



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Rett hjelp, til rett tid, på rett plass; mulighet for kompetanseheving og økt pasientsikkerhet på sengepost gjennom implementering av mobil intensivsykepleier på lokalsykehus

En kvalitativ studie med fokusgruppeintervju

Kristin Andorsen og Vera Jacobsen

Masteroppgave i intensivsykepleie, SYP-3902, 30. april 2022

Antall ord: 17398

Sammendrag

Dato: 30. april 2022		
Tittel: Rett hjelp, til rett tid, på rett plass; mulighet for kompetanseheving og økt pasientsikkerhet på sengepost gjennom implementering av mobil intensivsykepleier på lokalsykehus		
Problemstilling: <i>Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus - hvordan kan mobil intensivsykepleier bidra til økt pasientsikkerhet hos pasienter på sengepost med klinisk forverring?</i>		
Forfattere: Kristin Andorsen og Vera Jacobsen		Veileder: Kjersti Sunde Mæhre
Stikkord: Mobil intensivsykepleier, pasientsikkerhet, lokalsykehus, tidlig identifisering av klinisk forverret sykdomsbilde, tverrfaglig samarbeid, erfaringsbasert kunnskap, intensivsykepleier, sengepostsykepleier		
Antall ord/sider: 17398/73	Antall vedlegg: 7	Publiseringsavtale inngått: Nei
<p>Bakgrunn: Mobil intensivsykepleier (MIS) er sykepleieledet og fungerer som et lavterskeltilbud for sengeposter på sykehus. Hensikt er tidlig identifisering og intervensjon hos pasienter med klinisk forverring. Funksjonens mål er forebygging av hjerte- og respirasjonsstans utenfor intensivavdeling og sykehusmortalitet. MIS er vanligere på større sykehus. Funksjonen er lite kartlagt på lokalsykehus.</p> <p>Hensikt: Vår studie undersøker behovet for funksjonen MIS på lokalsykehus, og om funksjonen kan bidra til økt pasientsikkerhet. Dette er utført gjennom å undersøke sengepost- og intensivsykepleieres erfaringer i arbeid og samarbeid om pasient med klinisk forverring.</p> <p>Metode: Kvalitativ metode. To fokusgruppeintervju med 6 sykepleiere fra medisinsk sengepost og 6 intensivsykepleiere ble gjennomført i januar 2022. Vi ønsket å få tilgang til sengepostsykepleierne og intensivsykepleierne erfaringer av samarbeidet med pasienter med klinisk forverring på sengepost. Dataene ble analysert via en systematisk tekstkondensering inspirert av Malterud (2017).</p> <p>Resultat: Våre resultat viser at sengepostsykepleiere er tids- og ressursmessig presset i sin arbeidshverdag, noe som utfordrer ivaretagelse av pasienter med klinisk forverring. Dette truer tidvis pasientsikkerheten. Sengepostsykepleierne ønsker kompetanseheving og økt samarbeid med intensivsykepleiere fra intensivavdelingen. Intensivsykepleierne ønsker å bidra til tidlig identifisering, tidlig intervensjon og kompetanseheving gjennom samhandling med sengepostsykepleier, men ser også nødvendighet av å styrke ressursene i intensivavdelingen dersom dette skal være mulig.</p> <p>Konklusjon: Det er behov for og ønske om kompetanseøkning blant sykepleiere på sengepost. Våre resultater viser at MIS kan bidra til kompetanseøkning på sengepost gjennom tverrfaglig samhandling i pasientsituasjoner, hvor sengepostsykepleiere har behov for klinisk støtte. Implementering av MIS vil, gjennom økt spisskompetanse i pasientsituasjon og kompetanseøkning hos sengepostsykepleieren, kunne øke pasientsikkerhet. Vår studie viser at det er behov for MIS på lokalsykehus. Vi anbefaler mer forskning på området, og gjerne også intervjuer med lege i spesialisering 1 (LIS 1) og andre lokalsykehus.</p>		

Abstract

Date: April 30th 2022		
Title: Appropriate care, at the right time, in the right place; an opportunity for improved competence and increased patient safety at general wards through implementation of mobile intensive care nurses at community hospitals		
Statement of problem: <i>Collaboration between intensive care unit and the general ward at a community hospital – how can mobile intensive care nurse contribute to increased patient safety for patients at general wards in clinical deterioration?</i>		
Authors: Kristin Andorsen og Vera Jacobsen		Supervisor: Kjersti Sunde Mæhre
Keywords: Critical care outreach, patient safety, community hospital, early identification of clinical deterioration, interprofessional collaboration, experiential knowledge, intensive care nurse, ward nurse		
Number of words/pages: 17398/73	Number of attachments: 7	Date of publishing agreement: No
Background: Mobile intensive care nurse (MIN) is led by intensive care nurses and works as a low threshold offering at hospital wards. The purpose is early identification and intervention of patients in clinical deterioration. The goal is prevention of both cardiac- and respiratory arrest outside the intensive care unit and hospital mortality. MIN is more common in larger hospitals. There has been little mapping of this function within community hospitals.		
Purpose: Our study considers the need for the function MIN at local hospitals and explore if the function can contribute to increase patient safety. The study was conducted by examining ward- and intensive care nurse experiences regarding work and collaboration with patients in clinical deterioration.		
Methodology: Qualitative methodology. Two focus group interviews with 6 nurses from medical ward and 6 intensive care nurses was conducted in January 2022. We wanted experiences from both medical ward nurses and intensive care nurses regarding collaboration around patients in clinical deterioration at medical ward. The data was analyzed by a systematic text condensation inspired by Malterud (2017).		
Result: Our result show that ward nurses are pressured on time and resources during a regular workday, which is challenging when it comes to caring for patients in clinical deterioration. Occasionally this threatens patients' safety. Ward nurses want to increase their competence and collaboration with intensive care nurses. Intensive care nurses want to contribute to early identification and intervention, along with increased competence through collaboration with ward nurses, while also identifying a need to strengthen resources within the intensive care unit to make this possible.		
Conclusion: It is a need and wish for increased competence amongst the ward nurses. Our results show that MIN can contribute to increased competence at the general ward through cross-discipline collaboration in patient situations, where ward nurses need clinical support. Implementation of MIN will through developed expertise in patient situations and the competence development of ward nurses, increase patient safety. Our study show that it is a need for mobile intensive care unit nurses at local hospitals. We recommend more research on this topic, that include interviews of physicians in specialization 1 (LIS1) and other local hospitals.		

Forord

Arbeidet med prosjektet har vært en berg- og dalbane, med både opp- og nedturer. Å skrive masteroppgave under en pågående pandemi, har bidratt til ulike utfordringer. Det har tatt lengre tid å få svar på søknader og det har vært mange hensyn å ta i forbindelse med fokusgruppeintervju. Som nyutdannede intensivsykepleiere har pandemien på mange måter gitt oss en mer utfordrende arbeidshverdag, hvor også dette har påvirket arbeidet med prosjektet.

Vi vil takke vår leder for støtte og mulighet for tilrettelagt turnus i masterperioden. Uten dette, hadde ikke vår masteroppgave vært gjennomførbar. Samtidig vil vi takke vår leder og ledere ved medisinsk sengepost for tilgang til forskningsfelt. Tusen takk til våre informanter for deres tid, deres bidrag og engasjement i vår studie! Vi har blitt møtt med stor forståelse av våre kollegaer underveis i prosessen og er for dette svært takknemlig.

En stor takk rettes til vår veileder, Kjersti Sunde Mæhre, for god hjelp og støtte gjennom hele prosjektet. Du har gitt mye av din tid og dine kunnskaper, som har hjulpet oss på veien.

Den største takk rettes til våre nærmeste, Torodd og Fredrik, for å ha vist stor forståelse, vært med oss i alle opp- og nedturer, for tålmodighet og støtte gjennom hele studietiden. Uten deres støtte, hadde dette vært umulig.

Narvik, 30. april 2022

Kristin Andorsen og Vera Jacobsen

Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og redegjørelse for vår forforståelse	1
1.2	Avgrensning.....	2
1.3	Hensikt og problemstilling	2
2	Tidligere forskning	3
2.1	Søkeprosess	3
2.2	Kunnskapsstatus	3
3	Teoretisk rammeverk.....	6
3.1	Intensivavdeling, intensivsykepleie og intensivpasient.....	6
3.2	Sengepost og sykepleiere.....	7
3.3	Retningslinjer og anbefalinger for tidlig oppdagelse av klinisk forverret tilstand hos pasienter	8
3.3.1	Nasjonale anbefalinger.....	8
3.3.1.1	Råd for observasjon og kartlegging	8
3.3.1.2	Råd for respons og kommunikasjon	9
3.3.1.3	Råd for kvalitetsarbeid.....	10
3.3.2	Internasjonale anbefalinger for MIS og MIG.....	10
3.4	Pasientsikkerhet	11
3.5	Samarbeid og samhandling.....	11
3.6	Å lære gjennom erfaring.....	12
4	Metode.....	14
4.1	Valg av metode.....	14
4.2	Rekruttering og utvalg av informanter	14
4.3	Fokusgruppeintervju.....	16
4.4	Analyseprosess	16
4.4.1	Trinn 1 – Foreløpige temaer.....	17

4.4.2	Trinn 2 – Kodegrupper og meningsbærende enheter	17
4.4.3	Trinn 3 – Subgrupper og kondensat	17
4.4.4	Trinn 4 – Syntese.....	18
4.5	Forskningsetiske overveielser.....	18
5	Presentasjon av funn.....	19
5.1	Funn fra fokusgruppeintervju med intensivsykepleiere	21
5.1.1	Erfaring og kompetanse i et intensivsykepleieperspektiv	21
5.1.1.1	Erfaringens betydning	21
5.1.1.2	Kompetanse som grunnlag for vurdering og handling	21
5.1.2	Tverrfaglig samarbeid og støtte.....	22
5.1.2.1	Tverrfaglig vurdering og intensivfaglig bistand	22
5.1.2.2	Kunnskapsoverføring: Å videreføre sin kompetanse.....	23
5.1.3	Ressursbetingede faktorer som hemmer sykepleieutøvelsen	24
5.1.3.1	Ressursmangel- og tidspress	24
5.1.3.2	Samtidighetskonflikt	25
5.1.4	Sengepost eller intensivpasient?.....	26
5.1.4.1	Fra identifisering av forverring til overflytning.....	26
5.1.4.2	Behandlingsnivå og nytteverdi	27
5.2	Funn fra fokusgruppeintervju med sengepostsykepleiere	28
5.2.1	Vurdering av pasienten med klinisk forverring.....	28
5.2.1.1	Teknologi og kliniske observasjoner; Ikke alltid harmoni	28
5.2.1.2	Sammenheng mellom erfaring og klinisk vurderingskompetanse.....	29
5.2.1.3	Formidling av pasientens tilstand	29
5.2.2	Faktorer som utfordrer ivaretagelse av pasient med klinisk forverring	30
5.2.2.1	Forsvarlighet og kapasitet; et puslespill i hverdagen	30
5.2.2.2	Holdninger og barrierer i det tverrfaglige samarbeidet.....	31
5.2.3	Samarbeid som læringsarena.....	32

5.2.3.1	Å lære av hverandre; før, under og etter akutte situasjoner	32
5.2.3.2	MIS – Sykepleiernes betraktninger	34
6	Diskusjon	35
6.1	Erfaringens betydning for kartlegging av pasient med klinisk forverring	35
6.2	Faktorer som hemmer ivaretagelse av pasient med klinisk forverring	38
6.3	Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus gjennom funksjonen MIS	40
6.4	Kompetanse – en kilde til trygghet og mestring	42
6.5	Økt pasientsikkerhet ved implementering av MIS	44
7	Konklusjon	47
8	Styrker og svakheter ved studien	48
9	Implikasjoner for praksis og videre forskning	48
	Referanseliste	49
10	Vedlegg	53
	Vedlegg 1 TILT	54
	Vedlegg 2 NEWS 2, ABCDE og ISBAR	55
	Vedlegg 3 Aktiveringskriterier	56
	Vedlegg 4 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring	57
	Vedlegg 5 Intervjuguider	63
	Vedlegg 6 Godkjenning NSD	65
	Vedlegg 7 Søknad seksjonsledere	68

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og redegjørelse for vår forforståelse

Vi er begge sykepleiere med erfaring fra sengepost og intensivavdeling, med henholdsvis 7 og 17 års erfaring før vi startet intensivutdannelsen. Ved intensivavdelingen vi er ansatt i, er det etablert mobil funksjon av intensivsykepleiere, som rykker ut ved slag-, traume- og hjertestansalarm. Under utrykning er man del av tverrfaglig akutteam, bestående av ulike sykepleier- og legespesialiseringer, avhengig av type alarm. I dag er det ingen etablert funksjon som favner inneliggende pasienter med klinisk forverring, utenfor de overnevnte pasientkategoriene. Likevel skjer hyppige tilkallinger til sengepostene for bistand og opplæring i ulike prosedyrer og pasientnære tiltak.

På intensivavdelingen opplever vi ofte overflytninger av pasienter fra sengepost som har fått klinisk forverring av sitt sykdomsbilde under sykehusoppholdet. Noen av pasientene har alvorlig sykdomstilstand når de overflyttes, andre oppleves å flyttes mer prematurt. Det oppleves også at noen pasienter overflyttes til intensivavdelingen på bakgrunn av høy score i sykehusets kartleggingsverktøy, uten at pasientens klinikk ses i sammenheng. Sengeposten benytter kartleggingsverktøyet TILT (Tidlig-identifisering-av-livstruende-tilstand) (Vedlegg 1). Dette verktøyet har sitt utspring fra MEWS (Modified-early-warning-system) og er et systematisk scoringssystem for å oppdage symptomer på akutt kritisk sykdom (Utviklingscenter, 2020).

Vi har erfart at det er det færre tilgjengelige sykepleie- og legeressurser på helg, natt og i høytider. På nettene er det kun lege i spesialisering 1 (LIS 1) som har tilstedevakt. LIS 1 må tilkalles til avdeling for tilsyn og responstiden kan variere ut fra hastegraden hos eventuelle andre pasienter som har behov for deres tilstedeværelse. Dette betyr at det er sykepleierne på sengepost som først kartlegger endringer i pasientens tilstand, varsler og starter tiltak.

Kompleksiteten i arbeidets karakter sier noe om hvilke krav som stilles til kompetanse hos sykepleiere som jobber pasientnært på sengepost. På bakgrunn av dette har vi vært nysgjerrig på mobil intensivsykepleier (MIS) som funksjon og dens rolle på lokalsykehus. Vi undrer oss over om flere pasienter kunne vært klinisk stabilisert på sengepost, dersom sengepostsykepleierne hadde fått bistand fra intensivsykepleier til tettere observasjon og tidligere intervensjon.

Vi startet arbeidet mot denne masteroppgaven sommeren 2021. Gjennom både arbeidskrav og prosjektbeskrivelse har vi forberedt oss til arbeidet med masteroppgaven. Denne studien derfor er en videreføring av prosjektbeskrivelse utarbeidet høst 2021.

1.2 Avgrensning

Masteroppgaven har begrenset omfang og tidsramme. Dette har hatt betydning for valg vi har gjort underveis i prosjektet, både når det gjelder oppgavens perspektiv, antall fokusgrupper og informanter. Vi ønsket opprinnelig å undersøke sengepostsykepleiernes, intensivsykepleiernes og LIS 1s perspektiv på samarbeid rundt pasienter med klinisk forverring. Dette har imidlertid ikke latt seg gjøre grunnet tidsbegrensning og vi har måtte avgrense oppgaven til å undersøke sengepost- og intensivsykepleiernes perspektiv. I prosessen har vi funnet to masteroppgaver som har undersøkt MIS på lokalsykehus (Skogvang, 2021; Sletnes & Hammervold, 2019). Vår oppgave skiller seg fra disse, ved at den tar for seg både sengepostsykepleiernes og intensivsykepleiernes perspektiver på samarbeid rundt sengepostpasienter med klinisk forverring på lokalsykehus, hvor MIS ikke er en implementert funksjon.

1.3 Hensikt og problemstilling

På bakgrunn av våre erfaringer og gjennomgang av eksisterende nasjonal- og internasjonal forskning (punkt 2.0), ønsker vi å undersøke hvordan MIS kan bidra for å øke pasientsikkerhet hos sengepostpasienter med klinisk forverring på lokalsykehus. Gjennom fokusgruppeintervju ønsker vi å undersøke hvilke erfaringer sykepleiere på sengepost og intensivsykepleiere har med samarbeid og ivaretagelse av pasienter med klinisk forverring. Vi har formulert følgende problemstilling:

Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus - hvordan kan mobil intensivsykepleier bidra til økt pasientsikkerhet hos pasienter på sengepost med klinisk forverring?

2 Tidligere forskning

2.1 Søkeprosess

Litteratursøk er gjort over vår og høst 2021, og vinter/vår 2022 i cinahl, pubmed, google scholar, uptodate og oria. Under utarbeidelse av prosjektskisse, har vi fått en veiledningstime med hovedbibliotekar ved UiT, Grete Overvåg, for gode råd i søkeprosessen. Vi har søkt på følgende ord, i flere kombinasjoner: (“intensive care”, “icu”, “critical care”, “mobile intensive care”)-nurses”, “nurse-” (“led”, “managed”, “delivered”), (“rapid response”, “medical emergency”, “critical outreach”) -team, “rapid response system” (“rural”, “community”, “regional”), “hospital”, “mobil intensivsykepleier”. Vi har også benyttet referanselister i relevante artikler i kartlegging etter relevant forskning. Totalt 15 forskningsartikler ble benyttet i vår oppgave.

2.2 Kunnskapsstatus

Akutt team i sykehus har eksistert siden 90-tallet (Padilla et al., 2018). Det eksistere flere betegnelser på slike team, hvor de vanligste er medical emergency team (MET), rapid response team/system (RRT/RRS) og critical care outreach team (CCO) (Bunkenborg et al., 2022; Christopher-Dwyer et al., 2022; Katadzic & Jelsness-Jørgensen, 2017; Padilla et al., 2018; Winters et al., 2013). RRS beskriver systemet, hvor man har en afferent og efferent del. Den afferente delen av systemet beskriver kriterier for utkalling, som verktøy for screening av vitale parametre og kliniske observasjoner, som sykepleier på sengepost benytter seg av. Den efferente delen av systemet beskriver teamet som rykker ut og dets oppgaver (Bunkenborg et al., 2022; Chua et al., 2017; Winters et al., 2013). RRT og CCO beskrives i forskning som sykepleierdrevne team, øvrige betegnelser viser til team som, i tillegg til intensivsykepleier, inneholder en eller flere legespesialiteter (Currey et al., 2018; Padilla et al., 2018). Begrepene brukes ulikt på tvers av forskning og det vises til at nevnte team har ulik sammensetning og funksjon internasjonalt (Christopher-Dwyer et al., 2022; Hall et al., 2020; Katadzic & Jelsness-Jørgensen, 2017; Le Guen & Costa-Pinto, 2021; Padilla et al., 2018; Wang et al., 2013; Winters et al., 2013). Opplæring av deltakere i et slikt team anbefales, gjerne tverrfaglig, med utgangspunkt i teammedlemmenes fagbakgrunn (Le Guen & Costa-Pinto, 2021).

I Norge betegnes tverrfaglige team for mobil intensivgruppe (MIG). Mobil intensivsykepleier (MIS) er sykepleierledet og er et lavterskeltilbud for sengeposter. En slik praksis gjelder ofte

for mindre sykehus hvor det er færre leger med tilstedevakt (Brown et al., 2012). Videre i oppgaven vil begrepet MIG benyttes for å beskrive tverrfaglige team og MIS benyttes for å beskrive mobil intensivsykepleier.

Både MIS og MIGs hensikt er tidlig identifisering og intervensjon hos pasienter med forverret klinisk tilstand, primært pasienter ved sengeposter (Bunkenborg et al., 2022; Hession & Meaney, 2022). Det belyses at klinisk forverring gjerne tar timer til dager før kollaps er et faktum (Winters et al., 2013). Funksjonenes mål er forebygging av hjerte- og respirasjonsstans utenfor intensivavdeling, behov for intensivbehandling og redusert sykehusmortalitet (Azimirad et al., 2022; Katadzic & Jelsness-Jørgensen, 2017; Padilla et al., 2018; Winters et al., 2013). Stafseth et al. (2016) og Bunkenborg et al. (2022) fremmer kunnskapsoverføring og kompetansebygging som mål i seg selv, hvor MIS også har en opplærende og støttende funksjon. Hession og Meaney (2022) påpeker at læringsutbyttet for sengepostsykepleierne er størst ved veiledning i en pågående situasjon.

Chua et al. (2017), Padilla et al. (2018) og Tilley og Spencer (2020) advarer i sin forskning mot en rekke barrierer som kan forringe effekten av slike team i praksis. De viser til at sykepleiere på sengepost kan utvikle vegring for å varsle MIG og/eller MIS, dersom de har opplevd å ikke bli tatt på alvor eller har blitt møtt med nedlatende holdning av teamet. Sykepleiere kan av samme årsak kjenne behov for å rettfærdiggjøre varslingen, som kan føre til forsinkelser i aktivering av MIS. Det bemerkes at dette forsterkes dersom lege er en del av teamet. Usikkerhet rundt kriterier for utkalling, bruk av kartleggingsverktøy og systematisk undersøkelse styrker barrierene for aktivering. For rigide aktiveringskriterier for MIG eller MIS vil kunne føre til at ikke alle pasienter med behov fanges opp. Det vises til at den enkeltes sykepleiers erfaring har betydning for om og når aktivering finner sted. Forskerne rapporterer at sykepleiere med kortere erfaringsbakgrunn angir opplevelse av økt arbeidsmengde med flere delegerte oppgaver når MIG eller MIS tilkalles. Noen beskriver også om følelse av eksklusjon fra teamet, da kortere erfaring hindrer dem fra aktiv deltagelse. Hierarki, i betydning av systemkultur, kunnskap, erfaring og yrkesgruppe refereres også som komponenter i barrierer for tilkalling av MIG eller MIS. Resultatene fra en finsk-britisk studie avkrefter derimot at overnevnte barrierer påvirker MIS-aktivering, men at legeinnflytelse fortsatt oppleves forsinkende for MIS-utkalling (Azimirad et al., 2022). Hession og Meaney (2022) støtter dette i sin forskning, hvor det også fremkommer at sengepostsykepleiere finner det lettere å kommunisere sykepleier til intensivsykepleier, fremfor sykepleier til lege. Dette

spesielt når det gjelder bekymring for pasient, som i større grad baserer seg på sykepleierens intuisjon, fremfor vitale parametre alene.

