banke i bordet” og at de ”skal ha ordet”. En pasient forteller om hvordan hun har fortalt legene at hun vil reise hjem og at hun overtaler dem til å skrive henne ut. En annen pasient sier at pasienter har mye de skal ha sagt fordi det er deres kropp det handler om og fordi pasienter kjenner sine kropp best selv. Det sistnevnte kan ses som et eksempel på hvordan pasienter og leger har forskjellig kunnskap, der pasienter er eksperter på sine egne kropp og sin situasjon, og leger er eksperter på det medisinske, og at begges kompetanse trengs for å kaste mest mulig lys over pasientenes situasjon. Dette kan ses i sammenheng med det Grimen (2009) skriver, at når man deler kunnskap deler man også makten, fordi kunnskap er en maktfaktor i seg selv. Til tross for at pasient og lege dermed deler en del av makten, er det dog fortsatt en asymmetrisk relasjon mellom pasient og lege. Denne asymmetrien viser seg blant annet i at pasienter viser tillit til personalet på sengeposten, gjennom at de på en måte overgir seg selv til personalet og gjennom at de stoler på at personalet gjør det som er til det beste for pasientene. En av pasientene mener at det føles trygt når han får beskjed av en lege han stoler på om hva han bør gjøre, fordi han føler seg sårbar som pasient. Dette forutsetter dog at pasienten har møtt legen tidligere og derfor har erfaring med legen, hvilket har gjort at

pasienten har fått tillit til legen. Også Album (1996) viste i sin studie at pasienter opplevde usikkerhet ved sykehusinnleggelse fordi mye var fremmede for dem; men at de dog fant trygghet i helsepersonellet og overlot ansvaret til dem. Grimen (2009) skriver om hvordan pasienter viser tillit til både personal og sykehussystem og tillit er, i følge Huxham & Vangen (2009), en forutsetning for god samhandling. Dette kan vise at det skulle finnes potensial i legevisitten til god samhandling mellom pasienter og leger. Men det kan også vise at når tillit blir en grunnleggende forutsetning for samhandling mellom pasienter og leger, kan det få alvorlige konsekvenser hvis pasienter føler at de *ikke* har tillit til legene. Mistillit kan da føre til dårligere samhandling og i ytterste konsekvens til dårligere behandling av pasientene og deres sykdommer.

I et historisk perspektiv har pasienter blitt sett på som mottakere av informasjon fra ekspertene, det vil si legene, og derved vært objektgjort (Larsen, 2010). I dag har pasienter gjennom forskjellige prosesser over tid fått selvbestemmelse og blitt til deltakere i sin egen behandling, og det forventes at pasienter er aktive i utviklingen av sitt eget forløp under et sykehusopphold (Nortvedt, 2008; Vatne, 1998; Larsen, 2010). Man kan si at pasienters forventninger og rolle har endret seg og at pasienter den senere tid kommet nærmere legene enn de var tidligere og ikke lenger er så ”autoritetstro” og respektfulle som Lassen (2010, s. 218) skriver om. Studiens resultater viser at medisinstudenter noen ganger tar del i sengepostens legevisitt, men som regel består visitten av en lege og en sykepleier; til forskjell fra den tid når legevisitten var som en parade der leger og sykepleiere inntok sine plasser etter status (Mathisen, 2006). Det er med andre ord relativt få personer som er involvert under visitten sammenlignet med tidligere, hvilket kan ses som en faktor som kan påvirke pasienters medbestemmelse og dialog med legene. I og med at pasientene har fått mer medbestemmelse og pasientrollen forandret seg, så påvirker dette også, ifølge Goffman (2004), de andre rollene i det situerte aktivitetssystem som legevisitten kan sies å være. Et eksempel på det kan være at legene understreker at det er viktig for dem å komme til enighet med pasientene og at pasientene skal forstå informasjonen som blir gitt under visitten. I tillegg forteller legene om at pasientene skal få mulighet til å fortelle om sin sykdomsopplevelse. Dette kan ses som et eksempel på at legerollen er i forandring og har kommet nærmere pasientene enn tidligere. Når leger og pasienter blir mer jevnbyrdige kan det gjøre at det blir lettere for pasienter og leger å ha en dialog, som denne studiens resultater kan peke mot. I neste avsnitt vil interaksjonen mellom pasienter og sykepleiere ses nærmere på.

5.1.2 Sykepleierne hjelper pasientene i det stille.

Resultatene viser at pasientene enten snakker lite eller ikke i det hele tatt med sykepleieren i legevisitten, hvilket også blir bekreftet av legene. En av sykepleierne mener at hun ikke er aktiv i kommunikasjonen så lenge pasientene kan ”snakke for seg selv”, men ellers viser resultatene av sykepleierne først og fremst vil være med i legevisitten for å hjelpe pasientene. Pasientene sier imidlertid ikke noe verken om at sykepleierne hjelper dem i visitten eller spør om ting vedrørende utskrivning. Sykepleierne forteller om at de spør pasientene om deres hjemmeforhold i forbindelse med utskrivning; men ikke heller dette blir tatt opp og bekreftet av pasientinformantene. Gjennom disse eksempler kan man se konturene av at deltakerne har forskjellig syn på sykepleierens rolle og at pasienter og sykepleiere har ulike forventninger til egen og andres rolle i visitten.

Sykepleierne bekrefter at det mest er lege og pasient som snakker sammen i visitten, men at sykepleierne kan komme med innspill. Busby og Gilchrist (1992) fant at pasienter veldig sjeldent snakket med sykepleierne og at sykepleierne stod for 12 % av kommunikasjonene med pasientene under visitten, hvilket kan stemme overens med resultatene fra foreliggende studie, og derfor viser på en situasjon som ikke har forandret seg nevneverdig. Pasientene beskriver hvordan sykepleierne holder seg i bakgrunnen og noterer ned ting som blir besluttet under visitten. Sykepleierne forteller også om at de har en tilbaketrukket rolle, der de står i bakgrunnen og noterer, hvilket også blir bekreftet av legene. Her stemmer således oppfatningene fra de ulike deltakerne overens med hverandre, og det råder dermed ikke noe tvil om at sykepleiere inntar en bakgrunnsposisjon i legevisitten. En av pasientene har ikke oppfattet at sykepleiere er med under visitten i det hele tatt, men forteller at det som regel er minst to leger som kommer til henne, hvilket forsterker bildet av at sykepleierne er nærmest usynlige i visitten. Forskning har vist at sykepleiere er dårlige til å hevde seg i legevisitten (Busby & Gilchrist, 1992; Weber et al., 2007; Whale, 1993), og man kan på bakgrunn av resultatene si at dette også gjelder på den avdeling der foreliggende studie ble gjennomført. Sykepleierne virker å være lite synlige og lite aktive i kommunikasjonen med både pasienter og lege og at de således har en relativt passiv assistentrolle i legevisitten. Det kan synes som at sykepleierne til dels aksepterer den assisterende rollen i visitten, men samtidig gjør sykepleierne også mer ut av sin rolle gjennom at de tar på seg oppgaver i forhold til pasientene, som de selv definerer.

Det er, ifølge Holm-Pedersen m fl (2006), først og fremst pasientkontakten som gjør at sykepleiere definerer seg som sykepleiere. Når sykepleierne i visitten derfor kan støtte pasientene på en nærmest usynlig måte, er det med på å forsterke sykepleiernes identitet som sykepleiere. De har et ønske om å hjelpe pasientene gjennom å tilse at pasientene får svar på sine spørsmål og gjennom å lytte nøye til informasjonsutvekslingen mellom lege og pasient. Gjennom å lytte kan sykepleierne etter visitten tydeliggjøre informasjon som pasientene får, og gjennom å lytte kan sykepleierne få høre pasientene fortelle ting til legen som de ikke har sagt til sykepleierne. Gjennom å lytte skaper dermed sykepleierne mer mening til sin deltakelse i visitten. Men å lytte er en aktivitet som ikke direkte syns og som kan være vanskelig å observere, hvilket kan være med på å forstå sykepleieres ”usynlighet”. En sykepleier bruker dessuten visitten som plattform for læring, i det legene forklarer ting med et enklere språk til pasientene, hvilket gir sykepleieren en mulighet til å fordype seg i faget, også det helt usynlig.

Det viser seg også at sykepleierne våker over pasientene gjennom at de holder et øye med legene så de ikke gjør feil i pasientoppfølgingen. En norsk studie viser at på lik linje med denne studien syntes sykepleierne at det var greit å høre hvilken informasjon pasientene fikk av legen og noen ganger ville de forsikre seg om at det ikke ble begått feil fra legenes side (Olsvold, 2010). Det er derfor grunn til å si at sykepleierne tar på seg en rolle som pasientenes advokat under visitten og at de fungerer som et mellomledd mellom lege og pasient, til tross for at dette ikke er spesielt synlig for andre enn sykepleierne selv. Det kommer ikke frem i resultatene at pasienter eller leger oppfatter denne funksjon hos sykepleierne og det er derfor grunn til å si at sykepleierne gjør mer ut av rollen enn hva de andre deltakerne forventer av dem. At sykepleiere vil støtte pasientene under visitten fremkommer også i undersøkelsen av Busby og Gilchrist (1992). Hill (2003) fant i en studie at sykepleiere syntes det var viktig for dem å representere og snakke for sine pasienter i visitten, på tross av at forskerne ikke kunne observere at sykepleierne faktisk gjorde det (Hill, 2003). I foreliggende studie sier ikke pasientene noe om at sykepleierne taler deres sak, men det er dog grunn for å si at sykepleierne hjelper pasientene i det stille.

Pasientene bekrefter at sykepleierne følger dem opp gjennom at sykepleierne kommer tilbake som en slags ”ettervisitt” til pasientene. Sykepleierne oppgir at det å ta en runde og snakke med pasientene etter visitten er en viktig del av deres arbeid. Dette gjør de fordi de under visitten forsto at pasientene trengte mer informasjon eller trengte forklaring på den informasjon de fikk av legen, og kan ses som en egendefinert oppgave i samband med

visitten, som legene ikke sier noe om i intervjuene og som de kanskje ikke er klar over. Vareide et al. (2001) beskriver hvordan sykepleierne rydder opp etter legenes dårlige kommunikasjon med pasientene ved å forklare mer for pasientene eller gjennom å trøste de som blitt engstelige etter en samtale med legen. Resultatene fra foreliggende studie sier ikke noe om at pasientene trengte å trøstes; men ellers er det samsvar med nevnte studie med tanke på at sykepleierne forklarer mer for pasientene etter visitten. Sykepleierne mener også at legene ofte bruker et vanskelig språk eller ikke gir nok informasjon til pasientene, og sykepleierne tar derfor initiativ til å fylle et behov som pasientene fortsatt har etter visitten. Således kan man si at sykepleierne rydder opp etter legenes kommunikasjon med pasientene. Ettervisitten kan derfor ses både som en del av sykepleierens selvstendighet i utøvelse av sykepleiefaget, men samtidig også ses som en del av assistentrollen.

Gjennom ovenstående argumentasjon har jeg vist på at det er flere ting sykepleiere gjør i det stille for pasientene. I neste avsnitt vil relasjonen mellom sykepleiere og leger bli diskutert.

5.1.3 Tidvis motsetningsfullt mellom sykepleiere og leger.

Studiens resultater kan tyde på at leger og sykepleiere har ulike forventninger til hvilken rolle sykepleieren skal ha i visitten til pasientene, der legene ønsker at sykepleieren skal være til hjelp for dem, mens sykepleierne uttrykker at de først og fremst vil være med i visitten for å hjelpe pasientene. Legene forteller om hvordan de samarbeider med sykepleierne i previsitten, noe som sykepleierne delvis er enige i. Sykepleierne setter pris på previsitten, i hvert fall når de får mulighet til å diskutere, stille spørsmål og samtale med legene om pasientene. Olsvold (2010) viser i sin studie at ”previsitten fremsto som en noe uavklart praksis, fordi leger og sykepleiere bare delvis har en felles forståelse av hva man ønsker med møtet.” (Olsvold, 2010, s. 193). Dette kan delvis samstemme med resultatene i denne studien og kommer spesielt til syne i det noen leger ikke lar sykepleierne komme til tale i previsitten. Resultatene viser at noen leger under previsitten ikke lytter til sykepleierne eller ”slipper dem til” i samtalen og at sykepleierne i likhet med resultater fra Busby og Gilchrists (1992) studie ønsket at deres synspunkter skulle komme bedre frem. Gjennom å holde sykepleierne utenfor samtalen, kan det se ut som at legene gjør bruk av det Repstad (2004) beskriver som negative sanksjoner overfor sykepleierne, gjennom å vise hva de ønsker av sykepleierrollen. Disse

forventninger til sykepleierne er ikke uttalte; men det å utelukke sykepleierne i previsitten viser dog på hvilke normer og verdier som ligger til grunn for legenes handlinger. Dette står i kontrast til det Aanderaa (2002) beskriver vedrørende velfungerende arbeidsgrupper, der det er rom for toleranse og forskjellige meninger. Risikoen når en faggruppe, som sykepleiere, opplever at de ikke blir tatt med i samtaler, er at muligheten for læring og utvikling forbigås (Kvarnström, 2009). I den andre enden av prosessen er det i verste fall pasientene det går ut over. Dette kan ses i sammenheng med at det råder en ubalanse i maktforholdet mellom leger og sykepleiere og kan illustrere det Thornquist (2009) beskriver om at likeverd handler om hvordan makt forvaltes av den som er i en høyere posisjon. I en samhandlingssituasjon spiller det inn hvilken status de ulike deltagerne har og hvordan maktforholdet mellom dem er (Lauvås & Lauvås, 2004). Asymmetriske forhold kan sies å gjelde i legevisitten mellom pasienter og helsepersonell, men også mellom leger og sykepleiere. Leger har historisk sett hatt høyere status enn sykepleiere, hvilket gir leger større makt i relasjonen. Forskjeller i maktbalansen kan, ifølge Huxham og Vangen (2009) skape mistillit og usikkerhet hos den part som har mindre makt. I denne studien kan man ane denne usikkerhet hos sykepleierne i previsitten, gjennom at de ikke synes å opponere mot at de blir utestengt; men heller velger å innta en tyst og passiv rolle.

Når leger og sykepleiere dog finner at de har et fungerende samarbeid i previsitten kan man se tegn til det Mesel (2009) skriver om at legerollen har forandret seg gjennom at den tidligere var mer individuell og autonom, men har utviklet seg til å bli en rolle i "et tett relasjonelt nettverk" (Mesel, 2009, s. 58). Leger og sykepleiere observerer forskjellige ting rundt pasientene, og trenger derfor hverandres ulike kunnskap og informasjon. Det er ikke kun sykepleierne som er avhengige av legene i sin yrkesutførelse; men leger er også avhengig av sykepleieres innspill. Allerede Nightingale (1997) skrev på sin tid at sykepleiere er gode til å gi informasjon til legene. I tillegg kan sykepleierne ikke kun observere og rapportere, men også komme med sin vurdering av pasienters situasjon. Sykepleierne i denne studien gir uttrykk for at de setter pris på samarbeidet og at det gjør at previsitten blir betydningsfull for dem. Dermed føyer previsitten ikke seg i rekken av oppgaver som stjeler tid fra sykepleierne, som Dalgaard (2007) fant i sin studie. Resultatene fra foreliggende studie kan dog tyde på at denne utvikling ikke skjedd i motsvarende grad i visitten til pasientene, hvilket blir diskutert nærmere i neste avsnitt.

