

Nina Silvana Skogvang

Intensivassistanse - hvilke erfaringer har sykepleiere og intensivsykepleiere med ordningen?

Masteroppgave i Klinisk sykepleie

Veileder: Solveig Kr. Struksnes

Mai 2021

Nina Silvana Skogvang

Intensivassistanse - hvilke erfaringer har sykepleiere og intensivsykepleiere med ordningen?

Masteroppgave i Klinisk sykepleie
Veileder: Solveig Kr. Struksnes
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Introduksjon: I mange land, inkludert Norge har det blitt opprettet forskjellige støttefunksjoner for å møte utfordringene med sykere og mer komplekse pasienter på sengepostene. Mobilt akutt team har blitt innført på verdensbasis, og enkelte sykehus har innført mobil intensivsykepleier, Critical Care Outreach sykepleier eller andre støttefunksjoner. På et lokalsykehus i Norge er det opprettet en intensivassistansefunksjon kalt Intass. Intass er et lavterskeltilbud til sengepostene om hjelp til ulike oppgaver, pasientvurdering og prosedyrehjelp.

Hensikt: Hensikten med studien er å finne ut av hvilke erfaringer sykepleiere har med intensivassistansefunksjonen Intass.

Metode: Det ble brukt en kvalitativ metode med deskriptivt tilnærming. Spørreskjemaer med åpne spørsmål ble benyttet og sendt til alle sykepleiere og intensivsykepleiere ved intensivavdelingen, medisinske sengeposter og kirurgiske sengeposter. 72 svar kom inn. Manifest innholdsanalyse ble brukt til å analysere dataene.

Resultater: Tre temaer kom klart fram igjennom dataanalysen. 1) Intass som en tidsavgrenset, trygghetsskapende intensivassistanse. 2) Uklarhet om retningslinjer og funksjon. 3) Forståelse og respekt i samarbeidet. Det kom fram et fortsatt behov for ordningen, men at det var behov for avklaringer rundt ansvarsområde og begrensninger av hva ordningen skal omfatte.

Konklusjon: I denne studien beskrev sykepleiere erfaringer med og meninger om Intassordningen. Resultatet viser at det er behov for at Intass skal bestå. Imidlertid er det behov for avklaring og begrensning av hva ordningen skal gjøre og bestå av, og behov for å lage en prosedyre. Videre er det også behov for videre forskning på liknende ordninger.

ABSTRACT

Introduction: In many countries, including Norway, various support functions have been set up to meet the challenges of sicker and more complex patients in the wards. Mobile emergency team has been introduced worldwide, and some hospitals have introduced mobile intensive care nurse, Critical Care Outreach nurse or other support functions. An intensive care function called Intass has been set up at a local hospital in Norway. Intass is a low-threshold offer for hospital wards for help with various tasks, patient assessment and procedural help.

Purpose: The purpose of the study is to find out what experiences nurses have with the intensive care function called Intass.

Method: A qualitative method with a descriptive approach was used. Questionnaires with open-ended questions were used and sent to all nurses and intensive care nurses at the intensive care unit, medical wards and surgical wards. 72 replies were received. Manifest content analysis was used to analyze the data.

Results: Three themes emerged clearly through the data analysis. 1) Intass as a time-limited, safety-creating intensive care assistance. 2) Uncertainty about guidelines and function. 3) Understanding and respect of each other. There was a continuing need for Intass, but that there was a need for clarifications regarding the area of responsibility and limitations of what the function should include.

Conclusion: In this study, nurses described experiences with and opinions about the Intass function. The result shows that there is a need for Intass to continue. However, there is a need for clarification and limitation of what the function should do and consist of, and a need to create a procedure. Furthermore, there is also a need for further research on similar functions.

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært både spennende og lærerikt. Jeg vil rette en stor takk til alle informanter både på intensiv og sengepostene for at dere var villige til å sette av tid til å svare på spørreskjemaet mitt. Jeg vil også takke avdelingslederne for at dere var så behjelpelige med å la meg gjennomføre denne undersøkelsen, samt for all hjelp med distribuering spørreskjemaene.

En stor takk til min medstudent Anita for at du har holdt ut med meg igjennom mange dager, uker og måneder i arbeidet med dette prosjektet, for gode innspill og råd, mange gåturer og ditt vennskap. Du har vært en uvurderlig støtte igjennom dette.

En stor takk til min veileder på oppgava, Solveig Struksnes for all støtte, veiledning, hjelp og gode råd igjennom hele prosessen. Du har vært min klippe igjennom dette her, og jeg hadde aldri klart det uten deg.

NTNU i Gjøvik, mai 2021

Nina Silvana Skogvang.

INNHold

Sammendrag	i
Abstract	ii
Forord	iii
Innhold	iv
1 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn	2
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål.....	5
2 METODE	6
2.1 Studiens design.....	6
2.2 Rekruttering og utvalg.....	6
2.3 Datainnsamling	7
2.3.1 Datainnsamlingsinstrument.....	7
2.4 Oppbevaring og bearbeiding av data	8
2.5 Dataanalyse	8
2.6 Forskningsetiske overveielser	11
3 RESULTATER.	13
3.1 En tidsavgrenset, trygghetsskapende intensivassistanse.....	14
3.1.1 Kunnskapsformidling og råd	14
3.1.2 Konkret støtte og hjelp.....	17
3.2 Uklarhet om retningslinjer og funksjon	20
3.2.1 Kultur for kontakt og bruk.....	20
3.2.2 Mulighet og tid	23
3.2.3 Tilrettelegging for arbeid i ukjente arbeidsforhold	25
3.3 Betydningen av forståelse og respekt i samarbeidet.....	27
3.3.1 Forventninger til ordningen	27
3.3.1 Kommunikasjon i samarbeidet.	29
4 DISKUSJON	32
4.1 Resultatdiskusjon	32
4.1.1 Hva erfarer sykepleiere og intensivsykepleiere at ordningen kan bidra med?.....	32
4.1.2 Hvorfor er det uklarheter rundt retningslinjer og hvordan kan det forbedres?.....	36
4.1.3 Hvorfor har kommunikasjon og samarbeid betydning, og hvordan kan det forbedres?	42
4.2 Metodediskusjon	46
5 KONKLUSJON	49
REFERANSER.....	50
VEDLEGG.....	54

1 INNLEDNING

Dagens sykehusstruktur er i endring. Det kommer nye stortingsdirektiver, penger skal spares og det blir gjort endringer på de forskjellige avdelingene innenfor sykehuset. I følge Helsedirektoratet finnes det per i dag ca. 250 intensivsenger i drift, og ca. 550 intermediærplasser over hele landet (Helsedirektoratet, 2020). På lokalsykehusene kan det være få senger på intensivavdelingen, og mange pasienter på postene med behov for intensivplass. Den medisinske og teknologiske utviklingen fortsetter i høyt tempo. Pasientene blir eldre og har mer komplekse sykdomsbilder. Den gjennomsnittlige intensivpasienten er i dag 61,9 år, og pasientene på lokalsykehusene er i gjennomsnitt betraktelig eldre enn pasientene på regionssykehusene. Pasienter over 80 år stod for så mye som 17,8% av alle intensivopphold (Buanes, Kvåle og Barratt-Due, 2020). Dette fører til økt kompetansekrav, ikke bare på spesialavdelinger, men også på sengeposter. Laake *et al.* (2010) skrev om den kommende eldrebølgen og at dette kom til å utfordre kapasiteten på norske sykehus framover i tid, og at dette ville ha implikasjoner for utdanningen av helsepersonell og finansieringen av helsesystemet. Konklusjonen på studien deres var at den kommende eldrebølgen ville øke antall liggedøgn på intensivene fram til år 2025, og at dette krevde en utvidelse av intensivplasser og økt utdanning av helsepersonell (Laake *et al.*, 2010). Flere prognoser tilsier at det blir økt behov for sykehustjenester i framtiden, dette pga. stadig framskritt i den medisinske teknologien, som fører til mer behandling og stadig økt levealder. Det er videre dokumentert at eldre trenger mer ressurser fra helsevesenet og flere liggedøgn på intensivavdelinger (Ræder, 2012; Laake *et al.*, 2010).

Mangelen på sykepleiere er ofte oppe i nyhetsbildet, og dette er også nyutdannede sykepleieres møte med hverdagen. De første årene etter endt utdanning jobber de fleste nyutdannede sykepleiere i spesialisthelsetjenesten, for så å gradvis finne arbeid andre steder i eller utenfor helsetjenesten (Skjøstad *et al.*, 2019). I følge statistisk sentralbyrå (SSB) er det så mye som én av fem sykepleier som slutter å arbeide som sykepleier i løpet av de første ti årene i yrket (Beyrer *et al.*, 2017). NSF Østfold har gjort en undersøkelse blant nyutdannede sykepleieres møte med helsetjenesten. Et av funnene er at lav bemanning, høyt arbeidspress med ansvar som følte for stort førte til at flere nyutdannede sykepleiere vurderte å bytte arbeidssted (Brasetvik, 2020). En stor undersøkelse som ble gjort i norske sykehus i 2011 nevner at ansvaret for mange forskjellige oppgaver kan oppleves stressende, medføre avbrytelser og øke faren for feil (Sjetne, 2011).

For å møte utfordringene som er beskrevet over er det opprettet ulike støttefunksjoner i helseforetakene, for å bistå sykepleiere i pasientsituasjoner hvor de er usikre. Dette anses som et ledd i å ivareta pasientsikkerheten, og i starten var det eksempelvis ulike mobile akutteam som ble etablert. Andre typer team er etablert som mer lavterskeltilbud til sykepleiere ved generell usikkerhet som oppstår ved vurdering og behandling av pasienter.

Forfatteren av denne studien har vært intensivsykepleier siden 2016, og tidligere jobbet flere år som sykepleier på generell medisinsk sengepost. Denne studien har som tema en bestemt intensivstøtte-ordning som forfatteren har erfaring med både som intensivsykepleier og som sykepleier på sengepost.

1.1 Bakgrunn

Dette avsnittet presenterer resultatet fra kunnskapsinnhentingene før studien startet, hvor hensikten var å fordype seg i ulike aspekter ved temaet, for å skape grunnlag for formulering av studiens hensikt og påfølgende forsknings spørsmål.

Kunnskapsoppsummeringen ble innhentet via systematiske litteratursøk i databasene PubMed, Cinahl og Ovid Nursing. Søkeord som ble benyttet var: Ward nurses, Newly qualified nurses, non-technical skills, technical skills, mobile intensive care nurses, ICU outreach, intensive care outreach, nurse liaison, ICU consulting nurse, early warning score. Less ICU transfer, diminish complication, problem solving, patient safety, skill acquisition, skill development, early intervention, sharing of critical care skills. Søkene ble utført i mars 2020. I tillegg ble det gjort et ikke-systematisk søk i Google Scholar med søkeordet Mobil intensivsykepleier.

Kunnskapsoppsummeringen omhandler dannelsen av forskjellige typer støtteteam, sammensetningen av dem og hva de innebærer. Den tar også for seg utfordringer med å ringe på slike team.

Over flere år og i mange land har forskjellige varianter av støtteteam blitt etablert. Det første medisinske akutt-teamet ble startet opp i Australia på 1990-tallet, og dette ble raskt etterfulgt av Storbritannia (Wolfe, 2008; Parr *et al.*, 2001). Andre land har også fulgt etter og laget egne team som går under forskjellige navn som Medical Emergency Team (MET), Mobilt Akuttteam (MAT), Rapid Responce Team (RRT,) Rapid Response system (RRS) og Critical Care Outreach (CCO) (Katadzic og Jelsness-Jørgensen, 2017; Athifa *et al.*, 2011; Topple *et al.*, 2016). Sammensetningen og arbeidsmåten til teamene er forskjellige fra land til land og fra sykehus til sykehus. Dette gjør det vanskelig å sammenlikne effekten og funksjonen av disse teamene, siden de er så forskjellige i både arbeidsmåte og sammensetning fra én enkelt sykepleier til fulle team (Stafseth *et al.*, 2016). I New Zealand har de Critical Care Outreach (CCO) som er forskjellig fra sykehus til sykehus både i størrelse og i funksjon. CCO i New Zealand er sykepleierledet, og har som en av sine største funksjoner å følge opp pasienter som er nylig overflyttet sengepost fra Intensivavdelingen (Pedersen, Psirides og Coombs, 2016). CCO i New Zealand fokuserte i hovedsak på direkte intervensjoner og direkte støtte, mens CCO i England har vært mer involvert i opplæring og utdanning (McDonnell *et al.*, 2007).

Ved det aktuelle sykehuset som er arena for denne studien har Mobilt Akutt Team (MAT) vært en funksjon i flere år. Dette er et team som kan tilkalles dersom pasientene får akutt forverring og det er behov for rask hjelp og eventuelt overflytting til høyere omsorgsnivå. I tillegg til MAT har sykehuset per i dag ulike støttefunksjoner i form av team eller personer med forskjellig faglig kompetanse. Hjertestansteamet ved hjertestans. Akutt smerteteam ved de kirurgiske sengepostene til opererte pasienter som forventes å ha, eller har, sterke smerter. I tillegg finnes et tilbud som kalles intensivassistanse, heretter kalt Intass. Dette er et lavterskeltilbud til sengepostene ved behov for hjelp. Behovene kan være alt fra hjelp og assistanse til forskjellige gjøremål på avdelingen, hjelp til prosedyrer som CVK-stell, sonde-nedleggelse, kateterisering og tracheostomistell, til hjelp med vurdering av pasienter og pasientbehandling. Det økte presset på sengepostene, med mange nyutdannede sykepleiere og økt turnover av sykepleiere, fører til at mange pasienter som kanskje ikke hadde hatt behov for intensivplass, men mer erfarne sykepleiere, blir overført intensivavdelingen for overvåkning. Dette fører til stor turnover av pasienter på intensivavdelingen. Andre

pasienter, som fortsatt kunne hatt nytte av intensivplassen kan bli overflyttet sengepost tidligere enn ønskelig, og pasienter som kunne ha hatt behov for intensivplass blir tidvis liggende på sengepost.

Oslo universitetssykehus har innført mobil intensivsykepleier ved to av sine sykehus, og dette er i ettertid evaluert. Stafseth *et al.* (2016) har gjort en studie på Rikshospitalet etter innføring av Mobil Intensivsykepleier (MICN) som fant ut at sykepleierne var fornøyde med MICN, men gikk ikke inn på spesifikt hva MICN ble brukt til. Katadzic og Jelsness-Jørgensen (2017) gikk derfor videre på denne problemstillingen. Der ble det kartlagt hvor mange og hvilke henvendelser MICN fikk i løpet av en seks måneders periode. De sorterte henvendelsene i to grupper. Gruppe én var konsultasjoner der det ble gitt profesjonelle råd om pasientsituasjoner, samt assistanse og/eller veiledning knyttet til spesifikke sykepleieprosedyrer. Gruppe to var intervensjoner, der MICN ble tilkalt ved forverring av pasienters Modified Early Warning Score (MEWS). Registrerte tiltak var blant annet leieendring i seng for bedre oksygenering, hjelpe til med å få kontakt med lege og hjelpe til med medikamenter (forstøver, Furix og Seloken). MICN hjalp også med å rense luftveier, å assistere med CPAP/BIPAP, ta EKG, bruke PEP og liknende (Katadzic og Jelsness-Jørgensen, 2017). Flere studier viser også til at samhandlingssykepleier fra Intensiv kan være en støtte på avdelinger både i forhold til prosedyrer, opplæring og pasientobservering (Chaboyer *et al.*, 2005; McIntyre *et al.*, 2012).

Denne beskrivelsen av hva MICN gjør kan likne på hva Intass gjør. Intass blir ringt etter for assistanse med prosedyrer, men det er ikke satt i system. I Stafseth *et al.* (2016) sin studie ble det lagt vekt på hvordan postene brukte MEWS og ut i fra dette hvordan de brukte intensivstøttefunksjonen Mobil Intensivsykepleier (Stafseth *et al.*, 2016).

Ut ifra litteraturen er det mye usikkerhet rundt det å ringe på assistanse fra etablerte støttefunksjoner. Når skal det ringes og når skal det avventes. Eventuelt hvem skal kontaktes, legen, sykepleier eller MAT. Det å ha «en dårlig følelse» har blitt registrert som en av de vanligste årsakene til å ringe MAT (Pattison og Eastham, 2012; Douw *et al.*, 2018; Stafseth *et al.*, 2016; Haugom, 2011) og Douw *et al.* (2018) sier videre at dette har potensiale til å være en god indikator på tidlig forverring og behov for igangsetting av tiltak. Samtidig er det i følge litteraturen oftere at erfarne sykepleiere erkjenner at de trenger hjelp/assistanse når det er behov. Nyutdannede sykepleiere venter gjerne fordi de ikke er sikre og ikke vil bry legen unødvendig (Cox, James og Hunt, 2006). Stafseth *et al.* (2016) henviser til en studie der 15 % erkjente en motvilje mot å ringe MAT pga. frykt for kritikk. Flere studier viser til frykten for represalier, kritikk og latterliggjøring fra kollegaer og overordnede dersom de ringer etter assistanse i form av MAT eller andre avdelinger (Shearer *et al.*, 2012; Braaten, 2015; Douw *et al.*, 2018). Noe av denne frykten var også relatert til om de stole på MEWS (Salt og Dixon, 2013), eller opplevelsen av at legen ser mer på de aktuelle målingene enn sykepleierens fulle vurdering av pasienten (Jensen, Skar og Tveit, 2019). Samtidig viste en undersøkelse gjort i New Zealand at MAT også ble ringt av legene uten frykt for represalier (Psirides, Hill og Jones, 2016). Disse studiene har blitt utført i utlandet. Spørsmålet er hvordan dette er i Norge. Finnes det redsel for kritikk ved å tilkalle hjelp i form av MAT eller Intass? Hvilke barrierer finnes på det aktuelle sykehuset i forhold til dette?

Forskningen henviser flere ganger til at intensivkunnskapen trengs utenfor veggene på intensiv. Sykere og mer komplekse pasienter ligger på sengepostene. Litteraturen over viser til at det er etablerte rutiner på å kalle på akutt-team når pasientene er svært dårlige og trenger høyere omsorgsnivå, eller dersom pasienten går i hjertestans. Det er

derimot skrevet lite om når pasientene er relativt stabile, men sykepleierne på sengepost har behov for assistanse, veiledning, opplæring eller eventuelt bare et par ekstra hender. Mobil intensivsykepleier er innført i Oslo, og det er gjort en masteroppgave for kartlegging av behov for mobil intensivsykepleier på et annet sykehus i Norge (Sletnes og Hammervold, 2019). Dette viser til en interesse og et behov for funksjonen.

Sykehuset i denne studien har en variant av mobil intensivsykepleier som kalles Intass, som det per i dag er mye uvisshet om hvordan oppfattes og brukes. Det har ikke lyktes å finne noen oppstartdato for denne funksjonen, og det finnes heller ikke per i dag en klar funksjonsbeskrivelse. Derimot har det blitt sendt en mail til avdelingslederne i 2018 med en foreløpig beskrivelse av Intass. Imidlertid er det usikkert hvor mange ansatte som har fått denne mailen og hvilken oppfattelse sykepleiere både på sengepost og på intensiv har av denne funksjonen per i dag.

Intensivassistanse, heretter kalt Intass, er et lavterskeltilbud til sengepostene med hjelp til forskjellige ting. I mailen til avdelingslederne i 2018 står det at Intass er et tilbud fra intensivavdelingene om å bidra med faglig støtte i forhold til kompleks behandling, sjeldne prosedyrer som sykepleier på post mangler erfaring med, eller bistand i situasjoner der det topper seg i forhold til belegg. Dette kan være hjelp til å blande medikamenter eller se etter en pasient i en kort periode til situasjonen har roet seg. Intass kan også være tilstede for generelt faglig rådgivning eller refleksjon rundt utfordrende situasjoner. Konkret kan dette være innleggelse av katetre og sonder, stell av CVK eller liknende, stell av trachelakanyler, bruk av thoraxdren, blanding av antibiotika eller liknende, hjelp med teknisk utstyr, mobilisering av ressurskrevende pasienter, administrering av medikamenter man ikke er vant med eller faglig råd og veiledning.

Videre står det at LIS-leger og anestesisykepleiere skal brukes slik de er vant med, men dersom postene må vente lenge på lege for å få gjort ulike prosedyrer kan Intass gjerne hjelpe med det. Det finnes mye kunnskap og ressurspersoner på de fleste områdene på sengepostene, men kanskje intensiv innehar kunnskap det kan dras nytte av på visse områder. Uansett er det viktig og dele kunnskapen. Intass er et tilbud intensiv kan gi når belegget på intensiv tillater det eller noen kan gå ifra. Intass har ikke noe med MAT å gjøre, MAT brukes til pasienter som utfyller MAT-kriteriene.

Intass består av intensivsykepleier. Det er ingen som får utdelt Intass når de kommer på jobb, men må gjøres av den eller de som har mulighet på det aktuelle tidspunktet. Ordningen er ikke evaluert, og det avdekkes følgelig et behov for å finne ut hvordan denne ordningen fungerer for de som er involvert. Hva gjør at Intass blir brukt eller ikke? Finnes det barrierer mot å bruke ordningen? Hvordan kan ordningen eventuelt forbedres? Både intensivsykepleiere som skal tilby assistanse og sykepleierne på post som har behov for assistanse erfarer Intass. Hvordan passer dette tilbudet inn i deres arbeidshverdag? Disse to gruppene sykepleiere representerer eksperten og generalisten, enten sistnevnte er «novise» eller ikke (Benner, 2004).

Autoriserte sykepleiere har en 3-årig bachelorutdanning fra universitet eller høyskole. I følge Norsk sykepleierforbund (2019) skal sykepleiers grunnlag være omsorg, respekt og barmhjertighet for menneskets liv og verdighet, og alle autoriserte sykepleiere har et faglig, etisk og personlig ansvar for sine handlinger og vurderinger i forbindelsen med arbeidet som sykepleier. I følge Norsk sykepleierforbund (2020) er man som autorisert sykepleier i Norge forpliktet å handle i tråd med regler og forskrifter, nasjonale

retningslinjer og internasjonale konvensjoner som til enhver tid gjelder. Dette handler om både ledelse, organisasjon og faglige krav.