Intensivsykepleierens oppgaver som MIS er komplekse, og strekker seg fra å delta i pasientbehandling til opplæring av sengepostpersonale. Det beskrives at intensivsykepleiere gjennomgår personlig yrkesutvikling gjennom funksjonen, hvor de først opplever usikkerhet i møte med nytt ansvarsområde, hvor dette etter hvert utvikles til stolthet over egen yrkeskompetanse. Mange intensivsykepleiere opplever det å være MIS som givende, men også krevende (Bunkenborg et al., 2022). Bunkenborg et al. (2022) og Wang et al. (2013) viser i sin forskning at flere intensivsykepleiere opplever det belastende å være en del av MIS eller MIG, da dette kan føre til at de ikke får kontinuitet i oppfølging av egen intensivpasient. Dog viser deres forskning at intensivsykepleierne opplever å ha vært lengre tid borte fra pasienten enn de faktisk har vært. Loisa et al. (2021) støtter Wang et al.'s (2013) funn i økt arbeidsbelastning, men viser i sin forskning at intensivsykepleiere i stor grad anser denne funksjonen som svært viktig og et godt supplement til identifisering og behandling av pasienter med klinisk forverring. Forskningen viser også at unødige MIS-henvendelser er sjelden, ut fra intensivsykepleierens vurdering. Likevel fremkommer det også at noen intensivsykepleiere opplever at rollen blir misbrukt utover tiltenkt funksjonsområde, på grunn av manglende ressurser hos tjenestemottakende avdeling (Bunkenborg et al., 2022). Organiseringen av MISs arbeidshverdag er variabel, hvor det i forskningen beskrives at noen kombinerer MIS-utrykning med å samtidig ivareta intensivpasient, andre er frikjøpt til å kun inneha MIS-funksjon. Flere sykehus videreutvikler funksjonen fra et begrenset til et døgnkontinuerlig tilbud (Bunkenborg et al., 2022; Christopher-Dwyer et al., 2022).

Det vises til at barrierer kan hindres gjennom en rekke tiltak. Det er nødvendig med tydelig prosedyre med kriterier og funksjonsbeskrivelse for afferent og efferent del av RRS. Sykepleierens bekymring for pasient må inkluderes som kriterium for utkalling. Opplæring i bruk av kartleggingsverktøy og systematisk undersøkelse ved klinisk forverring må sikres. Viktigheten av tydelig kommunikasjon mellom MIS og sengepostsykepleier vektlegges også for å lykkes med tverrfaglig samarbeid og hindre barrierer for tilkalling (Bunkenborg et al., 2022; Burrell et al., 2020; Hall et al., 2020; Loisa et al., 2021; Padilla et al., 2018; Stafseth et al., 2016; Winters et al., 2013). Burrell et al. (2020) hevder derimot også at implementering av MIS kan minske barrierer i seg selv, da man oppnår økt nærhet mellom intensivavdeling og sengepostpersonale gjennom samarbeidet.

Overnevnte artikler viser begrensede funn som omhandler MIG, MIS eller samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus. Forskning fra USA, Australia og enkeltartikler fra Europa viser at RRS er implementert i større eller mindre grad. Sykehus i Skandinavia har tatt dette systemet i bruk, men funksjonen er i hovedsak beskrevet på tertiærsykehus. Utbredelsen av sykepleierdrevne team er usikker. Få artikler sier noe om erfaring i Norge. Felles kan man ikke konkludere med at effekten av MIG eller MIS er utelukkende positiv, som følge av mangel på standardisert terminologi for teambeskrivelse, samt geografiske og strukturelle forskjeller.

3 Teoretisk rammeverk

3.1 Intensivavdeling, intensivsykepleie og intensivpasient

Intensivavdelinger er definerte geografiske enheter i sykehus og er høyspesialiserte avdelinger. De deles inn i tre nivåer, hvor disse nivåene gjenspeiler kompetanse- og behandlingsnivået for den enkelte enhet. Nivå tre-enheter er tilknyttet universitetssykehus og innehar kompetanse for behandling av alle typer organsvikt 24/7. De behandler de mest komplekse pasientgrupper og kan inneha landsfunksjon for behandling av spesielle typer skader (Søreide et al., 2014). Intensivavdeling defineres slik: «*En intensivavdeling er en sykehusenhet med spesialutdannet personell, som skal kunne behandle pasienter med truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner*» (NSFLIS, U.å. Vedtatt på NSFLIS Generalforsamling 13. september 2006).

Intensivavdelinger bemannes med spesialutdannet personell innen intensivmedisin og intensivsykepleie. Dette er likevel ikke et fastsatt krav, men mål er at alle sykepleiere skal ha videreutdanning i intensivsykepleie (Søreide et al., 2014). Definisjon på intensivsykepleie:

Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død (NSFLIS, U.å. Vedtatt på NSFLIS Generalforsamling 2. september 2004).

Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) har utarbeidet en funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere (NSFLIS, 2017). Punkt 2.1 og 2.2 refererer blant annet til at intensivsykepleier skal benytte systematisk observasjon og vurdering for å oppdage risiko for eller etablert klinisk forverring på et tidlig stadium

(NSFLIS, 2017, s. 2). Videre vises det til at intensivsykepleieren skal beherske iverksetting av forebyggende og kompenserende tiltak. Punkt 3.0 og 4.0 henviser til intensivsykepleierens ansvar for fagutvikling, samhandling og ledelse (NSFLIS, 2017, s. 3). Gjennom sin spisskompetanse, skal intensivsykepleieren bidra gjennom rådgivende funksjon. Kunnskapsbasert tilnærming skal ligge til grunn for råd og undervisning. Videre skal intensivsykepleieren samhandle om kvalitet og pasientsikkerhet, også i diskusjoner om prioritering og ressursfordeling. Dette for å sikre en pasientsikkert, forsvarlig og effektivt ressursbruk.

Pasientene som legges på intensiv er akutt og/eller kritisk syke pasienter. Sykdom eller tilstand oppstår ofte brått og kan være av medisinsk eller kirurgisk årsak. Akutt sykdom kan utvikles til kritisk sykdom og den kritisk syke pasienten blir intensivpasient når den trenger kontinuerlig overvåkning og kompenserende helsehjelp på grunn av alvorlig svikt i vitale organfunksjoner. De har stort hjelpebehov i kortere eller lengre tid. Innleggelsen på intensivavdelingen skjer på grunn av sykdommens alvorlighetsgrad og ikke sykdommens kategori. Intensivpasienter kan ofte ha små marginer mellom liv og død (Stubberud, 2020b). NSFLIS (U.å) definerer intensivpasient slik: «*En intensivpasient er intensivpasient når det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel*» (NSFLIS, U.å. Vedtatt på NSFLIS Generalforsamling 13. september 2006).

3.2 Sengepost og sykepleiere

Sengeposter er en eller flere fysiske enheter i sykehuset som behandlinger pasienter med behov for døgkontinuerlig omsorg og behandling. Braut (2019) definerer sengeposter slik:

Sengepost er en enhet ved sykehus eller sykehjem hvor pasienter tas imot til døgnopphold med innleggelse. En sykehusavdeling består ofte av en eller flere sengeposter, samt en poliklinikk. Det sykepleiefaglige arbeidet ved en sengepost ledes oftest av en avdelingsleder som er sykepleier (Braut, 2019).

Det stilles nå større krav til sykepleierne i sykehus. Dette, på bakgrunn, av stor omlegging i helsetjenester som følge av befolkningens endrede behov for helsehjelp, medisinsk og teknologisk utvikling, demografisk utvikling og organisatoriske endringer. Sykepleierne ved sengepostavdelingen er derfor i behov av stor breddekompetanse for å kunne møte pasienter

med et stort mangfold og komplekse problemstillinger. Ved sengepostene arbeider det i hovedsak sykepleiere med bachelorutdanning. Det er og har, for mange sengeposter, vært utfordrende å bygge opp et solid fagmiljø på bakgrunn av liten mulighet for karriereutvikling innad i avdelingene. Dette har ført til stor utskiftning av personell, hvor spesielt ambisiøse og erfarne sykepleiere har søkt seg ut fra sengepostene til andre arbeidssteder og til videreutdanninger (Helsedirektoratet, 2021a).

3.3 Retningslinjer og anbefalinger for tidlig oppdagelse av klinisk forverret tilstand hos pasienter

3.3.1 Nasjonale anbefalinger

Helsedirektoratet har utarbeidet ni nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand hos pasienter (Helsedirektoratet, 2020). Rådernes formål er å bidra til tidlig gjenkjennelse av forverret tilstand, varsling og iverksetting av tiltak for trygg pasientbehandling. Bakgrunnen er at forskning viser at omkring en tredjedel av unødige dødsfall er relatert til manglende eller for sen identifisering av forverret tilstand, kombinert med mangelfull observasjon og/eller kommunikasjonssvikt mellom helsepersonell. Rådene er definert ut fra fokus på risikovurdering, observasjon og identifikasjon av tilstand, kommunikasjon, opplæring i håndtering av ulike situasjoner og varsling. Det er definert forskjellige målgrupper og vi vil i hovedtrekk ta for oss de rådene som spesielt angår vår oppgave.

3.3.1.1 Råd for observasjon og kartlegging

Early Warning Score (EWS), er et validert kartleggingsverktøy som benyttes for systematisk observasjon av pasienten. National Early Warning Score 2 (NEWS 2) (Vedlegg 2) er en videreutviklet utgave og anbefales implementert ved norske sykehus for å vurdere og dokumentere potensiell forverring av sykdomsbildet (Helsedirektoratet, 2020). Verktøyet beskriver observasjoner av pasientens vitale parametere, som respirasjonsfrekvens, oksygensaturasjon, systolisk blodtrykk, puls, temperatur og mental status i tallverdier, hvor det gis poeng for verdier utenfor definert normalverdi. Stigende poengscore viser til sannsynlig forverret tilstand, med mulig behov for hyppigere observasjoner, supplerende

undersøkelser, tiltak og eventuelt legetilsyn. Det poengteres at verktøyet er et supplement til helsepersonellens kliniske kompetanse og vurderingsevne.

Ved systematisk observasjon av pasienten er det anbefalt å benytte systematisk undersøkelse, kalt ABCDE(F) (Vedlegg 2). ABCDE er forkortelser for *airways-breathing-cirkulation-disability og exposure*, som representerer vitale funksjoner (Johansen et al., 2021). Dette verktøyet benyttes for å kartlegge et utgangspunkt og fordrer direkte fysisk undersøkelse av pasienten, hvor man systematisk ser etter tegn og symptomer. Sammen med validert kartleggingsverktøy, skal undersøkelsen sikre helhetlig bedømming av pasientens tilstand (Helsedirektoratet, 2020).

3.3.1.2 Råd for respons og kommunikasjon

For å sikre riktig og effektiv muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell bør ISBAR benyttes (Vedlegg 2). Bokstavene er forkortelser for *identifisering-situasjon-bakgrunn-aktuell tilstand og råd* og skal fungerer som en oversikt for den som formidler, for å sikre at riktig informasjon gis. Bruk av ISBAR innebærer at pasientinformasjon muntlig rapporteres på en strukturert måte. Dette er et kommunikasjonsverktøy som bidrar til å forebygge misforståelser mellom helsepersonell ved rapportering og dermed øker pasientsikkerheten. ‘‘Closed loop’’ anbefales som supplement for informasjonsutveksling, hvor mottaker muntlig bekrefter at informasjon er mottatt og forstått (Helsedirektoratet, 2020).

Helsedirektoratet (2020) henviser til Helsepersonelloven (1999), §4 og §7, og anbefaler at det utarbeides og innføres rutiner for tverrfaglige uttrykningsteam. Formålet med slike team er riktig kompetanse til riktig tid; «*Helsepersonell skal straks gi den helsehjelp de evner når det må antas at hjelpen er påtrengende nødvendig. Ved tvil om helsehjelpen er påtrengende nødvendig, skal helsepersonell foreta nødvendige undersøkelser*» (Helsepersonelloven, 1999, §7).

Team kan være ulikt sammensatt i henhold til personell, men felles er at de bør inneha livreddende kompetanse og erfaring. Dersom pasientens kliniske tilstand tilsier at sykepleieren på sengepost trenger bistand til vurdering og behandling, kan slike team tilkalles. Teamene skal ikke erstatte den allerede etablerte pasientoppfølging, men være et supplement. Slike team må settes sammen ut fra hva som er hensiktsmessig og mulig for den

aktuelle virksomhet i forhold til behov og ressurser.

3.3.1.3 Råd for kvalitetsarbeid

For å sikre tilstrekkelig observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse hos helsepersonell, bør det innarbeides kompetansekrav og læringsmål tilpasset den aktuelle virksomhet. Helsedirektoratet (2020) konkluderer med å anbefale implementering av disse tiltakene under forutsetning av det gis mulighet for opplæring i bruk av de overnevnte; NEWS2, ABCDE, ISBAR og Closed Loop for å gi tilstrekkelig kompetanse for bruk.

3.3.2 Internasjonale anbefalinger for MIS og MIG

Gjennom søk i UpToDate, ble det identifisert en internasjonal sammenfatning og anbefalinger for RRS (Stevens, 2021). Denne er utviklet gjennom litteraturgjennomgang og diskusjon i en internasjonal konsensusgruppe. Det trekkes frem fire hovedanbefalinger;

1) Kriterier for aktivering. Kriteriene bør både være objektive, i form av grenser for vitale parametere og kliniske tegn, og subjektive, hvor sykepleier på sengepost har mulighet til å aktivere på bakgrunn av bekymring for pasienten som eneste årsak (Vedlegg 3).

2) MIS og MIGs tilgjengelighet og oppgaver. MIS og MIG bør være tilgjengelig 24 timer i døgnet med responstid innen 15 minutter. MIS og MIG bør kunne bistå med pasientundersøkelse, rask oppstart av behandling og overflytning til høyere behandlingsnivå ved behov.

3) MIGs sammensetning. Det rådes til at MIG bør inneholde intensivsykepleier og minst en lege, hvor intensivsykepleieren ofte involveres på et tidligere stadige i situasjonen enn legen. Situasjonens alvorlighetsgrad bestemmer behov for ytterligere tilkalling av øvrige sykepleier- og legespesialiteter.

4) System for forbedring og optimalisering av tjenesten MIS og MIG. Alle sykehus bør ha et implementert system for kartlegging av måloppnåelse, tilbakemeldinger og forbedringsforslag, slik at tilbudet kvalitetssikres.

Selv om Stevens (2021) kommer med disse anbefalingene, trekkes det frem at det fortsatt ikke

er internasjonal konsensus om hvilke kartleggingsverktøy, aktiveringskriterier eller MIG-sammensetninger som er best egnet – anbefalingene er derfor av generell art.

3.4 Pasientsikkerhet

Det finnes ikke gode totalbilder av antall pasientskader i Norge, men antallet av meldte, alvorlige pasientskader angis å ha en svak nedadgående linje siden 2012 . For 2020 er det estimert en pasientskade i 13,1% av sykehusopphold (Helsedirektoratet, 2021b, s. 4).

Pasientskader kan defineres som: «*Utsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandlingen har bidratt til, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang*» (Helsedirektoratet, 2021b, s. 6).

Helsedirektoratet (2019) har utarbeidet en nasjonal handlingsplan, *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Den vektlegger spesielt forebygging av pasientskader og skildrer en overordnet løsning hvor systematisk samarbeid på tvers av fag og profesjoner vil være metoder for å nå visjonen om færrest antall uhensiktsmessige hendelser. Satsningsområder er forbedring av ledelse og systemkultur, forbedret kommunikasjon, økt kompetanse om pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Det vektlegges også utvikling av nasjonale satsningsområder med identifisert risiko og potensiale for forbedring, samt å etablere systemer som understøtter videre pasientsikkerhetsarbeid. De hyppigst meldte pasientskader i spesialisthelsetjenesten angis å være legemiddelrelaterte skader og ulike type helsetjenesteassosierte infeksjoner (Helsedirektoratet, 2019). Pasientsikkerhetsprogrammet *I Trygge Hender 24/7* (U.å) er forankret i denne handlingsplanen.

3.5 Samarbeid og samhandling

Samhandling og samarbeid er kjente fenomener i helsevesenet og en forutsetning for å kunne gi gode tilbud til pasientene. Samarbeid mellom aktører bygger på «vi-følelse» og en positivisme om at «dette får vi til sammen». Dette kan sammenlignes med lagarbeid hvor man arbeider mot et felles mål. Samhandling er en konkret videreutvikling av samarbeid, men av mer forpliktende art og hensikten med samhandling er å sikre flyt og helhet i prosessen, her rundt pasienten. Dette krever relasjonsbygging hvor forholdet må være basert på tillit,

gjensidig ansvar og likeverd. Fravær av samhandling kan gjøre pasientforløpet fragmentert og pasienten risikerer å bli kasteball i et system med lite kontinuitet (Orvik, 2015, s. 210-222). Aktørene i samhandling er sekvenselt avhengig av hverandre og pasienten er avhengig av å ha et koordinert støtteapparat av helsepersonell rundt seg.

Begrepene tverrfaglig og tverrprofesjonell samhandling brukes om hverandre, men gjenspeiler henholdsvis kunnskap, fag og disipliner og beskrivelser om hvordan klinikere arbeider sammen. Tverrprofesjonelle team preger arbeidet innad i sykehusene og viser til ulike profesjoner som utfyller hverandre i arbeidet med pasientene (Orvik, 2015, s. 226-245). Orvik (2015, s. 247) trekker også frem intraprofesjonell samhandling og karakteriserer det som samhandling innenfor en og samme gruppe, eksempelvis sykepleier til sykepleier. God intraprofesjonell samhandling virker opprustende innad i teamet og føre til at man som gruppe står sterkere. Imidlertid kan det også skape barrierer i form av «vi-kultur» hvor det kan være utfordrende å tenke helhet og se andre aspekter. Da vil man kunne svekke forutsetningene for tverrprofesjonell samhandling (Orvik, 2015, s. 247).

I tverrprofesjonelt samarbeid mellom helsepersonell, er det ifølge Helsepersonelloven (1999, §4), legen som har det medisinske beslutningsansvaret for pasienten.

3.6 Å lære gjennom erfaring

I lys av kompetanse- og erfaringsutvikling som vi kommer til å gå inn på i oppgaven, har vi valgt å se nærmere på Patricia Benner's sykepleieteori. Benner (2004, s. 29) tar utgangspunkt i Dreyfusmodellen for å beskrive fem ferdighetsnivåer i kunnskapsutvikling hos sykepleiere; novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Nivåene gjenspeiler utvikling av selvstendighet i yrkesutøvelsen, hvor erfaringer danner grunnlaget for handlingskraft (Benner, 2004, s. 35-49). Novisen indikerer den nyutdannede sykepleieren, som utøver faget sitt på bakgrunn av teori og regler. Den avanserte nybegynneren har fortsatt sitt ståsted i teorien, men har mer praktisk kunnskap og har fått kjenne noen av erfaringens fordeler. Som kompetent utøver har sykepleieren arbeidet anslagsvis to til tre år. Sykepleieren gjenkjenner likehetstrekk i situasjoner og handler på bakgrunn av erfaringene fra disse. Kyndige sykepleiere innehar større grad av intuitive koplinger mellom tidlige erfaringer og nye situasjoner. De ser helhet og har økt handlingskompetanse og selvstendighet. Ekspertsykepleieren har en dyp forståelse og oversikt over situasjonen og evner fullstendig å

tenke og å handle helhetlig i den. Den tenker føre-var, hvor ferdigheter og lang erfaring danner grunnlaget for handlingskraft. Sykepleiere på ekspertnivå spiller en stor rolle i kunnskaps- og ferdighetsutvikling hos sykepleiere med lavere nivå av erfaring. Benner (2004, s. 35) poengterer likevel at trinnene er dynamiske og situasjonsavhengige, hvor erfaring i den aktuelle situasjonen avgjør i hvilket trinn man befinner seg i. Dette betyr dermed at også eksperten kan være novise ut fra situasjonen den står i.

Benner et al.'s (2011) læringsteorier omfatter utvikling av klinisk kunnskap i praksis. For å kunne utvikle sin faglige persepsjon og praktisk kunnskap er sykepleierne i de første trinnene av Dreyfusmodellen helt avhengige av å få praktisk erfaring for å fylle ut sin teoretiske bakgrunn. Benner et al. (2011, s. 92) påpeker at faktakunnskap alene aldri vil kunne erstatte erfaringsbasert læring og trekker spesielt frem viktigheten av å lære via praksis. Ved å bruke pasientnært arbeid som læringsarena vil den mindre erfarne sykepleieren kunne lære av den mer erfarnes måte å observere, tolke, vurdere og handle i situasjonen (Benner et al., 2011, s. 48, 63). Den erfarne sykepleieren er en rollemodell som vil kunne gjøre den mindre erfarne bedre forberedt til å stå alene i lignende situasjoner. Den vil også kunne bidra til erfaringsbasert kunnskap, som på sikt vil kunne skape en perseptuell bevissthet, hvor intuitiv tenking og handling kan bli produktet (Benner et al., 2011, s. 56-68, 92). En dyktig ekspertsykepleier balanserer på en line der den ikke setter sykepleiernes behov for veiledning fremfor å bistå pasientbehandlingen. Samtidig må den være oppmerksom sin rolle som veileder og ikke ta over behandling av pasienten (Benner et al., 2011, s. 450-455).