5.1.4 Sykepleiere som legers assistenter.

En av legeinformantene betegner legevisitten til pasientene som en "samarbeidsarena" for leger og sykepleiere. Men resultatene viser at sykepleierne mener at de ikke opplever at de samarbeider med legene i visitten til pasientene. En av sykepleierne uttrykker sterkt hvordan hun føler seg som legens assistent som kun tar imot beskjeder og koordinerer. En av legene tar opp hvordan hun har vanskelig for å forstå hvorfor noen sykepleiere har sagt til henne at de ikke ønsker å være med på visitten til pasientene fordi sykepleierne har andre oppgaver de heller vil utføre. Dette kan illustrere hvordan sykepleiere og leger ikke alltid er klar over hverandres arbeidssituasjon og prioriteringer til tross for at de jobber tett sammen. Legen i eksemplet ovenfor har sine intensjoner for sine handlinger i legevisitten og det kan være at disse intensjoner også styrer det hun forventer av sykepleiernes handlinger (Dahlberg et al., 2008; Vatne, 1998). Samhandlingen i legevisitten kan derfor fortsatt ligne det spill mellom sykepleiere og leger med indirekte kommunikasjon, som Stein (1968) skrev om på 1960-tallet. Resultatene viser at legene ønsker at sykepleierne skal hjelpe dem blant annet gjennom å minne legene på ting de skulle ta opp med pasientene og gjennom at legene kan gi beskjeder til sykepleiere med en gang beslutninger blir fattet under visitten. Som flere forfattere har skrevet har sykepleie de seneste århundrene vært underordnet medisinen (Mathisen, 2006; Nortvedt, 2008; Peplau, 1999). I dette tilfelle kan man her se hvordan historien har satt sine spor og fortsatt preger legers forventninger til sykepleiere, hvilket kan være med på å forstå sykepleieres rolle som assistenter til legene. Men sykepleierne har en travel hverdag og i resultatene fremkommer det at sykepleierne opplever at legevisitten tar opp for mye av deres tid og at noen går til og fra i visitten og gjør andre ting mens lege og pasient snakker sammen. Vareide et al. (2001) viser at sykepleierne har et oppstykket arbeid med oppgaver innenfor tre funksjoner: stell og psykososial omsorg, administrasjon og koordinering, og medisinsk behandling (Vareide et al., 2001). Sykepleiere må altså gjøre prioriteringer med tanke på forskjellige oppgaver som skal utføres i løpet av en dag, og ikke kun oppgaver i forhold til medisinsk behandling. Å være med på legevisitten blir da sett i forhold til øvrige oppgaver og vurdert opp mot dagens oppgaver i sin helhet. Med Goffman (2004) kan man si at sykepleierne til dels havner i en konflikt mellom ulike forventninger til rollen, og til dels skal tiden strekke til for forskjellige sorters oppgaver, og at det dermed finnes en risiko for overbelastning av rollen (Goffman, 2004).

Når sykepleierne holder seg i bakgrunnen under visitten og inntar en underordnet og passiv rolle kan dette sammenlignes med Goffmans (2004) beskrivelse av hvordan rolleinnhavere i ”situerte roller” føler seg nødt til å utføre bestemte handlinger når de inngår i et aktivitetssystem med andre ”situerte roller” (Goffman, 2004, s. 202). Olsvold (2010) forklarer hvordan hun oppfattet interaksjonen mellom leger og sykepleiere i sin studie som at de inntok programmessige roller som ”var oppsiktsvekkende i sin rutinepregede selvfølghet” og at de opptrådte som ”generaliserte representanter for yrkesgruppene lege og sykepleier” (Olsvold, 2010, s. 178). Det kommer også frem i foreliggende resultater at leger og sykepleiere har sine posisjoner og oppgaver under legevisitten til pasientene som kanskje kan virke programmessige og selvfølgelige. Resultatene viser at i stort opplever legene at de har et godt samarbeid og en god dialog med sykepleierne både i previsitt og visitten til pasientene; mens sykepleierne ikke er like fornøyde og ikke føler seg delaktige i visitten til pasientene, hvilket samsvarer med Olsvolds (2010) studie der legene var mer fornøyde med samarbeidet med sykepleierne enn sykepleierne var med samarbeidet med legene. At sykepleierne ikke helt finner seg til rette med sin passive rolle i legevisitten kan ses i lys av det Peplau (1999) skriver om at sykepleiere de siste 80 årene alt mer flyttet sitt fokus fra å være legers assistenter til å tilgodese pasienters behov. Studiens resultater kan tyde på at legerollen er i forandring med tanke på relasjonen til pasientene, men spørsmålet er hvorvidt rollen forandret seg i forhold til sykepleierne. Samhandlingen mellom sykepleiere og leger blir ytterligere diskutert i neste avsnitt.

5.1.5 Sykepleierne prøver å finne balansen.

Resultatene kan tyde på at sykepleierne i legevisitten prøver å finne en balanse mellom sine medisinske assistentoppgaver og selvstendige oppgaver og hvordan disse skal prioriteres. En norsk rapport viser at sykepleierne i dag står i en posisjon mellom selvstendighet og avhengighet av legene. Rapporten viser at sykepleierne mener at deres medisinske funksjon er en form for assistentfunksjon og at sykepleiernes selvstendighet utgår fra deres utøvelse av sykepleiefaget. Videre viser rapporten på hvordan sykepleierne ønsker at de hadde mer tid til pasientene og at de kunne utøve mer helhetlig sykepleie og spesielt psykososial omsorg (Vareide et al., 2001). Sykepleieres rolle som assistent til medisinsk behandling og deres

selvstendighet gjennom omsorgen til pasientene går helt tilbake til Florence Nightingale, og viser hvordan det stilles ulike krav til sykepleieres rolle (Nortvedt, 2008). Sykepleierne havner på en måte midt mellom pasienters og legers ulike forventninger, og ikke minst sykepleierens egne forventninger til sin rolle. Dette beskriver Goffman (2004) som en "rollekonflikt" (Goffman, 2004, s. 200). I foreliggende studie kan resultatene tyde på at sykepleierne i det stille bruker visitten til å utøve og planlegge sykepleie til pasientene, i tillegg til å motta delegerte medisinske oppgaver. Men det er dog ellers lite rom under visitten for et pasient-sykepleier-forhold og dermed lite rom for sykepleiere til å utøve selvstendig sykepleie (Martinsen, 2003). Dette kan være en måte å forstå sykepleierens frustrasjon over legevisitten. Olsvold (2010) drar sluttsatsen at sykepleierne i hennes studie følte seg overflødige i legevisitten og at de ble "et unødvendig mellomledd" mellom lege og pasient. og at sykepleierne ikke hadde noen "egentlig oppgave eller agenda på visitten utover å assistere legen." (Olsvold, 2010, s. 195-196). Men dette kan ikke helt sies å gjelde for foreliggende studies resultater.. En av sykepleierne gir uttrykk for at hun føler at det er "meningsløst" å være med i visitten fordi hun opplever at hun kun er et "accessoir". Dette kan sammenlignes med det Goffman (2004) skriver om roledistanse, der en person tar avstand fra rollen fordi hun eller han ikke føler seg vel i rollen. Men de andre sykepleierne gir dog inntrykk av at de finner mening i visitten gjennom at det er nyttig for dem å lytte til samtalen mellom lege og pasient og gjennom sine egendefinerte oppgaver. Med Goffman (2004) kan man derfor si at disse sykepleierne lever seg inn i sine roller og aksepterer dem, hvilket forfatteren omtaler som en "omfavelse" av rollen (Goffman, 2004, s. 206). Sykepleierne håndterer derfor sin "rollekonflikt" på litt ulike måter for å klare å mestre den situasjon de befinner seg i (Goffman, 2004, s. 200). Man kan også se ovenstående som et eksempel på det Peplau (1999) skriver om at sykepleierens fokus under 1900-tallet har forskyvet seg fra å være legers hjelpere til alt mer å gi omsorg til pasientene. I denne studien kan man se at sykepleierne på ulike måter prøver at gi mer rom i legevisitten for omsorg for pasientene som en del av sykepleierens selvstendige oppgaver.

Det kan altså se ut som at sykepleierne i legevisitten prøver på en noe vanskelig balansegang mellom assistentrolle og selvstendighet. Resultatene viser at deltakerne har forskjellige innfallsvinkler til visitten, der deltakerne har et noe forskjellig syn på det som skjer i visitten og hva de regner som betydningsfullt for dem. Dette skaper derfor, i følge Huxham og Vangen (2009), ulike forventninger til samhandlingsprosessen. Det kan dog synes å være noe mer tydelige og sammenfallende forventninger mellom pasienters og legers roller, enn det er

med tanke på sykepleiers rolle i visitten. Huxham og Vangens (2009) teori bygger blant annet på at samhandlingsgevinster er avhengig av at partene klarer å komme til enighet om hvilke mål man skal arbeide mot med tanke på resultater og samhandlingsprosess. Det er intet i denne studies resultater som kan tyde på at deltakerne har klargjort sine forventninger for hverandre og dermed kommet til enighet om målet for legevisitten, kanskje fordi man tar det for gitt at man er overens om målene. Det er derfor grunn til å tro at sykepleiere og leger i visitten har noe å vinne på å klargjøre for hverandre hvilke mål de har og ønsker å ha for samarbeidet. Det er dog mulig at det kan være noe vanskeligere for pasienter å komme til orde med sine forventninger og ønsker vedrørende legevisitten.

5.2 Perspektiver på legevisittens utforming.

Legevisitten kan ses som en rutine som er preget av sin tradisjon, men også av avdelingens og sykehusets kultur (Album, 1996; Svabø, Berland & Hæreid, 2000). Nedenfor vil noen perspektiver fra resultatene diskuteres vedrørende legevisittens utforming med tanke på informasjon, taushetsplikt, tidsperspektiv og hvordan legevisitten fremstår som en del av medisinsk domene.

5.2.1. Informasjon som mer enn medisinske fakta.

Som resultatene viser er både pasienter, sykepleiere og leger opptatt av informasjon. Men det fremkommer også at deltakerne legger noe forskjellig betydning i og har forskjellig forventning til begrepet ”informasjon”.

På tross av at legene nevner at pasienter skal ha mulighet for å fortelle om sin sykdomsopplevelse, synes legenes fokus først og fremst å være *medisinsk* informasjon knyttet til diagnostisering og behandling. Legene understreker at de gir pasienter informasjon om prøvesvar, undersøkelser, medisiner og behandling, hvilket bekrefter det medisinske fokus. Legene får informasjon gjennom møter, gjennom å lese pasientjournaler, fra sykepleierne i previsitten og i møte med pasientene. På previsitten får legene informasjon fra sykepleierne vedrørende pasienters medisinske status og de går igjennom pasienters journal og ser over

medikamenter og undersøkelsessvar. Også hos sykepleierne synes medisinsk informasjon å stå sentralt, hvilket blant annet viser seg gjennom at de taler med legene om medisinske spørsmål i previsitten. Men de har i tillegg et noe videre fokus enn legene, gjennom at de også tar opp pasienters rehabilitering, hjemreise, behov for hjemmehjelp og andre spørsmål som de oppgir også at de tar opp spørsmål som de vet at pasientene er opptatt av.

Når pasienter i denne studien taler om “informasjon” nevner de fremfor alt sykdommen og det som har med den å gjøre. De vil vite hva som feiler dem og hva prøvesvarene viser. Album (1996) skriver også om hvordan pasienter innlagt på sykehus ønsker informasjon fra personalet om sykdom, undersøkelser og behandling. Men foruten dette vil pasientene i foreliggende studie også ha svar på og savner informasjon om hvordan de skal *leve med* sykdom når det gjelder trening, kosthold og hvordan de skal forholde seg til medikamenter. Pasientene vil dessuten samtale om sin opplevelse rundt sykdommen, hvilket viser seg hos en av pasientene som forteller at hun ikke har snakket om det hun tenker mye på, nemlig *hvorfor* hun har blitt syk og at hun har vanskelig for å godta at hun er syk. Denne pasienten har heller ikke tatt opp spørsmålet om hvordan hun skal forholde seg til sykdommen med tanke på kosthold og trening. Det vil si at foruten medisinsk informasjon ønsker pasienter også en annen slags informasjon, nemlig den om hvordan man lever med sykdommen, hvorfor man får en sykdom og hvordan sykdom oppleves. Foreliggende studies resultater kan tyde på at pasienter tar opp medisinske temaer med legene i visitten og til viss grad unngår temaer omkring det å *leve med* sykdom. I likhet med disse resultater viste en studie at under legevisitten på medisinske sykehusavdelinger utgjorde medisinsk informasjon en stor del av den informasjon som ble utvekslet mellom lege, sykepleier og pasient, mens det forekom veldig få psykososiale spørsmål (Rintala, Hanover & Alexander, 1986). Studien er gjort på 1980-tallet, men de samme tendensene som då ser man fortsatt i dag. Man kan undre seg over at dette forhold synes å være nærmest uforandret. Kan det være at pasienter forventer at temaer som ikke er direkte medisinske av tradisjon ikke passer inn under visitten? Eller er det som Hole og Lehn-Christiansen (2009) skriver at hvis leger viser at de er interessert i pasienter fra et biomedisinsk perspektiv, svarer pasientene med å ta opp temaer som faller inn under dette perspektiv? I likhet med Ersfjord (2008) kan man si at pasienter skiller mellom kropp og person under samtale med leger og derfor tenderer å samtale med leger om den objektive kroppen. Martinsen (2006) beskriver hvordan utviklingen av den medisinske vitenskapen førte med seg et skille mellom det syke menneske og sykdom i seg selv, hvilket skulle kunne være en måte å forstå hvorfor pasienter foretrekker å samtale med lege om den

objektive kroppen. I og med at det først og fremst er legen pasientene samtaler med i legevisitten er det forståelig at pasientene fokuserer på den objektive kroppen og medisinsk informasjon. Dette leder videre til spørsmålet om hvordan samtalen hadde forløpt hvis sykepleiere hadde vært mer involverte i samtalen. Det er ikke utenkelig at hvis sykepleiere var mer aktive i legevisitten kunne dette åpne opp for andre typer av informasjon, som for eksempel psykososiale spørsmål og hvordan det er at leve med sykdom.

Album (1996) observerte at pasienter diskuterte med hverandre om hva de kunne spørre personalet om, fordi pasientene hadde erfart at det var noen temaer som gjorde personalet irritert. Noen pasienter mente at leger alltid hadde det travelt og derfor stålsatte pasientene seg før legevisitten ”så de unngikk å bli avfeid” (Album, 1996, s. 186). I et klima der pasienter frykter å bli avvist og må velge sine spørsmål med omhu for at personalet ikke skal bli irritert, kan man tenke seg at pasienter begrenser seg til å ta opp medisinske spørsmål som de oppfatter som aksepterte. Derigjennom opprettholdes tradisjonen med tanke på hvilken type informasjon som hører hjemme i legevisitten. Pasientinformantene i foreliggende studie uttalte seg dog, til viss forskjell fra Albums studie, meget positivt om legene og måten de ble møtt på av legene.

Resultatene viser at både leger og sykepleiere har lagt merke til at pasienter ofte ikke forstår eller husker informasjon som blir gitt på visitten. En lege forteller at hun kan merke det på at pasienter spør om ting som legen allerede mener hun hadde gitt et godt svar på.

