

Andreas Sletnes
Lasse Hammervold

Mobil intensivsykepleier som mulig støttefunksjon for sykepleiere på sengepost ved et lokalsykehus

Masteroppgave i Klinisk sykepleie
Veileder: Ingeborg Alexandersen og Anne Berit Krogh
Mai 2019

Andreas Sletnes
Lasse Hammervold

Mobil intensivsykepleier som mulig støttefunksjon for sykepleiere på sengepost ved et lokalsykehus

Masteroppgave i Klinisk sykepleie
Veileder: Ingeborg Alexandersen og Anne Berit Krogh
Mai 2019

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

Forord

Denne mastergradsoppgaven omhandler bruken av mobil intensivsykepleier på lokalsykehus. Nå som mastergradsstudiet i klinisk sykepleie går mot slutten er det en rekke personer som fortjener en stor takk.

Vi ønsker å takke klinikklederne ved informantsykehuset for deres godkjenning av prosjektet. Takk til seksjonslederne for deres samarbeid i forbindelse med rekruttering av informanter. Videre rettes det en stor takk til informantene som velvillig delte av sine kunnskaper og erfaringer.

Takk til veileder og prosjektleder Ingeborg Alexandersen for dine innspill og kommentarer. Vi ønsker deg god bedring!

Takk til Anne Berit Krogh for dine konstruktive tilbakemeldinger og for at du kun en måned før innleveringsfrist tok på deg å være veileder for vårt prosjekt. Takk også til samtlige opponenter og respondenter for deres tilbakemeldinger i forbindelse med mastergradsseminarene ved NTNU Trondheim.

Den siste og største takken rettes til Stina og Ina, samt øvrig familie og venner for deres tålmodighet og støtte i denne prosessen.

Andreas Sletnes og Lasse Hammervold
Levanger/Trondheim/Gjøvik
mai 2019.

Abstrakt

Introduksjon: Fra pasientene fyller 60 år sees det et økende behov for intensivbehandling. Det økende arbeidspresset på intensivavdelingene forplanter seg videre til sengepostene og fører til at pasientene på sengepostene generelt blir sykere og mer ustabile. De senere årene har det blitt økt fokus på å utvikle en funksjon med mobil intensivsykepleier (MIS) for å bistå sykepleierne på sengepostene i ivaretagelsen av deres pasienter.

Hensikt: Å tilegne seg kunnskap om sykepleiere på sengepost sine erfaringer fra pasientsituasjoner der de opplevde at eget kunnskapsnivå ikke var tilstrekkelig eller der de ikke fikk tilstrekkelig hjelp fra kollegaer. Videre ønskes det å belyse hva sykepleierne på sengepost mener en funksjon som mobil intensivsykepleier kan bidra med i deres kliniske arbeid.

Metode: Kvalitativ undersøkelse. Fokusgruppeintervju med 14 informanter fordelt på to fokusgrupper. Det ble inkludert sykepleiere fra kirurgisk og medisinsk klinikk ved et lokalsykehus i Norge. Analyseverktøyet som ble brukt var systematisk tekstkondensering.

Resultat: Tre hovedkategorier ble identifisert. Disse var: «En spesialisthelsetjeneste under press», «Samhandling» og «Behov for intensivsykepleierens kompetanse». Arbeidspresset på sengepostene er stort, og det etterspørres kompetanse for å få ivaretatt pasienten på en trygg måte.

Konklusjon: En mobil intensivsykepleier kan bistå sykepleiere på sengepost i situasjoner med klinisk dårlige pasienter, ved enkelte prosedyrer og i undervisningssammenheng. Dette er forutsatt at det blir utarbeidet en solid funksjonsbeskrivelse.

Nøkkelord: Mobil intensivsykepleier. Raskt responssystem. Pasientsikkerhet.

Abstract

Introduction: From the age of 60, there is an increase of patients in need of intensive care. The increasing workload in the intensive care units propagates further to the general hospital wards, and as a result, the ward patients generally become weaker and more unstable. In recent years, there has been an increased focus on developing a function with a mobile intensive care nurse (MICN) to assist ward nurses in the care of their patients.

Purpose: To acquire knowledge about the general ward nurses' experiences in situations where they did not get adequate help or felt that their level of knowledge or competence was not enough to help the patient. Further on the nurses were asked what they thought a mobile intensive care nurse could contribute to in their daily work.

Method: Qualitative study. Two focus group interviews were conducted, with a total of 14 participants from surgical and medical general wards at a local hospital in Norway. Systematic text condensation was used to process the collected data.

Result: Three main categories were identified. These were: «A specialist health care service under pressure», «Interactions» and «The need for the intensive care nurse's competence». The workload at the general hospital ward is high and higher competence is requested by the nurses.

Conclusion: If a solid function description is compiled a mobile intensive care nurse can assist nurses in bed wards in situations with deteriorating patients, in certain procedures and in the context of teaching.

Key words: Mobile intensive care nurse. Rapid response system. Patient safety.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	6
1.1 Et helsevesen i endring.....	6
1.2 Forverring av pasientens helsetilstand på sengepost.....	7
1.3 Rapid Response System	8
1.3.1 Mobil intensivsykepleier	8
1.4 Hensikt	9
2.0 Metode.....	11
2.1 Design.....	11
2.2 Utvalg	12
2.3 Datainnsamling.....	14
2.3.1 Intervju	14
2.3.2 Informasjon	15
2.3.3 Oppsummering og transkribering.....	15
2.4 Dataanalyse	15
2.4.1 Systematisk tekstkondensering – fire trinn	16
2.5 Forskningsetiske overveielser	18
3.0 Resultat.....	21
3.1 Kategorier og subkategorier	21
3.2 En spesialisthelsetjeneste under press	21
3.2.1 Pressede spesialavdelinger	22
3.2.2 Den komplekse pasienten på en allerede presset sengepost.....	23
3.3 Samhandling	26
3.3.1 Følelsen av å ikke bli hørt	26
3.3.2 Et tidvis utfordrende tverrfaglig samarbeid.....	26
3.3.3 Et varierende sykepleiefaglig samarbeid.....	28
3.4 Behov for intensivsykepleierens kompetanse	29
3.4.1 Vurdering og tiltak	29
3.4.2 Trygghet	31
3.4.3 Rådgeving, undervisning og kompetanseheving	32
4.0 Diskusjon.....	35
4.1 Ivaretagelse av pasienten i en presset spesialhelsetjeneste	35
4.2 Et samarbeid for pasientens beste	39
4.3 Intensivsykepleieren som ressurs	43
4.4 Metodediskusjon	45
4.4.1 Reliabilitet	46

4.4.2 Validitet	49
4.5 Fremtidige studier	52
5.0 Konklusjon	53
Litteraturliste	54

Vedlegg

1.0 Introduksjon

Denne mastergradsoppgaven omhandler bruken av mobil intensivsykepleier i spesialisthelsetjenesten. Mastergradsoppgaven tar for seg hvilke arbeidsoppgaver sykepleiere på sengepost ser på som utfordrende i sin daglige utførelse av sitt yrke, samtidig som den skal forsøke å kaste lys over hvordan en sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie kan samarbeide med sykepleiere på sengepost for pasientens beste.

1.1 Et helsevesen i endring

Helsevesenet er i endring. Delvis grunnet den medisinske utviklingen som stadig gir bedre behandling til befolkningen og delvis fordi den store etterkrigsgenerasjonen nå trer inn i pensjonistenes rekke – den såkalte «eldrebølgen» (Ræder 2012). På grunn av en vellykket medisinsk utvikling lever vi i dag lengre (Jensen og Tolo 2010). Pasienter over 80 år utgjør 4,4% av befolkningen, men 16% av ressursbruken i spesialisthelsetjenesten (Ræder 2012). Den norske befolkningen som er over 75 år forventes å dobles, fra cirka 360 000 til 740 000 i årene fram mot 2040 (Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering 2017). I takt med den økende og aldrende populasjonen vil stadig flere diagnostiseres med livsstilssykdommer som gjør pasientene multimorbide (Hung et al. 2011). Pasientene blir dermed mer behandlingskrevende og kostbare å behandle (Dall et al. 2013; Miranda et al. 2016).

Det sees et økt behov for intensivbehandling til pasienter fra fylte 60 år, og det forventes at dette behandlingsbehovet vil øke med 30 % i løpet av de neste 10-15 årene (Laake et al. 2010). Samtidig viser tall fra Statistisk Sentralbyrå (2016) at antall pasienter innlagt i somatisk avdeling ved norske sykehus har økt fra 416 000 i 2012 til nesten 633 000 i 2016. Utgiftene i helse- og omsorgssektoren øker kraftig og det er behov for innovasjon i helsesektoren som utnytter de eksisterende ressursene på best mulig måte. Det er behov for å tenke nytt (Huuse 2018).

Rekrutteringen til helsevesenet samsvarer ikke med den økte arbeidsmengden (Rimmer 2017). Robotisering av helsevesenet har vist seg å være vanskelig blant annet på grunn av at robotene ikke kan erstatte den viktige mellommenneskelige kontakten (Granli 2018). Riktignok fører automatisering og robotisering av andre sektorer i næringslivet til at det frigjøres flere hender til helsevesenet, men for å opprettholde velferdsnivået på dagens helsevesen må flere stå i jobb lenger og arbeidet må effektiviseres (Karlsen 2016). Norge mangler i dag nesten 6000 sykepleiere (Sørbø og Flatås 2018). Samtidig vurderer så mange som 15 % av sykepleierne å slutte i jobben blant annet grunnet høyt arbeidspress (Thalberg og Svendseid 2019). Utbrenthet på grunn av høyt arbeidspress

er ikke uvanlig blant sykepleiere (Bogaert et al. 2017) og 20 % av sykepleierne forlater faktisk yrket i løpet av de 10 første årene som yrkesaktive (Jakobsen og Hanssen 2018).

Tingvoll et al. (2010) viser til at med det økende antall eldre pasienter på sykehus blir arbeidsmengden på sengeposten større og sykepleierne har ansvar for flere pasienter enn tidligere. Samtidig viser Granaas et al. (2016) og Johnsen et al. (2016) til at presset på intensivplassene øker og at pasientene derfor blir overflyttet til sengepost raskere enn tidligere. Dette fører igjen til at pasienter på sengepostene blir mer ustabile og syke.

1.2 Forverring av pasientens helsetilstand på sengepost

Pasientene har nå større sjanse for å få en svikt i sin helsetilstand, og bli alvorlig syk i løpet av sykehusoppholdet enn tidligere (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare 2008). En sikker og effektiv helsetjeneste er avhengig av arbeidsstokkens kompetanse til å gjenkjenne og forhindre klinisk forverring (Waldie et al. 2016). Tidligere forskning har vist at én tredjedel av pasientene som overflyttes fra intensiv til sengepost opplever uønskede hendelser med svikt av helse i etterkant av overflyttingen. Mer enn halvparten av disse hendelsene kunne vært unngått med bedre standard på ivaretagelsen av disse pasientene (Tabenejad et al. 2014). Sykepleierne på sengepost opplever et stort arbeidspress (Johnsen et al. 2016) samtidig som at de ikke innehar tilstrekkelig med kompetanse og ferdigheter til å ivareta pasientene som overflyttes fra intensiv (Tabenejad et al. 2014).

60-70 % av pasientene som får uventet hjertestans på sengepost har hatt kliniske tegn på forverring seks til åtte timer før hjertestansen inntraff (Chen et al. 2015; Gardner-Thorpe et al. 2006; Haegdorens et al. 2018; Subbe et al. 2001). Sykepleiere på sengepost har en viktig rolle i å identifisere subtile tegn på fallering av pasientens helse (Liaw et al. 2011). En tidlig identifisering av kliniske tegn på forverring av pasientens helsesituasjon kan forhindre både hjertestans, uventet død og innleggelse på intensivavdeling. Det viser seg at tegn på slik forverring ikke alltid blir oppdaget, og når de blir oppdaget blir det ikke alltid satt i gang fordelaktige tiltak for å hindre videre forverring. Dette skyldes tidvis at sykepleierne på sengepostene har vansker for å oppdage forverring. Andre ganger skyldes det at sykepleierne ikke klarer å få kommunisert til andre profesjoner hvor dårlig pasientens kliniske helsetilstand er. Det er den senere tid laget flere skåringsverktøy for oppdagelse av tidlig forverring i pasientens kliniske tilstand. Dessverre viser det seg at disse skåringsverktøyene ikke kan stoles på alene da de har for dårlig sensitivitet. Det å sikre at pasienter som faller på sengepost mottar rask og riktig behandling er avgjørende for pasientsikkerheten og kvaliteten på helsetjenesten som leveres (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare 2008).

1.3 Rapid Response System

Siden midten av 90-tallet og begynnelsen av 2000-tallet har land som blant annet Australia, USA, Canada, Portugal, England, Sverige og Danmark utviklet team bestående av leger og sykepleiere som rykker ut til ulike avdelinger innad i sykehuset når en pasients kliniske tilstand forverres (Bagshaw et al. 2010; Benin et al. 2012; Bunkenborg og Petersen 2007; Helsebiblioteket 2015; Howell et al. 2012; Jäderling et al. 2011; Mackintosh et al. 2012; Silva et al. 2016). Bekymring for forsinket behandling, eller sviktende evner blant sykepleierne til å oppdage og kjenne igjen tegn på klinisk forverring hos pasienter på sengepost har ført til initiativtaking i flere land (Bagshaw et al. 2010; Jensen et al. 2017; Massey et al. 2015). Målet med mobilt intensivteam (MIT) har vært å vurdere pasienter i risikozonen for klinisk forverring og starte behandling på et tidligere tidspunkt enn før (Jones et al. 2011; Mullins og Psirides 2016; Trinkle og Flabouris 2011). En av hovedoppgavene til MIT har vært å avgjøre om pasienten må overflyttes til et høyere behandlingsnivå (Chua et al. 2017; Douw et al. 2016). Samtidig har oppstart av enkle tiltak for å forhindre ytterligere klinisk forverring på sengepost stått i fokus (Katadzic og Jelsness-Jørgensen 2017).

Rapid Response System (RRS) er et begrep som omfatter både MIT og mobil intensivsykepleier (MIS). RRS som et system kan tilby en økt sikkerhet for pasienter som er utsatt for å bli klinisk ustabile (Jones et al. 2011; Mackintosh et al. 2012). Teamene som blir omtalt har i litteraturen ofte fått navnet Rapid Response Team (RRT) eller Medical Emergency Team (MET), men RRS er en hyppig brukt samlebetegnelse (Jones et al. 2011; Mackintosh et al. 2012; Silva et al. 2016). Hovedmålet med RRS er å redusere pasienters mortalitetsrisiko på sengepost (Benin et al. 2012).

1.3.1 Mobil intensivsykepleier

På grunn av at det er mange involverte og særdeles høyt kompetansenivå i de ulike teamene er det blitt rapportert at sykepleiere på sengepost vegrer seg for å tilkalle dem, og at tilkallelse skjer for sent (Bunkenborg og Petersen 2007; Jones et al. 2011). De senere år har det blitt et stadig større fokus på å utvikle en funksjon med mobil intensivsykepleier i stedet for RRT eller MET/MIT. Funksjonen har mange navn, deriblant Critical Care Outreach Nurse (CCON), Mobile Intensive Care Nurse (MICN) eller Liason Nurse (Bunkenborg og Petersen 2007; Jones et al. 2011; Tabanejad et al. 2014). Tanken er at MIS skal fungere som et lavterskeltilbud, slik at barrierene for tilkalling av hjelp fra sykepleierne på sengepost blir færre (Bunkenborg og Petersen 2007; Jones et al. 2011). Den mobile intensivsykepleieren skal ivareta pasientens interesser og forebygge forverring av en kritisk situasjon, samtidig som at han eller hun skal undervise og veilede sengepostens personale (Bunkenborg og Petersen 2007).

Tidligere utarbeidete funksjonsbeskrivelser for MIS er tett knyttet til Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Her står det at intensivsykepleieren skal inneha kompetanse og være i stand til å identifisere, samt iverksette tiltak på et tidlig stadium for å forebygge klinisk forverring. Intensivsykepleieren skal kunne gi kompenserende hjelp ved svikt i ett eller flere organer (NSFLIS 2002). Intensivsykepleieren innehar kompetanse innenfor akutt- og kritisk sykdom, samt hvordan dette skal observeres og håndteres. Samtidig innehar han eller hun kunnskaper om hvilke tiltak som må iverksettes når en pasient blir respiratorisk eller hemodynamisk ustabil (Nordtvedt 2008).