I stressfulle situasjoner kan det, for den mindre erfarne sykepleier, være en god støtte å ha en ekspertsykepleier sammen med seg. Usikkerhet og utrygghet er vanlige reaksjoner når uforutsette hendelser skjer og vil kunne føre til emosjonelle reaksjoner som reduserer teamets evne til å fungere godt.

Opplevelse av hierarkiets betydning i helsevesenet trekkes frem som særlig aktuelt for sykepleiere i de første trinnene av Dreyfusmodellen. Benner et al. (2011, s. 115) nevner at ekspertsykepleierens kunnskap, erfaring og trygghet gjør at den tør konfrontere legene med observasjoner og også lettere blir hørt enn sine mindre erfarne kollegaer. Status, profesjonalitet og ujevn hierarkisk maktbalanse fremheves som faktorer som vanskeliggjør kommunikasjon. I motsetning til åpen kommunikasjon, som fremstilles som avgjørende for pasientsikkerhet og for pasientens velbefinnende, kan uklarhet i kommunikasjon true pasientsikkerheten (Benner et al., 2011, s. 381, 406).

4 Metode

4.1 Valg av metode

Vi har i denne studien benyttet kvalitativ metode med hermeneutisk tilnærming.

Hermeneutikk handler om tolkning av menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse (Malterud, 2017, s. 28). Malterud (2017, s. 28) og Kvale et al. (2015, s. 237) viser til den hermeneutiske sirkel. Den hermeneutiske sirkel, bedre forklart som en spiral, viser til at fortolkningsarbeid er en kontinuerlig prosess, hvor man beveger seg frem og tilbake mellom helhet og deler i meningsinnhold. Spiralen starter med utgangspunkt i ens forforståelse og forståelsen utvides når nytt meningsinnhold oppdages. I en prosess av fortolkning kan vi ikke sette vår forforståelse til side, men må være den og dens betydning bevisst.

Kvalitative metoder kan benyttes til å skildre erfaringer og deres meningsinnhold (Malterud, 2018, s. 18). Vår problemstilling handler om å undersøke behov for funksjonen MIS ved lokalsykehus, gjennom å undersøke erfaringer sykepleiergruppene har i arbeid med og i samarbeid om pasienter med klinisk forverring. Fokusgruppeintervju med sykepleiere fra to ulike avdelinger, sengepost og intensivavdeling, vil bidra til økt forståelse av hva som kreves i en slik situasjon. Vi har valgt å benytte oss av fokusgruppeintervju som datasamlingsmetode. Erfaringsutveksling mellom deltagerne i et fokusgruppeintervju kan bidra til økt forståelse, der både enighet (bekreftelse) og uenighet mellom deltagerne, vil kunne berike vår forskning. Dette vil ikke kunne oppnås i individuelle intervju der det er den enkeltes persons erfaringer som vil fremkomme (Malterud, 2017, s. 138).

4.2 Rekruttering og utvalg av informanter

Studien ble avgrenset til sykepleiere ved en medisinsk sengepost og intensivsykepleiere ved intensivavdeling ved ett lokalsykehus i Nord-Norge. Vi informerte om studien ved begge avdelinger. For å sikre at flest mulig fikk informasjon om studien, var vi ved flere anledninger innom avdelingene i vaktskift for å fortelle om vårt prosjekt. Sted, dato, klokkeslett for intervju ble bestemt av oss i forkant av rekruttering, med utgangspunkt i våre turnuser. Det var nødvendig å gjøre det slik, for å sikre at vi begge hadde mulighet til å delta når fokusgruppeintervju skulle avholdes. Informasjonsskriv (Vedlegg 4), samt samtykkeskjema

(Vedlegg 4) og svarkonvolutt ble hengt opp i avdelingene 3 uker i forkant av planlagt intervju. Vi valgte løsningen med svarkonvolutt på avdelingene, for at disse skulle være lett tilgjengelig for ansatte som var interesserte i å delta i studien. Svarkonvolutten ble sjekket og tømt daglig.

Vi ønsket 6 informanter fra hver gruppe, i tråd med Malteruds (2018, s. 40) anbefaling for gruppestørrelse. Vi anså dette som en håndterbar gruppestørrelse for oss som uerfarne forskere, da det kan være vanskelig å holde den røde tråden gjennom intervju med mange deltagere. På grunn av masteroppgavens tidsbegrensning og omfang, var det realistisk å gjennomføre ett intervju per gruppe. Det var stor interesse for studien og vi hadde derfor tilstrekkelig antall informanter til å gjennomføre strategisk utvalg, med utgangspunkt i våre inklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	
Intensivsykepleiere	Sykepleiere sengepost
<ul style="list-style-type: none"> - Arbeidet ved intensivavdelingen minimum 3 år 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansatt ved medisinsk avdeling - Ferdig med opplæringstid - Erfaring fra nattevakter

Strategisk utvalg innebærer å velge ut informanter med størst potensiale for å belyse vår problemstilling (Malterud, 2018, s. 42). Vi valgte ut informanter med forskjellig erfaringslengde ved arbeidsplassen, for størst mangfold, og dermed mulighet for ulike perspektiver i fokusgruppen. I tilfeller der vi måtte velge mellom flere informanter med lik erfaringslengde, trakk vi lodd. Informanter som ikke ble valgt ut til intervju, ble forespurt å være i reserve dersom frafall i en av gruppene. Informantene ble varslet per SMS en uke før intervjuet, med påminning 2 dager før. Det ble valgt ut en fokusgruppe for medisinsk sengepost og en fokusgruppe for intensiv. Vi ønsket adskilte grupper, da det kan være lettere å få flyt i diskusjonen, dersom deltagerne har kjennskap til hverandre (Malterud, 2018, s. 45). Diskusjonen kan også bli dypere, dersom flere deltagere kan relatere til hverandre.

4.3 Fokusgruppeintervju

Vi utarbeidet en semistrukturert intervjuguide, med åpne og entydige spørsmål (Malterud, 2018, s. 71) (Vedlegg 5). Pilotintervju med to sykepleiere som ikke skulle delta i studien ble gjennomført for test av intervjuguide. Vi erfarte da at noen spørsmål var utydelig formulert og vi gjorde nødvendige justeringer. Fokusgruppeintervjuene ble avholdt på møterom utenfor de respektive avdelinger, utenfor de ansattes arbeidstid.

Det ble gjennomført et fokusgruppeintervju per gruppe, med 6 informanter i hver. Erfaringsbredde var henholdsvis 0,5-16 år for medisinsk sengepost og 11-33 år for intensivsykepleierne. Varighet på intervju var gjennomsnittlig 90 minutter. Diktafon-app ble benyttet for lydopptak, med vanlig diktafon som back-up. Før start av intervju, presenterte hver deltager seg og moderator gikk gjennom grupperegler og informantenes rettigheter, samt hvordan intervju ville foregå. Deltagerne ble gitt mulighet til å stille spørsmål. Vi hadde hver vår tur å ha rollen som moderator og sekretær. Intervjuguide ble brukt som en veiledning for moderator under intervjuet. Sekretær noterte non-verbale uttrykk og bisto med replikkfesting. Før avslutning, hadde moderator en oppsummering av intervjuet og deltagerne ble gitt mulighet til å komme med tilføyinger. Vi transkriberte halvparten av intervjuene hver, for å ha lik nærhet til datamaterialet. Intervjuene ble transkribert ordrett, i sin helhet, og deltakerne ble tildelt kodenavn for anonymisering.

4.4 Analyseprosess

Vi analyserte vårt datamateriale med inspirasjon fra Malteruds (2017, s. 97) metode for systematisk tekstkondensering (STC). STC innebærer fire trinn; helhetsinntrykk, meningsbærende enheter, kondensering og syntese. I Malteruds (2017) fire faser for STC, skjer også fortolkning av tekstens meningsinnhold, i tråd med den hermeneutiske sirkel. Gjennom å stadig søke dypere forståelse om hva teksten dreier seg om, vil vår forståelse utvikles parallelt. Vår forforståelse ligger til grunn for hva vi anser som viktig meningsinnhold i teksten. Det er likevel viktig at vi lar datamaterialet tale sitt eget budskap, hvor vi er tro mot det som formidles i fokusgruppeintervjuene. Vi må ikke la oss friste til overfortolkning, hvor vi risikerer at teksten tildeles nytt innhold i lys av vår forforståelse, vi må være forforståelsen bevisst. Ved å være to forskere som utfører deler av analysearbeidet individuelt, for deretter å diskutere og sammenfatte, vil vi kunne redusere påvirkning fra den

enkeltes forforståelse.

4.4.1 Trinn 1 – Foreløpige temaer

Vi leste gjennom datamaterialet hver for oss. Ved første intervju, gjorde vi imidlertid feiltrinnet med å systematisere for tidlig, hvor vi skrev sammendrag av intervjuet. Malterud (2017, s. 99) advarer mot dette. Vi innså vårt feiltrinn, forkastet dette materialet og startet prosessen med analyse på nytt. Teksten ble lest gjennom på nytt og vi skapte oss et helhetsinntrykk, hvor vi noterte ned foreløpige temaer i stikkordsform underveis. Når begge hadde gjort dette, diskuterte vi sammen hvilke foreløpige temaer som skulle få danne grunnlag for kodegrupper. Prosessen ble gjentatt ved neste intervju.

4.4.2 Trinn 2 – Kodegrupper og meningsbærende enheter

Kodegrupper ble besluttet i fellesskap og vi endte opp med 5 kodegrupper for hvert intervju. Datamaterialet ble gjennomgått igjen, denne gang systematisk, hvor vi identifiserte tekstbiter som tilfører kunnskap og mening til den aktuelle kodegruppen – meningsbærende enheter (Malterud, 2017, s. 101). For å gjøre arbeidet mer oversiktlig for oss selv, laget vi tabell med kodegruppene som overskrift, hvor vi plasserte de meningsbærende enheter inn i kolonnen de hørte hjemme. Vi erfarte i denne prosessen at flere meningsbærende enheter kunne passe i flere kodegrupper. Det ble derfor en diskusjon mellom oss, for å finne hvilken kodegruppe som var mest passende. Tekst som ikke ble valgt ut som meningsbærende enheter ble lagt til side og de meningsbærende enheter dannet vårt nye datamateriale.

4.4.3 Trinn 3 – Subgrupper og kondensat

Vi fortsatte analysen med gjennomgang av hver kodegruppe i fellesskap og danne subgrupper basert på hvilke hovedaspekter kodegruppen inneholdt (Malterud, 2017, s. 106). Det ble dannet 2-3 subgrupper under hver kodegruppe. Deretter systematiserte vi de meningsbærende enheter i tilhørende subgruppe. De meningsenhetene ble kondensert, ved at det konkrete innholdet i meningsenheten som tilfører kunnskap ble trukket ut. Det konkrete innholdet tas på den måten ut av sin opprinnelige kontekst, de dekontekstualiseres. Disse ble skrevet om til kondensat, et kunstig sitat i jeg-form, som gjenforteller og oppsummerer summen de meningsbærende enheter innenfor gjeldende subgruppe (Malterud, 2017, s. 107). Ord og uttrykk brukt av informantene ble inkludert i kondensatene. I denne prosessen bevegde vi oss

stadig mellom opprinnelig utsagn og kondensat, for å sikre materialets opprinnelige mening ble beholdt.

I arbeidet med subgrupper og kondensat, identifiserte vi enkelte kodegrupper og subgrupper som var lite bærende. Som anbefalt av Malterud (2017, s. 105), gjennomgikk vi hver meningsbærende enhet og tok stilling til om den hadde tilhørighet i annen kodegruppe eller subgruppe, eller om den ved nærmere ettertanke ikke var like relevant som først antatt. Enkelte kodegrupper og subgrupper ble derfor fjernet.

4.4.4 Trinn 4 – Syntese

I siste trinn av analysen, skal man bevege seg fra å jobbe med konkrete tekstbiter til å samle bitene til en sammenfattende helhet, de rekontekstualiseres. Helheten representerer våre funn og sammenhengen de er hentet fra (Malterud, 2017, s. 108). Funn er skrevet ut i form av syntese, som er en analytisk tekst i tredjepersons-form, basert på kondensat i forrige analysetrinn (Malterud, 2017, s. 108). Vi har igjen beveget oss mellom det transkriberte materialet og syntesen, for å sikre at vi holder oss lojal mot informantene utsagn og deres kontekst. Dette også for å hindre at vi som forskere overfortolker og tilegner materialet ny mening. Gullsitat er benyttet for å vise nyanser i våre hovedfunn (Malterud, 2017, s. 109). Jobben med å omsette kondensat til syntese ble fordelt og gjort individuelt, hvor vi deretter gjennomgikk og vurderte syntese i fellesskap. Overskrifter på resultat- og subkategorier ble gjennomgått og gitt mer passende navn. For å validere våre funn, har vi gjennomgått transkribert materiale i flere omganger. Vi har lett etter data som motsier våre funn og vi har vurdert i hvor stor grad hver enkelt informants utsagn har bidratt inn i syntese. Noen har gitt større bidrag enn andre, men alle informanter har bidratt til funn i vår studie.

4.5 Forskningsetiske overveielser

Prosjektet, med referansenummer 600883, ble godkjent av norsk senter for forskningsdata (NSD) 05.01.22 (Vedlegg 6). Tilgang til felt ble søkt og godkjent hos seksjonsledere ved intensivavdelingen og medisinsk sengepost (Vedlegg 7).

Vi plikter til å beskytte informantene i alle ledd av studien. Polit og Beck (2020, s. 133) refererer til *Belmont Report*, hvor tre etiske prinsipper fremmes – velgjørenhet, respekt for menneskeverdet og rettferdighet. Velgjørenhetsprinsippet innebærer rett til frihet fra skade,

ubehag og beskyttelse mot utnyttelse. Respekt for menneskeverdet innebærer rett til selvbestemmelse. Rettferdighetsprinsippet omhandler informantenes rett til rettferdig behandling og privatliv. Vi har tatt hensyn til dette før, underveis og i etterkant av studien.

Vårt informasjonsskriv gav grundig redegjørelse for vårt prosjekt, deltagerens rettigheter og hva det innebar for den enkelte informant å delta i studien. Dette som en forutsetning for at informantene skulle kunne gjøre informert, frivillig samtykke. Alle informanter leverte frivillig skriftlig samtykke før deltagelse i studien. Informantene har rett til at deres data behandles konfidensielt. Vi utarbeidet grupperegler forkant av fokusgruppeintervjuet, hvor vi blant annet oppfordret til at informantenes utsagn holdes konfidensielt (Polit & Beck, 2020, s. 515). Dette ble ansett som et viktig element for å skape trygghet i fokusgruppen og skape gode rammer for erfaringsutveksling. Lydopptak ble gjort med diktafon-app med tilknytning til nettskjema, hvor lydklippet lagres kryptert (UiT, U.å.). Vi brukte vanlig diktafon som back-up i tilfelle tekniske problemer og dette lydklippet ble slettet umiddelbart etter intervjuet. Lydopptak og samtykkeskjema regnes begge som personopplysninger og oppbevares hver for seg og utilgjengelig for andre enn prosjektansvarlige, i tråd med UiTs (2020) retningslinjer og oppbevares i to år etter studiens slutt, slik at ettersyn skal være mulig.

5 Presentasjon av funn

Inspirert av Malterud (2017) har vi, gjennom STC, kommet frem til følgende resultat- og subkategorier:

Intensivsykepleiere

Kategori	Subkategori
Erfaring og kompetanse i et intensivsykepleierperspektiv	<ul style="list-style-type: none">• Erfaringens betydning• Kompetanse som grunnlag for vurdering og handling
Tverrfaglig samarbeid og støtte	<ul style="list-style-type: none">• Tverrfaglig vurdering og intensivfaglig bistand• Kunnskapsoverføring: Å videreføre sin kompetanse

Ressursbetingede faktorer som hemmer sykepleieutøvelsen	<ul style="list-style-type: none"> • Ressursmangel og tidspress • Samtidighetskonflikt
Sengepost- eller intensivpasient?	<ul style="list-style-type: none"> • Fra identifisering av forverring til overflytning • Behandlingsnivå og nytteverdi

Sengepostsykepleiere

Kategori	Subkategori
Vurdering av pasienten med forverring	<ul style="list-style-type: none"> • Teknologi og kliniske observasjoner; ikke alltid harmoni • Sammenheng mellom erfaring og klinisk vurderingskompetanse • Formidling av pasientens tilstand
Faktorer som utfordrer ivaretagelse av pasienten med forverring	<ul style="list-style-type: none"> • Forsvarlighet og kapasitet; et puslespill i hverdagen • Holdninger og barrierer det tverrfaglige samarbeidet
Samarbeid som læringsarena	<ul style="list-style-type: none"> • Å lære av hverandre; før, under og etter akutte situasjoner • MIS – Sykepleiernes betraktninger

Vi vil videre presentere funn fra fokusgruppeintervju med intensivsykepleiere og sengepostsykepleiere hver for seg. Funn fra fokusgruppeintervju med intensivsykepleiere presenteres i punkt 5.1 med tilhørende underpunkt. I punkt 5.2 med tilhørende underpunkt presenteres funn fra fokusgruppeintervju med sengepostsykepleiere.

5.1 Funn fra fokusgruppeintervju med intensivsykepleiere

5.1.1 Erfaring og kompetanse i et intensivsykepleieperspektiv

5.1.1.1 Erfaringens betydning

Erfaring- og kunnskapsgrunnlag for sykepleiere på sengepost beskrives felles for intensivsykepleierne som variabelt og personavhengig. En intensivsykepleier forteller at de tror nye og uerfarne kan bli redde dersom de får avvikende vitale parametere hos en pasient og at de kan være utrygge på ansvaret de står med. En annen intensivsykepleier viser til at det kan være usikkerhet rundt prosedyrer og gjennomføring. Noen har opplevelse av at det kan være en stressfull situasjon for sykepleierne på sengepost når en pasients tilstand forverres, hvor situasjonen har gått langt ut av hånd og de ikke makter å takle situasjonen. Videre forteller intensivsykepleieren at når pasienten da overflyttes til intensivavdeling, har sykepleierne spørsmål rundt hva de har gjort galt og hva de kunne gjort annerledes. En annen beskriver det som at slike situasjoner ikke er sengepostsykepleiernes hverdag, de har ikke opplæring eller mengdetrening. En intensivsykepleier trekker frem at varierende kunnskaps- og erfaringsgrunnlag bør ligge til grunn for kriterier for utkalling av mobil intensivsykepleier. At terskelen for hvordan man opplever en pasient som dårlig og når man har behov for assistanse vil være forskjellig ut fra erfaring. Det fremheves at det er viktig at sykepleieren kjenner seg komfortabel i situasjonen. En annen intensivsykepleier trekker frem særegenheten ved å jobbe ved lokalsykehus og hvordan dette stiller et stort kompetansekrav til den enkelte sykepleier, som igjen kan bidra til usikkerhet:

Vi er et lite sykehus hvor vi har en veldig stor bredde i det kirurgiske og i det medisinske som den enkelte sykepleier eller de sykepleieran på post skal stå i.. her skal du være god på veldig store områder. Det er jo også det som også er med på å skape større usikkerhet og stor mengde med kunnskap du skal ha om veldig mange felt som blir tøft og utfordrende...

5.1.1.2 Kompetanse som grunnlag for vurdering og handling

Intensivsykepleierne angir å være spesielt opplært på vurdering av pasientene ved bruk av ABCDE-metoden som kartleggingsverktøy. I tillegg besitter de økte kunnskaper og erfaringer som bidrar til at de kan arbeide systematisk. De har kjennskap til TILT, scoringsverktøyet sengeposten benytter, men intensivsykepleierne er tydelige på at dette er et verktøy som ikke er tilpasset pasientgruppen på intensiv. Det antydes også at verktøyet kan være lite pålitelig dersom man ikke greier å kombinere det med bruk av klinisk blikk. Intensivsykepleierne opplever at flere pasienter overflyttes til intensiv i hui og hast fordi de har scoret høye verdier

på TILT, men når de ankommer så viser det seg at høy scoring ikke samsvarer med pasientens klinikk. En intensivsykepleier beskriver sammenheng mellom vitale målinger og klinikk slik:

De har jo TILT for å på en måte sette parametrene for å på en måte kunne sette det, på si, svart på hvitt, hva er det, men så er det jo å lese det kliniske bildet av pasienten. Og se pasienten som du sier (henvender seg til annen intensivsykepleier), hva, hva kan vi gjøre her? Pasienten ligger kanskje flatt i senga eller langt ned i sengeenden og, og ja, puster dårlig...

Sykepleierne fra intensiv diskuterer om en av årsakene til at legen beslutter slike haste-overflytninger, kan skyldes at personalet på sengepost er usikre på hvordan pasientene best vurderes klinisk på strukturert måte, kombinert med bruk av kartleggingsverktøy som ikke alltid fungerer optimalt. En annen intensivsykepleier beskriver at det eksisterer usikkerhet i klinisk vurdering av pasient: «Jeg tenker, ja, usikkerhet, og det relaterer jeg rett og slett til det å vurdere pasienten klinisk, strukturert, rett og slett...».

Det vises til at det særlig gjelder pasienter med luftveis- og respirasjonsproblemer. Det poengteres at flere pasienter med forverring i tilstand ikke nødvendigvis har behov for intensivbehandling, men vil kunne profitere på forsterket behandling på sengepost. Flere angir også at de tror sykepleierne på sengeposten har gode muligheter til å selv komme i mål med tiltak, uten å overflytte pasienten, men at det krever muligheter til å være hos pasienten lengre og hyppigere enn deres rammer tillater i dag.