Pasientinformantene bekrefter at det er lett å glemme både den informasjon de får og hva de skulle spørre om på visitten. Dette kan illustreres av en av pasientinformantene som sier: ”Jeg husker ikke om jeg spurte om noe i dag...”. Album (1996) skriver at pasienter ikke oppfatter det personalet sier fordi de tenker annerledes enn personalet og fordi pasienter ”vil forstå hva de opplever som syke og innlagte” (Album, 1996, s. 139). At pasienter ønsker å forstå sin opplevelse av å være syk kan sies å stemme overens med resultater i foreliggende studie. Med Album kan man derfor si at pasienter i legevisitten ikke klarer å ta til seg informasjon fra leger, fordi pasienter tenker på mer enn kun det rent medisinske. Resultatene viser at en måte legene prøver å bøte på problemet med at pasienter glemmer informasjon, er at legene gjentar informasjon flere dager på rad. Dette forutsetter dog at det er en viss kontinuitet med hvilken lege som går visitten til pasientene. For å oppklare, gjenta og komplettere informasjon som kommet frem under visitten, har noen av sykepleierne gjort det til sin oppgave å gå ”ettervisitt” til pasientene. Sykepleieren gir da pasientene også mulighet for å stille spørsmål. Sykepleierne kan ha erfart at ettersamtaler er en måte å sikre at pasientene “har forstått

innholdet og betydningen av opplysningene”, som Pasientrettighetsloven (2009, § 3-5, s. 6) krever. Men sykepleierne legger også skyld på legene og mener at de bruker et vanskelig språk eller gir altfor vag informasjon til pasientene. En sykepleier gjør dog forskjell på yngre og eldre leger og mener at yngre leger informerer bedre og er mer lydhøre for hva pasienter forteller. Sykepleierne er i en situasjon der de burde vite siden de observerer legevisitten til pasientene fra sidelinjen i stor sett hver dag. En sykepleier mener at det er lettere for pasienter å samtale med sykepleiere enn med leger, og dermed får sykepleierne tilgang til informasjon fra pasientene som legene går glipp av. Historisk sett har det ikke vært uvanlig at leger snakket over hodet på pasienter, i tillegg til at leger har brukt mange fremmedord når de skulle informere pasienter (Alm & Norekvål, 2007; Lassen, 2010; Mathisen, 2006). Man kan spørre seg om deler av denne tradisjon fortsatt lever, og spesielt hos eldre leger, når sykepleiere samtaler med pasienter etter visitten om spørsmål som pasientene sitter igjen med etter at visitten gått videre.

Med ovenstående diskusjon har jeg vist på forskjellige betydninger av begrepet ”informasjon” og hvordan man kan ha forskjellig forventning til begrepet.

5.2.2. Taushetspliktens dilemma.

Leger og sykepleiere beskriver situasjoner som viser at taushetsplikten ikke blir overholdt på rom med flere pasienter under legevisitten, såkalte flermannsstuer. Dette illustreres blant annet gjennom en beskrivelse av hvordan en lege mener det er ukomplisert å samtale med pasienter om deres fysiske symptomer i andre pasienters nærvær. Både lege- og sykepleieinformanter beskriver hvordan de prøver å håndtere eller veie opp for det faktum at taushetsplikten blir brutt, gjennom at ikke ta opp det de kaller ”sensitive” temaer når de går visitt på flermannsstuer, som arkitektonisk kan sies å ikke ligge til rette for samtaler av sensitiv karakter. Legene forteller om at de ikke tar opp temaer om alkohol, medikamentmisbruk, ”spesielle familieforhold” og heller ikke gir informasjon om alvorlige lidelser som kreft på flermannsstuer. Ifølge legene tar pasienter ikke heller opp temaet seksualitet under visitt på flermannsstuer. Disse temaer kan derfor ses som eksempel på det informantene kaller ”sensitiv” informasjon. Resultater tyder altså på at grensen for hva som kan sies på flermannsstuer går ved temaer som er emosjonelle eller berører det Kydland

(2005) kaller egen levd erfaring. Kydland (2005) fant i sin studie at leger ikke var så opptatt av at taushetsplikten ble brutt når de samtaler med pasienter om deres diagnoser på flermannsstuer; men at taushetsplikt kunne være viktig hos pasienter som for eksempel har forsøkt å ta sitt eget liv. Noe av det samme kommer frem i foreliggende studie der det meste foruten ”sensitiv” informasjon blir tatt opp i samtale mellom pasienter og leger. I lovverket sies det at ”Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- og sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.” (Helsepersonelloven, 2009, § 21, s. 7) Dette vil si at loven, til forskjell for resultater i denne studie, ikke skiller mellom ”sensitive” temaer og andre temaer med tanke på hva som kan tas opp med pasienter når andre personer lytter på samtalen. Men samtidig som loven stiller krav til yrkesutøvelsen, skal personalet gjøre det beste ut av den situasjon de befinner seg i med de fysiske, tidsmessige og personmessige rammer de har. Det sies også videre i § 22 i den samme loven at opplysninger vedrørende en person kan leveres ut til andre hvis denne personen samtykker til det (Helsepersonelloven, 2009, § 22, s. 7). Det kan derfor se ut som at helsepersonell går ut fra at pasienter på flermannsstuer stilleteinde samtykker til at medpasienter får ta del i opplysningene om dem under visitten, og at dette fungerer som en uskrevet regel på sengeposten som ikke kun helsepersonell men også pasienter følger. Eller tenker helsepersonell at taushetsplikten blir ivaretatt i og med at man befinner seg innenfor institusjonens vegger og at informasjonen om pasientene på så vis ikke når ut til dem utenfor sykehuset? Album (1996) og Christiansen (2003) skriver at de handlinger som en rolleutøver utfører påvirkes av de normer som gjelder innenfor en kultur eller en organisasjon, hvilket i dette tilfelle skulle representeres av sengepostens, klinikkens og sykehusets innarbeidete, men ofte usynlige normers påvirkning på legevisitten. Ruyter, Førde og Solbakk (2008) bruker sterke ord når de skriver at taushetsplikten ofte blir brutt pga helsepersonells ”slurv eller ubetenksomhet” (Ruyter, Førde & Solbakk, 2008, s. 109). Det er ikke ut fra resultater mulig å si om dette skulle være tilfelle i denne studien, men med tanke på legevisittens lange tradisjoner er det nærliggende å tenke at det kan være ”gammel vane” som hindrer videre refleksjon over hvordan taushetsplikten blir overholdt.

Jeg fikk ut ifra intervjuene inntrykk av at personalet ikke gjorde noe aktivt for å prøve å endre omstendighetene rundt visitten med tanke på taushetsplikten. Det kan heller se ut som at det råder en passiv aksept av hvordan det fungerer på sengeposten. I resultatene fremkommer at det var et samtalerom på sengeposten som innimellom ble brukt til samtaler med pasienter f eks ved utskrivning og når ”sensitive” temaer skulle tas opp; men dette rom ble ikke brukt

rutinemessig til ”vanlige” visittsamtaler. Når pasienter er innlagt på sykehus er det som oftest kun under legevisitten at pasienter og leger snakker sammen og det gis derfor ikke andre muligheter for pasienter å samtale med legen. Dette gjør derfor samtalen under legevisitten viktig, og det er opp til personalet om forholdene blir lagt til rette for at pasienter skal kunne snakke om det de har behov for. En av pasientene er dog tydelig på at hvis hun hadde hatt behov for en privat samtale med legen hadde hun sagt ifra om det, hvilket dog kan kreve en viss grad av selvtillit.

Når verken personal eller pasienter i denne studie tar opp temaer som er av ”sensitiv” karakter kan man tenke seg at det er en viss risiko for at man går glipp av informasjon som kunne ha spilt en rolle både i pasientomsorgen og den medisinske behandling. Dette kan være informasjon av alvorlig karakter som for eksempel alkoholisme, medikamentmissbruk eller mishandling og lignende temaer, som da aldri kommer frem i lyset fordi det kan anses som ”sensitivt” og sjenerende for pasientene å samtale om på flermannsstuer. Men hvem avgjør hva som er sensitivt og hva som ikke er det? Kydland (2005) kom frem til at man aldri kan ”vite om opplysningen rundt diagnoser er av sensitiv art – det er det pasientens situasjon som avgjør.” (Kydland, 2005, s. 91). Jeg vil tilføye at det kun er pasientene som kan avgjøre hva som er sensitivt for dem. Gillon (2001) og Ruyter et al. (2008) mener at det ofte er helt nødvendig for leger å få tilgang til informasjon fra pasienter som kan anses som både privat og hemmelig, for å kunne gi pasientene best mulig behandling. At ikke få tak i denne informasjon kan derfor få konsekvenser for pasienters medisinske behandling og den omsorg de får, i tillegg til at pasienter går miste om en mulighet for å bearbeide sin situasjon.

En av legene i studien forteller at hun ikke tar hensyn til at medpasienter hører på samtalen om en pasients sykdom, fordi hun mener at pasienter uansett taler med hverandre om sine symptomer. Resultatene viser også at til tross for at sykepleiere og leger har lagt merke til at pasienter ikke tar opp temaer på flermannsstuer under visitten som kan være av ”sensitiv” natur; mener pasientene at det ikke spiller noen rolle hvis medpasienter er nærværende og lytter under legevisitten. Pasientene mener at de sier akkurat det samme til legen om det er medpasienter til stede eller ikke. Man kan av resultatene få et inntrykk av at pasienter stenger ute det som skjer rundt dem under samtalen med legen. En pasient forteller at det er greit at andre pasienter hører på samtalen, så lenge medpasientene ”respekterer” privatlivet gjennom at de ikke tar opp saken mer i etterkant. Det finnes en sterk sammenheng mellom taushetsplikt og den tillit pasienter viser til medpasienter og personal. Som Album (1996) skriver har pasienter generelt en tendens til å overlate ansvaret til helsepersonell, og i legevisitten

innfinner pasienter seg i situasjonen med at det snakkes åpent om det som har med deres sykdommer å gjøre, på tross av at medpasienter kan høre dette. Pasientene viser dermed tillit ikke bare til personalet, men også til hverandre. De virker å stole på at det som kommer frem ikke blir misbrukt av naboen og at dette kan se ut som en uskreven regel mellom pasientene. Resultatene viser at både pasienter og leger er ganske enige om at det er OK å snakke om sykdom når andre pasienter hører på. Også Kydland (2005) fant at pasienter ikke la noen stor vekt på taushetsplikten for sin egen del, og at de opplevde at det var greit at andre hørte på når selve sykdommen ble snakket om. Noe av dette kan forstås gjennom det Album (1996) skriver om at pasienter finner seg i å leve nær andre fremmede mennesker når de er innlagt på sykehus. Når pasienter deler rom blir det ikke mye plass for privatliv, og dette kan sies å gjelde også i stor grad under legevisitten. Det kan oppfattes som en akseptert del av pasientrollen der en pasient forventes å være ”snill og føyeelig”, som Repstad (2004, s. 173) skriver. Resultatene tyder på at pasientene heller ikke er direkte nysgjerrige på hva som blir sagt mellom andre pasienter og legen. En pasient sier at hun synes det er slitsomt å måtte høre på medpasienten under visitten. En annen pasient forteller at han pleier å bruke høretelefoner med musikk når visitten snakker med hans medpasienter på rommet. På den måten slipper han å høre hva de andre taler med legen om, og han slipper å komme i den situasjon som Album (1996) beskriver: at pasienter som deler rom både ser og hører hva som skjer med medpasienter og at det går an å se vekk; men at det ikke går ”an å holde noen hørselsretninger unna ved å rette ørene andre veier.” (Album, 1996, s. 32). En av legene beskriver at medpasienter noen ganger går ut av rommet når det er visitten med de andre pasientene på rommet, og man kan tenke seg at det er fordi medpasienter vil la pasient og lege være i fred, eller at de ikke ønsker eller orker å høre om andres sykdommer. Som innlagt pasient med fysisk sykdom er pasienter omgitt av usikkerhet og bekymringer (Album, 1996). Jeg får inntrykk av at pasienters situasjon som syke og med bekymringer rundt sitt eget liv, skyver kravet om konfidensialitet til side. At det i det store og hele blir et marginalet problem som kommer i skyggen av et større problem, nemlig sykdom og det som følger med den. Ivaretagelse av konfidensialitet blir dermed først og fremst helsepersonells ansvar og det er grunn til å tro at dette kan fremkalle dårlig samvittighet hos personalet. I denne studien er sykepleierne tydelige på at de misliker at taushetsplikten blir brutt under visitten, som om de hadde dårlig samvittighet for dette. De nevner ved flere tilfeller at rutineene rundt samtaler på flermannsstuer *burde* vært skjerpet inn med tanke på taushetsplikten. Resultatene viser også at sykepleierne er mer bekymret enn legene for at pasienter ikke får mulighet til å samtale om alt de har på sitt hjerte når det er visitt på flermannsstuer. På meg virket det som at sykepleierne

hadde dårlig samvittighet for dette. Montague et al. (2004) fant i sin studie at majoriteten av både leger og sykepleiere var bekymret over at konfidensialiteten ble brutt under legevisitten. Men i Kydlands (2005) studie var det sykepleierne som var mest opptatt av og viste stort engasjement for temaet, hvilket stemmer overens med funn i foreliggende studie. I resultatene kan man se et eksempel på at sykepleiere og leger kan resonnerer forskjellig rundt spørsmålet om medpasienter på flermannsstuer: en lege forteller at man ikke kan be nabopasienter forlate rommet fordi de er altfor syke; mens en sykepleier derimot sier at de aller fleste pasienter på flermannsstuer er oppegående og burde ”egentlig bare vært skyfflet ut”. Man kan undre seg over denne forskjellen, da både sykepleiere og leger i sine etiske retningslinjer har paragrafer som sier at pasienter skal vernes og diskresjon skal utvises med tanke på den informasjon som pasienter gir til personalet (Legeforeningen, 2002; Norsk sykepleierforbund, 2011). Allerede Hippokrates forordnet at leger skulle tie om pasienters hemmeligheter, fordi dette var avgjørende for at pasientene skulle kunne ha tillit til legene. Hippokrates mente at tillit var en hjørnestein i pasient-lege-forholdet og derfor var legers konfidensialitet av avgjørende betydning (Ruyter et al., 2008). En måte å forstå denne forskjell mellom sykepleiere og leger på, kan være at yrkesgruppene legger noe forskjellig betydning i begrepet ”taushetsplikt” og hvordan denne plikt skal utøves. Man kan tenke seg at mens leger er mer opptatt av medisinske spørsmål og mener at taushetsplikten på flermannsstuer kun brytes hvis man tar opp ”sensitive” temaer; har sykepleiere en tradisjon av helhetstenkning rundt pasientene, som gjør at de savner å få luften de ”sensitive” temaene mer enn det legene gjør. Det er dog grunn til å si at uansett hva man legger i begrepet ”taushetsplikt”, er flermannsstuer en utfordring for ivaretagelse av taushetsplikten og gjør det å overholde taushetsplikten til et dilemma.

5.2.3. Pasienter venter og sykepleiere opplever ”tidsklemme”.

Resultatene viser at det er en viss uvisshet rundt legevisitten og at det er en ulempe for pasientene at de ikke får vite et klokkeslett for når legevisitten kommer til dem. På grunn av dette venter pasientene på visitten, og mens de venter holder de seg i nærheten av sine rom for å være beredt. En pasient beskriver hvordan hun holder seg i nærheten av sitt rom for å se om visitten nærmer seg. En annen pasient forteller om at hun er redd hun ikke skal være ferdig til visitten kommer og dermed skal ta opp av legevisittens tid.

