



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Erfaringer med tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter

Lone Olsen Dyrkoren og Ellen Haug

Masteroppgave i sykepleie, studieretning intensivsykepleie. SYP 3902.

4. juni 2020.

Antall ord: 16 344

Forord

Vi har jobbet med dette prosjektet i ett år nå. Det har vært en tid med både oppturer og nedturer, men i dag sitter vi igjen med masse ny kunnskap som vi kan ta med oss i jobben som intensivsykepleiere. Vi kan ikke la være å nevne koronapandemien som en utfordring for oss og vår studie, da den har betydd mer jobb ved siden av studiet. Med mye vilje, stahet og engasjement har vi endelig kommet i mål. Etter å ha jobbet med masterstudiet ved siden av arbeidet med intensivpasienter, merker vi en økt bevissthet rundt temaet ernæring. Hos alle pasienter vi har arbeidet med, har vi hatt tidlig oppstart av enteral ernæring i tankene. Det hadde vi ikke i like stor grad før vi startet med studiet.

Først ønsker vi å takke informantene som har stilt opp til fokusgruppeintervju. Alle har kommet med mange kunnskapsrike innspill og diskusjoner, og vi er takknemlige for at dere ønsket å bruke deres tid på oss. Vi ønsker også å takke kontaktpersonen ved det aktuelle sykehuset for å ha hjulpet oss med rekruttering av informanter og tilrettelegging av intervjuene.

En takk til våre kollegaer som frivillig stilte opp til prøveintervjuet, til korrekturlesere av oppgave og våre arbeidsgivere for tilretteleggingen de har gjort for oss i løpet av denne perioden. Alle har vært til stor hjelp for oss, og vi er evige takknemlige for det.

Vi vil takke våre familier: mann, barn, søsken og foreldre for å ha holdt ut med oss i denne krevende perioden, vi vet det ikke har vært lett. Nå kommer en mindre stressende tid.

Til slutt må vi rette en stor takk til vår veileder, Monica Kvande - Førsteamanuensis i intensivsykepleie, som har strekt seg langt for å hjelpe oss å fullføre masterprosjektet. Vi hadde ikke klart å gjennomføre dette uten din kunnskap, veiledning og støtte.

Tromsø, 2.juni 2020

Lone Olsen Dyrkoren og Ellen Haug

Sammendrag

Introduksjon: Hos intensivpasienter med akutt og kritisk sykdom kan riktig ernæring ha betydning for sykdomsforløpet. Hensikten med studien er å belyse intensivsykepleierenes erfaringer med tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienten. Målet med studien er å få økt kunnskap om hvordan intensivsykepleierne ivaretar intensivpasienter i forhold til enteral ernæring og få økt forståelse av ernæringspraksis ved et norsk sykehus.

Metode: Studien har et kvalitativt design med en hermeneutisk tilnærming. Åtte intensivsykepleiere ved en intensivavdeling ble intervjuet i to fokusgruppeintervju. De ble stilt spørsmål om deres erfaring med tidlig oppstart av enteral ernæring til voksne intensivpasienter. Intervjuene ble transkribert, så analysert med systematisk tekstkondensering.

Resultater: Vi identifiserte fem hovedkategorier gjennom analysen: «intensivsykepleierens ansvar og utfordringer», «å arbeide kunnskapsbasert», «bruk av ernæringsprotokoll», «pasientens tilstand» og «intuberte pasienter og ikke-intuberte pasienter».

Diskusjon: Intensivsykepleieren opplever mye ansvar ved tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasientene. Tverrfaglig samarbeid er viktig og kan være til hjelp i den helhetlige behandlingen av pasienten. Enteral ernæring kan oppleves som mindre interessant behandling og kan bli nedprioritert. Bruk av ernæringsprotokoll gjør det lettere for intensivsykepleiere å starte opp enteral ernæring, men ernæringsprotokollen bør være tydelig. Pasientens tilstand kan ha mye å si for tilførselen av enteral ernæring, men intensivsykepleieren opplever at uklare retningslinjer fører til usikkerhet hos både intensivsykepleieren og intensivlegen. Å fokusere på enteral ernæring, og kunnskap om enteral ernæring til alle intensivpasienter er viktig. Administrasjon av enteral ernæring oppleves lettere til intuberte pasienter enn til ikke intuberte pasienter.

Abstract

Introduction: Proper nutrition can play a crucial part in the course of illness in intensive care patients who experience acute and critical illness. The purpose of this study is to demonstrate intensive care nurses' experiences with early initiation of enteral nutrition for patients in intensive care. The aim of this study is to gain more knowledge on how intensive care nurses manage their patients in relation to enteral nutrition, and to better understand how nutrition management is practiced in a Norwegian hospital.

Method: This study has a qualitative design with a hermeneutic approach. Eight intensive care nurses in an intensive care unit were interviewed in two focus group interviews. They were asked questions about their experiences with early initiation of enteral nutrition for adult intensive care patients. The interviews were transcribed, then analysed with systematic text condensation.

Results: We identified five different main categories through the analysis: «intensive care nurses' responsibilities and challenges», «knowledge based practice», «the use of a feeding protocol», «the patient's condition» and «intubated patients and non-intubated patients».

Discussion: The intensive care nurse experiences a lot of responsibility in early initiation of enteral nutrition for intensive care patients. Multidisciplinary collaboration is important and can be helpful in the overall treatment of the patient. Enteral nutrition can be perceived as a less interesting treatment and be less prioritised. The use of a nutrition protocol makes it easier for intensive care nurses to initiate enteral nutrition, but the nutrition protocol needs to be clear. The patient's condition plays an important part in the administering of enteral nutrition, but the intensive care nurse experiences how unclear guidelines make both the intensive care nurse and intensive care doctors uncertain. Focusing on enteral nutrition, and knowledge regarding enteral nutrition for all intensive care patients is important. To administer enteral nutrition in intubated patients is considered easier than in non-intubated patients.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn	2
1.2	Hensikt og problemstilling	3
1.3	Tidligere forskning på feltet	3
	Enteral ernæring	3
	Kunnskap om ernæring	4
	Barrierer ved enteral ernæring.....	5
	Ernæringsprotokoller.....	5
2	Teoretisk tilnærming	6
2.1	Klinisk vurdering i sykepleie.....	6
2.2	Kompetansestigen.....	8
3	Design og metode.....	9
3.1	Vitenskapsteoretisk forankring.....	9
3.2	Metode – Fokusgruppeintervju.....	9
3.3	Utvalg og rekruttering	10
	3.3.1 Utvalg	10
	3.3.2 Rekruttering av informanter	11
3.4	Forberedelse og gjennomføring.....	11
	3.4.1 Forberedelser før fokusgruppeintervjuene: Utvikling av intervjuguide og pilotintervju	11
	3.4.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene	12
	Fokusgruppeintervju 1.....	13
	Fokusgruppeintervju 2.....	14
3.5	Bearbeiding og analyse av data	14
	3.5.1 Transkribering	14
	3.5.2 Analyse av materialet	15

3.6	Forskningsetiske overveielser.....	18
3.7	Begrensninger med studien	19
4	Presentasjon av funn.....	20
4.1	Intensivsykepleierens ansvar og utfordringer.....	20
4.2	Å arbeide kunnskapsbasert	23
4.3	Bruk av ernæringsprotokoll.....	24
4.4	Pasientens tilstand.....	25
4.5	Intuberte pasienter og ikke-intuberte pasienter	27
5	Diskusjon.....	28
5.1	Intensivsykepleierens ansvar og utfordringer.....	28
5.2	Å arbeide kunnskapsbasert	32
5.3	Bruk av ernæringsprotokoll.....	34
5.4	Pasientens tilstand.....	37
5.5	Intuberte pasienter og ikke-intuberte pasienter	39
5.6	Implikasjoner for praksis	41
6	Avslutning	42
	Referanseliste	43
	Vedlegg 1 – Søknad til forskningsfelt.....	46
	Vedlegg 2 – Informasjonsskriv/samtykkeskjema	48
	Vedlegg 3 - Intervjuguide	51
	Vedlegg 4 – Manus til intervju.....	53
	Vedlegg 5 – Godkjenning NSD	54
	Vedlegg 6 – NSD, endring av sluttdato.....	57
	Vedlegg 7 – Godkjenning fra personvernombudet	58

1 Introduksjon

Denne studien undersøker intensivsykepleierens erfaringer med tidlig oppstart av enteral ernæring til voksne intensivpasienter. En intensivpasient har akutt og kritisk svikt i ett eller flere organer, hvor svikten går helt eller delvis tilbake (Klepstad, 2010). På grunn av kritisk sykdom er intensivpasienten ofte i en katabol fase, hvor energilagrene og muskulaturen brytes ned og forbruket av næringsstoffer er høyt. Oppstart av riktig ernæring er derfor viktig, og kan ha betydning for sykdomsforløpet til intensivpasientene (Hagve, Gjessing, Ytrebø & Irtun, 2020). Dersom intensivpasienter ikke klarer å spise kan det være nødvendig å tilføre ernæring ved hjelp av sonde eller intravenøst. Helsedirektoratet (2013) har definert underernæring slik: «[...] en ernærings situasjon der mangel på energi, protein og/eller andre næringsstoffer forårsaker en målbar ugunstig effekt på kroppssammensetning og – funksjon, samt klinisk resultat.» (Helsedirektoratet, 2013, s. 14). Ansvar for å administrere og sikre riktig ernæring til pasienten ligger ofte hos intensivsykepleieren, mens det er ansvarlig lege som skal ordinere ernæring til pasienten (Stubberud, 2015a). I Norge er Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring utarbeidet av Helsedirektoratet som en veileder for å yte en faglig forsvarlig helsetjeneste av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2013). Helsepersonell er pålagt å yte faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp gjennom Helsepersonelloven §4 (Helsepersonelloven, 2019). Innenfor forsvarlighetskravet ligger det at hjelpen skal tilpasses individuelt til pasientene og deres tilstand. Pasientens ernæringsbehov vil dermed komme inn under forsvarlighetskravet og det å yte god omsorg (Helsedirektoratet, 2013). Ifølge Helsedirektoratet (2013) har alle pasienter krav på å få ivaretatt sine grunnleggende behov, og ivaretagelse av ernæringsstatus er et grunnleggende behov. Pasientene har i tillegg krav på å få ernæringsbehandlingen individuelt tilpasset.

Ifølge retningslinjer fra European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) anbefales tidlig oppstart av ernæring innen 48 timer hos kritisk syke pasienter dersom de er stabile og har forventet liggetid over to døgn. Retningslinjene anbefaler tidlig enteral ernæring fremfor forsinket oppstart av enteral ernæring, og tidlig enteral ernæring fremfor tidlig parenteral ernæring (Singer et al., 2019). Ifølge Seres (2019) er det kontraindikasjoner for tidlig oppstart av enteral ernæring. Hos sirkulatorisk ustabile pasienter og pasienter som ikke har fått tilført nok væskevolum intravasalt anbefales det å avvente oppstart av enteral ernæring, da disse pasientene har økt risiko for tarmiskemi. Andre kontraindikasjoner er tarmobstruksjoner, alvorlig og langvarig ileus, store øvre gastrointestinal blødninger, alvorlig oppkast og diare, og fistler i øvre mage-tarm system (Seres, 2019).

1.1 Bakgrunn

Etter å ha arbeidet med våkne ikke-intuberte intensivpasienter har vi erfart at pasientene ofte ikke er i stand til å innta tilstrekkelig ernæring selv. Dette kan føre til at pasientene ikke får dekket sitt daglige energibehov. Vi har i noen tilfeller erfart at det sent i forløpet vurderes oppstart av enteral ernæring til pasientene, og at mengden ordinert ernæring ikke blir administrert. Vi opplever at det i noen tilfeller blir administrert parenteral ernæring der det ikke er kontraindikasjoner for enteral ernæring.

En australsk studie av Bloomer, Clarke og Morphet (2017) undersøkte hvordan sykepleiere på en intensivavdeling prioriterte enteral ernæring i arbeidet med intensivpasienter. Sykepleierne mente at tidlig oppstart av enteral ernæring var viktig for intensivpasientene, men at det ofte ble nedprioritert. Studien avdekket ulike barrierer som forsinket enteral ernæring: unødvendig eller langvarig fasting før prosedyrer, bekreftelse av korrekt sondeplassing, protokoller som ikke ble fulgt og manglende ordinasjoner fra lege. Annen behandling ble prioritert over ernæring og prioriteringen var ofte avhengig av sykepleieren. Forskerne konkluderte med at nedprioritering av enteral ernæring til fordel for annen behandling og pleie er en barriere for tilførsel av enteral ernæring til intensivpasienter (Bloomer et al., 2017). Lignende funn ble gjort i en litteraturstudie av Kim, Stotts, Froelicher, Engler og Porter (2012), der mange av de samme barrierene som førte til ufullstendig tilførsel av enteral ernæring ble identifisert. I gjennomsnitt fikk pasientene dekket 50-95 % av energibehovet sitt (Kim et al., 2012).

I en amerikansk studie ble det i en medisinsk intensivavdeling undersøkt og sammenlignet daglig inntak av enteral ernæring med ordinert ernæring (Elpern, Stutz, Peterson, Gurka & Skipper, 2004). I tillegg ble hyppighet og årsaker til avbrytelser i tilførselen av enteral ernæring undersøkt. Studiet viste at pasientene i gjennomsnitt fikk dekket 64 % av energibehovet sitt. Prosedyrer, administrering av medikamenter, leiendring, mye aspirat og antatt risiko for aspirasjon førte til at ernæringen ble stoppet opp til 5,23 timer per pasient, per dag. Hyppige avbrytelser økte risikoen for underernæring hos pasientene (Elpern et al., 2004).

Ifølge Polit og Beck (2017) forventes det at sykepleiere utfører forskning og holder seg oppdatert, samt at de baserer avgjørelsene sine på nyere forskning. Dette kalles kunnskapsbasert praksis. Kunnskapen som kommer fra sykepleieforskning bidrar til å utvikle sykepleiepraksis (Polit & Beck, 2017). Dersom ernæringspraksis skal bedres er det nødvendig å utføre forskning på temaet. Ifølge funksjons – og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier

(Norsk sykepleierforbund, 2017) skal intensivsykepleiere arbeide kunnskapsbasert, og de har en helsefremmede, forebyggende, behandlende og rehabiliterende funksjon. Teori og forskning viser til viktigheten med tidlig enteral ernæring til intensivpasientene og intensivsykepleierne har et ansvar for å være faglig oppdatert i forhold til tema. Oppstart av enteral ernæring kommer inn under intensivsykepleierens funksjons – og ansvarsbeskrivelse.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å belyse intensivsykepleierens erfaringer med tidlig oppstart av enteral ernæring. Å få innsikt i intensivsykepleierens kunnskaper og holdninger til enteral ernæring kan gi økt kunnskap om ivaretagelse av intensivpasientenes ernæringsstatus. I tillegg kan vi få økt forståelse av ernæringspraksis i intensivavdelingen. Denne kunnskapen kan bidra til å forbedre ernæringspraksis til intensivpasienter.

På bakgrunn av våre erfaringer med oppstart av enteral ernæring, teori og tidligere forskning, har vi valgt følgende problemstillingen for studien:

«Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med tidlig oppstart av enteral ernæring til voksne intensivpasienter?»

1.3 Tidligere forskning på feltet

Gjennom litteratursøk har vi funnet forskning som omhandler enteral ernæring til intensivpasienter. Studiene omhandler fordeler ved å starte enteral ernæring, barrierer for oppstart av enteral ernæring, intensivsykepleieres kunnskaper om enteral ernæring og ernæringsprotokoller. Ernæringsprotokoll er et verktøy for oppstart og administrering av enteral ernæring i forhold til pasientens tilstand, for å sikre at pasienten får tilstrekkelig og riktig ernæring (Stubberud, 2015a).

Enteral ernæring

En systematisk Cochrane review har sammenlignet effekten av enteral ernæring med parenteral ernæring (Lewis, Schofield-Robinson, Alderson & Smith, 2018). I tillegg ble effekten av enteral ernæring alene sammenlignet med effekten av kombinert enteral og parenteral ernæring i intensivavdelingen. Det ble sett på mortalitet hos intensivpasientene innen 30, 90 og 180 døgn. Det var ikke noen vesentlig forskjell på mortalitet ved sammenligning av enteral mot parenteral ernæring, men det var usikkert om enteral eller parenteral ernæring hadde noe å si på mortaliteten innen 180 dager. Det var ikke noen

signifikant forskjell på aspirasjonsfare eller pneumoni ved enteral eller parenteral ernæring, men enteral ernæring reduserte muligens forekomsten av sepsis. Enteral ernæring alene sammenlignet med en kombinasjon av enteral og parenteral ernæring viste heller ikke noen forskjell på mortalitet, og det var usikkerhet i om kombinasjonen av enteral og parenteral ernæring førte til lavere mortalitet ved 180 dager. Ved kombinerende av enteral og parenteral ernæring fant man færre dødsfall etter 30 liggedøgn i noen få av studiene (Lewis et al., 2018).

Noen av disse funnene samsvarer med en annen systematisk review av Elke et al. (2016). De fant heller ingen forskjell i mortalitet ved bruk av enteral – eller parenteral ernæring. Studien viste en signifikant reduksjon i infeksjøs komplikasjoner og reduksjon i lengde på intensivopphold ved bruk av enteral ernæring fremfor parenteral ernæring (Elke et al., 2016).

En meta-analyse av Tian, Heighes, Allingstrup og Doig (2018) så på resultatene fra randomiserte kontrollerte studier som sammenlignet tidlig oppstart av enteral ernæring med andre former for ernæringstilførsel. Meta-analysen undersøkte om tidlig oppstart av enteral ernæring kunne påvirke pasientutkommet på intensivavdelinger. Funnene var lik overnevnte funn fra både Lewis et al. (2018) og Elke et al. (2016). Hovedfunnene fra studien viste ikke forskjell i mortalitet ved administrasjon av ulike typer ernæring, men bifunn kunne tyde på reduksjon i mortalitet og komplikasjoner som pneumoni ved tidlig oppstart av enteral ernæring i forhold til ikke-tidlig oppstart av ernæring. Studien viste ingen betydelig fordel for intensivpasientene ved bruk av enteral ernæring fremfor parenteral ernæring (Tian et al., 2018).