5.1.2 Tverrfaglig samarbeid og støtte

5.1.2.1 Tverrfaglig vurdering og intensivfaglig bistand

I dag fungerer bistand til sengeposten i hovedsak som hjelp til praktiske prosedyrer. Et eksempel er innlegging av perifert venekateter. Det oppleves relativt sjelden at de rykker ut for å bistå sengeposten med direkte observasjoner og vurderinger. Å kunne vurdere pasienten tverrfaglig er noe sykepleierne fra intensiv trekker frem som viktig. En intensivsykepleier forteller om verdien av tverrfaglighet: «...vi rykker ut på traume, på trombolyse. Da er vi jo flere som gjør vurdering i lag. Du kommer til en konklusjon til slutt at okei..her er de tiltakene som vi er blitt enige om er best for pasienten».

Intensivsykepleierne er samstemmige om at de kan støtte sengepostsykepleierne i denne typen kartlegging gjennom MIS i situasjoner hvor de er usikre og utrygge, eller bare trenger en hånd

i situasjonen. De ser for seg å være en ekstra ressurs hvor deres kompetanse og erfaring kanskje vil kunne hjelpe dem i rollen omkring pasienten med klinisk forverring. Rollen betegnes som støttende, veiledende, rådgivende og samarbeidende i arbeidet med kartlegging, vurdering og behandling av pasienten. Sitatet under var nevnt i samme kontekst: *«Kanskje det rett og slett handler om at de får litt mere kompetanse rundt pasienten?»*. En annen uttrykker seg slik: *«...Så kanskje et sånt mobilt intensivteam får du litt mer tverrfaglig bredde og bedre vurdering kanskje av pasienten»*.

Pasientens behandlende lege angis som en viktig del av samarbeidet. Det poengteres at intensivsykepleierens rolle skal være støttende, og ikke overta legens ansvar. De er tydelige på at det er legen som skal gjøre en endelig vurdering og beslutning.

5.1.2.2 Kunnskapsoverføring: Å videreføre sin kompetanse

En intensivsykepleier forteller at mange postsykepleiere er flinke til å ringe å be om faglige råd i forbindelse med pasienthåndtering. De spør hva intensivsykepleieren ville gjort. Andre ganger ser informantene at de kunne bidratt i situasjoner, men ikke blitt forespurt.

Intensivsykepleierne er usikre på hvordan den samlede sykepleiergruppen på sengeposten ser for seg muligheten for å ta kontakt med dem for råd og bistand. En av dem uttrykte det slik: *«Jeg føler at terskelen for å ta kontakt, at pasienten er så dårlig, den er jo litt høy, tenker jeg»*.

Med funksjonen MIS samstemmer intensivsykepleierne rundt at det vil være viktig å bistå med å systematisk skaffe oversikt over situasjonen, med mål om å lære videre. Vise og fortelle hvordan de håndterer situasjonen og hva de ser etter. Intensivsykepleierne poengterer at det er viktig å skape lærdom i situasjonen, uten å være belærende. Å kunne være en ressurs i kompetansebygging, gjerne på et tidlig stadium av situasjonen. En annen intensivsykepleier bringer frem gunstigheten av føre-var prinsippet overfor pasienten i forverring og fremhever også verdien i det å være en støtte for en sykepleier som ikke har mye erfaring med slike situasjoner eller har få å støtte seg på i en nærhet. Intensivsykepleieren forteller selv om hvordan det føles å være usikker i situasjonen: *«da føler vi oss helt, å bare kjenn på følelsen, ‘Noo, dette fikser jeg ikke’, også er det ‘Åssen var nå dette igjen’’. Det er en forferdelig følelse»*.

Videre enes intensivsykepleierne om at det ikke alltid trenger å dreie seg om en pasient som skal overflyttes til intensiv. Funksjonen bør også gjelde for pasientene som ikke trenger intensivbehandling, men trenger litt ekstra oppfølging på sengepost.

I opplæringsøyemed erfarer intensivsykepleierne at det kan ta lang tid før en samlet sykepleiergruppe på sengepost er trygge og selvstendige ved nye prosedyrer eller prosedyrer de sjelden benytter. Intensivsykepleierne opplever at det er behov for jevnlig støtte over en tid, kanskje spesielt i situasjoner hvor pasienter med langt intensivforløp overflyttes til sengepost. Intensivsykepleierne ser for seg at funksjonen MIS også kan bidra i slike situasjoner, hvor man stiller seg disponibel for rådgøring, opplæring og tilsyn en periode etter pasienten er kommet til sengepost. Dette for å kvalitetssikre en mer sømløs overflytting.

5.1.3 Ressursbetingede faktorer som hemmer sykepleieutøvelsen

5.1.3.1 Ressursmangel- og tidspress

For intensivsykepleierne oppleves sykepleierne på sengepost som tids- og ressursmessig presset. Likevel erfarer de at det er ønske og vilje blant sykepleierne på sengepost om å stå mer bedside i forsøk på å observere og behandle pasientene i sin avdeling, men at ressursene ikke tillater dette. Som en konsekvens virker det, fra legenes hold, å være et ønske om å overflytte pasienter med forverring relativt raskt til intensiv, med argument om at oppfølging på sengepost ikke er tilstrekkelig.

I situasjoner med mottak av pasient fra sengepost, forteller intensivsykepleierne om noen ganger å ha opplevelse av at pasienten overflyttes i hastverk når sengepostpersonalet ikke kommer i mål. Intensivsykepleierne registrerer at pasientansvarlig sykepleier har det travelt med å komme tilbake til sin avdeling og den derfor kan oppleves som lite delaktig i situasjonen. Kjennskap til pasient angis å være variabel, hvor noen kjenner pasienten godt og andre har lite informasjon. Dette fører noen ganger til at rapporten blir mangelfull.

Sykepleierne fra intensiv reflekterer rundt i hvor stor grad de selv gir rom til rapport fra pasientansvarlig sykepleier. Noen angir at de henvender seg rett til lege for rapport. Andre mener dette dreie seg om at sykepleiere fra sengepost kan oppleve at intensivsykepleierne ikke har tid til dem, da de står opptatt i mottakssituasjonen. De anser kommunikasjon med sykepleierne på sengepost som viktig. En intensivsykepleier beskriver hvordan travelhet i mottakssituasjon kan misforstås som manglende interesse for rapport:

Og jeg kan jo tro at de fra sengeposten føler seg, litt sånn, at vi ikke har tid til dem, for når dem kommer til intensiv så er vi helt, er vi veldig opptatte med å ta imot pasienten, koble opp, få verdiene, monitorere, sette i gang behandlingen og sånn der, så jeg kan jo godt forstå at de føler at de ikke får innpass til å gi oss rapport.

Det nevnes også at sengepostsykepleierne ofte er så presset i sitt tidsskjema og at de dermed må prioritere hardt mellom de oppgaver de har. Dette resulterer i at intensivsykepleierne i dag bistår til mindre oppgaver, som innlegging av perifert venekateter, og flere mener de avlaster sengeposten med enkle oppgaver. De antar forsiktig at deres bistand i dag kan være ressursbesparende, da manglende mulighet for slike utrykninger ellers vil belaste andre faggrupper innad i sykehuset. Ved en funksjon som MIS foreslås det av intensivsykepleierne at kan være en ekstra ressurs for sengeposten, at det kan være et lavterskeltilbud. En ressurs som også innbefatter ekstra «hender» i behandling av pasienten med forverring i sin tilstand. Denne funksjonen ser de for seg vil kunne være betjent av intensivsykepleier. Behovet for en slik funksjon beskrives som ekstra stort når det er minst personell på vakt. Spesielt nevnes kveld, natt, helger, høytider og ferier.

5.1.3.2 Samtidighetskonflikt

Samtidighetskonflikter ble gjentakende tatt opp underveis i intervjuet av alle intensivsykepleiere. Intensivsykepleierne beskriver dilemmaet de står i, ved å ha ansvar for intensivpasient og samtidig har ansvar for utrykning utenfor avdeling. Med støtte fra de andre intensivsykepleierne, beskriver en av dem ansvaret for en intensivpasient slik: «*Du kan ikke gå i fra veldig mange av pasientene på intensiv*».

De er tydelig på at det er mange intensivpasienter du ikke kan forlate. En intensivsykepleier forteller at det har vært tilfeller hvor man må si ifra seg å delta på enkelte utrykninger, til fordel for tilstedeværelse hos intensivpasienten. Øvrige intensivsykepleiere sier seg enig i dette. En annen problematiserer risikoen ved å påta seg ansvar for å bistå i en situasjon på sengepost, hvor man kanskje må forlate på grunn andre utrykninger av større alvorlighetsgrad. Flere beskriver at de har mange oppgaver i sin hverdag, hvor dagens tilmålte ressurser utfordrer kapasiteten til å påta seg flere. En intensivsykepleier beskriver forholdet mellom arbeidsoppgaver og tilgjengelige ressurser slik: «*Vi har allerede oppgaver som egentlig er for mange i forhold til bemanninga vi er. Sånn at noen flere, det må følge med noen ressurser i forhold til en sånn rolle*».

Intensivsykepleierne er betenkte i forhold til ressurser på eget arbeidssted og påpeker at for å kunne bistå sengepostene er det behov for økte ressurser til dette formålet. De er tydelige på at det må foreligge funksjonsbeskrivelse og kriterier for utkalling av MIS, slik at funksjonen ikke misbrukes til annet enn sitt formål, som følge av blant annet ressursmangel på sengepost.

5.1.4 Sengepost eller intensivpasient?

5.1.4.1 Fra identifisering av forverring til overflytning

Intensivsykepleierne deler oppfatning om at tidlig identifisering er grunnlaget for å forebygge ytterligere forverret tilstand hos pasienter. En beskriver det slik: *«Jeg tenker at det man har å hjelpe seg med det er tidlige observasjoner, gode tidlige observasjoner, og tidlige tiltak som en rød tråd gjennom det hele egentlig, det, det er et veldig godt hjelpemiddel egentlig».*

Erfaringer intensivsykepleierne har gjort seg ved akutte overflyttinger mellom sengepost og intensivavdeling, er at det er variabelt hvor stort behov pasientene har for intensivopphold. Noen av pasientene som flyttes fra sengepost har mindre behov enn først antatt. De antas å kunne vært behandlet på sengepost, om samarbeid rundt denne pasientgruppen på tvers av avdelingene hadde vært mulig. Det er en felles enighet om store fordeler ved å kunne bistå pasienten hvor den er innlagt når dette ansees som pasientsikkert, men at det kan kreve ekstra oppfølging av personell med økt kompetanse og erfaring.

Det fortelles også om pasienter som overflyttes sent i forløpet av forverring, hvor tilstanden er alvorlig. Det henvises til situasjoner hvor de tror pasientene kan ha vært for lenge på sengeposten før overflytning til intensivavdeling. Intensivsykepleierne beskriver at pasientansvarlige sykepleiere da har vært svært frustrert over å ikke ha mulighet å gi den oppfølgingen pasienten trenger. Tidvis hadde sengepostsykepleierne også få legeressurser å hjelpe seg med, med påfølgende følelse av å stå alene med ulike tiltak, uten å komme i mål. Intensivsykepleierne diskuterer om hvorvidt involvering av MIS kan være med på å fange opp pasientens tilstand på et tidligere tidspunkt og hvor den da kanskje kunne vært overflyttet til høyere behandlingsnivå før nærkollaps var et faktum.

Intensivsykepleierne poengterer at det er legens ansvar å vurdere pasienten, men opplever variasjon i hvor raskt legen kan komme. De angir at dette kan påvirke hvordan overflyttingen til intensivavdelingen foregår, om den er kontrollert eller akutt, og hvilken tilstand pasienten

er i når den ankommer. Ved noen overflytting av pasienter fra sengepost erfarer intensivsykepleierne også at det er sene og til dels unøyaktige forordninger for tiltak i pasientbehandlingen. Dette forsterkes når legen ikke følger pasienten i overflytningen og gjør at igangsettelse av behandling og tiltak forsinkes. Andre ganger er lege tidligere involvert i situasjonen og har gjort grundigere vurderinger av pasienten før eventuell overflytting til intensiv.

5.1.4.2 Behandlingsnivå og nytteverdi

Behandlingsnivå og nytteverdi ble også diskutert underveis i fokusgruppeintervjuet. Intensivsykepleierne forteller at man på intensivavdeling har tilgang til mer avansert utstyr, som muliggjør større oversikt og kontinuitet i ivaretagelsen av pasienten, sammenlignet med sengepost. En av intensivsykepleierne forteller:

Og selv om vi ikke er inne hos pasientene, så har vi jo, vi hører jo hvis det skjer noen ting, ofte, kan gå å se, hva er det som plinger eller. Så selv om du ikke ser de, så har du på en måte en, litt kontroll på de, som de ikke vil ha på post

En intensivsykepleier begrunner dette med at sykepleierne på sengeposten ikke har samme mulighet, fordi de har så mange pasienter de har ansvar for. I sammenheng frembringer en annen at sykepleierne på sengepost i mange tilfeller har jobbet hardt med å ivareta en pasient, men at de ikke kommer i mål. Det vektlegges at man må skille mellom intensivbehandling og sengepostbehandling, hvilket alle intensivsykepleiere er enig om. Flere frembringer at det er viktig å diskutere nytteverdi og risiko for noen pasientgrupper i forbindelse med overflytning til intensivavdelingen. De forteller at det er flere pasienter som har fare for delir og lignende, de er gamle og syke. Overflytningen blir en påkjenning for disse pasientene med fare for påførte tilleggstilstander. Intensivsykepleierne foreslår at man må vurdere hva man kan gjøre for pasienten der den er og at man må ta dette inn i vurderingen opp mot nytteverdi og risiko ved endring av behandlingsnivå og overflytting til intensivavdeling.

5.2 Funn fra fokusgruppeintervju med sengepostsykepleiere

5.2.1 Vurdering av pasienten med klinisk forverring

5.2.1.1 Teknologi og kliniske observasjoner; Ikke alltid harmoni

Under intervjuet ble ulike verktøy for kartlegging av pasientens tilstand diskutert.

Sengepostsykepleierne angir at de bruker TILT som kartleggingsverktøy for å vurdere pasienten. Scoren bestemmer hvilken lege som skal kontaktes ved forverring. En sykepleier forteller at legen ofte ønsker tilbakemelding på hva TILT viser, før de kommer på tilsyn. Flere forteller at de bruker TILT hyppig for å se etter eventuelle endringer i tilstand og at det er en fordel om pasienten har vært i avdelingen en stund, kjennskap til pasienten gjør det lettere å se en trend. En beskriver det slik:

Det er jo for å se og vurdere tilstand, eventuelle forverringer eller forbedringer. Det er jo derfor vi også bruker TILT en så hyppig som vi gjør. Da har du jo noe, gjerne..hvis pasienten har vært et døgn så har du jo sikkert i allefall fire fem TILT er å se tilbake på og kan vurdere, ikke sant? Å se ei endring.. Har RF'en hele tiden vært på 24? Er den her pasienten kjent hypotensiv?...

Andre forteller at de bruker det for å se effekten av tiltak. Sykepleierne synes det er bra systematikk i TILT, men det er bred enighet om at referanseverdiene avviker og klinikken kan dermed være i utakt med scoren. De mener referanseverdiene utgår fra et friskt menneske. Mange har erfart at pasienter har falsk lav score, andre falsk forhøyet, særlig ved underliggende sykdom. Noen sykepleiere mener man ikke får hele bildet og at det kan være vanskelig å tolke TILT ved liten erfaring. Flere gir uttrykk for at de bruker faglig skjønn utfra tidligere erfaringer og utfra hvilke målinger pasientene har hatt tidligere. Noen sykepleiere forteller de tror de kunne hatt nytte av å bruke ABCDE med TILT som støtteverktøy. Sykepleierne er samstemte i at de savner bedre utstyr som kunne gjort arbeidshverdagen lettere. Noe av utstyret som er tilgjengelig for sykepleierne beskrives som mindre pålitelig og de ønsker å ha flere alternativer for måling av vitale parametere, for eksempel øremåler til saturasjonsmåler. Mange savner scop med funksjoner til de pasienter de trenger å overvåke litt tettere. Dette begrunnes med at man kan få mer presise målinger, med mindre bekymring for feilkilder. En sykepleier sier det slik:

Det er jo vanskelig å måle blodtrykk på de her, de som har atrieflimmer og blodtrykkene blir kanskje ikke helt korrekt og så kommer man ned på intensivten og så... jeg kjente...jeg har vært borti det før. Jeg skjentes. Men der de har en annen funksjon, på en måte og så kan man måle også blir blodtrykket nå helt annen enn det vi har målt.

5.2.1.2 Sammenheng mellom erfaring og klinisk vurderingskompetanse

Mange forteller at de opplever at det er en sammenheng mellom erfaring den enkelte sykepleier har og behov for kontakt med lege. Sykepleiere med mindre erfaring forteller de kontakter legen oftere. De som innehar mer erfaring forteller de kjenner en økt trygghet i å stå i mer krevende situasjoner nå enn tidligere. Som en sykepleier uttrykker: «...for noen om man er helt ny, eeh, kanskje man har vanskelig for å se helhet, få en helhetlig oversikt da».

Flere uttrykker de observerer at også LIS 1 kan være usikre i valg av handlinger. Noen antyder at LIS 1s usikkerhet har medført forsinkelse i pasientbehandlingen. Det har da vært forventet at man skal observere pasienten videre i sengepost, noe sykepleierne opplever som ugreit. Samlet ønsker de at LIS 1 lettere tar kontakt med bakvakten sin i slike situasjoner.

En av de nyutdannede sykepleierne nøler ikke med å få støtte av en mer erfaren kollega i situasjoner den er usikker på. Denne sykepleieren beskriver å av og til ha følelsen av stress og å miste kontrollen i situasjoner hos pasient med klinisk forverring. Sykepleierne fremhever at erfaring har bidratt til at de kan gjøre bedre kliniske vurderinger av pasientene. TILT angis som et av verktøyene som hjelper dem til å vurdere pasientene og til handlingsvalg. De opplever at bruk av erfaring i form av skjønn bidrar til at de blir tryggere i sine vurderinger av TILT-scoren i forhold til pasientens tilstand. Erfaring og kompetanse bidrar til at de kan se helheten. Det er ikke alltid mulig å vurdere helhet basert på målinger alene. Kjennskap til den individuelle pasienten, dens grunnsykdom og hvordan det kan påvirke målinger, fremheves som viktig. Sykepleiere med mer erfaring forteller at de spesielt ser etter avvik i forhold til pasientens normale tilstand. Det er når dette blir tydelig at de velger å kontakte lege og ikke kun på bakgrunn av resultater fra målinger.

5.2.1.3 Formidling av pasientens tilstand

Sykepleierne angir at legegruppen, akuttmottak og intensivavdeling benytter seg av ABCDE, til forskjell fra dem selv, som bruker TILT. En sykepleier med noe kjennskap til ABCDE mener sengepostsykepleierne bør bruke dette mer aktivt i formidling og beskrivelse av pasientens kliniske situasjon. Sykepleierne tror at bruk av ABCDE vil kunne bidra til færre misforståelser mellom sykepleier og lege, hvor manglende kliniske observasjoner kan bidra til

at pasienten i noen tilfeller blir sett an for lenge og at sykdomsbildet kan forverres. Noen antyder også at det er vanskelig å bli tatt på alvor dersom man melder fra om at pasienten er blitt dårlig, når man ikke har vitale parametere som kan synliggjøre konkret hva som er klinisk endret. Sengepostsykepleierne forteller at de benytter ISBAR i kommunikasjon med lege.

Sykepleierne fra sengepost definerer stress som en årsak til at det kan være vanskelig å få gitt god rapport, men også en årsak til at det er utfordrende å ta imot rapport. De anser at stress gjør noe med evnen til å formidle sine observasjoner. En av sykepleierne beskriver det slik:

...i stressende situasjoner skjønner jeg at det kan være vanskelig å rapportere og motta rapport. Man kan jo si at pasienten har 253/64 og 88, masse tall også skjønner kanskje ikke den man prater med helt va man sier og prøver å rapportere. Kanskje går det mer på kommunikasjon da? At det kan være utfordrende å formidle det man har sett og fått av resultater...

I rapportsituasjoner med intensiv, angir flere sykepleiere at de gir rapport om pasientforløpet, hva de har gjort og hva siste målinger har vært. En sykepleier beskriver seg som skjerpet i disse situasjoner, at det er viktig å formidle sine observasjoner og vurderinger. Noen forteller om at man får spørsmål dersom intensivsykepleierne lurer på noe eller ved misforståelser. De angir at personalet på intensiv signaliserer ønske om å få rapport, de legger godt til rette for at den blir avgitt best mulig.

5.2.2 Faktorer som utfordrer ivaretagelse av pasient med klinisk forverring

5.2.2.1 Forsvarlighet og kapasitet; et puslespill i hverdagen

Flere av sykepleiere trekker frem opplevelsen av å ha et stort mangfold i sine arbeidsoppgaver. Dette inkluderer en del oppgaver som må gjøres for å opprettholde driften, men kategoriseres ikke som typiske "sykepleier-oppgaver". Disse eksemplifiserer som rengjøring av senger og utstyr. Sykepleierne mener at dette tidsmessig trekker dem bort fra pasienten og definerer slike arbeidsoppgaver som "tidstyver". I travle perioder må de prioritere bort slike oppgaver og er tydelige på at det er pasienten som kommer i første rekke. Som en sykepleier forteller: «*Det blir som den dårlige samvittigheta. Vi rekke ikke over. Det er mange ganger jeg har tenkt på, har gått hjem og tenkt på... Skulle gjort det og det og man føler ikke man har strukket til*».