Tidligere forskning har vist at de hyppigste årsakene for tilkalling av MIS er problemer med respirasjonssystemet, herunder dyspné, hypoksi, takypné og slimstagnering samt endringer i hemodynamikk som hypotensjon og tachykardi. Problemer relatert til infeksjon og nevrologi er også hyppige grunner for tilkallelse. De vanligste tiltakene utført av MIS er innleggelse av perifert venekateter (PVK), håndtering av pleuradren, medikamentadministrering (herunder administrering av oksygen, inhalasjonsmedisiner, vanndrivende og betablokkere), samt generell rådgivning til sykepleieren på sengepost (Katadzic og Jelsness-Jørgensen 2017). Silva et al. (2016) viser til at bekymring for pasienten blant sykepleiere på sengepost er et hyppig brukt kriterium for å tilkalle hjelp fra RRS. Eliott et al. (2008) viser i sin forskning at sykepleiere på sengepost i utgangspunktet stiller seg positiv til bruken av en funksjon som MIS etter implementasjon av funksjonen. Odell et al. (2009) støtter opp dette med å stadfeste at sykepleiere på sengepost opplever økt trygghet ved å ha muligheten til å benytte seg av MIS. Samtidig tilegner sykepleierne på sengepostene seg kunnskap og nye måter å observere pasienten på.

1.4 Hensikt

Det er i liten grad tidligere beskrevet hvordan sykepleiere på sengepost ved lokalsykehus i Norge opplever at den økte arbeidsbelastningen og endringene i helsevesenet problematiserer deres utførelse av sykepleien de gir til pasientene. Hensikten med studien er å belyse sykepleiere på sengeposts eventuelle erfaringer fra pasientsituasjoner der de opplevde at deres kunnskapsnivå ikke strakk til og/eller der de ikke fikk tilstrekkelig hjelp fra kollegaer til å ivareta pasienten. Videre ønskes det å belyse hva de mener en funksjon som mobil intensivsykepleier eventuelt kan tilføre deres kliniske arbeid, og om de mener en slik ressursutnyttelse vil komme pasienten til gode ved at klinisk forverring av pasientens helse forebygges. Studien skal forsøke å besvare følgende problemstilling: *«Hvordan kan en mobil intensivsykepleier være hensiktsmessig som et lavterskeltilbud for sykepleiere på sengepost ved et lokalsykehus?»*

Studiens problemstilling vil i tillegg til å bli diskutert ut fra tidligere forskning og klinisk sykepleie bli diskutert ut ifra et pasientsikkerhetsperspektiv. I henhold til helsepersonelloven (1999, § 4) omhandler kravet om forsvarlig yrkesutøvelse at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og at det skal ytes omsorgsfull helsehjelp. Forsvarlighetsperspektivet begrenses til kun å omhandle kravet om faglig forsvarlighet. Kravet om at helsehjelpen skal være omsorgsfull utelates for å begrense og spisse perspektivet og diskusjonen.

Molven (2016) viser til at et av de helserettslige hovedprinsippene er at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig. Kravet om forsvarlighet retter seg både mot personell og virksomheter. Til dels retter kravet seg mot helsepersonellens enkelthandlinger og dels mot deres handlinger over tid. Kravet retter seg også mot virksomheters enkelthandlinger eller summen av virksomhetens handlinger over tid. Kravet om forsvarlig yrkesutøvelse fra den enkelte sykepleier er relativt og avhengig av kvalifikasjoner samtidig som at det avhenger av arbeidets karakter og situasjonen helsehjelpen gis i. Sykepleierne har plikt til å innhente og dokumentere opplysninger samt å innrette seg etter sine kvalifikasjoner. Videre pliktes de til å innhente bistand og søke samarbeid ved behov samtidig som at de skal instruere medhjelpere. Samtidig rettes kravet om forsvarlighet til virksomhetene som blant annet skal sikre forsvarligheten ved bemannings- og styringssystemer samt rutiner og prosedyrer.

Kunnskapen som studien gir kan ha betydning for klinisk sykepleie da den kan brukes som et grunnlag for utarbeidelse av støttefunksjoner som har som mål å bedre pasientsikkerheten innenfor spesialisthelsetjenesten.

2.0 Metode

I denne mastergradsoppgaven er det blitt benyttet kvalitativ metode. Kvalitativ metode er en forskningsstrategi for å beskrive og analysere karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. Mangfold og nyanser kommer gjerne fram ved bruk av kvalitativ metode (Krumsvik 2014; Malterud 2011) noe som gjør metoden aktuell for å besvare studiens problemstilling. Videre gir kvalitativ metode muligheten til å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik det oppleves for sykepleierne på sengeposten ved lokalsykehuset. Det ønskes en forståelse snarere enn en forklaring ved bruk av metoden (Dalen 2013; Krumsvik 2014; Malterud 2011; Postholm 2010). Metoden kan gi ny kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger som sykepleierne har. Videre er kvalitative tilnærminger egnet for å utforske dynamiske prosesser som samhandling, utvikling og helhet (Malterud 2011), noe som erfaringsmessig står sentralt i sykepleiernes hverdag.

Valget av metode begrunnes i problemstillingen som studien forsøker å besvare. Det er problemstillingen som avgjør metoden (Jacobsen 2015; Malterud 2011). Det er i forskningens verden i liten grad beskrevet hvilket behov sykepleiere på sengepost ved et lokalsykehus har for støtte i deres kliniske arbeid ut ifra deres erfaringer før en eventuell implementasjon av RRS.

Kunnskapsgrunnlaget som finnes er tynt samtidig som at det ikke er gitt for forskerne i denne studien hva svaralternativene er, da forskerne ikke selv befinner seg i deres situasjon. Malterud (2011) viser til at kvalitative metoder er egnet når forskeren beveger seg i ukjent terreng eller der det som skjer i liten grad er beskrevet. En kvalitativ tilnærming må derfor brukes der det stilles åpne spørsmål uten forhåndsdefinerte svarkategorier. Hvis mastergradsoppgaven skal vurderes i et klinisk kvalitetssikringsperspektiv vil også en kvalitativ tilnærming kunne gi handlingsalternativer som ikke var tenkt på i forkant da det ikke finnes noen forhåndsbestemte svarkategorier (Malterud 2011). En kvalitativ tilnærming gir data av høy relevans da det legges få føringer for hvilke data som samles inn da det er de som undersøkes som definerer forståelsen av fenomenet (Jacobsen 2015).

2.1 Design

For å besvare studiens problemstilling er det blitt utført to fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju er mer eller mindre strukturerte gruppeintervju der en moderator forsøker å fokusere gruppediskusjonen til spesifikke tema (Halkier 2010; Krumsvik 2014). Bakgrunnen for valget av fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmåte er blant annet at Jacobsen (2015) viser til at fokusgruppeintervju er spesielt egnet når det er ønskelig å utvikle ny kunnskap om et fenomen og når det temaet som skal diskuteres er relativt avgrenset. Fremgangsmåten anses derfor for å være en naturlig måte å innhente data på for å besvare studiens problemstilling. Fokusgruppeintervju er

særlig aktuelt blant annet ved vurdering av et implementasjonstiltak i arbeidssammenheng (Krumsvik 2014).

En av årsakene til at fremgangsmåten ble foretrukket framfor individualintervju er at ved fokusgruppeintervju hjelper informantene hverandre med sine utsagn til å komme på aktuelle hendelser, samt at de får hjelp til å utdype beskrivelser av hendelser og erfaringer (Halkier 2010; Krumsvik 2014; Malterud 2011; Postholm 2010). Dette gjør fokusgruppeintervju overlegent i forhold til individuelle intervju for å få fram hvorfor mennesker har det synspunktet de har (Jacobsen 2015). Fokuset i et fokusgruppeintervju vil være å få fram mange forskjellige synspunkter om emnet som er i fokus (Kvale og Brinkmann 2009). Dette ble gjort blant annet ved at det ble benyttet en ikke-styrende intervjustil og ved at det ble lagt til rette for motstridende meninger basert på informantenes erfaringer.

Studiens problemstilling er eksplorativ. Det er et ønske om å eksplorere noe der svaret ikke allerede foreligger. Jacobsen (2015) viser til at en eksplorerende problemstilling krever en metode som får fram nyanser, som går i dybden og som er følsom for uventende forhold. Det ble derfor valgt et intensivt undersøkelsesopplegg. Intensive undersøkelsesopplegg retter seg mot å få en detaljert og grundig forståelse for et fenomen. Intensive opplegg har mange variabler, men få enheter. Undersøkelsesopplegget er virkelighetsnært, noe som betyr at undersøkelsen tar utgangspunkt i de som blir studert, deres forståelse og den konteksten de inngår i (Busch 2013; Jacobsen 2015). Det er blitt benyttet en induktiv tilnærming som går ut på at det trekkes slutninger fra det spesielle til det mer allmenne (Christoffersen et al. 2015; Malterud 2017).

Studien er fenomenologisk inspirert. Nortvedt et al. (2012) og Thomassen (2006) viser til at ved en fenomenologisk tilnærming blir menneskelige opplevde erfaringer studert nærmere, noe som kan bidra til at det oppnås en bedre forståelse for hvordan sykepleierne på sengepostene opplever sin situasjon. Det at studien er fenomenologisk inspirert betyr også at det er blitt forsøkt å utforske det aktuelle fenomenet på en åpen og naiv måte (Postholm 2010).

2.2 Utvalg

For å sikre best mulig intern validitet ble det rekruttert et strategisk utvalg. Dette innebærer at det ble valgt ut personer som studiens forskere mener kan belyse problemstillingen. Wibeck (2010) forklarer strategiske utvalg som et utvalg personer som gir dypere innsikt i hva en mindre gruppe mennesker har å si om et spesifikt tema. Strategiske utvalg gir data som har best mulig potensial til å kaste lys over den aktuelle problemstillingen (Malterud 2011).

Det ble tatt kontakt med klinikkleder i Klinikk for kirurgi og klinikkleder i Klinikk for medisin og rehabilitering ved det aktuelle informantsykehuset for å innhente samtykke til utførelse av studien. Lokal «Data Access Committee» (DAC) fikk også informasjon i henhold til deres informasjonskrav for godkjenning av prosjektet (Vedlegg 1). Det ble skrevet et brev til klinikkledere (Vedlegg 2) og til seksjonslederne (Vedlegg 3) med informasjon om studien. Vedlagt det elektroniske brevet lå studiens prosjektplan. Det ble i brevet til seksjonslederne bedt om bistand til rekruttering av informanter til det strategiske utvalget. Den bistanden det ble bedt om var at seksjonslederne skulle foreslå aktuelle informanter til utvalget. Det ble i brevet etterspurt to eller tre sykepleiere. Der det ble etterspurt to informanter ble det bedt om én informant med under to års arbeidserfaring og én informant med mer enn syv års arbeidserfaring som sykepleier. Det ble bedt om tre informanter fra to avdelinger. Ved den ene av de to avdelingene ble det bedt om én sykepleier med mer enn syv års arbeidserfaring og to sykepleiere med mindre enn to års arbeidserfaring. Ved den andre avdelingen ble det bedt om to sykepleiere med mer enn syv års arbeidserfaring og én sykepleier med mindre enn to års arbeidserfaring. Dette ble gjort for å kunne danne fokusgrupper med informanter som hadde like brudd- og kontrollegenskaper.

Det ble i utgangspunktet valgt ut syv informanter fra Klinikk for kirurgi og åtte informanter fra Klinikk for medisin og rehabilitering. Grunnet et uanmeldt frafall i det siste fokusgruppeintervjuet ble det til slutt seks informanter fra Klinikk for kirurgi og åtte informanter fra Klinikk for medisin og rehabilitering. Totalt ble det dermed rekruttert 14 informanter og cirka-kravet fra behandlingsansvarlige institusjon vedrørende antall deltakere i mastergradsoppgaven ble dermed innfridd. Det ble totalt registrert fire frafall i studien, noe som førte til at rekrutteringsprosessen pågikk i flere runder.

Å sette sammen helt homogene fokusgrupper kan være lurt for at utvekslingen av erfaringer skal gå lettest mulig (Jacobsen 2015; Malterud 2017). Likevel kan det noen ganger med fordel opprettes en middels homogen gruppe der det er én eller noen få bruddegenskaper. Middels homogene grupper gir et større spekter av ulike opplevelser og synspunkter og vil kunne gi interessante synspunkter i brytninger mellom ulike opplevelser av samme fenomen (Jacobsen 2015). Fokusgruppene i denne studien ble satt sammen slik at de sykepleierne med mer enn syv års erfaring utgjorde en gruppe, mens de sykepleierne med mindre enn to års erfaring utgjorde en gruppe. Dette gjorde at både yrke og erfaring utgjorde kontrollegenskapene samtidig som at en bruddegenskap var at informantene jobbet på forskjellige avdelinger. Tanken bak dette var at informantene dermed hadde et felles erfaringsgrunnlag som kunne legge til rette for en enklere meningsutveksling samtidig som at bruddegenskapen kunne bidra til at det kom fram flere nyanser av det aktuelle fenomenet.

I utgangspunktet kunne alle sykepleiere som jobbet på sengepost ved et lokalsykehus i Norge inkluderes så lenge de hadde under to års arbeidserfaring som sykepleier eller mer enn syv års arbeidserfaring som sykepleier. Sykepleiere som ikke hadde daglig pasientkontakt, herunder blant annet seksjonsledere og fagutviklingssykepleiere, ble ekskludert.

2.3 Datainnsamling

2.3.1 Intervju

De 14 informantene ble delt opp i to grupper. Bakgrunnen for at det ble valgt å dele informantene i to grupper, med seks og åtte informanter i hver, var at dette er det som samsvarer med hva litteraturen sier om hvilken størrelse på fokusgruppene som er fordelaktig (Halkier 2010; Jacobsen 2015). De to fokusgruppeintervjuene ble utført samme dag i midten av februar 2019. Av praktiske hensyn for informantene ble selve intervjuet utført på sykehusområdet. Dette var for å legge til rette for at de som var på jobb ikke trengte å forflytte seg langt unna sin arbeidsplass, samtidig som at intervjuet ble noe distansert fra avdelingen slik at det ikke oppsto forstyrrelser fra de respektive avdelingers dagligdagse virke. Før intervjuet startet var det satt av 10 minutter til informasjon og for at informantene kunne stille eventuelle spørsmål om studien. Informantene ble på forhånd informert om tidspunktet før oppstart av intervjuet og at intervjuet ikke ville ta lengre enn 120 minutter. Det første fokusgruppeintervjuet varte i underkant av 102 minutter, mens det andre fokusgruppeintervjuet varte i cirka 79 minutter. Intervjuene ble tatt opp med en båndopptaker.

Foruten informantene i hver enkelt gruppe var begge prosjektmedarbeiderne tilstede i intervjusettingen. I samsvar med beskrivelser i litteraturen for gjennomføring av fokusgruppeintervju fungerte den ene prosjektmedarbeideren som moderator og den andre som sekretær (Malterud 2017). Arbeidsoppgavene til sekretæren var å notere hovedmomenter fra stemningen som ikke kom fram på lydopptaket samt å navnfeste replikkene. Moderatoren hadde en mer styrende rolle og sørget blant annet for at alle kom til orde samt at samtalen fikk mest mulig konkret forankring til det temaet som skulle belyses. Prosjektmedarbeidernes roller som moderator og sekretær ble byttet om til det andre fokusgruppeintervjuet.

I forbindelse med studiens prosjektplan ble det utarbeidet en intervjuguide (Vedlegg 4).

Intervjuguiden bar preg av et undersøkelsesopplegg med lav strukturingsgrad. Etter hvert som studien tok mer form og prosjektmedarbeiderne skaffet seg større innsikt i temaet ble intervjuguiden noe endret, noe som ikke er uvanlig ifølge Malterud (2017). Intervjuguiden inneholdt også tips fra litteraturen til moderator for å gjøre datainnsamlingen så optimal som mulig.

2.3.2 Informasjon

Samtidig som at det ble sendt ut elektronisk invitasjon til informantene om å delta i studien ble det vedlagt et informasjonsskriv (Vedlegg 5). I informasjonsskrivet ble studiens formål beskrevet. Videre ble det beskrevet hvem som var ansvarlig for prosjektet, hvorfor informanten fikk spørsmål om å delta, hva det innebar å delta og at det var frivillig deltakelse. Det ble beskrevet hvordan opplysningene ble håndtert, hva som ville skje med opplysningene etter prosjektslutt og informantens rettigheter. Kontaktinformasjon til prosjektleder, prosjektmedarbeidere, behandlingsinstitusjonens personvernombud og Norsk senter for forskningsdata (NSD) ble beskrevet. Nederst på informasjonsskrivet var det en samtykkeerklæring som informantene skrev under og leverte til prosjektmedarbeiderne før intervjuet fant sted. Informasjonsskrivet ble skrevet ut ifra en mal utgitt av NSD for å sikre at de krav som stilles til et slikt informasjonsskriv ble møtt.