Etter endt utdanning er det forventet at den autoriserte sykepleieren skal kunne utøve sykepleie på en forsvarlig måte. Sykepleieren skal kunne ivareta pasientens grunnleggende behov, fremme helse, forebygge og behandle sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Dette gjennom å holde seg faglig oppdatert, være skikket for yrket og ha respekt for menneskets medbestemmelsesrett og autonomi. Sykepleieren skal kunne utøve sykepleie til pasienter med sammensatte og komplekse sykdomsbilder, via selvstendige og systematiske kliniske vurderinger og kunne prioritere det som er viktig (Kunnskapsdepartementet, 2019).

Intensivsykepleie er et spesialfelt innen sykepleie som krever videreutdanning på 1,5-2 år på heltid. Intensivsykepleieren skal ha avanserte kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse innenfor pasientbehandling, samt fagutvikling og undervisning, samhandling og organisasjon (NSFLIS, 2017).

Intensivsykepleierens kliniske utøvelse omfatter en helsefremmende og forebyggende funksjon der intensivsykepleieren blant annet skal kunne identifisere helsesvikt eller forhøyet risiko for dette på et tidlig stadium og iverksette tiltak i forhold til det, samt beskytte pasienten mot komplikasjoner (NSFLIS, 2017). Intensivsykepleieren kan via Intass være med på å identifisere pasienter med forhøyet risiko for helsesvikt og være med på å igangsette behandling.

Intensivsykepleierens behandlende og rehabiliterende funksjon innebærer blant annet å samarbeide med andre ledd i pasientforløpet, samt kontinuerlig vurdere pasientens ressurser og yte kompensierende hjelp ved svikt i pasientens vitale funksjoner. Videre skal intensivsykepleieren kunne gjennomføre systematiske tiltak for å bevare eller gjenopprette funksjonell kapasitet. Intensivsykepleierens lindrende funksjon innebærer å lindre plager som pasienten kan ha i forbindelse med sykdom og skade, og hjelpe pasienten å bruke kreftene sine på helsebringende prosesser (NSFLIS, 2017)

Funksjonsbeskrivelsen sier at intensivsykepleieren skal samarbeide om og ta ansvar for kvalitetsforbedring, og skal bidra med sin spisskompetanse i rådgivende funksjoner. Intensivsykepleieren skal gi opplæring i samsvar med individuell kompetanse, og ta medansvar for effektiv og forsvarlig ressursbruk (NSFLIS, 2017). En av intensivsykepleierens oppgaver er i følge denne beskrivelsen å bidra med sin kompetanse i rådgivende funksjoner, som for eksempel Intass på sengepost. Intensivsykepleieren har et selvstendig sykepleierfaglig ansvar, og skal handle forsvarlig og ivareta både pasienter og pårørende (NSFLIS, 2017).

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål.

Hensikten med denne studien er å beskrive sykepleieres erfaringer med Intass-ordningen. Det er ønskelig å innhente erfaringer fra både intensivsykepleierne og sykepleierne i sengepost.

Forskningsspørsmålene er

- Hva oppfatter sykepleierne er hensikten med Intass-ordningen?
- Hvordan har sykepleierne erfart Intass?

2 METODE

I dette avsnittet beskrives planlagt gjennomføring av studien.

2.1 Studiens design

Denne studien ønsker å finne svar på hvilke erfaringer sykepleiere og intensivsykepleiere har med Intass. Det er problemstillingen som avgjør metoden (Malterud, 2017), og da hensikten er å finne og beskrive meninger og oppfatninger sykepleierne har rundt ordningen, er det hensiktsmessig med en kvalitativ tilnærming med et deskriptivt design. Kvalitativ metode er hensiktsmessig å bruke der man ønsker å vite noe om deltagerens erfaringer og opplevelser, forventninger og holdninger, og når man ser på prosesser som samhandling og utvikling. Mangfold og nyanser kommer lettere fram i en kvalitativ undersøkelse enn en kvantitativ (Malterud, 2017). «Deskriptiv» henviser til at en ønsker å beskrive informantenes ulike erfaringer i sammenfattet, kategorisert form, og i størst mulig grad inngå å fortolke disse.

I denne studien er det ønskelig å få fram hvordan Intass blir forstått og erfart. Dette er spørsmål som ikke er utforsket mye tidligere. Kvalitativ metode er hensiktsmessig ved fenomener der kunnskapsgrunnet er tynt og problemstillingen sammensatt (Malterud, 2017). Ved kvalitativ tilnærming kan informantene fortelle eller skrive fritt rundt teamet, og det kan komme fram informasjon man ikke hadde fått ved en kvantitativ studie, for å få fram betydningen av informantenes erfaringer og opplevelser (Kvale *et al.*, 2015). I denne studien ble det benyttet skriftlig datahenting, som beskrives nærmere i et senere avsnitt.

Siden fenomenet som skal studeres er snakk om en ordning, eller praksis, kan studien anses å ha en evaluerende tilnærming (Bjørk og Solhaug, 2008).

2.2 Rekruttering og utvalg

Informantene ble hentet fra det ene helseforetaket som benytter akkurat denne ordningen. Utvalget var sykepleiere ved tre medisinske sengeposter, to kirurgiske sengeposter samt intensivavdelingen.

Rekrutteringen av informanter skjedde ved at avdelingslederne ved de aktuelle avdelingene ble informert om prosjektet via mail, og fikk deretter tilsendt prosjektplan og informasjonsskriv. Dette ble tilsendt en god stund før selve undersøkelsen begynte, med spørsmål om undersøkelsen kunne utføres på deres avdeling. Alle forespurte avdelinger ønsket å delta. Avdelingslederne ble ellers bedt om å være behjelpelige med å distribuere spørreskjemaet videre til de av sine ansatte som oppfylte inklusjonskriteriene som er beskrevet i tabell 1.

Tabell 1 Inklusjons og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier.
Sykepleiere på sengeposter.	Poliklinikker.
Sykepleiere på intensivavdeling.	Anestesi- og operasjonsavdelingen.
	Andre yrkesgrupper enn sykepleiere

Det var ikke ønskelig å inkludere eller ekskludere deltakere utfra antall års yrkeserfaring, da Intass-ordningen involverer et bredt spekter av yrkeserfaring generelt, og tilknytning til det aktuelle sykehuset spesielt. Datamaterialet ble imidlertid sortert med tanke på informantens funksjon (intensivsykepleiere og sykepleiere på post).

Endelig utvalg.

Totalt utsendte skjemaer var 279, og 72 svarte (25,81%)

168 fikk spørreskjemaet på medisinske avdelinger, hvorav 26 svarte (15,48%).

56 spørreskjemaer sendt ut på kirurgisk avdeling, 19 svar mottatt (33,93%).

55 spørreskjemaer ble sendt ut til intensivavdelingen, 26 svarte (25,81%).

2.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjort ved å bruke spørreskjema med semistrukturerte åpne spørsmål, avledet av studiens hensikt og forskningsspørsmål. Å anvende spørreskjemaer for innsamling av kvalitative data er omtalt i metodelitteraturen, og kan innebære både fordeler og ulemper. Ulemper er at spørreskjemaer er mindre sensitive, og mangler evnen til å undersøke inkonsekvente argumenter. Man får ikke stilt oppfølgingsspørsmål for å få informanten til å utdype eller si mer om emnet (Stroh, 2000). Fordeler med å bruke spørreskjemaer er at man får tilgang til flere informanter enn ved tidkrevende individuelle intervjuer.

Et argument for å benytte skriftlig datasamlingsmetode som ble spesielt aktuelt i denne studien, var hensynet til informantenes anonymitet, og potensiell påvirkning av informantene på grunn av forskerens tilstedeværelse. Forskning på egen arbeidsplass anbefales ikke, men var eneste mulighet i denne aktuelle studien. Ved å benytte spørreskjemaer styrkes forutsetningene for at informantene svarer helt ærlig. Man unngår også eventuelle påvirkninger av samarbeidet mellom forsker og informanter når de etter studien treffer hverandre i arbeidssammenheng.

I tillegg er det i dagens situasjon ønskelig med minst mulig fysisk kontakt på grunn av Covid-19, og det ble da vurdert det til å være hensiktsmessig med spørreskjemaer for å minske smittefaren.

Spørreskjemaene ble utprøvd på 3 pilotpersoner i forkant av studien for å teste spørsmålene. Pilotpersonene var personer som har arbeidet ved sykehuset inntil nylig, men som ikke jobber der lenger, og personer som av ulike årsaker ikke var aktuelle til å svare på selve undersøkelsen. Dermed var de godt kjent med Intass og kunne svare godt på spørsmålene, samtidig som mulige informanter ikke ble brukt opp.

2.3.1 Datainnsamlingsinstrument

Data ble samlet inn ved bruk av spørreskjema med åpne spørsmål. Spørreskjemaet ble laget ved bruk av Formes som er en integrert del av Microsoft 365 og som er tilgjengelig innenfor NTNUs intranett. Linken til spørreskjemaet ble kopiert inn i mail og sendt til avdelingslederne på de respektive avdelingene, som sendte det videre til sine sykepleiere. Brevet med spørsmål om deltakelse i forskningsprosjektet ble sendt med i mail til avdelingslederne, den ble også klippet inn i forteksten til spørreskjemaet. På denne måten var alle svar helt anonyme, og informantene aksepterte deltakelse i forskningsprosjektet da de svarte på spørreskjemaet.

Spørsmålene ble avledet av hensikt og forskningsspørsmålene.

Demografiske spørsmål var knyttet til: Om de er intensivsykepleier, sykepleier eller sykepleier med annen spesialutdanning. Hvor lenge de har jobbet henholdsvis som sykepleier og intensivsykepleier. Hvilken avdeling de var tilknyttet (medisinsk, kirurgisk eller intensiv). Om de hadde brukt eller vært på Intass.

Hovedspørsmålene var:

- Fortell om en situasjon der Intass ble brukt.
- Hva oppfatter du er hensikten med Intass?
- I hvilke situasjoner ser du for deg at Intass er hensiktsmessig å bruke?
- Hva opplever du som bra med Intassordningen?
- Hva opplever du er utfordringer ved Intassordningen? Hvordan oppfatter du at samarbeidet fungerer mellom intensiv og sengepost når det gjelder Intass?
- Hvordan kan Intassordningen gjøres bedre?

2.4 Oppbevaring og bearbeiding av data

Oppbevaring av data ble gjort i samsvar med prosjektbeskrivelsen som ble godkjent av NSD. Svarene fra spørreskjemaet ble gjort om til et excel-dokument som ble sjekket for eventuelle direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger, før de ble lagret innenfor NTNUs sikrede intranett for studenter (Sharepoint). Etter at datamaterialet hadde gjennomgått andre analysetrinn (identifisering av meningsbærende enheter).

Under resten av analyseprosessen ble materialet delt med veileder.

Skriftlig og elektronisk data lagres i forhold til godkjenninger fra personvern og blir makulert etter bruk (Kvale *et al.*, 2015). I dette tilfellet vil materialet oppbevares 2 år etter publisering.

2.5 Dataanalyse

Data ble analysert ved hjelp av manifest innholdsanalyse, som beskrevet i Elo og Kyngäs (2008). Manifest analyse ble valgt på grunn av at hensikt og forskningsspørsmål er ganske konkrete, og at det i denne studien ble valgt å samle data via spørreskjemaer med åpne spørsmål som alternativ til individuelle forskningsintervjuer med fysiske møter. Her er det ingen stemmer eller pauser å analysere og tolke, heller ingen latter eller holdninger å legge merke til.

I denne studien ble det også valgt induktiv innholdsanalyse. Elo og Kyngäs henviser til Lauri og Kyngäs (2005) som anbefaler en induktiv tilnærming hvis det ikke er mye tidligere kunnskap om fenomenet. Den deduktive innholdsanalysen brukes dersom det finnes tidligere teorier på emnet som skal testes (Elo og Kyngäs, 2008), noe som ikke er relevant her.

Elo og Kyngäs (2008) beskriver en analyseprosess i tre deler. Forberedelse, organisering og rapportering. Forberedelsesfasen består i å velge en analyseenhet. Med dette menes i følge Polit og Beck (2017) et ord eller et tema. I denne studien er det Intass. Datamaterialets innhold (informantenes beskrivelser) som kan knyttes til dette temaet er utgangspunktet for hva forskeren skal ha i fokus, eller lete etter gjennom analyseprosessen. Organiseringsfasen deles inn i fem trinn som består av åpen koding, samling av kodene, gruppering, kategorisering og abstraksjon (Elo og Kyngäs, 2008).

Trinn 1. Åpen koding. Analyseprosessen ble startet ved å lese igjennom de innsamlede dataene for å skaffe en oversikt.

Deretter ble det lest igjennom alt materialet og brukt åpen koding ved å markere meningsbærende enheter (gulskravert).

Den enkelte informant fikk et nummer fra 1 til og med 72, for enkelte å kunne ha oversikt og kunne gå tilbake til «rådata» for å sikre korrekt gjengivelser i sitater i resultatpresentasjonen. De markerte meningsbærende enhetene fikk også foran nummeret en «I» ved det som omhandlet intensivsykepleieres beskrivelser, og en «S» ved sykepleiere på post sine svar. Dette for å kunne skille intensivsykepleiere og postsykepleiere og analysere gruppenes erfaringer hver for seg i første del av analyseprosessen. På dette stadiet var det ikke avgjort om resultatene fra de to gruppene skulle presenteres separat eller samlet.

Tabell 2 Åpen koding

Informantnr.	
S 1	Varierende. Noen ganger går det fint, andre ganger oppleves det at det er vanskelig å få hjelp.
S 3	Jeg har selv kun brukt de 2 ganger, på nattevakt og da har jeg fått hjelp begge gangene og det var urolig godt å kunne få noe ekstra hjelp til spesifikke ting da det ble mye spl oppgaver de nettene.
I 31	Jeg føler at intass blir noen ganger brukt på en hensiktsmessig måte der intensjonen jeg opplever som skal være med denne funksjonen, ivaretas.
I 13	Men ofte er intass et skrik om hjelp der bemanningen ikke tilfredstiller behovet av pleie på avdelingen. De har rett og slett ikke nok folk på jobb i forhold til behovet.
I 23	Vi brukes til å hjelpe til i stell, hjelp opp på WC, hjelp til mobilisering.
I 13	Hadde vår intass bidratt til at vi også hadde vært godt bemannet, hadde saken vært noe annet. Men da kan man ikke si det er intass, men en hjelp fordi det er uforsvarlig drift på avdelingen for øyeblikket.

Trinn 2. Samling av kodene. De meningsbærende enhetene fikk en merkelapp, eller kode, som for eksempel "hjelp", "ressurs", "pasientbehandling" eller liknende med beskrivelse av hva informanten sa om dette temaet. Deretter ble disse kodene alfabetisert, slik at eksempelvis alt som omhandlet ressurs kom etter hverandre og det var mulig å samle det som omhandlet samme emnet i grupper.

Tabell 3 Samling av koder

Informant nr.		Koding
I 4	Jeg personlig synes det fungerer greit.	Greit. Fungerer greit.
I 4	Jeg prøver alltid å hjelpe til med det posten spør om når slike henvendelser kommer,	Hjelper. Prøver alltid å hjelpe når slike henvendelser kommer
I 4	så fremt jeg har tid til overs og det ikke går ut over pasientsikkerheten til pasientene på intensiv	Pasientsikkerhet. Såfremt det ikke går utover pasientsikkerheten på intensiv.
S 12	Jeg har selv kun brukt de 2 ganger, på nattevakt og da har jeg fått hjelp begge gangene og det var urolig godt å kunne få noe ekstra hjelp til spesifikke ting da det ble mye spl oppgaver de nettene.	Bra. Føltet godt å kunne få hjelp til spesifikke ting da det ble mye sykepleieroppgaver på natt.
I 5	men kan være utfordrende ved lite tid hos intensiv.	Utfordrende. Kan være utfordrende ved liten tid hos intensiv.
I 5	Kan også i noen tilfeller brukes som avlastning for avdeling, som ved personalmangel. Synes da det er feil bruk av ressurser.	Feil bruk. Kan i noen tilfeller brukes som avlastning for avdelingen ved personalmangel. Blir da feil bruk av ressurser.

Trinn 3. Gruppering. Grupperingen ble knyttet til hvordan beskrivelsene svarte på forskningsspørsmålene som overordnet omhandlet hva informantene mente var hensikten med Intass, hvordan de hadde erfart Intass og hvordan de mente Intass kunne forbedres.

Tabell 4 Gruppering

	Informantnr	Sorterte koder	Hva/hvordan?
Samarbeid	S 49	Forsøker. Synes intensiv som oftest forsøker å få til å komme.	Hvordan. Synes intensiv som oftest forsøker å få til å komme
Samarbeid	I 17	Forventninger. Blir forventet at vi skal stille opp, ellers blir avdelingen misfornøyd.	Hvordan Utfordring. Forventninger. Blir forventet at vi skal stille opp, ellers blir
Samarbeid	I 56	Forventninger. Bruken av Intass har «sklidd noe ut» til å bli en funksjon hvor det forventes at Intensiv skal komme til sengepost og utføre helt ordinære oppgaver fordi det er travelt.	Hvordan. Bruken av Intass har «sklidd noe ut» til å bli en funksjon hvor det forventes at Intensiv skal komme til sengepost og utføre helt ordinære oppgaver fordi det er travelt.
Samarbeid	I 58	Forventninger. Dette er et tilbud som gis når intensiv har mulighet, men av og til forventes det at vi kommer uansett om vi har det travelt.	Hva av og til forventes det at vi kommer uansett om vi har det travelt litt for store forventninger til Intass ulike forventninger om hva Intass innebærer
Samarbeid	I 8	Forventninger. Noen ganger har post litt for store forventninger til Intass som ikke alltid kan innfris.	Hva baserer seg på at intensivavdelingen er tilgjengelig og at det tidvis kan bli gjort avslag pga forespørsel pga kapasitetsproblemer.

Trinn 4. Kategorisering. Utsagnene ble komprimert og kategorisert, og subkategoriene begynte å komme fram. Etter dette ble subkategoriene komprimert videre inntil det ikke så ut til å være flere kategorier som snakket om det samme (generiske kategorier).

Tabell 5 Kategorisering

Subkategorier	Generiske kategorier
<p>Sykepleiere på sengepost oppfatter at hensikten med Intass ordningen er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjelp til med konkrete oppgaver i travle situasjoner. • Hjelp ved usikkerhet om medisiner eller prosedyrer. • Opplæring i prosedyrer • Støtte ved usikkerhet • Hjelp med vurdering og håndtering av pasienter ved usikkerhet. • Bistå ved utfordrende situasjoner og manglende kompetanse. • Rådgivning ved behov for mer kunnskap. • Kompetanse, intensivkompetanse • Sikre rett behandling til tross for travel avdeling. • Dele kunnskap på tvers av enheter 	<p>Konkret hjelp</p>

Trinn 5. Abstraksjon. Subkategoriene samlet i generiske kategorier. De generiske kategoriene ble igjen samlet i hovedkategorier.

Tabell 6 Abstraksjon

Subkategorier	Generiske kategorier	Hovedkategorier
Ved behov for kortvarig intensivkompetanse på post.	Opplæring, rådgivning og støtte.	Trygghetsskapende tilbud
Støtte når man er utrygg på enten pasienter, prosedyrer eller medikamenter.		
Trygt å kunne få råd ved usikkerhet og behov for mer kompetanse eller erfaring.		
Læring og hjelp med pasientvurderinger og pasientbehandling.		
Hjelp i avdelingen med konkrete oppgaver (når det er travelt).	Konkret hjelp	
Avlastning ved travel avdeling		

Igjennom hele analyseprosessen er sykepleierne på sengepost og intensivsykepleierne analysert hver for seg. Dette fordi det ble mest oversiktlig under analyseprosessen. Til slutt kom det ganske klart fram at de to gruppene snakket mye om de samme tingene, og det ble mest hensiktsmessig å slå de sammen.

2.6 Forskningsetiske overveielser

Før forskningsprosjektet kunne starte måtte det godkjennes av personvernombudet i det aktuelle helseforetaket og NSD som forvalter retningslinjene for beskyttelse av personvern (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Hele studien er utført i henhold til prosjektplanen som ble godkjent av NSD 12.10.2020 med saksnummer 903612.

I dette forskningsprosjektet skal det ikke forskes på pasienter, og informasjonen som etterspørres er ikke av helsemessig eller annen sensitiv karakter. Å vurdere studiers legitimitet gjennom risikovurdering og ivaretagelse av personvernmessige forhold er uansett påkrevet. I tillegg skal datamateriale innhentes, bearbeides og analyseres på forsvarlig måte.

Studiens nytteverdi er knyttet til å få økt forståelse for hvordan Intass fungerer. Dette kan være med på å vurdere om tjenesten skal fortsette, og eventuelt hvordan. Er det behov for tjenesten i den graden den er i dag, eller er det behov for justeringer. Dette gjelder både for sengepostene og for Intensiv. For den enkelte kan det bidra til at de reflekterer over eget møte med andre avdelinger og hva de forventer og kan bidra med. Det er viktig å presisere at forskeren ikke har noen spesiell forforståelse for hvordan Intass fungerer eller ikke. Dette er et tilbud som finnes på sykehuset, og som blir brukt mye av enkelte avdelinger og lite av andre. Det som er interessant er om dette tilbudet fungerer bra slik det er i dag eller ikke, om det er rom for forbedring og konkretisering av arbeidsoppgaver og ansvarsforhold? En annen mulig konklusjon kan være at det ikke er behov for tjenesten, noe som gjør at tjenesten kan legges ned.

Hensynet til informantenes frivillighet og samtykke er ivare tatt. Helsinkideklarasjonen fra 1964 oppfattes å være etikkens grunnlov, og lovgiving i forhold til forskning har denne som grunnlag. Et viktig poeng i Helsinkideklarasjonen er reglene for informert samtykke (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

Studien ble gjennomført ved et sykehus som forskeren selv er ansatt ved, noe som betyr at man må være ekstra forsiktig med tanke på å påvirke informantenes deltakelse. NSD skriver i dette henseende at det kan være vanskelig å si nei til å delta dersom man har et profesjonelt forhold til potensielle deltakere i prosjektet, i denne situasjonen, kollegaer.