Sykepleierne kjenner på mangel på ressurser i form av tid og personell. Flere av dem beskriver følelsen av dårlig samvittighet som dominerende når de har mye å gjøre og må prioritere sine oppgaver. Særlig gjør den seg gjeldende når de samtidig har pasienter som forverres i sin tilstand og som de ikke greier å følge opp. En av dem forteller om en dårlig fornemmelse etter overflytting av pasient til intensivavdelingen, hvor vedkommende følte ble antydnet at denne overflyttingen burde vært gjort for lenge siden og at personalet på intensivavdelingen ikke helt hadde tillit til sengeposten. De kjenner på opplevelsen av ikke å strekke til og sier at dette er noe de stadig vekk tar med seg hjem etter endt arbeidsdag. Tidspunkter som kveld og natt ansees som sårbare på grunn av lavere bemanning. Sykepleierne betegner det som krevende å bli værende hos en enkelt pasient over tid, da det er flere andre som også har behov for deres oppmerksomhet og bistand. Dette gjør det er utfordrende med konstant tilstedeværelse hos den akutt syke pasienten og de anser at det totalt går ut over begge pasientgruppene; det blir ikke rettferdig pasientbehandling. Det bemerkes at sengeposten ofte er full og selv om det jevnlig skrives ut pasienter, så er tilstrømningen stor. Full bemanning er ikke alltid tilstrekkelig og å skulle bemanne opp ytterligere er vanskelig. Det er heller ikke alltid det er ekstra personale å få tak i. ‘Helt til beinet’ er en sammenligning som blir brukt, og en sykepleier forteller: *«Det er ikke forsvarlig. Det kan være fullt i avdelingen, vi klarer ikke følge opp den pasienten sånn som vi burde ha gjort»*.

5.2.2.2 Holdninger og barrierer i det tverrfaglige samarbeidet

Alle sykepleiere har hatt opplevelser der det i noen tilfeller kan være vanskelig å få medhold hos lege ved pasient med forverring. De beskriver en følelse av å ikke bli trodd i sine observasjoner og en sykepleier forteller om en opplevelse den har hatt:

Ofte er det jo det at legene sier at ‘pasienten var jo ikke slik da vi var på visitt’. Men det er vi som ser pasienten store deler av døgnet. De er kanskje inne hos pasienten ett kvarter på visitt.

En sykepleier forteller at den har blitt møtt med motsvar om at pasienten ikke var slik ved visitt, noe øvrige informanter angir å kjenne seg igjen i. Sykepleierne understreker videre at det er de som ser pasienten store deler av døgnet, mens lege kun er inne en kort stund. Sengepostsykepleierne forteller at det oppleves vanskelig å ikke føle seg hørt av lege. Flere har også inntrykk av at intensivsykepleierens vurderinger i større grad tas på alvor. En

sykepleier deler en situasjon der den har fått hjelp av en intensivsykepleier til å legge perifert venekateter hos en pasient med klinisk forverring, hvor begge var enige om at pasienten er for dårlig til å være på sengeposten. Sykepleieren hadde over tid varslet om pasientens tilstand, uten å bli møtt på pasientens behov for økt omsorgsnivå. Med involvering fra intensivsykepleier, ble pasienten overflyttet til intensivavdeling kort tid etterpå. Flere kjenner seg igjen i situasjonen og det diskuteres om dette kan være hierarkibetinget, at man som sykepleier på sengepost ikke har like mye autoritet. Sengepostsykepleierne ønsker et miljø hvor deres vurderinger blir tatt på alvor og en sykepleier uttrykker seg slik:

...samtidig så tenker jeg at vi må ha et miljø der man blir tatt på alvor og det jeg ser og det, eller det vi ser på post som sykepleiere, det vi observerer og de tiltakene vi gjør, og når vi faktisk ringer lege og sier "dette er ikke rette plassen lengre", så må dem ta det på alvor.

Sykepleierne har inntrykk av at noen LIS 1 har høy terskel seg for å ringe sine bakvakter, at de ikke vil forstyrre dem. Dette kjenner de seg igjen i, de sier det kan være vanskelig som ny. Alle har jo vært ny. En sykepleier forteller om en hendelse den opplevde som nyutdannet sykepleier. Den var nervøs for å overlevere rapport til intensivsykepleier, redd for å ikke gi god nok rapport, og ble møtt med tilbakemelding "hvorfør har du ikke gjort sånn...". I etterkant av situasjonen gruet sykepleieren seg til å levere pasient til intensiv igjen. En annen forteller at man er redd for å få negative tilbakemeldinger, noe som kan hindre at man søker råd. Informantene forteller at slik som det er i dag, er terskelen lavere for å be om hjelp til en prosedyre enn bistand hos en pasient.

5.2.3 Samarbeid som læringsarena

5.2.3.1 Å lære av hverandre; før, under og etter akutte situasjoner

Simulering er en av aktivitetene som fremheves som arena for kompetanseheving, og samhandling i ulike situasjoner. Flere beskriver denne måten å lære på som nyttig fordi man får kjenne på alvorlighetsgraden i situasjonen. Sykepleierne ønsker fremover at det avholdes felles simuleringer mellom avdelingene for bedre læring og samarbeid. De trekker også frem tryggheten med å ha noen som er mer erfarne, som betydningsfullt for læringsutbyttet. Flere sykepleiere forteller at de ofte henter en kollega, dersom en pasient får forverret tilstand. Med enighet fra de andre sykepleierne, beskriver en det slik:

Akuttsituasjoner krever jo..vi søker jo kunnskap, erfaring og støtte i hverandre. Så derfor er det jo fint å kunne være to hoder når man går inn til en dårlig pasient, for da har du jo noen å diskutere med. "Ser du det samme som meg?" "Hva tenker du bør være neste tiltak?" ...

De beskriver at er godt å ha noen å diskutere med, de søker kunnskap, erfaring og støtte i hverandre. En sykepleier fremhever viktigheten av å oppleve mestring: «...*hvis du har opplevd at en alvorlig situasjon går bra og at man klarer å behandle på post, så styrker det jo selvtilliten og kunnskapen i at da kan vi klare det på nytt igjen, ikke sant*».

Å oppleve og snu en forverring på sengepost, og dermed forhindre en alvorlig situasjon, kan det styrke kunnskap og selvtillit til at man kan oppnå det samme igjen. Sykepleieren beskriver at dette gjerne er erfaringsbasert, at man etter hvert får bedre oversikt og blir tryggere i seg selv som sykepleier.

Sengepostsykepleierne fremhever at de i etterkant av en akutt situasjon ofte lurer på hvordan det har gått med pasienten de hadde ansvaret for. Det kommer opp tanker med spørsmål om ‘gjorde jeg riktig?’ og ‘hadde tiltakene mine effekt?’. En av sykepleierne legger til at den har opplevd at det kom en intensivsykepleier kort tid etter en aktuell situasjon og ga tilbakemelding på observasjoner og tiltak som var gjort på sengepost. Sykepleieren opplevde det som positivt å få konstruktiv tilbakemelding og tror selv det kan bli enklere å identifisere i tidligere fase om den skulle havne i en lignende situasjon igjen. Debriefing i etterkant av en situasjon dras også frem som lærerikt. Sengepostsykepleierne sier dette er noe de selv må etterspørre, men at det likevel dessverre sjelden gjennomføres.

Sykepleierne forteller om ulike grunner til å ta kontakt med intensiv. I hverdagen dreier kontakten mellom avdelingene seg i hovedsak til å være bistand til små, praktiske prosedyrer, kontakt om telemetripasienter og samarbeid i forbindelse med overflytting av pasient. Noen konfererer med dem når de har barn innlagt. Andre forteller om ulike problemstillinger de ikke har så mye kjennskap til, men som er mer kjent for intensivsykepleierne, deriblant trakealsuging. En sykepleier forteller om bistand fra intensivavdelingen:

Vi har hatt pasienter med trach, som det går jo lenge mellom hver gang, da. Det er ikke en ting som ligger i ryggmargen, vi er kanskje usikre på ting. Da opplever jeg at de kommer opp og hjelper oss fra intensiven og viser oss hvordan de gjør det...

Når de har pasienter med problemstillinger de er utrygge i, har de fått til et samarbeid hvor intensivsykepleier har undervist og hvor sengeposten selv har undervist videre. De opplever det som positivt å kunne få råd og tips på hva de bør gjøre i ulike pasientsituasjoner. Det virker å være forskjellig terskel for å ta kontakt med intensivavdelingen for bistand. I dagens

situasjon kjenner flere på at er litt redde for å ta kontakt, da de er redde for å være til bry.

5.2.3.2 MIS – Sykepleiernes betraktninger

Sykepleierne på sengepost har flere forslag til hva MIS kan bidra med. Tross sine opplevelser med barrierer, ønsker informantene et videre samarbeid med intensivavdelingen rundt bistand i prosedyrer og opplæring, og ser for seg at dette er noe MIS kan bistå med. De tror terskelen for å henvende seg for bistand blir lavere dersom MIS etableres. Det er også enighet i gruppen om at MIS kunne bistått i vurdering, tiltak og evaluering hos pasienter med klinisk forverring og fungere som en støtte for sykepleieren på sengepost. De ønsker råd til andre tiltak som kan forsøkes og tilbakemelding på hva de kan gjøre annerledes. Sykepleierne ser for seg at dette kan virke forebyggende for alvorlige forverringer og mulig forhindre at pasienten får behov for intensivbehandling. En annen fordel som fremmes, er mulig raskere avklaring rundt pasientens behov for oppfølging og på en annen side kan fremskynde overflytning til intensiv, dersom behov for økt omsorgsnivå. Noen sykepleiere ønsker også bistand under selve overflyttingen til intensivavdelingen. Sykepleierne enes om at det ville vært lavere terskel for å be om bistand fra intensivavdelingen, dersom funksjonen hadde blitt iverksatt. En av refleksjonene var: *«Tenker en mobil intensivsykepleier vil jo være enda en god, erfaren, trygg kollega som man har litt, værtfall tillit til og at man får hjelp og lærer også, samtidig som man er på jobb i aktuelle situasjoner ..»*.

Flere mener det kunne blitt tryggere å stå i de akutte situasjonene, fordi man har god støtte. At man kan bli tryggere sykepleiere av det på sikt og at det vil kunne minske stresset. Noen beskriver tryggheten med å diskutere aktuelle problemstillinger med noen som har spissere kompetanse, å kunne tenke logisk, strukturert og konstruktivt sammen. Flere tror funksjonen kan bidra til å øke kompetansen på sengeposten og en definerer: *«Altså, kompetanse for meg er jo trygghet.. trygghet for oss, trygghet for pasienten»*.

Sykepleierne stiller spørsmål rundt om det hadde vært lettere å få gehør hos leger, dersom MIS hadde vært delaktig i vurdering av pasienter med forverring. Samtidig mener flere at det ikke burde være nødvendig at en intensivsykepleier må bekrefte sykepleierens vurderinger. De er redde for at det skal bli ‘den nye normalen’, dersom funksjonen blir iverksatt. Noen reflekterer rundt om det kan føre til at man i mindre grad søker hjelp hos intensivsykepleiere. Andre tror det kan dreie seg om den enkeltes sykepleiers stolthet, at man blir såret dersom

man føler seg forbigått. Det er enighet rundt at dette vil være både erfarings- og situasjonsbetinget. Sykepleierne oppsummerer med at de syns det hadde vært nyttig å kunne hatt støtte fra MIS, spesielt i tilfeller hvor de selv er i tvil.

6 Diskusjon

Vi vil nå presentere vår diskusjon. Her vil funn fra fokusgruppeintervju med intensivsykepleiere og sengepostsykepleiere diskuteres opp mot hverandre, samt opp mot aktuell teori og forskning, i lys av vår problemstilling. Vår problemstilling er:

Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus - hvordan kan mobil intensivsykepleier bidra til økt pasientsikkerhet hos pasienter på sengepost med klinisk forverring?

I denne studien har det vært stort likhet i hva sykepleierne og intensivsykepleierne i de to fokusgruppene har lagt vekt på. Kartleggingsverktøy, arbeidsmetoder og erfaring til å kartlegge pasienten med klinisk forverring er noe som opptar begge sykepleiergruppene. Det er gjort funn hvor begge grupper er kritiske til tilgjengelige verktøy og til rammene for sykepleieutøvelsen på sengepost i dag. Erfaringsforskjeller mellom fokusgruppene og mellom de ulike deltakerne fremheves som av stor betydning for trygghet og selvstendighet i yrket. Sykepleierne på sengepost opplever blant annet kommunikasjonssvikt, holdninger og hierarki mellom helsepersonell som barrierer for å ta kontakt for bistand og beskrev dette utfordrende for tverrfaglig samarbeid. Størst fokus i begge fokusgrupper har likevel vært ønske om å kunne samarbeide, med mål om kompetanseøkning. Sengepostsykepleierne har stor interesse av selvutvikling i yrket og vektlegger økt egenkompetanse som byggestein for trygghet og selvstendighet i arbeidet. De trekker paralleller mellom økt kompetanse med økt pasientsikkerhet. Det har i begge fokusgrupper vært lagt vekt på å kunne bistå hverandre på tvers av avdelingene og verdien av læring i situasjoner.

6.1 Erfaringens betydning for kartlegging av pasient med klinisk forverring

Det kommer frem i fokusgruppeintervju med intensivsykepleierne at tidlige og gode observasjoner er et godt hjelpemiddel for å forebygge et medisinsk forverret sykdomsbilde

hos innlagte pasienter. Til kartlegging av mulig forverret tilstand hos pasienter finnes det ulike kartleggingsverktøy, hvor sengeposten benytter seg av TILT til dette formål. Imidlertid kritiseres kartleggingsverktøyet av begge sykepleiergrupper for å være for lite pålitelig, da det kan være lite samsvar mellom pasientens klinikk og TILT-score. Unøyaktigheten beskrives som spesielt fremtredende i møte med pasienter med underliggende, kroniske sykdommer, eksempelvis kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), hvor økt respirasjonsfrekvens kan være habituell (Stubberud et al., 2020, s. 237). Intensivsykepleierne støtter sengepostsykepleierne i dette og forteller samtidig om erfaring av overflyttinger til intensiv på bakgrunn av høy TILT-score alene, hvor helhetsvurdering av pasientens klinikk mangler. På generelt grunnlag anbefaler Helsedirektoratet (2020) bruk av NEWS 2 som kartleggingsverktøy, hvor dette verktøyet har andre referanserverdier for poengscore, som eksempelvis også tar hensyn til kronisk hyperkapni. Dette er en viktig forskjell mellom NEWS 2 og TILT, hvor NEWS 2 blant annet innehar en egenskap sykepleierne fra sengepost savner. På bakgrunn av sengepostsykepleirnes negative erfaringer med TILT, kan man anta at NEWS 2 vil være et bedre egnet kartleggingsverktøy for sengeposten.

Intensivsykepleierne vektlegger en mer helhetlig observasjon enn hva TILT kan gi og trekker frem ABCDE som et godt tilleggsværktøy til parametermåling. ABCDE vil gi et bedre overblikk enn målte vitale parametere alene, dette anbefales også av Helsedirektoratet (2020). Flere av sykepleierne på sengepost uttrykker ønsker om å ta ABCDE i bruk for å komplettere TILT, men sier også samtidig det er en annen måte å tenke på enn hva de er vant med. De bekrefter at de i dag arbeider ut ifra helhetstanken, hvor både klinikk og vitale parametere skal ligge til grunn i en vurdering, men at arbeidsmetodene mulig er lite systematiserte. Det finnes i dag ingen rutine for bruk av ABCDE på denne sengeposten. Samlet tror intensivsykepleierne og sengepostsykepleierne at implementering av ABCDE-verktøyet kan gi et bedre totalbilde av pasienten.

I begge fokusgruppeintervjuene fremkommer det at intensivsykepleierne og sengepostsykepleierne mener det er en sammenheng mellom erfaring og evne til å vurdere pasientens kliniske status ved forverret tilstand. Dette blir spesielt gjeldende når kartleggingsverktøy som vurderingshjelpemiddel oppleves lite pålitelige. Erfaringsgrunlaget hos sengepostsykepleierne beskrives som variabelt, hvor noen er mindre erfarne, mens andre har lengre klinisk erfaring. Benner (2004) beskriver, gjennom Dreyfusmodellen, at ferdigheter og erfaring danner grunnlag for handlingskraft. Utvikling av erfaring gjør at evnen til å holde oversikt, være delaktig, prioritere og tenke forebyggende kan øke. Intensivsykepleierne

beskriver at de opplever noen uerfarne sengepostsykepleiere som utrygge med ansvaret de står med, hvor en situasjon med pasient i forverring både kan føre til redsel og stress.

Sengepostsykepleierne beskriver at de med mindre erfaring gjerne har behov for lege- og kollegastøtte i større grad, da man med kortere erfaring kan ha vanskelig for å se hva situasjonen krever. Det trekkes frem at sykepleierne med mest erfaring føler mer trygghet på egen kompetanse og derfor i større grad tør å stå i utfordrende situasjoner, ta et overblikk og benytte sitt kliniske blikk til å gjøre skjønnsmessige vurderinger. Sengepostsykepleierne beskriver at deres faglige skjønn og kliniske blikk har utviklet seg og at de på en slik måte kan vurdere pasienten mer helhetlig enn de med kortere erfaring.

Ifølge Alvsvåg og Førland (2007, s. 14-16) vil faglig skjønn og klinisk blikk kunne utvikles av erfaring. Gjennom erfaringer av ulike opplevelser dannes muligheten til å gjenkjenne situasjoner, forstå dem, og handle faglig riktig, godt og hensiktsmessig. Dette karakteriseres som å «kjenne det riktige», basert på en blanding av viten og klokskap.

Intensivsykepleierne angir å oppleve at noen pasienter overflyttes til intensivavdelingen sent i forløpet av en klinisk forverring, hvor pasientens tilstand har blitt alvorlig. De reflekterer rundt om det kan ha sammenheng med begrenset vurderings- og handlingskompetanse på sengepost, som gjør at pasienten fanges opp sent i forløpet. Tidlig identifisering av forverret tilstand anses, av intensivsykepleierne, å være viktig for forebygging av alvorlig sykdom. På bakgrunn av utfordringene sengepostsykepleierne beskriver med TILT, kan man undre seg over om overgang til bruk av NEWS 2 og ABCDE og samtidig fokus på kompetanseheving hos sykepleiergruppen, vil kunne lette deres arbeid i tidlig identifisering av forverret tilstand hos pasienten på sengepost.

Sengeposter på lokalsykehus behandler pasienter med mange forskjellige og komplekse diagnoser. Hvor større sykehus har spesialiserte avdelinger, innehar lokalsykehus ofte avdelinger for generelle medisinsk- eller kirurgiske tilstander (Braut, 2018). I mangel av spesialiserte avdelinger, poengterer intensivsykepleierne at det er et stort behov for breddekompetanse for de sykepleiere som arbeider på lokalsykehus. Sykepleiere på sengepost må inneha kunnskap på store fagområder, noe intensivsykepleierne mener kan være årsak til at det tar tid å bygge kompetanse.

Kompetanse beskrives av Hovland og Andresen (2007, s. 198), som en treenighet av kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Komponentene er lite verdifulle hver for seg. For å kunne være en kompetent sykepleier må hver komponent balanseres i riktig grad i utøvelsen av faget. Kravet til sykepleierens kunnskapsgrunnlag har vært gjenstand for markant økning

over tid, i tråd med samfunnsutvikling i sin helhet. Sykepleierrollen preges av behov for god teoretisk- og vitenskapelig basert kunnskap, som sammen med erfaringskunnskap, danner sykepleiernes kunnskapsgrunnlag og kompetanse (Christiansen, 2007, s. 118). I et pasientsikkerhetsperspektiv fremheves det som en nødvendighet å sikre tilstrekkelig observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse hos den enkelte sykepleier for å kunne gi trygg pasientbehandling (Helsedirektoratet, 2020).

6.2 Faktorer som hemmer ivaretagelse av pasient med klinisk forverring

Sykepleierne på sengepost beskriver å ha et stort mangfold i sine arbeidsoppgaver, og kategoriserer selv noen av oppgavene som ‘‘tidstyver’’, som reduserer deres tid hos pasienten. Det fortelles også om medisinsk-teknisk utstyr som ikke fungerer optimalt, hvor feilmålinger ofte kan være kilde til uklarhet rundt alvorlighetsgraden av pasientens tilstand. Dette gjør arbeidshverdagen tyngre, hvor sengepostsykepleierne må bruke ekstra tid på å validere om målingene er riktige. Formålet til Helsedirektoratets (2020) nasjonale anbefalinger er å bidra til tidlig identifisering av forverret tilstand, varsling og iverksetting av tiltak for trygg pasientbehandling, hvor det skal sikres at pasienten får riktig behandling til riktig tid på riktig sted. Dersom man ikke kan stole på at medisinsk-teknisk utstyr gir nøyaktige målinger, vil dette kunne forsinke identifisering av forverret tilstand hos pasient og det kan sette pasientsikkerheten i fare.

Sengepostsykepleierne beskriver sin hverdag som hektisk, hvor de ofte kjenner på følelsen av å ikke strekke til. De forteller om marginal bemanning, hvor muligheten for kontinuerlig observasjon av pasienten er utfordrende. Sykepleierne på sengepost trekker frem at det tidvis føles uforsvarlig å skulle ivareta en pasient som krever en-til-en sykepleie og, at det samtidig vil gå på bekostning av de resterende pasientene i avdelingen. Nattevakter, helger og høytider angis som spesielt utfordrende, grunnet lavere bemanning. Det er svært ofte fulle avdelinger. Intensivsykepleierne erfarer at det er stor vilje blant sykepleierne på sengepost til å tettere observere og behandle pasienten i sin avdeling, men at de ikke alltid gis mulighet til dette grunnet tids- og ressursmessig press. De opplever også leger av den grunn noen ganger ønsker å overflytte pasienter til intensivavdelingen, uten at pasienten nødvendigvis har behov for intensivbehandling. Helsedirektoratet (2019) sier: *«For å forebygge og redusere pasientskader, må vi jobbe mer systematisk og sammen på tvers av profesjoner og tjenestenivåer»* (Helsedirektoratet, 2019, s. 3).