Kunnskap om ernæring

En australsk studie av Morphet, Clarke og Bloomer (2016) undersøkte intensivsykepleieres selvrapperte kunnskap om enteral ernæring ved bruk av spørreskjema. Hovedfunn fra studien var at intensivsykepleierne oppga deres kunnskap om enteral ernæring som «god» eller «ekstremt god», men de oppga også kunnskapsmangler om temaet. De hadde ingen eller lite undervisning om enteral ernæring, og hovedkilden for kunnskap om temaet var fra kollegaer eller ernæringsfysiologer. Intensivsykepleierne oppga at de ikke fulgte ernæringsprotokoller rutinemessig (Morphet et al., 2016).

Lignende funn kom frem i en studie utført i Skandinavia av Mowe et al. (2008). Studien undersøkte selvrappert kunnskap til leger og sykepleiere om ernæringspraksis, med fokus på ESPEN's guidelines. Studien konkluderte med at kunnskaper om ernæringscreening,

oppstart og tilførsel av ernæring til intensivpasienter var mangelfull blant skandinaviske sykepleiere og leger. Studien fant at manglende kunnskap var en barriere for god ernæringspraksis, og påpekte at ernæringskunnskap burde styrkes i utdannelsen av leger og sykepleiere (Mowe et al., 2008).

I en svensk studie ble det ved hjelp av spørreskjema, undersøkt intensivsykepleiernes oppfatning av ansvar, kunnskap, dokumentasjon og sykepleiepraksis rundt enteral ernæring (Persenius, Larsson & Hall-Lord, 2006). Studien avdekket avvik mellom anbefalt sykepleiepraksis og hvordan enteral ernæring ble praktisert av sykepleierne. Resultatene viste at intensivsykepleierne fikk sin kunnskap fra andre kollegaer, selv om mange visste at det fantes retningslinjer for ernæring. De hadde ikke tilfredsstillende kunnskaper om enteral ernæring og de hadde manglende fokus på dokumentasjon. Studien konkluderte med at kunnskap og fokus på ansvar, i kombinasjon med en systematisk dokumentasjon av enteral ernæring, kan være med på å optimalisere ernæringstilførselen til intensivpasienter (Persenius et al., 2006).

Barrierer ved enteral ernæring

En studie fra Nord-Amerika av Cahill, Murch, Cook og Heyland (2012) undersøkte ulike barrierer for enteral ernæringstilførsel. Spørreskjema ble besvart av sykepleiere, og resultatene viste at andre prioriteringer rundt pasientens behandling var den største barrieren. Andre barrierer var manglende ernæringsutstyr på avdelingene, for høyt ventrikkelinhold, og mangel på klinisk ernæringsfysiologer på kveldstid og helger (Cahill et al., 2012).

En amerikansk studie fra 2015 undersøkte ulike barrierer for å oppnå og overholde over 90 % av ordinert kaloribehov ved administrering av enteral ernæring (Kozeniecki, McAndrew & Patel, 2015). Studien avdekket at de hyppigste barrierene forekom i forbindelse med oppstart og vedlikehold av enteral ernæring. Flest opphold forekom de første 1-2 døgn etter innleggelse i intensivavdelingen. De fem hyppigste årsakene til forhindret kalorimål var ekstubering, fasting før prosedyrer, seponering av sonde, aspiratmengde opp mot 500 ml og røntgenundersøkelser (Kozeniecki et al., 2015).

Ernæringsprotokoller

I en tysk studie fra 2014 fikk sykepleiere opplæring og ansvar for oppstart av enteral ernæring basert på en eksisterende ernæringsprotokoll. Hensikten var å undersøke om det kunne føre til tidligere oppstart av enteral ernæring. Resultatene viste signifikant økning i tidlig oppstart av

enteral ernæring og pasientene ble fullernært i større grad enn før intervensjonen (Friesecke, Schwabe, Stecher & Abel, 2014).

I en randomisert kontrollert studie fra 2006 utført i Norge, ble det undersøkt om innføring av ernæringsprotokoll kunne bedre ernæringstilførsel til intensivpasienter. Studien viste at pasientene i intervensjonsgruppen fikk betydelig mer enteral ernæring tilført enn kontrollgruppen (Wøien & Bjørk, 2006). For å se om det var forskjell mellom ordinert - og administrert ernæring og om pasientene fikk dekket sitt daglige ernæringsbehov, ble det i 2007 og 2008 utført en retrospektiv – og en prospektiv kartlegging av ernæringsdata i samme avdeling. Forskerne konkluderte med at god ernæringspraksis og bevissthet på enteral ernæring førte til at 94 % av intensivpasientene nådde målet på 25 kcal/kg/døgn. Det ble i tillegg mindre forskjell mellom ordinert og administrert ernæring (Wøien & Akselsen, 2009).

En tredje studie viste lignende funn. Petosic, Tøien og Tvedt (2015) hadde som formål å undersøke om implementering av retningslinjer for ernæring til intensivpasienten bedret næringstilførsel og inntak hos intensivpasienten, og om bruk av retningslinjer førte til tidligere oppstart av enteral ernæring fremfor parenteral ernæring. Etter utført intervensjon viste studien en signifikant økning i tidlig oppstart av enteral ernæring og næringsinntaket til intensivpasientene var bedret. I tillegg var andelen intensivpasienter som fikk parenteral ernæring redusert fra 90 % til 55 % i de to gruppene (Petosic et al., 2015). Lignende funn kom frem av studien til Wikjord, Dahl og Søvik (2017), hvor implementering av protokoller førte til at pasientene fikk dekket sitt kaloribehov i henhold til anbefalte retningslinjer. Det førte til tidligere oppstart av enteral ernæring og reduksjon i administreringen av parenteral ernæring.

2 Teoretisk tilnærming

I dette kapitlet presenteres relevant teori. Som teoretisk tilnærming har vi valgt å bruke Tanner (2006) sin modell for klinisk vurdering i sykepleie og Benner (1995) sin kompetansestige som beskriver sykepleiers utvikling i fem trinn.

2.1 Klinisk vurdering i sykepleie

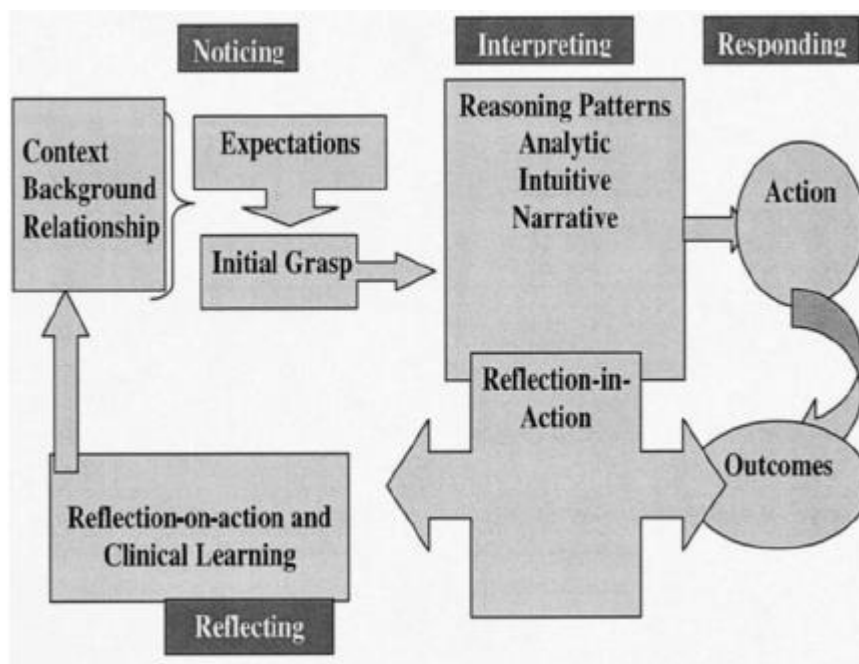
Ifølge Tanner (2006) er klinisk vurdering viktig kompetanse hos helsepersonell. Hennes definisjon av klinisk vurdering er tolkningene helsepersonell gjør av pasientens behov, interesse og helseproblemer. For klinisk vurdering behøves ulik kunnskap som er hentet fra teori og forskning, og øker gjennom erfaringer hvor vitenskapelig kunnskap og klinisk praksis

blandes. Kunnskapen er sterkt lokalisert og individualisert, og er hentet fra kjennskap til den enkelte pasient og delt menneskelig forståelse (Tanner, 2006).

En erfaren sykepleier kan reagere intuitivt på ulike situasjoner, mens en uerfaren og ny sykepleier må analysere, og gjennom erfaring lære seg å reagere ved ulike situasjoner og dermed tilpasse teoretisk kunnskap i praksis. Flere studier viser at sykepleierens egne holdninger kan være med å avgjøre hvordan ulike avgjørelser tas hos den enkelte pasient (Tanner, 2006).

Klinisk vurdering er også avhengig av avdelingens kunnskaper og rutiner. Dette på grunn av avdelingens vaner, sosiale setting og kulturelt miljø. En annen faktor som påvirker den kliniske vurderingen er personforhold, status - og maktforskjeller mellom lege og sykepleier. Dette vil påvirke hvordan sykepleieren både prøver å forstå problemer og gjør effektive tiltak (Tanner, 2006). Ifølge Tanner (2006) er det ikke en enkelt sykepleieprosess som fungerer for alle sykepleiere og i alle situasjoner. Den begrunnelsen sykepleieren gjør i en aktuell situasjon er avhengig av første kliniske vurdering, som igjen påvirkes av sykepleierens bakgrunn, konteksten for beslutningsprosessen og sykepleierens forhold til pasienten.

Tanner (2006) presenterer en modell for klinisk vurdering som er passende for situasjoner hvor endringer forekommer ofte, og hvor sykepleieren må prøve flere tiltak og får respons ettersom situasjonen utspiller seg. Modellen er basert på litteratur om klinisk vurdering og beskriver kliniske vurderinger hos erfarne sykepleiere.



(Tanner, 2006).

Prosesen i modellen presentert ovenfor inneholder fire aspekter:

1. «Å legge merke til»: sykepleieren oppdager den aktuelle situasjonen som utspiller seg.
2. «Tolkning»: sykepleieren utvikler en tilstrekkelig forståelse av situasjonen for å klare å handle.
3. «Svarende»: sykepleieren beslutter et handlingsforløp som er passende for den aktuelle situasjonen.
4. «Reflekterende»: sykepleieren vurderer pasientenes svar på handlingen mens situasjonen fortsatt foregår.

Etter situasjonen evaluerer sykepleieren prosessen, hva som ble lagt merke til, hvordan situasjonen ble tolket og hvordan sykepleieren responderte (Tanner, 2006).

2.2 Kompetansestigen

Ifølge Benner (1995) er det forskjell på nyutdannede sykepleiere og erfarne sykepleiere.

Forskjellen er avhengig av hvilke kunnskaper sykepleierne har opparbeidet seg gjennom erfaringer. Det er når sykepleierne ser helheten i situasjoner at de klarer å se den betydningsfulle sykepleien overfor pasientene, samt å kunne trekke teori og forskning inn i klinisk praksis (Benner, 1995). Basert på en modell utviklet av Dreyfus & Dreyfus har Benner beskrevet fem trinn i utviklingen av kunnskap og erfaring hos sykepleiere (Benner, 1995).

Første trinn er «novise», der sykepleierne mangler erfaring i mange av situasjonene de møter. Her er det viktig at sykepleierne har retningslinjer de kan forholde seg til for å kunne håndtere situasjonene. Andre trinn er «avansert nybegynner». Sykepleierne begynner å gjenkjenne og mestre enkelte situasjoner ut fra erfaringer de har opparbeidet seg. Tredje trinn er «kompetent». Her klarer sykepleierne å lage planer og langsiktige mål, og styre handlingene etter disse. Fjerde trinn er «kyndig». Ved dette nivået klarer sykepleierne å ha et mer helhetlig bilde over situasjoner på bakgrunn av sine erfaringer. Femte trinn er «ekspert». Når sykepleierne har nådd dette nivået trengs ikke prosedyrer eller retningslinjer å ligge til grunn for deres avgjørelser. Sykepleierne har et overordnet blick og ser helheten og klarer å fokusere på konkrete situasjoner uten å bruke tid på overveielser før handlinger (Benner, 1995).

3 Design og metode

3.1 Vitenskapsteoretisk forankring

Dette studiet har et kvalitativt design med hermeneutisk tilnærming. Kvalitativ metode utforsker mennesker i deres naturlige omgivelser og ønsker å få frem deres erfaringer (Polit & Beck, 2017). Ved å bruke denne metoden ønsker forskeren å undersøke hvordan mennesker oppfører seg i naturlige omgivelser; gjennom intervjuer, observasjoner eller opptak. Forskeren ønsker å intervju eller observere et fåtall personer. Diskusjonene og observasjonene er semi-strukturert, noe som tillater informantene å komme med meninger, følelser og naturlig oppførsel. Ifølge Polit og Beck (2017) er det ved kvalitative studier ikke viktig med generalisering, men heller å få en helhetlig forståelse av fenomener.

Med en hermeneutisk tilnærming forsøker forskeren å forstå det som omhandler mennesket og menneskers liv (Thisted, 2010). En sentral person i hermeneutisk filosofi er Hans-Georg Gadamer. For Gadamers hermeneutikk er det viktig å forsøke å forstå teksten slik den er og finne meningene, men på grunn av vår forforståelse klarer vi ikke være helt nøytrale. Ifølge Gadamer har alle med seg en forforståelse basert på egen innsikt, erfaringer, opplevelse og oppfatning. Forforståelsen skal ikke legges til side, den må være med for at vi skal kunne forstå (Thisted, 2010). Valg av tema og problemstilling er ifølge Malterud (2017) ofte basert på egen forforståelse. Ideen til denne studien startet ut fra egen erfaring med tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter. Ifølge Malterud (2017) kan det å ha med forforståelsen inn i et studie være positivt, men det kan også gi skyggelapper slik at vi leter etter data som vi ønsker å finne. Vi har gjennom alle studiets faser diskutert og vurdert vår forforståelse. Ifølge Malterud (2017) kan den negative effekten av vår egen forforståelse forebygges ved å være bevisst på den.

3.2 Metode – Fokusgruppeintervju

Vi valgte fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling. Ifølge Malterud (2017) vil det komme frem andre fortellinger gjennom fokusgruppeintervju enn ved individuelle intervju. Dette på grunn av dynamikken som oppstår i gruppen. Når flere informanter samles for diskusjon utnyttes samhandlingen i gruppen, det kan da komme frem andre beretninger om erfaringer enn de beretningene som kommer frem i individuelle intervjuer med de samme personene. Når felles erfaringer skal undersøkes kan fokusgruppeintervju gi et godt materiale (Malterud, 2017). I vår studie ønsket vi å undersøke intensivsykepleieres felles erfaringer med

tidlig oppstart av enteral ernæring til voksne intensivpasienter. Ifølge Malterud (2017) er det ofte nok med to til tre fokusgruppeintervju for å gjøre en god analyse, men det påpekes at informasjonsstyrken i utvalget må vurderes i stedet for å forsøke å belyse alle sider av en sak. For å oppnå god informasjonsstyrke mener Malterud (2017) at informantene rekrutteres for å samle data som belyser problemstillingen og ikke andre data enn det vi ønsker å undersøke.

3.3 Utvalg og rekruttering

3.3.1 Utvalg

Vi ønsket å gjennomføre fokusgruppeintervju på en intensivavdeling på et universitetssykehus, da det på et universitetssykehus drives med avansert intensivmedisinsk behandling av pasienter. Med hjelp av vår veileder fikk vi kontakt med forskningsavdelingen ved et universitetssykehus, og videre kontakt med en intensivavdeling på universitetssykehuset. Det ble sendt en formell henvendelse med informasjon om studiet til forskningsavdelingen ved sykehuset (vedlegg 1). Ved studiets start hadde vi et ønske om å intervju intensivsykepleiere som hadde erfaring med tidlig oppstart av enteral ernæring til voksne ikke-intuberte intensivpasienter. Avdelingen vi kom i kontakt med hadde både intuberte intensivpasienter og ikke-intuberte intensivpasienter. Etter å ha konferert med vår veileder innså vi at valget om å undersøke erfaringer med ikke-intuberte intensivpasienter var basert på vår forforståelse og arbeidserfaring. Vi bestemte oss for å rekruttere intensivsykepleiere som hadde erfaring med både intuberte intensivpasienter og ikke-intuberte intensivpasienter, da det kunne gi oss et mer helhetlig bilde av intensivsykepleierens erfaring med oppstart av enteral ernæring til voksne intensivpasienter.

Ifølge Malterud (2017) består et fokusgruppeintervju vanligvis av fem til åtte informanter, noe hun anbefaler. Dersom det er for mange informanter vil hver enkelt få mindre tid til å fortelle om sine erfaringer. På bakgrunn av Malteruds anbefalinger ønsket vi å rekruttere samme antall informanter for vår studie. Med tanke på informasjonsstyrke og inklusjonskriterier var det i vår studie riktig å rekruttere intensivsykepleiere som arbeider i klinisk praksis med voksne intensivpasienter og ikke eksempelvis sykepleiere fra en sengepost som ikke hadde erfaring med intensivpasienter. Det var ønskelig at informantene hadde ulik erfaring i form av antall år som intensivsykepleier. Dette for å sikre et mer nyansert datamateriale. Malterud (2012) påpeker viktighet med balanse mellom lik og ulik erfaring som vil kunne gi et rikere datamateriale. Ifølge Malterud (2012) kan det å velge

informanter med hensyn til kjønn ha noe å si for fokusgruppens dynamikk, men det er ikke aktuelt i alle tilfeller. Vårt utvalg var tilfeldig med hensyn til kjønn.

3.3.2 Rekruttering av informanter

Etter godkjenning fra intensivavdelingen vi ønsket å utføre studiet på, startet rekrutteringen av informanter. Det ble oppnevnt en intern prosjektleder fra universitetssykehuset, som også ble vår portvakt. En portvakt er en person som hjelper til med å rekruttere. Ifølge Malterud (2017) kan det være gunstig å bruke en kontaktperson fra forskningsfeltet som portvakt da personen har kjennskap til avdelingen og personalet som skal delta i studiet.

I starten av januar 2020 rekrutterte portvakten åtte intensivsykepleiere til vår studie. Informantene mottok informasjonsskriv og samtykkeskjema i forkant av intervjuet (vedlegg 2). Skjemaet var utarbeidet fra mal av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Informantene fikk her informasjon om studiets hensikt og praktisk informasjon rundt gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet. På grunn av avdelingens kapasitet og arbeidsbelastning ble vi forespurt om å utføre to fokusgruppeintervju med fire informanter i hvert intervju. Etter diskusjon med vår veileder konkluderte vi med at dette var gjennomførbart for vår studie. Det var ønskelig fra vår side å utføre fokusgruppeintervjuene på to ulike dager. Dette for å unngå at det skulle bli for overveldende med to intervju tett etter hverandre. Å legge intervjuene til ulike dager samsvarer med anbefalingene til Malterud (2017), som viser til at to fokusgruppeintervju etter hverandre kan være krevende for den som leder intervjuene. I tillegg kan tiden mellom intervjuene gi forskeren mulighet til å forbedre neste intervju.