Sykepleierne og legene sier dog ikke noe om at pasientene må vente på dem. Pasienter innlagt på sykehus har ikke selv kontroll på tiden og må nærmest helt og holdent tilpasse seg etter sykehusets og personalets rytme. Spliid Ludvigsen (2009) skriver at det å vente er en dagligdags hendelse som pasienter bruker mye tid på når de er innlagt på sykehus. Venting har sammenheng med opplevelse av tid, og fordi tid er relativ kan den oppfattes forskjellig av personer i ulike situasjoner. Kari Martinsen (2002) beskriver at tiden ”kan være lang eller kort”, og når man venter på noe, som f.eks. legevisitten, kan tiden fort føles lang (Martinsen, 2002, s. 252). En pasient sier at hun ønsker hun kunne få et tidspunkt å forholde seg til og gir derpå sin forklaring på hvorfor hun tror at hun ikke får det: ”For vi er jo der, ikke sant?”. White og Karim (2005) fant også i sin studie at pasienter hadde ønsket et eksakt eller omtrentlig tidspunkt for når legevisitten skulle komme til dem. På sykehus går pasienter som regel ingen steder mens de venter på legevisitten; men istedenfor er de tilgjengelige for personalet stort sett hele dagen. Dermed settes det heller ingen press på sykepleiere og leger i legevisitten at de må passe tiden for pasientenes skyld. Martinsen (2002) skriver at det å bli utelukket fra det øvrige samfunnets ”organiserte, sosiale tidsmaskin” kan være en kilde til smerte for pasienter og gi en følelse av å være ubetydelig og utenfor (Martinsen, 2002, s. 266). I noen samfunn er man dog ikke så opptatt av klokkeslett; men lar heller mellommenneskelige relasjoner styre mer av ens handlinger enn tiden. Det å vente og la andre personer vente er dermed mer akseptert enn det er i nordeuropeiske land (Hanssen, 2005). Venting er således et ubehag som er kulturavhengig, men man kan nok si at i Norge er man generelt opptatt av klokkeslett og vant til å ha tider at forholde seg til. Det er mulig at pasienter på norske sykehus kan oppleve at de havner utenfor faste tidsrytmer blant annet når de venter på legevisitten, eller ikke vet når de kan skrives ut og reise hjem, og dermed er det en risiko for en følelse av utrygghet, fremmedgjøring og uforutsigbarhet. Men på sykehus er personalet til tider nødt til å prioritere noen pasienter fremfor andre og noen pasienter får mer tid i visitten enn andre. Da skjer det som Hanssen (2005) refererer til at det blir mellommenneskelige relasjoner som styrer handlingene i stedet for klokkeslettene. Og når mellommenneskelige relasjoner blir prioritert kan det bli vanskelig for personalet å gi et eksakt klokkeslett til pasientene om når visitten skal være hos dem, fordi risikoen for at man ikke kan passe tiden er stor. I Kydlands (2005) studie fikk pasientene et klokkeslett å forholde seg til for når de skulle møte legevisitten, men det viste seg at det ble vanskelig i realiteten å holde disse klokkeslettene.

Når legevisitten vel kommer til pasientene kan det erfares som at tiden plutselig går fort. Dette illustreres gjennom en av pasientene som forteller at ”Det blir veldig mye å si ‘ja,ja,’ og ‘ja, ja for [pause] det går så fort”. Olsvold (2010) fant i sin studie at visitten som oftest gikk for fort og at pasientene satt igjen med ubesvarte spørsmål. Foreliggende studie har vist at pasienter har lett for å glemme både hva de skulle spørre om og hva som ble sagt under visitten. Dette er forhold som kan ses i sammenheng med og som kan forsterkes når pasienter opplever at visitten går for fort.

Resultatene viser at sykepleierne venter på legene for å være med på previsitten, og etter previsitten kan sykepleierne mange ganger få vente på at legen skal bli ferdig med previsitt eller legevisitt til pasientene på en annen gruppe. Sykepleierne opplever dessuten at både previsitten og visitten til pasientene tar opp uhensiktsmessig mye av deres tid og at det kan gjøre dem utålmodige. Med Martinsen (2002) kan man si at for sykepleierne del er tiden for kort og deres utfordring er å få tiden å strekke til og prioritere riktig. Sykepleierne mener at det først og fremst er legene som styrer hvor lang tid visitten tar, men også hvor stort behov pasienter har for samtale med legen. Sykepleierne beskriver at når medisinstudenter i tillegg er med i visitten, tar visitten lengre tid enn vanlig. Resultatene viser at sykepleierne kan vise forståelse for at pasienter får god tid til å samtale med legen; men de synes å ha lite tålmodighet med at medisinstudenter tar opp av deres tid. Olsvold (2010) beskriver hvordan leger i hennes studie kunne gi seg god tid til pasientene. Det kan derfor se ut som at sykepleiere har lite innflytelse og kontroll over tidsbruken i visitten, og dermed også over hvordan deres dag utformer seg. At sykepleiere har det travelt og mye de skal rekke på en dag er tydelig beskrevet i litteraturen (Dalgaard, 2007; Olsvold, 2010; Vareide et al., 2001). I Olsvolds (2010) studie fremkommer at sykepleiere anså det som viktig for dem å prioritere dagen sin riktig og Dalgaard (2007) fant at sykepleiere skapte orden i hverdagen gjennom å inndele oppgaver etter et tidsskjema. Når sykepleierne ikke lyktes med å holde tidsskjemaet prøvde de å finne ut hva eller hvem som fungerte som ”tidstyv” (dansk: ”tidsrøvere”) (Dalgaard, 2007, s. 271). Legevisitten er en av de rutiner sykepleiere skal forholde seg til på en dagvakt. I lys av det som beskrives ovenfor kan man si at på grunn av at sykepleiere ikke vet hvor mye tid som vil bli brukt i visitten blir det vanskeligere for dem å planlegge dagens gjøremål. At sykepleiere må holde nøye med tiden kan være med på å forstå hvorfor de gir uttrykk for at de synes visitten noen ganger tar altfor lang tid i sykepleierne øyner. De kunne med Dalgaards (2007) ord si at visitten blir en ”tidstyv” og kanskje spesielt når medisinstudenter er med. Opplæring av medisinstudenter er ikke innenfor sykepleieres

ansvarsområde, hvilket kan være en måte å forstå sykepleiernes utålmodighet. Vareide et al. (2001) fant at det som tappet sykepleiere mest for energi, var at de ikke fikk tilstrekkelig tid til pasientenes behov og mest av alt ønsket sykepleierne at de hadde mer tid til samtaler med pasienter og pårørende. Paradoksalt nok kan det se ut som at sykepleiere behøver *spare inn* tid på legevisitten, fordi de skal *få mer* tid til pasientene. Hvis sykepleiere sparer inn tid på visitten kan de dermed indirekte spare på energi, som i stedet kan brukes på pasientene. En av sykepleierne forteller hvordan hun går frem og tilbake mellom visitten og andre gjøremål, fordi hun mister tålmodigheten og vil utnytte tiden mer effektivt, eller med andre ord sparer både tid og energi. Olsvold (2010) beskriver dog, i likhet med foreliggende studies resultater, at de fleste sykepleierne i legevisitten fulgte tempoet til legene. Når legene brukte god tid til pasientene ble sykepleierne forsinket i sitt øvrige arbeid (Olsvold, 2010).

Tidsaspektet var derimot ikke et tema som kom frem i noen stor grad hos legene i denne studien. Det er derfor nærliggende å tenke at tid kanskje ikke utgjør et stort problem for legene, det vil si at tiden verken er ”for lang” eller ”for kort”, som Martinsen (2002, s. 252) uttrykker det, men at legevisitten er verd den tid den tar. Legene sier i hvert fall ikke noe om at de venter på pasienter eller sykepleiere. Legevisitten kan synes å være helt sentral under legenes arbeidsdag og mye tid og arbeid blir lagt inn i så vel forberedelser til som gjennomføring og oppfølging av visitten. En av legene beskriver dog at når det er kun en overlege til stede på avdelingen, så må assistent-legene vente med sine spørsmål, til overlegen har tid og mulighet å svare. Her kan man se et mønster på at den som står lavere ”i rang” i sykehusets hierarki, synes å måtte vente på den som står høyere ”i rang”, hvilket kan speile hvordan den hierarkiske orden på sykehus, som Lauvås og Lauvås (2004) skriver påvirker legevisitten.

Når leger gir pasienter tid i visitten, gir de pasienter rom til å fortelle sin historie. De skaper et sted i den travle hverdagen der samtalen mellom pasienter og helsepersonell kan få plass. Ifølge Martinsen (2002) behøver pasienter tid når de skal fortelle helsepersonell om sin opplevelse av det å være syk. Men når legene i denne studien gir pasientene tid, kommer det imidlertid i konflikt med sykepleieres travelhet.

5.2.4 Legevisitten som medisinsk domene.

Det er flere eksempler i resultatene som tyder på at legevisitten kan sies å være en medisinsk domene, slik tidligere forskning også har vist (Busby & Gilchhrist, 1992; Manias, 2001). Selve ordet "legevisitt" indikerer i seg selv at det historisk sett har vært og til stor del fortsatt er legens visitt. Og hvis legevisitten er en medisinsk domene så er det også legenes domene, der sykepleierne kommer på sidelinjen. Det medisinske fokus som norm viser seg blant annet gjennom at det er medisinsk informasjon som står i sentrum hos både leger, sykepleiere og leger; og at andre temaer til viss grad unngås. Sykepleiernes deltakelse i previsitt og visitten til pasientene oppveier en del av det medisinske fokus gjennom at de tar opp spørsmål om utskrivning, hjemmesykepleie og rehabilitering, som kan sies å være mer sykepleiefaglige temaer. Men ellers dominerer medisinske temaer også sykepleieres kommunikasjon, som vist tidligere i diskusjonen. Lauvås og Lauvås (2004) hevder at den medisinske profesjon preges av en naturvitenskapelig forståelse, mens sykepleie har en mer samfunnsvitenskapelig og humanvitenskapelig forståelse, hvilket i seg selv kan vanskeliggjøre samhandling mellom yrkesgruppene i legevisitten. Grensene mellom de ulike typer forståelse er dog, ifølge forfatterne, i ferd med å bli mindre tydelige (Lauvås & Lauvås, 2004). Dette kommer dog ikke helt tydelig frem i legevisitten med tanke på overvekten av medisinsk og dermed naturvitenskapelig forståelse.

Som tidligere nevnt kan resultatene tyde på at legevisitten kan oppfattes som en "tidstyv" fra sykepleiernes perspektiv (Dalgaard, 2007), der legers behov for oppdatering og diskusjon og medisinstudenters behov for læring tar opp mye tid og til viss grad går på bekostning av sykepleiernes behov og tidsprioritering. I previsitten vises det medisinske domene gjennom at sykepleieinformantene beskriver hvordan noen leger ikke lar sykepleierne slippe til i kommunikasjonen og at dialogen derfor er på legenes premisser. En av legene nevner ikke sykepleierne i forbindelse med previsitten eller visitten til pasientene; men beskriver at hun kun samhandler med pasienter og andre leger. Også en av pasientene beskriver det medisinske fokus gjennom at hun oppfattet at det kun er leger og ikke noen sykepleiere som er med i legevisitten. At både pasienter, sykepleiere og leger bekrefter sykepleiernes plassering i bakgrunnen under visitten er kanskje en av de tydeligste bilder på at det er medisin som er i forgrunnen. I litteraturen blir sykehus som organisasjon betegnet som hierarkisk oppbygget (Lauvås & Lauvås, 2004; Thornquist, 2009), og historisk sett har sykepleie lenge vært underordnet medisinen (Mathisen, 2006; Nortvedt, 2008). At dette fortsatt er en realitet kan man se konturene av i foreliggende studie. Men når pasientrollen og også legerollen gjennom senere tider har forandret og maktforholdet mellom pasienter og leger har utjevnet slik

Lauvås og Lauvås (2004) skriver, kan man spørre seg hva dette har gjort med sykepleierollen. I Goffmans (2004) beskrivelse av et situert aktivitetssystem, påvirkes de andre rollene når en eller flere roller forandres, og det finnes derfor grunn til å tro at sykepleierollen i visitten har påvirkets. Spørsmålet er hvordan den har påvirkets. Er det grunn til å si at sykepleierne i visitten har ”overtatt” den passive rollen fra pasientene?

Ytterligere en illustrasjon av at legevisitten kan ses som medisins domene er at legene forteller at de setter pris på sykepleierne deltakelse i visitten *fordi* de hjelper og assisterer legene; ikke fordi sykepleierne utøver selvstendig sykepleie. Her kan man si at tradisjonen om sykepleiere som legers assistenter viser seg (Mathisen, 2006; Nortvedt, 2008). Resultatene viser dog at sykepleierne ikke anser at deres fremste oppgave er å assistere legene; men å støtte pasientene, som Peplau (1999) også skriver. Sykepleierne skal i tillegg prioritere alle oppgaver de har i løpet av en dag, både medisinske, administrative, koordinerende og pasientorienterte oppgaver (Vareide et al., 2001), og legevisitten fremstår altså som en mange oppgaver som sykepleierne har under en dag. Når visitten fremfor alt fremstår som en del av sykepleieres medisinske oppgaver, kan den dermed ses som et eksempel på sykepleieres medisinske avhengighet (Vareide et al., 2001). Larsen (1999) skriver om hvordan sykepleie kan oppfattes som en del *innenfor* det medisinske felt og at den medisinske men også administrative logikken kan sies å være styrende for sykehusvirksomheten. Dette blir relativt tydelig i legevisitten, der pasienter og sykepleiere følger og forholder seg til legenes tidsskjema. Det er nærliggende å tenke at hvis den medisinske logikk styrer på sykehus, er det også medisins representanter, det vil si legene, som avgjør hvor mye plass pasienter, sykepleiere og sykepleie skal få i legevisitten. Aller tydeligst i denne studien ser man dette i pre-visitten når leger ikke lar sykepleiere få delta med sine innspill. Men som Vareide m fl (2001) skriver så er medisin og sykepleie avhengige av hverandre, på tross av at de ikke har en felles organisering. Resultatene viser at sykepleierne i legevisitten opplever at de styrs av medisinske formål, men at de på ulike måter definerer sine egne oppgaver under visitten som beskrevet tidligere, og dermed gir rom for sykepleie. Ifølge Christiansen (2003) finnes det i sykepleierollen også rom for den personlige faktor, hvilket skulle kunne påvirke hvor mye plass sykepleierne tar seg i visitten. Det er i tidligere forskning kommentert at sykepleiere er dårlige til å hevde seg i legevisitten, men at mer erfarne sykepleiere er bedre til å hevde seg enn de som er mer uerfarne (Vareide et al., 2001). Her kan man altså se at det er mulighet for sykepleiere gjennom personlig innvirkning å være mer aktive og dermed gi mer rom for sykepleie i legevisitten. Dermed ikke sagt at dette er en enkel oppgave. Lauvås og

Lauvås (2004) skriver at i situasjoner der ulike profesjoner overlapper hverandre finnes det risiko for konflikt mellom yrkesgruppene. Samhandlingen mellom sykepleiere og leger i legevisitten kan sies å være en situasjon der yrkesgrupper overlapper hverandre og i foreliggende studie kan man ensee en skjult konflikt som kommer til syne gjennom sykepleiernes kritikk mot legene. Resultatene kan dog ikke si noe om hvorvidt denne kritikk blir tatt opp i direkte dialog mellom sykepleiere og leger.