NSD foreslår da å la ledelsen eller andre kollegaer ta kontakt på forskers vegne (NSD, 2018). På denne måten kan det være lettere å avslå deltagelse i prosjektet. Informert samtykke er svært viktig, og behovet for ny kunnskap skal aldri kunne forvare at noen utsettes for unødvendig ubehag og risiko (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Videre har deltagerne rett til frihet og selvbestemmelse, og skal være kjent med at de når som helst skal kunne trekke seg fra forskningsprosjektet uten å måtte begrunne (Helsinkideklarasjonen 2010).

Informantenes personvern er ivaretatt ved å velge spørreskjemaer med åpne spørsmål som metode istedenfor intervjuer, da vil informantene være totalt anonymisert. Det ble ikke stilt mange spørsmål av demografisk karakter som kunne identifisere informantene, kun om de er sykepleier eller intensivsykepleier, om de arbeider ved sengepost eller intensivavdelingen, kirurgisk eller medisinsk avdeling og hvor lenge de har vært sykepleiere. Dermed vil det minske eventuelt ubehag ved å møte forskeren senere i en jobbsituasjon.

Troverdighet i studier kan også knyttes til forskningsetiske prinsipper, da handler om redelighet i alle forskningsprosessens trinn. Alle deler av forskningsprosessen skal være gjennomskinnelige og ærlig beskrevet, og være mulig å etterprøve og gjenta.

3 RESULTATER.

Resultatet av analysene skal svare på studiens hensikt og forskningsspørsmål. Hensikten med denne studien er å beskrive erfaringer med Intass-ordningen.

Forskningsspørsmålene er:

Hva oppfatter sykepleiere at hensikten med Intass-ordningen er?

Hvordan har sykepleierne erfart Intass?

Informantenes beskrivelser av sine erfaringer kan sammenfattes i tre hovedkategorier, avledet av syv generiske kategorier og 18 subkategorier.

Resultatene presenteres i en tabell for oversikt (tabell 1), gjennom utfyllende tekst med sammenfatning av informantenes utsagn, og direkte sitater. Informantene henvises til ved rolle og nummer. "I" og "S" representerer henholdsvis intensivsykepleier og sykepleier på post.

Tabell 7 Sykepleiernes erfaringer med Intassordningen

SUBKATEGORIER	GENERISKE KATEGORIER	HOVEDKATEGORIER
En kunnskapsressurs ved behov for høyere eller bredere kompetanse	Kunnskapsformidling og råd	En tidsavgrenset, trygghetsskapende intensivassistanse
Trygghetsskapende rådgivning ved usikkerhet		
Opplæring i prosedyrer og medikamenthåndtering		
Situasjonsbestemt støtte knyttet til prosedyrer eller medikamenter.	Konkret støtte og hjelp	
Forslag til problemløsning, pasientvurdering og behandling.		
Bidrar til å forenkle pasientforløp eller forhindre unødvendige overflyttinger til Intensiv.		
Ulik holdning til å be om hjelp.	Kultur for kontakt og bruk	Uklarhet om retningslinjer og funksjon
Behov for generell hjelp i travel avdeling		
Usikkerhet rundt retningslinjer og bruk		
Glemmer tilbudet når det er travelt.	Mulighet og tid	
Intensiv har ikke alltid kapasitet når det er behov for hjelp-		
Viktig med konkrete, tidsavgrensede oppgaver		
Behov for tilrettelegging ved ukjente arbeidsforhold	Tilrettelegging for arbeid i ukjente arbeidsforhold	
Utfordringer knyttet til fagpersoners ulike kompetanse		
Forebygge falsk trygghet	Forventninger til ordningen	
Avklare forventninger til ordningen		
Personavhengig hvordan man blir møtt	Kommunikasjonen i samarbeidet	
Behov for gjensidig forståelse for hverandres hverdag		

3.1 En tidsavgrenset, trygghetsskapende intensivassistanse

Denne kategorien skildrer informantenes oppfatninger om Intassordningens intensjon og funksjon. Informantene erfarer at Intassordningen bidrar med kunnskapsformidling og konkret vurderingskompetanse i pasientsituasjoner til de ulike sengepostene på sykehuset ved behov. Det blir oppfattet som en trygghetsskapende rådgivning ved usikkerhet og skal brukes til opplæring i prosedyrer og medikamenthåndtering. Intass skal gi en mulighet til å få hjelp når det er behov, men det skal være innenfor visse rammer.

Jeg tenker at Intass er Intensivassistanse. Det skal ikke ha til hensikt å bidra til ekstra bemanning i en avdeling som har høyt trykk, men bidra til å hjelpe til med avanserte sykepleieroppgaver som er vanskelig for sykepleierne på post å ivareta. (I 13)

3.1.1 Kunnskapsformidling og råd

Intass skal være en kunnskapsressurs ved behov for mer kompetanse, det skal kunne gi rådgivning ved usikkerhet, og kunne gi opplæring i prosedyrer og medikamenthåndtering.

Kunnskapsressurs ved behov for høyere eller bredere kompetanse

Intass skal være en funksjon for opplæring, rådgivning og støtte, hevder informantene. Det handler eksempelvis om å ha noen å ringe dersom man mangler erfaring med en oppgave, er usikker på medisiner eller vurderingen av en pasient.

Jeg mener at hensikten skal være at sykepleier på sengepost kan få bistand fra «mer erfarent» personale fra intensivavdelingen ved behov. Dette kan dreie seg om rådgivning per telefon eller ved oppmøte. (I 56)

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av at Intass primært skal brukes som en kunnskapsressurs og en vurderingskompetanse. Videre er de opptatt av at Intass er en mulighet for dem til å bruke sin kompetanse på sengepostene, som støtte for sykepleierne når dette var behov, eller i situasjoner som krever spesialkompetanse eller mer erfaring.

Veiledningen trenger ikke skje ved oppmøte, men kan like gjerne være via telefon ved spørsmål om ting som ikke trengs å vises direkte.

Hvis det er en sykepleier som er usikker på noe kan vi kontaktes og veilede per telefon eller møte opp i avdelingen. (I 33)

Sykepleierne på postene er spesielt opptatt av at Intass er noen de kan ringe til dersom de trenger hjelp eller mangler kompetanse

[...]noen ganger gi hjelp når vi ikke har riktig eller trygg nok kompetanse på sengepost. (S 27)

Videre skriver sykepleierne at læring og kunnskapsdeling er viktig mellom avdelingene

[...]viktig å dele på kunnskapen på tvers av enheter, og jeg ser på det som veldig god læring når Intass kommer ned og kan veilede i prosedyrer jeg er usikker på, ikke kan eller ikke får til. (S 37)

Trygghetsskapende rådgivning ved usikkerhet

Intass skal være et trygghetsskapende tilbud. Informantene skriver at dersom det skal utføres prosedyrer og sykepleieren på post er relativt nyutdannet eller usikker er det godt å kunne ha Intass å ringe til.

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av behovet for å kunne konferere med andre sykepleiere. De peker spesielt på vakter med lav sykepleierdekning og høy arbeidsbelastning der de antar at det kan det være problematisk å finne en annen sykepleier å konferere med.

[...]vil også håpe (og tro) at det er en trygghet for sykepleier på post å kunne bruke intensivsykepleier til å diskutere ulike problemstillinger med hvis det oppstår usikkerhet. (I 56)

Sykepleierne på post er spesielt opptatt av at Intass skal brukes til å få hjelp til forskjellige oppgaver de ikke mestrer helt selv. Oftest er dette oppgaver avdelingene normalt utfører selv, men som de som er på vakt føler seg usikre på. Noen ganger kan det være oppgaver som ikke normalt gjøres på sengepost og det trengs spesialkompetanse til.

synes det er veldig bra å kunne ha Intass i bakhånd dersom en trenger rask hjelp eller hjelp til prosedyrer. (S 29)

Noen ganger er det behov for generell hjelp til å håndtere dårlige pasienter på grunn av tid. Andre ganger er det råd og hjelp til å vurdere pasienter de har dårlig følelse for, men som de ikke føles dårlige nok for MAT-utkalling.

Kunne få hjelp der min kompetanse kommer til kort, der jeg som sykepleier er usikker på hva som er riktig for pasienten. (S 37)

Det kan også være å hjelpe til på avdelingen på grunn av mange kompliserte og svært syke pasienter og tidvis veldig travelt og de føler at de ikke klarer å ivareta pasientene slik de vil.

Opplæring i prosedyrer og medikamenthåndtering

Opplæring i prosedyrer og medikamenthåndtering er noe Intass kan brukes til. Intass blir brukt til å gjøre forskjellige prosedyrer på avdelingene som kan være vanskelige for sykepleieren som er på vakt. Hva dette er avhenger av erfaringene til den som er på vakt, men kan for eksempel være å ta arterielle blodgasser, legge ventrikkelsonder eller urinkatetere, hjelp til CVK-stell, thoraxdren eller epiduralkateter. Intass kan hjelpe til i situasjoner der sykepleieren på posten føler seg usikker, slik at postsykepleieren får økt kunnskap og erfaring til neste gang.

Intass kan brukes ved spørsmål om administrering eller utblanding av medikamenter som blir hyppigere brukt på Intensiv. Dette kan ofte tas over telefon, og må ikke nødvendigvis skje ved oppmøte på selve avdelingen.

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av Intass skal brukes som en kilde til kompetanse og erfaring, ikke som ekstra bemanning i avdelingene. De ser Intass som en mulighet til å bruke sin kompetanse til å hjelpe, og lære opp sykepleierne på post i forskjellige prosedyrer. En informant beskriver en situasjon der det skulle legges ned ernæringssonde på en pasient.

Ingen av sykepleierne på post hadde gjort dette tidligere. Når jeg kommer ned er de klare med utstyr og to sykepleiere blir med inn for å få opplæring. Dette ble en god opplæringssituasjon for de to sykepleierne. (I 25)

I denne situasjonen er sykepleierne med, og det blir en god læresituasjon. Intensivsykepleierne trekker fram at det ikke alltid er slik at sykepleierne er med på å gjøre prosedyren, slik at de kan det neste gang de står ovenfor samme problem.

Jeg synes at sykepleier på sengepost må være med i den aktuelle situasjonen hvis det for eksempel er mangel på kunnskap eller erfaring som gjør at de vil ha assistanse. (I 6)

Dette er det flere som skriver, og de uttrykker bekymring og frustrasjon over situasjoner der de blant annet blir tilkalt for å gjøre en prosedyre pga. at ingen på vakt kan dette, og sykepleierne på vakt heller ikke tar seg tid til å bli med og få opplæring på den aktuelle prosedyren. Dette kan lett bli en sovepute for avdelingene, og de vil ikke lære å gjøre prosedyrene selv. Samtidig ser de at noen ringer fordi de kan føle seg utrygge og helst vil ha hjelp med oppgaven, og uttrykker forståelse for dette.

Sykepleierne på post er spesielt opptatt av tryggheten ved å kunne spørre som hjelp når de er utrygge.

Det er positivt å vite at man kan spørre om hjelp når det for eksempel er prosedyrer eller liknende som man føler seg utrygg på. (S 52)

Dette trenger ikke nødvendigvis å være prosedyrer som kun gjøres på intensiv, men å få hjelp til prosedyrer de sjelden gjør og derfor er usikre på, eller generell hjelp til å gjøre prosedyrene fordi det er travelt i avdelingen.

En informant skriver at når sykepleier på vakt er ganske nyutdannet eller er usikker er det en trygghet å vite at man kan benytte Intass til for eksempel prosedyrer som urinkateter på mann, CVK-stell eller epiduralkateter. Informantene forteller om at Intass var god å ha når de hadde behov for å skifte filter på EDA på medisinsk avdeling. Informantene skriver at Intass har kommet og hjulpet til med å legge venefloner dersom anestesi har vært opptatt. Men de oppgir at det er forskjell på de som kommer, om de er interessert i å lære dem opp i prosedyren eller kun gjøre prosedyren og gå opp igjen.

Kunne noen ganger ønske at de som kommer hadde muligheten til eller ønsket å bringe sin kunnskap videre til neste gang vi står oppe i lignende situasjoner. (S 65)

3.1.2 Konkret støtte og hjelp

Informantene legger vekt på at Intass er en støtte i bestemte situasjoner når det er utrygghet på prosedyrer eller medikamenter. Få forslag til problemløsning, pasientvurdering og behandling ble beskrevet som viktig. Det beskrives at Intass bidrar til å forenkle pasientforløp og kan forhindre unødvendige overflytninger til intensiv.

Situasjonsbestemt støtte knyttet til prosedyrer eller medikamenter

I spesielle situasjoner kan det være hensiktsmessig å få hjelp fra andre avdelinger, enten dette handler om å ikke skape merarbeid ved å flytte smittepasienter unødvendig, eller om det handler om å beholde en skjær tillit fra en pasient.

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av at Intass kan brukes i situasjoner der pasientene ofte ellers blir flyttet på Intensiv for å gjøre prosedyrer eller få et medikament og deretter blir flyttet tilbake på sengepost.

En informant forteller om en situasjon der Intass blir brukt for å forhindre overflytting av mulig smittepasient til Intensiv for å få et medikament.

Var på Intass på medisinsk sengepost, der de skulle gi et medikament som til vanlig gis på medisinsk dagenhet. Pas. hadde ikke fått dette før, trengte kontinuerlig overvåkning under infusjon og var på smitterom pga. mistanke om covid-19. Jeg var tilstede under infusjonen, da han både skulle overvåkes og infusjonen skulle justere opp i hastighet underveis. Dette tok to og en halv time. (I 23)

En annen informant forteller om en situasjon der Intass brukes til medikamentadministrering.

I en annen situasjon var vi nede for å hjelpe til med infusjon av gammaglobuliner. Dette krevde intensivovervåking. OG det var helt riktig bruk av Intass synes jeg. (I 13)

Tracheostomerte pasienter er det ikke alle sengeposter som har så ofte, og det er forskjell på hvor trygge sykepleiere er på akkurat dette.

Pasient innlagt på ØNH - avdeling som hadde innlagt permanent tracheostomi. Han var innlagt på sykehuset pga pneumoni. Personalet på avdelingen ønsket hjelp til trachealsuging da han hadde mye seigt ekspektorat, og de var bekymret for at tuben skulle tette seg. (I 56)

Sykepleierne på sengepost er spesielt opptatt av at noe medisinskteknisk utstyr som til vanlig brukes på intensiv, også kan brukes på sengepost i enkelte tilfeller dersom personalet får opplæring i dette. Her kan Intass bidra med hjelp og veiledning ved bruk av medisinskteknisk utstyr som er ukjent på post, slik at pasienten ikke må overflyttes intensiv dersom ikke andre elementer i behandlingen krever dette. Her kan Intass

[...]veilede og hjelp til med å utføre prosedyrer eller bruk av utstyr som er mer sjeldent på sengepost. Eks hostemaskin eller Optiflow. (S 9)

Informantene forteller om spesielle situasjoner der det kan være hensiktsmessig å bruke en utenforstående til å utføre prosedyren for å holde på tilliten mellom pasient og sykepleier.

Intass ble brukt i en situasjon hvor det skulle legges ned ventrikkelsonde på en pasient som var svært engstelig og hadde mye smerter. Intass ble brukt både som ressurs-person i forhold til prosedyre, men også for å kunne beholde et godt pleier-pasient-forhold på posten. (S 55)

Her kan Intass brukes til å utføre selve prosedyren, mens postsykepleierne beholder tilliten de har opparbeidet med pasienten til videre behandling.

Forslag til problemløsning, pasientvurdering og behandling

Informantene skriver at Intass er god å ha når det er behov for råd ved dårlige eller kompliserte pasienter. Noen ganger har sykepleiere behov for å kunne konferere med en annen sykepleier om hva de tenker eller hvordan de vurderer situasjonen der problemet ikke nødvendigvis er et legeproblem. Her kan Intass være behjelpelig.

[...]å bistå med «second opinion» og være tilgjengelig for problemløsning rundt et pasientkasus. (I 19)

Intass er en mulighet til å få diskutert kompliserte pasienter og behandling av enkeltpasienter. Etske problemstillinger er det mange av, og kan være vanskelig å stå i alene. Her kan Intass være en samtalepartner og en samarbeidspartner slik som enkelte foreslår.

Mobilt akutt team (MAT) brukes ved dårlige pasienter, men Intass kan hjelpe med å vurdere en pasient, spesielt hvis personalet på post ikke synes at et helt MAT-team skal kalles ut. I andre tilfeller er det ikke sikkert det er behov for å tilkalle MAT, men at det er vanskelig å vurdere tilstanden hos en dårlig pasient. Her kan Intass

[...]bidra med å vurdere i situasjoner der det kan være vanskelig å vurdere klinikken til pasienten hvis sykepleierne ikke har den relevante erfaringen. (I 13)

Intass kan være en eller flere personer fra Intensiv, og de kan ringe etter assistanse av andre kollegaer hvis nødvendig. Intass kan være en mulighet til å få råd eller veiledning ved dårlige pasienter som ikke nødvendigvis trener flytting til intensiv eller MAT-utkalling, men der de allikevel kunne nyttiggjøre seg av intensivsykepleiers erfaring.

Sykepleierne på post er spesielt opptatt av at Intass handler om å få hjelp til å behandle pasienter når det er travelt. Flere av informantene opplever at det er godt å få hjelp med pasienter når det er mye å gjøre og sykepleierne på vakt ikke føler de rekker over alt.

Jeg opplever at hensikten med Intass er å kunne sikre at pasienten får rett behandling selv om det kan være en travel vakt. (S 55)

Intass kan være med på å bistå ved uavklarte utfordrende pasientsituasjoner, og avhjelpe i travle situasjoner for å bedre pasientsikkerheten.

Ung slagpasient som kom til avdelingen med tracheostomi og som produserte store mengder slim. Trengte nesten konstant tilsyn og hjelp med å fjerne slim. Dette er en utfordrende situasjon på sengepost og da fikk vi bistand fra Intass til å være hos pasienten og bistå med suging. Samtidig å gjorde det pasienten tryggere ved at det var noen der hele tiden. (S 65)

Bidrar til å forenkle pasientforløp eller forhindre unødvendige overflyttinger til intensivavdelingen

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av at Intass skal brukes der intensivsykepleierens kompetanse kan brukes for å hjelpe til med vurdering av pasienter og eventuelt bistå pasienten der den er dersom den ikke har behov for en intensivplass.

I situasjoner hvor sengepostpersonalet synes det er krevende kanskje grunnet mange nyutdannede så er det flott hvis Intass kan stille opp og bistå slik at man f.eks slipper å bruke en intensivplass på en pasient som egentlig ikke har behov for intensivbehandling. (I 22)

Dette gjelder selvfølgelig der enkle tiltak kan løse situasjonen og pasienten ikke trenger intensivbehandling. Dette kan være hjelp med konkrete ting som hjelp til smertelindring eller ved situasjoner der pasienten blir forbigående utagerende uten behov for sedering. Informantene skriver videre at Intass kan bidra med sin tyngde og erfaring på vakter med lav bemanning og lav legedekning til å skaffe rask hjelp til sykepleiere og pasienter på post.

Mener i det store og hele at ordningen med Intass er positiv og fungerer bra. Det forenkler pasientforløpet at pasienten kan få hjelp på sengepost istedenfor å måtte flytte mellom avdelingene dersom det oppstår utfordringer som er vanskelige å takle på post. (I 56)

Når pasienten har behov for intensivbehandling og må flyttes, kan intensivsykepleierens vurderingskompetanse bidra med å få fortgang i prosessen med å få pasienten til rett behandlingsnivå via sitt nettverk eller tyngde ved å jobbe på spesialavdeling.

Jeg tenker at hensikten er å ha muligheten til å tilkalle hjelp med høyere/bredere utdanning/kunnskap. Utnytte intensivsykepleierens kunnskap, være en ressurs for sykepleiere på post. (I 20)

Sykepleierne på post er spesielt opptatt av at Intass er

[...]en mulighet til å få kortvarig intensivkompetanse på avdelingene. (S 63)

Dette kan være for en vurdering eller konkret hjelp dersom pasienten kunne hatt behov for kompetansen en liten periode, men ikke nødvendigvis må flytte. De skriver videre at

[...]kunne få hjelp til å vurdere en pasients tilstand og eventuelt sette i gang tiltak for å forhindre utvikling til en verre tilstand. (S 65)

3.2 Uklarhet om retningslinjer og funksjon

Denne kategorien skildrer hvordan informantene ser på betydningen av ordningens retningslinjer og funksjon. Den tar for seg kultur for kontakt og bruk av Intass, hva informantene har erfart rundt mulighet og tid, og erfaringer rundt tilrettelegging for arbeid i ukjente arbeidsforhold.

3.2.1 Kultur for kontakt og bruk

Informantene legger vekt på at det er ulike holdninger til å be om hjelp fra Intass, det er behov for generell hjelp i en travel avdeling, og det er usikkerhet rundt retningslinjer for bruk.

Ulik holdning til å be om hjelp

Informantene forteller at det er forskjell på hvordan og når Intass tilkalles, og at det stort sett er de samme avdelingene som ringer. Flere informanter skriver at det er en ok ordning som gjerne kan utarbeides videre. Andre rapporterer samtidig at noen avdelinger bruker tjenesten mye, mens andre avdelinger ikke ringer før det er å regne som MAT-utkalling.

Oppfatter at sykepleierne på post opplever det vanskelig å ta kontakt – kritiske kommentarer eller liknende fra intensiv eller leger? (I 18)

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av forskjellen på tilkallingene fra de forskjellige avdelingene. De spør om dette kan handle om manglende kunnskap om bruksområdet eller om det er generelle holdninger til å be om hjelp.

Brukt til å legge foleykateter på svært gammel, skrøpelig pasient. Svært smertefullt for pasienten. Etterpå sier fagsykepleier på sengeposten at dette kunne de klart selv. (I 6)

Noen informanter beskriver en følelse av at noen av postsykepleierne føler de er til bry når de ringer, og at det de trenger hjelp til egentlig ikke er en Intassoppgave. Andre informanter skriver at Intass har blitt en funksjon der det forventes at de alltid skal komme, og gjøre alle slag oppgaver, og at det av og til er litt store forventninger til hva Intass skal gjøre. De skriver videre at det oppfattes som om enkelte på sengepostene tror at vi alltid kan bistå, og blir svært kritiske når vi ikke har mulighet.