3.4 Forberedelse og gjennomføring

3.4.1 Forberedelser før fokusgruppeintervjuene: Utvikling av intervjuguide og pilotintervju

Vi utviklet en intervjuguide til bruk under gjennomføring av fokusgruppeintervjuene (vedlegg 3). Denne intervjuguiden inneholdt tre temaer: «tidlig oppstart av enteral ernæring», «retningslinjer/protokoller» og «ansvar og funksjon». Hvert tema inneholdt flere spørsmål. Intervjuguiden ble utviklet i samarbeid med veileder.

I forkant av fokusgruppeintervjuene gjennomførte vi pilotintervju. Bakgrunnen for dette var å teste rollen som moderator og sekretær, og spørsmålene i intervjuguiden. En moderator leder intervjuet i form av å styre samtalen mellom informantene, passer på at alle får delt sine erfaringer og passer at tiden som er avsatt brukes hensiktsmessig (Malterud, 2017).

Sekretæren observerer intervjuet og tar notater om det som ikke blir fanget opp på lydopptakeren. Det kan være gestikuleringer, ansiktsuttrykk og samhandlingen mellom informantene (Malterud, 2017). På forhånd hadde vi bestemt hvem som skulle innta rollen som moderator og sekretær. Pilotintervjuet ble gjennomført på UIT Norges arktiske universitet i midten av desember 2019. Fem kollegaer fra en intensivavdeling ved Universitetssykehuset i Nord Norge deltok. Etter gjennomført pilotintervju fikk vi tilbakemeldinger på spørsmålene og gjennomføringen av intervjuet. Ut fra tilbakemeldingene gjorde vi korrigeringer i intervjuguiden. Vi erfarte også hvordan vi kunne forbedre våre roller som moderator og sekretær til fokusgruppeintervjuene. Som forberedelse til intervjuene ble vi anbefalt av veileder å lage et manus med informasjon til informantene, regler for gruppeintervjuene og intervjuguide (vedlegg 4).

3.4.2 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Tid og sted for intervjuene ble avtalt med portvakt. Lokale ble et møterom adskilt fra avdelingen for å unngå forstyrrelser, noe Malterud (2017) anbefaler. Vi fjernet ekstra stoler slik at det kun var sitteplass til moderator, sekretær og informantene. Sekretæren satt ved bordenden, litt fra informantene og moderator, ettersom sekretæren ikke skulle delta aktivt i intervjuet og vi ønsket at informantene kun skulle henvende seg til moderator. Ifølge Malterud (2017) skal informantene plasseres tett inntil hverandre for at lydopptakeren skal fange opp alles utsagn og unngå forstyrrelser i lydopptaket. Vi hadde på forhånd laget bordkort med informantenes navn. Bordkort gjør det lettere for moderator å huske navnene til informantene (Malterud, 2017). Informantene ble tilbudt lett servering under intervjuene. På grunn av arbeidsbelastningen på avdelingen kunne tre informanter stille på første intervju. Dermed kom fem informanter på andre intervju.

Informantene ble ønsket velkommen, signert samtykkeskjema ble samlet inn og informantene ble spurt om de hadde spørsmål tilknyttet disse. Det ble brukt rundt fem minutter på å gi informasjon om studien og regler for intervjuet. Reglene for intervjuet vil bli nærmere utdypet under kapittel 3.6 Forskningsetiske overveielser. Båndopptaker ble startet etter at informasjonen var gitt og det ble brukt rundt ti minutter på at informantene fortalte om deres arbeidserfaringer som intensivsykepleier. Informantenes arbeidserfaring som intensivsykepleier varierte mellom ett og 28 år. Dette ga en gjennomsnittlig arbeidserfaring på 9,9 år, hvor fire hadde erfaring over 10 år og fire under 10 år. I tillegg hadde halvparten av informantene erfaring fra ernæringsgruppe.

Fokusgruppeintervju 1

I forhold til gruppedynamikken i det første intervjuet opplevde vi at to av informantene var mer deltakende enn den tredje. Moderator forsøkte å henvende seg til den tredje informanten flere ganger og fikk i varierende grad inkludert informanten. Moderator opplevde i dette intervjuet at informantene kom inn på temaene i intervjuguiden uten at spørsmålene var stilt av moderator. Ifølge intervjuguiden var flere av temaene som ble nevnt tiltenkt senere i intervjuet, noe som gjorde moderator usikker på videre struktur. Det førte til at disse temaene ikke ble tatt opp på nytt senere i intervjuet fordi moderator opplevde det som vanskelig å stille spørsmål om noe informantene allerede hadde snakket om. I dette intervjuet var moderator rask å gå videre til neste spørsmål dersom det var pause i diskusjonen. Ifølge Malterud (2012) er det moderators oppgave å styre strukturen i samtalene og la alle informantene slippe til med sine personlige erfaringer. Vi var først usikre på om vi hadde fått svar på de temaene vi ønsket, men da vi startet med å analysere intervjuene opplevde vi at vi hadde fått godt datamateriale og dyptgående svar. Selv om vi opplevde lite struktur under intervjuet, ble alle temaer og spørsmål fra intervjuguiden gjennomgått. På slutten av intervjuet ble informantene spurt om de hadde mer å tilføye og om de hadde tilbakemeldinger, noe de ikke hadde. Dette kan ifølge Malterud (2012) gi informantene mulighet til å synliggjøre både gode og dårlige erfaringer. Intervjuet ble avsluttet etter en time.

Vi brukte rundt ti minutter på å snakke om intervjuet etter informantene dro. Samtalen ble tatt opp på båndopptaker for å fange opp spontane tanker rundt intervjuet. Dette er, ifølge Malterud (2012), anbefalt fordi stemning og tanker rundt fokusgruppeintervjuet vil være ferskt i minne. Vi snakket om førsteinntrykk og diskuterte hvordan vi kunne forbedre oss til neste intervju. Ifølge Malterud (2012) skal intervjuguiden være et hjelpemiddel og den trenger ikke følges kronologisk. Ettersom vi ønsket å snakke mer utfyllende om noen av temaene som ble nevnt i første intervju ble vi enige om å følge intervjuguiden mer strukturert under neste intervju. Intervjuguiden skulle følges selv om informantene kom inn på tema som var tiltenkt senere i intervjuet. Vår oppfatning var at intervjuet dermed ville få bedre struktur og at det var muligheter til å få mer data selv om noen av temaene tidligere var nevnt. Malterud (2012) påpeker at forskeren skal lære av prosessen underveis, istedenfor at hvert intervju skal være helt likt. I tillegg ble vi enige om å tørre å la det være stille og dermed gi informantene lengre tenkepauser før vi gikk videre til neste tema.

Fokusgruppeintervju 2

Dagen etter ble det andre fokusgruppeintervjuet avholdt. Samme informasjon som ved første intervju ble gitt og båndopptakeren ble startet. Moderator bemerket at det var ønskelig med opplevde pasientsituasjoner og erfaringer med voksne intensivpasienter vi ønsket å fokusere på. Dette fordi ernæring til barn ble diskutert under det første intervjuet. Under det andre intervjuet opplevde vi bedre flyt blant informantene. Gruppedynamikken var bedre, og det virket lettere for informantene å komme med både gode og dårlige erfaringer og opplevelser. Under intervjuet ble intervjuguiden fulgt mer kronologisk enn ved det første intervjuet og informantene fikk lengre tenkepauser. Vi opplevde at det kom mer informasjon fra informantene etter lengre pauser. Intervjuet varte i en time og 15 minutter. Informantene ble også etter dette intervjuet spurt om de hadde mer å tilføye eller tilbakemeldinger, noe de ikke hadde. Etter intervjuet snakket vi om våre spontane tanker, slik vi gjorde etter første intervju.

3.5 Bearbeiding og analyse av data

3.5.1 Transkribering

Etter at intervjuene var gjennomført ble de transkribert. Å transkribere vil si å overføre innholdet ordrett fra tale til tekst. I denne prosessen er det viktig at informantenes meninger og erfaringer forblir slik de ble sagt under intervjuet. Dersom informantene tar en lang tenkepause, skal det komme frem i teksten (Malterud, 2017).

I mange tilfeller bruker forskere andre til å utføre transkriberingen, men ifølge Malterud (2017) er det mange fordeler med å transkribere datamaterialet selv. Da vi har vært til stede under intervjuene vil det være lettere å kjenne igjen de forskjellige tonene i lydopptaket enn for andre som ikke har vært der. Ifølge Malterud (2017) starter første analysesteg under transkriberingen når intervjuene lyttes til og vi får et helhetlig bilde av datamaterialet. Da vi gjennomførte to fokusgruppeintervju, kunne vi gjennom transkriberingen ha forbedret intervjumetoden og spørsmålene ved å lytte til det første intervjuet. Ettersom intervjuene var kort tid etter hverandre var ikke det gjennomførbart for vår studie.

Vi transkriberte ett intervju hver og hadde på forhånd blitt enige om å transkribere likt. For å anonymisere informantene ga vi dem nummer «informant 1-8». Vi skrev ordrett ned det informantene sa, i tillegg til alle lyder og bekræftelser gjennom intervjuene. Eksempelvis skrev vi ned ord som «eh» og «mm», samt «...» dersom det var en lengre tenkepause. Dersom flere av informantene svarte «mm», «ja» eller lo, ble også dette transkribert. Noen av

informantene hadde dialekt og intervjuene ble transkribert til bokmål. Det var ingen ord eller uttrykk som var vanskelig å skrive om til bokmål og meningsinnholdet ble derfor ikke endret. Utsagn som ikke ble forstått, på grunn av dårlig lyd eller utydelig tale, ble notert som blankt. Til tross for dette var det mulig å skjønne konteksten i det informantene fortalte. Ifølge Malterud (2017) skal det ikke brukes mye tid på å finne ut av utydelige setninger og ord, da en ofte forstår helheten i det som blir sagt.

Tiden for transkribering var omtrent ti timer per intervju. Etter transkriberingen gikk vi gjennom teksten som den andre hadde transkribert og lyttet samtidig til lydopptaket. Dette for å kvalitetssikre arbeidet vi hadde gjort og at begge skulle få oversikt over hele datamaterialet.

3.5.2 Analyse av materialet

I kvalitativ metode er datamateriale ofte stort og gir mye informasjon. Dataene må bearbeides og elementer fra teksten som har potensiale til å gi oss ny kunnskap, må velges ut. Studiets problemstilling må være i fokus gjennom hele analyseprosessen (Malterud 2017). I analysen skal det vises lojalitet til informantenes utsagn, og samtidig søkes forståelse og mening i det som blir fortalt. Gjennom analysen dekontekstualiseres datamaterialet, altså plukkes fra hverandre, og settes i sammenheng med andre deler av intervjuet som sier noe av det samme (Malterud, 2017). Deretter rekontekstualiseres datamaterialet for å kvalitetssikre at det vi har fått gjennom dekontekstualisering ikke har mistet sitt opprinnelige innhold (Malterud, 2017). Vi har forsøkt gjennom analysen å ikke la vår forforståelse påvirke datamaterialet, men ulike faser i en analyseprosess vil påvirkes av forskernes forforståelse, da det er forskerne som plukker ut hva de ser på som viktig (Malterud, 2017). Ifølge Malterud (2017) skal den empiriske dataen presenteres slik den er uten at vår egen forforståelse har overdøvet budskapet.

Malterud (2017) anbefaler at uerfarne forskere følger andres utprøvde analysemetoder istedenfor å finne opp en egen metode. Dette for å kvalitetssikre at andre kan følge samme vei og komme frem til tilnærmede like resultater. Ved å bruke en allerede utprøvd analysemetode tar forskerne lettere høyde for egen forforståelse og tolkning (Malterud, 2017). Vi har valgt å benytte Malteruds fremgangsmåte for systematisk tekstkondensering, som er en tverrgående analysemetode. Det vil si at vi benytter informasjon fra flere ulike informanter og sammenfatter den. Vi ser på mønstre, likhet og ulikhet i informantenes erfaring, følelser og holdninger. Malterud (2017) sin systematiske tekstkondensering inneholder fire trinn:

1. Helhetsinntrykk – foreløpige temaer.
2. Meningsbærende enheter – omgjøring fra foreløpige temaer til koder.
3. Kondensering – fra koder til abstrahert meningsinnhold.
4. Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.

Tabell 1. Studiens analyse gjennom fire trinn:

Foreløpige tema	Kodegrupper	Subgrupper	Endelige subgrupper	Hovedkategorier
Intensivsykepleierens rolle	Intensivsykepleierens rolle og utfordringer ved enteral ernæring	«Usikkerhet» «Intensivsykepleierens ansvar» «Vurderinger»	«Usikkerhet» «Intensivsykepleierens ansvar» «Vurderinger»	Intensivsykepleierens ansvar og utfordringer
Tverrfaglig samarbeid	Samarbeid mellom intensivsykepleieren og intensivlegen	«Vurderinger ved oppstart» «Samarbeid med andre faggrupper» «Kommunikasjon»	«Kommunikasjon» «Tverrfaglig samarbeid»	
Kunnskap	Fokus på ernæring	«Kunnskap» «Individuelle vurderinger» «Økt bevissthet»	«Kunnskap»	Å arbeide kunnskapsbasert
Bruk av protokoller og prosedyrer	Erfaringer ved bruk av protokoller og prosedyrer	«Selvstendig arbeid» «Utfordringer ved bruk av protokoller» «Erfaringer»	«Utfordringer ved bruk av protokoller» «Erfaringer»	Bruk av ernæringsprotokoller
Pasientens tilstand	Oppstart av enteral ernæring	«Pasienttilstand» «Ansvar» «Utfordringer»	«Pasienttilstand» «Utfordringer»	Pasientens tilstand
Intuberte, ikke-intuberte	Forskjeller ved intubert og ikke-intubert pasient	«Usikkerhet» «Prioriteringer»	«Prioriteringer»	Intuberte pasienter og ikke-intuberte pasienter

Første trinn: ifølge Malterud (2017) skulle vi i første trinn bli kjent med datamaterialet og skal teksten leses med fugleperspektiv. Vi dannet oss et helhetsinntrykk, oppsummerte og så hva som passet som foreløpige temaer. Vi leste gjennom de transkriberte intervjuene flere ganger for å bli godt kjent med datamaterialet, for deretter å lese gjennom på nytt for å lete etter tema som ville hjelpe oss å få svar på problemstillingen. Etter første gjennomlesing endte vi opp med seks ulike foreløpige temaer.

Andre trinn: de foreløpige temaene danner grunnlag for kodegrupper (Malterud, 2017). I dette trinnet sortertes datamaterialet som kunne belyse vår problemstilling, og vi så bort fra irrelevant tekst. Ifølge Malterud (2017) anbefales det tre til fem kodegrupper, da det kan være vanskelig å holde oversikt over alle gruppene dersom det lages flere enn dette. Sammen med

veileder besluttet vi å bruke foreløpige temaer som kodegrupper, med mulighet for å gjøre endringer senere dersom gruppene ble like. Vi gikk systematisk til verks med ulike markeringstusjer for å markere meningsenhetene og hvilke kodegrupper de tilhørte. Under denne prosessen så vi at noen meningsbærende enheter passet inn under flere av kodegruppene. Vi valgte å markere de meningsbærende enhetene med alle kodefargene som passet, slik at vi ikke satt en meningsbærende enhet i «boks», uten å se andre muligheter. Denne systematiseringen kalles koding (Malterud, 2017). Vi ser i ettertid at vi kunne vært mere kritiske til hvilke av utsagnene som var relevant for vår problemstilling i kodeprosessen. Dette ville gjort datamaterialet mindre og mer håndterbart. Ifølge Malterud (2017) er det bedre å ta med for mye enn å tidlig utelukke noe som kan være relevant i et senere forløp av analysen. Vi valgte å ikke ta med utsagn som omhandlet ernæring til barn, da det var erfaringer med enteral ernæring til voksne intensivpasienter vi ønsket å undersøke.

Tredje trinn: i tredje trinn av analysen skal teksten i de meningsbærende enhetene trekkes ut og sorteres i subgrupper (Malterud, 2017). Vi så at flere av kodegruppene måtte endre navn og at noen av de meningsbærende enhetene passet inn under en annen kodegruppe enn vi hadde tenkt i utgangspunktet. Innholdet i kodegruppene sorterte vi videre i subgrupper. Subgrupper dannes for å systematisere de meningsbærende enhetene med samme innhold innenfor kodegruppene og er ifølge Malterud (2017) for å få frem flere ulike nyanser i analysen. Vi dannet først 17 subgrupper.

Etter at subgruppene var dannet lagde vi kondensat. Kondensat er et kunstig sitat av alle meningsbærende enheter i en subgruppe (Malterud, 2017). Innholdet i de meningsbærende enhetene skal fremstilles konkret gjennom kondensatene. Ifølge Malterud (2017) vil det ikke kunne kalles systematisk tekstkondensering dersom kondensat ikke lages. I dette trinnet skulle vi også finne gullsitat. Det vil si sitater som best mulig illustrerer det som er abstrahert (Malterud, 2017). Da vi skrev kondensatene slo vi sammen flere av subgruppene da noen var like. Vi endte opp med 11 subgrupper. Vi fant meningsbærende enheter som ikke passet inn og de ble enten flyttet til andre subgrupper eller fjernet da vi mente de ikke var relevante for vår problemstilling. Vi fant også flere gullsitat som vi ønsket å ha med i resultatdelen som belyste det som ble sagt i kondensatene.

Fjerde trinn: Malterud (2017) beskriver fjerde trinn som en prosess der vi setter de ulike delene sammen til en analytisk tekst. Da vi begynte å sammenfatte resultatene og skulle bestemme oss for hovedkategorier, så vi at to av kodegruppene kunne slås sammen:

«intensivsykepleierens rolle og utfordringer ved enteral ernæring» og «samarbeid mellom intensivsykepleieren og intensivlege». Etter at kondensatene var laget, skrev vi om «jeg» og «vi» til «informantene» og «de», for å ferdigstille resultatene. Da denne prosessen var utført valgte vi navn for hovedkategoriene. Vi valgte å ha flere gullsitater med i resultatdelen. Dette er noe Malterud (2017) anbefaler for å fremheve informantenes stemmer og erfaringer. Etter å ha satt sammen resultatene i en helhetlig tekst gikk vi tilbake til opprinnelige utskrifter av intervjuene for å se om resultatene vi satte igjen med etter analysen stemte med det informantene fortalte.