Olssons og Sörensens (2003) huskeliste for informasjon til informantene før intervjuoppstart ble benyttet. Informantene ble presentert for prosjektlederen og prosjektmedarbeiderne. Videre ble rollene til prosjektmedarbeiderne i selve intervjuet forklart nærmere. Det ble så åpnet opp for at deltakerne fikk presentere seg for hverandre. Målsettingen og hensikten med studien ble forklart før det ble gjort rede for hva som skulle gjøres med den innsamlede dataen. Det ble åpnet opp for at informantene kunne spørre om det som eventuelt var uklart før det ble fortalt at informantene kunne uttale seg fritt og at de ble oppfordret til å si det de virkelig mente, for på den måten å få fram forskjellige oppfatninger. Informantene ble forsikret om konfidensialitet og anonymitet før det ble spurt om noen ønsket å trekke seg.

2.3.3 Oppsummering og transkribering

Etter at fokusgruppeintervjuene var gjennomført oppsummerte moderatoren og sekretæren de viktigste samhandlingsmessige hovedpunktene. Samtidig var prosjektmedarbeiderne tydelig på at dette ikke skulle bli brukt til en preliminær analyse der innholdspunktene ble sammenfattet, slik som Malterud (2017) påpeker er av viktighet.

Lyddopptakene fra intervjuene ble transkribert ordrett. Transkriberingen ble utført av prosjektmedarbeiderne selv. Dette ble gjort for å få en mest mulig korrekt gjengivelse av det som ble sagt, noe som Malterud (2017) hevder styrker validiteten av analysen.

2.4 Dataanalyse

Det er blitt utført en tverrgående analyse. Analysemetoden som er benyttet er systematisk tekstkondensering. Systematisk tekstkondensering er en pragmatisk metode for tematisk

tværgående analyse av kvalitative data og kan brukes til analyse av mange typer empiriske data med ulik grad av teoretisk forankring. Analysestrategien går ikke bredt ut innledningsvis med et stort antall tema eller koder slik som det gjøres i mange andre analysemetoder for tværgående analyse. Organiseringen av data starter med et begrenset antall foreløpige temaer som videreutvikles til kodegrupper (Malterud 2017). Nærmere beskrivelse av hvordan analyseringen er utført ved hjelp av systematisk tekstkondensering er gjengitt i kapittel 2.4.1 og tilhørende underkapitler.

Valget av en tværgående analysemodell begrunnes med at en langsgående analyse representerer en viss risiko for at forskerne mister kontakt med konteksten samtidig som at en slik analyse krever mer kompetanse på teori og metode enn en tværgående analyse (Malterud 2017). Bakgrunnen for valget av analysemetode er at denne metoden passer prosjektmedarbeiderne bra da den ifølge Malterud (2017) er utviklet med tanke på å gi nybegynnere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte. Dette kan gjøres uten forutsetninger knyttet til filosofiske røtter eller kvalitative metodetradisjoner. En trinnvis analysemetode, slik som systematisk tekstkondensering, skjerper prosjektets fokus og problemstilling samtidig som at den letter totaloversikten.

2.4.1 Systematisk tekstkondensering – fire trinn

Systematisk tekstkondensering er en induktiv fenomenologisk-inspirert analysemetode som gjennomføres i fire trinn. Første trinn innebærer å få et helhetsinntrykk før det i andre trinn blir identifisert meningsbærende enheter. I tredje trinn abstraheres innholdet i de meningsbærende enhetene før betydningen av dette sammenfattes i fjerde trinn (Malterud 2017).

2.4.1.1 *Trinn 1: Helhetsinntrykk*

Første trinn av analysen utførte prosjektmedarbeiderne hver for seg. Trinnet går ut på å bli kjent med materialet. De transkriberte sidene ble lest og det ble dannet et helhetsbilde. Det ble jobbet aktivt med å sette forforståelsen og de teoretiske referanserammene til side og all trang til systematisering ble etter beste evne forsøkt frastått. Etter at teksten var lest igjennom skrev prosjektmedarbeiderne ned hvilke foreløpige temaer de skimtet i teksten. Begge prosjektmedarbeiderne skrev ned temaer som ikke var nevnt i intervjuguiden, noe som ifølge Malterud (2017) er et tegn på kreativ og iterativ analyse og at forforståelsen ikke forfølges i for stor grad.

2.4.1.2 *Trinn 2: Meningsbærende enheter*

I andre analysetrinn ble den delen av materialet som skulle studeres nærmere organisert. Den øvrige delen av materialet ble foreløpig lagt til side. Dette trinnet utførte forskerne i felleskap på bakgrunn

av tanken om at den ene forskeren kan oppdage detaljer som den andre ikke legger merke til. Arbeidet med trinn to begynte med at forskerne møtte hverandre for å sammenligne de foreløpige temaene som var skrevet ned i trinn en. Noen temaer var sammenfallende, samtidig som at andre temaer var mer sprikende. Det ble til slutt dannet seks kodegrupper. Det transkriberte materialet ble så gjennomgått linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Irrelevant tekst ble skilt ut og de meningsbærende enhetene ble plassert i hver sine kodegrupper. Etterhvert som meningsbærende enheter ble identifisert og sortert ble det behov for å revidere gruppene. Dette skjedde flere ganger. Enkelte kodegrupper ble slått sammen, mens andre ble delt opp. For hver revidering av kodegruppene ble materialet på nytt gjennomgått for en ny sortering av de meningsbærende enhetene. Til slutt ble det dannet tre kodegrupper som ble ansett som gjensidige utelukkende. Selve kodeprosessen ble utført fysisk og materielt. Datateknologi kunne blitt brukt for å lette arbeidet og spare tid, men bruk av dataprogrammer for koding og sortering av tekst kan skape vansker med å se mønstre og helhet (Malterud 2017) og ble derfor valgt bort.

2.4.1.3 Trinn 3: Kondensering

Slik som i trinn to av analysen ble trinn tre utført i felleskap. Hver kodegruppe ble i dette trinnet gjennomgått systematisk og det ble dannet subgrupper som de meningsbærende enhetene ble plassert inn i. Bakgrunnen for at dette trinnet ble utført i felleskap er at subgruppene på den måten skulle presentere de nyanser av fenomenet som ble studert. Dannelsen av subgrupper førte til nye revideringer av kodegruppene. Videre ble det utarbeidet kondensater og gullsitater. Kondensatene, som er kunstige sitater, har som funksjon å omsette det konkrete innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene til en mer generell form, mens gullsitatene har som funksjon å abstrahere kondensatene (Malterud 2017). For å danne kondensater ble det tatt utgangspunkt i en av de meningsbærende enhetene i hver sin respektive subgruppe før det ble skrevet inn tekst fra de øvrige meningsbærende enhetene rundt denne. Det ble gjort en vurdering for hver eneste meningsbærende enhet om hvorvidt den skulle inngå i kondensatet, eller om den skulle sorteres et annet sted eller fjernes helt. Kondensatene utgjorde på denne måten en sum av informantenes stemmer. Arbeidet med forming av kondensater og gullsitater kunne vært gjort individuelt for å spare tid. Det var likevel enighet om at også denne delen av analysetrinnet skulle utføres sammen slik at det ble skapt en størst mulig felles forståelse for hvilken mening de meningsbærende enhetene ga. Samtidig ble det ansett at et slikt arbeid i felleskap dannet et best mulig grunnlag for at resultatet skulle gi en gyldig beskrivelse av den sammenhengen de meningsbærende enhetene ble hentet ut fra.

2.4.1.4 Trinn 4: Syntese

Dette trinnet ble delvis utført individuelt. Analyseenheterne ble delt opp og ut ifra kondensatene utviklet prosjektarbeiderne analytiske tekster hver for seg. Etter arbeidet med å danne analytiske tekster var utført ble det i fellesskap dannet overskrifter. Videre ble gullsitatene vurdert på nytt og revidert. Det ble så utført et grundig arbeid med å validere funnene. De analytiske tekstene og navnene på resultatkategoriene ble gjennomgått og sett opp mot den sammenhengen de ble hentet ut fra. Det ble lett etter data som motsa konklusjonene og det ble gjort en vurdering på hver enkelt informants bidrag til studien. Enkelte informanter ga større bidrag enn andre, men alle informantenes bidrag ble representert i de analytiske tekstene. Etter at valideringsarbeidet var utført ble det både i fellesskap og senere individuelt gjort en vurdering av funnene opp mot foreliggende empiri og teori. Det ble utført nye litteratursøk og resultatets relevans ble vurdert.

2.5 Forskningsetiske overveielser

Jacobsen (2015) viser til at det skal gjøres grundige etiske overveielser i all forskning. I denne studien er det gjort en vurdering på informantens risiko for mulige belastninger ved deltakelse. Gjennom intervjuet ga sykepleierne forskerne innsikt i egne kunnskaper og erfaringer. Det var derfor viktig å understreke for informantene at all data, samt informasjon om eventuelle personopplysninger ville bli anonymisert i henhold til gjeldende lovverk og retningslinjer slik som blant andre Fredslund og Dahlager (2005) påpeker er av viktighet. Informantene ble i forkant av intervjuet informert om hensikten med prosjektet, noe Malterud (2011) mener er viktig for å skape et tillitsforhold mellom informanten og forskeren. Et godt tillitsforhold er ifølge Malterud (2011) nødvendig for å få fram god og presis informasjon for å kunne utforme en kunnskapsrik og praksisnær forskning.

For at informantene skulle føle at nettopp deres behov var ivaretatt ble informert samtykke en grunnleggende forutsetning. Dette innebærer at deltakerne fikk valget om de ville delta i studien og at deltakerne ble informert om eventuelle farer, ubehageligheter og fordeler det kunne medføre å delta. Informantene ble informert om muligheten for å trekke seg, uten at de måtte gi noen begrunnelse for dette. Skulle dette skje ville det vedkommende delte under intervjuet bli slettet fra oppgaven. Informert samtykke ble sikret med informasjonsskrivet informantene fikk tilsendt.

Det er ikke bare i intervjusettingen at det oppstår etiske problemstillinger i kvalitative undersøkelser (Kvale og Brinkmann 2009). I planleggingsfasen ble det gjort en vurdering på hvilke mulige konsekvenser studien kunne ha for informantene. Samtidig ble konfidensialitetshensynet vurdert kontinuerlig i løpet av transkriberingen og det ble gjort overveielser vedrørende hva det vil si å foreta en lojal skriftlig transkripsjon. I analyseringen ble det reflektert over blant annet hvor dypt og kritisk

intervjuene kunne analyseres. Det er i alle fasene av studien gjort slike grundige etiske overveielser. Samtidig har veileder/prosjektleder til enhver tid hatt muligheten til å komme med innspill på de etiske aspektene av studien.

Jacobsen (2015) sier at en forsker ofte vil møte større åpenhet og bedre tillitt om han eller hun vet hvem som kan kontaktes eller delta i slike studier. I tillegg kan det være ulemper med å ha kjennskap til deltakerne. Det kan da være vanskelig å holde den avstanden som det bør være til det som det skal forskes på. I og med at studien ble utført på et lokalsykehus der forskerne selv er ansatt ble sistnevnte punkt grundig reflektert over både før, under og etter datainnsamlingen.

Å benytte seg av fokusgrupper for å besvare en problemstilling gir i seg selv etiske utfordringer. Malterud (2012) viser til at forskerne i rekrutteringsfasen av en fokusgruppestudie skal være årvåke slik at ingen føler seg presset til å delta. Rekrutteringen av informanter til det strategiske utvalget ble gjort gjennom informantens nærmeste leder. Det ble gjort overveielser om hvorvidt dette var etisk riktig, da det kan pekes på at leder er i en maktposisjon ovenfor informanten og at informanten dermed kunne føle seg presset til å delta. Av den grunn ble rekrutteringen utført slik at lederen kun kom med forslag på informanter til det strategiske utvalget, mens forskerne selv tok kontakt med de foreslåtte informantene.

Malterud (2012) viser til at samhandlingen i en fokusgruppe kan lede til uforutsette situasjoner der prosjektarbeiderne må legge inn en ekstra innsats for å ivareta en eller flere deltakere på etisk forsvarlig vis. Dette gjorde at forskerne til enhver tid, og også da i løpet av datainnsamlingen, måtte ha fokus på forskningsetikken. Moderatoren hadde en viktig rolle når det kom til dette. Det var moderatoren sin oppgave å ivareta respekten for, og verdigheten til informantene. Samtidig skulle moderatoren påse at informantene ikke følte seg presset til å si mer enn de ønsket. Det er også viktig å huske på at forskningsmessig sensitivitet er subjektivt, relativt og sosialt konstruert. Det som oppleves som et sensitivt tema for en person, trenger ikke å oppleves slik for andre (Malterud 2012). Det ble derfor gjort en vurdering på hva som kunne oppleves sensitivt for hvem og gjensidig taushetsplikt ble en forutsetning for gruppediskusjonen.

Datatilsynet (2018) sier at ved å bruke lydopptak vil det registreres hvordan personens stemme høres ut. Dette blir sett på som en personopplysning, og det ble derfor nødvendig å få godkjenning av NSD for gjennomførelse av studien (Vedlegg 6). Tilegnet informasjon ble håndtert ut ifra NSDs anbefalinger og retningslinjer. Personopplysninger ble innhentet i forkant av lydopptak og informantene fikk et randomisert nummer på en navneliste for å skilles fra hverandre. Lydfilene ble

lagt over på en USB-minnebrikke og oppbevart i et innelåst skap, atskilt fra annet forskningsmateriale. Etter transkribering ble lydfilene slettet. Lydfilene var kun tilgjengelige for prosjektmedarbeiderne og eventuelt veileder på forespørsel. Transkriberingen ble kodet og anonymisert. All rådata ble slettet etter studieslutt. Ifølge Dalland (2017) skal all medisinsk og helsefaglig forskning som omhandler helseopplysninger, mennesker eller menneskelig biologisk materiale søkes om til regional etisk komite (REK). Forskningen utført i denne studien kommer ikke inn under dette. Det var derfor ikke nødvendig å søke godkjenning hos REK, noe som ble støttet opp av veileder/prosjektleder ved behandlingsansvarlige institusjon.

3.0 Resultat

Alle informantene i studien bidro til beskrivelser som kaster lys over studiens problemstilling, som var: «Hvordan kan en mobil intensivsykepleier være hensiktsmessig som et lavterskeltilbud for sykepleiere på sengepost ved et lokalsykehus?»

Tre hovedkategorier ble i forbindelse med analysearbeidet identifisert. Disse tre var «En spesialisthelsetjeneste under press», «Samhandling» og «Behov for intensivsykepleierens kompetanse». I hver hovedkategori ble det identifisert to til tre subkategorier. Kategoriene og subkategoriene presenteres i tabellform i kapittel 3.1. Deretter vil resultatet presenteres i løpende tekst i påfølgende kapitler.

3.1 Kategorier og subkategorier

Hovedkategori	Subkategorier
En spesialisthelsetjeneste under press	<ul style="list-style-type: none">• Pressede spesialavdelinger• Den komplekse pasienten på en allerede presset sengepost
Samhandling	<ul style="list-style-type: none">• Følelsen av å ikke bli hørt• Et tidvis utfordrende tverrfaglig samarbeid• Et varierende sykepleiefaglig samarbeid
Behov for intensivsykepleierens kompetanse	<ul style="list-style-type: none">• Vurdering og tiltak• Trygghet• Rådgiving, undervisning og kompetanseheving

3.2 En spesialisthelsetjeneste under press

Informantene fortalte om en arbeidshverdag som bærer preg av at de tjenestene som spesialisthelsetjenesten tilbyr er svært etterspurte og at dette påvirker hverdagen på sengeposten. Det ble identifisert to subkategorier: «Pressede spesialavdelinger» og «Den komplekse pasienten på en allerede presset sengepost».

3.2.1 Pressede spesialavdelinger

Alle informantene ga uttrykk for at de i deres hverdag opplever at spesialavdelingene på sykehuset (intensiv og medisinsk overvåkningsavdeling) er under stort press. I begge fokusgruppeintervjuene fortalte informantene om opplevelsen av at hvis det er «fullt på et sted så er det fullt alle steder», og det var bred enighet om at det er vanskelig å få flyttet pasienter fra sengeposten til spesialavdelingene. En informant i det første fokusgruppeintervjuet med sykepleiere som hadde over syv års erfaring fortalte om opplevelsen av at det før i tiden ble brukt langt større klinisk blikk og skjønn i vurderingen av om pasienten måtte på intensiv. Dette ble understøttet av samtlige informanter i fokusgruppen. Informantenes utsagn ga grunnlag for en forståelse om at klinisk blikk og «magefølelse» nå er tilsidesatt til fordel for standardiserte målinger og observasjoner. Det ble sagt at sykepleiere i dag har langt flere verktøy å hjelpe seg med og at pasientene screenes for ernæringsrisiko, fallrisiko og risiko for klinisk forverring i form av NEWS. Noen av informantene uttalte at det å utføre alle disse screeningene går på bekostning av å få utarbeidet et bedre klinisk blikk da de i dag får mindre tid til å se pasienten.