Sykepleierne på post er spesielt opptatt av at Intass skal være lett å ta kontakt med

Kanskje at alle nye sykepleiere blir informert om tilbudet, og at det skal være lav terskel for å ta kontakt. (S 28)

De trekker også fram at Intass bør være et lavterskeltilbud, og trekker frem pasientsikkerhet som en viktig årsak til å bruke Intass. Det må bli en

Lavere terskel for å bruke Intass, vi på post må også bli flinkere til å faktisk spørre om hjelp. (S 37)

Dekker behov for generell hjelp i travel hverdag

Informantene skriver at Intass brukes til generell hjelp og ekstra hender. Hensikten til Intass er i følge en informant å hjelpe til i egentlig alle situasjoner der personalet på postene trenger assistanse, enten på grunn av manglende kompetanse eller personale. Allikevel er det stor fare for at Intassfunksjonen skjuler at bemanningen på post er for liten. Flere av informantene uttrykker at de opplever det godt å få hjelp med pasienter når det er mye å gjøre og sykepleierne på vakt ikke rekker over alt.

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av at Intass blir brukt for å dekke et behov for ekstra personale, og ikke for den kompetansen de sitter inne med.

Ofte er Intass et skrik om hjelp der bemanningen ikke tilfredsstiller behovet av pleie på avdelingen. De har rett og slett ikke nok folk på jobb i forhold til behovet. Intass brukes til hjelp i stell, hjelp opp på WC og hjelp til mobilisering. Men da kan man ikke si det er Intass, men hjelp fordi det er uforsvarlig drift på avdelingen for øyeblikket. [...]Funksjonen fungerer ikke etter intensjonen i mange tilfeller. Jeg føler det dekker over et skrikende behov for mer personale på avdelingen. Og vi er i mange situasjoner for dårlig bemannet til å ivareta funksjonen. (I 13)

Informantene uttrykker forståelse for at det er travelt på avdelingene, og at sykepleierne på post har behov for flere hender for å komme igjennom vakta. Intensivsykepleierne setter spørsmål om det er dette som er hensikten med Intassordningen, da de må gå vekk fra sin egen jobb på intensiv for å gjøre jobbene på sengepostene. De uttrykker at bruken av Intass har sklidd noe ut til å bli en funksjon hvor det ofte forventes at de skal komme til sengepostene og utføre helt ordinære oppgaver på grunn av travelhet i avdelingen. Noen ganger handler det om urolige pasienter, og da handler det i hovedsak om for få hender på sengepostene, ikke behov for kompetanse. Videre beskrives en situasjon der Intass brukes kun på grunn av travelhet i avdelingen og for lite personale.

En pasient hadde stomi som det var lekkasje på. Hun hadde ligget i avføring over lengre tid pga. sykepleierne ikke hadde tid til å hjelpe henne. Kom ned og fikk byttet på stomien hennes og fikk tatt helskift på sengen. Pasienten ble fornøyd og avdelingen ble fornøyd. (I 33)

Informantene mener at avdelingene ikke kan basere seg på at Intass alltid kan hjelpe, og heller ikke at de kan være der og hjelpe til over flere timer. Informantene forteller at de har hørt fra postsykepleierne at de har fått beskjed fra sine ledere om at det bare er å ringe Intass hvis det er for mye å gjøre. Intensivsykepleierne sier videre at de gjerne hjelper til når det er behov, men de mener det ikke er riktig at Intass brukes for å fylle hull i bemanningen og at personalet blir bedt om å ringe Intass framfor å prøve å leie inn personale selv. Intensivsykepleierne er bekymret for at enkelte poster tidvis baserer seg på at Intass skal hjelpe til ved høy arbeidsbelastning.

Sykepleierne på post er spesielt opptatt av at Intass er riktig å bruke dersom det er spesielt travelt i avdelingen slik at ingen rekker å spise eller gå på WC, og avdelingen koker verre enn vanlig.

Jobbet 2 netter for noen uker siden, hadde ansvar for 13 pasienter med assistent og hadde en svært delirisk pasient. Det var i tillegg mye sykepleieroppgaver jeg ikke fikk gjennomført grunnet mye tid inne hos denne pasienten. Jeg var da heldig

og fikk hjelp av Intass begge nettene så jeg fikk gjort unna det meste før dagvaktene startet. (S 12)

Informantene beskriver natt, helg og ferier som tidspunkter der Intass er mest aktuelt. De trekker fram at det er særlig sårbart på natt hvis flere pasienter blir akutt dårlige samtidig. Informantene skriver at Intass fungerer bra når de har mulighet til å komme, ved at sykepleierne finner fram utstyr til Intass og at Intass gjør prosedyren mens de selv utfører andre presserende oppgaver.

Jeg opplever at hensikten med Intass er å kunne sikre at pasienten får rett behandling selv om det kan være en travel vakt. [...] jeg synes det er hensiktsmessig å bruke Intass i situasjoner hvor man ikke føler seg sikker på prosedyrer eller at det er vanskelig å gjennomføre. Jeg synes det er riktig å bruke Intass dersom det er så travelt i avdelingen at det går ut over pasientsikkerheten. Dette er individuelt hvor mye hver enkelt greier å hankses med før det blir for mye. (S 55)

Usikkerhet rundt retningslinjer for bruk

Per i dag finnes det ingen klar prosedyre eller definisjon på hva Intass er. Mange av informantene gir uttrykk for at det kan være utfordrende å forholde seg til ordningen når den ikke er definert med klare rammer for bruk. Noen skriver at hensikten er å få hjelp når bemanningen er lav og det er travelt i avdelingen. Andre skriver at det bør brukes til klare oppgaver som hjelp med pasienter, spørsmål rundt prosedyrer eller hjelp til å gjennomføre prosedyrer.

For at en tjeneste skal fungere optimalt må den ha en klar hensikt og avgrensning. Dette gir flere av informantene uttrykk for at mangler. For at ikke misforståelser skal oppstå er det viktig med god kommunikasjon og avklaring av hva man ønsker hjelp til. Dette for å forhindre misforståelser. Det er også viktig her at alle får den samme informasjonen, og at alle nye sykepleiere blir informert om tilbudet, og at det skal være lav terskel for å ta kontakt.

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av at mangelen på klare retningslinjer gjør at de må si nei til oppdrag den ene dagen som de har kunnet gå på andre dager på grunn av mangel på tid og personale. Dette fører lett til gnisninger mellom avdelingene oppgir informantene. De oppgir også at det oppleves som en ekstra belastning når det er travelt på egen avdeling og det forventes at de skal stille opp på helt ordinære oppgaver på postene.

På travle vakter kan det fort bli «misbruk» av kompetanse og personalressurser fra intensiv til oppgaver på post. Det er jo ofte svært travelt på intensiv også, og da kan Intass-funksjonen oppfattes som belastende – særlig dersom det «forventes hjelp» til helt ordinære oppgaver. Dette kan være morgenstell, følge til og fra WC, stell av mors, fastvakt for urolige pasienter, transport/flytting av pasienter mellom to avdelinger eller liknende. (I 56)

Informantene skriver også at de er usikre på hvilken informasjon sykepleierne på postene har fått om Intass-funksjonen.

Intass blir brukt til alt, - veldig varierende. Noen ganger blir vi brukt som en ressurs for råd og veiledning, andre ganger som ren avlastning og ekstra hjelp (I 20)

Sykepleierne på post er spesielt opptatt av at informasjonen om hva Intass er og kan brukes til oppleves som mangelfull. De skriver at de har fått én beskjed om hva Intass kan brukes til, men når de ber om hjelp stemmer ikke nødvendigvis dette.

Vi har fra leder fått beskjed om at Intass blant annet kan klargjøre og administrere infusjoner, men de sier selv de ikke ønsker å administrere medisiner til pasienter de ikke kjenner. Så det er noen uklårheter i hvilke oppgaver de kan hjelpe til med og ikke. (S 72)

En annen informant forsøkte å ringe Intass for å få hjelp til å legge veneflon, men fikk beskjed om å ringe anestesien da de skulle brukes til dette. Dette medførte merarbeid for sykepleieren som følte at tid hadde blitt kastet bort. Noen informanter skriver at intensiv og sengepostene ofte har det travelt samtidig, men at dette ikke burde ha noe å si for om Intass kan hjelpe eller ikke. Utfordringen er slik informantene ser det at det er for dårlig informert om på sengepostene. En løsning de ser for seg kan være informasjon på personalmøte eller lunsjundervisning om hva de kan få hjelp til. Videre trekker de frem at leder i egen avdeling også bør minne på bruken av Intass innimellom.

Kanskje synliggjøre mer at man faktisk kan bruke Intass mer. Tror personalet ikke kommer på at man kan ringe å spørre om hjelp når det koker som verst. At man heller prøver å gjøre ting ferdig selv, strekker seg langt selv for å komme i mål. Kunne kanskje blitt minnet litt mer på at Intass finnes til hjelp for sengepostene og forklare nyansatte at dette tilbudet finnes. Og forklare de nyansatte hva Intass kan brukes til. Evt. Ha et laminert ark med Intass på vaktrommet som synliggjør at Intass finnes. Kanskje man da blir mer minnet på at tilbudet finnes og blir flinkere til å bruke det. (S 29)

Det er viktig å spesifisere og oppklare hvilke oppgaver Intass kan og skal gjøre, slik at det er enighet om dette. En informant setter også spørsmål om det er avsatt tid eller ressurser til den som har Intass? En annen skriver at det er behov for mer informasjon rundt tilbudet, og at de tror det er mange som ikke kjenner til dette. Informantene etterlyser en standard prosedyre for Intass, slik at alle kan prøve å gjøre så likt som mulig.

3.2.2 Mulighet og tid

Mulighet og tid er et gjennomgående tema blant informantene. De skriver at de glemmer at det er et tilbud når det er travelt, og at intensiv ikke alltid har kapasitet til å hjelpe når det er behov.

Glemmer tilbudet når det er travelt

Sykepleierne på post er spesielt opptatt av at det er vanskelig å huske at de kan benytte seg av tilbudet når det er travelt. Flere rapporterer at de kommer på at tjenesten finnes når det roer seg igjen.

Intass fungerer greit. Ser at det kan brukes mer, men når det er travelt og man løper fra oppgave til oppgave så glemmer man litt av å ringe og føler også at det å ringe tar tid så da gjør man heller oppgaven selv. (S 44)

Å huske at det er et alternativ i en hektisk hverdag kan være en utfordring, og

[...]samtidig så må også personalet på sengepost bli flinkere til å kontakte Intass når de trenger hjelp, men mange kvier seg litt når de føler seg til bry. (S 65)

Flere uttrykker at det er et tilbud de kunne ha benyttet seg av hyppigere, og at de må minne hverandre på at de kan bruke det. Det er lett å glemme i en hektisk hverdag, spesielt når det ikke er helt klare retningslinjer for Intass.

Intensiv har ikke alltid kapasitet ved behov for hjelp

Et gjentakende problem med Intass blir oppgitt å være at når det er travelt et sted på huset er det travelt andre steder også. Intass blir oppgitt å være et bra tilbud, der de aller fleste er villige til å hjelpe, men når de er travelt så er det ikke alltid Intass har muligheten til å komme. En annen informant skriver at Intassbruken har sklidd ut noe, og skriver at det virker som de ikke har tid, men de prøver å hjelpe allikevel. Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av at sengepostene noen ganger har litt for store forventninger til hva Intass har muligheten til.

Sengepostene kan ikke forvente at vi kan komme hver gang vi får spørsmål om det. Det skal ikke gå ut over driften på intensiv. At vi ikke kan bindes opp til å sitte fastvakt eller være der for lenge av gangen. (I 58)

Informantene skriver at de gjerne vil hjelpe, og at de har forståelse for at det er travelt på postene

[...]hadde vår Intass bidratt til at vi også hadde vært godt bemannet, hadde saken vært noe annet. (I 13)

Sykepleierne på post er spesielt opptatt av at de trenger hjelp i de periodene det er færrest folk på jobb, altså kveld, natt og helg, men at de i mange tilfeller har fått til svar at Intass ikke har muligheten til å hjelpe.

Jeg synes målet med Intass er bra, men har dessverre opplevd litt for ofte at de ikke har kapasitet til å hjelpe avdelingen[...] de fleste gangene jeg har ringt til Intass så jeg jeg fått til svar at de ikke har kapasitet til å hjelpe sengeposten (S 43)

Dersom de opplever gjentatte ganger at de ikke får hjelp er det flere som rapporterer at de ikke forsøker å ringe igjen.

Vi har flere ganger fått beskjed om at de ikke har anledning til å komme når vi har spurt om hjelp, på grunn av at de har hatt for mye å gjøre på intensiv. Dette gjør nok at vi sjelden ber om assistanse da vi føler at vi «bryr» dere. (S 71)

Sykepleierne på post er videre opptatt av at det tidvis tar veldig lang tid å få hjelp, og at Intass krever at alt utstyret er klart når de kommer. Når Intass kommer har de det travelt og vil rasket mulig tilbake til intensiv.

3.2.3 Tilrettelegging for arbeid i ukjente arbeidsforhold

Å jobbe på avdelinger man ikke er kjent byr på en del utfordringer. Her er det viktig med konkrete, tidsavgrensede oppgaver, det er behov for tilrettelegging ved ukjente arbeidsforhold, og det er en utfordring knyttet til fagpersoners ulike kompetanse.

Viktig med konkrete, tidsavgrensede oppgaver

Informantene skriver at det ofte er mange oppgaver de egentlig trenger hjelp til og at det er viktig for pasientsikkerheten å få en ekstra hånd de dagene det er mye å gjøre. Men dette er ofte oppgaver som egentlig ikke faller innenfor Intass-oppgaver da det kan være ting som «konstante klokker» som tar tid.

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av at de vil ha konkrete arbeidsoppgaver. Det å komme ned og tilby generell hjelp, hjelpe til å ta klokker og løse de tilfeldige oppgavene som kommer kan by på utfordringer med å finne frem, finne riktige rom, gjøre det riktige da de ikke vet noe om pasientene. De skriver at hva postene vil ha hjelp til må være opp til dem, men oppdraget bør være konkret og ikke alt for tidkrevende da de ikke kan forlate intensivavdelingen for lenge.

Synes det fungerer fint hvis det er konkrete oppgaver som skal utføres. Det bør ikke være oppgaver som tar over 1 time pga. det går ut over beredskapen på intensiv [...] synes det kan være vanskelig å gå fra arbeidsoppgavene jeg har på intensiv og bli opptatt nede på avdelingen over lengre tid. Særlig hvis en har ansvarsvakt. (I 33)

Når de skal utføre oppgaver på en avdeling de ikke er kjent, beskriver informantene at det er viktig med konkrete oppgaver som ikke krever at de må bruke mye tid på å sette seg inn i pasienter eller lete etter utsyr på avdelingene.

Det er oppgaver som man kan hjelpe til med uten å ha full kjennskap til pasienten og avdelingen. Kateterinnleggelse, blanding av antibiotika o.l. (I 39)

Sykepleierne på post er spesielt opptatt av utfordringen med å finne konkrete oppgaver til Intass når det er svært travelt i avdelingen.

Av og til krevende å få hjelp, særlig om man ikke nevner en spesifikk prosedyre som trengs hjelp med. Hvis det er hektisk på avdelingen og uoversiktlig med mange dårlige pasienter kan det være vanskelig å si klart fra hva som bør prioriteres først. (S 40)

De beskriver at dersom de først må finne konkrete oppgaver å delegere, og deretter vise og forklare den som kommer ned, oppleves det som raskere å gjøre prosedyren selv. En informant opplyser at de gjerne vil forklare på telefon, og ikke når hjelpen kommer ned, andre opplyser det motsatte.

Når man har det veldig travelt så kan man «glemme» å ringe Intass, eller at man føler det tar for mye tid. Ringe og informere om hva som trengs, så skal Intass vurdere om de kan/vil hjelpe. Så skal Intass snakke med hverandre om hvem som vil/kan gå ned. Når de kommer ned så skal vi ta de imot, og sette de til oppgaver/forklare hvem, hva og hvor. Innimellom så kan det bli slik at man tenker at det er like greit å gjøre det selv, spesielt hvis det er oppgaver som ikke er lett å delegere/krever mye forklaring. Enkleste er å delegere en bestemt prosedyre eller et stell. (S 10)

Behov for tilrettelegging ved ukjente arbeidsforhold

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av at det tar mye ekstra tid å lete opp utstyret de trenger på avdelinger de ikke er kjent. Det medfører ekstra tid og frustrasjon. De forteller at det som regel er ganske kjapt å gjøre selve prosedyrene, men at de bruker mye tid på å lete fram utstyr siden de ikke er kjent. Videre skriver flere at det føles ubehagelig å måtte mase på personalet, og at det er vanskelig å gjøre en god jobb når de heller ikke vet hvem de kan spørre.

Samarbeidet kan variere fra oppdrag til oppdrag. Det er fint å kunne bli møtt på avdelingen hvor vi får informasjon om oppdraget og at det hentes utstyr siden ikke er så godt kjent med hvor utstyret er (I 62)

Å få beskjed om hvilket utstyr som er hentet fram og hva som skal bringes med fra Intensiv kan spare mye tid, og gjøre samarbeidet mellom intensiv og sengepost lettere. Videre er pasientbehandling på en annen avdeling enn den man selv jobber på utfordrende. Dette fordi de ikke vet noe om pasientene, deriblant tilleggssykdommer, andre medikamenter de står på eller reaksjoner på medikamenter.

Det kan være vanskelig å komme ned på avdelingen på etternatta og være med å henge opp antibiotika på pasienter vi ikke vet hvem er. Det er greit at vi kommer ned og blander antibiotika for dem, men de må henge det opp på rett pasient selv. (I 33)

Å ikke være kjent i avdelingen eller med pasientene medfører faren for å henge opp antibiotika på feil pasient, dersom man ikke er kjent med hvilken seng som er hvem på flersengsstuer.

Sykepleierne på post er spesielt opptatt av at det krever merarbeid for dem når Intass krever at alt utstyr skal være funnet fram når de kommer ned.

Vi må finne fram utstyr til Intass, så sparer ikke tid uansett og kan likeså greit gjøre oppgaven selv. (S 48)

Flere informanter nevner dette som en kilde til merarbeid.

At sengepost finner utstyr som trengs til den prosedyren man ønsker hjelp med, kunne vært ei hylle på vaktrommet der utstyr ble lagt og merket med romnummer og sengenummer. Slik at sykepleier på post kan fortsette med det den skal og den som skal hjelpe slipper å lete etter utstyr, men får gjort det effektivt slik at den kan gå raskt tilbake (S 54)

Utfordringer knyttet til fagpersoners ulike kompetanse

Flere informanter opplyser å ha en forståelse av at det er forskjellige rutiner på Intensiv og sengepost. En informant skriver at de har veldig forskjellige måter å jobbe på, noe som kan gjøre det utfordrende når de skal samarbeide i en del situasjoner.

Det er litt andre rutiner på Intensiven, rundt blant annet medikamentadministrering og sjekking av medisiner. Får i hvert fall det inntrykket av at på post er det strengere. Derfor kan det bli mye for oss på post å huske og be Intass om å gjøre når vi delegerer. (S 10)

Det er spesielt i forholdt til medikamenter at utfordringene dukker opp i følge en av informantene.

Har f.eks. delegert å legge en medisindosett en gang. Da ble dosetten lagt, men ble ikke signert/haket i kurven. Intass forsvant før man så at det ikke var gjort. Så måtte man finne en annen til å gjøre mye av den samme jobben. Da hadde vedkommende lite tid, så la egentlig kun dosetten og forsvant opp igjen. Da ble det egentlig mye mer arbeid, fordi man brukte jo tid på å ringe etc. [...] og det var mange flere oppgaver vi egentlig også trengte hjelp til. Det var ikke mange medisiner som skulle legges, så vinningen gikk litt opp i spinningen (S 10).

3.3 Betydningen av forståelse og respekt i samarbeidet

Denne kategorien skildrer informantenes erfaringer rundt forståelse og respekten for hverandres hverdag. Dette omfatter forventninger til ordningen og kommunikasjon mellom avdelingene.

3.3.1 Forventninger til ordningen

Forventninger til ordningen er å forebygge falsk trygget, og avklare forventninger til ordningen.

Forebygge falsk trygghet

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av at Intass er en ekstra oppgave for dem, og at dette medfører at de ikke alltid kan stille opp.

Vi fra intensiv kan også bidra til å avhjelpe arbeidsbyrden om det er travelt[...]Det kan være stille på intensiv og vi har mulighet til å hjelpe, men erfaring viser at det snur raskt (I 4).

Sykepleierne på post er spesielt opptatt av at Intass er et tilbud som kan brukes. Det blir stolt på at tilbudet kan benyttes når det er behov. Når dette til tider ikke stemmer, og Intass ikke har mulighet til å hjelpe til når det er behov oppstår det en følelse av at Intass er en falsk trygghet. En informant uttrykker utfordringen med Intass med at

[...]de kan føles som en falsk trygghet da de ikke alltid er tilgjengelige når de helst burde være det. Det har hendt at man har måttet ringe MAT. (S 52)

Dette kan ha med ressurser å gjøre, men fører også til at samarbeidet mellom Intensiv og sengepostene kan være utfordrende. En informant forteller om å ha forsøkt å ringe

Intass når det ble meldt om en øre-nese-hals ø-hjelpspasient på avdelingen, og ikke fikk Intass, begrunnet i travel intensivavdeling. En annen informant rapporterer å ha

[...]forsøkt å ringe Intass på helg/ferie, og fått beskjed om at dette tilbudet ikke eksisterer på helg/i ferie. (S 50)

Utfordringene rapporteres å være at de ikke har tid til å komme når behovet er størst, og at postene trenger hjelp i løpet av kort tid. Det kan være vanskelig for Intass å få kommet akkurat når postene trenger det.

Informantene uttrykker både forståelse og ikke forståelse for at Intass ikke kan komme der og da, men uttrykker frustrasjon da de mener det bør være et tilbud som er uavhengig av belegget på Intensiv. Videre påpeker viktigheten rundt åpenhet mellom avdelingene, slik at det blir enkelt å kontakte Intass for å få hjelp.