Tabell 2. Systematisk tekstkondensering – eksempel på analyse.

Helhetsinntrykk – fra fugleperspektiv til foreløpige temaer	Meningsbærende enheter – Foreløpige temaer til koder og kodegrupper		Kondensering – Koder til abstrahert meningsinnhold		Syntese – Kondensering til beskrivelser, begreper og resultat	
	Foreløpige temaer	Kodegruppe	Meningsbærende enhet	Subgruppe	Kondensat	Syntese
Kunnskap	Fokus på ernæring	<p>«så det synes jeg er ganske. Men eh, jeg vet jo at det blant legegruppa, så vet jeg at det har vært et økt fokus på det, for jeg vet at det er noen av de som er litt ekstra interesserte i det og synes det er ekstra viktig. Så, jeg vet at det har vært, sånn som du sier.» «at du føler at det er større fokus på det, for jeg vet at det blant legegruppa og hos oss nå er et fokus rundt det..».</p> <p>«men det er jo, men det har jo vært mye mer fokus på det..» «de seinere årene enn det det var tidligere..»</p> <p>«ja det er jo litt sånn low, altså det er jo ikke det mest spennende du gjør. Det er sant det».</p>	Kunnskap om enteral ernæring	<p>«Selv om enteral ernæring er viktig, oppleves det ikke som det mest spennende rundt pasienten, annen behandling vinner mer plass da det kanskje er mer interessant».</p> <p><i>Gullsitat: «Det kan være slik at enteral ernæring ikke alltid er det mest prioriterte i behandlingen, det er mer det respiratoriske og sirkulatoriske som prioriteres, men det bummer i kunnskap eller interesse».</i></p>	Mange av informantene forteller at selv om enteral ernæring er viktig, oppleves det kanskje ikke som det mest spennende rundt pasienten, noe de sier kan føre til at annen mer «interessant» behandling vinner mer plass	Å arbeide kunnskapsbasert

3.6 Forskningsetiske overveielser

Studien var meldepliktig til NSD (Malterud, 2012), og vi søkte tillatelse til å samle inn personopplysninger i form av lydopptak og signert samtykke (vedlegg 5 og 6). Vi sendte også søknad til personvernombudet på universitetssykehuset vi gjennomførte studien på (vedlegg 7). Deltakelse i studien skal være basert på et informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart samtykke, og informantene kan trekke seg når tid som helst før studiets sluttdato (Malterud, 2017). Vi informerte om at intervjuene ble tatt opp på lydbånd, samt informasjon om oppbevaring og tilgang til dataene. Det ble understreket at lydopptakene,

signert samtykke og transkribert data blir slettet ved studiets slutt. Informasjonen om dette ble gitt til informantene via informasjonsskrivet.

Under intervjuene er tillit og respekt mellom forskerne og informantene viktig (Malterud, 2017). Vi var bevisst på dette gjennom intervjuene. Ifølge Malterud (2012) må forskerne være forberedt på at trygghet i gruppen kan lede til utsagn og reaksjoner fra informantene som kan oppfattes som uetiske utenfor gruppen. Før intervjuet leste vi opp regler som alle skulle forholde seg til under intervjuet. Reglene besto av taushetsplikt innad i gruppen, at alle skulle komme til ordet og at informantene snakket en om gangen og tydelig (vedlegg 4). Malterud (2012) påpeker viktigheten med gjensidig taushetsplikt i gruppen. Vi oppfordret informantene til å komme med både positive og negative erfaringer, da begge var like relevant for oss.

Ifølge Malterud (2017) skal datamaterialet være anonymisert og deltakerne skal ikke kunne bli gjenkjent. Dette informerte vi informantene om før intervjuene og overholdt i vår studie. Vi informerte om at informantene selv kan kjenne igjen egne sitater. Ved transkripsjoner av forskningsdata må forskerne oppbevare informasjonen på en sikker måte (Malterud, 2017). Etter UIT Norges arktiske universitets retningslinjer oppbevarte vi lydfilene og transkribert data på en sikker, passord beskyttet programvare via universitet. Analysert data og personopplysninger skal holdes separert (Malterud, 2017). Personopplysninger i form av signert samtykkeskjema ble oppbevart innelåst på veileders kontor.

3.7 Begrensninger med studien

Studien ble gjennomført på en avdeling ved et universitetssykehus i Norge. Gjennom to fokusgruppeintervju har åtte intensivsykepleiere blitt intervjuet, hvor alle arbeider på samme avdeling. Dette er en begrensning med studien. Studien vil bare si noe om erfaringene til disse intensivsykepleierne. Dersom vi i vår studie utførte flere fokusgruppeintervju, kunne datagrunnlaget blitt større og vi kunne fått en mer helhetlig forståelse av temaet. Vi har tenkt at ulikt antall informanter under intervjuene kan ha påvirket gruppedynamikken, som tidligere nevnt. Det kan også tenkes at lite erfaring og usikkerhet hos moderator kan ha påvirket gruppedynamikken og datamaterialet vi fikk. Dersom vi hadde hatt mer erfaring med å gjennomføre intervju, kan det hende vi hadde fått et større datamateriale.

Halvparten av informantene hadde erfaring fra ernæringsgruppe. Dette har vi reflektert over om kan ha vært med på å påvirke resultatene, da de var godt kjent med ernæringsprotokollen

og i tillegg fremsto interessert og engasjert i temaet. Det kan tenkes at det kan ha vært med på å påvirke hvor stor kunnskap informantene hadde om tidlig oppstart av enteral ernæring.

Gjennom individuelle intervju kunne vi kanskje fått mer informasjon fra den enkelte informant, men da hadde vi mistet de felles refleksjonene som kan fås gjennom fokusgruppeintervju. For å finne svar på problemstillingen kunne vi ha valgt en annen metode, der vi for eksempel kunne utført et kvalitativt design med spørreskjema eller “mixed methods”, med både intervju og spørreskjema. Dersom vi hadde valgt å bruke denne metoden til datainnsamling, ville vi ikke fått samme type erfaringer som ved fokusgruppeintervju.

4 Presentasjon av funn

Gjennom analysen fant vi fem hovedkategorier: «intensivsykepleierens ansvar og utfordringer», «å arbeide kunnskapsbasert», «bruk av ernæringsprotokoll», «pasientens tilstand», og «intuberte pasienter og ikke-intuberte pasienter». Sitater fra begge fokusgruppeintervjuene er brukt for å illustrere og understreke funn. Informantene har som tidligere nevnt fått et nummer for å anonymiseres: informant 1-8, fokusgruppe (FG) 1-2.

4.1 Intensivsykepleierens ansvar og utfordringer

Intensivsykepleieren starter enteral ernæring ut fra avdelingens ernæringsprotokoll, og mye av ansvaret står på intensivsykepleieren i forhold til prioritering av tid til administrering av ernæring. Flere av informantene forteller om ansvarsfordelingen i forhold til enteral ernæring:

Informant 6, FG2: *«Jeg føler vi har delt ansvar når det kommer til oppstart av enteral ernæring, men at legene har hovedansvaret. Men vi [intensivsykepleierne] har et ansvar å tenke på ernæring.»*

Informantene sier at oppstart av enteral ernæring er en del av mange vurderinger som tas hos pasientene og det blir tatt stilling til. Dersom det ikke blir startet enteral ernæring til pasientene forteller informantene at det har blitt diskutert og vurdert. Flere informanter forteller at samarbeidet med legene fungerer godt:

Informant 1, FG1: *«Legene hører på oss og vi er flinke til å samarbeide. Jeg synes egentlig i de fleste tilfeller at vi samarbeider godt med legene. De er veldig åpne for det vi har å si og våre innspill. For eksempel i forhold til tarmstimulerende medikamenter er det ofte vi sier til legene at det kan være en ide, så finner vi ut av det sammen.»*

Det hender at intensivsykepleierne må minne legene på oppstart av enteral ernæring til pasientene. En av informantene forteller at legene ikke alltid er bevisst på hvor lenge

pasienten har vært innlagt, og om pasientens tilstand tilsier at enteral ernæring bør startes opp. Flere av informantene forteller om nye leger i spesialisering, hvor de opplever at oppstart av enteral ernæring kan bli avglemt. Informantene bemerker at legene følger med på blodgasser og pressordoser, men de følger ikke alltid med på kaloriinntaket til pasientene. Informantene mener at kaloriinntak er like viktig å følge med på. Dersom det oppstår problemer som gjør det vanskelig å fullnære pasientene eller ved fare for refeeding syndrom blir det henvist til ernæringsfysiolog for tilsyn og opprettelse av en individuell opptrappingsplan. Ifølge flere av informantene er ernæringsfysiologene en ressurs for legene, og det er et godt samarbeid der legene setter pris på anbefalinger fra ernæringsfysiologen. Noen av informantene mener at intensivsykepleierne kan bli flinkere til å foreslå ernæringsfysiolog:

Informant 4, FG2: *«Vi [intensivsykepleiere] kunne vært flinkere til å fremme tanken på å henvise til ernæringsfysiolog, men jeg tenker det er legens vurdering om han trenger hjelp rundt oppstart av enteral ernæring.»*

Informantene forteller at hos gastrokirurgiske pasienter er legene forsiktige med oppstart av enteral ernæring og legene konfererer med gastrokirurgene først:

Informant 8, FG2: *«Hos mage-tarm opererte pasienter, er det spesielle retningslinjer. Da må kirurg inn i bilde for å bestemme og ordinere oppstart av enteral ernæring.»*

Informantene forteller at de legger ned sonde på nesten alle pasientene, da det er standard for alle intensivpasienter. Selv om ernæring ikke skal startes, så skal pasientene ofte ha medisiner på sonden. Ventrikkelsonden byttes raskt ut med en ernæringssonde. I situasjoner der pasientene blir sedert, forteller informantene at de ofte legger ned sonde:

Informant 8, FG2: *«Når pasientene blir intubert ber jeg legen legge ned sonde samtidig. Da blir det gjort, og vi får startet med ernæring. Jeg føler vi [intensivsykepleierne] er flinkere enn legene til å huske det. Det ordineres røntgenkontroll uansett i forbindelse med intubering, og noen pasienter er stabile nok til å starte med ernæring med en gang.»*

Informantene sier det er vanskelig å stole på ernæringssonden når det kommer til aspiratmengden. De opplever det som en risiko i forbindelse med aspirering på sonde i stedet for fasting før prosedyrer:

Informant 4, FG2: *«Det å stole på ernæringssonden; en gang får du ikke aspirat og neste gang så er det mye. Så skal du korte ned fastetiden fordi du kan aspirere, også er det ingenting. Det kan kanskje være fordi du ikke får opp aspiratet fordi sonden er så tynn.»*

En av informantene forteller om følelsen av ubehag når pasientene ikke får noen form for ernæring over flere døgn og sier:

Informant 6, FG2: «Jeg leste ernæringsfysiologen sitt notat, der sto det at inntil tre døgn er greit uten ernæring så lenge pasientene får væske. Det er ikke noen krise, hvis de ikke er underernært fra før. Jeg kjenner at stresset blir mindre, ettersom jeg kjenner litt på stress hvis pasienten ikke får mat.»

Informantene opplever ikke alltid at legene etterspør hvordan det går med opptrappingen av ernæringen. De forteller at legene mener det er intensivsykepleiernes ansvar, og intensivlegene etterspør ikke hvor mye kalorier pasientene får tilført. En av informantene forteller om en opplevelse hvor intensivlegen ble frustrert da pasienten ikke hadde fått ordinert ernæring, ettersom forskning viser at tidlig oppstart av ernæring er viktig i forhold til overlevelse:

Informant 6, FG2: «Det var egentlig ikke noen grunn til at pasienten ikke hadde fått ernæringsbehovet sitt dekket, og ernæringen kunne ha blitt økt. Det hadde blitt pauser i løpet av prosedyrer eller på grunn av mobilisering. Pauser i løpet av dagen som det ikke hadde blitt gjort opp for. Da var legen observant på det.»

Ved administrering av enteral ernæring bemerker informantene at de har mye ansvar i form av opptrapping, valg av riktig sondemat, justering av kaloriinntak og å følge med på elektrolytter. Informantene justerer selv hastigheten og ernæringen i forhold til om pasienten eksempelvis får mye lipider i form av sedering. De følger med på blodsukker, aspirat, passer på at hodeenden er elevert med tanke på aspirasjon, kontrollerer sonden hver vakt og undersøker om det er tatt røntgenkontroll av sonden før bruk. Flere av informantene forteller de sjekker at sonden er festet godt nok før ernæringen startes, da de har opplevd at den kan bli autoseponert i forbindelse med mobilisering. De er også observant på at sonden ikke forflytter seg til lungene. En av informantene forteller om viktigheten med å kontrollere sondens plassering:

Informant 5, FG2: «Vi bør se hvor mange centimeter den ble lagt ved innleggelse og hvordan den ligger fremdeles. Ikke bare hvilket nesebor den ligger i, for det er jo ofte det som er notert, men også hvor langt ned den ligger. Noterer vi ikke dette er vi like langt.»

Informantene forteller at de observerer kvalme, hikke, magesmerter, avføring og matintoleranse. De kan be legen ordinere kvalmestillende medikamenter for å forebygge oppkast som kan føre til redusert kaloriinntak. I avdelingens ernæringsprotokoll står det at intensivsykepleierne kan starte tarmstimulerende og vitamintilskudd under opptrappingen. Informantene forteller at de følger med på pasientenes medisiner med tanke på aspirat og tarmfunksjon, og at de er observant på om pasienten har paralytisk ileus eller er obstipert. Det hender at ernæringen blir stoppet av intensivsykepleierne av ulike grunner:

Informant 6, FG2: «Hvis man for eksempel skal flytte en pasient fra seng til intensivstol kobler man ofte fra ernæringen, for å ha minst mulig koblinger. Det kan ta litt tid før ernæringen kobles tilbake for det er mye annet man skal gjøre, stabilisere, utstyr og lignende. Da blir det naturlige opphold i ernæringen.»

Informantene forteller at de har mange arbeidsoppgaver rundt pasientene når de er på vakt. De bemerker at de ikke kan detaljene når det kommer til beregning av proteiner og kalorier, og at det ikke er deres ansvar, men det bør foreligge en bevissthet rundt dette. Dersom ordinert ernæring avviker fra protokollen, bør de etterspørre hvorfor legen har gjort denne ordineringsen:

Informant 4, FG2: «Vi [intensivsykepleiere] skal tenke på alt. Selv om vi bare har en pasient, så har vi mye vi skal gjøre på vår vakt. Vi skal stelle, sørge for at vi har medisinene som pasienten skal ha, ta oss av pårørende. Det er utrolig mange oppgaver vi har rundt pasientene, så det å følge med på at legen ordinerer er ikke vårt ansvar, men vi skal selvfølgelig etterspørre dersom vi undrer oss.»

4.2 Å arbeide kunnskapsbasert

Informantene er opptatt av å tenke nytt i forhold til pasienter som faster. For eksempel å aspirere sondemat fra magesekken før undersøkelser for å unngå langvarig fasting, og dermed mindre tilført næring. Flere av informantene forteller at interesse og fokus på kalorier og ernæring de seneste årene har økt, både blant leger og sykepleiere:

Informant 1, FG1: «Jeg vet at noen i legegruppen er litt ekstra interesserte i enteral ernæring og synes det er ekstra viktig. Så jeg føler at det er større fokus på det, både blant legegruppen og hos oss [intensivsykepleiere].»

Undervisning om ernæring er godt tilrettelagt på avdelingen informantene arbeider på. Når kunnskap blir opparbeidet er det viktig å dele med kollegaene. En av informantene forteller at en lege hadde lest nyere forskning om at enteral ernæring er viktig i forhold til mortalitet:

Informant 6, FG2: «Bare det at legen for en måneds tid siden sa at nyere forskning viser hvor viktig det er med ernæring i forhold til mortalitet gjorde at jeg ble bevisst på det. Vi trenger å bli påminnet hvor viktig det er.»

Informantene sier at forskning viser at enteral ernæring er bedre enn parenteral ernæring, og de forteller at økt kunnskap om enteral ernæring fører til økt fokus, fordi de da forstår viktigheten:

Informant 6, FG2: «Ja, for kroppen er jo en maskin, du kan jo ikke drives uten drivstoff. Det er jo en del av behandlingen. Hvis man bare har fokus på det.»

Mange av informantene forteller at enteral ernæring er viktig, men de erfarer at ikke alle opplever det som mest den spennende behandlingen rundt pasientene. Dette kan føre til at annen «interessant» behandling prioriteres:

Informant 8, FG2: *«Det kan være slik at enteral ernæring ikke alltid er det mest prioriterte i behandlingen. Det respiratoriske og sirkulatoriske prioriteres foran, men det kan bunne i kunnskap eller interesse.»*

Informantene forteller om flere tilfeller hvor ernæringen blir stoppet uten at intensivsykepleieren konfererer med lege først.