5.3 Avsluttende betraktning vedrørende legevisitten.

Denne studien har vist ulike sider av deltakernes perspektiver på legevisittens utforming og på samhandling i legevisitten. Studien viser blant annet at pasienter, sykepleiere og leger har ulike forventninger til sin egen og andres deltakelse i legevisitten. Disse ulike forventninger virker dog ikke å være noe som deltakerne taler åpent om seg imellom; men vitner heller om at forventningene er uuttalte og til dels skjult, som Huxham og Vangen (2009) skriver om i sin samhandlingsteori. En tidligere studie konkluderer med at det finnes et stort behov i legevisitten for at deltakerne skal forstå visittens funksjon (Whale, 1993). En annen studie viser at sykepleierne ønsket en gjensidig overenskommelse med sine medisinske kollegaer gjennom felles planlegging og beslutstaking i legevisitten (Hill, 2003). I begge studiene kom man frem til at sykepleiere trenger å redegjøre for sin filosofi og hensikt med å være med i legevisitten (Hill, 2003; Whale, 1993). Resultatene fra foreliggende studie gjenspeiler ikke eksplisitt at deltakerne har et ønske om å avklare sine forventninger og sin hensikt med å være med i visitten, men implisitt kan man utlese et behov for forståelse mellom deltakerne. I likhet med ovenstående studier har denne studien pekt på at sykepleierne utfører oppgaver i det stille som de andre deltakerne ikke er klar over, og at sykepleierne ønsker å være delaktige i previsitten.

I lys av Goffmans (2004) beskrivelse av et situert aktivitetssystem påvirker roller hverandre og når en eller flere roller forandres blir også de andre rollene i systemet påvirket. Vi har sett at pasientrollen den senere tid har forandret seg og i denne studien kan man se tegn til at legerollen har forandret seg i forhold til pasientene i legevisitten, og at pasienter kan sies å ha kommet mer i sentrum av legevisitten enn tidligere. Men hva gjør dette med sykepleierrollen? Historisk sett har sykepleie lenge vært underordnet medisinen og at dette

fortsatt er en realitet kan man se konturene av i foreliggende studie (Mathisen, 2006; Nortvedt, 2008). Sykepleiernes assistentrolle i visitten kan ses som et eksempel på at deltakernes potensial ikke helt blir utnyttet. Aanderaa (1999) beskriver hvordan velfungerende grupper klarer å få frem og utnytte de ulike aktørenes kompetanse, og i legevisitten kan man derfor si at det er litt å gå på med tanke på sykepleieres kompetanseutnyttelse. For å bruke Willumsens (2009) lignelse av samhandling som et symfoniorkester kan man si at legevisittens deltakere spiller instrumenter med hvert sitt særpreg. I legevisittens orkester synes det ikke å være enighet om hvilket instrument sykepleie skal spille, og man kan høre at det ikke er helt rene toner i fremføringen. Med tanke på legevisitten som medisinsk domene kan man stille spørsmålet om sykepleie skal være en del av visitten eller om dette er et orkester der sykepleie ikke hører hjemme? Legevisitten kan synes i høyere grad å være organisert ut fra behov fra legetjenesten og i mindre grad ut fra behov fra sykepleietjenesten. Vareide et al. (2001) konkluderer med at lege- og sykepleietjenestene er organisert som to ulike systemer; men at behandling og pleie er avhengige av hverandre, hvilket også kommer til syne i legevisitten. Dette forhold blir ytterligere komplisert av at de to profesjonene bruker naturvitenskapelig respektive samfunns- og humanvitenskapelig forståelse, hvilket kan vanskeliggjøre samhandling mellom yrkesgruppene i visitten (Lauvås & Lauvås, 2004). Kan disse skilte systemer samarbeide og fungere side ved side? Foreliggende studie viser at dette ikke er ukomplisert og at spesielt sykepleierne ikke helt klarer å finne sin plass i visitten til pasientene, mens de derimot kan finne felles plattform med legene i previsitten. Dette leder frem til spørsmålet om sykepleie trenger legevisitten og om legevisitten trenger sykepleie?

Studien kan vise at både sykepleiere og leger ønsker å oppnå det som er til det beste for pasientene. Willumsen (2009) skriver at en av hensiktene med tverrfaglig samhandling er å sikre en ”helhetlig tilnærming” (Willumsen, 2009, s. 28) som skal være til pasientenes beste. Også Aanderaa (1999) mener at velfungerende arbeidsgrupper prøver å løse arbeidsoppgaver til pasienters beste, gjennom at gruppene er fleksible og åpne for ulike ideer og forskjellige meninger. Hvorvidt legevisitten som samarbeidsarena er velfungerende, fleksibel og åpen kan dog diskuteres. I organisasjonsteoretisk litteratur kan man lese om hvordan en god samhandling forutsetter at man arbeider mot samme mål eller i det minste er klar over hvilke mål de forskjellige aktørene har (Lauvås & Lauvås, 2004; Huxham & Vangen, 2009; Willumsen, 2009). Lauvås og Lauvås (2004) skriver at de som blir skadelidende som følge av dårlig samarbeid mellom ansatte er pasienter og pårørende, hvilket viser hvor betydnende det er at sykepleiere og leger klargjør hverandres forventninger til visitten. God samhandling i

legevisitten kan imidlertid gi pasienter samordnet og individuelt tilpassede tjenester (Willumsen, 2009). Det råder vel ingen tvil om at legevisittens funksjon til syvende og sist er å hjelpe pasienter på best mulig måte. Det er derfor ikke utenkelig at fremtidens visitt blir kalt ”pasientvisitt”, for å understreke hvem som er i sentrum.

I samhandlingssituasjoner stilles det, i følge Huxham og Vangen (2009), store krav til at ledelsen jobber aktivt med å utnytte aktørenes ulikheter til gruppers beste og for å håndtere de ulikheter som kommer av aktørenes ulike bakgrunn, erfaringer og verdier. I denne studien kan man utlese at det er litt å gå på med tanke på å utnytte pasienters og sykepleieres bidrag og ressurser i legevisitten, hvilket leder frem til spørsmålet om hvem som har det ledende ansvaret for legevisitten. Larsen (1999) skriver at den medisinske, men også administrative, logikken er styrende for sykehusvirksomhet. Er det derfor overleger, avdelingssykepleiere, de deltagende legene eller et uformelt og kollektivt lederansvar mellom flere i legevisitten som leder visitten (Huxham & Vangen, 2009)? I legevisitten møtes sykepleier- og legetjenestene på en felles arena, men uten felles ledelse (Vareide et al., 2001). Usikkerheten rundt hvem som leder legevisitten skaper et utydelig ansvar der den uformelle ledelsen til legene virker å være styrende. Legevisitten kan synes å styres og ledes av tradisjon og rutine, mer enn av navngitte funksjoner. Gardell et al. skrev i 1979 at legevisitten hadde blitt en rutine som man ikke lenger reflekterte over eller stilte spørsmål ved. Gjennom denne studien kan man nok si å dette fortsatt har relevans for oss i dag. Finnes det f eks forum på sykehusavdelinger for at vurdere, evaluere og reflektere over legevisitten? Studiens resultater kan verken bekrefte eller avkrefte dette spørsmål og derfor står spørsmålet kvar. Lauvås og Lauvås (2004) betoner at når sykehusrutiner ikke blir diskutert eller reflektert over, blir det heller ikke gjort til gjenstand for forandring, og analogt med denne tenkning bevares dermed ”status quo” i legevisitten.

I legevisitten går samhandling og utforming hånd i hånd og påvirker hverandre, der det er vanskelig å skille det ene fra det andre. Det er et kunstig skille i denne studien for å prøve å omfavne legevisitten som helhet. Men det er vanskelig å bedømme hvorvidt legevisitten som helhet er en god rutine sånn som den fungerer i dag, hvis man ikke først har definert hvilke mål deltakerne har for visitten. Midler for at nå mål er ikke alltid valgt fordi det finnes en god begrunnelse for hvorfor man bruker dem. I følge Lauvås og Lauvås (2004) blir arbeidsmetoder ofte brukt av gammel vane og tradisjon, i stedet for at man reflekterer eller diskuterer metodenes virkning. I tillegg blir nyansatte sosialisert inn i tradisjonsbundne rutiner og før arven videre, kanskje uten å stille spørsmål ved rutinenes begrunnelser. Risikoen er da

at det blir som Lauvås og Lauvås (2004) skriver at metoden bestemmer målet i stedet for det omvendte.

Denne studie har vist at på tross av at rollene i legevisitten er i bevegelse, er det flere ting som fortsatt er uforandret i visitten. Fortsatt venter pasientene på at visitten skal dukke opp, og fortsatt går man visitt på flermannsstuer der pasienter hører alt som sies. Medisinske spørsmål er fortsatt i sentrum, mens sykepleie spiller en birolle. Man kan derfor se antydning til at legevisittens utforming til viss grad fortsetter som før, til tross for forandringer i pasient-, lege- og sykepleierrelasjoner. Man kan spørre seg om legevisitten følger med i tiden eller om den har stivnet i sine former? Det synes uansett å være potensial for fremtidig utvikling og forandring.

Forhåpentligvis kan den kunnskap som denne studie har bidratt til, bli brukt som sprangbrett for videre forskning. Kunnskapen kan også brukes som en del av litteraturgrunnlaget i såkalt kunnskapsbasert praksis. Det trengs langt flere studier om legevisitten og fremtidig forskning kan med fordel inkludere observasjonsstudier, men også kvantitative metoder. Også sammenligninger mellom medisinske og kirurgiske sengeposter kunne være en interessant innfallsvinkel.

5.4. Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet.

Med denne studien har jeg undersøkt en lite studert men vanlig aktivitet på norske sykehus fra et livsverdensperspektiv. En av styrkene ved studien er at de tre deltakerne ikke kun ses isolert fra hverandre, men i forhold til hverandre. Pasientperspektivet har vært en viktig og nødvendig del av bildet, hvilket ikke hadde vært det samme uten. Det blir også vurdert som en fordel at deltakernes samhandling og legevisittens utforming blir sett på som en helhet der det ene ikke kan ses uten det andre. Studien har på så vis utforsket legevisitten som fenomen i sin helhet fra ulike perspektiver og deretter har resultatene belyst med teori. Studien kan sies å gi ”et første inntrykk” av visitten i norsk kontekst, som en grunnleggende kartlegging av hva deltakerne selv anser som betydningsfullt. På så vis kan denne oppgaven fungere som et utgangspunkt for videre studier av temaet.

I utarbeidelse av denne studien var det å sette grenser for hva som skulle studeres ikke helt enkelt. Jeg forsto tidlig at legevisitten var et sammensatt fenomen der de ulike deler var avhengige av hverandre og vanskelig kunne skilles åt. Det ble derfor vesentlig *ikke* å avgrense for mye, men holde døren åpen for hvordan fenomenet selv ville vise seg. Livsverdensteoriens åpenhet ble derfor nødvendig for ikke å utelukke ting som kunne være av betydning (Dahlberg, 2008; Giorgi, 2009). Åpenhet og ”å sette i parentes” ble også sentralt for meg for å kunne distansere meg fra mine egne tidligere erfaringer av legevisitten og ikke la denne erfaring farge studien i altfor stor grad. I fenomenologi og livsverdensteori er det også et poeng at man ”tror” på det informantene forteller, fordi på tross av om informantene husker feil, er det deres opplevelse som er det viktige (Giorgi, 2009). På så vis har den metodologiske forankring i studien på flere måter vært fruktbar. For meg har det dessuten vært inspirerende å kunne lære om og fordype meg i denne vitenskapsretning. En mulig innvendning mot studien er hvorvidt jeg har studert ett fenomen eller tre forskjellige fenomener. Det er forståelig at man kan se ulikt på dette og at man ser at det er tre forskjellige opplevelser som blir skildret; men jeg ser på det som at ”opplevelse av legevisitten” er *ett* fenomen, om enn sett fra ulike ståsted. Dette fenomen har jeg så studert som objekt gjennom informantenes øyner, i tillegg til at jeg har satt fokus på informantene som subjekter og deres erfaring.

Metodemessig var Giorgis (2009) metode og dybdeintervjuer velegnet for å besvare oppgavens problemstilling. Som uerfaren intervjuer er det dog mulig at samtalene ikke gikk like dypt som de kunne ha gjort med en mer erfaren intervjuer. Her var dog den semi-strukturerte intervjuguiden til hjelp. Det kan dessuten ses som en fordel at intervjuene ble tatt opp i nær forbindelse med at informantene hadde deltatt i legevisitt, oftest den samme dagen. Man kan dog ikke vite sikkert om informantene formidlet det som faktisk skjer i visitten; eller om de formidlet et idealbilde av fenomenet. Men mitt inntrykk er at det bilde som tegnet seg gjennom intervjuene kunne samsvare med den virkelighet jeg selv har opplevd, hvilket også leseren selv kan gjøre seg en formening om. Det kan innvendes at det var få informanter i hver gruppe (pasienter/sykepleiere/leger), men samtidig vurderte jeg det som at jeg fikk et rikt dataunderlag gjennom de intervjuer som blev foretatt. Utvalget av informanter var variert; men de fysisk sett dårligste pasientene på sengeposten ble av etiske grunner ikke tatt med i studien, hvilket kan få konsekvenser for studiens overførbarhet. Transkribering av intervjuene kan regnes som en av studiens styrker, da den ble gjort av meg og blev ordrett. Det gjorde også at jeg kom ”under huden” på dataene og fikk dem prentet inn i hukommelsen. Under studiens planlegging, datainnsamling og analyse har jeg vært i dialog med veileder fra

Høgskolen i Oslo som har doktorgrad. Underveis har det vært flere seminarer på skolen der studien har vært formål for diskusjon med medstudenter og lærere. Blant annet er studiens problemstilling, metode, analyse og resultater debattert i plenum.

I tillegg til intervjuer hadde det vært mulig å ta i bruk observasjonsstudier som en annen og mer objektiv innfallsvinkel til legevisitten. Anvendelse av flere metoder hadde da kunnet styrke studiens kvalitet. Men her møtte jeg på et etisk dilemma, da det etter et par telefoner med Regional Etisk Komité og sykehusets personvernombud var helt klart at det skulle kreves skriftlig informert samtykke av de informanter som skulle delta i visitten. Jeg hadde da kun hatt tilgang til informasjon om de pasienter som gitt sin tillatelse. Hvordan dette skulle løses i previsitt og visitten til pasientene ble dermed noe problematisk. Det stod klart for meg at i praksis måtte dette innebære at jeg ville havne i situasjoner som kan betegnes som gråsoner. Det var også et etisk spørsmål om *når* det var passende å spørre pasientene om deltagelse. Hadde jeg arbeidet på en sykehusavdeling som gjennomførte en typisk legevisitt, kunne studien betegnes som et internt kvalitetssikringprosjekt og dermed vært unntatt skriftlig samtykke fra deltagerne, men dette var ikke fallet for denne studien. I Olsvolds (2010) studie bruker forfatteren mye plass til å rettferdiggjøre sin deltagende observasjon på sengeposter *uten* å ha innhentet informert samtykke fra alle pasienter, og jeg ønsket ikke å havne i samme situasjon. Jeg bedømte det derfor som såpass etisk tvilsomt og rent praktisk problematisk, at jeg valgte bort observasjoner som metode.