Det er nevnt mange ganger at Intass kommer på kveld og natt. En informant uttrykker frustrasjon over at Intass stort sett ikke har anledning til å komme på dagtid dersom det har vært behov for det. Informantene uttrykker et ønske om økt tilgjengelighet for postene når det virkelig er behov for det, men forstår at dette også er et spørsmål om økonomi og bemanning på intensiv.

Avklare forventninger til ordningen

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av at det er mange forskjellige forventninger til hva Intass skal gjøre og bidra med. Dette gjelder både oppgaver og tidsbruk.

Det er noen ganger sengepostene forventer at vi kan bidra over lengre tid enn vi har kapasitet til fra Intensiv. (I 24)

Intensivsykepleierne legger vekt på at de synes ordningen stort sett fungerer greit, men at det er behov for å avklare hva Intass skal brukes til. En informant skriver at

Synes ikke det bør ringes Intass for f.eks å dele ut mat eller liknende (I 33)

Sykepleierne på sengepost er spesielt opptatt av at Intass har som hensikt å være en ressurs de kan bruke når de har for mye å gjøre, og for lite tid til å gjennomføre alt. Intass burde kunne brukes i de fleste tilfeller der postsykepleier ikke strekker til, enten dette er på grunn av kunnskap og erfaring, eller på grunn av tid. De skriver at det er et flott tilbud som de må kunne bruke mer, og prøve å ringe igjen hvis de ikke har mulighet første gangen de ringer. Hensikten med Intass er

[...]å bistå avdelingen med personale, med prosedyrer, overvåkning av dårlige pasienter o.l. f.eks på natt hvis det blir hektisk med lite personale. Eventuelt hjelp til stell på pleietrengende pasienter som krever flere pleiere på natt, slik at noen har mulighet til å ta alarmklokker. (S 40)

Flere hender i en kort periode for å få hodet over vannet beskrives som viktig for den som er på vakt. Oppgaver som nevnes er å klargjøre antibiotika, sitte fastvakt en kort periode, bistå med mobilisering og stelle pasienter.

Det var kveldsvakt. Det var flere nyansatte på vakt. Det var mange pasienter som trengte hjelp (...), mange infusjoner som skulle henges opp, og mange pasienter som trengte smertestillende, furix iv og liknende. Så var flere dårlige

pasienter som trengte tett oppfølging med NEWS, drikke/diurese etc. i tillegg til at det kom nye pasienter ilet vakta. Det gikk litt over stakk og stein, kom etterhvert på at vi kunne bruke Intass. Det mot slutten av kveldsvakta. Ringte og da kom det 2 stk ned og hjalp til med stell, legge dosett og andre småoppgaver. Husker ikke hvor lenge de hjalp til, ca 30-40 min? Ikke opplevd at 2 kommer samtidig før denne gangen. (...) fikk unna mye på kort tid. Begge var ikke her like lenge, en av de måtte gå opp igjen etter hvert. Vi fikk iallfall unna mye av de viktigste oppgavene før nattevakta kom. (S 10)

Sykepleierne på sengepost er også opptatt av hvordan Intass er organisert. Noen informanter nevner også at de heller ikke vet hvor mange ekstraoppgaver den som har funksjonen som Intass har nå i dag heller.

Den som har intassfunksjonen bør ha litt mindre pasientansvar på sine vakter slik at de har mulighet til å rykke ut, men nå er jeg ikke sikker på hvordan dere løser det i dag heller. (S 47)

Flere opplyser også å ha fått beskjed om at tilbudet ikke eksisterer på helg og i ferier, hvorav andre igjen opplyser å ha fått mye hjelp på disse tidspunktene.

3.3.1 Kommunikasjon i samarbeidet.

Det er personavhengig hvordan man blir møtt, og behov for gjensidig forståelse for hverandre hverdag.

Personavhengig hvordan man blir møtt

Informantene har forskjellige oppfatninger av hvordan samarbeidet mellom sengepost og intensiv er. Noen oppfatter samarbeidet som godt og at alle er villige til å hjelpe. Andre informanter skriver at det er veldig personavhengig om de får hjelp, hvilken hjelp de får og hvordan de blir møtt når de ringer. At det er veldig forskjellig fra person til person. Noen er veldig hjelpsomme, andre ser ut som de egentlig ikke ønsker å være på post og kan gi litt uttrykk for det.

For at de forskjellige avdelingene skal kunne samarbeide er det viktig at både givere og mottakere av Intass har respekt for. Informantene skriver om at det er viktig å bli møtt på en hyggelig måte selv om de ikke nødvendigvis får den hjelpen de etterspør. Dette gjør det iallfall lettere å ta kontakt ved en senere anledning. En informant har en oppfatning om at enkelte intensivsykepleiere blir litt oppgitt når de tilkalles.

En informant forteller om at Intass har kommet rundt på sengepostene hvis det er rolig på noen vakter for å tilby hjelp, og synes dette er veldig fint. En annen foreslår at intensiv kan ringe postene og spørre om det er behov for hjelp når de selv har ledig kapasitet, da dette er noe de har opplevd en gang på helg.

De opplever også at det er personavhengig rundt det å bli lært opp i og vist en prosedyre, mot at Intass kun utfører prosedyren og går igjen.

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av at å avvise en forespørsel om hjelp er vanskelig, men møter allikevel forståelse for dette skriver en informant.

Den største utfordringen er at når det er travelt på post er det også svært travelt på intensiv. Da kan sykepleieren som ringe føle seg avvist og ikke ringe flere ganger. Det er viktig å avvise på en hyggelig måte [...] ikke avvise sykepleiere som ringer hvis en har tid til å gå. [...] gjøre det klart at om du blir avvist en gang

så er det ikke sikkert du blir avvist neste gang. En avvisning er ikke personlig ment (I 4)

Her er det viktig å ha en god dialog mellom intensiv og sengepostene. Det er viktig at sykepleierne på post blir møtt med en positiv respons når de ber om hjelp, enten Intensiv har tid til å hjelpe eller ikke, er noe flere informanter trekker fra.

[...]en god dialog mellom intensiv og sengepostene. Viktig at de på sengepostene blir møtt med en positiv respons når de ber om hjelp, enten vi har tid til å hjelpe eller ikke. (I 31)

Sykepleierne på sengepost er spesielt opptatt av at å få krasse og sure svar når de tar kontakt gjør at det ikke frister å ringe igjen.

Når Intass kommer så oppfattes det for det meste som positivt og at det er til stor hjelp. Kunne noen ganger ønske at de som kommer hadde muligheten til eller ønsket å bringe sin kunnskap videre til neste gang vi står oppe i lignende situasjoner. Men i de tilfellene der det blir sådd tvil om vi virkelig trenger hjelp eller personen i den andre eden gir uttrykk for at dette må sengeposten klare selv, da frister det ikke så mye å ringe neste gang. Å føle at vi er litt til bry når vi ringer og at vedkommende som svarer stiller spørsmålstegn om vi virkelig trenger hjelp til det vi ber om, fører ikke til at det er så lett å ta kontakt igjen (S 65).

Andre forteller om å bli avvist ganske kvast, bli fortalt hvor travelt det er på intensiv og etterspurt om ikke dette er noe de kan klare selv. De skriver at intensjonen er god, men at når sykepleierne møtes på telefon av nen som får dem til å føle seg lite kompetente har de ikke veldig lyst til å ringe igjen. De skriver videre at det er helt ok å si at det er for travelt til å hjelpe, men at et hyggelig svar hjelper på.

Flere forteller at de føler at de er til bry når de tar kontakt, at de møter personer som ikke er veldig samarbeidsvillige i telefonen og at de til og med har lagt på røret før de nesten har fått forklart problemstillingen. Andre forteller at de har fått god hjelp når de har ringt etter Intass.

De gangene jeg har vært med på å tilkalle Intass har det kommet hyggelige hjelpelige mennesker. Det er trygt for oss på sengepostene å vite at man kan tilkalle hjelp når man virkelig trenger det. (S 68)

På grunn av at ting oppleves så forskjellig og personavhengig, har en informant foreslått at det burde være et tilbakemeldingsskjema hvor de kunne evaluere hver enkelt situasjon hvor Intass ble kontaktet eller brukt.

Behov for gjensidig forståelse for hverandres hverdag

Informantenes erfaringer rundt forståelse og respekten for hverandres hverdag omfatter hvordan de ser på hverandre og hverandres arbeidssituasjon. En informant opplever det som meningsfullt å hjelpe til når de har kapasitet og oppfatter at personalet på post er takknemlig for hjelpen.

Intensivsykepleierne er spesielt opptatt av at det bør være en forståelse for hverandres hverdag. Det er viktig med åpenhet mellom avdelingene, slik at det blir enkelt å kontakte Intass for å få hjelp.

At vi som intensivsykepleiere må alltid være imøtekommende i forhold til de spørsmålene som blir stilt. Det er mange nyutdannende sykepleiere som kan være usikre, og Intass bør være et lavterskeltilbud. (I 20)

Det trekkes frem at det noen ganger er vanskelig for sengepostene hvis Intass ikke kan komme, og at det i perioder kan bli gnisninger mellom post og intensiv når intensiv ikke har kapasitet til å bidra. De opplyser om en forventning om at Intass skal komme uansett om de har det travelt på intensiv, og at det ikke alltid blir akseptert fra postene. Dette medfører et press på intensivavdelingen som beskriver en følelse av å bli presset til å komme til tross for at de egentlig ikke har mulighet. De beskriver en

[...] manglende forståelse for at intensiv ikke alltid har kapasitet til å gå fra for å hjelpe, og en misnøye fra post dersom intensiv ikke har tid til å bistå. [...] Vi brukes om ekstra personell på avdelinger med høy aktivitet. (I 19)

En informant foreslår som et tiltak å fylle ut et evalueringsskjema når de har vært "på Intass".

Sykepleierne på sengepost er spesielt opptatt av at samarbeidet bør bedres og at intensivsykepleierne må ha forståelse for hvordan det er å jobbe på sengepost.

Jeg har full forståelse for at det ikke alltid lar seg gjøre dersom det er veldig travelt på intensiv. Andre ganger kan man oppleve å bli avvist ganske kvast. Bli fortalt hvor travelt det er oppe og at «dette må vi kunne ordne selv». Enkelte har til og med kommet helt ned på avdelingen, men allikevel vegret seg for å hjelpe oss da de mener dette ikke er en Intass-oppgave (S 9).

For å kunne bedre samarbeidet krever det en forståelse av hverdagen den andre står i. Hvordan Intassordningen skal kunne forbedres er

vanskelig å si noe om når ressursene er som de er. Men en større forståelse fra de som jobber på intensiv om hvordan det er å jobbe på sengepost og prøve å se utfordringene som vi som jobber i sengepost må tale med liten bemanning. (S 26)

Å ikke få følelsen av at de er til bry er viktig for at de skal kunne være komfortable med å bruke Intass.

4 DISKUSJON

I dette kapittelet vil det reflekteres over betydningen av hovedfunnene i studien, for deretter å ta opp metodiske aspekter ved gjennomføringen.

4.1 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen vil med utgangspunkt i resultatene belyse intensivsykepleiernes og sykepleiernes oppfatninger og erfaringer rundt Intass-ordningen. Ved gjennomgang av resultatene fra undersøkelsen framkom det tre hovedtemaer som vil bli nærmere diskutert i dette avsnittet. Dette er hva sykepleierne og intensivsykepleierne erfarer at ordningen kan bidra med i form av å være en tidsavgrenset, trygghetsskapende intensivassistanse. Hvorfor er det uklarer rundt retningslinjer og funksjon, og hvorfor har kommunikasjon og samarbeid betydning i forhold til ordningen. Dette vil bli diskutert nærmere ved å se på svar fra undersøkelsen i forhold til tidligere studier, samt forskerens egne tanker og erfaringer.

4.1.1 Hva erfarer sykepleiere og intensivsykepleiere at ordningen kan bidra med?

Informantene i studien er fra både medisinsk avdeling, kirurgisk avdeling og intensivavdelingen. Informantenes arbeidserfaring strekker seg fra helt nyutdannede sykepleiere til sykepleiere med svært lang erfaring, noe som gir et stort spenn i erfaringsgrunnlaget som har kommet frem.

Kunnskapsformidling.

Intass ønsker å være en *kunnskapsressurs ved behov for høyere og bredere kompetanse* i følge intensivsykepleierne. Intass skal være intensivassistanse, det skal ikke være en bemanningstjeneste for avdelingene ved for høyt trykk. Oslo universitetssykehus innførte Mobil Intensivsykepleier (MICN) i 2011, der erfarne intensivsykepleiere kan tilkalles ved spørsmål rundt pasientvurdering, pasientbehandling eller hjelp til prosedyrer og medisiner. De møter opp på sengepost for å gjøre en vurdering av pasienten eller problemet sammen med postsykepleierne. Hvis postsykepleier tar kontakt med MICN konfererer de først på telefon, og MICN kommer på post etter behov for å være med på å vurdere pasienten eller veilede på tiltak (Johnsen *et al.*, 2016).

Intass har en liknende framgangsmåte. Sykepleier ringer intensiv og legger fram situasjonen eller problemet de vil ha hjelp til eller svar på. Informantene skriver i denne studien at kunnskapsformidlingen ikke nødvendigvis trenger å foregå ved oppmøte, men at spørsmål, refleksjon og veiledning kan tas på telefon dersom dette er hensiktsmessig. Johnsen *et al.* (2016) skriver at telefonkonsultasjoner kan bidra med læring og utveksling av kunnskap hos begge parter, og ser på dette som en styrke. I Intass-studien oppfattes det imidlertid å være en forskjell på problemets art. Dersom det er et spørsmål om konkret hjelp er det ikke behov for en lengre telefonsamtale, da dette blir oppfattet som misbruk av tid. Dersom det imidlertid er et problem sykepleierne trenger et råd om, som for eksempel hvordan magnesium skal blandet og administreres, eller det er en pasientsituasjon de ønsker å konferere om kan telefonkonsultasjon bidra med læring og kunnskapsutveksling fra begge parter slik Johnsen *et al.* (2016) skriver. Intensivsykepleierne har positive erfaringer ved at Intass kan brukes som en kunnskapsressurs, der de kan bruke sine erfaringer og kunnskap til å bidra på andre avdelinger. Flere av intensivsykepleierne oppgir at de ønsker å bli brukt mer på denne måten. En intensivsykepleier sier at de fleste på avdelingen er veldig ærekjære i forhold

til sitt fag og pasientsikkerheten, og oppfatter at mange strekker seg langt når det gjelder fag, kunnskapsformidling og sikkerhet. Postsykepleierne på sin side opplyser å ha positive erfaringer med å kunne ha noen å ringe dersom de er usikre. De påpeker at det er viktig å dele på kunnskapen på tvers av avdelingene, noe som samsvarer med brevet om hva Intass skulle være, som ble sendt ut til avdelingslederne i 2018.

Trygghetsskapende rådgivning ved usikkerhet oppgis å være en hensikt med Intass. Både intensivsykepleierne og postsykepleierne er opptatt av at kunnskapsdelingen er viktig på tvers av avdelingene. Pasienter har stort sett flere diagnoser enn en, noe som betyr at pasienter på medisinske poster kan ha kirurgiske problemstillinger i tillegg, eller motsatt. Hvilken kunnskap en sykepleier innehar er avhengig av hvor lenge vedkommende har vært sykepleier, hvor vedkommende har jobbet tidligere og hvilke situasjoner som er erfart.

Pasienter er komplekse, og selv om man er ekspertsykepleier med mange års erfaring, er det ofte nyttig å kunne konferere med en kollega. Dette kan omhandle spørsmål rundt vurderingen av en pasient, å få bekreftelsen på sin egen tolkning, spørsmål rundt behandling eller bekymringer rundt en magesfølelse. På intensivavdelingen er man avhengig av å jobbe på denne måten, med å reflektere rundt pasientcaset om hva som skal gjøres videre, eller hva den endre sykepleieren mener er hensiktsmessig. Intensivsykepleierne trekker fram dette som en trygghetsskapende rådgivning ved behov.

Dersom det er et medisinsk problem er det selvfølgelig legen som skal kontaktes, men i mange andre tilfeller er det sykepleiefaglige ting eller usikkerhet rundt hvordan man skal se på en situasjon eller hva man skal gjøre videre som kan være problemet. Her kan det være like viktig å snakke med en annen sykepleier. I slike situasjoner kan Intass brukes til å diskutere ulike problemstillinger som en informant skriver. Spesielt på vakter med lav sykepleierdekning der det kan være vanskelig å finne en annen sykepleier å konferere med.

Opplæring i prosedyrer og medikamenthåndtering er en Intass-oppgave. Hvilke oppgaver dette gjelder er veldig avhengig av erfaringene til de sykepleierne om er på vakt. I undersøkelsen blir det beskrevet en situasjon der intensivsykepleier ble tilkalt for å legge sonde på en pasient der ingen av de som var på vakt hadde gjort dette tidligere. Da intensivsykepleieren kom til avdelingen stod to sykepleiere klare for å bli med inn for å få opplæring. Her skriver intensivsykepleieren at det ble en god læringssituasjon for de to sykepleierne. Cutler (2002) skriver at det finnes en antagelse om at det er for travelt i hverdagen til å kunne legge inn opplæring. Det paradoksale her er at å legge inn noe opplæring, faktisk kan føre til tid spart ved senere situasjoner. I Cutler (2002) sin studie handlet det om tiltak ved den kritisk syke pasienten, men det kan også overføres til opplæring i prosedyrer. Det kan ofte oppfattes som lettere at intensivsykepleieren kommer og utfører prosedyren, slik at sykepleieren på post kan få gjort unna andre oppgaver. Men dette resulterer i at sykepleieren står ovenfor akkurat det samme problemet neste gang. Ved å bruke litt ekstra tid på å være med å gjøre eller lære prosedyren vil sykepleieren ha en økt kompetanse til neste gang. Videre er det sykepleiere som uttrykker frustrasjon over at enkelte intensivsykepleiere bare vil gjøre prosedyren og gå tilbake til Intensivavdelingen. Sykepleieren uttrykker her at det er flott å ha Intass som kan komme og hjelpe til når man er usikker på noe, men det hadde vært veldig fint hvis de ønsket å bringe sin kunnskap videre til neste gang.

Konkret støtte og hjelp

Situasjonsbestemt støtte knyttet til prosedyrer eller medikamenter er en ting de to gruppene er enige om at Intass skal brukes til. Dette kan omhandle spesielle situasjoner med enten pasienter og prosedyrer. En informant forteller om en pasient de måtte legge ernæringssonde på som var svært engstelig og hadde mye smerter. Her valgte de å bruke Intass både som en ressurs i forhold til prosedyren, men minst like mye for å kunne beholde et godt pleier-pasientforhold. I dette tilfellet virket det ikke å omhandle så mye direkte prosedyren, men å klare å beholde tillitten de hadde opparbeidet med pasienten. I slike tilfeller er det greit å kunne ha noen utenforstående å bruke. Dinç og Gastmans (2013) trekker fram at tillit mellom pasient og sykepleier er avgjørende for behandlingen, og at man må være særdeles obs på at denne tillitten er skjør. De skriver at selv om pasientene har en generell tillitt til sykepleieren som fagperson, er tillitten sterkt knyttet til faglig kompetanse og mellommenneskelige omsorgsevner, men at denne tillitten er flyktig (Dinç og Gastmans, 2013). Dette kan her tolkes som at dersom prosedyren skulle være smertefull for pasienten, eller sykepleieren ikke klarer å gjennomføre prosedyren riktig kan det skade pleier-pasientforholdet. Det er derfor hensiktsmessig å bruke en utenforstående i denne situasjonen.

I noen tilfeller vil det være omstendigheter rundt pasienten som gjør det mer hensiktsmessig at intensivsykepleieren kommer til pasienten, enn at pasienten skal overflyttes til Intensiv. I situasjonen der det skulle gis et medikament til en pasient på smitteisolat på sengepost som krevde overvåkning, var det hensiktsmessig å bruke Intass. Under normale omstendigheter ville denne pasienten blitt overflyttet Intensiv, fått medikamentet og deretter flyttet tilbake til sengepost. I dette tilfellet var pasienten isolert grunnet covid-19 mistanke, noe som ville medført både økt smitterisiko i forbindelse med transporten, og merarbeid med vasking av rom i etterkant. Intensivsykepleierens behandlende funksjon sier at intensivsykepleieren skal gjennomføre medisinsk behandling i samarbeid med og på ordinasjon fra pasientens legeteam, og tar medansvar for forsvarlig behandling (NSFLIS, 2017). I dette tilfellet kan det argumenteres for at det var riktig og forsvarlig behandling å bruke Intass og dermed hindre mulig smitterisiko, til tross for at det tok lang tid.

Denne undersøkelsen er utført på et lokalsykehus der det kun er en intensiv- og overvåkningsavdeling. Det er ingen intermedieæravdeling slik det er på mange større sykehus. Dermed kan overgangen noen ganger bli stor mellom intensiv og sengepost. Dersom pasientene har behov for noninvasiv ventilasjonsstøtte (NIV), eller HiFlow oksygen må de flyttes til intensivavdelingen. HiFlow kan administreres på sengepostene, dersom sykepleierne får opplæring i utstyret. Noen av informantene forteller at Intass har blitt brukt i slike tilfeller der pasienten krevde behandling med HiFlow, men ikke hadde andre årsaker til å måtte på Intensiv. Da kom Intass og lærte opp sykepleierne i dette. I Australia har CCO har vært med på å bedre samhandlingen mellom sengeposter og intensivavdelingene, med blant annet å være med på å lære opp sykepleiere i komplekse intervensjoner, noe som har bidratt med å øke kompetansen til postsykepleierne (Pedersen, Psirides og Coombs, 2016; Athifa *et al.*, 2011; Chaboyer *et al.*, 2005).

Forslag til problemløsning, pasientvurdering og behandling er beskrevet som et element Intass bør brukes til. En sykepleier skriver at hensikten med Intass er å kunne sikre at pasienten får rett behandling selv om det kan være en travel vakt. Det er i dette tilfellet

snakk om hjelp til å håndtere dårlige pasienter. En person skriver at Intass er uvurderlig hjelp når de har dårlig følelse for en pasient, å kunne få hjelp til å vurdere og sette i gang tiltak for å forhindre forverring. MAT-utkalling har klare aktiveringskriterier. Dette er RF under 8 eller over 30, SpO2 under 90% med oksygenterapi, MAP (middel arterie trykk) under 60 eller over 130 , hjertefrekvens under 45 eller over 125, bryst smerter, diurese under 50 ml over fire timer, nedsatt bevissthet, endre mental status, eller at sykepleieren er bekymret for pasienten (Reitan, 2011).