Det kan på den måten oppfattes at legen gjør et nødvendig valg for å sikre pasientsikkerhet, når mulighet for tilstrekkelig observasjon og oppfølging, tidvis ikke er mulig på sengepost. Dette er i tråd med Helsepersonelloven (1999), hvor loven sier følgende: «...*Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell*» (Helsepersonelloven, 1999, §4).

Alle sykepleierne på sengepost beskriver at de har opplevd situasjoner med pasient i klinisk forverring, hvor de ikke føler seg tatt på alvor av lege. De beskriver flere mulige årsaker til hvorfor de tror dette oppstår. I intervjuet fremkommer det at noen tror dette kan handle om misforståelser mellom sengepostsykepleier og lege, hvor utydelig kommunikasjon ligger til grunn. Sengepostsykepleierne mener det kan være vanskelig å bli tatt på alvor, dersom man ikke klarer å formidle konkret hva som er endringen hos pasienten, men kun formidler at de opplever pasienten som «dårligere». Videre mener de at stress kan være en medvirkende årsak, hvor stress gjør det utfordrende å gi og motta rapport. Helsedirektoratet (2020) anbefaler bruk av ISBAR som kommunikasjonsverktøy for å sikre strukturert kommunikasjon mellom helsepersonell. Dette kan bidra til å forebygge misforståelser og dermed øke pasientsikkerheten. Sykepleierne på sengepost angir at de benytter seg av ISBAR, men opplever noen ganger likevel utfordringer i kommunikasjon med lege. Hession og Meaney (2022) fremhever i sin forskning at sengepostsykepleiere gjerne syns det er enklere å kommunisere sykepleier til sykepleier, fremfor sykepleier til lege. Dette begrunnes med at man lettere kan uttrykke sin bekymring for pasienten til en annen sykepleier, uten at bekymringen nødvendigvis trenger å ha sitt utspring fra håndfaste tall og vitale parametere. Det er her klare likheter i forskning og resultat fra fokusgruppeintervjuet med sengepostsykepleierne. Sengepostsykepleierne forteller om opplevelser hvor deres bekymring ikke alltid tas på alvor dersom de ikke har avvikende vitale parametere å vise til. Dette angis å forsterkes, dersom pasientens nåværende tilstand ikke samsvarer med hvordan legen oppfattet pasienten på legevisitt. Klinisk forverring kan derimot oppstå i løpet av kort tid, noe som betyr at pasientens tilstand kan være forandret fra tilstand under dagens legevisitt (Winters et al., 2013).

I funn fra fokusgruppeintervju med sengepostsykepleiere, fremkommer det også opplevelser

av at intensivsykepleieres vurderinger i større grad tas på alvor av legene enn vurderinger gjort av sengepostsykepleier. De viser til episoder hvor de har hatt pasienter med forverring og gjort gjentagende varslinger om at pasienten er i behov av økt omsorgsnivå. Det fortelles om hendelser hvor de har samarbeidet med intensivsykepleier rundt en prosedyre hos pasient med forverring, hvor intensivsykepleieren har støttet deres vurdering. Når intensivsykepleieren også varsler sin bekymring, oppleves det at prosessen med overflytting til intensivavdeling fremskyndes. Sengepostsykepleierne opplever dette hierarkibetinget, hvor man som sykepleier på sengepost ikke har like mye autoritet og ikke blir tatt på samme alvor, som spesialsykepleiere. Sykepleierne kjenner seg forbigått. Dette viser også Tilley og Spencer (2020) til i sin forskning, hvor det fremkommer at hierarkiske holdninger fortsatt eksisterer i sykehus og er en faktor som hindrer godt tverrprofesjonelt samarbeid. Orvik (2015, s. 247) påpeker at samarbeid mellom aktører bygger på ‘vi-følelse’, hvor man samarbeider mot et felles mål i pasientbehandlingen. Samhandling fordrer relasjonsbygging, hvor tillit, gjensidig ansvar og likeverd er viktig. Helsepersonell er avhengig av å samhandle med hverandre for å sikre gode pasientforløp. Dersom dette ikke finner sted, risikerer pasientforløpet å bli mangelfullt og pasientsikkerheten kan stå i fare.

6.3 Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus gjennom funksjonen MIS

MIS er ingen etablert funksjon ved sykehuset i dag, men intensivsykepleierne og sengepostsykepleierne har mange forslag til hva en slik funksjon kan bidra med ved deres lokalsykehus, med utgangspunkt i eksisterende samarbeid. Det er enighet blant dem om at funksjonen bør fungere som en støtte for sykepleier på sengepost i situasjoner med pasient med klinisk forverring. Funksjonen ønskes som et supplement til det eksisterende samarbeid, som i dag innbefatter pasientansvarlig sykepleier og lege på sengepost. Ved involvering av MIS, ønsker både intensivsykepleierne og sykepleier på sengepost at sengepostsykepleier skal forbli pasientansvarlig sykepleier frem til eventuell overflytning til intensivavdeling. Det er også enighet om at involvering av MIS ikke erstatter samarbeid med pasientansvarlig lege. Dette er helt i tråd med Helsepersonelloven (1999, §4), hvor det står at det er lege som skal ta beslutninger rundt pasientens medisinske undersøkelser- og behandling.

Sengepostsykepleierne beskriver at erfaringsnivå gjerne har sammenheng med graden av behov for kollegastøtte. Kollegastøtte ansees av sengepostsykepleierne som en viktig arena

for å lære av hverandre, hvor de angir å søke kunnskap, erfaring og støtte hos hverandre. De eksisterende kapasitetsutfordringer i sengepostsykepleiernes hverdag, begrenser deres mulighet til å bistå hverandre og mange kjenner seg derfor alene i vurdering av pasient med klinisk forverring. I situasjoner sykepleierne er ukjente med, rådfører de seg noen ganger med intensivavdelingen. Sengepostsykepleierne ønsker økt mulighet til å konferere med intensivavdelingen og mulighet til å be om faglig hjelp til pasienter med klinisk forverring. Intensivsykepleierne opplever det positivt at sengepostsykepleierne henvender seg for rådføring og mener de gjerne kan bidra mer på dette området, dersom de blir forespurt. Sengepostsykepleierne gir uttrykk for behov for tilbakemelding på vurderinger og tiltak de har gjort, med et mål om å lære av situasjonen. Intensivsykepleierne angir at de i overflyttingssituasjoner, ofte får spørsmål fra sengepostsykepleier om noe kunne vært gjort annerledes for å endre situasjonens utfall. Det kjennetegnes av sengepostsykepleierne at det er liten systemkultur for debrifing og erfaringsutveksling på sengeposten, hvor sykepleierne heller ikke opplever seg inkludert uten selv å være oppsøkende.

Det eksisterende samarbeidet mellom sengeposten og intensivavdelingen dreier seg i dag hovedsakelig om mindre prosedyrerelaterte oppgaver, hvor intensivsykepleierne bistår med undervisning og gjennomføring. Både intensivsykepleierne og sengepostsykepleierne mener man opparbeider seg kompetanse på ulike områder, fordi de har ulike arbeidskontekster, og dermed ulike arbeidshverdager. Intensivsykepleierne har, gjennom sin videreutdanning, spisskompetanse i vurdering og behandling av akutt- og kritisk syke pasienter (Stubberud, 2020a, s. 41). Dette skaper et kompetanseskiller mellom dem og sykepleiere med bachelorutdanning. Intensivsykepleiernes arbeidshverdag dreier seg om ivaretagelse av kritisk syke pasienter, med svikt i en eller flere vitale organfunksjoner, som krever kompenserende behandling og kontinuerlig overvåking (Stubberud, 2020b, s. 29). Pasienter uten dette behovet, men fortsatt behov for døgnkontinuerlig omsorg og behandling, ivaretas i sengepost (Braut, 2019). Både intensivsykepleierne og sengepostsykepleierne mener at fordi man har kompetanse på ulike områder, vil kunne lære av hverandre.

Alle sengepostsykepleiere beskriver at de ønsker bistand til vurdering og forslag til tiltak hos pasienter med klinisk forverring. De erfarne sengepostsykepleierne beskriver at de ønsker dette i tilfeller hvor de selv er i tvil om det de observerer er riktig. Alle intensivsykepleiere mener de kan bidra i kartleggingen og vurderingen av pasient i klinisk forverring. Med bakgrunn i sin kompetanse i strukturert kartlegging ved bruk av ABCDE-undersøkelse, kan

de bidra til å skaffe økt oversikt i situasjonen, dersom behov. NSFLIS (2017) beskriver at intensivsykepleieren gjennom sin spisskompetanse, skal bidra til å oppdage klinisk forverring på et tidlig stadium, gjennom systematisk observasjon og vurdering. Intensivsykepleieren skal også beherske iverksetting av forebyggende- og kompenserende tiltak ved etablert forverring (NSFLIS, 2017).

Alle intensivsykepleiere og sengepostsykepleiere ser for seg at implementering av MIS kan skape en god arena for å lære av hverandre i situasjoner med pasienter i klinisk forverring. Gjennom å vurdere, diskutere og jobbe sammen i situasjonen, kan kunnskapsoverføring finne sted. Intensivsykepleierne ønsker å være ressurs i kompetansebygging, hvor de mener det er viktig å skape lærdom i og av situasjonen gjennom veiledning og samhandling. Ifølge Tveiten (2011, s. 150) er veiledning en istandsettingsprosess, som gjennom samhandling og sikter mot å styrke mestringskompetanse hos den som veiledes. Hva mestringen dreier seg om, er person-, situasjon- og kontekstavhengig. De involverte i veiledningen er ikke nødvendigvis likestilte, men likeverdige (Tveiten, 2011, s. 151). Alle intensivsykepleierne angir at de ønsker dele av sin kompetanse, gjennom å fortelle hva de ser etter og hvilke handlingsvalg de gjør i en gitt situasjon. Et eksempel er å vise hvordan man kan benytte ABCDE-undersøkelse til å skape oversikt i en situasjon som oppleves uoversiktlig. Våre funn bekreftes i forskning, hvor det fremkommer at MIS bidrar til kunnskapsoverføring og kompetansebygging gjennom sin opplærende og støttende funksjon (Bunkenborg et al., 2022; Stafseth et al., 2016). Hession og Meaney (2022) fremhever at læringsutbyttet er størst ved veiledning under en pågående situasjon. Benner et al. (2011, s. 48, 63) angir pasientnært arbeid som en viktig læringsarena, hvor en mindre erfaren kollega kan lære av den med mer erfaring. Å lære gjennom praksis gir erfaringsbasert kunnskap, der den mer erfarne kan fungere som en rollemodell gjennom å vise hvordan den håndterer situasjonen.

6.4 Kompetanse – en kilde til trygghet og mestring

Usikkerhet og utrygghet i uforutsette situasjoner vil kunne føre til emosjonelle reaksjoner, for eksempel stress, som vil kunne redusere den enkeltes handlingsevne i situasjon. Stress beskrives av Weisæth og Dalgard (2000, s. 36) som avviket en person opplever i forholdet mellom de krav en belastende situasjon medfører og de ressurser en besitter for å håndtere belastningen. Stress kan føre til at man opplever at omstendighetene stiller større krav enn man behersker (Weisæth & Dalgard, 2000, s. 36). En av de mindre erfarne

sengepostsykepleierne beskriver følelse av å miste kontrollen i uoversiktlige pasientsituasjoner og angir i slike situasjoner å ha behov for støtte av en mer erfaren kollega. Benner et al. (2011, s. 56-68) viser til at erfaringslære vil over tid kunne bidra til perseptuell bevissthet og økt intuitiv tenkning og handling. Dette henviser til sykepleierens evne til å se en situasjon helhetlig og raskt gjenkjenne hva situasjonen krever, med utgangspunkt i tidligere erfaringer (Benner, 2004, s. 40). Gevinsten av dette vil kunne være en større trygghet og selvstendighet til å møte lignende situasjoner alene. Sengepostsykepleierne mener dette kan oppnås gjennom mulighet til å kunne diskutere og støtte seg til en kollega med spisskompetanse i aktuelle situasjoner. Det er enighet mellom intensivsykepleierne og sengepostsykepleierne om at læring i aktuelle pasientsituasjoner vil kunne gi økt kompetanse. De mener med økt kompetanse, medfølger også økt trygghet til å tørre å stå i vanskelige situasjoner. I hvor stor grad man har behov for støtte i situasjonen, vil være personavhengig ut fra tidligere erfaring og kompetanse. Benner (2004, s. 35) viser til at man kan være kompetent på ekspertnivå innenfor en gitt kontekst som er velkjent for sykepleieren, men likevel være uerfaren og ikke kompetent i en kontekst som er ny. Dette betyr at noen vil kunne trenge stor involvering fra MIS, mens andre kun har behov for ekstra hender i situasjonen for å håndtere den. Flere sengepostsykepleiere gir uttrykk for å kjenne behov for konstruktive tilbakemeldinger på deres håndtering av situasjoner de er usikre i. Gjennom MIS kan det gis mulighet til å ha noen å konferere med, hvor man kan få bekreftet om det man tenker og gjør er riktig. Intensivsykepleierne mener de i denne sammenhengen også kan bidra med råd og forslag til andre handlinger, dersom sengepostsykepleier ikke kommer i mål med de tiltak som allerede er forsøkt.

En av sengepostsykepleierne anser det å kunne løse en vanskelig situasjon på sengeposten på en trygg og god måte, som en kilde til økt mestringsfølelse. Weisæth og Dalgard (2000, s. 40) beskriver mestring som de tanke- og adferdsmessige anstrengelser et menneske bruker for å håndtere ytre- og indre krav som overgår menneskets ressurser. Sengepostsykepleieren fremhever viktigheten av å kjenne mestring i arbeidshverdagen som en komponent i utviklingen av selvstendighet som sykepleier. Mestring gir, ifølge Weisæth og Dalgard (2000, s. 40), følelse av kontroll og er viktig for et menneskes funksjonsevne. Intensivsykepleierne støtter dette og er tydelig på at læringsutbyttet og mestringsfølelse kan forringes, dersom de tar over situasjonen, fremfor å fungere som en støttende og veiledende ressurs. NSFLIS (2017) beskriver at intensivsykepleierne skal bidra til fagutvikling gjennom samhandling og rådgivende funksjon. Benner et al. (2011, s. 450-455) hevder at man som erfaren sykepleier

må være bevisst sin rolle som veileder av mindre erfarne kollegaer i pasientnære situasjoner. Man må som veileder i slike situasjoner stadig balansere behovet for veiledning og læring, mot behovet for å aktivt bistå i situasjonen. Dersom den mindre erfarne kjenner seg overkjørt av sin veileder, vil konsekvensen kunne være at det oppstår barrierer for å motta veiledning i lignende situasjoner. Denne konsekvensen beskrives også i forskningen, hvor sykepleiere med kortere erfaring kan oppleve å kjenne seg ekskludert fra situasjonen, dersom deres begrensede erfaringsbakgrunn hindrer dem i aktiv deltagelse (Chua et al., 2017; Padilla et al., 2018; Tilley & Spencer, 2020). Selv om aktiv veiledning i situasjon betegnes som betydningsfullt, poengterer Benner et al. (2011, s. 450-455) sykepleiernes behov for veiledning ikke må forsinke iverksetting av tiltak og behandling hos pasienten. I gitte situasjoner kan det derfor tenkes å bli behov for at MIS handler proaktivt i situasjonen, for å sikre at pasienten gis riktig hjelp til riktig tid, på riktig sted. For å sikre at det likevel oppstår læringsutbytte i situasjoner hvor MIS må være proaktiv, kan debriefing være en god arena for å diskutere hva som skjedde i situasjonen og hvorfor man løste de slik man gjorde. Benner et al. (2011, s. 33, 62, 95) viser til at gjennom å reflektere over hva som ble gjort, hva som hadde effekt og hvordan man reagerte i situasjonen, kan bidra til man gjenkjenner lignende situasjoner og bedre kan løse dem neste gang.

6.5 Økt pasientsikkerhet ved implementering av MIS

Intensivsykepleierne og sengepostsykepleierne enes om at det per i dag eksisterer mange utfordringer i arbeidet med ivaretagelse av pasienten med klinisk forverring. Det kommer frem at sykepleiere på sengepost ofte føler de står alene med ansvaret for slike pasienter, i mangel på tilstrekkelige ressurser for å dekke behovet situasjonen krever. Alle sengepostsykepleierne beskriver seg som tids- og ressursmessig presset, noe som de mener tidvis truer pasientsikkerheten. Norsk sykepleierforbund (U.å.) beskriver at mange sykepleiere har utfordrende rammevilkår for å utøve faglig forsvarlig sykepleie, hvor dette fører til krevende dilemmaer med høy risiko for avvik og uønskede pasienthendelser. Flere intensivsykepleiere oppfatter også pasientsikkerheten på sengepost som tidvis truet. De forteller om flere episoder hvor pasienter overflyttes sent i forløpet av forverring, hvor dette kan få potensielt livstruende konsekvenser. Flere av intensivsykepleierne og sengepostsykepleierne beskriver legestøtten som variabel. Legens responstid og mulighet for tilstedeværelse i situasjonen, påvirkes av andre pågående samtidighetskonflikter. Dette kan påvirke hvor raskt identifisering av truet eller etablert klinisk forverring skjer, likeså

iverksetting av tiltak. Helsedirektoratet (2020) viser til at omkring en tredjedel av unødige dødsfall i sykehus skyldes for sen eller manglende identifisering av forverret tilstand. Det tydeliggjøres i Winters et al.'s (2013) forskning at det eksisterer et stort potensial for forebygging av klinisk forverring, da det gjerne tar timer til dager fra forverring til etablert kollaps.

Det uttrykkes av både intensivsykepleierne og sengepostsykepleierne en stor vilje og et stort ønske om å få til et bedre samarbeid rundt pasientgruppen, med mål om å forebygge ytterligere forverring. Sengepostsykepleierne tror man kan oppnå raskere avklaring rundt pasientens status og behov, ved involvering av MIS. Ved raskere avklaring, kan man starte forebyggende tiltak på et tidligere stadium og dermed mulig forhindre behov for intensivbehandling. Alle intensivsykepleiere ser stor verdi i tidlig identifisering av forverret tilstand. De mener dette i større grad åpner muligheten for å behandle pasienten i sengepost og anser det som fordelaktig for pasienten. Akutt- og kritisk sykdom kan gi pasienten store fysiske- og psykososiale påkjenninger, som angst og utrygghet (Stubberud, 2020d, s. 82). Flere intensivsykepleiere angir at sengepostsykepleierne jobber hardt for å komme i mål med behandling på sengepost, og tror dette kan være mulig å oppnå i flere pasientsituasjoner, gjennom ressursen MIS. Likevel må dette sees i et pasientsikkerhetsperspektiv, hvor pasientsikkerheten kommer i første rekke. Alle intensivsykepleierne mener man må skille mellom sengepostbehandling og intensivbehandling. Dersom pasientens tilstand krever overflytning til økt behandlingsnivå, kan dette mulig avklares tidligere ved samarbeid mellom sengepostsykepleier, pasientansvarlig lege og MIS. Videre mener alle intensivsykepleiere at det er viktig at det gjøres en vurdering mellom nytteverdi og risiko ved intensivbehandling hos den enkelte pasient. Bakkellund og Thorsen (2016, s. 472) og Olsen og Nystrøm (2020, s. 341) viser til at mulighet for høyteknologisk behandling, i noen pasientsituasjoner reiser etiske dilemma. Samtidig som det kan ansees etisk riktig å starte eller avslutte en behandling i intensivavdeling, kan det være etisk likeverdig å avstå fra behandlingsoppstart (Bakkellund & Thorsen, 2016, s. 472). Flere intensivsykepleiere forteller at overflytting til intensivavdeling for mange kan bli en stor påkjenning, hvor det er fare for å påføre tilleggstilstander, deriblant delirium. Stubberud (2020c, s. 213) viser til at blant annet eldre og pasienter med kroniske sykdommer predisponerer for å utvikle delirium. Psykososiale belastninger bidrar til utviklingen (Stubberud, 2020c, s. 214). Det handler om en tverrfaglig helhetsvurdering om hva som er til pasientens beste. Følgelig er det enighet blant intensivsykepleierne og sengepostsykepleierne, i tråd med Helsepersonelloven (1999, §4), at det er legens som skal

beslutte pasientens behandlingsnivå, hvor helheten i den enkelte pasientsituasjon må ligge til grunn.

For å sikre at alle pasienter med behov får hjelp av MIS, mener intensivsykepleierne at det må være tydelige kriterier for når MIS skal kalles ut. Bekymring for pasient eksemplifiseres som ønsket kriterium. Alle sengepostsykepleiere og noen intensivsykepleiere oppfatter terskelen for å be om bistand fra intensivavdelingen som for høy per i dag. Intensivsykepleierne mener at når en oppfatter en pasients tilstand som uklar eller bekymringsverdig, bør dette alene være tilstrekkelig for å be om bistand fra MIS. Våre funn bekreftes i forskning, hvor det fremkommer at sengepostsykepleiere kan unnlate å aktivere MIS, dersom de kjenner behov for å rettferdiggjøre utkallingen fordi de er redde for at pasientens tilstand ikke oppfyller kriteriene for utkallingen (Tilley & Spencer, 2020). Både nasjonale retningslinjer (Helsedirektoratet, 2020) og internasjonale anbefalinger for utkalling av MIS og MIG (Stevens, 2021) fremhever viktigheten av å inkludere subjektive kriterier, som en sengepostsykepleiers bekymring for pasientens tilstand. En slik bekymring kan dreie seg om at sykepleieren observerer at pasientens tilstand er endret, for eksempel våkenhet, hvor vitale parametere fortsatt er normale. Det subjektive kriteriet kan komme i tillegg til, eller uten eksisterende endrede vitale parametere, som forhøyet respirasjonsfrekvens eller hypotensjon.