Informant 8, FG 2: *«Et eksempel er at vi velger å stoppe ernæringen fordi det har vært litt aspirat, uten å ha snakket med legen. Vi hadde ikke stoppet en medisinsk behandling, den stopper vi jo ikke.»*

4.3 Bruk av ernæringsprotokoll

Informantene i begge fokusgruppene forteller at avdelingen har en ernæringsprotokoll som er tydelig og enkel å følge. De mener at bruk av ernæringsprotokoll gjør oppstart av enteral ernæring lettere. Ernæringsprotokollen ligger i alle pasientpermer og er en algoritme både for ernæring og tarmstimulerende medikamenter. Flere av informantene sier det ikke står noe i ernæringsprotokollen om hvilke pasientgrupper den skal brukes på, den er standardisert. Før enteral ernæring skal startes setter intensivlegen mål for ønsket kaloriinntak og intensivsykepleierne følger ernæringsprotokollen. Ifølge ernæringsprotokollen skal pasientene være fullernærte i løpet av tre dager. Om ikke noe annet er bestemt starter intensivsykepleierne en standard ernæringsløsning. Dersom pasientene er stabile startes enteral ernæring på 20 ml/t og intensivsykepleierne aspirerer på sonden hver 4. time:

Informant 3, FG1: *«Det er vi som er nær pasientene hele tiden. Jeg tror det er veldig fint at vi har en ernæringsprotokoll fordi vi da er mindre avhengig av legen. Legen ordinerer mål for ernæringen, og vi forsøker å nå de.»*

Selv om ernæringsprotokollen er godt etablert i avdelingen forteller informantene at det er noen utfordringer ved bruk av denne. De opplever at det kan gå tid før sondematen startes opp igjen dersom den har blitt stoppet av ulike grunner, og de bemerker at det ofte er fordi de ikke vet når de kan starte opp på grunn av manglende retningslinjer for akkurat dette. Informantene opplever at intensivlegene også virker usikre på oppstart etter at ernæringen har vært stoppet og at de ønsker at pasientens kliniske situasjon skal vurderes før ernæringen startes opp igjen. Det er ikke ønskelig å starte opp for tidlig da de er redde for blødning, reintubasjon eller aspirasjon:

Informant 1, FG1: «*Ernæringsprotokollen er godt etablert, men den kunne inneholdt noe i forhold til når ernæringen skal stoppes før prosedyrer som for eksempel nedleggelse av trach. Det er det eneste jeg føler kan være usikkert.*»

Ifølge flere av informantene følger ikke alle intensivsykepleierne ernæringsprotokollen i forhold til aspiratmengde. Noen gjør egne vurderinger som fører til at mer sondemat blir kastet enn det som står beskrevet i ernæringsprotokollen. Flere av informantene forteller at dette er noe intensivsykepleierne på avdelingen kan blir flinkere på:

Informant 8, FG2: «*Jeg tror noen tenker om de måler 500 ml i aspirat, så setter du ikke tilbake 250 ml, da kaster du gjerne alt. Jeg tror at folk synes det blir store mengder aspirat når de trekker det opp i sprøyter. 250 ml er ikke mer enn et glass vann, men det ser mye ut når man trekker det opp i fire sprøyter. Folk tenker det er mye mer enn det er.*»

Ifølge ernæringsprotokollen skal hastigheten økes hver 12. time. En av informantene har erfaring fra en annen arbeidsplass hvor de ifølge ernæringsprotokollen øker hver 4. time og pasientene er fullernært første døgn. Informantene diskuterer hvorfor det er så stor forskjell mellom avdelinger og sykehus ettersom ernæringsprotokollene skal være basert på nasjonale retningslinjer. På grunn av forskjeller i ernæringsprotokollene forteller samme informant at det oppleves ubehagelig som ny på avdelingen at hastigheten skal økes hver 12. time i stedet for hver 4. time:

Informant 6, FG2: «*Her startes ofte ernæringen på 20 ml/t, etter tolv timer økes hastigheten til 40 ml/t, og så videre. Jeg tenker dersom pasientene kan gå flere døgn uten ernæring så er det kanskje ikke så farlig, men i begynnelsen syntes jeg det var vanskelig å forholde meg til.*»

4.4 Pasientens tilstand

Oppstart av enteral ernæring er ifølge informantene, avhengig av pasientens tilstand. Dersom pasienten er ustabil avventes oppstart kanskje tre til fire dager. Når pasientene er i en mer stabil fase forsøkes oppstart av enteral ernæring. På stabile pasienter startes enteral ernæring tidligere. Ved spørsmål om hva de definerer som ustabile pasienter svarer de fleste informantene sirkulatorisk ustabile pasienter med høy dose vasopressor, flere ulike vasopressorer eller høyt innstilt trykk på respiratoren:

Informant 3, FG1: «*Vi avventer oppstart av enteral ernæring hos pasienter med hjertestans som er respiratorkevende, og har høye innstillinger på respiratoren og store behov for vasopressor. Det går ofte 2-3 dager uten ernæring når pasientene hypotermibehandles etter hjertestans. Når vi stopper sedasjon og pasienten er varmet opp, så vurderer vi ernæring. Det samme med sepsispasienter som har store doser vasopressor, picco-måling og annet utstyr, da er ikke noe vits å tenke over ernæring.*»

Informantene er enige om at enteral ernæring alltid forsøkes til intensivpasientene, da dette er beste og rette vei. Flere av informantene forteller om betydningen ernæring har for pasientene:

Informant 3, FG1: *«Jeg tror pasientene trenger ernæring for å være frisk. De må bygge opp celler. Vi starter ernæring ganske tidlig når pasientene ikke er ustabile og vi satser på fullernæring da det hjelper i sykdomsprosessen. Det samme gjelder med vitaminer og elektrolytter.»*

Dersom pasientene ikke blir fullernært med enteral ernæring innen fem døgn kan de ifølge retningslinjer starte parenteral ernæring. Når det kommer til tidlig oppstart av enteral ernæring hos ustabile eller uavklarte pasienter, kan det variere litt:

Informant 4, FG2: *«Vi er flinke til å starte opp med tidlig enteral ernæring, det har vi fokus på og vi har en ernæringsprotokoll som vi har hatt i mange år. Hvis pasientene er veldig dårlige og ustabile kan det fort gå en del døgn før de får noe som helst ernæring. Men vi har som hovedfokus å gi enteralt først før vi starter parenteral ernæring.»*

En pasientgruppe det kan være utfordrende å starte enteral ernæring på er gastrokirurgiske pasienter. Det kan oppstå komplikasjoner i mage-tarm-systemet hos disse pasientene. Pasienter hvor det mistenkes at noe ikke fungerer i tarmen blir også nevnt som utfordrende. Da kan det hende at sondematen går på lav hastighet og det konfereres med gastrokirurg før enteral ernæringen startes:

Informant 1, FG1: *«Vi har av og til problemer med gastropasienter etter store bukoperasjoner eller med pankreatitt. De kan ha utfordringer som påvirker tilførsel av enteral ernæring, som for eksempel acites.»*

Informantene forteller om utfordringer hos pasientene ved administrering av enteral ernæring, som kvalme, oppkast og CO₂-opphopning:

Informant 5, FG2: *«En utfordring er når pasientene får CO₂ opphopning, da må du rett og slett gå litt ned på ernæringsdoseringsen. Det har hendt av og til.»*

Informantene starter tidlig med tarmstimulerende medikamenter til intensivpasientene. Ernæringsprotokollen inneholder føringer for når tarmstimulerende medikamenter skal startes. Selv med tarmstimulerende medikamenter opplever informantene at mange av pasientene er obstiperte og har mye aspirat. Ofte blir avføringen tynn, pga. sondemat, antibiotika og andre medikamenter. Informantene forteller at det er vanskelig å vite om ernæringen administreres for raskt eller om det er redusert opptak i tarmen. Informantene er usikre på om pasientene får nyttiggjort seg av ernæringen på grunn av dette. En informant forteller:

Informant 7, FG2: *«Jeg synes det er mange pasienter som er obstiperte og som ikke kommer i gang med magen, selv om det er gitt sondeernæring over lang tid og vi følger*

tarmtømmingsregime. Det er ikke nødvendigvis alltid det er enteral ernæring som gjør det. Da skulle magen i så fall kommet i gang ganske raskt.»

4.5 Intuberte pasienter og ikke-intuberte pasienter

Noen av informantene forteller at det er lettere å legge ned sonde og starte enteral ernæring på intuberte pasienter, da de lettere tolererer sonde grunnet sedasjon og smertelindring.

Informantene mener at pasienter som ikke er intuberte sjeldent tolererer sonde og sonden må ofte seponeres. Ifølge informantene hender det at ikke-intuberte pasienter får for lite kalorier den første tiden etter innleggelse på intensivavdelingen:

Informant 3, FG1: «Jeg mener det er lettere å starte enteral ernæring på intuberte pasienter enn ikke-intuberte pasienter. Dersom de ikke-intuberte pasientene er våkne så tolererer de sjelden sonde. Da må vi seponere den og supplere med ernæringsdrikke. Disse pasientene drikker ofte lite og foretrekker ofte vann fremfor ernæringsdrikke. Vanligvis, etter en eller to dager, er de ikke vårt ansvar da de flyttes til sengepost. Hvis pasientene ikke er intuberte trenger de ikke ligge lenge hos oss.»

Informantene forteller at de forsøker å oppfordre pasientene som ligger en kort stund på avdelingen til å spise og å drikke ernæringsdrikke for å unngå enteral ernæring. Avdelingen har ikke mye mat tilgjengelig, men de er på tilbudssiden og prøver å imøtekomme pasientenes matønsker. Noen av informantene mener ikke-intuberte pasienter har korte intensivopphold og at intensivsykepleierne dermed ikke er ansvarlig for ernæringen når pasientene kommer til sengepost. Det er derfor ikke behov for å legge ned sonde da de skal spise selv:

Informant 1, FG1: «Hvis pasientene ikke er intubert er de som regel flytteklar og da skal de spise. Så da blir det ikke lagt ned sonde. Pasienter med intox for eksempel, som er fort inn og fort ut, har korte intensivforløp og de spise når de kommer til sengepost.»

En annen utfordring med oppstart av enteral ernæring som informantene forteller om, er at noen av pasientene ikke ønsker sonde, for eksempel pasienter i delir. Noen ganger blir det lagt ned sonde flere ganger på grunn av autoseponering. Hos enkelte pasienter kan det være vanskelig å få lagt ned sonde, noe som forsinker oppstart av enteral ernæring:

Informant 8, FG2: «Jeg har opplevd pasienter der det er problemer å legge ned sonde av ulike grunner. Da blir det gjerne ikke prioritert fra de som skal legge ned sonden. De har det travelt, noe som fører til at pasientene ikke får sonde da de ikke hadde tid den dagen. Det blir utsatt til neste dag. Det kan være et problem.»

Flere av informantene sier det er utfordrende med de ikke-intuberte pasientene. En informant forteller at det er lettere å legge ned sonde på pasienter på sengepost da de kan kommunisere med pasienten. Andre bemerker at de ikke-intuberte pasientene på intensivavdelingen gjerne er sliten på grunn av en alvorlig tilstand som respirasjonssvikt. Mange av pasientene er og kognitivt påvirket. En informant sier det er mer inngripende å legge ned sonde på ikke-

intuberte pasienter da det er annen behandling som prioriteres, som for eksempel maskebehandling med non invasiv ventilering (NIV):

Informant 1, FG1: *«Når jeg har hatt pasienter som har sonde og enda ikke er blitt intubert, men får NIV-behandling, føler jeg at det er vanskelig å få masken tett, og vi må derfor seponere sonden. Vi har da et A-problem, det er pusten som er problemet, vi må prioritere. Enten blir pasienten bedre eller så må pasienten intuberes.»*

Flere av informantene forteller at det er mer sikkert med sonde når pasientene er intubert, med tanke på aspirasjon. En av informantene har opplevd at en pasient ble ekstubert og aspirerte, noe som førte til aspirasjonspneumoni og reintubering:

Informant 1, FG1: *«Hos en pasient hvor enteral ernæring var stoppet og aspirat var sjekket, endte det opp med en aspirasjonspneumoni og reintubering. Det var skrekksenario selv om ernæringen var stoppet. Det var en pasient som var ekstubert.»*

5 Diskusjon

Hensikten med studiet var å undersøke intensivsykepleierens erfaringer med tidlig oppstart av enteral ernæring til voksne intensivpasienter. Vi har valgt å diskutere resultatene med utgangspunkt i de samme fem hovedkategoriene vi identifiserte i analysen.

5.1 Intensivsykepleierens ansvar og utfordringer

Informantene forteller om mye ansvar ved administrering av enteral ernæring i form av opptrapping av ernæring, sikre riktig kaloriinntak, kontroll av aspiratmengde, observasjoner av pasienten og sikring av utstyr som ernæringssonde. Dette samsvarer med studien til Persenius et al. (2006), som viser til at sykepleierne har ansvar ved administrering av ernæring til intensivpasienter, men ikke et like stort ansvar ved vurdering av ernæring. Bloomer et al. (2017) sin studie viser at sykepleierens ansvarsområde ved enteral ernæring var vurdering av oppstart, administrering, vurdering av intoleranser, at pasientene fikk forskrevet sitt kaloribehov og forebygge stopp og pauser som kunne føre til ernæringsunderskudd. Informantene i vår studie forteller om hendelser hvor ernæringen blir stoppet av intensivsykepleierne av ulike grunner og det kan ta tid før ernæringen startes igjen. Ettersom intensivsykepleiere har flere ansvarsområder rundt intensivpasientene, for eksempel mobilisering og leiring, mener vi det er naturlig å stoppe ernæringstilførselen for å utføre disse oppgavene på en sikker måte. I både studien til Bloomer et al. (2017) og Kim et al. (2012) var avbrytelser grunnet sykepleieprosedyrer en viktig barriere for tilførsel av enteral ernæring til intensivpasienter. Vi mener dersom intensivsykepleiere stopper tilførsel av enteral ernæring kan det føre til at pasientene får for lite kalorier, og tidlig oppstart etter

prosedyrer og oppgaver bør ha høyere prioritering i de tilfeller det er forsvarlig. I studien til Elpern et al. (2004) var 35,7 % av årsakene til stans i ernæring undersøkelser og prosedyrer. Vi mener det bør vurderes hvilke prosedyrer ernæringen stoppes for og det bør foreligge klare retningslinjer for dette, da individuelle vurderinger og unødvendig stans i ernæringen kan føre til at pasientene får mindre kalorier enn ordinert. Informantene i vår studie fortalte at slike retningslinjer manglet.

Informantene har i tillegg ansvar for justering av hastighet, følge med på blodglukose, elektrolytter, aspiratmengde og at hodeenden på sengen er elevvert. De observerer også pasientenes tarmfunksjon og hvilke medisiner pasientene får administrert i forhold til dette. Ifølge Stubberud (2015b) skal intensivsykepleieren drive med sekundærforebygging gjennom å vurdere, identifisere og observere intensivpasientens grunnleggende behov og livsviktige funksjoner. Intensivsykepleieren skal sikre at pasientens behandling har kontinuitet (Stubberud, 2015b). Informantene i vår studie forteller at de tar flere egne vurderinger tilknyttet hver enkelt pasient, og de har en stor rolle i å gi pasienten rett ernæringsbehandling. Ifølge Tanner (2006) finnes det ikke en sykepleieprosess som fungerer i alle situasjoner, da vurderinger er avhengig av den første kliniske vurdering, bakgrunn og pasientrelasjon. Informantene i vår studie forteller de har et stort og komplekst ansvar ved pleie og behandling av hver enkelt intensivpasient. Vi mener den kliniske vurderingen rundt ernæringstilførselene er en viktig del av ansvaret. Informantene forteller de gjøre ulike individuelle vurderinger til hver enkelt pasient, noe som kan tyde på at de er bevisst på at det ikke er en sykepleieprosess som fungerer på alle pasienter. Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring underbygger også dette, med individuell tilpasset ernæringsbehandling (Helsedirektoratet, 2013).

Informantene forteller om delt ansvar i forhold til tidlig oppstart av enteral ernæring, men legen har hovedansvaret. Dette bekreftes av Stubberud (2015a) der han sier intensivsykepleieren har ansvar for administrering av ernæring, men at lege har størst ansvar. Sykepleierens rolle i intensivavdelingen har endret seg de siste årene med økende ansvar og autonomi, men det foreligger fortsatt tradisjonelt hierarki innenfor det kliniske teamet (Persenius et al., 2006). Ifølge Persenius et al. (2006) viser flere studier at sykepleieren påvirker legen når det kommer til ordinerer av enteral ernæring. Informantene våre erfarer noe av det samme, der de ofte foreslår oppstart av enteral ernæring dersom legene ikke ordinerer. Vi mener selv om legen har hovedansvaret for pasientbehandlingen er det viktig at intensivsykepleiere tenker på helheten. Ansvar for administrering av ernæring er ikke bare å

gi pasientene ernæring, men også følge opp at ernæring vurderes og tas stilling til av ansvarlig lege. Informantene forteller at intensivsykepleieren i noen situasjoner har mer erfaring med tidlig oppstart av enteral ernæring enn nye leger på vakt. Da kan det være intensivsykepleierens ansvar å ta opp ernærings spørsmål og sikre at pasientene får kaloribehovet sitt. Tanner (2006) beskriver viktigheten med klinisk erfaring hos sykepleiere da en erfaren intensivsykepleier kjenner til de fleste gjøremål rundt en intensivpasient. En erfaren intensivsykepleier har dermed kanskje fokus på ernæring som en av mange viktige aspekter ved pleien og klarer dermed å trekke de riktige beslutningene. Vi mener med bakgrunn i Benner (1995) sin kompetansesliste og Tanner (2006) sin modell for klinisk vurdering at en uerfaren intensivsykepleier kanskje ikke tar samme vurderinger som en erfaren. Dette da en uerfaren intensivsykepleier mangler et helhetlig blikk over ukjente situasjoner. En av informantene forteller at de har et stort ansvar og mange arbeidsoppgaver rundt intensivpasientene. I tillegg til å sikre tidlig oppstart av enteral ernæring har de andre arbeidsoppgaver i løpet av sin arbeidsdag og informanten mener derfor det ikke er intensivsykepleierens ansvar å følge med på om legen ordinerer enteral ernæring. Vi mener at sykepleie til en intensivpasient er kompleks og tverrfaglig. Her er det et helhetlig tankesett der alle funksjoner og behov hos pasienten skal ivaretas. Klinisk vurdering vil være viktig for å sikre at pasienten får tilpasset ernæringsbehandling.

Informantene mener at samarbeidet med intensivlegene fungerer godt, men at intensivlegene ikke alltid følger opp hvor mye kalorier pasientene har fått. Dette samsvarer med studien til Kim et al. (2012), der lignende funn kunne føre til nedsatt ernæringstilførsel til pasientene. Dersom intensivlegen ikke er observant på hvor mye kalorier pasienten har fått, kan det hende de ikke vet at ordinert kaloribehov ikke alltid nås. Vi mener intensivsykepleieren og intensivlegen bør ha fokus på pasientenes kaloriinntak, slik at pasientene ikke blir underernært. Å individualisere kaloribehovet til hver enkelt pasient er ifølge Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet, 2013) et ansvar helsepersonell har for å sikre riktig behandling til den enkelte pasient.