Som beskrevet over er det en mulighet for å ringe MAT hvis personalet har en dårlig følelse. Imidlertid er det et stort steg å ringe etter et helt MAT-team, og noen er redde for negative kommentarer fra medarbeidere eller leger. Shearer *et al.* (2012) rapporterer at 41% av de sykepleierne de spurte om hvorfor de ikke hadde aktivert et akutt-team mente at de burde klare dette selv, og Bagshaw *et al.* (2010) rapporterte at 15% av de spurte sykepleierne hadde uttrykt engstelse for kritikk ved tilkalling av MAT-team, samt at de stolte mer på det normale hierarkiske systemet innad på sykehuset. Noen av sykepleierne i denne undersøkelse har skrevet at Intass kan være en mulighet å ringe når de har en dårlig følelse for pasienten, men føler at det blir litt mye med et helt team. Da kan en eller to intensivsykepleiere komme og gjøre seg opp en status, og deretter sette i gang tiltak innen for deres kompetanseområde, eller selv tilkalle MAT-team for videre behandling.

Intass kan bidra til å forenkle pasientforløp eller forhindre unødvendige overflyttinger.

Intensivsykepleierne trekker fram at det er vakter der det er svært mange nyutdannede sykepleiere på vakt, og trekker fram at det da kan være hensiktsmessig å bruke tid på Intass for å forhindre å måtte bruke en intensivplass på denne pasienten. Pedersen, Psirides og Coombs (2016) la vekt på at CCO blant annet ble brukt til hjelp til direkte intervensjoner og å bidra med støtte. Som nyutdannet sykepleier vil det være mange oppgaver å tenke på og forholde deg til, og det er ikke alltid like lett å klare å bedømme hva som er viktigst. I følge Benner (2004) er den ferske sykepleieren som er novice eller avansert nybegynner avhengig av rutiner og klare prosedyrer. Når noe utenom det planlagte skjer, eller det er mange elementer å holde styr på kan det være utfordrende for den ferske sykepleieren å klare å prioritere.

Når pasienten har behov for høyere omsorgsnivå kan tidvis intensivsykepleierens vurderingskompetanse være med på å bidra til å få fortgang i prosessen. Benner, Tanner og Chesla (2009) påpeker at det å forhandle med leger er en ferdighet som trengs å øves opp, og forhandlingene avhenger av å ha et sterkt grep om den kliniske situasjonen og avgjørelsen om at dette er en situasjon der det trenges handling. Å kjenne legen og ha utviklet et tillitsforhold og kjennskap til vedkommende blir trukket fram som en fordel, samt dyktighet i å legge fram problemet. Nordlund og Joelsson-Alm (2009) konkluderer med at bruken av MEWS fører til bedre kommunikasjon mellom de ulike yrkesgruppene da dette har konkretisert språket noe slik at det som er viktig for legen å vite om kommer klart fram. Intensivsykepleierne har vært sykepleiere i mange år, og har erfaring i å legge fram bekymring eller et pasientcase for legene. Her kan intensivsykepleierne i form av Intass bidra til å få fortgang i pasientløpet dersom det uttrykkes bekymring ovenfor pasienten. Informantene i Intass-studien legger også vekt på at Intass er en mulighet til å få kortvarig intensivkompetanse på avdelingene, og både intensivsykepleierne og sykepleierne på sengpost oppfatter at Intass bør brukes som en ressurs i forhold til dårlige pasienter, for å kunne forhindre utvikling av forverring hos en pasient.

I tilfeller med fulle Intensivavdelingen får sengepostene tidvis pasienter som egentlig burde vært på intensiv. Her kan Intass være en mulighet til å få råd og veiledning i forhold til behandlingen videre. Dette avhenger selvfølgelig av tid på intensiv. Critical Care Outreach (CCO) i Australia og New Zealand blir brukt som en bro mellom intensivavdelingen og sengepostene for å gjøre overgangen lettere både pasienten og for sykepleierne (Pedersen, Psirides og Coombs, 2016; Chaboyer *et al.*, 2005). En sykepleier beskriver en situasjon med en ung slagpasient med tracheostomi, høy slimproduksjon og behov for hyppige tilsyn med hjelp til slimfjerning. Dette rapporterte sykepleieren var en utfordrende situasjon på sengeposten. I dette tilfellet fikk sykepleieren Intasshjelp til å være hos pasienten og bistå med suging, noe som gjorde pasienten tryggere i følge informanten. Denne situasjonen har to muligheter, la pasienten være igjen på sengepost hvis problemet antas å være forbigående, eller ta pasienten opp på intensivavdelingen. Ved full intensiv er ikke alternativet med å ta pasienten tilbake særlig aktuelt. Imidlertid krever dette at intensivsykepleieren er lenge borte fra egen avdeling dersom Intass skal brukes. Videre kan det tenkes at intensivsykepleier kunne være på sengeposten i lang nok tid til å trygge både pasienten og sykepleieren, ved å vise trygghet i situasjonen og lære opp sykepleieren i prosedyren, og påse at sykepleieren føler seg trygg. CCO-sykepleieren ble beskrevet å være med på å forbedre forbindelsen mellom intensiv og sengepostene ved å være en ressurs for sykepleierne i situasjoner der det var snakk om komplekse prosedyrer eller vurderinger som ikke er vanlige på disse avdelingene (Athifa *et al.*, 2011). Pasienter som den beskrevet over, er ofte pasienter postene ikke har så ofte, og som dermed kan ha behov for mer oppfølging i forhold til trachealkanylen og sugesprosedyrer. Dette er ofte pasienter som har vært på intensivavdelingen over en viss tid, og som postene kan trenge en viss forberedelse til. Athifa *et al.* (2011) skriver at CCO er med på å planlegge overflyttingen til sengepostene, og følger opp disse pasientene i etterkant flyttingen til sengepost.

4.1.2 Hvorfor er det uklarerheter rundt retningslinjer og hvordan kan det forbedres?

Intensivassistanse er et fint konsept som gjerne kan utarbeides videre skriver en informant. I Norge er det kun skrevet om Mobil Intensivsykepleier på Oslo Universitetssykehus (Stafseth *et al.*, 2016; Katadzic og Jelsness-Jørgensen, 2017; Johnsen *et al.*, 2016). Om dette finnes andre steder i landet er uvisst. MAT-team og MIG-team (mobil intensivgruppe) har blitt etablert i flere land under flere forskjellige navn. Imidlertid har disse gruppene klare tilkallingskriterier, med lommekort, scoringsverktøy og nummer å ringe. Når en tjeneste ikke har klare tilkallingskriterier eller en helt klar funksjon, blir det opp til den enkelte å vurdere om det skal brukes, og hva de skal brukes til. Det vil her avhenge av hvor godt informert de forskjellige avdelingene er om tjenesten, og hvilke erfaringer den enkelte sykepleier har med tjenesten eller personer i tjenesten fra før.

Kultur for kontakt og bruk

Ulike holdninger til å be om hjelp har blitt bemerket av informantene.

Intensivsykepleierne har en oppfatning om at enkelte avdelinger ringer ofte og ber om ulike typer oppgaver, alt fra hjelp til stell og mobilisering til hjelp med pasienter, vurderinger og medisinsktekniske spørsmål. Mens andre avdelinger nesten ikke bruker tjenesten og ikke ringer før det er behov for MAT-utrykning.

En informant forteller om en hendelse der Intass ble tilkalt for å legge urinkateter på en pasient, men etter at Intass hadde utført prosedyren sier fagsykepleier på avdelingen at dette kunne de ha klart selv. Spørsmålet er hva dette egentlig handler om? Handler dette om hvem som skal stå for undervisning på avdelingene? Nederlag å be om hjelp? Intass er ikke ment å skulle ta over ansvarsområdet til andre sykepleiere, eller tråkke på noens kompetanse. Intass er et tilbud dersom det skulle være behov for hjelp i bestemte situasjoner. Intass er i følge en del av informantene en støtte og mulighet til å få hjelp når det er mangel på kompetanse på enten prosedyrer eller spørsmål rundt behandlingen eller vurderingen til en pasient.

Når retningslinjer for Intass skal lages, bør det avklares hva Intass skal brukes til. Flere informanter etterspør detaljer rundt hva Intass skal brukes til, men dersom denne listen blir for detaljert vil det kunne ekskludere enkelte. Det vil være forskjell på hva en nyutdannet og en erfaren sykepleier ser på som utfordrende. Benner (2004) skriver om den nyutdannede sykepleieren som novise, og at denne sykepleieren styres av regler og prosedyrer. Det kreves rundt to års erfaring som sykepleier før man oppnår et kompetent nivå i forhold til klinisk blikk og tekniske ferdigheter (Benner, 2004).

Som kjent for de fleste i klinisk praksis er det forskjell på vaktlag. Noen ganger er sykepleierne erfarne, andre ganger er det ferske sykepleiere. I disse vaktlagene vil det kunne være problemer med å gjøre forskjellige prosedyrer som ikke ville vært noe problem dersom det var mer erfarne sykepleiere på vakt. Det er lett å tenke at man som sykepleier skal kunne legge et kateter, men hva som gjør at den bestemte sykepleieren ba om hjelp til dette i denne situasjonen er ukjent. Det er også viktig her når det skal skrives en prosedyre eller gjøre en avgrensning av hva Intass skal brukes til at denne avgrensningen ikke blir for knapp, slik at den ekskluderer disse behovene. Den jevne sykepleieren har ikke behov for å få hjelp til å legge kateter, men det er viktig å ha respekt for den sykepleieren som faktisk ber om hjelp til dette.

I flere studier som er gjort på forskjellige assistansegrupper er det bemerket mindre aktivitet på gruppene eller tjenesten ettersom tiden går (Nordlund og Joelsson-Alm, 2009; Stafseth *et al.*, 2016; Pedersen, Psirides og Coombs, 2016). Dette samsvarer også med erfaringer rundt Intass og MAT på det aktuelle sykehuset. På dette sykehuset ble antall Intass-oppdrag økt etter at spørreundersøkelsen ble sendt ut. Dette kan være tilfeldig, men det kan også ha sammenheng med at sykepleierne ble mer oppmerksomme på at det fantes eller ville teste det ut hvis de ikke hadde brukt det før. Uheldigvis ble det like etter dette en periode med økt Covid-19-innelggelser og stenging av avdelinger, noe som førte til at Intass måtte avvise oppdrag de vanligvis ville gått på. *Dekker behov for generell hjelp i en travel avdeling.* Informantene oppgir uenighet rundt bruken av Intass i situasjoner der problemet er for mye å gjøre i avdelingen. En del sykepleiere på postene gir uttrykk for at Intass skal brukes i slike situasjoner, mens intensivsykepleierne stiller seg skeptiske til dette da de føler det går ut over deres egen jobb på intensiv. De må gå fra sine egne pasienter for å utføre oppgaver som å hjelpe pasienter på WC og utføre stell på andre avdelinger. De stiller seg undrende til om dette er meningen med Intass. Sykepleierne på sengepost gir uttrykk for at Intass er god hjelp i de situasjonene der de har alt for mye å gjøre, men oppgir også å være enige om at dette egentlig ikke er en Intass-oppgave.

Usikkerhet rundt retningslinjer for bruk av Intass er et tema som går igjen igjennom hele denne undersøkelsen. Informantene oppgir å ha svært forskjellig forståelse av hva Intass skal brukes til og informasjonen som blir gitt oppgis å være inkonsekvent. Et element

som skaper forvirring er temaet medikamenthåndtering. Sykepleierne på post oppgir å ha fått beskjed fra sin leder om at Intass kan blande og henge opp antibiotika dersom det er travelt. Men når de ringer Intass og ber om dette sier intensivsykepleier at de helst ikke vil administrere antibiotika til pasienter de ikke kjenner. Intensivsykepleierne synes det er greit å blande antibiotikaen, men å gå rundt å gi antibiotikaen til pasientene stiller de seg skeptiske til av flere grunner. Farene for å gjøre feil er mange, og selv om det er flere rutiner som skal hindre at feil blir gjort i dette henseende er det lett at slike rutiner glipper tidlig på morgenen etter mange timer på vakt. Den viktigste grunnen er at intensivsykepleierne ikke er kjent med pasientene på avdelingen, de har ikke lest journalen til pasientene og de vet derfor ikke noe om pasientene de skal administrere medisiner til. Sykepleiere har et selvstendig ansvar for medikamenthåndtering, og det står i forskrift om legemiddelhåndtering at helsepersonell skal sørge for at riktig legemiddel blir gitt til riktig pasient i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte (Forskrift til legemiddelhåndtering, 2008). Alle sykepleiere er lært opp i medikamenthåndtering, da dette er en del av sykepleieryrket, men det intensivsykepleierne reagerer på er å administrere medikamenter til pasienter de ikke vet noe om. Et faremoment som en intensivsykepleier påpekte var at hun var redd for å telle feil på flermannsstuer, eller at forvirrede pasienter hadde lagt seg i feil seng, og at hun dermed stod i fare for å henge opp på feil pasient. Selvfølgelig skal man sjekke navnebåndet til pasientene, men hun følte at når det var seint på vakta, hun selv var trøtt og hun ikke var kjent på avdelingen, det var mørkt inne på pasientrommene opplevde hun det som uttrykt å administrere medikamenter. Det er heller ikke sjelden at pasientene fjerner navnebåndene sine. Intensivsykepleierne så ikke noe problem i å blande antibiotikaene for sykepleierne på post, hvis sykepleierne selv gav antibiotikaen til pasientene.

Medikamentadministrering blir oppgitt å være et element som Intass kan hjelpe postene med og intensivsykepleierne vil brukes til. Hvorfor er det da et problem å henge opp antibiotika på morgenen, men ikke hjelpe til med annen administrering? Dersom Intass blir ringt etter for å hjelpe til med en eksakt legemiddeladministrering eller blir bedt om råd i forhold til blanding, administrering eller observasjon rundt et legemiddel, kan intensivsykepleier selv se kurven med legemiddelordinasjonen, og sykepleier på sengepost er med slik at de er trygge på at det er rett pasient som får medikamentet. Her kan intensivsykepleier selv sjekke kurven til pasienten, og at det blir gitt i rett dose til rett pasient. I følge årsrapport fra meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten, var 1676 hendelser som tilsvarer 17,3 % av innmeldte hendelser knyttet til feil i medikamenthåndtering. Dette omhandlet feil i dose, styrke eller frekvens i 620 tilfeller, mens det ble gitt feil legemiddel i 246 tilfeller (Helsedirektoratet, 2018). Allergiske reaksjoner på medikamenter er stort sett hudreaksjoner med kløe og hudutslett, men kan også være allergiske reaksjoner i form av anafylaksi. En anafylaktisk reaksjon har symptomer som feber, utslett, opphovning av blant annet luftveier, pustebesvær og blodtrykksfall, og kan være livstruende dersom ikke behandling i form av adrenalin og antihistaminer settes i gang raskt (Felleskatalogen, 2020). Dette er en av grunnene til at intensivsykepleier foretrekker at den sykepleieren som er kjent med pasientene og vet hvem som er hvem, går rundt og henger opp antibiotika, da en feil kan ha store konsekvenser.

Om Intass skal brukes til generell hjelp i avdelingen når det er travelt er omdiskutert. Det er både forståelse for og motstand mot at Intass skal brukes til dette. Et element som kan gjøre samarbeid noe lettere er som en informant foreslår er avklaring av hva man ønsker hjelp med. Intensivsykepleierne trekker fram at mangelen på klare

retningslinjer gjør at de tidvis må si nei til oppdrag da de opplever at de ikke kan prioritere dette når de har presserende oppgaver som venter på sin egen avdeling. Det er ikke alltid at dette mottas med forståelse fra avdelingen, og det med god grunn da de har kunnet få hjelp til det samme problemet dagen eller uken før.

Både intensivsykepleierne og postsykepleierne er enige om at retningslinjene rundt Intass er uklare og skaper mye frustrasjon på begge kanter. De trekker fram ulike grader av forståelse for dette, men begge sider er enige om at spesifisering og oppklaring av retningslinjer for Intass hadde bidratt til at tjenesten fungerte betraktelig bedre, og at samarbeidet mellom avdelingene antagelig hadde gått noe lettere.

Hvordan informasjonen skal foregå er det flere meninger om. Det blir trukket fram både torsdagsundervisning, avdelingsmøter, lunsjundervisninger og nyansattdager. Hvem er det da som er mest hensiktsmessig at gir denne informasjonen? Avdelingslederne er viktige brikker i å bringe informasjonen fram, da de er en kontinuitet på avdelingene. Det hadde antageligvis vært viktig at en eller flere personer fra intensiv ble med og opplyste om eller underviste om Intass ved jevne mellomrom. På denne måten ble disse personene mer kjente for sykepleierne på post, og dermed lettere å ringe til. Det er lavere terskel for å ringe til noen man kjenner allerede, spesielt dersom man har fått et godt inntrykk av personen. Dersom noen av intensivsykepleierne har som oppgave å informere og opprettholde informasjonen på avdelingene, vil dette kunne fremme riktig bruk av tjenesten og være med på å bedre kommunikasjonen mellom avdelingene. En informant skriver at det hadde vært greit å ha et laminert ark på vaktrommet med punkter for hva Intass kunne brukes til, med nummeret de skal ringe.

Mulighet og tid.

Postsykepleierne sier at de ofte *glemmer tilbudet når det er travelt*. Noen skriver at de ikke kommer på at det er en mulighet før etter at situasjonen er over, mens andre uttrykker at de «glemmer» tilbudet da de synes det tar mye tid å lete frem nummer, finne konkrete oppgaver til de som skal hjelpe. Noen oppgir å føle seg til bry, noe som gjør at de velger å ikke bruke det.

Intensiv har ikke alltid kapasitet når det er behov for hjelp. Når det er travelt et sted, er det også travelt et annet sted, dette er begge gruppene relativt enige om.

Postsykepleierne er opptatt av at de har behov for hjelp i de periodene det er færrest folk på vakt, altså i helgene, ferier og kvelder. Og de opplever det som uttrykt når de ringer og får beskjed om at Intass ikke har mulighet. Flere informanter oppgir at når dette skjer mange ganger, skal det mye til før de forsøker igjen. Enkelte oppgir å føle seg til bry. Intensivsykepleierne beskriver at postene noen ganger har litt for store forventninger til hva de skal kunne bidra med. De skriver videre at hadde deres Intass medført seg mer personale hadde de kunnet dekke flere oppgaver og alltid kunnet stille opp, men slik det er i dag er det avhengig av pasientbelegget.

Tilrettelegging for arbeid i ukjente arbeidsforhold

Viktig med konkrete, tidsavgrensede oppgaver. Dette er intensivsykepleierne svært opptatt av, samtidig som postsykepleierne uttrykker frustrasjon over det.

Postsykepleierne opplever ofte å ha mange oppgaver de trenger hjelp med og at det er vanskelig å plukke ut konkrete oppgaver de kan delegere. Intensivsykepleierne på sin side føler at de er avhengige av å vite hvor lenge de skal være borte fra sin egen avdeling og sine egne arbeidsoppgaver. Flere informanter skriver også at det har sklidd

ut til å bli en forventning om at Intass alltid skal stille opp, selv om de egentlig ikke har muligheten. De skriver at det én ting dersom de har god tid på intensiv, men ofte må de gå fra sine egen oppgaver for å utføre oppgavene på postene.

Enkelte nevner pasientsikkerhet og beredskap. De nevner at det å gå på Intass til tider kan føre til lavere beredskap på intensivavdelingen. Intensivavdelingen har en beredskapsfunksjon både i forhold til mottak av egne pasienter, samt å dekke hjertestansteam, mottaksteam, MAT-team og andre hjelpefunksjoner. De skal kunne ha beredskap til å ta imot kritisk syke pasienter med behov for en intensivplass til enhver tid (Norsk Anestesiologisk Forening, 2014). Dersom intensivavdelingen blir strukket ut og brukt til ordinære oppdrag på sengepostene som fjerner antall personer på intensivavdelingen vil dette gå ut over beredskapen. Dersom det kommer inn en kritisk syk pasient krever dette stor innsats og mye personale, og tidvis rask omfordeling av arbeidsoppgaver og pasienter innad i intensivavdelingen. Dersom en eller flere av intensivsykepleierne er ute på Intass-oppdrag som det er vanskelig å gå ifra raskt, som for eksempel sitte fastvakt på en delirisk pasient, stell på smitterom eller liknende tar dette ekstra med tid man tidvis ikke har.

Behov for tilrettelegging ved ukjente arbeidsforhold. Å jobbe på steder man ikke er kjent tar lengre tid og åpner for mye frustrasjon. Et element intensivsykepleierne og postsykepleierne ser forskjellig på er utstyrshenting. Mange av sykepleierne på postene uttrykker frustrasjon over merarbeid med å finne fram utstyr til Intass, og enkelte mener at Intass bør ordne dette selv. Intensivsykepleierne på sin side uttrykker frustrasjon over at det ikke blir funnet fram utstyr til dem, og de må bruke ekstra tid på å lete fram utstyr på lagre de ikke er kjent. Flere skriver at dette er mer tidkrevende enn selve prosedyren eller oppdraget. Frustrasjon over å stå å lete på en ukjent avdeling, spesielt hvis man har det travelt i utgangspunktet, kan føre til sure svar og liten lyst til å gå på Intassoppdrag senere. Flere informanter snakker om samarbeid, og viktigheten av dette. Intensivsykepleierne oppgir videre at det oppleves ubehagelig å mase på personalet de vet har det travelt for å få utstyr. En løsning som kan hjelpe begge parter er å lage en rutine på at det blir avtalt i telefonen hvilket utstyr intensivsykepleieren skal ta med seg, og hvilket utstyr posten skal finne fram. Dette kan også bedre samarbeidet på sikt, da det eliminerer en bit av det. En informant foreslår å lage ei hylle på vaktrommet der utstyr kan legges med lapp om hvilken pasient og hvilket romnummer.