Giorgis analysemetode er anerkjent innenfor helsefag, men dermed er det ikke sagt at andre analysemetoder, som for eksempel Kvale (1997), ikke ville fungert godt. Men Giorgis analyse fremstod for meg som godt livsverdensteoretisk forankret og tydelig forklart. Giorgi brukte selv metoden for at utforske for eksempel "læring" som fenomen og ut fra det kom jeg frem til at metoden også kunne fungere på legevisitten som fenomen (Giorgi, 2009). Giorgi mener at resultater bør være beskrivende, i motsetning til fortolkende, men her klarer jeg ikke å se noen tydelig grense mellom disse punktene. Jeg har derfor lagt meg nært opp til rådata i resultatene, men det er mulig at jeg kunne ha "tort" å gå litt lenger i analysen. Resultatene speiler dog det inntrykk jeg fikk under intervjuene, men jeg fant i tillegg flere ting under analysen etter intervjuene som ikke var åpenbare under intervjusituasjonene. Jeg bedømmer det også å være ryddig og greit og la leserne se resultatene uten teori, fordi de får en mulighet til at selv gjøre seg opp en mening om resultatene før de blir farget av teori. I Giorgis (2009) metode inngår også en overordnet struktur, men i denne studien er det i resultatkapitlet ikke gjort noen overordnet struktur på tvers av informantgruppene. Det Giorgi (2009) benevner

fenomeners ”essens” er dog presentert i begynnelsen av hver informantgruppe, og fellestrekk og særtrekk mellom gruppene blir drøftet i diskusjonskapitlet. Derfor kan diskusjonskapitlet ses som en overordnet struktur, med det unntak at resultatene også blir belyst med teori.

For å finne teori til at belyse resultatene med, har jeg lest meg opp og lett innenfor ulike typer av teori som kunne være av relevans. Jeg undersøkte om det var sykepleieteori som kunne passe inn i studien, men fant ingen enkelt teori som kunne ha passet inn. Jeg benyttet meg derfor istedenfor til nærliggende teorier fra ulike disipliner. Med tanke på legevisittens lange tradisjon var det ikke vanskelig å se at teori i form av medisinhistorisk litteratur kunne være fruktbart for å forstå legevisitten bedre. En del av studiens forskningsspørsmål gjelder samhandling og derfor ble samhandlingsteori en del av diskusjonen. De tre forskjellige roller legevisittens deltakere inntar gjorde at rolleteori ble aktuelt. Teoriene blir brukt som komplementer til hverandre for å belyse og forstå legevisitten fra forskjellige perspektiver. Det kunne vært mulig å bruke mer av profesjonsteori med tanke på forholdet mellom sykepleiere og leger, men det er et aspekt som havner utenfor denne studies rammer.

I virkelighetens verden henger ting sammen og det kan derfor være vanskelig å skille et fenomen fra et annet (Dahlberg, 2008). Det jeg har bedømt å falle innenfor legevisitten som fenomen, kunne noen andre fort oppfatte som at det faller utenfor. Hva som blir regnet for å tilhøre visitten har derfor vært en subjektiv bedømmelse fra min side. Men utgangspunktet for denne studien var å få fatt i deltakernes opplevelse av og erfaring med legevisittens betydning og med hjelp av ovenstående argumentasjon vises det til at studiens problemstilling og forskningsspørsmål er besvart og at studien har bidratt til økt kunnskap om legevisitten.

Til tross for at visitten utforskes på kun *en* medisinsk sengepost, var det strategiske utvalget av sengepost gjort med tanke på at sengepostens visitt er en typisk variant som antas å være vanlig forekommende på norske sykehus og derfor ha overføringsverdi til andre sykehusavdelinger, spesielt medisinske sengeposter. Det er dog usikkert i hvilken grad studiens resultater kan overføres til kirurgiske avdelinger eller intensivavdelinger, da legevisitten på disse avdelinger av erfaring ofte utformes annerledes enn på medisinske avdelinger. Det får derfor bli opp til den enkelte leser å bedømme hvorvidt studiens resultater er overførbare.

LITTERATURLISTE

Album, D. (1996). Nære fremmede: Pasientkulturen i sykehus. Dag Album og TANO.

Alm, C. & Norekvål, T. M. (2007). Sykepleiere i norsk kardiologi: Fra pleiefunksjoner til aktiv rolle. I: K. Forfang & K. Rasmussen (Red.), *Det norske hjerte: Norsk hjertemedisinsk historie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Berger, P. L. & Luckmann, T. (1966). *Den samfundsskabte virkelighed: en videnssociologisk afhandling*. København: Lindhardt og Ringhof.

Birtwistle, L., Houghton, J. M. & Rostill, H. (2000). A review of a surgical ward round in a large paediatric hospital: does it achieve its aims? *Medical Education*, 34, 398-403.

Busby, A. & Gilchrist, B. (1992). *The role of the nurse in the medical ward round*. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 339-346.

Christiansen, B. (2003). *Sykepleieyrket: i spenningsfeltet mellom rolle og person: en analyse av fire sykepleierstudenters læringsløp*. Doktorgradsavhandling ved Universitetet i Oslo.

Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research* (2 ed.). Studentlitteratur.

Dahlberg, K. & Drew, N. (1997). A lifeworld paradigm for nursing research. *Journal of Holistic Nursing*, 15, 303-317.

- Dalgaard, K. M. (2007). *At leve med uhelbredelig sykdom: At begrense dødens invasjon og fremme livsudfoldelsen i tid og rom*. Doktorgradsavhandling ved Aalborg Universitet.
- Dowling, M. (2005). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 131-142.
- Ersfjord, E. M. (2008). Pasienten i det medisinske diskurs. I: A. Tjora (Red.), *Den moderne pasienten* (s. 76-88). Gyldendal Norsk Forlag.
- Fagermoen, M. S., Kongsli, K., Lohne, V. & Rustøen, T. (2003). *Forskningsveileder for sykepleiere: Sykepleieforskning gjør sykepleien bedre* (2. utg.). Norsk selskap for sykepleieforskning.
- Fletcher, K. D., Rankey, D. S. & Stern, D. T. (2005). Bedside interactions from the other side of the bedrail. *Journal of General Internal Medicine*, 20(1), 58-61.
- Fossheim, H. J. (u.å.) *Informert samtykke*. Sist oppdatert 22. juni 2009. Hentet 18. mai 2010 fra <http://etikkom.no/no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Informert-samtykke/>.
- Gardell, B., Gustafsson, R. Å., Brandt, C., Tillstrøm, I. & Torbiörn, I. (1979). *Sjukvård på løpande band: Rapport från ett forskningsprojekt om sjukhusete vård- och arbetsorganisation*. Bokförlaget Prisma Stockholm.
- Gillon, R. (2001). Confidentiality. I: H. Kuhse & P. Singer (Eds.), *A companion to bioethics*. Blackwell Publishing Ltd.
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology*. Pittsburgh, Pennsylvania: Duquesne University Press.

- Gjernes, T. & Måseide, P. (2008). Forebyggingspasienten. I: A. H. Tjora (Red.), *Den moderne pasienten* (s. 194-213). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Goffman, E. (1967). *Anstalt og menneske: den totale institution socialt set*. København: Paludan.
- Goffman, E. (1992). *Vårt rollespill til daglig: En studie i hverdagslivets dramatik*. Oslo: Pax.
- Goffman, E. (2004). *Social samhandling og mikrosociologi: en tekstsamling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit*. Universitetsforlaget
- Hanssen, I. (2005). *Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helsepersonelloven (2009). *Lov av 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.: Trådt i kraft 1. januar 2009, sist endret 27. juni 2008*.
- Hill, K. (2003). The sound of silence: Nurses' non-verbal interaction within the ward round. *Nursing in Critical Care*, 8(6), 231-239.
- Holen, M. & Lehn-Christiansen, S. (2009). At være pasient. I: M. Holen & B. Winther (Red.), *Akut, kritisk og kompleks sygepleje: Samfunds- og humanvitenskapelige perspektiver* (s. 71-88). København: Munksgaard Danmark.
- Holm-Petersen, C., Asmussen, M. & Willemann, M. (2006). *Sygeplejerskers fagidentitet og arbeidsoppgaver på medisinske afdelinger*. København: DSI Institut for sundhedsvesen.

- Huxham, C. & Vangen, S. (2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I: E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Keddy, B., Jones, M., Jacobs, P., Burton, H. & Rogers, M. (1986). The doctor-nurse relationship: An historical perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 745-753.
- Krogstad, U., Hofoss, D. & Hjortdahl, P. (2004). Continuity of hospital care: Beyond the question of personal contact. *International Journal for Quality in Health Care*, 16 (6), 491-497
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Norsk Forlag .
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *InterView* (2.utg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvarnström, S. (2009). Samarbeid og læring i det tverrprofesjonelle teamet. I: E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kydland, A. G. (2005). *Legevisitten i endring: Hvordan gjøre legevisitten til et møte mellom pasient, lege og sykepleier som ivaretar taushetsplikten og pasientens autonomi?* Hovedfagsoppgave ved Universitetet i Oslo.
- Larsen, K. (1999). *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider: Et observationsstudie af praktikuddannelse inden for sygeplejerskeuddannelsen*. Doktorgradsavhandling ved Københavns Universitet.
- Larsen, K. (2009). Hospitalet mellem stabilitet og forandring: Sociologiske og historiske perspektiver. I: M. Holen & B. Winther (Red.), *Akut, kritisk og kompleks sygepleje, samfunds- og humanvidenskabelige perspektiver* (s. 89-113). København: Munksgaard Danmark.

- Larsen, K. (2010). Det behandlerende hus er blevet sygt: Sociologiske og historiske perspektiver på patientforløb. I: H. Timm (Red.), *Sammenhengende forløb i sundhedsvesenet* (s. 39-64). København: Books on Demand.
- Lassen, T. (2010). Pasientkultur i historisk perspektiv. I: A.-M. Graubæk (Red.), *Patientologi* (s. 213-230). Gads Forlag.
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Legeforeningen. (2002). *Etiske regler for leger*. Hentet 11. april 2012 fra <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Manias, E. (2001). Nurse-doctor interaction during critical care ward round. *Journal of Critical Nursing*, 10, 442-450.
- Marcum, J. A. (2008). *An Introductory Philosophy of Medicine*. Springer.
- Martinsen, K. (2002). Rommets tid, den sykes tid, pleiens tid. I: I. T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 250-271). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Universitetsforlaget.

- Mathisen, J. (2006). *Sykepleiehistorie: ideer - mennesker - muligheter* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Mesel, T. (2009). *Legers profesjonsetikk: refleksjon og mestring i en sykehuskultur*. Høyskoleforlaget.
- Montague, M.-L., Lee, M. S. W. & Hussain, S. S. M. (2004). Staff attitudes to a daily otolaryngology ward round. *The Journal of Laryngology & Otology*, 118, 963-971.
- Mæland, J. G. & Nylenna, M. (2011). Samfunn, lege og pasient: Nye rammer og nye roller i det 21. århundret. I: J. G. Mæland, K. Haug, G. Høyer & S. Krokstad (Red.), *Sosialmedisin* (2.utg.). (s. 273-284). Gyldendal Norsk Forlag .
- Nightingale, F. (1997). Notater om sykepleie: Samlede utgaver. I: V. Skretcowicz (Red.). *Notater om sykepleie: Samlede utgaver*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: En arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
- Nortvedt, P. (2008). *Sykepleiens grunnlag: Historie, fag og etikk* (2 .utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- O`Hare, J. A. (2007). Anatomy of the ward round. *European Journal of Internal Medicine*, 19, 309-313.
- Olsvold, N. (2010). *Ansvar og yrkesrolle: Om den sosiale organiseringen av ansvar i sykehus*. Doktorgradsavhandling ved Universitetet i Oslo.

Oslo universitetssykehus (u.å.). Skjemaer, maler og instruks. Hentet 23. februar 2010, fra http://www.ullevaal.no/modules/module_123:

Pasientrettighetsloven (2009). *Lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter: Trådt i kraft 1. januar 2009, sist endret 19. desember 2008.*

Peplau, H. E. (1999). A Glance Back in Time. *Nursing Forum*, 34(3). (Originalutgaven utgitt i 1966, 5(1), 60-75).

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Repstad, P. (2004). *Sosiologiske perspektiver for helse- og sosialarbeidere* (2 utg.). Universitetsforlaget.

Rintala, D. H., Hanover, D. & Alexander, J. L. (1986). Team care: An analysis of verbal behavior during patient round in a rehabilitation hospital. *Archives of Physical Medicine and rehabilitation*, 67(2), 118-122.

Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.

Schütz, A. (2002). *Den sociala världens fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.

Skjemaer, maler og instruks (u.å.). Hentet 23. februar 2010 fra: http://www.ullevaal.no/modules/module_123

- Spliid Ludvigsen, M. (2009). *Patient life in hospital: A qualitative study of informal relationships between hospitalised patients*. Doktorgradsavhandling ved Aarhus Universitet.
- Stein, L. I. (1968). The doctor-nurse game. *American Journal of Nursing*, 1, 101-105.
- Svabø, A., Bergland, Å. & Hæreid, J. (2000). *Sosiologi og sosialantropologi for helsearbeidere* (2.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Thornquist, E. (2009). *Kommunikasjon: Teoretiske perspektiver på praksis i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- van de Glind, I., van Dulmen, S. & Goossensen, A. (2008). Physician-patient communication in single-bedded versus four-bedded hospital rooms. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 215-219.
- Vareide, P. K., Hofseth, C., Norvoll, R. & Røhme, K. (2001). *Stykkevis og helt: Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Oslo: SINTEF Unimed Helsetjenesteforskning.
- Vatne, S. (1998). *Pasienten først: Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Weber, H., Stöckli, M., Näbling, M. & Langewitz, W. A. (2007). Communication during ward rounds in internal medicine: An analysis of patient-nurse-physician interactions using RIAS. *Patient Education and Counseling*, 67, 343-348.

Whale, Z. (1993). The participation of hospital nurses in the multidisciplinary ward round on a cancer-therapy ward. *Journal of Clinical Nursing*, 2, 155-163.

White, R. & Karim, B. (2005). Patients' views of the ward round: A survey. *Psychiatric Bulletin*, 29, 207-209.

Willumsen, E. (Red.). (2009). *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Aanderaa, I. (1999). *Relasjoner i teamarbeid: Et psykodynamisk perspektiv*. Oslo: Ad notam Gyldendal.

Vedlegg 1 – Godkjenning REK


UNIVERSITETET I OSLO
DET MEDISINSKE FAKULTET

Førsteamanuensis Bjørg Christiansen
 Høgskolen i Oslo
 Avd. for sykepleierutdanning
 Stensberggt 27
 0130 Oslo

Regional komité for medisinsk og helsefaglig
 forskningsetikk sør-øst B (REK sør-øst B)

Postboks 1130 Blindern
 NO-0318 Oslo

Telefon: 22 85 05 48

Dato: 24.11.2010

Deres ref.:

Vår ref.: 2010/2607 (oppgis ved henvendelse)

E-post: post@helseforskning.etikkom.no

Nettadresse: <http://helseforskning.etikkom.no>

2010/2607b Hvilken betydning har legevisitten for pasienter, sykepleiere og leger?