I studien til Morphet et al. (2016) svarte flere av sykepleierne at de hadde fått lite undervisning om ernæring gjennom utdannelsen og at det var begrenset med undervisning ved deres arbeidsplasser. I vår studie forteller en av informantene at intensivsykepleieres kunnskaper om enteral ernæring ikke er like god som legens og at beregning av kalorier og proteiner ikke kan forventes av intensivsykepleiere. Ifølge Stubberud (2015a) er det et selvstendig og delegert ansvar hos intensivsykepleieren ved administrering av ernæring til

intensivpasienter. Det er derfor viktig med kunnskap om hvordan ernæringsbehovet skal oppnås og om pasientene har spesielle behov tilknyttet dette. Ifølge Tanner (2006) kan sykepleierens kliniske vurdering påvirkes av maktforskjeller mellom lege og sykepleier. Vi mener dersom intensivsykepleieren og intensivlegen har ulike forventninger til ansvar og kunnskap ved ernæring til pasientene, kan det være med å påvirke ordinerings og tilførsel av kalorier. I slike tilfeller vil en avklaring av forventninger og ansvar mellom intensivsykepleieren og intensivlegen være viktig.

Informantene forteller at de ofte foreslår å legge ned sonde på alle pasientene i forbindelse med sedering og intubering selv om ernæring ikke skal gis. Vi mener det viser at intensivsykepleiere tenker føre-var i forhold til ernæring. Det kan tenkes at det er lettere å starte ernæring når pasientene har sonde. I litteraturstudien til Kim et al. (2012) kom det frem at ventetid på å få lagt sonde på pasientene kunne føre til åtte timers forsinkelse i tilførselen av enteral ernæring. På bakgrunn av informantenes erfaringer om at det kan ta lang tid å få lagt ned ernæringssonde dersom de trenger hjelp av gastroenterolog, mener vi at å involvere dem tidligere kanskje kan føre til at oppstart av enteral ernæring skjer raskere.

Informantene opplever det som usikkert å stole på ernæringssonden; om den ligger i ventrikkelen og om riktig aspiratmengde blir målt da ernæringssonden er tynn. Ifølge studien til Kim et al. (2012) ble tett ernæringssonde og forflytning av ernæringssonden nevnt som viktige faktorer som kunne være med å påvirke tilførsel av enteral ernæring. Informantene i vår studie forteller om viktigheten med merking av sondens plassering som et sikkerhetstiltak, for å gjøre observasjoner om sonden har forflyttet seg både opp og ned, og i hvilket nesebor den ligger i. Ifølge Stubberud (2015a) skal sonden festes godt og kontrolleres en gang per vakt, da sonden lett kan forflytte seg. I studien til Persenius et al. (2006) ble det observert at ingen av sykepleierne merket sondens plassering. Ulike sykepleieprosedyrer, leiring og forflytning av pasienten kan føre til at sonden forflytter seg. Vi mener merking av sondens plassering vil gjøre det lettere å vite om sonden har forflyttet seg etter prosedyrer og kan føre til raskere oppstart av enteral ernæring. Det vil kanskje alltid være et usikkerhetsmoment om sonden ligger rett ettersom sonden kan forflytte seg dersom pasienten for eksempel hoster. Kontroll av sonden vil være viktig før enteral ernæring startes.

En av informantene forteller om ubehag og usikkerhet når pasientene ikke får i seg nok næring. I studien til Morphett et al. (2016) svarte intensivsykepleierne at de hadde manglende forståelse over konsekvensene av underernæring. Ubegrepet informantene snakker om forteller

om en forståelse av at manglende ernæring kan føre til konsekvenser for pasientene. Vi mener dette kan bunne i egne erfaringer og ansvarsfølelse for å ivareta alle behov pasientene har. Tanner (2006) mener de erfaringer helsepersonell tilegner seg er en viktig egenskap i klinisk vurdering, da erfaringene er grunnlaget for den kunnskapen som tilegnes og de vurderinger som gjøres.

Ifølge Stubberud (2015a) er det viktig med godt tverrfaglig samarbeid rundt ernæring mellom sykepleier, lege og ernæringsfysiolog. Dette da intensivpasienter ofte er komplekse og har et sammensatt sykdomsbilde. Hos pasienter med operasjoner eller sykdommer i GI-traktus forteller informantene at gastrokirurg konfereres før enteral ernæring startes. Informantene forteller at når det oppstår problemer med å ernære pasientene eller når spesielle hensyn må tas, henviser intensivlege til ernæringsfysiolog. Et funn i Persenius et al. (2006) sin studie er at ikke alle intensivsykepleierne nevnte ernæringsteam i deres arbeid med enteral ernæring til intensivpasienter. Dette samsvarer ikke med funn fra vår studie, der alle informantene er godt kjent med ernæringsfysiolog og benytte ernæringsfysiologens kompetanse.

5.2 Å arbeide kunnskapsbasert

Informantene opplever at interessen for enteral ernæring har økt de siste årene. De er enige om at enteral ernæring er bedre å gi til intensivpasientene istedenfor parenteral ernæring. Lewis et al. (2018) sin studie viste ingen forskjell i mortalitet ved bruk av enteral ernæring fremfor parenteral ernæring. Dette samsvarer med funn gjort av Tian et al. (2018), men funn gjort i subgruppe-analysen viste at forsinket oppstart av enteral ernæring kan føre til økt mortalitet og komplikasjoner som pneumoni sammenlignet med tidlig oppstart. Ifølge Hagve et al. (2020) har tilførselen av parenteral ernæring vist å gi økt risiko for infeksjon, hyperglykemi, elektrolyttforstyrrelser og multiorgansvikt. ESPEN retningslinjer underbygger også dette, og anbefaler enteral ernæring foran parenteral dersom det ikke foreligger kontraindikasjoner (Singer et al., 2019). Anbefalingene baseres på studier som viser reduksjon i infeksjoner, og pasienter som fikk enteral ernæring foran parenteral ernæring hadde både kortere intensiv- og sykehusopphold (Singer et al., 2019). Informantene har ingen begrunnelse for hvorfor tidlig oppstart av enteral ernæring er bedre enn parenteral ernæring, men deres tanker om å starte enteral ernæring før parenteral ernæring, er i tråd med overnevnt forskning og retningslinjer.

Informantene forteller at de ønsker å tenke nytt dersom pasientene må faste grunnet prosedyrer eller operasjoner. De foreslår å aspirere ventrikkelen istedenfor at pasientene faster lengre enn nødvendig i påvente av undersøkelser og prosedyrer. Flere studier viser til avbrutt og forsinket tilførsel av enteral ernæring. Avbrytelsene forekom blant annet før prosedyrer, kirurgi og planlagt ekstubasjon, og kunne medføre at pasientene fikk ernæringsunderskudd (Bloomer et al., 2017; Elpern et al., 2004; Kozeniecki et al., 2015). I alle tre overnevnte studier var fasting før prosedyrer en av årsakene til avbrudd i ernæringen. I studien til Kozeniecki et al. (2015) førte avbruddene til at pasientene tapte 13-29 % ernæring daglig. Vi mener informantenes tanker rundt aspirering av ventrikkelen istedenfor langvarig fasting kan tenkes å redusere tiden med avbrudd i ernæringstilførselen slik at pasientene får flere kalorier. På den andre siden problematiserte informantene det å stole på ernæringssonden når det kom til riktig aspiratmengde. Vi mener det må veies for og imot i situasjoner der pasientene faster langvarig, og underernæring må også vurderes som en risikofaktor.

I studien til Morphet et al. (2016) svarte intensivsykepleierne at feilernæring og GI-fysiologi var kunnskapsområder de kunne mindre om og som tidligere nevnt manglet de forståelse av konsekvensene av underernæring. Informantene i vår studie forteller at enteral ernæring hyppig blir stoppet uten å ha konferert med kollegaer eller ansvarlig intensivlege. De forteller at annen medisinsk behandling ikke blir stoppet uten videre. I studien til Mowe et al. (2008) svarte flere leger og sykepleiere at lite kunnskap om enteral ernæring, manglende interesse og ansvarsfølelse var en viktig barriere for god ernæringspraksis til intensivpasienter. Ifølge Benner (1995) er det gjennom erfaring sykepleieren ser helheten i situasjoner, og gjennom erfaring kan forskning og teori trekkes inn i vurderingene. Når sykepleieren har opparbeidet seg nok erfaring kan det tenkes at den helhetlige pasientbehandlingen blir mer tydelig og i fokus. At informantene forteller at ernæring blir stoppet av intensivsykepleieren uten å konferere med lege eller kollegaer, kan tyde på manglende helhetlig behandling, eller mangel på kunnskaper om ernæring og forskning rundt det.

Informantene forteller at ernæring ikke alltid blir ansett som like spennende sammenlignet med annen behandling til intensivpasienten, og at annen behandling prioriteres foran ernæring. I studien til Mowe et al. (2008) ble det undersøkt hvorfor sykepleiere som ble tilbudt å delta i studien ikke ønsket å delta. Mange svarte at de hadde mindre interesse rundt ernæring og de mente ernæring ikke var like relevant i deres arbeidshverdag med intensivpasienter. De nevnte at respiratoriske og sirkulatoriske problemer hos

intensivpasienten var mer interessant og vant mer plass i behandlingen. Lignende funn komme frem i studien til Bloomer et al. (2017), hvor deltakerne ble spurt om å rangere åtte aspekter rundt behandling av intensivpasienter. Her ble ABC-prinsippet (airway, breathing and circulation) prioritert, med respirasjon- og sirkulasjonsovervåkning som viktigst. Ernæring ble rangert som nummer seks, etterfulgt av hygiene og psykososial pleie. Ifølge Tanner (2006) vil sykepleierens holdninger kunne være med å påvirke den kliniske vurderingen. Intensivsykepleierens holdninger til enteral ernæring kan dermed påvirke tilførselen av kalorier. Manglende interesse for ernæringsbehandling vil trolig føre til underernæring hos pasientene, da funn i vår studie viser at intensivsykepleierne har et stort ansvar for denne behandlingen. Intensivsykepleiere skal prioritere ut fra ABC-prinsippet, men vi mener at når intensivpasientenes tilstand har stabilisert seg, er det viktig å vurdere oppstart av enteral ernæring for å unngå underernæring. Vi må understreke at vi ikke mener ernæring går foran respirasjon og sirkulasjon, vi er opptatt av det helhetlige i pasientbehandlingen.

Ifølge informantene er det et større fokus på undervisning om enteral ernæring den siste tiden. Et av funnene Persenius et al. (2006) gjorde i sin studie var at intensivsykepleierens hovedkilde til kunnskaper om enteral ernæring kom fra kollegaer. I studien til Morphet et al. (2016) kom det frem at deltakerne foretrakk en uformell kunnskapsdeling ved pasientsengen fra erfarne kollegaer eller kostholdsekspertter. I studien til Mowe et al. (2008) konkluderte forskerne med at dårlig ernæringsundervisning kunne være en årsak til mindre kunnskaper om enteral ernæring. Da undervisning om ernæring i sykehus og avdelinger kan være begrenset, mente de at bedre undervisning gjennom studietiden er viktig (Mowe et al., 2008).

Informantene forteller at det er viktig å dele kunnskap og erfaringer om ernæring med kollegaer. Selv om det er bra å diskutere og utveksle erfaringer med hverandre, mener vi det er viktig at intensivsykepleiere arbeider kunnskapsbasert. Ifølge Polit og Beck (2017) bør avgjørelser i pasientbehandlingen baseres på nyere forskning. Flere studier viser at når kunnskap økes og rutiner endres gradvis på en avdeling, får pasientene dekket en større andel av sitt ernæringsbehov (Friesecke et al., 2014; Petosic et al., 2015; Wøien & Akselsen, 2009). Dette samsvarer med informantenes oppfatning av at økt interesse og kunnskap fører til bedre ernæringspraksis.

5.3 Bruk av ernæringsprotokoll

Det er enighet blant informantene om at bruk av ernæringsprotokoll gjør det lettere å starte opp ernæring og at ernæringsprotokollen er lett å følge. Friesecke et al. (2014) implementerte

ernæringsprotokoller i en intensivavdeling og fant at pasientene ble fullernært i større grad etter intervensjonen enn før. I tillegg ble ernæringen startet opp tidligere. I overnevnte studie hadde sykepleierne fått opplæring og ansvar for å starte opp ernæring, uavhengig av legen, noe intensivsykepleierne i vår studie ikke har fått, men informantene forteller at ernæringsprotokollen gjør dem mindre avhengig av legen. I både studiet av Wøien og Akselsen (2009) og Petosic et al. (2015) ble det gjort intervensjoner på avdelinger der resultatene viste at da ernæringsprotokoll ble innført fikk pasientene dekket mer av sitt ernæringsbehov, sammenlignet med kontrollgruppen. Studiet til Wikjord et al. (2017) viser til lignende resultater hvor pasientene fikk dekket sitt kaloribehov ved bruk av ernæringsprotokoll. Ifølge informantene står fremgangsmåten for å øke ernæring og eventuelt avvente med å øke, godt beskrevet i ernæringsprotokollen. Selv om informantene forteller at ernæringsprotokoller gjør det enkelt å starte enteral ernæring, mener vi den ikke bør gi rom for egen tolkning. Ernæringsprotokollen skal være lett å forstå, og det bør stå beskrevet hvordan avvik fra ernæringsprotokollen skal håndteres. Ifølge Benner (1995) sin kompetansestige vil ikke en sykepleier som har nådd nivå «ekspert» ha behov for prosedyrer og retningslinjer for å ta avgjørelser. Vi mener at selv om dette nivået nås er det behov for å følge ernæringsprotokollen. Ernæringsprotokollen er et viktig verktøy for å sikre at enteral ernæring vurderes til pasienten. Gjennom denne er ikke intensivsykepleieren avhengig av å være erfaren for å vurdere oppstart av enteral ernæring, og intensivsykepleiere med ulik erfaring kan ta vurderingen om oppstart av enteral ernæring ved hjelp av ernæringsprotokollen.

Selv om informantene kan starte opp enteral ernæring ved hjelp av ernæringsprotokollen er de avhengige av lege som ordinerer ernæringen og hjelper til dersom det er avvik fra protokollen. Bortsett fra det behersker informantene opptrapping selv og vurderer ut fra aspiratmengde. Ifølge informantene er ernæringsprotokollen godt implementert i avdelingen og det er en selvfølge at denne skal brukes ved oppstart av enteral ernæring. Ved hjelp av ernæringsprotokollen skal intensivpasientene være fullernært innen tre dager, men informantene sier ikke noe om hva som blir regnet som tidlig oppstart. Ifølge ESPENs retningslinjer anbefales det å vurdere oppstart av enteral ernæring innen de første 48 timer etter innleggelse på intensivavdeling. De første tre døgn anbefales det ikke å fullernære pasientene. Dersom pasientenes tilstand tillater det kan de få dekket 80-100 % av kaloribehovet sitt etter tredje døgn (Singer et al., 2019). Informantene diskuterer forskjeller på ernæringsprotokoller fra avdeling og sykehus de har arbeidet på, og en av informantene

forteller at ved en tidligere avdeling skulle pasientene ifølge deres ernæringsprotokoll, fullernæres innen første døgn. I ESPENs retningslinjer er det ikke anbefalt at mer enn 70 % av energibehovet dekkes de tre første døgnene (Singer et al., 2019). Retningslinjene kom i 2019, og det kan hende at informantenes ernæringsprotokoll er oppdatert etter disse. Videre kan det hende at ernæringsprotokollen de hadde brukt på et annet sykehus ikke er oppdatert etter retningslinjene. Vi tenker det kan være en forklaring på ulikheter mellom ulike avdelinger. I studien til Wøien og Akselsen (2009) konkluderte de med at det var naturlig at pasientene fikk tilført nok kalorier etter tre døgn. Pasientsituasjonen har da ofte stabilisert seg, sykepleiere og leger har oversikt og kjennskap til pasienten.

Informantene uttrykker at de er trygge på bruk av ernæringsprotokoll, men de opplever at den kan være vanskelig å følge i tilfeller der pasienten ikke «passer inn». Ernæringsprotokollen er standardisert og ved avvik må det tas individuelle vurderinger. Ut fra informantenes beretninger varierer disse vurderingene ut fra hvem som er på jobb. Dette bemerket informantene som utfordrende. Informantene forteller at det kan gå tid før sondematen startes opp i tilfeller der det er uklart når den kan startes. Dette fører også til individuelle vurderinger om hvor lenge pasientene må faste, etter for eksempel ekstubering. Intensivsykepleiernes egen interesse for å søke kunnskap om ernæring tenker vi vil påvirke hvordan intensivsykepleierne handler. Som nevnt vil en uerfaren sykepleier ha behov for retningslinjer i sitt arbeid (Benner, 1995). De har ikke opparbeidet seg nok erfaring for å kjenne igjen og mestre nye situasjoner. Informantene har variert arbeidserfaring fra 1 år til 28 år som intensivsykepleiere. Sykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert, og ifølge Tanner (2006) sin modell vil en sykepleier med erfaring håndtere ulike situasjoner ved å tolke, svare og reflektere, da de har opplevd mange situasjoner de kan relatere beslutningene til. En mindre erfaren sykepleier må opparbeide seg klinisk blikk før de kan handle intuitivt. Vi mener at i de tilfeller hvor pasienten ikke «passer inn» i ernæringsprotokollen vil erfaring kunne ha betydning for hvordan intensivsykepleieren vurderer oppstart av enteral ernæring. Med bakgrunn i Benner (1995) sin beskrivelse av «kyndig» og «ekspert», tenker vi de intensivsykepleierne som kommer til disse nivåene ser et helhetlig bilde av pasientsituasjonen og gjør vurderinger utenfor ernæringsprotokollen. Dette kan intensivsykepleierne gjøre basert på lignende erfaringer og kunnskaper. For å sikre at alle intensivsykepleiere, uansett erfaring, kan starte opp enteral ernæring til intensivpasientene, mener vi det bør være føringer som tar høyde for de tilfellene hvor pasienten ikke «passer inn» i den opprinnelige ernæringsprotokollen.

Ernæringsprotokollen beskriver hvor mye ernæringen skal startes på, hvor ofte de skal aspirere på sonden og hvordan intensivsykepleierne skal forholde seg til aspiratmengde. Informantene forteller at flere av deres kollegaer ikke alltid følger ernæringsprotokollen, og vurderer selv hvor mye aspirat som kastes og settes tilbake. I studien til Elpern et al. (2004) kom det frem at høy aspiratmengde er et usikkert tegn på nedsatt fordøyelse og at en enkel måling av høy aspiratmengde ikke bør føre til at enteral ernæring blir stoppet. Trenden i målingene er viktigere enn en enkelt måling av høy aspiratmengde (Elpern et al., 2004). Vi mener dersom intensivsykepleiere har erfaringer med mye ventrikkelaspirat og aspirasjon til lungene, kan det tenkes at intensivsykepleierne tar vurderinger om å kaste aspirat på for eksempel 400 ml. Tanner (2006) beskriver i sin teori at sykepleieres kliniske vurdering er basert på egne erfaringer. Dersom intensivsykepleieren ikke overkommer negative opplevelser om aspirasjon, mener vi det kan føre til at ernæring blir stoppet på grunn av usikkerhet, og at pasientene får for lite ernæring. Det kan ha konsekvenser for pasientene.