«Sykepleiere i dag mister pasientkontakten og det går på bekostning av pasientens behov. Dataen og det tekniske tar over mye av hverdagen. Vi får aldri spørsmål om vi har sett pasientene, men i stedet får vi spørsmål om vi har rukket å screene dem».

«Før i tiden kunne vi ringe til legen å fortelle at pasienten var dårlig og at han måtte flyttes til intensiv og da ble dette gjort» sa en informant og hentydet med utsagnet at det ikke er like enkelt å overflytte en pasient nå til dags. Det kom fram detaljerte beskrivelser med eksempler fra sykepleiernes kliniske hverdag om hvordan overflyttingsprosessen oppleves den dag i dag. Sykepleierne beskrev at de opplevde at «alt» skal være forsøkt på sengeposten før en eventuell overflytting kan skje, samtidig som at de opplever at pasienten faller ytterligere da de tiltakene de iverksetter ofte ikke er tilstrekkelige.

En informant i fokusgruppen for de med under to års erfaring som sykepleier fortalte at hun ofte opplever det hun beskrev som en kamp for å få flyttet pasienten til intensiv når hun ikke anser det som forsvarlig at pasienten blir værende på sengeposten. *«Det er ofte jeg er i kamper for pasientene. Jeg kjemper for pasientene mine!»* sa informanten og viste med sitt kroppsspråk og sitt trykk på ordet «kjemper» at hun er på jobb for pasientens beste. Flere informanter mente dette var gjenkjennbart og i begge fokusgruppene ble det fortalt rikholdige historier om slike «kamper» som kan vare i en hel

vakt. Utsagnene, og måten de ble fremstilt på, kan tolkes slik at det behandlingstilbudet pasienten får ikke samsvarer med det tilbudet sykepleierne mener pasienten har behov for.

Et tilbakevendende tema i begge fokusgruppene var bruken av skåringsverktøy for vurdering av pasienten og hvilke tiltak som etter prosedyren skulle utføres hvis pasienten fikk en gitt skår. Flere informanter fortalte om hyppig bruk av skåringsverktøyet NEWS, men at skåringen av pasienten ikke nødvendigvis kommer pasienten til gode da de anbefalte tiltakene, herunder endring av behandlingsnivå, ikke nødvendigvis blir fulgt. En informant påpekte spontant at hun mente at det ville blitt enklere å få flyttet pasienten til intensivavdelingen hvis sykehuset hadde hatt en ordning med for eksempel en mobil intensivsykepleier som kunne tilsett pasienten på sengeposten. Flere informanter sa seg enige i dette og det ble pekt på at dette ville medføre en større faglig tyngde i vurderingen av pasientens behandlingsnivå.

Alle informantene i fokusgruppene har tidligere erfart at når de først får pasienten flyttet til en spesialavdeling så kommer det ofte pasienter i retur da spesialavdelingene er fulle. Dette er pasienter som ble beskrevet som i utgangspunktet for dårlige til sengeposten, men som friskere enn den pasienten de leverer fra seg. En informant beskrev dette som at pasientene blir kasteballer i systemet, og mange stilte seg spørrende til hvor pasientsikkerheten er når de får slike pasienter i retur. En av informantene hevdet at det dessverre har blitt slik at pasientsikkerheten er avhengig av hvor travelt det er på sykehuset. I begge fokusgruppene fortalte informantene historier som kan relateres til denne påstanden. Flere informanter på de kirurgiske avdelingene fortalte om at de stadig oftere må ta imot postoperative pasienter på operasjonsdagen selv om de i utgangspunktet skal ligge på intensivavdelingen til 1. postoperative dag. Fra de medisinske avdelingene ble det blant annet fortalt om at hvis det er fullt på spesialavdelingene må de starte opp BiPAP-behandling på sengeposten. Dette skal i utgangspunktet ikke skje i henhold til gjeldende prosedyre.

«Nå til dags er det nesten umulig å flytte en pasient til intensiv. Det er alltid fullt. Vi skal prøve alt mulig på sengeposten før en eventuell overflytting, noe som resulterer i at pasienten faller ytterligere og får intensivbehandling for sent. Jeg undrer meg over hvor pasientsikkerheten er».

3.2.2 Den komplekse pasienten på en allerede presset sengepost

I fokusgruppen for de sykepleierne som hadde over syv års erfaring var alle enige om at pasientene er langt mer komplekse nå enn tidligere. En informant med lang erfaring som sykepleier pekte på at samtidig som at pasientene nå raskere blir overflyttet fra intensiv til sengeposten må sykepleierne ta over oppgaver som før enten var forbeholdt legene eller spesialavdelingene. Dette blir opplevd som

negativt, da det er knyttet mye usikkerhet til hvordan oppgavene skal håndteres samtidig som at sykepleierne allerede er presset på tid.

En informant fortalte at pasientene nå ofte kommer fra intensiv med ukjent utstyr og at det oppleves som tilfeldig hvor bra behandling pasienten får avhengig av om de som er på jobb har erfaring med bruk av utstyret. Samme informant fortalte at fokuset i arbeidshverdagen er på drift og ikke fagutvikling, noe som resulterer i at det ikke er tid til å lese seg opp og sette seg inn i utstyret. En annen informant pekte på at pasientene er så komplekse at hun tidvis har problemer med å gi informasjon til pasient og pårørende om behandlingen, når hun ikke selv klarer å se sammenhengen mellom symptomer og tiltak. Informanten fortalte om en opplevelse av å føle seg liten i slike situasjoner når hun gjør en jobb der hun *«ikke helt forstår hva hun egentlig holder på med»*.

«Vi skal ta over flere legeoppgaver nå enn tidligere. Det hadde vært trygt å ha noen i bakhånd eller sammen med deg de første gangene disse oppgavene skal bli gjennomført. Oppgavene fra legene til sykepleierne overføres noen ganger for raskt, uten at det tenkes gjennom faglige og etiske konsekvenser».

Flere sykepleiere pekte på at den faglige standarden på sykepleien som blir gitt til pasientene på sengeposten er god, men at grunnbemanningen ikke muliggjør en optimal ivaretagelse av de komplekse pasientene. *«Bemanningen er den samme som før samtidig som at pasientene som kommer fra intensiv og de som legges inn direkte til oss er mer ressurskrevende og komplekse sammenlignet med tidligere»* fortalte en informant med lang erfaring som sykepleier. Utsagnet til informanten kan i den sammenhengen, og på måten det ble uttalt, tolkes slik at hun mente at sikkerheten til pasientene har gått i negativ retning grunnet dagens bemanningssituasjon. Det ble fortalt historier om pasienter som i enkelte tilfeller har kommet for raskt til sengeposten på grunn av trykket på intensiv, noe som har resultert i at pasientene må legges tilbake på intensiv etter svært kort tid.

Flere av informantene mente at trykket som er på intensivavdelingen fører til videre trykk nedover i systemet og til sengeposten. Pasientsikkerheten til de dårligste pasientene var riktignok til stadighet et tilbakevennende tema, men et tema som i enda større grad ble diskutert var pasientsikkerheten til de øvrige pasientene. En informant fortalte at legen for eksempel kan bestemme at det skal gjøres observasjoner og tas målinger av vitale parametere hver halvtime av en pasient, men at bemanningen ikke tillater dette da sykepleierne på en sengepost har ansvaret for mange pasienter

samtidig. En annen informant beskrev det slik at de øvrige pasientene på sengeposten blir neglisjert på grunn av at hun må ivareta en pasient som i utgangspunktet ikke burde ligget på sengeposten.

Mange av informantene påpekte at bemanningen, spesielt på kveld, natt og helg, ikke legger til rette for ivaretagelse av så ressurskrevende pasienter som sengeposten ofte har. Samtidig ble det av flere informanter pekt på at de utenfor normal arbeidstid ofte kun har en sykepleierstudent eller en helsefagarbeider ved sin side. Dette skaper spesielt problemer når de har en pasient som er ustabil da den som ikke er sykepleier ikke har kompetanse til å ivareta pasienten. Sykepleierstudenten eller helsefagarbeideren må dermed ivareta resten av avdelingen da sykepleieren blir fastlåst inne på rommet til den ustabile pasienten. En informant fortalte om at følelsen av å ha skulle vært flere steder samtidig ofte opptrer i slike situasjoner, noe som flere av informantene sa seg enige i. Samtidig fortalte flere informanter i begge fokusgruppene om at de ofte føler seg alene i slike situasjoner.

«Pasientene vi har på sengepost i dag er dårligere, men bemanningen er den samme som før. Ledelsen sliter med å få hentet inn kompetente sykepleiere. I stedet for å regne antall sykepleiere, regnes det antall hoder og hender for å få hverdagen til å gå opp. Det virker som om kompetansen ikke er så viktig lenger».

En informant fortalte at hun en kveldsvakt ble stående inne på rommet til en ustabil og dårlig pasient hele vakten, mens de to andre som var på jobb måtte ivareta de 15 andre pasientene. *«Og de to andre, de løp skal jeg love deg!»* sa hun, noe som kan tolkes dithen at ressursene på avdelingen ikke møtte arbeidsmengden. En annen informant fortalte om en situasjon med en dårlig pasient som to sykepleiere jobbet med å ivareta i syv og en halv time før han ble flyttet til intensivavdelingen. Dette mente hun gikk ut over pasientsikkerheten til den dårlige pasienten, men også de øvrige pasientene på avdelingen. Sykepleieren fortalte om denne hendelsen med en oppgitthet i både stemme og kroppsspråk som kan tolkes slik at hun mente en overflytting til intensiv skulle skjedd langt tidligere.

«Pasientene våre blir bare dårligere og dårligere samtidig som at vi blir pålagt flere og flere oppgaver. Vi har ikke ressurser til å ivareta de aller dårligste pasientene som ligger til oss på sengeposten. Det er naturlig å stille spørsmål ved pasientsikkerheten til de aller dårligste pasientene på sengeposten, men hva med pasientsikkerheten til alle de andre pasientene?».

3.3 Samhandling

God samhandling sykepleierne imellom, men også på tvers av yrkesgrupper og avdelinger ble pekt på som en viktig faktor for optimal ivaretagelse av pasienten. Det ble identifisert tre subkategorier: «Følelsen av å ikke bli hørt», «Et tidvis utfordrende tverrfaglig samarbeid» og «Et varierende sykepleiefaglig samarbeid»

3.3.1 Følelsen av å ikke bli hørt

I begge fokusgruppene fortalte informantene om kommunikasjonsproblemer med legene. Dette er problemer som ofte oppstår når de ringer legen og ønsker at han eller hun skal komme å se til pasienten. Informantene beskrev det som fortvilende når de gjør alt de kan for pasienten, men at de verken blir sett eller hørt. Kanskje kan dette opplevde problemet være et resultat av manglende respekt fra legene grunnet manglende kunnskap hos sykepleierne. Eventuelt kan problemet ha sitt opphav i at sykepleiernes betraktninger av en pasient ikke blir tatt på alvor på grunn av legene ikke kjenner til sykepleiernes kvalifikasjoner, erfaringer og kunnskaper.

Andre beskrev at det tidvis må til krangling for at legen i det hele tatt skal komme å se til pasienten og at dette oppleves som veldig utrygt. Opplevelsen av å ikke bli trodd i at pasienten er så dårlig som beskrevet pekte en informant på. En annen informant tok seg selv i å ofte reflektere over når det er riktig å kontakte legen, da hun verken vil ringe for tidlig eller for sent. Flere av informantene sa seg enig i et utsagn fra en av informantene om at det ville vært enklere å kontakte legen hvis en mobil intensivsykepleier allerede hadde tilsett pasienten, slik at sykepleieren kan fortelle legen hva som sykepleieren og intensivsykepleieren har observert. Samtidig ble det pekt på at den mobile intensivsykepleieren da kunne fortalt hva som sykepleieren må vektlegge i samtalen med legen for å få fram situasjonens alvorlighetsgrad.

«Det er så vanskelig å forklare til legen over telefonen hvor dårlig pasienten er. En mobil intensivsykepleier kunne ha lettet utfordringene i kommunikasjonen med legen blant annet ved å fortelle hva vi skal legge vekt på for å nå fram med vårt budskap».

3.3.2 Et tidvis utfordrende tverrfaglig samarbeid

Det tverrfaglige samarbeidet mellom legene og sykepleierne ble pekt på som utfordrende av informantene. Det var bred enighet om at legene har mange arbeidsoppgaver og at de ofte er opptatte. Informantene som jobber på medisinske avdelinger pekte på at samarbeidet er mest utfordrende på kveld, helg og natt. Flertallet av informantene som har en kirurgisk avdeling som sitt arbeidssted pekte dog på at samarbeidet er utfordrende uansett tidspunkt på døgnet da legene ofte

står opptatt på enten operasjonsavdelingen eller i akuttmottaket. I tillegg så flere av informantene det som problematisk at ortopedisk bakvakt går hjem klokken 21 og at det da er LIS1 som har aleneansvaret for de ortopediske pasientene. En informant hevdet at det i situasjoner med dårlige ortopediske pasienter ville vært gunstig og hatt en mobil intensivsykepleier, da følelsen av å være alene og ikke få tilstrekkelig hjelp er tilbakevinnende etter at ortopedisk bakvakt har gått hjem.

En informant hevdet at legene ikke klarer å ha oversikt over de pasientene de har ansvaret for samtidig som at en annen informant påpekte at legene også trolig kjenner på den vanskelige kompleksiteten som pasientene har, noe som vanskeliggjør deres avgjørelser. Flere informanter i begge fokusgruppene fortalte pasienthistorier der de har sett seg nødt til å gå utenom ordinær tjenestevei for å få hjelp til å ivareta pasienten. En informant fortalte om en pasient som utviklet feber og som ble klam og desorientert. Lege ble kontaktet, men ingen tiltak ble iverksatt. «*“Vi venter og ser. Vi venter og ser”, var hele tiden tilbakemeldingen fra legen*» sa informanten sukkende og med en oppgitthet i stemme og kroppsuttrykk som tydet på at informanten ikke var tilfreds med tilbakemeldingene fra legen. Pasienten fallerte ytterligere og sykepleierne kontaktet til slutt anestesilegen direkte. Det viste seg at pasienten hadde utviklet sepsis.

«Mange av sykepleierne på sengepost har lang erfaring, og det har hendt at vi har gått rundt vakthavende leger og tatt direkte kontakt med anestesileger for å få en skikkelig vurdering av pasienten. Det er ikke alle legene som tar vårt kliniske blikk på alvor».

Det ble pekt på at kunnskapen som sykepleierne sitter på må brukes i samhandling med legen for pasientens beste. En informant fortalte om en pasient som var innlagt på medisinsk avdeling som utviklet en massiv rektalblødning. Sykepleierne opplevde at bestemmelsene til den medisinske legen ikke var akseptable og kontaktet vakthavende kirurg direkte. Sykepleieren som kontaktet kirurgen mottok i ettertid refs for å ha gått utenom ordinær tjenestevei, men samtidig skryt for å ha strukket seg så langt for pasientens beste. Informanten lo lett når hun fortalte om sykepleieren som fikk refs og ga med sitt kroppsspråk uttrykk for at hun syntes det hele ble tilnærmet tragikomisk når sykepleieren fikk både refs og ros for den samme handlingen. I det ene fokusgruppeintervjuet ble det i sammenheng med disse fortellingene diskutert hvor bra det ville vært med en mobil intensivsykepleier i slike situasjoner. En mobil intensivsykepleier som kunne tilsett pasienten og bekreftet at han faktisk er så dårlig som sykepleierne på sengeposten beskriver. Samtidig stilte en informant seg spørrende til om en mobil intensivsykepleier ville vært tilstrekkelig for å påvirke legens avgjørelse. Informanten mente at enkelte leger tidvis kan være urokkelige i sine avgjørelser og ikke

mottakelige for tilbakemeldinger på avgjørelser som er tatt i for eksempel spørsmål om behandlingsnivå.

Det ble i begge fokusgruppene pekt på at en mobil intensivsykepleier uansett ikke kan overkjøre behandlingsansvarlige lege og at rekkefølgen på hvem som kontaktes først må prioriteres. Blant annet ble det pekt på at det ved for eksempel komplikasjoner umiddelbart etter kirurgi vil være naturlig å kontakte kirurgen. En informant sa seg enig i at intensivsykepleieren selvfølgelig ikke kan overkjøre legen, men mente uansett at en slik eventuell ressurs ville avlastet legestanden.