Prosjektleder: Bjørg Christiansen
 Prosjektansvarlig: Høgskolen i Oslo

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK sør-øst B, i møte 03.11.2010.

Saksfremstilling

Hensikten med denne kvalitative masterstudien er å bidra til økt kunnskap om legevisittens betydning for pasienter, sykepleiere og leger. Datainnsamlingen vil skje på en medisinsk sykehusavdeling. 3 leger, 3 sykepleiere og 3 pasienter skal intervjues om erfaringer med legevisitten. Data skal analyseres ved hjelp av en fenomenologisk tilnærming. Det oppgis at det er søkt om tillatelse til å gjennomføre intervjuer på [redacted] ved personvernombud og aktuell avdeling.

Forskningsetisk vurdering

Komiteen har ingen forskningsetiske innvendinger til prosjektet.

Informasjonsskriv/samtykkeerklæring

1. Informasjonsskrivet trenger noe språkvask, se for eksempel "...vil din identitet skyddes".
2. Det bør informeres om sted for intervju.
3. Andre setning, "Du er valgt ut til denne studien..." bør endres til "Du forespørres om deltakelse i denne studien fordi..."

Vedtak

Komiteen har vurdert søknaden og godkjenner prosjektet med hjemmel i Helseforskningsloven § 10. Godkjenningen gis under forutsetning av at informasjonsskrivet justeres i henhold til komiteens merknader.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren», <http://www.norsk-helsenett.no/informasjonssikkerhet/bransjenormen/Personvern%20og%20informasjonssikkerhet%20i%20forskningsprosjekter%20v1.pdf>

KOPI KOPI KOPI

Tillatelsen gjelder til 31.12.2011. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene bevares til 31.12.2012. Opplysningene skal lagres aidentifisert i en nøkkel- og en opplysningsfil. De skal deretter anonymiseres eller slettes.

Prosjektet skal sende sluttmelding til REK sør-øst B, se Helseforskningsloven § 12, senest 01.06.2012.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

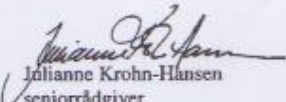
Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jfr. helseforskningsloven § 10, 3 ledd og forvaltningsloven § 28. En eventuell klage sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet, jfr. forvaltningsloven § 29.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Stein Opjordsmoen Iler (sign.)
leder



Julianne Krohn-Hansen
seniorrådgiver

Kopi: Høgskolen i Oslo, avd. for sykepleierutdanning, v/ øverste ledelse; postmottak@hio.no

KOPI KOPI KOPI

Vedlegg 2 – Internkontroll og forankring av forskningsansvar

MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNING**INTERNKONTROLL OG FORANKRING AV FORSKNINGANSVAR (OBLIGATORISK)**

Til: Sofia E. Olsen

Kopi: Bjørg Christiansen

Fra: Stab forskning, innovasjon og utdanning

Dato: 25. januar 2011

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Internregistrering [REDACTED] vedr. forskningsprosjekt

Saksnummer ePhorte: [REDACTED]

Forskningsprosjektet:**”Hvilken betydning har legevisitten for pasienter, sykepleiere og leger?”**

Viser til innsendt søknad om igangsetting av forskningsprosjekt ved [REDACTED]. Det følgende er den formelle interne forankringen av søknaden.

- Stab forskning, innovasjon og utdanning sikrer internkontrollen og ivaretar nødvendig forankring av foretakets forskningsansvar.

Oppfylging av følgende forutsetninger ligger til grunn for den interne forankringen av studien:

Seksjon for personvern og informasjonssikkerhet har vurdert studien og har følgende forutsetninger til den planlagte databehandlingen av personopplysninger/helseopplysninger:

1. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
2. Vedlagte samtykke benyttes. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget, inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
3. Data lagres aidentifisert på forskningsserver på [REDACTED]. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor på sykehuset.
5. Det må utarbeides en databehandleravtale med Høgskolen i Oslo, dersom data skal lagres der.
6. Data slettes eller anonymiseres senest ved utgangen av 2011, slik som oppgitt i meldeskjema,

- ved at krysslisten slettes og eventuelle andre identifikasjonsmuligheter i databasen fjernes.
7. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Seksjon for biobank og registerstøtte har vurdert studien til ikke å være relevant i forhold til opprettelse av forskningsbiobank.

Enhet for klinisk forskningsstøtte/GCP har vurdert studien til ikke å være klinisk utprøving av legemidler til mennesker.

Studien må vurderes og godkjennes av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), og eventuelle merknader må følges. Denne søknaden sendes inn via SPREK-portalen til REK. Det må være samsvar mellom navn på søker/prosjektleder i den interne forankringen og i den eksterne søknaden til REK. REKs godkjenning sendes i retur til: [sentral.godkjenning@\[REDACTED\].no](mailto:sentral.godkjenning@[REDACTED].no)

Ved samarbeid med ekstern forskningsinstitusjon, må Seksjon for forskningsadministrasjon kontaktes, e-post: geir.gogstad@no

Ved inngåelse av kontrakt med ekstern industriell enhet må Inven2 (tidligere Medinnova) kontaktes, e-post: post@inven2.com

Studien er registrert i sykehusets offentlig tilgjengelig database over forsknings- og kvalitetsstudier (ForPro).

Lykke til med studien!

Med vennlig hilsen

Mette B. Stinessen
Seniorrådgiver

Stab forskning, innovasjon og utdanning
[REDACTED]

Vedlegg.

Vedlegg 3 – Semi-strukturert intervjuguide

Hvilken betydning har legevisitten for pasienter, sykepleiere og leger?

SPØRSMÅL TIL PASIENTER:

Bakgrunnsspørsmål: Hva er din alder? For å kunne ta kontakt med deg i etterkant av intervjuet for eventuelle oppklaringer ønsker jeg gjerne ditt telefonnummer.

1. Erfaring av legevisitten

Beskriv en typisk legevisitt – var gjerne detaljert og gi eksempler.

Oppfølgingsspørsmål:

Forbereder du deg for legevisitten? Hva gjør du under legevisitten (står, sitter, spør)? Skriver du notater under legevisitten og i så tilfelle hva noterer du? Hvor lang tid tar legevisitten hos deg og opplever du denne tiden som adekvat? Var det noe under legevisitten som gjorde deg usikker?

2. Forventninger

Hvilke forventninger har du til legevisitten – gi gjerne eksempler.

Oppfølgingsspørsmål:

Hva forventer du av legen under legevisitten? Hva forventer du av sykepleieren under legevisitten? Hva synes du at du selv kan bidra med i legevisitten? Hva var viktig for deg på legevisitten? Er du fornøyd med legevisitten (syns, bra/dårlig, ønsker)?

3. Erfaring av samhandling

Fortell om samtalen mellom deg, sykepleieren og legen i legevisitten – gi gjerne eksempler.

Oppfølgingsspørsmål:

Hva snakker du med legen om? Hva snakker du med sykepleieren om? Hvor mye snakker hver og en av dere? Fikk du tatt opp de temaer du ville snakke om? Hvordan opplevde du den informasjonen som ble gitt? Hvilken innflytelse har du i legevisitten? Hva synes du om samhandlingen med legen (bra, dårlig, ønsker)? Hva synes du om samhandlingen med sykepleieren (bra, dårlig, ønsker)? Hva synes du om din egen delaktighet i legevisitten? Hva synes du om hvordan legen møter deg? Hva synes du om hvordan sykepleieren møter deg? Hvor jevnbyrdige føler du at dere er? Hva synes du om at legevisitten (eventuelt) foregår i nærvær av andre pasienter? Hvilken kontakt har du med legen etter legevisitten? Hvilken kontakt har du med sykepleieren etter legevisitten?

SPØRSMÅL TIL SYKEPLEIERE:

Bakgrunnsspørsmål: Hva er din alder? Når ble du uteksaminert som sykepleier? Hvor lenge har du jobbet på denne avdelingen? For å kunne ta kontakt med deg i etterkant av intervjuet for eventuelle oppklaringer ønsker jeg gjerne ditt telefonnummer.

1. Erfaring av legevisitten

Beskriv en typisk legevisitt – var gjerne detaljert og gi eksempler.

Oppfølgingsspørsmål:

Beskriv hvordan du forbereder deg for legevisitten. Hva gjør du under legevisitten? Hvilke er dine oppgaver? Hvilke oppgaver har du under legevisitten (selvstendige/assisterende?). Skjer det at du snakker med andre enn legen og pasientene? Noterer/dokumenterer/leser du under legevisitten og i så tilfelle hva? Hva har du oppmerksomheten på i legevisitten (lytter, ser med mer)? Hvor lang tid tar legevisitten og hvor adekvat opplever du denne tiden? Hva skjer under legevisitten som påvirker ditt videre arbeid?

2. Forventninger

Hvilke forventninger har du til legevisitten – gi gjerne eksempler.

Oppfølgingsspørsmål:

Hva forventer du av legen under legevisitten? Hva forventer du av pasientene under legevisitten? Hva forventer du av din egen deltakelse i legevisitten (sprik med virkeligheten)? Er du fornøyd med legevisitten (nytte, fordeler, ulemper, ønsker?)

3. Erfaring av samhandling

Fortell om samhandlingen mellom deg, pasientene og legen i legevisitten – gi gjerne eksempler.

Oppfølgingsspørsmål:

Hva snakker du med pasientene om? Hva snakker du med legen om? Hvor mye snakker hver og en av dere? (Hvor mye føler du at du, pasientene og legen bidrar med i samhandlingen?) Hvor jevnbyrdige føler du at dere er? Hvilken innvirkning har det på samhandlingen at legevisitten foregår på flermannsstue/enmannsstue? Har legevisitten noen konsekvenser for din samhandling med legen etterpå og i så tilfelle hvilke konsekvenser? Har legevisitten noen konsekvenser for din samhandling med pasientene etterpå og i så tilfelle hvilke konsekvenser? Er du fornøyd med samhandlingen (syns, bra/dårlig/ønsker)?

SPØRSMÅL TIL LEGER:

Bakgrunnsspørsmål: Hva er din alder? Hvilket år ble du uteksaminert som lege? Hvor lenge har du jobbet på denne avdelingen? For å kunne ta kontakt med deg i etterkant av intervjuet for eventuelle oppklaringer ønsker jeg gjerne ditt telefonnummer.

1. Erfaring av legevisitten

Beskriv en typisk legevisitt – var gjerne detaljert og gi eksempler.

Oppfølgingsspørsmål:

Beskriv hvordan du forbereder deg for legevisitten. Hva gjør du under legevisitten? Hvilke er dine oppgaver? Har du kontakt med andre enn pasienter og sykepleiere under legevisitten? Noterer/dokumenterer/leser du under legevisitten? Hvor lang tid tar legevisitten og hvor adekvat opplever du denne tiden? Hva skjer under legevisitten som påvirker ditt videre arbeid?

2. Forventninger

Hvilke forventninger har du til legevisitten – gi gjerne eksempler.

Oppfølgingsspørsmål:

Hva forventer du av sykepleieren under legevisitten? Hva forventer du av pasientene under legevisitten? Hva forventer du av din egen deltakelse i legevisitten? Er du fornøyd med legevisitten (syns, nytte, fordeler, ulemper, ønsker)?

3. Erfaring av samhandling

Fortell om samhandlingen mellom deg, pasientene og sykepleieren i legevisitten – gi gjerne eksempler.

Oppfølgingsspørsmål:

Hva snakker du med pasientene om? Hva snakker du med sykepleieren om? Hvor mye snakker hver og en av dere? (Hva syns du om samhandlingen? Hva fungerer bra? Hva fungerer mindre bra)? Hvilken innvirkning har det på samhandlingen at legevisitten foregår på flermannsstue/enmannsstue? Hvor jevnbyrdige føler du at dere er? Har legevisitten noen konsekvenser for din samhandling med sykepleieren etterpå og i så tilfelle hvilke? Har legevisitten noen konsekvenser for din samhandling med pasientene etterpå og i så tilfelle hvilke? Er du fornøyd med samhandlingen (syns, bra/dårlig, ønsker)?

Vedlegg 4 – Informasjon/Samtykkeskriv

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Hvilken betydning har legevisitten for pasienter, sykepleiere og leger?”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie som vil bidra til økt kunnskap om legevisittens betydning for pasienter, sykepleiere og leger. Du forespørres om deltakelse i denne studien fordi av at du er pasient/sykepleier/lege på denne medisinske avdelingen og oppfyller inklusjonskriteriene. Studien er et mastergradsprosjekt i Klinisk sykepleievitenskap på Høgskolen i Oslo.

Hva innebærer studien?

Det vil bli gjennomført et intervju med deg som blir tatt opp på båndspiller. Intervjuet vi gjennomføres på avdelingen og vil vare mellom 30-60 minutter. Intervjueren er en mastergradstudent.

Mulige fordeler og ulemper

Under intervjuet får du muligheten til å si din mening om legevisitten. Du vil ellers ikke ha noen spesielle fordeler av studien. Intervjuet vil ta opp litt av din tid og det blir opprettet et midlertidig navnerregister med kodenøkkel.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Opplysningene blir senest slettet innen år 2012.

I forbindelse med publiseringen av studiens resultater vil din identitet skyddes. Det skal ikke være mulig å gjenkjenne hvem du er.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at det påvirker din øvrige behandling. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte mastergradstudent Sofia E. Olsen, tlf [REDACTED].

Ytterligere informasjon om studien finnes i kapittel A – utdypende forklaring av hva studien innebærer.

Ytterligere informasjon om personvern og forsikring finnes i kapittel B – Personvern, økonomi og forsikring.

Samtykkeerklæring følger etter kapittel B.

Kapittel A- utdypende forklaring av hva studien innebærer

- Bakgrunnsinformasjon om studien

Studien er et mastergradprosjekt i Klinisk sykepleievitenskap på Høgskolen i Oslo. Prosjektleder for studien er førsteamanuensis på Høgskolen i Oslo og har tilstrekkelig helsefaglig og vitenskapelig kompetanse. Studien er vurdert og godkjent av Regional Etisk Komité.

- Tidsskjema – hva skjer og når skjer det?

Intervjuene vil bli gjennomført under november og/eller desember 2010. Studien blir publisert 15. mai 2011 i form av en monografi som blir tilgjengelig på bibliotek. Deretter blir en vitenskapelig artikkel skrevet og sent til et skandinavisk fagtidsskrift. Når studien er avsluttet vil båndspilleropptak av intervjuene, transkriberingstekst og analysenotater bli slettet.

- Forandringer under studiens gang

Hvis det blir forandringer under studiens gang som innebærer avvik fra informasjonen du har fått i dette skrivet vil du bli orientert så raskt som mulig så at du kan vurdere om du fortsatt vil delta i studien.

Kapittel B - Personvern, økonomi og forsikring

Personvern

Opplysninger som registreres om deg er ditt navn, telefonnummer og datamaterialet som kommer frem i intervjuet. Datamaterialet og ditt navn blir oppbevart adskilt og kan kun knyttes sammen gjennom en kodenøkkel. Prosjektleder på Høgskolen i Oslo vil også få tilgang til datamaterialet. Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste ved administrerende direktør er databehandlingsansvarlig.