Sykepleierne på postene sier at de glemmer å bruke ordningen når det er travelt, noen fordi de ikke er vant til å bruke det, mens andre skriver at de «glemmer» å bruke det da de føler det tar for lang tid å finne utstyr, ringe og forklare, og at det er veldig forskjell på de som kommer fra Intass da noen er trygge og hjelper lett, mens andre må ha mye informasjon og virker ikke til å ha lyst til å være på avdelingen. Hva kreves for å kunne å gå ned på en annen avdeling og gjøre en god jobb? Er det forskjell på hvor lenge man har vært sykepleier, spiller det an på hvilke erfaringer vedkommende har fra før av? I noen settinger kan det handle om tryggheten til den som kommer ned, der det i noen tilfeller er sykepleiere som akkurat er overflyttet til intensivavdelingen og er minst like kjent på en av sengepostene som på intensiv og dermed kan lett hjelpe til i avdelingen. Andre erfarne intensivsykepleiere har kanskje ikke jobbet på sengepost på over 10-20 år, mens noen har aldri jobbet på sengepost og har ingen erfaring med arbeidsmåten der. De har imidlertid mye erfaring med ting som kan gå galt, noe som kan gjøre dem skeptiske til å utføre en del oppgaver på et sted de ikke er kjent og hvor de ikke vet hvor de skal få tak i akuttutstyr dersom de skulle trenge det.

Som nyutdannet eller relativt fersk sykepleier har man ikke opparbeidet seg så mye erfaring rundt hva som kan gå galt, og hva man skal gjøre når det først skjer en feil eller pasienten blir akutt dårlig. Helt ferske sykepleiere er i følge Benner (2004) noviser, noe som betyr at de styres i stor grad av regler og mangler erfaring i situasjonen eller avanserte nybegynnere som har litt erfaring og kjenner igjen situasjoner og sammenhenger og kan begynne å bruke allmenne, globale karakteristikker for å kunne identifisere ting på bakgrunn av tidligere erfaringer. En kompetent sykepleier er en som har jobbet innenfor det samme feltet i minst to til tre år, og disse sykepleierne kan la sine handlinger bli styrt av langsiktige mål eller planer som de er oppmerksomme på. Den kompetente sykepleieren klarer å betrakte situasjonen og avgjøre hva som er mest avgjørende og hva de skal se stort på, dette gjør at den kompetente sykepleieren har et visst perspektiv og kan gjøre en analytisk overveielse av et problem (Benner, 2004). Det er forståelig at en relativt nyutdannet sykepleier, som i følge Benners beskrivelse er relativt regelstyrt og mangler erfaring i situasjoner vil ha visse utfordringer med å finne konkrete oppgaver de ønsker hjelp til når det er uoversiktlig travelt i avdelingen og stressnivået er svært høyt. Det krever en viss erfaring for å klare å skille situasjonene fra hverandre og klare å prioritere hva som er viktigst. Benner (2004) skriver at den kyndige sykepleieren oppfatter situasjonens helhet og kan på bakgrunn av tidligere erfaringer forutsi utviklingen videre. Den kyndige sykepleieren vet av erfaring hvilke typiske hendelser hun kan forvente seg i en gitt situasjon, og kan dermed planlegge ut ifra det. Og hva hun eventuelt trenger hjelp til. For den kyndige sykepleieren vil det være noe lettere å ha oversikt over avdelingen og dermed se hva som må prioriteres og hva som kan vente, hva kan hun gjøre selv og hva kan hun spørre om hjelp til. Dette krever også en viss kjennskap til Intass, og hva de kan gjøre, og det krever en lett tilgang til et telefonnummer å ringe, og en beskrivelse av hva de kan gjøre og hjelpe til med. Å bruke tid på å lete etter informasjon når det er travelt er ikke hensiktsmessig, og sykepleieren vil mest sannsynlig gi opp å få hjelp.

Utfordringer knyttet til fagpersoners ulike kompetanse. Flere av postsykepleierne oppgir en forståelse av at det er forskjellige måter å jobbe på og forskjellige rutiner på intensiv og sengepost, spesielt knyttet til håndtering av medisiner. De opplever også en annen grad av selvstendighet, der postsykepleierne er i større grad avhengig av lege for å kunne gi ting eller gjøre ting selvstendig. Intensivsykepleierne har stående ordinasjoner på mange områder, og er vant til å jobbe mer selvstendig rundt dette. Dette kan skape visse problemer når disse skal jobbe sammen, dersom de ikke prøver å sette seg inn i og ha forståelse for den andres situasjon.

Ekspertsykepleieren har minimum fem års erfaring innenfor samme felt, og har med sin erfaring fått et intuitivt grep om situasjonene og kan finne kjernen av problemet uten å måtte bruke tid på å analysere mulige løsninger. Ekspertsykepleieren handler ut ifra en dyp forståelse av totalsituasjonen (Benner, 2004). Ekspertsykepleieren vil ha helt andre behov enn de ferskere sykepleierne. Ekspertsykepleieren vil i mange tilfeller ikke ha behov for hjelp, men heller kanskje behov for en annen sykepleier å diskutere eller reflektere med i vanskelige situasjoner.

Det er mange fagfelt på et sykehus og mange eksperter på hvert sitt felt. Det er imidlertid ikke dette Intass er ment som. Intass er ikke ment for å ta over oppgaver på andre poster, eller ta over opplæring som avdelingene gjør selv. Det er ment som en støtte og en tilleggsfunksjon på vakter der det er behov for kompetanse som postene ikke har på vakt der og da. Det er ingen som tviler på om avdelingene klarer å utføre prosedyrene eller opplæringen av ansatte selv, hvis det er dette som er utgangspunktet

for skepsisen. Intass er ikke ment for å ta over funksjoner eller trække på noen på avdelingene. Intass er en støtte som de kan ringe til dersom de ikke rekker selv, ikke klarer eller er usikre på prosedyren.

Det er imidlertid mange forskjellige personer som jobber på intensivavdelingen, der noen er rutinerte, mens andre er veldig ferske. Noen har aldri jobbet på sengepost, mens andre har jobbet på sengepost inntil nylig. Noen er vant til å ha all informasjonen rundt en pasient før de gjør en jobb, mens andre ser ikke på dette som like viktig. Dette kan føre til frustrasjon fra postsykepleierne, spesielt dersom de ringer og snakker med en person, og det kommer en annen person og skal hjelpe dem som vil ha rapport en gang til, noe som skaper merarbeid i en travel hverdag.

4.1.3 Hvorfor har kommunikasjon og samarbeid betydning, og hvordan kan det forbedres?

Stafseth *et al.* (2016) skriver at postsykepleierne må være komfortable med å kontakte intensivsykepleieren hvis tjenesten skal fungere. De trekker videre fram at en ikke-kritiserende holdning fra intensivsykepleier er svært viktig. Styrken med Mobil Intensivsykepleierprogrammet her er at MICN er med og informerer og underviser om MEWS og når og hvor de skulle bruke det, og når sykepleierne kontaktet MICN så kjente de innimellom igjen enkelte av intensivsykepleierne som kom. En viktig ting Stafseth *et al.* (2016) påpeker er at MICN aldri kritiserer sykepleiernes vurderinger eller forsøk på vurdering av pasienten. Kritik i form av å få den andre til å føle seg lite kompetent som enkelte av informantene trekker frem i min studie, vil gjøre samarbeidet vanskelig og terskelen for å kontakte Intass igjen øker.

Sykepleiere har en felles grunnutdanning og en felles plattform fra starten av, men hva man kan, hvilke erfaringer man har og hva man er komfortabel med avhenger av hvor og hva den enkelte sykepleieren har arbeidet med tidligere. En sykepleier som har jobbet 10 år på ortopedisk sengepost kan ikke det samme som en som har jobbet 10 år på kreftenheten. Å være ekspert på ett område, betyr ikke at man er ekspert på et annet. En intensivsykepleier er utdannet i den akutt kritisk syke pasienten, med fokus på respirasjon, sirkulasjon. Det betyr ikke at intensivsykepleieren kan veldig mye om forskjellige ting som blir gjort rundt om på postene. Benner (2004) skriver om de fem ferdighetsnivåene novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Å være ekspert på ett felt betyr ikke at man er ekspert i andre felt. Den erfarne sykepleieren kan i nye settinger bli nybegynner eller kompetent igjen dersom dette er svært forskjellig fra deres egent område (Benner, Tanner og Chesla, 2009).

Forventinger til ordningen.

Forebygge falsk trygghet. Informantene trekker fram at Intass kan oppleves som en falsk trygghet, da de blir fortalt at de de kan bruke tjenesten, men når de står i en situasjon og trenger hjelp har ikke Intass mulighet. Sykepleierne på post oppgir at dette er en utfordring, selv om de skjønner at dette også har med ressurser på intensiv å gjøre. Utrygghet i forhold til om støtteapparatet er der eller ikke vil kunne påvirke deres trygghet. Å avklare forventninger til ordningen vil kunne være med på å forebygge følelsen av falsk trygghet, hvis det blir avklart hvordan ordningen skal brukes.

Avklare forventinger til ordningen. Slik ordningen er i dag er det uavklarte forventinger til ordningen, og dette skaper problemer og gnisninger mellom avdelingene. Sykepleierne

på post ønsker ofte hjelp til å komme igjennom vakta, med oppgaver som blande antibiotika, stelle pasienter, mobilisering, legge ned sonder og katetere. Intensivsykepleierne på sin side ser Intass som en mulighet til å bruke sin kunnskap og vurderingskompetanse på postene der dette er hensiktsmessig. For at ordningen skal kunne fungere best for alle parter bør det lages klare retningslinjer for bruk, og alle parter må få den samme informasjonen.

Noen av informantene trekker fram usikkerhet rundt hvordan Intass er organisert per i dag. Er det noen spesielle som har ansvar for å gå på Intass, har den som har Intass pasienter ved siden av, eller er det tilfeldig hvem som går? Slik det er i dag er det ingen som har ansvaret for Intass. I motsetning til i Stafseth *et al.* (2016) der det her blitt avsatt ressurser til tjenesten og det er en person som har MICN-ansvaret den dagen. Intensivsykepleierne uttrykker forståelse for at det er høyt trykk på avdelingene, og at postsykepleierne har behov for flere hender for å komme igjennom vakta. De setter imidlertid spørsmål ved om Intass burde brukes til dette istedenfor å bli brukt for den kompetanse de innehar. Noen ganger handler det om urolige pasienter, og da handler det i hovedsak om for få hender på sengepostene, ikke behov for kompetanse. Oppfattes Intass noen ganger som en inntrenger på andres område? I så fall må dette tas opp med de som trækker over, slik at samarbeidet kan foregå på en så grei måte som mulig.

Forslagene informantene har kommet med for å forbedre uklarhetene rundt Intass er å ha en hylle på vaktrommet med utstyr til Intass. Lage prosedyre for å sikre felles forståelse og bruk av tjenesten. Lage tiltakskort eller lommekort om hva Intass er og hvordan man kan ta kontakt. Ha laminert ark på vaktrommene til sengepostene med nummer til Intass og hva det skal brukes til. Informasjon om tjenesten, tidvis også fra intensivsykepleier, på avdelingsmøter, nyansatt dager og avdelingsundervisning.

Kommunikasjon i samarbeidet.

Personavhengig hvordan man blir møtt. Flere av informantene skriver at det er svært personavhengig hvordan de blir møtt og om de får den hjelpen de spør etter. Noen ganger kommer det hyggelig behjelpelige mennesker, andre ganger kommer det noen som gir uttrykk for at de helst ikke vil være der. Hva handler dette da om? Handler dette om måten å snakke på hverandre på avdelingen? I akuttmedisin er det ofte en noe hardere måte å tiltale hverandre på, pasienter er dårlige og tiltaleformen blir raskt noe krass. Spesielt hvis folk er stressede og sliten, og egentlig har mye å gjøre på egen avdeling er det fort gjort å svare litt hardere enn planlagt. På den andre siden skal man ha respekt for at den andre parten ikke er vant til samme måte å kommunisere på, og at den som spør om hjelp kan føle seg sårbar.

Det er viktig å ha respekt for hva de andre kan og ha respekt for hverandres hverdag. Intensivsykepleieren er spesialist, mange av sykepleierne på post er generalister (Benner, Tanner og Chesla, 2009). Intensivsykepleieren er videreutdannet i å ta vare på den akutt, kritisk syke pasienten, og har det som spesialfelt (NSFLIS, 2017). Sykepleierne på de bestemte avdelingen er ekspertene på det den spesifikke avdelingen gjør. For eksempel er ortopediske sykepleiere de som er gode på oppfølgingen av ortopediske pasienter, og sykepleierne som jobber med slag og geriatri er de som er gode på sykepleie til denne pasientgruppen. Intass har ikke som hensikt å ta over noen av disse oppgavene, men er ment som en støttefunksjon til andre oppgaver som sykepleierne på de respektive avdelingen ikke gjør så ofte. Ut ifra undersøkelsen kommer

det fram at kommunikasjonen mellom avdelingene ikke alltid er hensiktsmessig, og at de som spør om hjelp ikke føler de blir hørt, eller ikke blir møtt på en god måte. En informant skrev om at en intensivsykepleier hadde kommet rundt på postene for å tilby seg hjelp når det var rolige vakter på Intensiv, og syntes at dette burde flere gjøre. Dette er i og for seg en god handling, og en god tanke, men det kan skape urealistiske forventninger i forhold til andre intensivsykepleiere. Det kan skape en forventning om at dette er normen, og at andre intensivsykepleiere gjør en dårligere jobb eller ikke er like hyggelige.

Å avvise en forespørsel kan ha mange årsaker. Det kommer fram i undersøkelsen at intensivsykepleierne syntes det var vanskelig å avvise forespørsler om hjelp, selv om de hadde det svært travelt selv. Spesielt vanskelig mente enkelte at det var på grunn av at det ikke var klare retningslinjer for hva Intensiv var og skulle brukes til. Dermed kunne de heller ikke si at dette ikke var en Intensiv-oppgave, selv om de selv mente det. Samtidig følte en noen av sykepleierne at de var til bry når de ringte og spurte om hjelp til ting, spesielt hvis de også følte at det antageligvis ikke var en Intensiv-oppgave.

I Nordlund og Joelsson-Alm (2009) som undersøkte erfaringer etter innføring av Mobil intensivvårdsgruppe i Sverige, kom det fram at personalet på post var mer positive til konseptet enn det intensivpersonalet var. Nordlund og Joelsson-Alm skriver at dette kan være fordi intensivpersonalet her har fått en økt arbeidsbelastning i form av å bemanne tjenesten, mens personalet på postene føler de får avlastning. Dette samsvarer noe med svarene i Intensiv-undersøkelsen der sykepleierne på postene skrev om hjelp til avlastning slik at de fikk gjort andre oppgaver på avdelingen, mens Intensivsykepleierne uttrykte frustrasjon over å måtte gå fra sine egne oppgaver og pasienter for å hjelpe til på andre avdelinger.

Informantene i undersøkelsen trekker fram at det er viktig med behov for hverandres hverdag. Hvilke erfaringer de enkelte sykepleierne har med andre avdelinger er varierende. Fra intensiv sin side var det mange av sykepleierne som svarte på undersøkelsen som hadde vært intensivsykepleiere i over 11 år, dette betyr i de fleste tilfeller at de ikke har jobbet på sengepost på veldig mange år. Enkelte har ingen erfaring fra sengepost, og har dermed ingen erfaring fra denne måten å jobbe på. Enkelte av informantene var helt nyutdannede intensivsykepleiere, og hadde derfor en unik nylig erfaring fra postene. Denne kontrasten kan påvirke måten de ser på typen oppdrag, og hvor langt de strekker seg for å hjelpe sengepostene. På den andre siden er intensivavdelingene et svært lukket arbeidssted, og få personer som ikke har jobbet der eller vært innlagt eller pårørende vet så mye om arbeidsmåten på en intensivavdeling. Kaufmann og Kaufmann (2009) trekker fram forskjellige stressfremfallende faktorer i arbeidsmiljøet som kan føre til stress hos den enkelte. En av disse faktorene er sosiale relasjoner og sosial støtte, der dette stort sett er en positiv ressurs, men dersom det er liten sosial støtte eller det forekommer samhandlingsproblemer kan det utløse reaksjoner på stress. Green og Edmonds (2004) fant at bruken av ICU Liaison nurse, eller samhandlingssykepleier mellom Intensivavdelingene og sengepostene, gjorde at gapet mellom behandlingene på intensiv og sengepost ble betraktelig mindre.

Behov for gjensidig forståelse for hverandres hverdag handler om respekt for hverandre, hverandres utfordringer og hverandres kompetanse. Sykepleierne på post opplever at de ikke får hjelp når de trenger det, og oppgir noen ganger å få en følelse av å være til bry med en krass avvisning med beskjed om det dette må de ordne selv. De oppgir også at enkelte har kommet helt ned på avdelingen for deretter å vegre seg for å hjelpe til da de

ikke mener det er en Intass-oppgave. Slike opplevelser gjør ikke at de får lyst til å kontakte Intass igjen. De oppgir samtidig forståelse for at det ikke alltid er mulig å hjelpe på grunn av at ressursene er slik de er.

Intensivsykepleierne på sin side oppgir at de opplever misnøye og manglende forståelse fra postene dersom de ikke har mulighet til å hjelpe.

Hva som kan være løsningen på dette er ikke informantene helt klare på, men de foreslår blant annet å fylle ut et evalueringsskjema når de har vært på Intass. Ved hjertestans eller andre alvorlige tilfeller blir det ofte en debriefing slik at alle kan få snakket om det de sitter inne med tanker i forhold til det som skjedde. Hensikten er å identifisere områder som er bra og mindre bra, og kunne forbedre den framtidige prestasjonen (Kessler, Cheng og Mullan, 2015). Ved Intass er det ingen evaluering i etterkant. Det framkommer at det er mange forskjellige meninger om hvordan Intass fungerer, men det kommer sjelden fram til de som kan gjøre noe med problemet. Men for at dette skal ha en hensikt på forbedring, må begge parter fylle ut skjemaet. Det som fungerer for den ene parten, fungerer nødvendigvis ikke for den andre, som svarene i denne undersøkelsen viser. En informant skriver at de som intensivsykepleiere alltid bør være imøtekommende i telefonen, da det kan være mange nyutdannede sykepleiere som kan være usikre, og Intass bør være et lavterskeltilbud. Dette oppsummerer svarene ganske bra, da kommunikasjon og forståelse for at den andre kanskje ser på situasjonen med litt andre øyne alltid bør være tilstede, fra begge parter.

4.2 Metodediskusjon

Studien er en kvalitativ undersøkelse, for å få fram sykepleiernes erfaringer og meninger. Det kunne ha blitt gjort en kvantitativ undersøkelse for å måle effekten av tjenesten, men ut ifra forskningsspørsmålene som omhandlet erfaringer og meninger, var det her mest hensiktsmessig å velge kvalitativ tilnærming. Malterud (2017) skriver at det ikke er metoden som bestemmer om noe er vitenskapelig, men at måten innhenting og håndteringen av kunnskapen skjer på avgjør om den holder mål. Medisin og helsefag skal være forskningsbasert, og leseren skal kunne stole på at resultatene er innhentet og behandlet på en forskriftsmessig måte. Resultatene fra forskning skal være systematisk innhentet og kunne tåle en vurdering og etterprøving. Det er viktig å beskrive framgangsmåten så nøye som mulig, og det er viktig å være selvkritisk og systematisk igjennom prosessen (Malterud, 2017), og dette har vært etterstrebet gjennom hele skriveprosessen.

Troverdighet i kvalitativ forskning

Troverdighet i kvalitative studier omhandler tilliten til sannheten i dataene og tolkningen av dem, og omfatter begrepene gyldighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet (Polit og Beck, 2017; Rolfe, 2006). I kvalitativ forskning må forskeren strebe etter å etablere en tillitt til sannheten i funnene sine og konteksten i forskningen. I Lincoln og Gubas rammeverk, henvist til i (Polit og Beck, 2017) peker de på to aspekter ved troverdigheten i kvalitativ forskning. For det første må måten studien gjennomføres på sikre troverdighet, og for det andre må det demonstreres troverdighet i forskningsrapporten (Polit og Beck, 2017). Troverdigheten i kvalitativ forskning omfatter alle trinnene i forskningsprosessen.

Begrepene gyldighet (validitet) og pålitelighet (reliabilitet) benyttes som kvalitetskriterier for forskning. Gyldighet handler om man har undersøkt det man skal. Dette handler om hvordan man har dokumentert og redegjort for det man har gjort. I intervjusituasjoner handler dette blant annet om å forsikre seg om at man har forstått det rett det informanten sier ved å stille oppfølgingsspørsmål (Kvale *et al.*, 2015). I denne undersøkelsen var det ikke mulig å stille oppfølgingsspørsmål for å forsikre seg om at man har forstått det riktig, men spørsmålene i spørreskjemaet var skrevet så konkrete som mulig, og det ble utprøvd på pilotpersoner før det ble sendt ut. Dette for å teste styrken til spørsmålene, og om det var lett å misforstå spørsmålene.

Påliteligheten omhandler påliteligheten til datamaterialet over tid. Ville det være mulig å få fram liknende resultater hvis studien ble gjort om igjen med de samme eller liknende deltagere i samme kontekst? (Polit og Beck, 2017). I denne studien er det ukjent hvilke deltakere som har svart, men spørreskjemaet kan sendes ut på nytt på det samme sykehuset. Påliteligheten ble sikret ved at spørreskjemaene ble sendt ut til alle sykepleiere og intensivsykepleiere ved sengeposter og intensivavdelingen, kun på dette sykehuset. Det ble valgt å ikke bruke intervjuer på grunn av at dette ble antatt å kunne hemme informantene i å uttrykke seg fritt om meninger og erfaringer rundt tjenesten, da forsker er intensivsykepleier på dette sykehuset og dermed kunne påvirke informantene den ene eller andre veien kun ved å være tilstede. Ved å sende ut spørreskjemaer ble muligheten for at informantene ville bli påvirket eller følt seg hindret av at forskeren var mer eller mindre kjent for dem i en arbeidssammenheng fjernet. Imidlertid kan det også sees på som en svakhet at spørreskjemaer ble brukt da dette fjerner muligheten for

oppfølgingsspørsmål og muligheten for fordypning eller klargjøring av poenger. Styrken til spørreskjemaene ble testet i forkant av undersøkelsen ved at tre spesialsykepleiere som var kjent med tjenesten svarte på spørsmålene og ga tilbakemeldinger til forsker hvis noe var uklart. Dette var med på å sikre at spørsmålene var klare, lette å svare på og ikke spurte om helt det samme. Imidlertid ble det klart etter at undersøkelsen var fullført at to av spørsmålene var litt for slike, slik at noen av informantene svarte det samme på begge spørsmålene, eller svarte «se over».