«Samarbeidet med legene er utfordrende. Flere ganger har vi gått utenom ordinær tjenestevei for å sørge for at pasientene blir ivaretatt. For sikkerheten til pasientene hadde det vært bra og ha en mobil intensivsykepleier i de tilfellene der legene ikke kan komme. Samtidig kan ikke en slik ressurs overprøve det behandlingsansvarlige lege bestemmer».

3.3.3 Et varierende sykepleiefaglig samarbeid

Informantene fortalte at det er enkelt å spørre sine kollegaer og andre avdelinger om bistand til prosedyrer de sjeldent utfører, eller om hjelp når det er travelt på sengeposten. Dette kan tyde på et godt samarbeid innad på sengeposten og sengepostene imellom. Videre fortalte de at dagens pasienter er mer komplekse sammenlignet med tidligere og at det er viktig at sykepleiere fra spesialavdelinger brukes for å få assistanse til å vurdere pasienten eller få bistand til ulike prosedyrer. En informant så på dette som et ledd i å utnytte spesialsykepleieren som en allerede eksisterende ressurs.

«Jeg kjenner på mye usikkerhet på grunn av at jeg fremdeles har lite erfaring i dette yrket. Det kunne vært nyttig å ha en mobil intensivsykepleier i ryggen.»

Flere av informantene fortalte at de kunne tenkt seg at pasientoverflyttingene blir planlagt tidligere i forløpet. En informant syntes at noen av overflyttingene skjer for raskt, og at det til tider går mye på flaks at det går bra med pasienten. En annen informant fortalte at det noen ganger blir gjort avtaler mellom spesialavdelingene og sengepostene om oppfølging av pasientene. Flere av informantene sa at de ønsket seg tettere oppfølging etter en pasient er overflyttet til sengeposten. De av informantene som har opplevd at en sykepleier fra spesialavdelingen følger opp pasienten de første dagene etter overflytting fortalte at de ser på dette som en trygghet i sin arbeidshverdag. Selv om behovet ikke alltid har vært der synes de det var fint at tilbudet var der. I tillegg sa en informant at hun håper en eventuell mobil intensivsykepleier ikke brukes som påskudd for å overflytte dårlige

pasienter til sengepost raskere, på det grunnlag at sengeposten har den mobile intensivsykepleieren i bakhånd hvis det skulle oppstå en uønsket hendelse.

Det ble nevnt at det å være en god sykepleier handler om å være trygg på den jobben som utføres, og som et ledd i dette handler det om å ikke være redd for å ringe andre sengeposter for å be om råd. En informant med mindre enn to års erfaring fortalte at hun ofte spør kollegaer som har lengre erfaring før hun ringer til andre avdelinger.

«Det er ikke noe problem å spørre andre avdelinger om bistand, men pasientene er så komplekse den dag i dag at vi må utnytte spesialsykepleiernes kompetanse. Overflyttingene fra spesialavdelingene til sengeposten kunne med fordel for pasienten vært forbedret. Jeg håper ikke en mobil intensivsykepleier blir et påskudd for å sende pasienten til sengepost enda tidligere».

3.4 Behov for intensivsykepleierens kompetanse

Informantene fortalte om et bredt behov for intensivsykepleierens kompetanse. Det ble identifisert tre subkategorier: «Vurdering og tiltak», «Trygghet» og «Rådgivning, undervisning og kompetanseheving».

3.4.1 Vurdering og tiltak

Flere av informantene fortalte at de har dårlige og raskt fallerende pasienter på sengeposten. Samtidig fortalte de om et stort behov for ekstra kompetanse i krevende situasjoner. Spesielt i de situasjonene det er vanskelig å oppnå kontakt med legene, eller at legene ikke har anledning til å komme med en gang. Informantene fortalte om en oppriktig bekymring for pasientene i disse tilfellene og at en mobil intensivsykepleier kunne bidratt med å vurdere pasienten og bistå i igangsettingen av tiltak. Det ble nevnt at bare det å ringe til en intensivsykepleier for rådgivning hadde vært fordelaktig.

Videre kom det fram at en mobil intensivsykepleier kunne vært et godt redskap i de tilfellene pasienten opplever en akutt forverring i sin helsetilstand der det blir iverksatt tiltak som pasienten ikke responderer på. Å ha en mobil intensivsykepleier i disse situasjonene, som kunne bistått i vurderingene hadde blitt opplevd som en ekstra trygghet. I tillegg ble det nevnt at intensivsykepleierens kompetanse og vurderingsevne kunne kommet godt til nytte i de situasjonene pasientene skårer høyere og høyere på de skåringsverktøyene som hjelper sykepleierne på sengepost til å vurdere en pasients kliniske forverring. Flere av informantene, uavhengig av antall års erfaring, fortalte at det hadde vært fint med ekstra hjelp og iverksetting av tiltak fra en intensivsykepleier i de

tilfellene det er travelt på avdelingen og pasientens helsetilstand forverres. Samtidig ble det nevnt at kompetansen intensivsykepleieren har ikke må misbrukes. Det ble nevnt at intensivsykepleieren ikke kan brukes til henting av senger eller til pasientstell. Intensivsykepleieren kan heller ikke brukes til å legge inn en perifer venekanyle uten at sykepleieren på sengepost har tatt en vurdering på om oppgaven er overkommelig uten bistand.

«Selv om legen har tilsett pasienten, så kan man sitte igjen med følelsen av at beslutningen er feil» sa en informant, noe flere sa seg enige i. Dette kan tolkes dithen at det er situasjoner der sykepleierne ikke alltid synes legene vurderer rett i forhold til hvilke vurderinger og observasjoner sykepleieren har gjort. Noen av informantene mente at en intensivsykepleier kunne bistått som en ekstra faglig tyngde for å skape et diskusjonsgrunnlag rundt pasienten sammen med ansvarlig lege. Dette kan tyde på at informantene har en følelse av å komme til kort i faglige diskusjoner med legen.

Viktigheten av å sammenligne utførte målinger og observasjoner med andre sykepleiere ble understreket i begge intervjuene. En informant sa at det hadde vært bra om det fantes en person som var til stede og kunne fulgt opp målinger og observasjoner, slik at hun får tilbakemelding på om hun tenker riktig. Samtidig som at informantene fortalte om behovet for en ekstra faglig tyngde i diskusjonene med legene, og når det er lite sykepleiere på jobb, pekte en informant på at det ikke alltid er slik at det er rett å øke behandlingsnivået til pasienten. Informanten etterspurte noen som i større grad tørr å endre pasientens resusciteringsstatus til HLR-minus når det er det som er riktig. Dette utsagnet ble støttet av de øvrige i gruppen.

Det ble fortalt at det noen ganger er behov for blant annet å legge ned ventrikkelsonder på pasientene. Ofte blir det spurt om hjelp fra de andre avdelingene til blant annet dette, men på grunn av høyt arbeidspress er det ikke alltid de andre avdelingene har mulighet til å bistå. Det ble pekt på at det å ha en mobil intensivsykepleier som kunne bistått med dette raskt hadde vært til stor hjelp. Også det å ha noen som kan bistå med innleggelse av perifer venekanyle (PVK) var noe som gikk igjen i begge fokusgruppeintervjuene.

Det gikk ofte igjen blant informantene at de er utrygge på pasienter som står i fare for å utvikle sepsis. Det ble fortalt at pasientene noen ganger opplever klinisk forverring i løpet av relativt kort tid og at de blir liggende for lenge på sengeposten uten at korrekte tiltak blir utført. Videre ble det fortalt at det er et behov for hyppige observasjoner og målinger av disse pasientene. En informant sa at en mobil intensivsykepleier kunne bistått i disse situasjonene, samt vurdert om pasienten trenger å flyttes til et høyere behandlingsnivå. Intensivsykepleieren kunne også fulgt med pasienten slik at

ansvarlig sykepleier kunne dokumentert og tatt kontakt med ansvarlig lege.

«Det er ofte vi har ustabile pasienter på sengeposten. En mobil intensivsykepleier kunne i mange situasjoner vært til stor hjelp, både for å vurdere pasientens kliniske tilstand, men også for å sette i gang tiltak. En mobil intensivsykepleier kunne også hjulpet oss til å gjennomføre ulike prosedyrer».

3.4.2 Trygghet

Som et ledd i effektivisering kreves det mer fra sykepleiere på sengepost nå enn tidligere. Dette har ført til at sykepleiere på sengepost skal håndtere ulike oppgaver som tidligere ble håndtert andre steder. Blant disse er medikamenthåndtering. Enkelte medikamenter og infusjoner som tidligere kun har blitt administrert på spesialavdelinger skal nå gis på sengepost. Sykepleierne uttrykte bekymring ovenfor dette med begrunnelse i at det er for lite informasjon rundt oppgavene. *«Nå skal vi gi Seloken intravenøst hos oss! Et legemiddel som før bare ble gitt av leger!»* sa en av informantene med vekt på den siste setningen samtidig som hun ristet på hodet, noe som kan tyde på at informanten mente dette kunne gå ut over pasientsikkerheten. Flere av informantene sa at det hadde vært tryggere å utføre disse prosedyrene hvis det hadde vært noen som kunne veiledet dem de første gangene. En av informantene trakk også fram de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere og sa at sykepleiere ikke skal utføre arbeidsoppgaver han eller hun føler seg utrygg på, eller inkompetent til å gjøre.

Sykepleierne kjenner ofte på uro for pasientene sine. En informant fortalte at hun ofte kjenner på denne uroen når legevisitten er kort. Flere av de andre informantene fortalte det samme og nevnte at de ofte føler seg dratt i forskjellige retninger, der de står med krevende pasientsituasjoner i den ene hånden, og mangelfull oppfølging av lege i den andre. En informant fortalte om følelsen av at kroppen er i alarmberedskap, at hun ofte er opprørt og kjenner på hjelpeløshet. Det økende pasientansvaret føles som en belastning, noe som over tid trolig kan føre til flere sykemeldinger og større sjanse for utbrenthet. *«Det at vi har så mange dårlige og ustabile pasienter og vite at vi da går natten i møte med enda færre folk på jobb... Det...Det, ja...»* sa en informant nærmest kapitulerende, noe som kan tyde på at det store pasientansvaret kombinert med en opplevd dårlig bemanning oppleves som en utrygghet og en belastning.

Det å være urolig og bekymret for pasienten så ut til å speile seg likt uavhengig om informantene hadde et halvt års erfaring eller nesten førti års erfaring som sykepleier. Informantene uttrykte utrygghet i forbindelse med nye prosedyrer, eller prosedyrer de sjeldent utfører. De fortalte at det jevnlig er nye sykepleiere på mange av vaktene og at det blir liten kontinuitet i utførelsen av allerede

sjeldne brukte prosedyrer. Flere av informantene uttrykte at en mobil intensivsykepleier kunne blitt brukt til å undervise blant annet i håndtering av trakeostomi og suging av luftveier noe som kunne bidratt til økt trygghet de gangene disse situasjonene oppstår. De uttrykte at det hadde vært fint med en mobil intensivsykepleier som kunne bekrefte at det de gjør er rett og fortalte at det blir mye «enn hvis»-tankegang når de utfører enkelte oppgaver alene. I tillegg sa de at det hadde vært greit å ha noen å «debriefe» med, eller å ha en person med annen kompetanse og kunnskap som kan lære dem hva de skal se etter neste gang. En av informantene sa at det ikke alltid hjelper å dokumentere for å ha ryggen fri. For tankene som hun gjør seg der og da fester seg i kroppen, spesielt i de situasjonene hun har følt seg utrygg.

«Det kjennes utrygt at vi nå skal håndtere medikamenter og prosedyrer som tidligere kun ble håndtert på spesialavdelingene. I tillegg uroer jeg meg for alle de dårlige pasientene på sengeposten. Legen har så kort tid til å vurdere pasienten, samtidig som at bemanningen vår på kveld, natt og helg bekymrer meg. En mobil intensivsykepleier kunne ført til en økt trygghet».

3.4.3 Rådgiving, undervisning og kompetanseheving

Informantene har behov for rådgiving og undervisning vedrørende flere ulike tema og prosedyrer. En informant fortalte om en situasjon der hennes pasient fikk et epileptisk anfall og respirasjonsstans. «Vi visste ikke hva vi skulle gjøre» sa informantene, og etterspurte en person med erfaring og kompetanse som kan undervise og gi råd om hvordan slike situasjoner kan håndteres. En annen informant etterspurte informasjon om ulike typer dren som for eksempel thoraxdren og pleuradren. Flere informanter pekte på behovet for undervisning og rådgiving angående trakeostomier.

Det kom fram at sykepleiere utfører ulike prosedyrer selv om de er usikre. De leser prosedyren og tilegner seg kunnskap gjennom blant annet informasjonsvideoer på internett før de utfører prosedyren selv. «Jeg satt på YouTube og så på videoer om prosedyren før jeg gikk inn til pasienten liksom» sa en av informantene leende. Informanten lo på en måte som kan tyde på at hun syntes hele situasjonen var uholdbar. En av informantene etterspurte en kontaktperson som har inngående kunnskap om disse prosedyrene og som kan undervise sykepleierne på sengepost, slik at de står bedre forberedt når de møter dette selv. En annen informant sa at det kanskje hadde vært lettere å spørre om hjelp hvis det fantes et lavterskeltilbud for situasjoner som dette.

I en av fokusgruppene fortalte en informant at hun flere ganger har opplevd at kompetansen på sengepost er for dårlig i utførelsen av prosedyrer som sjeldent gjøres, spesielt ved suging av slim i

luftveiene og i trakeostomi. Hun fulgte opp med å si at *«det er forskjellig fra sykepleier til sykepleier og hvor mye erfaring hver enkelt har»* og hentydet med dette til at kvaliteten på gjennomføringen av prosedyrene er personellavhengig.

I løpet av det ene intervjuet kom det fram en pasienthistorie som omhandlet en pasient som fikk hjerneslag. Pasientansvarlig lege ble kontaktet og kom til etterhvert. I mellomtiden lurte sykepleieren på hva hun skulle gjøre. *«Vi visste ikke hva vi skulle gjøre. Vi undret oss over om det var noen spesifikk prosedyre for slike hendelser»* sa informanten på en måte som hentydet at de følte seg rådville i situasjonen. Informanten fortalte videre at i disse situasjonene hadde det vært greit å ha noen å rådføre seg med og noen med erfaring nok til å håndtere situasjonen i påvente av lege.

Det kom fram at mange av situasjonene som oppstår på sengepost er ikke-akutte tilfeller og at det oppleves som drastisk å kontakte lege. Informantene fortalte at det å ringe en intensivsykepleier med bred faglig kompetanse kunne vært vel så godt og at dette kunne fungert som en ekstra kvalitetssikring. *«Det hadde vært mye bedre å kunne ringe noen som man vet har avsatt tid til å hjelpe i stedet for å ta av tiden til kollegaene mine på sengeposten»* sa en informant, som trolig kan tolkes slik at hun ville følt det bedre med seg selv hvis hun tok av tiden til noen som hadde en rådgivende funksjon som del av sin funksjonsbeskrivelse. En annen informant fortalte at hennes ansvarsfølelse ovenfor pasienten ville blitt endret hvis det var en mobil intensivsykepleier tilgjengelig da hun mente at ansvaret for pasienten ville blitt delt imellom intensivsykepleieren og sykepleieren på sengeposten.

«Noen ganger er det ikke alltid behov for at en lege må tilse pasienten, eller situasjonen kan være sånn at problemområdet er på et sykepleiefaglig nivå. Bare det å ha muligheten til å ringe en mobil intensivsykepleier kunne vært til hjelp».

En informant nevnte at det kunne vært aktuelt å få relevant informasjon før en pasient flyttes fra intensivavdelingen til sengepost. For eksempel informasjon om trakeostomi hvis pasienten har dette. På den måten vil informasjonen sitte ferskt i minnet før sykepleieren på sengepost skal ta fatt på prosedyren. Samtidig ytret sykepleierne et ønske om å få vite mer om hvordan sentrale venekatetre (CVK) kan håndteres. Noen av informantene kunne tenkt seg dypere forståelse av blodgass og hvordan de kan tolke resultatene av en slik blodprøve. Ved siden av praktiske prosedyrer ønsket sykepleierne på sengepostene å få mer inngående kunnskap om medisinsk-teknisk-utstyr. Både volumpumper, sprøytepumper og smertepumper blir med ujevne mellomrom brukt på sengepostene. Mange av informantene fortalte at de kjenner til utstyret, men etterspør om noen kan

vise de hvordan de enkelt kan håndtere utstyret på beste mulig måte og med så god sikkerhet som mulig.