5.4 Pasientens tilstand

Informantene forteller at tidlig oppstart av enteral ernæring er avhengig av pasientens tilstand. Enteral ernæring blir som tidligere nevnt ofte nedprioritert til intensivpasientens respiratoriske-, sirkulatoriske- og nevrologiske tilstand har stabilisert seg. Kim et al. (2012) fant i sin studie at pasientens tilstand kan føre til manglende ordinerings av enteral ernæring. Ifølge ESPENs retningslinjer skal ernærings situasjonen vurderes individuelt hos hver pasient i lys av deres tilstand (Singer et al., 2019). Ifølge Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring skal personer som er i risiko for underernæring ha en plan med tiltak tilpasset deres individuelle behov (Helsedirektoratet, 2013). Hos noen pasientgrupper finnes det egne anbefalinger, men ellers skal det startes medisinsk ernæring innen to døgn etter innleggelse på intensivavdeling dersom tilstanden tillater det (Hagve et al., 2020). Vi mener at selv om intensivpasientens tilstand er ustabil så bør ernæring alltid være i fokus, der det bør begrunnes og dokumenteres hvorfor det for eksempel avventes med oppstart av enteral ernæring, eller hvorfor oppstart avviker fra retningslinjene eller ernæringsprotokollen. Ifølge informantene blir enteral ernæring avventet i opptil tre til fire døgn dersom pasientene er ustabile, eksempelvis sirkulatorisk ustabile med høy dose vasopressorer eller høye innstilte trykk på respiratoren. Lignende funn ble gjort i litteraturstudien til Kim et al. (2012), hvor enteral ernæring vanligvis avventes hos intensivpasienter inntil de er stabile, og dette fører ofte til at ernæringen ikke blir startet før etter flere dager. Videre kom det frem i studien at stabile intensivpasienter tåler en raskere økning av enteral ernæringstilførsel der kaloribehovet

oppnås innen 48 til 72 timer (Kim et al., 2012). Det kan føre til økt kaloriinntak. Som en av informantene i vår studie forteller, kroppen kan ikke drives uten drivstoff.

Kontraindikasjoner for tidlig oppstart av enteral ernæring er, ifølge Seres (2019), sirkulatorisk ustabile pasienter, pasienter med lite væskevolum intravasalt, tarmobstruksjoner, alvorlig og langvarig ileus, store øvre gastrointestinal blødninger, alvorlig oppkast og diare, og fistler i øvre mage-tarmsystem. Et av funnene i studien til Kim et al. (2012) var at gastrointestinal dysfunksjon forekomme oftere hos alvorlig syke pasienter enn hos de som var mindre alvorlig syk. Dette kunne føre til ufullstendig næringstilførsel. Studien konkluderte med at gastrointestinal dysfunksjon måtte ses i lys av pasientenes tilstand (Kim et al., 2012).

Informantene opplever at det ofte er utfordrende med gastrokirurgiske pasienter og tidlig oppstart av enteral ernæring. Informantene må konferere med gastrokirurgene før oppstart, og ofte går sondematen på lav hastighet. I studien til Cahill et al. (2012) oppga nesten halvparten av deltagerne at en barriere for at pasientene ikke fikk dekket sitt kaloribehovet via enteral ernæring var beskjed fra andre leger (ikke intensivleger) om at enteral ernæring ikke skulle startes. I ESPENs retningslinjer er det hos gastrokirurgiske pasienter ikke en generell kontraindikasjon for tidlig oppstart av enteral ernæring (Singer et al., 2019), vi mener da komplikasjoner i gastrointestinaltraktus kan forekomme er det forståelig at intensivsykepleiere er forsiktig med oppstart hos denne pasientgruppen. Ifølge ESPENs retningslinjene bør enteral ernæring avventes hos pasienter med ukontrollert øvre GI-blødning, øvre tarm-iskemi, tarmfistel med høy utgang, pasienter med abdominalt kompartmentssyndrom og pasienter med aspiratmengden over 500 milliliter over seks timer (Singer et al., 2019). Ifølge informantene startes parenteral ernæring i tilfeller der pasientene ikke er fullernærte innen fem døgn. Ifølge retningslinjene til ESPEN anbefales det oppstart av parenteral ernæring tredje til syvende intensivdøgn, dersom pasientene av ulike årsaker ikke fullernæres enteralt (Singer et al., 2019), men enteral ernæring skal forsøkes dersom pasientene ikke klarer å innta ernæring per os og parenteral ernæring skal avventes (Hagve et al., 2020). I tilfeller der gastrokirurger ønsker å avvente enteral ernæring, mener vi at tverrfaglig samarbeid er viktig for å finne løsninger for tilførsel av ernæring til intensivpasientene, slik at underernæring ikke forekommer.

Noen utfordringer informantene opplever ved administrering av enteral ernæring er kvalme, oppkast og Co₂-opphopning. Ifølge retningslinjer til ESPEN bør tidlig enteral ernæring avventes i tilfeller med ukontrollert livstruende hypoksemi, hyperkapni eller acidose, mens enteral ernæring kan startes hos pasienter med stabil hypoksemi, hyperkapni og acidose

(Singer et al., 2019). I studien til Kim et al. (2012) er gastrointestinal intoleranse i form av for eksempel kvalme og oppkast en hyppig årsak til avbrytelser i tilførselen av enteral ernæring. Elpern et al. (2004) sine funn var at ernæring ofte ble stoppet forebyggende på grunn av mistanke om gastrointestinal intoleranse i form av kvalme og oppkast selv om det ikke var høy aspiratmengde. Reelle tilfeller av høy aspiratmengde stod for 21 % av oppholdene i ernæringen, mens 50 % var forebyggende grunner. Vi mener det er forståelig at kvalme og oppkast er utfordrende ved administrering av enteral ernæring. Da studier viser at ernæring ofte stoppes forbyggende kan det tenkes at intensivsykepleiere bør sette seg inn i nyere forskning, og basere avgjørelsene på bakgrunn av retningslinjer og forskningen. I tillegg tenker vi intensivsykepleiere bør konferere med lege før ernæring stoppes da ernæring er en del av pasientbehandlingen.

Ifølge informantene får pasientene tarmstimulerende medikamenter tidlig. Til tross for dette opplever informantene at pasientene er obstiperte, har diare og mye aspirat. Informantene forteller at de kan være usikre på om enteral ernæring er årsaken til diare og om næringen blir tatt opp i tarmen på grunn av dette. Ifølge ESPENs retningslinjer er alvorlig oppkast og diare en kontraindikasjon for enteral ernæring (Singer et al., 2019). I studien til Elpern et al. (2004) ble det observert diare hos 28 av 39 pasienter, men tilførsel av enteral ernæring ble ikke stoppet av denne grunnen. Studiet konkluderte med at dersom ernæringen hadde blitt stoppet på grunn av diare hadde kaloriinntaket til pasientene blitt mer redusert (Elpern et al., 2004). Dette mener vi er viktig å ha med i vurderingen av ernæringsbehandling til intensivpasienter.

5.5 Intuberte pasienter og ikke-intuberte pasienter

Informantene forteller at de oppfordrer pasienter som ikke er intuberte til å spise og drikke selv, og de forsøker med vann og næringsdrikke først. Hos pasienter som ikke når næringsmålet per os, bør oralt kosttilskudd vurderes først og deretter enteral ernæring (Singer et al., 2019). Dersom pasientene har dysfagi og svelgingen oppleves som utrygg bør enteral ernæring startes. Hos intensivpasienter viser tall at opp mot 80 % får inadekvat ernæring på grunn av tilstanden og ulik behandling (Singer et al., 2019). Vi mener at trygging og motivering i ernærings situasjonen til ikke-intuberte pasienter er viktig. Intensivsykepleieren bør være oppmerksom på at pasientene får dekket sitt næringsbehov. Dersom næringsbehovet ikke dekkes, bør enteral ernæring vurderes tidlig.

Flere av informantene i vår studie forteller at de sjelden legger ned sonde på ikke-intuberte pasienter da de har kort liggetid på intensivavdelingen og skal følges videre på sengepost. Noen av informantene opplever at ernæringen ikke er deres ansvar når pasientene blir skrevet ut av intensivavdelingen. Ifølge Tanner (2006) vil sykepleierens kliniske vurdering være avhengig av avdelingens kunnskaper og rutiner, samt sykepleierens egne holdninger. Noen av informantene forteller at de ikke opplever ansvar for pasientenes ernæringsbehandling etter utskrivelse fra intensivavdelingen. Basert på dette virker det som at det ikke er vanlig prosedyre å lage en individuell ernæringsplan som følger pasienten etter intensivoppholdet. Med tanke på funn gjort av Singer et al. (2019) om at et høyt antall pasienter ikke får tilført nok kalorier og konsekvensene ved underernæring, mener vi at en ernæringsplan for pasientene etter intensivopphold kan være med på å forebygge underernæring og forbedre pasientutkommet.

Informantene forteller at det er enklere å legge ned sonde på intuberte pasienter enn ikke-intuberte pasienter. De opplever at ikke-intuberte pasienter og pasienter i delir, sjeldent tolererte sonde og ofte autoseponerer denne. Informantene forteller at det er mer sikkert å administrere enteral ernæring til intuberte pasienter, da intuberte pasienter har sikker luftvei via endotrachealtube og cuff. De mener det er mindre fare for aspirasjon hos intuberte pasienter enn hos ikke-intuberte pasienter. I studien til Mowe et al. (2008) oppga 17 % av deltagerne at det var vanskelig å ernære pasienter enteralt og at pasientene opplevde ubehag av ernæringssonden. Deltagerne i studien til Mowe et al. (2008) var enige om at pasienter som ikke ønsket å få lagt ned sonde kunne være en årsak til at enteral ernæring ikke ble gitt. Videre mente deltagerne at komplikasjoner rundt tilførselen av enteral ernæring ikke var årsak til at pasientene ikke fikk tilført ernæring enteralt. De mente og at det ikke var stor risiko forbundet med å gi enteral ernæring (Mowe et al., 2008). Vi mener det er viktig å ta seg tid til å forklare og trygge pasienten i ernærings situasjonen. Det kan tenkes at pasientene bør få informasjon om hvorfor de bør få enteral ernæring via sonde da det som nevnt tidligere er stor risiko for underernæring. Pasientene bør i tillegg få vite at enteral ernæring er en medisinsk behandling på lik linje med annen behandling. En annen utfordring som informantene nevner hos ikke-intuberte pasienter er at pasientene ofte er slitne på grunn av respirasjonssvikt og noen har redusert kognitiv funksjon. Informantene opplever det som inngripende å legge ned sonde, og de nevner også problemer med å få maske tett i forbindelse med NIV-behandling når pasientene har sonde. Ernæringssonden kan bli seponert på grunn av et luftveisproblem. Som nevnt tidligere prioriteres tiltak og behandling ut fra ABC-prinsippet. Dersom ernæring

ikke vurderes når pasientens tilstand tillater det, vil det kunne gå ut over ernæringstilførselen til pasientene (Bloomer et al., 2017; Cahill et al., 2012). Ifølge Cahill et al. (2012) kan barrierer for enteral ernæring motvirkes ved å se på helheten: sykehuset, ledere, den enkelte sykepleier, opplæring og kunnskap. Vi mener det kan være lettere med enteral ernæring til intuberte pasienter da de har endotrachealtube som gir trygghet overfor luftveiene. Samme trygghet er ofte ikke til stede hos ikke-intuberte pasienter, og særlig hos pasienter med respirasjonssvikt. Ut fra prioriteringer skal ikke ernæringsbehandling gå foran livreddende behandling, men det bør vurderes enteral ernæring hos ikke-intuberte pasienter dersom tilstanden tillater det. Pasienter med respirasjonssvikt og NIV-behandling kan være for sliten til å innta næring selv. Dersom de ikke får tilført ernæring vil de risikere å bli underernært.

5.6 Implikasjoner for praksis

Da studien kun omfatter åtte intensivsykepleiere, vil det ikke kunne trekkes store slutninger om temaet. Det bør gjøres flere studier på ulike sykehus for å få et større datagrunnlag. Andre implikasjoner for praksis:

- Det bør satses på fagutvikling og kunnskapsbasert praksis rundt enteral ernæring for å styrke intensivsykepleierens plass i pasientbehandlingen.
- Det trenges mer forskning på hvor intensivsykepleiere får sin kunnskap om ernæring fra, og forskning på hvordan intensivsykepleiere i norske sykehus bruker protokoller.
- Det bør sees på kommunikasjon mellom intensivsykepleier og den ikke-intuberte pasienten ved vurdering og oppstart av enteral ernæring.
- Undervisning om ernæring bør løftes frem i grunnutdanningen til sykepleiere, og det bør være økt fokus på undervisning om ernæring til intensivpasienten under utdanningen til intensivsykepleiere.
- Videre utvikling av nasjonale retningslinjer og standardiserte protokoller for ulike pasientgrupper vil kunne gi ernæringsbehandlingen et løft, og det kan tenkes at behandlingen blir lettere i de tilfeller pasientene ikke «passer inn» i prosedyren/protokollen.
- Utfordringer som for eksempel underbemanning, økonomi og vikarer er forhold som kan tenkes gjør det vanskelig å implisere prosedyrer i en intensivavdeling. Kanskje høyt arbeidstempo og nedsatt prioritering av fagdager gjør at for eksempel ernæringsundervisning blir nedprioritert.

6 Avslutning

Intensivsykepleieren har et stort og komplekst ansvar ved tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpatienten, noe informantene har erfaring med. Selv om intensivlegen har et større ansvar for ordinerer, må intensivsykepleieren være med å vurdere tidlig oppstart hos alle intensivpasienter. Det bør også være et tverrfaglig samarbeid rundt ernæringsbehandlingen til intensivpatientene, noe som kan være til hjelp for den helhetlige behandlingen.

Intensivsykepleieren er hos pasientene til enhver tid, administrerer og observerer ernæringstilførselen. At intensivsykepleiere stopper tilførsel av enteral ernæring uten å ha konferert med ansvarlig lege vil kunne føre til at pasientene får for lite kalorier, og tidlig oppstart etter prosedyrer og oppgaver bør ha høyere prioritering i tilfellene der det er forsvarlig. Innføring av ernæringsprotokoller har vist å øke tilførsel av kalorier og ført til tidlig oppstart av enteral ernæring, men forskning viser at ernæringstilførselen fortsatt ikke er optimal. Mangler i ernæringsprotokollen kan føre til usikkerhet og at egne vurderinger som ikke er basert på retningslinjer tas, uten å konferere med lege. Tydelige ernæringsprotokoller med føringer for hvordan intensivsykepleieren går frem for å starte tidlig enteral ernæring hos alle intensivpasienter kan bidra til at flere intensivpasienter oppnår kaloribehovet sitt.

Fokus på enteral ernæring til intensivpasienter har økt den siste tiden, men enteral ernæring kan oppleves som mindre spennende. Selv om intensivsykepleierne prioriterer ut fra ABC-prinsippet, bør ernæringstilførsel vurderes når pasientens tilstand tillater det. Usikkerhet rundt pasientens tilstand hos intensivsykepleier og intensivlege kan ha mye å si for ernæringstilførselen. Dersom pasientens kliniske tilstand ikke vurderes individuelt, kan pasienten risikere å bli underernært. Intensivsykepleiere bør ha kunnskap om oppdaterte anbefalinger, fordeler med tidlig oppstart av enteral ernæring og hva underernæring kan føre til for intensivpatientene.

Referanseliste

- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis* (From novice to expert excellence and power in clinical nursing practice). Oslo, København: TANO i samarbeid med Munksgaard.
- Bloomer, M. J., Clarke, A. B. & Morphet, J. (2017). Nurses' prioritization of enteral nutrition in intensive care units: a national survey. *Nursing in Critical Care*, 23(3), 152-158. <http://doi.org/10.1111/nicc.12284>
- Cahill, N. E., Murch, L., Cook, D. & Heyland, D. K. (2012). Barriers to feeding critically ill patients: A multicenter survey of critical care nurses. *Journal of Critical Care*, 27(6), 727-734. <http://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.07.006>
- Elke, G., van Zanten, A. R. H., Lemieux, M., McCall, M., Jeejeebhoy, K. N., Kott, M., ... Heyland, D. K. (2016). Enteral versus parenteral nutrition in critically ill patients: an updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Critical care (London, England)*, 20(1), 117-117. <http://doi.org/10.1186/s13054-016-1298-1>
- Elpern, E., Stutz, L., Peterson, S., Gurka, D. & Skipper, A. (2004). Outcomes associated with enteral tube feedings in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 13(3), 221-227. <http://doi.org/10.4037/ajcc2004.13.3.221>
- Friesecke, S., Schwabe, A., Stecher, S. S. & Abel, P. (2014). Improvement of enteral nutrition in intensive care unit patients by a nurse-driven feeding protocol. *Nursing in Critical Care*, 19(4), 204-210. [h](http://doi.org/10.1111/nicc.12284)
- Hagve, M., Gjessing, P., Ytrebø, L. M. & Irtun, Ø. (2020). Ernæring hos kritisk syke intensivpasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 140(2). <http://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0426>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/underernaering/Forebygging%20og%20Behandling%20av%20underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/_attachment/inline/a69263ff-b40e-4d23-a7c6-67acce28a88e:48ba11770eaa7f7a1d18145aa0e1f30086ca5dcd/Forebygging%20og%20Behandling%20av%20underernæring%20-%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf
- Helsepersonelloven. (2019). *Lov om helsepersonell* (LOV-2019-04-10-11). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kim, H., Stotts, N. A., Froelicher, E. S., Engler, M. M. & Porter, C. (2012). Why patients in critical care do not receive adequate enteral nutrition? A review of the literature. *Journal of Critical Care*, 27(6), 702-713. <http://doi.org/10.1016/j.jcrc.2012.07.019>
- Klepstad, P. (2010). Intensivmedisinen og dens utfordringer. *Tidsskrift for Den norske legeforsening*, 130(1), 12-12. <http://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0356>
- Kozeniecki, M., McAndrew, N. & Patel, J. J. (2015). Process-Related Barriers to Optimizing Enteral Nutrition in a Tertiary Medical Intensive Care Unit. *Nutrition in Clinical Practice*, 31(1), 80-85. <http://doi.org/10.1177/0884533615611845>
- Lewis, S. R., Schofield-Robinson, O. J., Alderson, P. & Smith, A. F. (2018). Enteral versus parenteral nutrition and enteral versus a combination of enteral and parenteral nutrition for adults in the intensive care unit (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), 1-126. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012276.pub2>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Morphet, J., Clarke, A. B. & Bloomer, M. J. (2016). Intensive care nurses' knowledge of enteral nutrition: A descriptive questionnaire. *Intensive & Critical Care Nursing*, 37, 68-74. <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.07.001>
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., ... Group, T. S. N. (2008). Insufficient nutritional knowledge among health care workers? *Clinical Nutrition*, 27(2), 196-202. <http://doi.org/10.1016/j.clnu.2007.10.014>
- Norsk sykepleierforbund. (2017, 20. september 2017). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/3653453/cache=1512504484000/FA_intensivsykepleiere.pdf
- Persenius, M. W., Larsson, B. W. & Hall-Lord, M.-L. (2006). Enteral nutrition in intensive care: Nurses' perceptions and bedside observations. *Intensive & Critical Care Nursing*, 22(2), 82-94. <http://doi.org/10.1016/j.iccn.2005.09.001>
- Petotic, A., Tøien, K. & Tvedt, C. R. (2015). Retningslinjer økte bruk av enteral ernæring til intensivpasienter. *Sykepleien forskning*, (3), 258-266. <http://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.55049>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research, Generating and assessing Evidence for Nursing Practice* (10 utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Seres, D. (2019, 24. juli). Nutrition support in critically ill patients: An overview. I *Up To Date*. Hentet fra: https://www.uptodate.com/contents/nutrition-support-in-critically-ill-patients-an-overview?search=nutrition%20support%20in%20critically%20ill%20patients:%20an%20overview&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Singer, P., Blaser, A. R., Berger, M. M., Alhazzani, W., Calder, P. C., Casaer, M. P., ... Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition*, 38(1), 48-79. <http://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.037>
- Stubberud, D.-G. (2015a). Ernæring. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 220-259). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015b). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 43-73). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211. <https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04>
- Thisted, J. (2010). *Forskningsmetode i praksis: projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik*. København: Munksgaard.
- Tian, T. F., Heighes, J. P., Allingstrup, S. M. & Doig, S. G. (2018). Early Enteral Nutrition Provided Within 24 Hours of ICU Admission: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*. *Critical Care Medicine*, 46(7), 1049-1056. <http://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003152>
- Wikjord, K., Dahl, V. & Søvik, S. (2017). Effects on nutritional care practice after implementation of a flow chart - based nutrition support protocol in an intensive care unit. *Nursing Open*, 4(4), 282-291. <http://doi.org/10.1002/nop2.99>
- Wøien, H. & Akselsen, G. R. (2009). Klarer sykepleieren å ernære intensivpatienten tilfredsstillende? *Sykepleien forskning*, 4, 278-286.