Både intensivsykepleierne og sengepostsykepleierne mener MIS-funksjonen kan ivaretas av intensivsykepleier. De angir at behovet vil være størst når bemanning er lavest, blant annet kveld, natt og helger. Forskning viser at sykepleierledet MIS er vanlig på mindre sykehus, hvor man har færre leger i tilstedevakt (Brown et al., 2012). Det er ingen konsensus i forskning eller internasjonale anbefalinger rundt hvilken teamsammensetning for MIG som er best egnet. Det kommer heller ikke frem hva som er foretrukket, MIS eller MIG, derimot anbefales døgkontinuerlig tilbud (Christopher-Dwyer et al., 2022; Hall et al., 2020; Katadzic & Jelsness-Jørgensen, 2017; Le Guen & Costa-Pinto, 2021; Padilla et al., 2018; Stevens, 2021; Wang et al., 2013; Winters et al., 2013).

Selv om både intensivsykepleierne og sengepostsykepleierne er positive til implementering av MIS, uttrykkes også noen bekymringer. Det er tidligere beskrevet at alle sengepostsykepleiere har hatt opplevelser hvor de ikke kjenner seg tatt på alvor av lege når de melder bekymring for pasient. Flere har også hatt opplevelser hvor de kjenner seg underlegen intensivsykepleier, i situasjoner hvor de samarbeider om en prosedyre hos pasient i klinisk forverring.

Sengepostsykepleierne uttrykker frustrasjon rundt at deres kunnskap og kompetanse ikke alltid anerkjennes. De uttrykker bekymring for om dette kan forsterkes, dersom MIS implementeres. Denne barrieren er et av våre hovedfunn, og hvor stor påvirkning den vil ha i et fremtidig samarbeid med MIS synes usikkert. Imidlertid fremkommer det i forskning på sykehus i Norden at implementering av slike team virker avskaffende for en slik barriere, og heller virker styrkende i samhandling med intensivavdelingen (Azimirad et al., 2022).

Alle intensivsykepleiere beskriver at de har mange oppgaver i sin arbeidshverdag, som utfordrer muligheten for å ta på seg ansvaret MIS innebærer. De opplever allerede samtidighetskonflikter, ved å ha ansvar for intensivpasient og dagens eksisterende utrykninger. Bunkenborg et al.'s (2022) og Wang et al.'s (2013) viser at intensivsykepleiere opplever det belastende å være en del av MIS, fordi de mister kontinuiteten i oppfølgingen av egen intensivpasient. Intensivsykepleierne mener derfor det er behov for økte ressurser for å dekke MIS-funksjonen. Noen av intensivsykepleierne er også bekymret for at pasientsikkerheten kan trues for sengepostpasienten med klinisk forverring, dersom de må forlate et MIS-opdrag, til fordel for annen utrykning. Dette vil dog ikke påvirke pasientsikkerheten utfra dagens situasjon, hvor MIS ikke er implementert. For å hindre at MIS misbrukes til andre formål, mener alle intensivsykepleiere at det må utarbeides en tydelig funksjonsbeskrivelse, med tilhørende utkallingskriterier. Denne bekymringen er ikke uberettiget, da det fremkommer i Bunkenborg et al.'s (2022) forskning at mange intensivsykepleiere opplever at MIS benyttes utover tiltenkt funksjonsområde på grunn av kapasitetsutfordringer hos sengepost.

7 Konklusjon

Hensikten med vår studie var å undersøke samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost rundt pasienter med klinisk forverring, og undersøke behov for implementering av funksjonen MIS ved lokalsykehus. Både intensivsykepleierne og sengepostsykepleierne beskriver utfordringer med dagens eksisterende system for ivaretagelse av sengepostpasienter med klinisk forverring. Utfordringer som sengepostsykepleiere møter i sin arbeidshverdag, er faktorer som tidvis truer pasientsikkerheten. Funnt i vår studie viser behov for og ønske om kompetanseøkning blant sykepleiere på sengepost. Våre resultater viser at MIS kan bidra til kompetanseøkning på sengepost gjennom tverrfaglig samhandling i pasientsituasjoner, hvor sengepostsykepleiere har behov for støtte. Implementering av MIS vil, gjennom økt

spisskompetanse i pasientsituasjon og kompetanseøkning hos sengepostsykepleieren, kunne øke pasientsikkerhet. Det eksisterer barrierer i dagens samarbeid mellom sengepost og intensivavdeling, i form av høy terskel for å ta kontakt ved behov for bistand på sengepost. Studiens funn viser at disse barrierene kan reduseres ved implementering av MIS. Våre resultater i sin helhet, viser at det er behov for MIS ved lokalsykehus.

8 Styrker og svakheter ved studien

Grunnet masteroppgavens begrensninger, er dette en liten studie med få deltagere, gjennomført på egen arbeidsplass. Det er kun gjennomført ett fokusgruppeintervju per intervjugruppe. Vårt prosjekt belyser perspektivene til intensivsykepleiere og sengepostsykepleiere i arbeidet med pasienter med klinisk forverring på lokalsykehus. Vi har redegjort for vår forforståelse, slik at leser gis innsikt i vårt utgangspunkt. Vår forforståelse ligger til grunn for de valg som er gjort i forberedelsene til studien, for eksempel utarbeidelse av intervjuguide. Hvordan vi aktivt har forholdt oss til egen forforståelse underveis i prosjektet, er beskrevet i analysedel. Som ferske forskere har vi derfor valgt å benytte en anerkjent metode for datainnsamling og analyse. Vi valgte å benytte oss av fokusgruppeintervju som datasamlingsmetode og våre informanter var i stor grad enige med hverandre. Vi har gjort flere like funn i de to fokusgruppene, noe som styrker validiteten i vår oppgave. Resultatene i vår studie vil ikke kunne direkte overføres til andre sykehus, men gir innsikt i en tematikk på et område det er forsket lite på.

9 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Våre funn viser at implementering av MIS på lokalsykehus, kan bidra til kompetanseøkning på sengepost og øke pasientsikkerhet. Vår studie er liten og derfor anbefales videre forskning på funksjonen MIS på flere lokalsykehus. For å fastslå MIS effekt over tid, foreslås kartlegging gjennom innføring i pasientsikkerhetsprogram. Funksjonsbeskrivelse- og utkallingskriterier for MIS på lokalsykehus er lite belyst i forskning. Dette gjelder også legens perspektiv på samarbeid med sengepostsykepleier og intensivsykepleier i arbeidet med sengepostpasienter med klinisk forverring. Samlet er dette noe som bør undersøkes nærmere i forskning.

Referanseliste

- Alvsvåg, H. & Førland, O. (2007). Refleksjoner om utdanning og kunnskap i sykepleie. I H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Engasjement og Læring, Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 11-24). Akribe AS.
- Azimirad, M., Magnusson, C., Wiseman, A., Selander, T., Parviainen, I. & Turunen, H. (2022). A clinical competence approach to examine British and Finnish nurses' attitudes towards the rapid response system model: A study in two acute hospitals. *Australian Critical Care*, 35(1), 72-80. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.02.011>
- Bakkeland, J. & Thorsen, B. H. (2016). Respiratorbehandling. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (3. utg., s. 470-533). Cappelen Damm Akademisk.
- Benner, P. (2004). *Fra novise til ekspert : dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. TANO I samarbeid med Munksgaard.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care : a thinking-in-action approach* (2nd. ed. utg.). Springer Publ.
- Braut, G. S. (2018). *Lokalsykehus*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/lokalsykehus>
- Braut, G. S. (2019). *Sengepost*. Store medisinske leksikon. <https://sml.snl.no/sengepost>
- Brown, S., Anderson, M. A. & Hill, P. D. (2012). Rapid Response Team in a Rural Hospital. *Clin Nurse Spec*, 26(2), 95-102. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e31824590fb>
- Bunkenborg, G., Barfod O'Connell, M., Jensen, H. I. & Bucknall, T. (2022). Balancing responsibilities, rewards and challenges: A qualitative study illuminating the complexity of being a rapid response team nurse. *J Clin Nurs*. <https://doi.org/10.1111/jocn.16183>
- Burrell, E., Kapu, A., Huggins, E., Cole, K., Fitzsimmons, J., Collins, N. & Weavind, L. (2020). Dedicated, Proactive, Nurse Practitioner Rapid Response Team Eliminating Barriers. *Journal for Nurse Practitioners*, 16(1), e17-e20. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.07.013>
- Christiansen, B. (2007). Hvordan kan studentens deltagelse i pasientsituasjoner bidra til forming av rollen som sykepleier? I H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 117-131). Akribe AS.
- Christopher-Dwyer, K., Scanlon, K. G. & Crimlisk, J. T. (2022). Critical Care Resource Nurse Team: A Patient Safety and Quality Outcomes Model. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 41(1), 46-53. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000501>
- Chua, W. L., See, M. T. A., Legio-Quigley, H., Jones, D., Tee, A. & Liaw, S. Y. (2017). Factors influencing the activation of the rapid response system for clinically deteriorating patients by frontline ward clinicians: a systematic review. *Int J Qual Health Care*, 29(8), 981-998. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx149>
- Currey, J., Massey, D., Allen, J. & Jones, D. (2018). What nurses involved in a Medical Emergency Teams consider the most vital areas of knowledge and skill when delivering care to the deteriorating ward patient. A nurse-oriented curriculum development project. *Nurse Educ Today*, 67, 77-82. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.009>
- Hall, K. K., Lim, A. & Gale, B. (2020). The Use of Rapid Response Teams to Reduce Failure to Rescue Events: A Systematic Review. *J Patient Saf*, 16(3S Suppl 1), S3-S7. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000748>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og->

- [omsorgstjenesten/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](https://www.helsebiblioteket.no/omsorgstjenesten/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf) /attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
- Helsedirektoratet. (2020). *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>
- Helsedirektoratet. (2021a). *Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus faglige og tjenestemessige behov*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov>
- Helsedirektoratet. (2021b). *Pasientskader i Norge 2020 Målt med Global Trigger Tool*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2020-malt-med-global-trigger-tool/Pasientskader%20i%20Norge%202020%20-%20m%C3%A5lt%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf> /attachment/inline/776effa4-08ec-4d17-89d1-495214e9762f:f36bcf550e31c0a87501e952ee5d805a7e5bb1f9/Pasientskader%20i%20Norge%202020%20-%20m%C3%A5lt%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A75
- Hession, C. A. & Meaney, T. (2022). Ward nurses' experiences and perceptions of the critical care outreach service: A qualitative study undertaken in a large teaching hospital in the West of Ireland. *Nursing in Critical Care*, 27(1), 19-26. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/nicc.12678>
- Hovland, O. J. & Andresen, G. S. (2007). Integrering i praksisfellesskapet med refleksjon som verktøy. I H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Engasjement og læring. Fagkritiske perspektiver på sykepleie* (s. 189-203). Akribe AS.
- I Trygge Hender 24/7. (U.å). *Tidlig oppdagelse og rask respons av forverret somatisk tilstand*. Hentet 03.10.2021 fra <https://www.itryggehender24-7.no/reduser-pasientskader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand>
- Johansen, I. H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C. & Moen, K. (2021). *Legevaktshåndboken* (Legevaktshåndboken, Red.). Helsebiblioteket.no. https://lvh.no/naar-det-haster/abcde_primaer-og-sekundaerundersoekelsen/abcde-prinsipper
- Katadzic, S. & Jelsness-Jørgensen, L.-P. (2017). Erfaringer med mobile intensivsykepleiere (MIS). *Sykepleien forskning (Oslo)*, 12. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.62244>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Le Guen, M. & Costa - Pinto, R. (2021). Medical emergency team training: needs assessment, feedback and learning objectives. *Internal Medicine Journal*, 51(8), 1298-1303. <https://doi.org/10.1111/imj.14923>
- Loisa, E., Hoppu, S., Hytönen, S. M. & Tirkkonen, J. (2021). Rapid response team nurses' attitudes and barriers to the rapid response system: A multicentre survey. *Acta Anaesthesiol Scand*, 65(5), 695-701. <https://doi.org/10.1111/aas.13779>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- Malterud, K. (2018). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforl.

- Norsk sykepleierforbund. (U.å.). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. NSF. Hentet 4. april fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- NSFLIS. (2017). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxIgGCkwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>
- NSFLIS. (U.å.). *Fag, utdanning og forskning*. Nsf.no. Hentet 18.04.22 fra <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/fag-utdanning-og-forskning-0>
- Olsen, B. F. & Nystrøm, V. (2020). Respiratorbehandling. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (s. 339-386). Cappelen Damm AS.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Padilla, R. M., Urden, L. D. & Stacy, K. M. (2018). Nurses' Perceptions of Barriers to Rapid Response System Activation: A Systematic Review. *Dimens Crit Care Nurs*, 37(5), 259-271. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000318>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. utg.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Skogvang, N. S. (2021). *Intensivassistanse - hvilke erfaringer har sykepleiere og intensivsykepleiere med ordningen?* [NTNU].
- Sletnes, A. & Hammervold, L. (2019). *Mobil intensivsykepleier som mulig støttefunksjon for sykepleiere på sengepost ved et lokalsykehus* [NTNU].
- Stafseth, S. K., Grønbeck, S., Lien, T., Randen, I. & Lerdal, A. (2016). The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call Mobile Intensive Care Nurse: An exploratory study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 34, 33-41. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.008>
- Stevens, J. P. (2021). *Rapid response systems*. https://www-uptodate-com.mime.uit.no/contents/rapid-response-systems?search=Rapid%20response%20systems&source=search_result&selectedTitle=1~138&usage_type=default&display_rank=1
- Stubberud, D.-G., Bakkelund, J. & Thorsen, B. H. (2020). Overvåking av respiratorisk status. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (s. 235-255). Cappelen Damm AS.
- Stubberud, D. G. (2020a). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I D. G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utg., s. 41-78). Cappelen Damm AS.
- Stubberud, D. G. (2020b). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utg., s. 27-38). Cappelen Damm Akademisk. (Opptrykk av 2)
- Stubberud, D. G. (2020c). Å forebygge og behandle deilium. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (s. 212-223). Cappelen Damm AS.
- Stubberud, D. G. (2020d). Å ivareta pasientens psykososiale behov. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (s. 79-116). Cappelen Damm AS.
- Søreide, E., Flatland, S., Flaatten, H., Helset, E., Haavind, A., Klepstad, P., Stafseth, S. K. & Vinorum, O. G. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. https://www.nafweb.no/media/2021/03/Retningslinjer_for_Intensivvirksomhet_151014.pdf
- Tilley, M. & Spencer, K. (2020). Perceived Barriers to Rapid Response Team Activation Among Nurses. *AJN, American Journal of Nursing*, 120 (7), 52-60. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000688220.05900.7c>.

- Tveiten, S. (2011). Veiledning - en definisjon, et perspektiv og et praktisk eksempel. I K. Skagen (Red.), *Kunnskap og handling i pedagogisk veiledning* (2. utg., s. 149-166). Fagbokforlaget.
- UiT. (2020, 20.10.20). *Rutiner for helseforskning - Helsefak og UNN, studentoppgaver*. UiT Norges arktiske universitet, https://uit.no/forskningsrutiner/helsefak/rutine?p_document_id=666435
- UiT. (2022). *Om henvisninger*. UiT Norges arktiske universitet. Hentet 25.04.22 fra https://uit.no/ub/skrive/art?p_document_id=426304
- UiT. (U.å.). *Tjenester for Sensitive Data (TSD)*. UiT Norges arktiske universitet,. Hentet 30.08.21 fra https://uit.no/infrastruktur/enhet?p_document_id=668867
- Utviklingssenter. (2020). *Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander (TILT)*. *TILT-instruktørkurs 2018*. Utviklingssenteret.no. Hentet 18.04.22 fra <https://www.utviklingssenter.no/aktiviteter/kompetanseutvikling/tidlig-identifisering-av-livstruende-tilstander-tilt-tilt-instruktorkurs-2018>
- Wang, J., Lakticova, V., McCabe, A. M., Amitrano, B., Rosen, L. & Cohen, R. I. (2013). Critical Care Nurses' Perception of Time Spent at Rapid Responses. *Annals of the American Thoracic Society*, 10(3), 228-234. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201211-092OC>
- Weisæth, L. & Dalgard, O. S. (2000). Stress, mestring og helse. I L. Weiseth & O. S. Dalgard (Red.), *Psykisk helse - Risikofaktorer og forebyggende arbeid* (1. utg., s. 36-48). Gyldendal Akademisk.
- Winters, B. D., Weaver, S. J., Pfoh, E. R., Yang, T., Pham, J. C. & Dy, S. M. (2013). Rapid-Response Systems as a Patient Safety Strategy. *Annals of Internal Medicine*, 158(5_Part_2), 417-425. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00009>

10 Vedlegg

Vedlegg 1 TILT

Hentet fra: KS Læring (2017)

Tidlig Identifisering av Livstruende Tilstander TILT-skår							
	3	2	1	0	1	2	3
Resp. frekvens		<9		9-15	16-20	21-29	>30
Puls		<40	41-50	51-100	101-110	111-129	>130
Syst. BT	<70	71-80	81-100	101-199		>200	
Temp		<35	35,1-36	36,1-38	38,1-38,5	>38,5	
CNS			Nytilkom met forvirring	Klar og orientert/ Normal status	Reagerer på tiltale	Reagerer på smerte	Reagerer ikke

Kontakt bakvakt hvis: TILT-skår >4, oksygenmetningen akutt faller til < 90 % til tross for oksygenbehandling og hvis du er urolig for pasientens tilstand.

Vedlegg 2 NEWS 2, ABCDE og ISBAR

Hentet fra: I trygge hender 24/7 (U.å)

NATIONAL EARLY WARNING SCORE2 (NEWS2)

FYSIOLOGISKE PARAMETRE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (per minutt)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO ₂ Skala 1 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO ₂ Skala 2* (%)	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 på luft	93-94 på oksygen	95-96 på oksygen	≥ 97 på oksygen
Luft eller oksygen?		Oksygen		Luft			
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Puls (per minutt)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Bevissthetsnivå**				A			C, V, P, U
Temperatur (°C)	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥ 39,1	

Ved mistanke om infeksjon og NEWS2 ≥ 5, vurder umiddelbart om pasienten kan ha sepsis og i så fall igangsett sepsisbehandling.

* SpO₂ Skala 2 skal kun brukes på pasienter med kjent hyperkapnisk respirasjonssvikt med mål om SpO₂ mellom 88 - 92 %, verifisert ved blodgassanalyse.

Lege skal dokumentere i journal når Skala 2 skal brukes. Ved alle andre tilfeller skal Skala 1 benyttes.

** Bevissthetsnivå:

A = Alert (våken)

C = New confusion (nyoppstått forvirring)

V = Voice (reagerer på tiltale)

P = Pain (reagerer ved smertestimulering)

U = Unresponsive (reagerer ikke på tale eller smertestimulering)

Denne versjonen er oversatt etter Royal College of Physicians 2017.