«Det er så mange situasjoner og prosedyrer i hverdagen der jeg har behov for rådgivning og undervisning for å få økt min kompetanse og dermed kompetansen på avdelingen».

4.0 Diskusjon

Sykepleierne på sengepost opplever en arbeidshverdag preget av de endringene som har skjedd i helsevesenet. Informantene fortalte om fulle spesialavdelinger og vanskeligheter med å få overflyttet pasienten fra sengeposten til spesialavdelingene. Oppgaver som tidligere tilhørte andre profesjoner eller avdelinger må nå utføres av sykepleierne på sengeposten. Sykepleierne må i dag håndtere medisinsk-teknisk-utstyr som de ikke er vant med, og de må utøve sykepleie til komplekse pasienter som de ikke føler seg tilstrekkelig bemannet til å ivareta.

Informantene beskrev vansker med å få forståelse for hvor dårlig pasienten er når de ønsket legetilsyn. Sykepleierne har ved flere anledninger sett seg nødt til å gå utenom ordinær tjenestevei for å ivareta pasienten. Informantene opplevde et godt samarbeid mellom sengepostene, som noen ganger ble hindret av en travel hverdag. Imidlertid ble det rapportert et varierende samarbeid mellom sengepostene og spesialavdelingene. Overflyttingene fra spesialavdelingene til sengepostene oppleves som for dårlig planlagt.

Informantene trakk fram flere temaer og prosedyrer der de har behov for rådgivning og undervisning samtidig som at de ønsker bistand i håndteringen av akutte situasjoner. Utrygghet i hverdagen oppstår i forbindelse med medikamenthåndtering og gjennomføring av ulike prosedyrer. Samtidig er sykepleierne generelt bekymret for de sykeste og mest komplekse pasientene. Å få rådgiving over telefonen ble trukket fram som en viktig funksjon en mobil intensivsykepleier kan inneha.

Denne studiens problemstilling er som nevnt: *«Hvordan kan en mobil intensivsykepleier være hensiktsmessig som et lavterskeltilbud for sykepleiere på sengepost ved et lokalsykehus?»*

Problemstillingen vil i påfølgende underkapitler bli diskutert ut ifra resultatet studien har gitt i relasjon til tidligere forskning, teori og klinisk sykepleie.

4.1 Ivaretagelse av pasienten i en presset spesialhelsetjeneste

Et tilbakevendende tema i fokusgruppene var at det oppleves som problematisk å få overflyttet pasienten til intensivavdelingen. Tidligere forskning viser at både implementering av RRT og MIS fører til at mellom 3,2 % og 41,2 % av pasientene som blir tilsett av RRS blir innlagt i intensivavdelingen, noe som viser tydelige forskjeller fra sykehus til sykehus (Chan et al. 2008; Katadzic og Jelsness-Jørgensen 2017; Konrad et al. 2010; Psirides et al. 2016; Topple et al. 2016). Det at pasienter som også blir tilsett av MIS, og ikke bare de som blir tilsett av et team, innlegges i intensivavdelingen kan være med å støtte opp om argumentasjonen til informantene om at det blir en større faglig tyngde i diskusjoner med legen angående behandlingsnivå. Katadzic og

Jelsness-Jørgensen sin studie fra 2017 viser til at 22,1 % av pasientene ble overført til et høyere behandlingsnivå etter at en mobil intensivsykepleier hadde tilsett dem. En mobil intensivsykepleier kan på denne måten bidra til å forhindre en forverring av pasientens helsetilstand på sengepost ved å initiere eller framskynde en overføring til intensiv. På den andre siden vil ikke det løse problematikken med fulle intensivavdelinger, noe som ikke er hensikten med å innføre en mobil intensivsykepleier heller, men det vil hjelpe den enkelte pasient der og da.

Videre kan en fremskyndelse av en uunngåelig intensivinnleggelse trolig føre til et kortere intensivopphold og dermed en reduksjon i arbeidspresset på intensivavdelingen og en raskere stagnasjon av pasientens fallerende helse. På den andre siden uttalte informantene at når de først fikk overflyttet en pasient til en av spesialavdelingene så ble det overflyttet en annen pasient fra spesialavdelingen og til sengeposten på grunn av at spesialavdelingen var full. Dette kan føre til at pasienten som blir lagt på sengeposten har fått kortere intensivbehandling enn det som er nødvendig. Derfor kan pasienten være sykere enn hva tilfelle ville vært hvis han eller hun ikke hadde blitt overflyttet sengeposten så raskt. Overflyttingen av pasienten fra sengepost til intensiv letter dermed ikke nødvendigvis arbeidspresset på sengeposten, da pasienten som blir sendt tilbake er dårligere enn hva den normalt ville vært.

Spesialavdelingene er allerede under stort press og alle pasientene kan ikke overflyttes dit eller bli værende der for å hindre en forverring av deres helse. Den kompetansen en intensivsykepleier innehar kan bli utnyttet i en funksjon som en mobil intensivsykepleier slik at akutt og/eller kritisk syke pasienter på sengeposten kan dra nytte av dette. Informantene beskrev en stadig mer kompleks pasientgruppe som overflyttes fra intensiv på et tidligere tidspunkt enn før. Sengeposten må nå ivareta multimorbide og ustabile pasienter som ofte har behov for at sykepleierne må beherske medisinsk-teknisk-utstyr som de har liten erfaring med. Hvor vellykket pasientbehandlingen blir avhenger av hvem som er på vakt og om de sykepleierne kjenner til utstyret, noe som er et alarmerende funn. Stubberud (2015) viser til at intensivsykepleiere har et funksjons- og ansvarsområde innenfor ivaretagelsen av akutt og/eller kritisk syke pasienter i alle aldre. Videre vises det til at intensivsykepleie er den meste tekniske av sykepleiespesialitetene og at intensivsykepleieren dermed innehar stor kompetanse på blant annet bruken av medisinsk-teknisk-utstyr. En intensivsykepleier kan ivareta pasienten og forhindre klinisk forverring ved å bistå sengepostens personale i bruken av utstyret som følger med pasienten. Samtidig kan intensivsykepleieren utføre en kvalitetssikring av bruken av utstyret. På den måten vil også intensivsykepleieren kunne bidra til fagutvikling i avdelingen som vil kunne gagne andre fremtidige pasienter med det samme utstyret.

Overføringen av pasienter og oppgaver fra spesialavdelinger til sengeposten oppleves som truende for pasientsikkerheten. Kravet om at yrkesutøvelsen skal være forsvarlig og dermed pasientsikker innebærer også at den enkelte sykepleier har plikt til å innhente og dokumentere nødvendige opplysninger. Det er opp til sykepleierne selv å sørge for at helsehjelpen de yter er faglig forsvarlig ut ifra sine faglige forutsetninger. Kravet om forsvarlighet retter seg også mot virksomhetene. Virksomhetene må sikre et styringssystem som innebærer rutiner og prosedyrer og et system som sørger for kontinuerlig oppfølging av disse (Molven 2016).

Noen av informantene mente at ansvaret for pasienten ville blitt delt mellom intensivsykepleieren og sykepleier på sengepost hvis MIS som funksjon ville vært tilgjengelig. Det er viktig å være bevisst på at ved en eventuell implementering av en funksjon som MIS må det ikke skje en ansvarsfraskrivelse fra verken den enkelte sykepleier på sengeposten eller fra sengepostens ledelse der ansvaret for pasientbehandlingen overlates til den mobile intensivsykepleieren. Intensivsykepleieren skal opptre som en gjest på sengeposten (Bunkenborg og Petersen 2007). Sykepleieren på sengeposten må ha det videre pasientansvaret.

Sykepleierne pekte på at de ikke kan utføre oppgaver de ikke er kompetente til å utføre. Hver enkelt sykepleier har en plikt til å utøve sykepleie innenfor sine kvalifikasjoner og en plikt til å innhente bistand og søke samarbeid (Molven 2016). En mobil intensivsykepleier som et lavterskeltilbud kan lette sykepleiernes innfrielse av plikten til å innrette seg etter sine kvalifikasjoner og plikten til å innhente bistand og søke samarbeid. Dette vil dermed trolig bidra til økt pasientsikkerhet for den enkelte pasient på sengeposten. Kravet om sikker pasientbehandling er også avhengig av kvalifikasjonene til helsepersonellet. Det stilles strengere krav til en sykepleier som er skolert ut over grunnutdanningen. Samtidig stilles det strengere krav til en sykepleier med lang arbeidserfaring enn til en sykepleier som er nyutdannet. Samtidig er forsvarlighetskravet et uttrykk for en standard som forventes. I kravet ligger det en faglig og etisk forventning om et høyere ambisjonsnivå enn å utføre et halvgodt arbeid (Molven 2016). Kanskje er det slik at det oppstår situasjoner på sengeposten der den pleien og behandlingen pasienten får er faglig forsvarlig ut ifra sykepleierens kvalifikasjoner, men at pleien og behandlingen kunne blitt mer pasientsikker hvis en erfaren intensivsykepleier bistår.

Gjennomgående for datainnsamlingen var at informantene fortalte om en for lav bemanning til å ivareta de komplekse pasientene samtidig som de skal ivareta de øvrige pasientene. Sykepleierne forteller om et behov for direkte avlastning i deres arbeid. Tidligere forskning har vist til at tanken bak MIS som en funksjon er at intensivsykepleieren skal fungere som en gjest på en annen avdeling

der han eller hun skal ivareta pasienten (Bunkenborg og Petersen 2007). Samtidig viser Katadzic og Jelsness-Jørgensen (2017) til at hensikten bak etableringen av MIS var å tilføre en ekstraressurs som kunne avlaste legen, vurdere pasienten, sette i gang tiltak og veilede sykepleieren på sengeposten. Riktignok kan en MIS hindre forverring av pasientens helsetilstand dersom sykepleierne på sengepost faktisk ikke har kapasitet til å utføre de målinger og observasjoner av pasienten så jevnlig som legen har ordinert, men dette er ikke hensikten med en mobil intensivsykepleier. En intensivsykepleier vil ikke kunne ivareta sine daglige arbeidsoppgaver hvis han eller hun samtidig skal inneha en funksjon som også har som ansvar å avlaste sengepostene. Det er på bakgrunn av dette nærliggende å anta at bruken av en mobil intensivsykepleier må være styrt ut ifra en funksjonsbeskrivelse som tar utgangspunkt i hvor stor ressursbruk det kan tillates at funksjonen opptar.

På grunn av bemanningssituasjonen er det spesielt på aftenvakter, nattevakter, helg og helligdager et ekstra behov for vurderingsbistand. Dette på grunn av at den sykepleieren jobber sammen med ofte er sykepleierstudent eller helsefagarbeider. Samtidig er det færre sykepleiere på vakt utenom normal arbeidstid. Kvaliteten på bemanningen kan være avhengig av antall ansatte på vakt, og kvaliteten på ivaretagelsen av pasienten er avhengig av bemanningen. Det kan være naturlig å argumentere for at det ikke nødvendigvis er en mobil intensivsykepleier som det er behov for da det like enkelt kan argumenteres for at det er behov for ekstra sykepleiere uten spesialutdanning. Erfaringsmessig kan dog kvaliteten på bemanningen være avhengig av utdanningen og erfaringen til de som er på jobb, noe som støttes opp av tidligere forskning (Aiken et al. 2017). Det vil derfor være fordeler med en mobil intensivsykepleier kontra en ikke-spesialsykepleier. En mobil intensivsykepleier kan ivareta en fallende pasient i situasjoner der sykepleieren på sengepost i utgangspunktet ikke har noen tilstrekkelige kompetente kollegaer å støtte seg på. En MIS kunne da bidratt med både råd og tiltak som ville ført til en bedre ivaretagelse av pasienten.

Samtidig viser tall fra Norge at overlevelsen blant de pasientene som blir innlagt på helg er generelt lavere enn hos de pasientene som blir innlagt på hverdager (Folkehelseinstituttet 2017), og tidligere forskning har vist til at sjansen for at pasienten skal overleve en hjertestans på et sykehus er lavere utenfor normal arbeidstid (Ofoma et al. 2018; Peberdy et al. 2008). Manglende støtte på kveld, natt og helg samt mortalitetsrisiko for pasienten utenfor normal arbeidstid og det faktum at subtile tegn før en hjertestans ikke blir oppdaget tyder på at dette kan være et relevant aspekt av pasientsikkerheten. Et aspekt som det er mulig å se for seg at en mobil intensivsykepleier kan påvirke. Disse faktorene gjenspeiler seg andre steder der funksjonen allerede er etablert da det er gjort bestemmelser på at funksjonen kun skal være tilgjengelig fra klokken 15:00-08:00 på hverdager og hele døgnet på helg (Andreassen 2017; Katadzic og Jelsness-Jørgensen 2017). En slik løsning

ivaretar riktignok ikke de informantene som fortalte om opplevelsen av manglende støtte uansett tid på døgnet.

4.2 Et samarbeid for pasientens beste

Sykepleierne opplever å ikke bli hørt når de ringer legene. Det er grunn til å ta kommunikasjonsutfordringene ved sykehuset på alvor. Tidligere forskning har vist at god kommunikasjon mellom leger og sykepleiere er essensielt for god pasientsikkerhet (Amudha et al. 2018; Kadda 2013; Lyndon et al. 2011). På tross av flere tiår med forskning og intervensjoner så viser det seg at dårlig kommunikasjon mellom leger og sykepleiere er en av de ledende årsakene til uønskede hendelser på sykehus og en risiko for pasientsikkerheten (Manojlovich et al. 2019). En forbedring i kommunikasjonen mellom profesjonsutøverne kan føre til større pasientsikkerhet (Vazirani et al. 2005).

Informantene pekte på at de ønsket større faglig tyngde i kommunikasjonen med legene og å få råd om hvordan de skal få fram alvorlighetsgraden i situasjonen. Tidligere studier viser som nevnt at mange av pasientene som blir tilsett av MIS blir overflyttet til et høyere behandlingsnivå (Chan et al. 2008; Katadzic og Jelsness-Jørgensen 2017; Konrad et al. 2010; Psirides et al. 2016; Topple et al. 2016). Det kan derfor tenkes at en intensivsykepleier i større grad evner å videreformidle pasientens forverring til behandlingsansvarlige lege slik at legen får en korrekt oppfattelse av alvorlighetsgraden. Et annet alternativ kan være at legen i større grad hører på det som en intensivsykepleier sier kontra en sykepleier på sengeposten på grunn av intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde. Tallene om antall innlagte pasienter på intensiv etter tilsyn av MIS forteller likevel ikke noe om hva som ville skjedd med pasienten hvis han eller hun ikke hadde blitt tilsett av en slik funksjon. Det er nærliggende å tro at mange av disse pasientene uansett på ett eller annet tidspunkt ville fått økt sitt behandlingsnivå.

Uansett hvordan kommunikasjonsproblematikken belyses er det vanskelig å se for seg at en mobil intensivsykepleier skal forandre manifeste kommunikasjonsproblemer som er beskrevet i litteraturen. Hvis funksjonen har en aksept og annerkjennelse blant legestanden kan nok barrierene for god kommunikasjon mellom profesjonene lettes noe slik at en svikt i pasientens helse kan stoppes raskere enn tidligere. På den andre siden igjen har tidligere pasientsikkerhetsstudier vist at uønskede hendelser også innad på intensivavdelingen ofte skyldes dårlig kommunikasjon mellom intensivsykepleierne og legene på avdelingen (Reader et al. 2007).

Samarbeidet med legene oppleves vanskelig på grunn av legenes mange arbeidsoppgaver. Samtidig viser som nevnt Katadzic og Jelsness-Jørgensen (2017) at en av hensiktene bak etableringen av MIS var å avlaste legen. Oppgaveglidning innenfor helsevesenet er ikke noe nytt (Helle 2012) og det er avgjørende for best mulig pasientflyt og behandling (Helsedirektoratet 2013). Oppgaveglidning kan være med på å bedre ressursutnyttelsen (Husby et al. 2014). En mobil intensivsykepleier som funksjon kunne tatt over enkelte av oppgavene som legene har i dag. På den måten ville legen blitt avlastet og sykepleierne på sengeposten ville fått bistand raskere til å hindre at deres pasienter faller. Samtidig fører dette til flere åpenbare problemstillinger.