Wøien, H. & Bjørk, I. T. (2006). Nutrition of the critically ill patient and effects of implementing a nutritional support algorithm in ICU. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 168-177. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01262.x>

Vedlegg 1 – Søknad til forskningsfelt



UiT Norges arktiske universitet

Ellen Haug og Lone Olsen Dyrkoren
[Redacted]

18. desember 2019



Søknad til forskningsfeltet

Vi er to studenter ved master i sykepleie – studieretning intensivsykepleie ved UiT Norges arktiske universitet. En del av mastergraden er å gjennomføre et prosjekt med tittel «Tidlig oppstart av enteral ernæring til ikke-intuberte intensivpasienter». Studien omhandler intensivsykepleiere sin erfaring med tidlig oppstart av enteral ernæring til ikke-intuberte intensivpasienter. Hensikten med studien er å få mer kunnskap om hvilke faktorer som har betydning for tidlig oppstart av ernæring ut fra intensivsykepleieres perspektiv. Ifølge teori og tidligere forskning er det viktig med ernæring til kritisk syke pasienter og tidlig oppstart av enteral ernæring anbefales dersom pasientene ikke kan innta ernæring selv. For mer informasjon se vedlagt prosjektskisse.

Problemstillingen i studien er: «Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med tidlig oppstart av enteral ernæring til ikke-intuberte intensivpasienter?».

Vi søker om tillatelse og hjelp til å inkludere 5-8 intensivsykepleiere og inklusjonskriterie er videreutdanning i intensivsykepleie og at de arbeider i klinisk praksis med ikke-intuberte intensivpasienter. Vi ønsker et utvalg som er tilfeldig med hensyn til kjønn.

Datamaterialet vil bli samlet inn via fokusgruppeintervju. Det blir gjort opptak av intervjuet på godkjent opptaker, som blir oppbevart på sikker maskinvare med passord tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon. Lydopptakene vil ikke være tilgjengelig for andre enn studentene og prosjektansvarlig. Informasjonen vi får ut av forskningsprosjektet anonymiseres, og deltakerne vil ikke kunne bli gjenkjent. Intervjuet er beregnet til å vare fra 1,5 timer. Vi ønsker å gjennomføre intervjuet i løpet av januar 2020.

Behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet er UiT Norges arktiske universitet, og prosjektansvarlig er førsteamanuensis Monica Kvande.

Vår kontaktinformasjon er:

Ellen Haug (student): Mail: [REDACTED]

Lone Dyrkoren (student): Mail: [REDACTED]

Monica Kvande (prosjektleder/veileder) Mail: [REDACTED]

Med vennlig hilsen

Ellen Haug
(Student)

Lone Dyrkoren
(Student)

Monica Kvande
(veileder)

Vedlegg

Prosjektbeskrivelse

Tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD)

Kopi:

Monica Kvande

Institutt for helse og omsorgsfag

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT, Norges Arktiske Universitet

Vedlegg 2 – Informasjonsskriv/samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet «erfaringer med tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke intensivsykepleieres erfaring med tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter. Gjennom fokusgruppeintervju ønsker vi å få verdifulle erfaringer som kan bedre praksis for enteral ernæring hos intensivpasienter.

Problemstillingen for vårt forskningsprosjekt er: «*Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter?*».

Dette prosjektet er et masterprosjekt.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

UiT Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har tatt kontakt med avdelingen din, for å få hjelp til å finne deltagere til vårt forskningsprosjekt. Vi ønsker å intervju 5-8 intensivsykepleiere med ulik arbeidserfaring. Du er valgt ut fordi din leder har hjulpet oss med å finne intensivsykepleiere med ulik erfaring.

Hva innebærer det for deg å delta?

Intensivsykepleiere tilknyttet intensivavdelingen vil bli forespurt om å delta i forskningsprosjektet. Datamaterialet vil bli samlet inn via fokusgruppeintervju og det vil være 5-8 i gruppen. Deltakelsen i prosjektet innebærer at du må sette av 1-2 timer til deltakelse i fokusgruppeintervju sammen med intensivsykepleierne ved samme intensivavdeling.

Temaet for fokusgruppeintervjuet vil være tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter. Det vil bli stilt spørsmål om deres erfaring når det kommer til enteral ernæring og vi ønsker en dialog/diskusjon mellom deg og dine kollegaer.

Under intervjuet blir samtalene tatt opp på godkjent opptaker og notater skrives underveis. Disse opptakene skal bli nedskrevet anonymt og analyseres, og resultat presenteres i en masteroppgave. Vi planlegger å skrive en forskningsartikkel basert på funnene i masteroppgaven.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke, uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil

ikke ha noen negative konsekvenser for deg dersom du ikke ønsker å delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

De som vil ha tilgang til opplysningene er studentene for masterprosjektet og veileder ved UIT Norges arktiske universitet.

Navn og kontaktopplysninger vil erstattes med en kode som lagres på en navneliste adskilt fra øvrige data. Godkjent lydopptaker benyttes, og lydopptaket lastes opp på sikker programvare. Transkriberte data og personopplysninger oppbevares separat.

Det som publiseres er utsagn fra informantene. I publisert materiale vil informantene kunne kjenne igjen sine egne utsagn, men vi kommer ikke til å beskrive aktuelt sykehus eller avdeling, heller ingen form for identifikasjon av informantene.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 05.05.2020. Etter denne datoen vil lydopptakene og transkriberte intervju slettes.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- UiT Norges arktiske universitet ved Ellen Haug (student) epost: [redacted] telefon: [redacted], Lone Dyrkoren (student) epost: [redacted] telefon: [redacted] og Monica Kvande (prosjektansvarlig/veileder) epost [redacted] telefon: [redacted]
- Vårt personvernombud: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Monica Kvande
(Prosjektansvarlig/veileder)

Ellen Haug
(Student)

Lone Dyrkoren
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*erfaring ved tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter*» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju
- at opplysninger om meg publiseres slik at jeg kan gjenkjenne mine egne sitat og utsagn

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 05.05.2020

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 - Intervjuguide

Intervjuguide - Intensivsykepleierens erfaring med tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter

Hovedpunkter	Underpunkter	Forslag til spørsmålsformuleringer
Innledning – intensivsykepleiernes bakgrunn		<p>Vi ønsker å få informasjon om dere (navn, alder) og deres bakgrunn som intensivsykepleiere før vi går i gang.</p> <p>Kan dere fortelle om deres bakgrunn som intensivsykepleiere? Arbeidserfaring?</p> <p>Hvor lenge har dere arbeidet på denne intensivavdelingen?</p>
Tidlig oppstart av enteral ernæring		<p>Hvilke erfaringer har dere med tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter?</p> <p>Hvilke vurderinger ligger til grunn når dere skal starte enteral ernæring? Har dere noen eksempler?</p> <p>Hva vil dere trekke frem som viktig når man skal starte opp med enteral ernæring?</p> <p>Opplever dere forskjell når det kommer til tidlig oppstart av enteral ernæring til intuberte og ikke-intuberte intensivpasienter? Har dere noen eksempler?</p>

Retningslinjer/protokoller	<p>Nasjonale retningslinjer</p> <p>Lokale retningslinjer/prosedyrer</p> <p>Protokoller</p>	<p>Hvilke erfaringer har dere med bruk av nasjonale retningslinjer for oppstart av enteral ernæring?</p> <p>Hva er bra med retningslinjene og hva er mindre bra? Har dere noen eksempler?</p> <p>Har dere kjennskap til avdelingens retningslinjer eller prosedyrer for oppstart av ernæring? Hvilke erfaringer har dere med disse?</p> <p>Hva er bra med retningslinjene/prosedylene og hva er mindre bra? Har dere noen eksempler?</p> <p>Kjenner dere til bruk av ernæringsprotokoller?</p>
Ansvar og funksjon	<p>Intensivsykepleieren</p> <p>Intensivlegen</p> <p>Ernæringsberegninger</p> <p>Ernæringsfysiolog</p>	<p>Hva er intensivsykepleierens rolle ved oppstart av enteral ernæring?</p> <p>Hva er intensivlegens rolle ved oppstart av enteral ernæring?</p> <p>Har dere fastsatt arbeidsfordeling i forhold til beregninger av for eksempel kcal, protein og væskebehov? Hvem gjør det? Hvordan går dere frem?</p> <p>Har dere erfaring med å involvere ernæringsfysiolog i intensivavdelingen, ved oppstart av enteral ernæring?</p>

Vedlegg 4 – Manus til intervju

Velkommen til fokusgruppeintervju og takk for at dere tar dere tid til å delta.

Vi heter Lone Dyrkoren og Ellen Haug, og er masterstudenter ved UIT, master i sykepleie – intensivsykepleie.

Før intervjuet starter ønsker vi å gi litt informasjon om vår studie og snakke litt om regler for intervjuet. Vi ønsker også å samle inn signerte samtykkeskjema. Informasjon at deltagelsen er frivillig og dere kan trekke dere når som helst i løpet av studiet.

Dette masterprosjektet handler om tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter. Vår problemstilling er «hvilke erfaringer har intensivsykepleiere når det kommer til tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter?». Jeg blir å være moderator, lede intervjuet og stille spørsmål, mens Ellen blir å være sekretær og ta notater.

Intervjuet blir å vare i ca. 1,5 time og vi har laget en intervjuguide som vi blir å følge. Denne består av 4 tema med spørsmål under hvert tema. Første tema er en introduksjon om dere og deres arbeidserfaring og de andre temaene handler om erfaringer med enteral ernæring. Tidsmessig blir vi å bruke ca. 10 minutter på første tema og ca. 20 minutter på hvert hovedtema og ha en avslutning til slutt på ca. 10 minutter. Når det har gått ca. 20 minutter blir jeg å avrunde og gå videre til neste tema. Vi blir å ta opp intervjuet på opptaker, hvor intervjuet lagres i sikker sky via Universitetet i Tromsø.

Under intervjuet ønsker vi at dere svarer på spørsmålene og gjerne diskuterer dere i mellom det som blir sagt. Deres erfaringer og kunnskaper vil kunne gi oss verdifull informasjon som vi kan bruke for å bedre praksis for pasientene.

Vi blir å sikre anonymitet gjennom prosjektet og dere skal ikke kunne bli gjenkjent. Planen er å skrive en masteroppgave som skal leveres i mai og publisere funnene i en artikkel senere.

Til slutt noen «regler» for fokusgruppeintervjuet»

- Vi bruker bare fornavn.
- Vi har taushetsplikt om det som blir sagt her.
- Kun en snakker av gangen.
- Vi må snakke klart og høyt for å få med det som blir sagt på lydopptaket.
- Det er ingen riktige eller gale svar.
- Ikke vær redde for å være ærlige.
- Det er viktig at alle slipper til.
- Det er viktig at alle synspunkt kommer frem.

Vedlegg 5 – Godkjenning NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Tidlig oppstart av entral ernæring til ikke-intuberte intensivpasienter

Referansenummer

980522

Registrert

02.12.2019 av Lone Olsen Dyrkoren - [REDACTED]

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Monica Kvande, [REDACTED]

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Lone Dyrkoren, [REDACTED]

Prosjektperiode

06.01.2020 - 05.05.2020

Status

05.12.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

05.12.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 05.12.2019. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 05.05.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

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

Vedlegg 6 – NSD, endring av sluttdato


NSD Personvern

30.04.2020 07:45

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 980522 er nå vurdert av NSD. Følgende vurdering er gitt: NSD har vurdert endringen registrert 29.04.2020. Vi har nå registrert 04.06.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden. I tilfelle det skulle bli aktuelt med ytterligere forlengelse av forskningsperioden, vil vi gjøre oppmerksom på at forlengelse på mer enn ett år utover den opprinnelige sluttdatoen (05.05.2020) ikke kan påregnes uten at det vurderes å gi informasjon til utvalget. NSD vil følge opp ved ny sluttdato for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til videre med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: [REDACTED] Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 7 – Godkjenning fra personvernombudet

		Neste versjon Norsk ▾
<h2>Erfaring med tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter</h2> <p>Formålet med prosjektet er å undersøke intensivsykepleieres erfaringer med tidlig oppstart av enteral ernæring til intensivpasienter. Dette er et masterprosjekt. Prosjektet er godkjent fra NSD. Prosjektet har ikke trengt godkjenning fra REK.</p> <p>Annen forskning</p> <p>Vis informasjonsbrev og samtykkeerklæring</p> <p>Identifikasjonsopplysninger</p> <p>De personopplysninger som blir samlet er navn på deltakerne og lydopptak av deres stemmer.</p> <p>Personverntiltak</p> <p>Institusjon/virksomhet som mottar personopplysninger/ humant biologisk materiale</p> <p>Ikke aktuelt.</p> <p>Personopplysninger og/eller biologisk materiale som skal utleveres/tilgjengeliggjøres</p> <p>Data blir samlet inn via to fokusgruppeintervju. Deltakerne får tildelt informasjonsskriv/samtykkeskjema som de signerer før intervjuet starter. Under intervjuene blir vi å bruke godkjent lydopptaker som vi har fått låne fra UIT Norges arktiske universitet. Når intervjuene er gjennomført blir opptakene lagret kryptert via UIT's maskinvare. Vi blir å oppbevare transkriberte data på en maskinvare tilknyttet UIT som er passord beskyttet. Masteroppgaven skal ferdigstilles og leveres 05. mai 2020 og til denne datoen blir opptakene slettet.</p>		<p>ID: 1291</p> <p>Foretak</p> <p>██████████</p> <p>Foretak utenfor eProtokoll</p> <p>UIT Norges arktiske universitet</p> <p>Periode</p> <p>Oppstart: 29.01.2020 Avsluttes: 05.05.2020</p> <p>Status</p> <p>Innlevert</p> <p>Tilbakemelding</p> <p>██████████</p> <p>Akseptert</p> <p>Behandlingsgrunnlag</p> <p>PVO vurderer at den planlagte behandling av personopplysninger er lovlig ettersom prosjektet vil behandle personopplysninger med grunnlag i at det er innhentet informert samtykke fra alle</p>
<p>Datainnsamler</p> <p>Kontaktperson: Lone Olsen Dyrkoren</p> <p>Mobilnummer: ██████████</p> <p>Student ved UIT Norges arktiske universitet - det helsevitenskapelige fakultet. Skal utføre fokusgruppeintervju ved ██████████ forbindelse med matserprosjekt. Datainnsamlingen består av lydopptak av intervjuene som blir laget ved sikkert programvare via UIT Norges arktiske universitet.</p> <p>UIT Norges Arktiske Universitet, Det Helsevitenskapelige Fakultet - Vitenskapelig Samarbeidspartner - Datainnsamler</p> <p>Kontaktperson: Ellen Haug</p> <p>Mobilnummer: ██████████</p> <p>Student ved UIT Norges arktiske universitet - det helsevitenskapelige fakultet. Skal utføre fokusgruppeintervju ved ██████████ forbindelse med matserprosjekt. Datainnsamlingen består av lydopptak av intervjuene som blir laget ved sikkert programvare via UIT Norges arktiske universitet.</p> <p>UIT Norges Arktiske Universitet, Det Helsevitenskapelige Fakultet - Vitenskapelig Samarbeidspartner - Datainnsamler</p> <p>Kontaktperson: Monica Kvande</p> <p>Mobilnummer: ██████████</p> <p>Veileder/Prosjektleder fra UIT Norges arktiske universitet.</p> <p>Vedlegg</p> <p>Informasjonsskriv og samtykkeerklæring</p> <p>Prosjektbeskrivelse - Prosjektskisse, endelig versjon.pdf</p>		
<p>eProtokoll er utarbeidet av ██████████</p> <p>██████████</p> <p>Dette nettstedet benytter nytter informasjonskapsler til å huske språkvalg og til å samle inn statistikk.</p> <p>Personvern - Informasjonskapsler</p>		