Bekreftbarheten omhandler objektiviteten til dataene. Dette omhandler dataene deltagerne har gitt, og tolkningen av dem. Her må det vises at funnene er det informantene har sagt eller skrevet, og ikke at forskeren har brukt sin forforståelse eller perspektiv til å farge dataene (Polit og Beck, 2017). I denne undersøkelsen er det en svakhet at det kun er en forsker, at forsker jobber på det aktuelle sykehuset og har egne erfaringer med tjenesten. Dette kan føre til at forskers egen forståelse kan få større plass enn det som er hensikten. Det er imidlertid en styrke at veileder har vært med på dataanalysen og har hatt tilgang til datamaterialet under hele tiden, og har hatt dialog under hele arbeidet. Dette er med på å motvirke at forskers bias tar for stor plass. Forsker har imidlertid forsøkt å være så nøytral som mulig gjennom hele prosessen, og forsøkt så langt det går å legge bort egne meninger og erfaringer. Forsker hadde i utgangspunktet ingen formening om denne tjenesten burde bestå eller ikke, og forsøkte å være så nøytral som mulig igjennom hele prosessen.

Overførbarhet handler om hvordan funnene kan ha mening eller overførbarhetsverdi for andre settinger (Polit og Beck, 2017). Overførbarheten vises gjennom å vise detaljert hvordan undersøkelsen er gjort, slik at den kan gjøres igjen andre steder og i andre settinger. Denne undersøkelsen er en forbedringsundersøkelse i forhold til denne tjenesten på dette sykehuset. Samtidig kan måten denne undersøkelsen er gjort på overføres til andre type undersøkelser da det er en kostnadseffektiv og tidsbesparende måte. Det er tradisjoner på at kvalitative undersøkelser blir gjort ved bruk av intervjuer eller fokusgrupper (Kvale *et al.*, 2015; Malterud, 2012), men ved å sende ut spørreskjemaer med åpne spørsmål fikk man kvalitative data på en tidsbesparende og kostnadseffektiv måte. Det var også mulig å beholde anonymiteten da dette var viktig i dette tilfellet. Denne måten å gjøre kvalitative undersøkelser kan med letthet overføres til andre settinger.

Forskningsetiske overveielser

I denne studien forskes det på egen arbeidsplass. Dette kan være utfordrende, og anbefales i utgangspunktet ikke. NSD trekker frem frivillighet som et element man må være særdeles klar over. Det kan være vanskelig å si nei til å delta i forskningsprosjektet dersom man får spørsmål om det fra en person man kjenner. Spesielt der den ene personen har et slags maktforhold over den andre, som eksempevis mellom kollegaer eller elev og lærer (NSD, 2018). Valg av spørreskjemaer som datainnsamlingsmetode ble derfor valgt istedenfor intervjuer. Ved intervjuer vil det avdekkes hvem som deltar, og hvem som velger å ikke gjøre det. NSD (2018) skriver videre at forskeren må unngå å komme i en dobbeltrolle, ved å skille klart mellom rollen som ansatt og rollen som forsker, og at det må være tydelig for deltagerne hvilken rolle intervjuer har under intervjusituasjonen. I denne studien vil forvirringen om roller unngås, da det ikke er direkte kontakt mellom forsker og informant. Det kan også tenkes å være lettere for forskeren og informantene å møtes i jobbsituasjoner etter undersøkelsen med denne type datainnsamlingsmetode.

NSD (2021) skriver videre at dersom det ikke er behov for personopplysninger i prosjektet kan det gjennomføres anonymt. Det som da er viktig er at dataene ikke på noe vis eller på noe tidspunkt kan spores tilbake til enkeltpersoner (NSD, 2021). Dette er en av grunnene til at informantene oppga relativt begrenset antall demografiske data. Flere demografiske data ble ansett som irrelevante opplysninger i denne studien. Å være kjent med flere detaljer rundt informantene ville også kunne bidra til identifisering av informantene. I det aktuelle materialet ingen navn eller andre personidentifiserende opplysninger, da det i webløsningen Forms ikke framkom kobling mellom informantenes e-post og spørreskjemaene.

Datainnsamlingsinstrumentet

Det mest vanlige er å gjøre intervjuer, enten enkeltvis eller fokusgrupper. I studiens planleggingsfase ble det først vurdert å gjøre intervjuer, da dette er den mest vanlige, anbefalte datainnsamlingsmetode ved kvalitative studier.

Ved å bruke spørsmål i et spørreskjema mister en muligheten for å få fram informantens erfaringer og kunne gå mer i dybden, kunne stille oppfølgingsspørsmål til informantene for å få fram økt dybde og et rikt datamateriale. Det positive med å bruke spørreskjemaer er at informantene kan skrive eksakt det de ønsker å formidle. Noen skrev knapt, mens andre skrev lengre historier og refleksjoner. For en del informanter kan man tenke at anonymiteten tilrettela for at de i større grad bidro med rikt materiale i et aidentifisert spørreskjema, enn de ville ha gjort i en intervjusituasjon. I denne studien var det ønskelig å få fram erfaringer og holdninger til både sykepleierne på post og intensivsykepleierne. Det faktum at forskeren arbeider på intensivavdelingen i dette sykehuset, gjorde det, som beskrevet, vanskelig å gjennomføre intervjuer uten risiko for å påvirke informantene i for stor grad, og at negative eller kritiske kommentarer ikke ville komme fram i samme grad som ved anonymitet. Det var også ønskelig å få svar fra flere personer enn det som er vanlig å benytte ved intervjuer. Det skulle i denne studien gjøres en vurdering av en ordning mange personer har et forhold til.

Utvalget.

Av utvalg ble det bestemt å sende ut spørreskjemaene til sykepleiere og intensivsykepleiere. Alternativt kunne det også ha blitt sendt ut til hjelpepleiere, sykepleierstudenter og assistenter da disse også teoretisk kan ringe etter Intass. Men i praksis er det stort sett sykepleierne som ender med å ta avgjørelser, enten det er ansvaret med å ta kontakt med lege, eller ringe etter hjelp fra støttefunksjoner. Hjelpepleiere, assistenter og sykepleiere kunne muligens hatt andre erfaringer og problemstillinger å tilføye datamaterialet.

5 KONKLUSJON

Resultatene fra denne studien viser at det er behov for at Intass skal bestå. Imidlertid er det behov for avklaring og begrensning av hva tjenesten skal gjøre og bestå av. Det bør lages en prosedyre slik at begge parter er klar over hva Intass skal og kan bidra med, dette vil kunne være med på å forhindre problemer med kommunikasjonen og samarbeidet mellom avdelingene.

Det er ikke funnet mye forskning på temaet intensivassistanser i Norge, og resultatene fra denne studien viser klart at det er behov for mer forskning på disse ordningene.

REFERANSER

- Athifa, M. *et al.* (2011) A qualitative exploration of nurse's perception of Critical Outreach Service: A before and after study, *Australian Critical Care*, 24(1), s. 39-47.
- Bagshaw, S. M. *et al.* (2010) A survey of nurses' beliefs about the medical emergency team system in a Canadian tertiary hospital, *American Journal of Critical Care*, 19(1), s. 74-83.
- Benner, P. (2004) *Fra novice til ekspert : mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. København: Munksgaard.
- Benner, P., Tanner, C. A. og Chesla, C. A. (2009) *Expertise in nursing practice : caring, clinical judgment & ethics*. 2nd ed. utg. New York: Springer.
- Beyrer, S. *et al.* (2017) Sykepleiere på avveie?, *Statistisk sentralbyrå*. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sykepleiere-pa-avveie>.
- Bjørk, I. T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie : en ressursbok*. Oslo: Akribe.
- Brasetvik, K.-M. (2020) Halvparten av nyutdannede sykepleiere har eller vurderer å slutte, *Norsk sykepleierforbund*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4830534/123639/Halvparten-av-nyutdannede-sykepleiere-har-eller-vurderer-aa-slutte>.
- Braaten, J. S. (2015) CE: Original research: hospital system barriers to rapid response team activation: a cognitive work analysis, *AJN The American Journal of Nursing*, 115(2), s. 22-32.
- Buanes, E. A., Kvåle, R. og Barratt-Due, A. (2020) *Norsk intensivregister. Årsrapport for 2019 med plan for forbedringstiltak*. Bergen. Tilgjengelig fra: https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/37_arsrapport2019_norsk_intensivregister.pdf (Hentet: 05.05.2021).
- Chaboyer, W. *et al.* (2005) The impact of an ICU liaison nurse: a case study of ward nurses' perceptions, *Journal of clinical nursing*, 14(6), s. 766-775.
- Cox, H., James, J. og Hunt, J. (2006) The experiences of trained nurses caring for critically ill patients within a general ward setting, *Intensive and Critical Care Nursing*, 22(5), s. 283-293.
- Cutler, L. R. (2002) From ward-based critical care to educational curriculum 2: a focussed ethnographic case study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(5), s. 280-291.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2010) *Helsinki-deklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/> (Hentet: 22.05 2020).
- De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/globalassets/documents/publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf> (Hentet: 15.03 2020).
- Ding, L. og Gastmans, C. (2013) Trust in nurse-patient relationships: A literature review, *Nursing ethics*, 20(5), s. 501-516.
- Douw, G. *et al.* (2018) Surgical ward nurses' responses to worry: An observational descriptive study, *Int J Nurs Stud*, 85, s. 90-95. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.05.009.
- Elo, S. og Kyngäs, H. (2008) The qualitative content analysis process, *J Adv Nurs*, 62(1), s. 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.

- Felleskatalogen, A. S. (2020) *Felleskatalogen*. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin> (Hentet: 14.05 2020).
- Forskrift til legemiddelhåndtering (2008) *Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320?q=legemiddelh%C3%A5ndtering> (Hentet: 20.04 2021).
- Green, A. og Edmonds, L. (2004) Bridging the gap between the intensive care unit and general wards—the ICU Liaison Nurse, *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(3), s. 133-143.
- Haugom, J. V. (2011) *Sykepleiernes erfaringer og holdninger til mobil akutt-team: en spørreundersøkelse*. Master thesis, NTNU i Gjøvik. Tilgjengelig fra: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/143706/JVHaugom.pdf?sequence=1>.
- Helsedirektoratet (2018) *Årsrapport 2017. Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten*. (Rapport IS-2729). Oslo. Tilgjengelig fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/meldeordningene-arsrapporter/%C3%85rsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf/_/attachment/inline/31a9b3cc-e5f1-4835-8d6a-dd6be52d36ab:499880da53042b4e352d83b0abb6daec179bf644/%C3%85rsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf (Hentet: 05.05.2021).
- Helsedirektoratet (2020) *Intensivkapasitet i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/intensivkapasitet-i-i-norge> (Hentet: 20.05 2020).
- Jensen, J. K., Skar, R. og Tveit, B. (2019) Hospital nurses' professional accountability while using the National Early Warning Score: A qualitative study with a hermeneutic design, *J Clin Nurs*, 28(23-24), s. 4389-4399. doi: 10.1111/jocn.15021.
- Johnsen, M. N. et al. (2016) Tryggere med mobil intensivsykepleier, *Sykepleien*, 2(2). doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.56524.
- Katadzic, S. og Jelsness-Jørgensen, L.-P. (2017) Experiences with mobile intensive care nurses (MICNs), *Sykepleien Forskning*.
- Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (2009) *Psykologi i organisasjon og ledelse*. 4. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Kessler, D. O., Cheng, A. og Mullan, P. C. (2015) Debriefing in the emergency department after clinical events: a practical guide, *Annals of emergency medicine*, 65(6), s. 690-698.
- Kunnskapsdepartementet (2019) *Forskrift om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning*. Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412#KAPITTEL_3 (Hentet: 15.05 2021).
- Kvale, S. et al. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lauri, S. og Kyngäs, H. (2005) Developing Nursing Theories (Finnish: Hoitotieteen Teorian Kehittäminen), *Werner Söderström, Dark Oy, Vantaa*.
- Laake, J. et al. (2010) Impact of the post-World War II generation on intensive care needs in Norway, *Acta anaesthesiologica scandinavica*, 54(4), s. 479-484.
- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforl.

- McDonnell, A. *et al.* (2007) The provision of critical care outreach services in England: findings from a national survey, *Journal of critical care*, 22(3), s. 212-218.
- McIntyre, T. *et al.* (2012) A survey of ward nurses attitudes to the Intensive Care Nurse Consultant service in a teaching hospital, *Australian Critical Care*, 25(2), s. 100-109.
- Nordlund, K. og Joelsson-Alm, E. (2009) Mobil intensivvårdsgruppe ger bättre patientövervakning och trygg personal, *Läkartidningen*, 106(42), s. 2690-2693.
- Norsk Anestesiologisk Forening (2014) *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNORGE_23.10.2014.pdf (Hentet: 19.04 2021).
- Norsk sykepleierforbund (2019) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 14.05 2021).
- Norsk sykepleierforbund (2020) *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp> (Hentet: 15.05 2021).
- NSD (2018) *Forske på egen arbeidsplass*. Tilgjengelig fra: https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen_arbeidsplass.html (Hentet: 24.05 2020).
- NSD (2021) *Hvordan gjennomføre et prosjekt uten å behandle personopplysninger?* Tilgjengelig fra: <https://www.nsd.no/personverntjenester/opplagsverk-for-personvern-i-forskning/hvordan-gjennomfore-et-prosjekt-uten-a-behandle-personopplysninger> (Hentet: 11.05 2021).
- NSFLIS (2017) *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20192005092726/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%20september2017.pdf> (Hentet: 20.03 2021).
- Parr, M. *et al.* (2001) The Medical Emergency Team: 12 month analysis of reasons for activation, immediate outcome and not-for-resuscitation orders, *Resuscitation*, 50(1), s. 39-44.
- Pattison, N. og Eastham, E. (2012) Critical care outreach referrals: a mixed-method investigative study of outcomes and experiences, *Nursing in Critical Care*, 17(2), s. 71-82.
- Pedersen, A., Psirides, A. og Coombs, M. (2016) Models and activities of critical care outreach in New Zealand hospitals: results of a national census, *Nursing in Critical Care*, 21(4), s. 233-242.
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2017) *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Psirides, A. J., Hill, J. og Jones, D. (2016) Rapid Response Team activation in New Zealand hospitals-a multicentre prospective observational study, *Anaesth Intensive Care*, 44(3), s. 391-397. doi: 10.1177/0310057x1604400314.
- Reitan, R. (2011) *Mobile akutteam redder liv*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/03/mobile-akutteam-redder-liv> (Hentet: 05.10 2020).
- Rolfe, G. (2006) Validity, trustworthiness and rigour: quality and the idea of qualitative research, *Journal of advanced nursing*, 53(3), s. 304-310.
- Ræder, J. (2012) *Er eldrebølgen på vei inn i sykehusene?* Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2012/12/leder/er-eldrebolgen-pa-vei-inn-i-sykehusene> (Hentet: 05.05 2021).

- Salt, L. og Dixon, A. (2013) Evaluating critical care outreach and the early warning score tool-the ward nurse's viewpoint, *Kai Tiaki Nursing Research*, 4(1), s. 17.
- Shearer, B. et al. (2012) What stops hospital clinical staff from following protocols? An analysis of the incidence and factors behind the failure of bedside clinical staff to activate the rapid response system in a multi-campus Australian metropolitan healthcare service, *BMJ Qual Saf*, 21(7), s. 569-575.
- Sjetne, I. S. (2011) Hverdagsbeskrivelser fra norske sykehus. Resultater etter en landsomfattende undersøkelse blant sykepleiere i 2009. Tilgjengelig fra: <https://fhi.brage.unit.no/fhi-xmlui/handle/11250/2378266>.
- Skjøstad, O. et al. (2019) *Sykepleieres arbeidssted og nyutdannede sykepleieres tilknytning til arbeidslivet*. (Rapporter 2019/4). Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/377977?_ts=168ebbca3b8 (Hentet: 06.05.2021).
- Sletnes, A. og Hammervold, L. (2019) *Mobil intensivsykepleier som mulig støttefunksjon for sykepleiere på sengepost ved et lokalsykehus*. Master thesis, NTNU.
- Stafseth, S. K. et al. (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 and Critical Care Nursing*, 34, s. 33-41.
- Stroh, M. (2000) *Research Training for Social Scientists*. SAGE Publications Ltd. doi: 10.4135/9780857028051.
- Topple, M. et al. (2016) Tasks completed by nursing members of a teaching hospital Medical Emergency Team, *Intensive and Critical Care Nursing*, 32, s. 12-19.
- Wolfe, B. (2008) Implementing an ICU outreach team model, *Dynamics (Pembroke, Ont.)*, 19(1), s. 24-29.

VEDLEGG

Hvilke erfaringer har sykepleiere med intensivassistansefunksjonen (Intass)?

Hvilke erfaringer har sykepleiere med intensivassistansefunksjonen (Intass)? Vil du delta i et forskningsprosjekt om din arbeidshverdag?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvilke erfaringer sykepleiere her på sykehuset har med intensivassistansefunksjonen «Intass».

Undersøkelsen er en masteroppgave i Avansert klinisk sykepleie, fordypning i Intensivsykepleie ved NTNU i Gjøvik. Jeg er for tiden ansatt på en intensivavdeling ved Sykehuset Innlandet. Jeg har vært intensivsykepleier siden 2016, og driver nå med en master i Intensivsykepleie ved NTNU i Gjøvik. NTNU i Gjøvik er ansvarlig for prosjektet.

Formålet med undersøkelsen er å finne ut hvordan intensivassistanse (Intass) blir oppfattet og brukt. Du må være sykepleier eller intensivsykepleier, og jobbe enten ved sengepost eller intensivavdelingen. Det er frivillig å delta i prosjektet

Både du som har hatt erfaring med Intass, og du som har hørt om Intass men ikke brukt det kan svare spørsmålene, da vi i tillegg til erfaringer med ordningen er interessert i hva grunnene kan være til ikke å bruke den.

Dersom du velger å delta vil det innebære å svare på dette spørreskjemaet med åpne spørsmål. Aktuelle spørsmål er knyttet til dine personlige erfaringer og oppfatninger knyttet til Intass-ordningen. Du svarer så mye eller lite du vil, men det er ønskelig at du beskriver så utførlig og ærlig du kan. Kom gjerne med eksempler innenfor taushetspliktens rammer. Spørreskjemaet er anonymt, og kan ikke spores tilbake til deg.

Det vil ta 10-20 minutter å svare på spørreskjemaet avhengig av hvor utførlig du svarer.

De ferdigutfylte spørreskjemaene vil bli oppbevart i henhold til gjeldene retningslinjer og godkjenninger fra personvernombudet.

Å sende inn spørreskjemaet anses som samtykke, og en bekreftelse på at du har gjort deg kjent med denne informasjonen.

Det skal likevel være mulig å trekke seg fra studien, dersom du i rimelig tid etter innsending av spørreskjemaet opplever at du ønsker det. Siden datamaterialet er helt anonymisert, vil du i så fall måtte oppgi detaljer ved ditt svarskjema til forskeren, slik at rett spørreskjema blir trukket fra studien.

Det vil selvsagt ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du velger å trekke deg.

Studien vil publiseres som en masteroppgave, og enkelte utsagn kan kunne brukes ordrett i selve oppgaven. Du vil ikke kunne bli gjenkjent eller knyttet til utsagnet, da de vil få et fiktivt navn eller bokstav, eksempel deltager A og deltager B. De utsagnene som publiseres er kun utsagn som understreker et poeng. Navnet på sykehuset vil ikke bli

publisert. Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes og oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i mai 2021. Personopplysninger og spørreskjemaer vil bli slettet og makulert når prosjektet er ferdig.

* Obligatorisk

1. Hvilken stilling har du? *

Sykepleier

Intensivsykepleier

Sykepleier med annen spesialutdanning

2. På hvilken avdeling jobber du? *

Medisinsk avdeling

Kirurgisk avdeling

Intensivavdelingen

3. Hvor lenge har du vært sykepleier? *

0-3 år

4-7 år

8-11 år

over 11 år

5/17/2021

4. Hvor lenge har du vært intensivsykepleier?

0-3 år

4-7 år

8-11 år

over 11 år

5. Har du brukt Intensivassistansesfunksjonen Intass, eller vært på Intass? *

Ja Nei

6. Hvis du ikke har brukt Intass/vært på Intass, hva er grunnen til dette?

5/17/2021

7. Hva oppfatter du er hensikten med Intass? *

8. Hvordan oppfatter du at samarbeidet fungerer mellom intensiv og sengepost når det gjelder Intass? Hva gjør det bra/dårlig? *

9. I hvilke situasjoner ser du for deg at Intass er hensiktsmessig å bruke? *

5/17/2021

10. Fortell om en situasjon der Intass ble brukt. *

11. Hvordan oppfatter du at Intass fungerer? Hva fungerer, hva fungerer ikke? *

12. Hva opplever du som utfordringer når det gjelder Intass? *

5/17/2021

5/17/2021

13. Hva oppfatter du at kan gjøre Intass-ordningen bedre? *

Vedlegg 2.

Godkjenning fra NSD.



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvilken erfaring har sykepleiere med intensivassistansefunksjonen? En kvalitativ undersøkelse.

Referansenummer

903612

Registrert

23.09.2020 av Nina Silvana Skogvang - ninassko@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat) Solveig Kr. Struksnes, solveig.struksnes@ntnu.no, tlf: 91568858 Type prosjekt
Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Nina Silvana Skogvang, ninassko@stud.ntnu.no, tlf: 47631678 Prosjektperiode

15.10.2020 - 15.05.2021

Status

12.10.2020 - Vurdert

Vurdering (1) 12.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 12.10.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

19.10.2020 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

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

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Microsoft 360 er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5f6b1407-98a6-48a7-9de0-b8123ec9ac39> 2/3

19.10.2020 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Lykke til med prosjektet!

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