Delegasjon av arbeidsoppgaver kan bare gjøres dersom den som mottar delegasjonen innehar nok kompetanse til å utføre oppgaven (Craftman et al. 2016). Det må forankres hvor langt en intensivsykepleiers kompetanse rekker og hvilke oppgaver han eller hun kan ta over. Det kan tenkes at funksjonen vil fungere mot sin hensikt hvis det blir slik at en mobil intensivsykepleier blir kontaktet i stedet for en lege i situasjoner der en mobil intensivsykepleier ikke er tilstrekkelig. Tidligere studier har vist at hvis en lege er en del av det raske responsystemet så kan pasienten motta mer avansert behandling (Hillman et al. 2005; Jung et al. 2016; Konrad et al. 2010). Samtidig har andre studier konkludert med at det ikke er en signifikant sammenheng i reduksjon av mortalitet ved tilstedeværelse av lege i slike funksjoner (Maharaj et al. 2015).

Hvis pasienten er i en slik situasjon at han eller hun har behov for legemidler for å stanse den negative utviklingen vil en intensivsykepleier komme til kort da intensivsykepleieren ikke har noen myndighet til legemiddelordning. Erfaringsmessig er det på den andre siden igjen slik at enkelte arbeidssteder har prosedyrer som gir sykepleiere forhåndsgodkjenning til bruk av enkelte legemidler. Dette gjelder eksempelvis i situasjoner der det utføres avansert hjerte- og lungeredning, eller på oppvåkningsavdelingen der pasientene kan bli respiratorisk og sirkulatorisk ustabile, samt smertepåvirket etter kirurgi. Hvorvidt dette vil bedre tilbudet til pasienten vil fortsatt være et relevant spørsmål. Hvis det er slik at pasienten har et uventet behov for legemidler vil det være et naturlig argument at han eller hun også har behov for tilsyn av en lege. Samtidig er det jo ikke slik at en intensivsykepleier ikke har farmakologiske kunnskaper eller manglende kunnskaper om behandling av akutt og kritisk syke pasienter. Intensivsykepleieren sitt funksjons- og ansvarsområde omfatter blant annet å handle kompetent i akutte og problematiske situasjoner samt å yte helt eller delvis kompenserende hjelp ved svikt i pasientens vitale funksjoner (Stubberud 2015).

En del av forespørselene om bistand som legene får fra sengeposten kunne trolig vært løst uten at det nødvendigvis er behov for en lege. Tidligere forskning vedrørende hvilke tiltak som utføres av MIS og

RRT viser at det hyppig blir utført intervensjoner som en intensivsykepleier mestrer. Dette kan være innleggelse av PVK, håndtering av pleuradren, suging av luftveier, endring av sengeleie, administrering av oksygen samt undervisning og rådgiving av personalet på sengeposten (Athifa et al. 2011; Chan et al. 2008; Katadzic og Jelsness-Jørgensen 2017; McIntyre et al. 2013; Nordlund og Joelsson-Alm 2009). Erfaringsmessig kan tilsynelatende små tiltak utgjøre en stor forskjell, slik som sengeleieendringer hos pasienter med dyspné og suging i luftveiene hos pasienter med surklete respirasjon.

Sykepleierne har opplevd flere ganger at de må gå utenfor ordinær tjenestevei for å få hjelp. Det kan være slik at intensivsykepleieren når fram bedre i kommunikasjonen med legen og at intensivsykepleieren dermed trolig kan løse noe av problematikken på sengeposten. Dermed kan en slik funksjon hindre enkelte fremtidige situasjoner der sykepleierne på sengepost går utenfor ordinær tjenestevei for å få hjelp. Dette vil naturligvis være forutsatt at legestanden anerkjenner funksjonen og ikke ser på bruken av den i seg selv som å gå utenfor ordinær tjenestevei. Dette ville i så tilfelle trolig kunne forverre det allerede vanskelige tverrfaglige samarbeidet. Det synes åpenbart at ved en eventuell implementering av en slik funksjon må det lages en klar og solid funksjonsbeskrivelse som tydelig skiller ansvarsområdene til behandlingsansvarlige lege og den mobile intensivsykepleieren fra hverandre.

Informantene viste til et godt samarbeid på tvers av sengepostene som noen ganger blir truet grunnet en travel hverdag. Det gode samarbeidet kan nok ikke, og bør ikke bli erstattet av en mobil intensivsykepleier. Blant annet vil trolig en stomisykepleier være mer til hjelp ved lekkasjeproblematikk på stomien enn hva en intensivsykepleier vil være. Likeledes vil for eksempel en sårsykepleier være i bedre stand til å vurdere sår enn en intensivsykepleier. I tilfeller der samarbeidet er truet grunnet en travel hverdag vil det være naturlig å vise til at en mobil intensivsykepleier kunne vært hjelpelig med utførelsen av ulike prosedyrer. Samtidig kan dette føre til at funksjonen fungerer mer som en avlastning enn noe annet, noe som ikke er hensikten. Det vil på den andre siden igjen være naturlig å påpeke at en mobil intensivsykepleier skal fungere som et lavterskeltilbud (Bunkenborg og Petersen 2007). Det skal ikke skapes så strikte rammer rundt bruken av funksjonen at forespørsler om hjelp skjer for sent.

Det at travelhet truer samarbeidet innad og på tvers av avdelinger og dermed pasientsikkerheten kan samtidig tyde på at virksomheten i seg selv ikke innfrir sitt krav om forsvarlig drift. Virksomheten skal sikre forsvarligheten med blant annet en tilstrekkelig bemanning. Ledere ved virksomheten kan

kritiseres hvis rammebetingelsene for utførelsen av helsehjelpen er for dårlige. Dette kan gjelde underbemanning, men også hvis det er mangel på tilstrekkelig kvalifisert personell (Molven 2016).

Overflyttingene fra spesialavdelingene til sengepostene oppleves som problematiske. En mobil intensivsykepleier kan forbedre overflyttingene og dermed pasientsikkerheten ved at han eller hun følger opp den overflyttede pasienten eller underviser sengepostens personale i det utstyret som inngår i pasientbehandlingen. Tidligere forskning viser at overflyttingene til sengepost blir mer effektive ved hjelp av en mobil intensivsykepleier. Ved bistand fra MIS blir færre pasienter re-innlagt på intensivavdelingen (Elliott et al. 2008). Samtidig er oppfølging fra spesialavdelingene etter overflytting noe som tidvis er på plass og det kan argumenteres for at det i mange tilfeller vil være andre ansatte på spesialavdelingen som kjenner den overflyttede pasienten vel så godt som den som har funksjonen som mobil intensivsykepleier.

En mobil intensivsykepleier kan uansett bidra til en større trygghetsfølelse blant sykepleierne på sengeposten. Ifølge Athifa et al. (2011) fører en mobil intensivsykepleier til økt trygghetsfølelse for sykepleierne på sengepost gjennom å forbedre kommunikasjonen mellom intensivavdelingen og sengeposten, samt å legge en plan for hva som det bør fokuseres på hos pasienten de første dagene etter overflyttingen. Den mobile intensivsykepleieren gjorde også at sykepleiere på sengepost fikk større selvtillit gjennom å undervise i hva som skal observeres etter overflytting, hva som skal observeres i den kritiske fasen og i oppkoblingen av nytt og ukjent utstyr.

Sykepleierne opplever at overflyttingene er avhengig av flaks for at det skal gå bra med pasienten. Det er dermed mye som tyder på at behovet for en ressurs med mer kompetanse enn sykepleierne på sengeposten er tilstede. Samtidig kan det da argumenteres for at det er behov for markante endringer i rutinene ved overflytting av pasienter og at dette kanskje bør forankres i gjeldende prosedyrer. Det vil da være et større behov for endring av overflyttingsrutinene enn å påpeke at en mobil intensivsykepleier kan fungere som en trygghet. Hvis muligheten for støtte fra en slik funksjon brukes som et argument for overflytting av pasienten i stedet for å se på overflyttingsrutinene kan situasjonen minne om den som ble beskrevet som uønsket av en av informantene. Nemlig at overflyttinger kan skje fordi sengeposten har en intensivsykepleier de kan tilkalle. Det er da mulig å argumentere for at en funksjon som mobil intensivsykepleier har mer til hensikt å effektivisere arbeidet enn den har til å bedre pasientsikkerheten.

Følelsen av å stå alene når ortopedisk bakvakt har forlatt sykehuset kan en mobil intensivsykepleier bidra til å bli mindre. Erfaringsmessig vil intensivsykepleieren i mange situasjoner også kunne være til

stor hjelp og støtte for LIS1 som står alene med ansvaret for de ortopediske pasientene. Det er legen som skal ta beslutninger vedrørende medisinske spørsmål som angår pasienten da det er han eller hun som presumptivt har best faglig kvalifikasjon for det. Samtidig er det slik at helsepersonell i behandlingssituasjoner ofte har komplementære kvalifikasjoner noe som innebærer at selv om legen har beslutningsmyndighet må han eller hun lytte til, og innrette seg etter, det andre uttrykker (Molven 2016). Erfaringsmessig vil nok en intensivsykepleier i mange situasjoner reelt ha best grunnlag for å avgjøre hvilke tiltak som skal settes i verk sammenlignet med en fersk LIS1.

4.3 Intensivsykepleieren som ressurs

Sengepostene har ofte pasienter som er dårlige og faller raskt. Informantene etterspør ekstra bistand i situasjoner der det er vanskelig å oppnå kontakt med legene, eller i situasjoner der legene har vanskelig for å forlate et pågående arbeid med en annen pasient. Jones et al. (2011) og Mackintosh et al. (2012) sier at funksjoner som omfattes av RRS skal respondere på tilkallinger. Den mobile intensivsykepleieren har, som nevnt tidligere, tradisjonelt sett hatt denne delegerte funksjonen i tillegg til sine vanlige arbeidsoppgaver og pasientansvar i intensivavdelingen. Det at intensivsykepleieren skal respondere på tilkallinger kan bli ett problem ved et lokalsykehus der forholdene er mindre. Tidligere forskning har vist at høyt arbeidspress blant intensivsykepleierne kan føre til økt mengde med infeksjoner, flere postoperative komplikasjoner, flere aksidentelle ekstubasjoner og økt mortalitet hos intensivpasienten (Penoyer 2010). Å tilføre funksjonen som en ekstra arbeidsoppgave hos intensivsykepleierne kan derfor gå utover pasientsikkerheten til intensivpasientene. Eventuelle uttrykkninger fra en mobil intensivsykepleier må derfor vurderes i hvert enkelt tilfelle ut ifra det generelle arbeidspresset på intensivavdelingen.

Sykepleierne ønsket undervisning i flere forskjellige tema og prosedyrer samt i håndtering av akutte situasjoner. RRS som et system skal også bidra med undervisning (Jones et al. 2011; Mackintosh et al. 2012). Å undervise sykepleiere på sengepost i å oppdage tegn på klinisk forverring på et tidlig stadium kan føre til økt kompetanse på sengepost, som igjen kan bidra til at enkelte pasienter slipper å bli overflyttet til intensivavdelingen. Dette understøttes av Bagshaw et al. (2010) som i sin studie peker på at kjennskap til slike tegn og observasjoner fører til økt kunnskap og trygghet hos sykepleiere på sengepost.

Sykepleierne fortalte at de ikke kan utføre arbeidsoppgaver de ikke er kompetent til å utføre. Kravet om forsvarlighet er avhengig av situasjonen helsehjelpen gis i. I situasjoner der tiden er knapp og det kreves øyeblikkelig handling vil det blir forlangt mindre fra helsepersonellet enn i de tilfeller der risikoen er liten og personellet har god tid til å planlegge arbeidet (Molven 2016). Det kan dermed

tyde på at det er i akutte situasjoner det er størst behov for en mobil intensivsykepleier for å sikre pasientsikkerheten. I mindre akutte situasjoner kreves det mer av den enkelte sykepleier, og virksomheten må da legge til rette for at den enkelte sykepleier har gode nok rammer til gjennomførelse av det dagligdagse arbeidet.

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere kan trekkes fram og brukes som et argument for at sykepleieren har et eget ansvar for at oppgavene han eller hun utfører er faglig, etisk og juridisk forsvarlig (NSF 2011). En mobil intensivsykepleier kan brukes som en ressurs for at disse retningslinjene blir fulgt. Disse retningslinjene gjelder riktignok ikke bare sykepleieren på sengepost, men også den eventuelle mobile intensivsykepleieren. Samtidig fastslår funksjonsbeskrivelsen for intensivsykepleiere at intensivsykepleieren skal sikre akutt og kritisk syke pasienter et faglig og forsvarlig helsetilbud i henhold til de yrkesetiske retningslinjene (NSFLIS 2002). I et hefte angående forsvarlighet utgitt av Norsk sykepleierforbund påpekes det at sykepleiere har et selvstendig og personlig ansvar for å utføre arbeidsoppgavene på en forsvarlig måte (NSF 2018). I praksis kan det også hende at den eventuelle mobile intensivsykepleieren opplever å være utrygg i sin yrkesutførelse. MIS skal fungere som et lavterskeltilbud, men den mobile intensivsykepleieren må også ha lav terskel for å tilkalle ytterligere bistand, noe tidligere forskning har vist at intensivsykepleiere tradisjonelt har (Marshall 2011).

Kompetansen på sengepostene er for dårlig i forbindelse med prosedyrer som utføres sjeldent. Spesielt går dette igjen når det oppstår situasjoner som krever suging av slim i luftveiene. Samtidig ytres det usikkerhet rundt håndteringen av sentrale venekatetre. Intensivsykepleieren kan godt fungere som et lavterskeltilbud innenfor disse problemområdene da disse situasjonene som oftest oppstår på daglig basis i en intensivavdeling. Likevel kan det by på utfordringer knyttet til den personen som skal utøve den tiltenkte funksjonen, siden han eller hun skal inneha en spesialisert kompetanse. Helsedirektoratet (2012) beskriver at dette er kompetanse som skaffes gjennom spesialutdanninger, som videreutdanning i intensivsykepleie, men også gjennom lang praksis. Dette kan bety at det må stilles krav til den som eventuelt fungerer som mobil intensivsykepleier og at det med fordel bør opprettes kriterier som sier noe om minimum antall års erfaring som intensivsykepleier før den enkelte intensivsykepleier blir delegert funksjonen. Tidligere forskning viser at en slik funksjon vanligvis tildeles intensivsykepleiere med minst fire års arbeidserfaring som spesialister (Chaboyer et al. 2004).

Sykepleierne på sengepostene føler seg utrygge når legevisittene er korte, eller når pasienten viser tegn til forverring utenom normal arbeidstid. Silva et al. (2016) argumenterer for at et kriterium for

tilkalling av MIS som viser seg å være til nytte for sykepleieren på sengepost er at han eller hun kan tilkalle hjelp dersom de føler seg bekymret for pasienten. Å bruke dette som et eventuelt kriterium for tilkalling av en mobil intensivsykepleier kan ses på som både gunstig og ugunstig. På den ene siden kan sykepleiere på sengepostene føle seg tryggere med å ha en mobil intensivsykepleier i bakhånd. På den andre siden må ikke dette kriteriet tas for lett på, da det kan øke arbeidsbelastningen for intensivsykepleieren i betydelig grad.

Bruken av NEWS har ifølge Katadzic og Jelsness-Jørgensen (2017) vist seg å være et nyttig hjelpemiddel for sykepleiere på sengepost, der pasienten ut ifra vitale parametere skårer en viss poengsum. Er poengsummen over en gitt grense, gir dette et valid grunnlag for å tilkalle MIS. På den andre siden igjen vil det være viktig å ha en viss aksept for at tilkalling av hjelp kan skje på bakgrunn av sykepleiernes kliniske blikk og deres «magefølelse» da det, som vist til i innledningen, viser seg at skåringskjemaer for vurdering av pasienten har for lav sensitivitet (Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare 2008). Å kombinere skåringskjemaer med økt kompetanse blant sykepleiere på sengepost kan trolig på sikt bidra til at antall tilfeller av pasienter med klinisk forverring reduseres.

En endring i HLR-status til pasientene ble etterspurt av informantene og tidligere forskning viser at pasienter som blir tilsett av RRS ofte får statusen HLR-minus (Chan et al. 2008; Konrad et al. 2010; Le Guen et al. 2015; Psirides et al. 2016). Også i de tilfeller der det kun er en intensivsykepleier som tilser pasienten blir det gjort endringer av pasientens resusciteringsstatus til HLR-minus (McIntyre et al. 2013). Ved Akershus Universitetssykehus er det opprettet en mobil intensivgruppe som består av anestesilege og intensivsykepleier. Hernæs (2019) viser til at gruppen skal kontaktes ved en NEWS på 7 eller høyere. Ikke bare har dette ført til en betydelig nedgang i antall hjertestanser, men det har også medført en bieffekt: Det blir oftere gjort en vurdering på om det er riktig å fortsette behandling. Sykepleiere i en sentral posisjon for å kunne påvirke eventuelle spørsmål om hjerte- og lungeredningsstatus (Aasmul 2009). En intensivsykepleier kan ta initiativ til, og bidra i diskusjoner, vedrørende begrensning i behandling. Dette vil riktignok ikke føre til at intensivsykepleieren hindrer klinisk forverring for aktuelle pasient, men det vil kunne bidra til at arbeidspresset på intensiv minsker, noe som frigjør intensivplasser og øker pasientsikkerheten for andre pasienter.