ABCDE - observasjon av pasienter og tiltak		ISBAR - for sikker muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell	
A irway Luftveier	Vurder: Frie luftveier? Snakker pasienten uanstrengt? Tiltak ► Hake- eller kjeveløft, suging i luftveiene, stabilt sideleie	I dentifikasjon	Presenter deg, din funksjon og avdeling. Presenter pasientens navn og fødselsnummer
B reathing Respirasjon	Vurder: Respirasjonsfrekvens, hudfarge (cyanose), respirasjonslyder, vurder rytme og dybde, SpO ₂ Tiltak ► Høyt hodeleie, oksygen, inhalasjoner, assistert ventilasjon	S ituasjon	Hva er problemet? Presiser kort kontaktårsak «jeg ringer fordi...» (beskriv)
C irculation Sirkulasjon	Vurder: Puls (perifer og sentral), blodtrykk, kapillær fylingsgrad, hudtemperatur, diurese Tiltak ► PVK, ev. væskestøt, EKG, hjerterefrekvens og rytme	B akgrunn	Pasientens innleggelsesdiagnose og et kort resymé av forløpet (allergier, smitte)
D isability Bevissthet	Vurder: Bevissthetsnivå, pupiller, blodsukker Tiltak ► Sikre frie luftveier ved stabilt sideleie, ev. glucose, ev. antidot	A ktuell tilstand	Din vurdering av problemet etter A - B - C - D - E (NEWS skår) Før og nå. Endring
E xposure Undersøkelse	Vurder: Undersøk hele pasienten (sår, utslett, ødemer, katetre, dren etc.), smerter Tiltak ► Tiltak etter funn, mål temperatur, blodgass, blodprøver	R åd	Lag en plan om videre behandling/oppfølging Avklar ansvar

Vedlegg 3 Aktiveringskriterier

Hentet fra: Stevens et.al. (2021)

Examples of published activation criteria for rapid response systems

Bellomo calling criteria ^[1]	
If one of these is present:	
Staff member is worried about the patient	
Acute change in heart rate to <40 or >130 beats/min	
Acute change in systolic blood pressure to <90 mmHg	
Acute change in respiratory rate <8 or >30 breaths/min	
Acute change in pulse oximetry saturation to <90 percent despite oxygen administration	
Acute change in conscious state	
Acute change in urine output to <50 mL in 4 hours	

MERIT calling criteria ^[2]	
Airway:	
If threatened	
Breathing:	
All respiratory arrests	
Respiratory rate <5 breaths/min	
Respiratory rate >36 breaths/min	
Circulation:	
All cardiac arrests	
Pulse rate <40 beats/min	
Pulse rate >140 beats/min	
Systolic blood pressure <90 mmHg	
Neurology:	
Sudden fall in level of consciousness (fall in Glasgow coma scale of >2 points)	
Repeated or extended seizures	
Other:	
Any patient you are seriously worried about that does not fit the above criteria	

Pittsburgh calling criteria ^[3]	
Respiratory:	
Rate <8 or >36 breaths/min	
New onset difficult breathing	
New pulse oximeter reading less than 85 percent for more than five minutes (unless patient known to have chronic hypoxemia)	
Heart rate:	
<40 or >140 with symptoms or any rate >160 beats/min	
Blood pressure:	
<80 or >200 systolic or 110 mmHg diastolic with symptoms	
Acute neurological change:	
Acute loss of consciousness	
New-onset lethargy or Narcan use without immediate response	
Seizure (outside of seizure monitoring unit)	
Sudden loss of movement (or weakness) of face, arm, or leg	
Other:	
Chest pain unresponsive to nitroglycerine or doctor unavailable	
Color change (of patient or extremity): pale, dusky, gray, or blue	
Unexplained agitation for more than 10 minutes	
Suicide attempt	
Uncontrolled bleeding	

Vedlegg 4 Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Informasjonsskriv intensivsykepleiere

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus - hvordan kan mobil intensivsykepleier bidra til økt pasientsikkerhet hos pasienter på sengepost med klinisk forverring?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan mobil intensivsykepleier kan bidra inn i eksisterende samarbeid rundt pasienter med klinisk forverring. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Mobil intensivsykepleier er et lavterskeltilbud, ment for å gi råd, støtte og bistand ved klinisk forverring hos pasienter innlagt i sengepost. Funksjonens mål er å bidra til tidlig identifisering og iverksetting av tiltak for å forebygge potensielt livstruende tilstander og å redusere sykehusmortalitet. Funksjonen mobil intensivsykepleier er godt etablert på mange større sykehus, men hvilken rolle dette har på lokalsykehus er mindre kjent. Per i dag er det kun etablert funksjoner som favner hjertestans og hjerneslag. Det er ingen slik sykepleierdrevet mobil funksjon som favner inneliggende pasienter med klinisk forverring ved vårt sykehus. Vi har ønsket å se nærmere på funksjonen mobil intensivsykepleier i lokalsykehus gjennom fokusgruppeintervju i vårt masterprosjekt. Vi vil stille spørsmål som dreier seg om ivaretagelse av pasienter klinisk forverring og eksisterende samarbeid i slike situasjoner.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Vi er to masterstudenter i studieretning intensivsykepleie som vil ha det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder ved Universitetet i Tromsø har hovedansvar.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å rekruttere deg som har jobbet 3 år eller lengre ved intensivavdelingen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi ønsker å samle aktuelle kandidater til fokusgruppeintervju i gruppe på 5-7 personer. Dette innebærer en gruppediskusjon sammen med dine kolleger, hvor vi ønsker å undersøke deres idéer og erfaringer rundt valgt problematikk. Varighet vil være ca. 90 minutter. En av oss vil lede intervjuet, den andre vil være til stede som sekretær. Det blir gjort lydopptak til videre bruk i masteroppgaven. Som deltager, trenger vi at du oppgir navn, kontaktinformasjon, lengde på arbeidsforhold og signerer samtykkeerklæring – vedlagt i dette skrivet. Aktuelle kandidater vil bli kontaktet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet og

dine intervjudata vil ikke bli benyttet i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Dine personopplysninger og øvrig informasjon du oppgir vil kun bli benyttet i dette masterprosjektet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Informanter vil bli anonymisert i prosjektet og ikke kunne gjenkjennes. Dette vil også være gjeldende ved eventuell publisasjon. Dokumenter med personopplysninger og lydopptak vil bli oppbevart hver for seg, utilgjengelig for andre. Det vil kun være ansvarlige for prosjektet som har tilgang til dette materialet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Masteroppgaven leveres mai 2022. Data med personopplysninger oppbevares til 05.05.2024 for mulighet til å kunne publisere artikkel. Data personopplysninger slettes deretter.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Masterstudent 1: Kristin Andorsen (kan133@uit.no/99518391) eller masterstudent 2: Vera Jacobsen (veraja@online.no/95892843)
- Ansvarlig veileder ved Universitetet i Tromsø: Kjersti Sunde Mæhre (kjersti.s.mahre@uit.no)
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold (joakim.bakkevold@uit.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.d

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Kristin Andorsen

Vera Jacobsen

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet

”Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus - hvordan kan mobil intensivsykepleier bidra til økt pasientsikkerhet hos pasienter på sengepost med klinisk forverring?”

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Her ønsker vi at du oppgir lengde på arbeidsforhold:

_____ år

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus - hvordan kan mobil intensivsykepleier bidra til økt pasientsikkerhet hos pasienter på sengepost med klinisk forverring?”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan mobil intensivsykepleier kan bidra inn i eksisterende samarbeid rundt pasienter med klinisk forverring. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Mobil intensivsykepleier er et lavterskeltilbud, ment for å gi råd, støtte og bistand ved klinisk forverring hos pasienter innlagt i sengepost. Funksjonens mål er å bidra til tidlig identifisering og iverksetting av tiltak for å forebygge potensielt livstruende tilstander og å redusere sykehusmortalitet. Funksjonen mobil intensivsykepleier er godt etablert på mange større sykehus, men hvilken rolle dette har på lokalsykehus er mindre kjent. Per i dag er det kun etablert funksjoner som favner hjertestans og hjerneslag. Det er ingen slik sykepleierdrevet mobil funksjon som favner inneliggende pasienter med klinisk forverring ved vårt sykehus. Vi har ønsket å se nærmere på funksjonen mobil intensivsykepleier i lokalsykehus gjennom fokusgruppeintervju i vårt masterprosjekt. Vi vil stille spørsmål som dreier seg om ivaretagelse av pasienter klinisk forverring og eksisterende samarbeid i slike situasjoner.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Vi er to masterstudenter i studieretning intensivsykepleie som vil ha det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder ved Universitetet i Tromsø har hovedansvar.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å rekruttere deg som jobber som sykepleier ved medisinsk avdeling, har erfaring fra nattevakt og overflytning av pasient til intensivavdeling. Du må være ferdig med opplæringsstiden. Vi søker deg med kort og lang fartstid i avdelingen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi ønsker å samle aktuelle kandidater til fokusgruppeintervju i gruppe på 5-7 personer. Dette innebærer en gruppediskusjon sammen med dine kolleger, hvor vi ønsker å undersøke deres idéer og erfaringer rund valgt problematikk. Varighet vil være ca. 90 minutter. En av oss vil lede intervjuet, den andre vil være til stede som sekretær. Det blir gjort lydopptak til videre bruk i masteroppgaven. Som deltager, trenger vi at du oppgir navn, kontaktinformasjon, lengde på arbeidsforhold og signerer samtykkeerklæring – vedlagt i dette skrivet. Aktuelle kandidater vil bli kontaktet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet og

dine intervjudata vil ikke bli benyttet i prosjektet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Dine personopplysninger og øvrig informasjon du oppgir vil kun bli benyttet i dette masterprosjektet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Informanter vil bli anonymisert i prosjektet og ikke kunne gjenkjennes. Dette vil også være gjeldende ved eventuell publisasjon. Dokumenter med personopplysninger og lydopptak vil bli oppbevart hver for seg, utilgjengelig for andre. Det vil kun være ansvarlige for prosjektet som har tilgang til dette materialet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Masteroppgaven leveres mai 2022. Data med personopplysninger oppbevares til 05.05.2024 for mulighet til å kunne publisere artikkel. Data personopplysninger slettes deretter.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- Masterstudent 1: Kristin Andorsen (kan133@uit.no/99518391) eller masterstudent 2: Vera Jacobsen (veraja@online.no/95892843)
- Ansvarlig veileder ved Universitetet i Tromsø: Kjersti Sunde Mæhre (kjersti.s.mahre@uit.no)
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold (joakim.bakkevold@uit.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Kristin Andorsen

Vera Jacobsen

(Forsker/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet

”Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus - hvordan kan mobil intensivsykepleier bidra til økt pasientsikkerhet hos pasienter på sengepost med klinisk forverring?”

og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i fokusgruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Her ønsker vi at du oppgir lengde på arbeidsforhold:

_____ år

Vedlegg 5 Intervjuguider

Intervjuguide - sengepost

Spørsmål 1: Hvilke erfaringer har dere med situasjoner hvor pasienten blir forverret i tilstand?

Hjelpespørsmål: Hva gjør/gjorde dere?

Hjelpespørsmål: Hvem kan dere rådføre dere med?

Hjelpespørsmål: Hvordan fungerer samarbeidet rundt denne pasientgruppen?

Hjelpespørsmål: Møter dere utfordringer?

Spørsmål 2: Hvilke verktøy bruker dere for å kartlegge pasientens tilstand?

Hjelpespørsmål: Hvordan benyttes de?

Hjelpespørsmål: Hva brukes resultatet til?

Hjelpespørsmål: Hvordan rapporteres resultatet/funn?

Hjelpespørsmål: Hvordan synes dere verktøyene fungerer?

Spørsmål 3: Hvilke erfaringer har dere med overflytting av pasient med forverret tilstand til intensivavdeling?

Hjelpespørsmål: Hva fungerer bra?

Hjelpespørsmål: Opplever dere utfordringer? Eventuelt hvilke?

Hjelpespørsmål: Er det noe som kunne vært gjort annerledes?

Spørsmål 4: Hva tenker dere når vi sier mobil intensivsykepleier?

Hjelpespørsmål: I hvilke situasjoner kunne dere tenkt dere å kontakte mobil intensivsykepleier?

Hjelpespørsmål: Hvilke oppgaver tenker dere kan være aktuell for denne funksjonen?

Avrunding: Kort oppsummering av ovennevnte tema

Spørsmål 5: Er det noen som har noe å tilføye? Noe vi ikke har vært innom?

Tilføyes: Om du skulle komme på noe i etterkant - ta kontakt med oss

Intervjuguide - intensiv

Spørsmål 1: Hvilke erfaringer har dere med mottak av pasient med klinisk forverring fra sengepost?

Hjelpespørsmål: Hva fungerer bra?

Hjelpespørsmål: Opplever dere utfordringer?

Hjelpespørsmål: Er det noe som kunne vært gjort annerledes i forbindelse med overflyttingen/mottak?

Spørsmål 2: Hvordan går dere frem for å kartlegge pasientens tilstand?

Hjelpespørsmål: Benyttes det verktøy i kartlegging, eventuelt hvilke?

Hjelpespørsmål: Andre muligheter for kartlegging på intensiv?

Hjelpespørsmål: Hva tror dere skiller denne undersøkelsen fra kartlegging på sengepost?

Spørsmål 3: Hvilke erfaringer har dere med bistand til pasienter på sengepost per i dag?

Hjelpespørsmål: Hvilke forespørsler får dere?

Hjelpespørsmål: Hvordan blir dere mottatt når du kommer opp?

Hjelpespørsmål: Hva tror dere er årsak til henvendelsene fra sengepost?

Spørsmål 4: Hva tenker dere når vi sier mobil intensivsykepleier?

Hjelpespørsmål: Hvilke oppgaver tenker dere kan være aktuell for denne funksjonen?

Hjelpespørsmål: Hvilken rolle tenker dere at mobil intensivsykepleier bør ha når den kommer på tilsyn på sengepost?

Hjelpespørsmål: Hvordan ser dere for dere rollen(e) som pasientansvarlig sykepleier og utrykkende sykepleier?

Hjelpespørsmål: Dersom denne funksjonen skulle bli aktuell; hvordan kan den løses?

Avrunding: Kort oppsummering av ovennevnte tema

Spørsmål 5: Er det noen som har noe å tilføye? Noe vi ikke har vært innom?

Tilføyes: Om du skulle komme på noe i etterkant - ta kontakt med oss

Vedlegg 6 Godkjenning NSD

29.03.2022, 05:24

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

600883

Prosjekttittel

Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus - hvordan kan mobil intensivsykepleier bidra til økt pasientsikkerhet hos pasienter på sengepost med klinisk forverring?

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kjersti Sunde Mæhre, kjersti.s.mahre@uit.no, tlf: 77058353

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Kristin Andorsen og Vera Jacobsen, kan133@uit.no/veraja@online.no

tlf:99518391/95892843

Prosjektperiode

01.01.2022 - 05.05.2024

Vurdering (1)

05.01.2022 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 05.01.2022 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og Personverntjenester. Behandlingen kan starte.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger frem til 05.05.2024.

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 nr. II og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrene kan trekke tilbake.

For alminnelige personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrenes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. I a.

Personverntjenester 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 viderebehandles 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

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

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

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

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i

personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-imeldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 7 Søknad seksjonsledere

Søknad om gjennomføring av forskningsprosjekt seksjonsleder

”Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus - hvordan kan mobil intensivsykepleier bidra til økt pasientsikkerhet hos pasienter på sengepost med klinisk forverring?”

Som masterstudenter ved Universitetet i Tromsø, studieretning intensiv, søker med dette tillatelse til å gjennomføre forskningsprosjekt. Vårt formål er å undersøke hvordan mobil intensivsykepleier kan bidra inn i eksisterende samarbeid rundt pasienter med klinisk forverring. I dette skrivet gir vi deg informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for informantene.

Formål

Mobil intensivsykepleier er et lavterskeltilbud, ment for å gi råd, støtte og bistand ved klinisk forverring hos pasienter innlagt i sengepost. Funksjonens mål er å bidra til tidlig identifisering og iverksetting av tiltak for å forebygge potensielt livstruende tilstander og å redusere sykehusmortalitet. Funksjonen mobil intensivsykepleier er godt etablert på mange større sykehus, men hvilken rolle dette har på lokalsykehus er mindre kjent. Per i dag er det kun etablert funksjoner som favner hjertestans og hjerneslag. Det er ingen slik sykepleierdrevet mobil funksjon som favner inneliggende pasienter med klinisk forverring ved vårt sykehus. Vi har ønsket å se nærmere på funksjonen mobil intensivsykepleier i lokalsykehus gjennom fokusgruppeintervju i vårt masterprosjekt. Vi vil stille spørsmål som dreier seg om ivaretagelse av pasienter klinisk forverring og eksisterende samarbeid i slike situasjoner.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Vi er to masterstudenter i studieretning intensivsykepleie som vil ha det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder ved Universitetet i Tromsø har hovedansvar.

Hvem får spørsmål om å delta?

Vi ønsker å rekruttere sykepleiere ved medisinsk sengepost/sykepleiere ved intensivavdelingen

Hva innebærer det å delta?

Vi ønsker å samle aktuelle kandidater til fokusgruppeintervju i gruppe på 5-7 personer. Dette innebærer en gruppediskusjon sammen med kolleger, hvor vi ønsker å undersøke deres idéer og erfaringer rund valgt problematikk. Det blir gjort lydopptak til videre bruk i masteroppgaven. Masteroppgaven leveres mai 2022. Data med personopplysninger oppbevares til 05.05.2024 for mulighet til å kunne publisere artikkel. Data personopplysninger slettes deretter.

Informanter vil bli anonymisert i prosjektet og ikke kunne gjenkjennes. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. All deltagelse er frivillig, og deltagerne kan når som helst trekke sitt samtykke.

Prosjektet er godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Hvis du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

- Masterstudent 1: Kristin Andorsen (kan133@uit.no/99518391) eller masterstudent 2: Vera Jacobsen (veraja@online.no/95892843)
- Ansvarlig veileder ved Universitetet i Tromsø: Kjersti Sunde Mæhre (kjersti.s.mahre@uit.no)
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold (joakim.bakkevold@uit.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen
Kristin Andorsen

Kristin Andorsen

Vera Jacobsen

Vera Jacobsen

Jeg, gir med dette, tillatelse til gjennomføring av masterprosjekt

Dato

Navn

6/1-22

Monica Dybbø

Søknad om gjennomføring av forskningsprosjekt seksjonsleder

”Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus - hvordan kan mobil intensivsykepleier bidra til økt pasientsikkerhet hos pasienter på sengepost med klinisk forverring?”

Som masterstudenter ved Universitetet i Tromsø, studieretning intensiv, søker med dette tillatelse til å gjennomføre forskningsprosjekt. Vårt formål er å undersøke hvordan mobil intensivsykepleier kan bidra inn i eksisterende samarbeid rundt pasienter med klinisk forverring. I dette skrevet gir vi deg informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for informantene.

Formål

Mobil intensivsykepleier er et lavterskeltilbud, ment for å gi råd, støtte og bistand ved klinisk forverring hos pasienter innlagt i sengepost. Funksjonens mål er å bidra til tidlig identifisering og iverksetting av tiltak for å forebygge potensielt livstruende tilstander og å redusere sykehusmortalitet. Funksjonen mobil intensivsykepleier er godt etablert på mange større sykehus, men hvilken rolle dette har på lokalsykehus er mindre kjent. Per i dag er det kun etablert funksjoner som favner hjertestans og hjerneslag. Det er ingen slik sykepleierdrevet mobil funksjon som favner inneliggende pasienter med klinisk forverring ved vårt sykehus. Vi har ønsket å se nærmere på funksjonen mobil intensivsykepleier i lokalsykehus gjennom fokusgruppeintervju i vårt masterprosjekt. Vi vil stille spørsmål som dreier seg om ivaretagelse av pasienter klinisk forverring og eksisterende samarbeid i slike situasjoner.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Vi er to masterstudenter i studieretning intensivsykepleie som vil ha det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder ved Universitetet i Tromsø har hovedansvar.

Hvem får spørsmål om å delta?

Vi ønsker å rekruttere sykepleiere ved medisinsk sengepost/sykepleiere ved intensivavdelingen

Hva innebærer det å delta?

Vi ønsker å samle aktuelle kandidater til fokusgruppeintervju i gruppe på 5-7 personer. Dette innebærer en gruppediskusjon sammen med kolleger, hvor vi ønsker å undersøke deres idéer og erfaringer rundt valgt problematikk. Det blir gjort lydopptak til videre bruk i masteroppgaven. Masteroppgaven leveres mai 2022. Data med personopplysninger oppbevares til 05.05.2024 for mulighet til å kunne publisere artikkel. Data personopplysninger slettes deretter.

Informanter vil bli anonymisert i prosjektet og ikke kunne gjenkjennes. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. All deltagelse er frivillig, og deltagerne kan når som helst trekke sitt samtykke.

Prosjektet er godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Hvis du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

- Masterstudent 1: Kristin Andorsen (kan133@uit.no/99518391) eller masterstudent 2: Vera Jacobsen (veraja@online.no/95892843)
- Ansvarlig veileder ved Universitetet i Tromsø: Kjersti Sunde Mæhre (kjersti.s.mahre@uit.no)
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold (joakim.bakkevold@uit.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kristin Andorsen

Kristin Andorsen

Vera Jacobsen

Vera Jacobsen

Jeg, gir med dette, tillatelse til gjennomføring av masterprosjekt

Dato

Navn

Narvik, 6/1-22

Eivind Fere

seksjonsleder Medisin A, UNN Narvik

Søknad om gjennomføring av forskningsprosjekt seksjonsleder

”Samarbeid mellom intensivavdeling og sengepost på lokalsykehus - hvordan kan mobil intensivsykepleier bidra til økt pasientsikkerhet hos pasienter på sengepost med klinisk forverring?”

Som masterstudenter ved Universitetet i Tromsø, studieretning intensiv, søker med dette tillatelse til å gjennomføre forskningsprosjekt. Vårt formål er å undersøke hvordan mobil intensivsykepleier kan bidra inn i eksisterende samarbeid rundt pasienter med klinisk forverring. I dette skrevet gir vi deg informasjon om prosjektet og hva deltakelse vil innebære for informantene.

Formål

Mobil intensivsykepleier er et lavterskeltilbud, ment for å gi råd, støtte og bistand ved klinisk forverring hos pasienter innlagt i sengepost. Funksjonens mål er å bidra til tidlig identifisering og iverksetting av tiltak for å forebygge potensielt livstruende tilstander og å redusere sykehusmortalitet. Funksjonen mobil intensivsykepleier er godt etablert på mange større sykehus, men hvilken rolle dette har på lokalsykehus er mindre kjent. Per i dag er det kun etablert funksjoner som favner hjertestans og hjerneslag. Det er ingen slik sykepleierdrevet mobil funksjon som favner inneliggende pasienter med klinisk forverring ved vårt sykehus. Vi har ønsker å se nærmere på funksjonen mobil intensivsykepleier i lokalsykehus gjennom fokusgruppeintervju i vårt masterprosjekt. Vi vil stille spørsmål som dreier seg om ivaretagelse av pasienter klinisk forverring og eksisterende samarbeid i slike situasjoner.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Vi er to masterstudenter i studieretning intensivsykepleie som vil ha det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder ved Universitetet i Tromsø har hovedansvar.

Hvem får spørsmål om å delta?

Vi ønsker å rekruttere sykepleiere ved medisinsk sengepost/sykepleiere ved intensivavdelingen

Hva innebærer det å delta?

Vi ønsker å samle aktuelle kandidater til fokusgruppeintervju i gruppe på 5-7 personer. Dette innebærer en gruppediskusjon sammen med kolleger, hvor vi ønsker å undersøke deres idéer og erfaringer rund valgt problematikk. Det blir gjort lydopptak til videre bruk i masteroppgaven. Masteroppgaven leveres mai 2022. Data med personopplysninger oppbevares til 05.05.2024 for mulighet til å kunne publisere artikkel. Data personopplysninger slettes deretter. Informanter vil bli anonymisert i prosjektet og ikke kunne gjenkjennes. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. All deltagelse er frivillig, og deltagerne kan når som helst trekke sitt samtykke.

Prosjektet er godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata AS.

Hvis du har spørsmål til studien, ta kontakt med:

- Masterstudent 1: Kristin Andorsen (kan133@uit.no/99518391) eller masterstudent 2: Vera Jacobsen (veraja@online.no/95892843)
- Ansvarlig veileder ved Universitetet i Tromsø: Kjersti Sunde Mæhre (kjersti.s.mahre@uit.no)
- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevold (joakim.bakkevold@uit.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen
Kristin Andorsen

Kristin Andorsen

Vera Jacobsen

Verajaeda

Jeg, gir med dette, tillatelse til gjennomføring av masterprosjekt

Dato

6/1-22

Navn

Elin Olsen