Utlevering av opplysninger til andre

Hvis du sier ja til å delta i studien, gir du også ditt samtykke til at aidentifiserte opplysninger utleveres til prosjektleder på Høgskolen i Oslo.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om deg og sletting av prøver

Hvis du sier ja til å delta i studien, har du rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg. Du har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom du trekker deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Økonomi

Studien er finansiert gjennom mastergradstudentens egne midler.

Forsikring

Det følger ingen forsikringsordninger med studien da det ikke forventes at skade kan oppstå under intervjuene.

Informasjon om utfallet av studien

Du har rett til å få informasjon om resultatene av studien. Resultatene kan du få tilgang til gjennom å kontakte mastergradstudenten.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 5 – Databehandleravtale

	Databehandleravtale
--	----------------------------

Databehandleravtale mellom Sofia E. Olsen og

1	Kontraktens parter	123
2	Bruksområdet for avtalen	123
3	Varighet og oppsigelse	124
4	Partenes ansvarsområde under personopplysningsloven med forskrifter	124
5	Beskrivelse av formålet med bruken av databehandler	124
6	Spesifisering av aktuelle data	Feil! Bokmerke er ikke definert.
7	Kontaktpersoner	124
8	Krav til informasjonssikkerhet	125
8.1	Krav til teknisk sikkerhet	125
8.2	Krav til tilgangskontroll	126
8.3	Krav til fysisk sikkerhet	126
8.4	Krav om rett til innsyn, inspeksjon og testing	127
9	Taushetsplikt	127
10	Mislighold	128
11	Sanksjoner ved mislighold	128
12	Ansvar for underleverandører	128
13	Overdragelse av rettigheter og plikter	128
14	Rettsvalg og verneting	128
15	Undertegning	128

Der tekst er markert med *italics/skråskrift* eller merket med gult, skal teksten fjernes og erstattes med relevant tekst

Kontraktens parter

Kontrakten inngås mellom Databehandlingsansvarlig [REDACTED] (heretter kalt Databehandlingsansvarlig) og Sofia Elisabeth Olsen (heretter kalt Databehandler).

Formål og virkeområde for avtalen

Formålet med kontrakten er å regulere Databehandlerens bruk og sikring av personopplysninger som er tilgjengeliggjort av Databehandlingsansvarlig. Det skal fremgå klart dersom Databehandleren kan overlate personopplysninger til andre for oppbevaring, bearbeiding eller annen bruk.

Kontrakten er utformet for å nærmere regulere ansvaret mellom Databehandlingsansvarlig og Databehandleren ved databehandlers drift, forvaltning, bruk og tilgang til helse- og personopplysninger.

Tittel på prosjektet: Hvilken betydning har legevisitten for pasienter, sykepleiere og lege

Varighet og oppsigelse

Avtalen trer i kraft 170211..... og har en varighet Kontrakten kan videre sies opp med måneders varsel.

Partenes ansvarsområde under personopplysningsloven med forskrifter

..... er i henhold til Lov om behandling av personopplysninger å anse som databehandlingsansvarlig, jf lovens § 2 nr 4. Den databehandlingsansvarlige har ansvar for å påse at krav, herunder krav til sikkerhet, som stilles i personopplysningsloven med forskrifter er oppfylt. Det innebærer blant annet også at Databehandlingsansvarlig har ansvaret for å påse at kravene er oppfylt i forbindelse med oppbevaring og bruk av personopplysningene hos Databehandleren, jf loven § 15 og forskriften § 2-15.

Databehandleren er å anse som databehandler etter personopplysningsloven § 2 nr 5 og kan kun behandle personopplysninger tilgjengeliggjort av Databehandlingsansvarlig i henhold til denne avtale, jf personopplysningsloven § 15. Eventuell annen bruk av personopplysningene skal i forkant avtales særskilt med Databehandlingsansvarlig.

Databehandleren skal sikre at personopplysninger tilgjengeliggjort av Databehandlingsansvarlig holdes atskilt fra egne og andres opplysninger og tjenester.

Ved avtalens utløp skal Databehandleren påse at alle personopplysninger som er tilgjengeliggjort av Databehandlingsansvarlig makuleres/slettes, slik at opplysningene ikke kan gjenfinnes. I stedet for makulering kan Databehandleren levere tilbake alt utlevert/tilsendt materiale som omfatter personopplysninger tilbake til Databehandlingsansvarlig.

Beskrivelse av formålet med bruken av databehandler

Lagre data fra intervjuere som er transkriberte fra båndopptaker og utføre en kvalitativ analyse av dataene. Dataene og analysen skal inngå i en masteroppgave i Klinisk sykepleievitenskap på Høgskolen i Oslo. De skal også brukes til å skrive en artikkel som forhåpentligvis blir publisert i en nordisk fagtidsskrift.

Intervjuer av pasienter, sykepleiere og leger blir tatt opp på båndopptaker og deretter transkriberte og brukt til analyse. Aktuelle data er aidentifiserte.

Kontaktpersoner

Følgende kontaktpersoner er oppnevnt i forbindelse med denne avtalen:

- hos Databehandlingsansvarlig: <navn, kontaktinformasjon, rolle>,
- hos Databehandleren: Sofia Elisabeth Olsen, sykepleier og prosjektleder <navn, kontaktinformasjon, rolle>,

Krav til informasjonssikkerhet

Begge parter skal til enhver tid tilfredsstillende krav til informasjonssikkerhet i personopplysningsloven § 13 og personopplysningsforskriften kapittel 2. For helseopplysninger må krav til tilgang sikres iht behov gitt i helselovgivningen.

Databehandleren skal sikre at all behandling av personopplysninger som er omfattet av denne avtalen utføres i samsvar med akseptabelt risikonivå definert av Databehandlingsansvarlig. Gjennomført risikovurdering skal fremlegges av databehandler for egen og eventuelle underleverandørers sikkerhet som del av dette.

Det forutsettes at databehandler har definert sikkerhetsmål, -strategi, -organisering og ansvar i samsvar med Personopplysningsloven og –forskriften og at dette følges opp med nødvendig Internkontrollsystem.

Kompromittering eller mistanke om kompromittering av opplysningene, skal umiddelbart rapporteres til sykehusets personvernombud.

Databehandleren skal ha klare rutiner for logging av feil og avvik som er av betydning for Databehandlingsansvarliges informasjonssikkerhet og som er omfattet av denne avtalen. Dersom det avdekkes slike feil eller avvik, skal Databehandleren så snart som mulig, og senest innen 24 timer, varsle Databehandlingsansvarlig om dette. Databehandleren skal i et slikt tilfelle straks igangsette tiltak for å minimere mulig skade for Databehandlingsansvarlig.

Databehandlingsansvarlig kan til enhver tid kreve dokumentasjon hos Databehandleren for å forsikre seg om at Databehandleren overholder alle relevante krav i personopplysningsloven og –forskriften vedrørende informasjonssikkerhet. Databehandlingsansvarlig kan kreve tilgang til Databehandlerens rapporter mv knyttet til periodiske revisjoner av sine prosedyrer og rutiner.

Krav til teknisk sikkerhet

Følgende krav til teknisk sikkerhet forutsettes:

- Tilgang til tjenester og opplysninger i nettverket skal være basert på individuelle brukerkoder og passord.
- Lagring av opplysninger overlevert av databehandlingsansvarlig skal sikres, slik at kun autoriserte medarbeidere har tilgang.
- Tilgang til eksterne nett/Internett og Databehandlerens åpne nettverk, dersom det finnes, skal kun være tilgjengelig via tynnklient eller tilsvarende, slik at det ikke er mulig å flytte

de utleverte opplysninger fra sikret område til eksterne nett eller interne nett med lavere sikkerhetsfunksjonalitet, ref Datatilsynets referansemodell for behandling av sensitive personopplysninger.

- Sikkerhet skal ivaretas ved fjerndrift. Dette innebærer benyttelse av bærbar PC tilhørende Leverandøren, kryptert VPN forbindelse og sperring mot samtidig tilgang til Internett. DriftsPC skal ikke brukes av venner, familie eller andre ikke autoriserte personer.
- 2-nivå autentisering skal benyttes om tilgang skjer via usikre nettverk
- Kommunikasjon skal sikres med kryptering dersom den går over uskire nettverk og det sendes sensitive personopplysninger.

Krav til tilgangskontroll

Databehandleren har ansvar for at personell (hos Databehandleren eller underleverandører som denne benytter) med elektronisk tilgang til Systemet, alltid skal ha underskrevet taushetserklæring før tilgang gis. Taushetsplikten gjelder også etter at oppdraget er avsluttet og inntil Databehandlingsansvarlig eventuelt skriftlig opphever taushetsplikten for vedkommende.

Databehandleren skal ha rutiner for tilgangsautorisasjon og -styring som sikrer at bare de av Databehandlerens medarbeidere som har reelt behov til tilgang til Systemet og informasjonen for å gjennomføre leveransen/tjenesten, har tilgang. Tilgangsnivå skal være i henhold til reelt behov knyttet til å gjennomføre leveransen.

Databehandler skal til enhver tid ha oversikt over eget personell som er autorisert for tilgang til Databehandlingsansvarliges informasjon og tjenester. På forespørsel skal slik oversikt forelegges Databehandlingsansvarlig.

Dersom Databehandlingsansvarlig har innvendinger mot at en gitt person har fysisk og/eller elektronisk adgang til Systemet, skal autorisasjon for dette inndras.

Det skal benyttes personlige brukerkonti for all tilgang knyttet til gjennomføring av leveransen.

Dersom Databehandleren benytter bærbare klient maskiner til drift, skal Databehandleren ha rutiner som sikrer at disse bare benyttes av driftspersonell og til driftsrelaterte oppgaver.

Dersom tredjepart eller underleverandør i forbindelse med support eller tilsvarende skal ha tilgang til systemet, skal det benyttes midlertidige passord eller tilsvarende. Dette skal endres/sperres umiddelbart når behovet for tilgang opphører.

Krav til fysisk sikkerhet

Det skal benyttes adgangskontroll med bruk av adgangskort med personlig kode eller tilsvarende. Adgangskontroll til begrensede områder (feks drift og serverrom) skal være basert på faktiske behov. Personell som ikke er autoriserte, skal følges. Adgangskontroll med låste dører gjelder for følgende typer lokaler: datahall/serverrom, IT lokaler (drift/support), lokaler med IT relatert utstyr (koblingsmatriser, svitsjer/rutere), osv.

Krav om rett til innsyn, inspeksjon og testing

Databehandlingsansvarlig skal ha rett til innsyn i og verifikasjon av hvordan løsningen er sikret. Med innsyn menes dokumentasjon, intervjuer, møte, tester, sikkerhetsovervåking av nettverkstrafikk og aktivitet på server samt eventuelle andre former for verifikasjon som kan være hensiktsmessig. Databehandleren aksepterer at innsyn kan gjennomføres av Databehandlingsansvarlig eller den Tredjepart Databehandlingsansvarlig måtte velge til gjennomføring. Retten til innsyn gjelder alle tekniske, organisatoriske og administrative forhold som er relevante for sikkerheten i tjenesten som leveres Databehandlingsansvarlig.

Databehandleren forplikter seg på to ukes varsel å utlevere eller på annen måte sørge for mulighet for innsyn i sikkerhetsmessig dokumentasjon relevant for Databehandlingsansvarlig.

Dersom Databehandlingsansvarlig gjør bruk av retten til innsyn og avvik i sikring av Systemet oppdages, skal Databehandleren uten ugrunnet opphold korrigere avvik. Databehandleren skal skriftlig redegjøre for korrektive tiltak og plan for gjennomføring. Databehandleren skal som en del av kontrakten vederlagsfritt bidra med relevant personell og nødvendig omfang av innsats ved oppfølging og rettelser av avvik relatert til sikkerhet i Systemet. Dette gjelder når avvik og eventuelle behov for rettelser skyldes handlinger eller mangel på slike hos Databehandleren eller underleverandører denne måtte benytte.

Taushetsplikt

Partene skal bevare taushet om alle konfidensielle opplysninger, noens personlige forhold, sikkerhetsmessige og forretningsmessige forhold, opplysninger som kan skade en av partene eller som kan utnyttes av utenforstående i næringsvirksomhet.

Taushetsplikten gjelder partenes ansatte og andre som handler på partenes vegne i forbindelse med gjennomføringen av kontrakten. Alle ansatte skal ha undertegnet taushetserklæring (Taushetserklæringene skal gi tilsvarende dekning som Databehandlingsansvarliges egne taushetserklæringer.). Kopi av taushetserklæring skal fremlegges på forespørsel og eventuelt korrigeres ved behov.

Partene plikter å ta de forholdsregler som er nødvendig for å sikre at materiale eller opplysninger ikke blir gjort kjent for andre i strid med dette punktet.

Punktet gjelder også etter at kontrakten er opphørt. Ansatte og andre som fratrer sin tjeneste hos en av Databehandlerne skal pålegges taushet også etter fratredelse om forhold som nevnt over.

Mislighold

Mislighold foreligger dersom en av partene ikke oppfyller sine plikter etter denne avtalen og dette ikke skyldes forhold som den andre parten har ansvaret for eller risikoen for.

Dersom en av partene ønsker å påberope seg mislighold, skal dette meddeles den andre parten skriftlig uten ugrunnet opphold.

Sanksjoner ved mislighold

Ved mislighold kan den krenkede part holde tilbake sin motytelse, men ikke åpenbart mer enn det som synes påkrevd for å avhjelpe virkningene av misligholdet, og bare inntil forholdet er brakt i overensstemmelse med avtalen.

Hvis det foreligger vesentlig mislighold, kan den andre parten – etter å ha gitt skriftlig varsel og rimelig frist til å bringe forholdet i orden – heve hele eller deler av avtalen med øyeblikkelig virkning og kreve erstatning for eventuelle tap dette har medført.

Ansvar for underleverandører

Dersom en av partene engasjerer utenforstående (underleverandører) til å utføre ytelser som følger av denne avtalen, er parten fullt ansvarlig for utførelsen av disse ytelsene på samme måte som om han selv stod for utførelsen. Databehandleren skal sørge for at underleverandører undertegner og forplikter seg til å følge Databehandlingsansvarliges databehandleravtale.

Overdragelse av rettigheter og plikter

Databehandlingsansvarlig kan helt eller delvis overdra sine rettigheter og plikter etter avtalen til en annen norsk statlig virksomhet, som da er berettiget til tilsvarende vilkår.

Databehandleren kan kreve å få dekket eventuelle merutgifter som er forbundet med overdragelsen.

Databehandleren kan overdra sine rettigheter og plikter etter avtalen med skriftlig samtykke fra Databehandlingsansvarlig. Slikt samtykke kan ikke nektes uten saklig grunn. Rett til vederlag etter avtalen kan fritt overdras, men overføring fritar ikke Databehandleren for hans plikter og ansvar.

Rettsvalg og verneting

Partenes rettigheter og plikter etter denne avtalen bestemmes i sin helhet av norsk rett.

Eventuelle tvister som springer ut av denne avtalen skal behandles ved de ordinære domstoler. ■■■■ tingrett vedtas som verneting.

Undertegning

Denne avtale er undertegnet i 2- to- eksemplarer, hvorav hver part beholder 1- ett- eksemplar.

█, den .170211.....

.....

Databehandlingsansvarlig (signatur)

(med trykte bokstaver)

Stilling:.....

Navn:

Sofia E. Olsen.....

Databehandleren (signatur)

(med trykte bokstaver)

Stilling: sykepleier og prosjektleder
.....

Navn: Sofia Elisabeth
Olsen.....