4.4 Metodediskusjon

Forskningsresultater er alltid forbundet med en større eller mindre grad av usikkerhet (Kleven 2014). Vitenskapelig kunnskap skal være et resultat av systematisk kritisk refleksjon (Malterud 2017) og problemer til reliabilitet og validitet må i alle undersøkelser uavhengig av metode minimeres i størst

mulig grad (Jacobsen 2015).

4.4.1 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler forskningsresultaters konsistens og troverdighet (Kvale og Brinkmann 2009). Innenfor all forskning er det et grunnleggende spørsmål hvor pålitelig dataene er. Dette betegnes på forskningsspråket som reliabilitet. Reliabilitet knyttes til nøyaktigheten av undersøkelsens data, herunder hvilke data som brukes, den måten de er samlet inn på og hvordan dataene er bearbeidet (Christoffersen et al. 2015). Det må stilles spørsmål ved om det er selve undersøkelsen som har skapt resultatene (Jacobsen 2015). Begrepet reliabilitet har noe forskjellig betydning innenfor kvalitative og kvantitative metoder (Krumsvik 2014) og det anses derfor som nødvendig å avklare hva som menes med reliabilitet i kvalitative studier slik som denne, før reliabiliteten diskuteres.

Innenfor kvalitativ forskning er kravene som tradisjonelt settes til reliabilitet problematiske siden et møte med forskeren og informanten alltid vil være en unik tidsbestemt situasjon. Det vanligste kriteriet for reliabilitet er at resultatene kan reproduseres og gjentas, men dette er ikke i samsvar med logikken i kvalitative intervju. Begrepet pålitelighet er en mer hensiktsmessig term innenfor kvalitativ forskning (Postholm 2010). Også kvalitative metoder må underkastes en kritisk drøfting på om hvorvidt konklusjonene er til å stole på (Jacobsen 2015), men testing av pålitelighet i form av for eksempel test-retestreliabilitet eller interreliabilitet slik som det kan gjøres i kvantitative studier blir mindre hensiktsmessig. Det brukes ikke strukturerte datainnsamlingsteknikker innenfor kvalitativ forskning da det ofte er samtalen som styrer datainnsamlingen. Samtidig er observasjonene verdiladet og kontekstavhengige noe som gjør det umulig å gjenta en annen forskers kvalitative resultater. Videre brukes forskeren som et instrument innenfor kvalitativ forskning, og i og med at ingen har akkurat den samme bakgrunnen som forskeren vil ingen andre kunne tolke resultatene på den samme måten (Christoffersen et al. 2015). Resultatenes pålitelighet i kvalitative studier kan styrkes ved at leseren får en åpen og detaljert fremstilling av fremgangsmåten igjennom hele forskningsprosessen (Christoffersen et al. 2015; Postholm 2010). Vektleggingen av transparens i prosessen for å vise hva som er blitt gjort blir viktig, uten at det blir direkte etterprøvbart i ordets rette forstand (Krumsvik 2014).

Det første pålitelighetsaspektet som det er naturlig å peke på er forforståelsen til studiens forskere. Ingen av forskerne har noen klinisk erfaring med MIS, og begge to har i liten grad erfaring med det å arbeide på sengepost. Samtidig kan forforståelsen til forskerne blitt preget av blant annet et tidligere prosjekt. Denne studien omhandler det samme temaet som begge forskerne i felleskap skrev om i forbindelse med avsluttende fordypningsoppgave på videreutdanningen i intensivsykepleie.

Riktignok omhandlet ikke fordypningsoppgaven lokalsykehus, og den hadde en noe annen vinkling enn det mastergradsoppgaven har, men kunnskapen som ble ervervet da kan ubevisst ha påvirket studiens resultat. Hva som har blitt innhentet av data og hvilke data som har blitt vektlagt kan ha blitt preget av forforståelsen. Samtidig kan ikke forforståelsen vært styrende for studiens resultat da det kom fram flere uventede funn. Dette var funn som verken var tenkt over før datainnsamlingen eller som var gjenspeilet av intervjuguiden noe som kan være et tegn på kreativ analyse. Det at analyseprosessen ble utført i felleskap har også trolig bidratt til å hindre at forforståelsen har fått utfolde seg.

Det kan ha vært positivt at erfaringene fra arbeidet på sengepost og med MIS var tilnærmet fraværende på forhånd. Dette kan ha gjort det enklere å gå inn i prosessen med åpent sinn i motsetning til for eksempel hvis prosjektmedarbeiderne jobbet på de samme sengepostene som informantene gjør. Samtidig kan den kunnskapen og de oppfatningene som lå til grunn fra tidligere påvirket både datainnsamling og analysing. Det at forskerne har studert sin egen organisasjon kan også i teorien ha påvirket resultatets pålitelighet både med tanke på det å holde avstand til det som ble studert, men også med tanke på om informantene oppfattet forskerne som partiske.

I og med at det ble benyttet fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmåte kan det ha oppstått en undersøkereffekt i form av en intervjuer-effekt. Forskerne er uerfarne intervjuere og det kan tenkes at intervjustilen preget informantene. Før fokusgruppeintervjuene ble forskerne presentert med navn og titler for informantene. Dette kan også ha vært med å påvirke informantene da forskerne selv er sykepleiespesialister, mens alle informantene foruten én, ikke er det. Dette kan ha skapt en form for uhensiktsmessig maktrelasjon mellom forsker og informant med et hierarkisk utgangspunkt der informantene forsøker å svare det de tror undersøkerne vil høre. På den andre siden ble det nøye understreket at informantene skulle svare så ærlig som mulig og ikke svare ut ifra hva de trodde forskerne ville høre eller hva andre informanter uttalte.

Intervjuerne i denne studien oppfylder få intervjukvalifikasjoner og intervjuerens formuleringer kan derfor ha påvirket resultatet. Samtidig er det viktig å påpeke at intervjuene bar preg av en lav strukturingsgrad og at informantene snakket relativt fritt innenfor det aktuelle temaet. Intervjuers formuleringer, ordvalg, oppførsel og lignende kan uansett vært en påvirkende faktor.

Fokusgruppeintervjuet i seg selv kan ha skapt en viss undersøkereffekt. Informantene kan ha hatt relevant informasjon som de ikke fortalte om enten på grunn av at temaet i seg selv var sensitivt og således vanskelig å ta opp i en gruppe, eller hvis informasjonen de satt med ikke samsvarte med

andre informanters utsagn. Temaet denne studien omhandler anses i utgangspunktet ikke som sensitivt. Dog er det slik at hva som er sensitivt er subjektivt (Malterud 2012).

Valget av datainnsamlingsmåte anses uansett i etterkant som et godt valg da informantene fikk hjelp av hverandre til å komme med relevant informasjon, noe som i litteraturen beskrives som en fordel med fokusgruppeintervju (Jacobsen 2015). Et annet moment som anses som relevant er at rollene som moderator og sekretær ble byttet om fra det første fokusgruppeintervjuet til det andre. Fokuset på reliabilitet forskerne imellom kan ha lagt en demper på kreativ tenkning slik at moderatoren ikke nødvendigvis fulgte en intervjustil og gjorde de improvisasjoner som han ville gjort hvis studien hadde blitt utført alene.

Valget av datainnsamlingssted anses i etterkant av studien som et godt valg. Innsamlingen av data ble ikke gjort i en så kunstig kontekst at det er grunn til å tro at informantene ble påvirket av konteksten. Dataene ble samlet inn i en naturlig kontekst da dette ble gjort på sykehusområdet. Bygget som ble benyttet var like ved sykehusets hovedbygg og er et bygg som er kjent for informantene da dette ofte brukes til blant annet møter og fagutvikling. Det kan selvfølgelig argumenteres for at konteksten kunne blitt enda mer naturlig ved at intervjuet hadde blitt utført innenfor selve sykehuskroppen og nærmere sengepostene, men et naturlig motargument vil da være at en så naturlig kontekst vil føre til flere elementer av forstyrrelser.

En konteksteffekt som kan ha vært av betydning er at intervjuet var planlagt. En overraskende undersøkelse kunne fått fram andre resultater, men fokuset i studien var ikke å få fram spontane meninger og følelser. En overraskende undersøkelse ville uansett vært vanskelig å gjennomføre blant annet med tanke på praktisk gjennomføring og god forskningsetikk.

Ingen av forskerne er fra tidligere vant med å transkribere lydopptak. Det at prosjektmedarbeiderne selv har valgt å transkribere lydopptakene styrker riktignok validiteten. Samtidig var det enkelte steder i begge lydopptakene momenter som ble definert som uhørbare, noe som gjør at helheten til det som ble sagt kan ha blitt noe maskert. Videre ville transkripsjonens pålitelighet vært større hvis begge prosjektmedarbeiderne hadde transkribert begge intervjuene for så og sammenlignet den transkriberte teksten og oppklart eventuelle forskjeller.

Analysens pålitelighet er også noe som det bør reflekteres over. Når det ble opprettet kodegrupper og de meningsbærende enhetene ble plassert i ulike grupper måtte det nødvendigvis brukes noe skjønn for å vurdere hvilke meningsbærende enheter som hørte til hvor. Samtidig ble analyseringen

utført av begge forskerne noe som trolig hindret en tilnærmet tilfeldig plassering av enhetene slik som det hadde vært mulighet for hvis analyseringen kun ble utført av den ene prosjektmedarbeideren. Det at analysen ble utført slik som den ble gjorde at det ble utført en tilnærmet kontinuerlig kryssjekking av inndelingen slik at den i størst mulig grad ble korrekt.

Kravet om etterprøvnbarhet i kvalitativ forskning er som beskrevet riktignok ikke et kriterium i ordets rette forstand for vurderingen av resultatenes pålitelighet. Allikevel anses det ikke som usannsynlig, på bakgrunn av de faktuelle forhold som er beskrevet, at andre forskere kan ha kommet fram til lignende resultater ved bruk av samme metode.

4.4.2 Validitet

Ingen kunnskap er allmenngyldig, noe som gjør generaliserbarhet til et problematisk begrep uansett ambisjoner om overførbarhet. Validiteten av hva studien sier noe om skal overveies av forskeren samt hvilken overførbarhet funnene har ut over den sammenhengen der studien er gjennomført. Det skal ikke nødvendigvis besvares på om hvorvidt funnene er sanne, men om hva de er sant om og hvilken rekkevidde og overførbarhet funnene har. I spørsmål om studiens validitet blir det derfor i første omgang spørsmål om hva resultatet er sant om (intern validitet), før det må spørres om i hvilken sammenheng funnene kan gjøres gjeldende ut over den konteksten de er kartlagt i (ekstern validitet) (Malterud 2017).

4.4.2.1 Intern validitet

For å avgjøre den interne validiteten må det stilles spørsmål om studieobjektene har gitt en sann beskrivelse av virkeligheten, hvorvidt forskerens gjengivelse og fortolkning av data er riktig og om de funn og konklusjoner forskeren trekker faktisk gjenspeiler viktigheten (Jacobsen 2015).

Det ble benyttet et strategisk utvalg, noe som kan ha vært med på å øke den interne validiteten da dette kan bidra til en sikring av de rette kildene. Studien fikk på denne måten informanter som hadde et grunnlag for å uttale seg om temaet. Det frafallet som oppsto i rekrutteringsprosessen anses ikke som av stor viktighet for resultatet da dette ikke var informanter som det ble eksplisitt spurt etter. De informantene som erstattet frafallet ble ansett til å ha like mye grunnlag for å uttale seg. På bakgrunn av dette anses det som trolig at de kildene som er brukt i studien er riktige.

I ettertid av studien er det derimot grunn til å reflektere over hvorvidt den informasjonen kildene ga er korrekt. Kildenes nærhet til- og kunnskap om det aktuelle fenomenet bør vurderes i valideringen (Jacobsen 2015). Informantene i studien anses å være førstehåndskilder og dermed ha tilstrekkelig

nærhet til problematikken på sengepost. Det som ble studert omhandler deres arbeidshverdag og dermed er det et fenomen de har kunnskap om. Samtidig hadde informantene lav kunnskap om RRS og da spesielt MIS. Flere hadde riktignok både hørt og lest om en slik funksjon på forhånd, men deres forutsetning for å uttale seg om selve funksjonen kan det stilles spørsmål ved. Således kan den interne validiteten blitt noe svekket i den delen av resultatet som omhandler hva informantene ser for seg at funksjonen kunne blitt brukt til. På den andre siden igjen fikk informantene på forhånd både skriftlig og muntlig informasjon om studiens hensikt og problemstilling, samt at de før intervjuoppstart på intervjudagen fikk muntlig informasjon om utviklingen av helsevesenet og RRS.

Validering innebærer også en kritisk drøfting av kildenes vilje til å gi riktig informasjon (Jacobsen 2015). Dette er et punkt av valideringen som det i ettertid er tydelig at det må settes fokus på. Det ble valgt å rekruttere et strategisk utvalg med hjelp av seksjonslederne på hver sengepost. Det at utvalget ble rekruttert på denne måten kan ha åpnet opp for at informantenes nærmeste leder kan ha påvirket informanten før intervjustart da studiens hensikt og problemstilling ikke var hemmeliggjort. Informasjonsskrivet som ble sendt ut til informantene i forkant kan også ha påvirket informantene da hensikten og problemstillingen var beskrevet i skrivet. I tillegg fikk informantene før intervjuoppstart på intervjudagen muntlig informasjon om studien og bakgrunnen for temaet. Informasjonen om utviklingen av helsevesenet og RRS kan også ha påvirket informantene. Det ble forsøkt å legge så få føringer som mulig både før og underveis i intervjuet, men det må sies at det tidvis opplevdes slik at informantene hadde et behov for å uttrykke sin positive holdning til MIS. Det kan tenkes at dette opplevde behovet for å uttrykke sin positivitet til funksjonen kan ha et helt eller delvis opphav i måten informantene ble rekruttert på og/eller den informasjonen de fikk i forkant av studien. Det ble verken før, under eller etter intervjuet antydnet at funksjonen skulle implementeres på lokalsykehuset. Dog er det naturlig å spørre seg om informantene så på denne studien som en mulighet for at dette kunne skje hvis de stilte seg uttalt positive til funksjonen.

Informantenes vilje til å gi riktig informasjon kan også ha blitt påvirket av de andre deltakerne, enten på grunn av at de kunne ha et ønske om å fremstå som politisk korrekte eller hvis det var slik at de oppfattet enkelte tema som sensitive. På tross av det faktum at fokusgruppene var satt sammen med informanter som innehadde ulike bruddegenskaper så førte ikke dette til spesielt fruktbare debatter. Det kom riktignok fram motsetninger og erfaringer som talte mot andres erfaringer, men ingen av fokusgruppeintervjuene inneholdt noen reel debatt.

Det kunne blitt utført et pilotintervju for å kvalitetssikre intervjuguiden. Dette ble ikke gjort. Dataene i undersøkelsen ble samlet inn relativt sent i forløpet, blant annet på grunn av at det tok lang tid å få

de nødvendige godkjenningene på plass. Det kan argumenteres for at dette styrker de dataene som er samlet inn da forskerne hadde større oversikt over temaet og visste hva som det skulle sees etter. Et motargument for dette er at en datainnsamling så sent i prosessen kan ha ført til at forskerne så seg blinde for nye forhold og momenter. Et annet moment i refleksjonen over kildenes representasjon av virkeligheten er at informasjonen som kom fram i all hovedsak kom fram spontant og ikke ved hjelp av stimuli, noe som blant annet Jacobsen (2015) viser til at er en styrke.

For å sikre at fremstillingen av studiens resultat i størst mulig grad gir en sann representasjon av dataene som er innhentet kunne det blitt utført en respondentvalidering. Dette ble ikke gjort. Derimot er det lagt ned en betydelig mengde med arbeid og tid i validering av dataene gjennom drøfting av kategorier og konklusjoner. Begge forskerne gikk igjennom kategoriene både uavhengig av hverandre og i felleskap. Materialet ble re-analysert og det ble forsøkt å både dele opp, og slå sammen kategorier, uten at dette påvirket resultatene nevneverdig. Det at trinn to og tre av den initiale analysen ble utført i felleskap argumenterer også for at det ble oppnådd gyldige kategorier igjennom de interne diskusjonene, refleksjonene og drøftingene som oppsto forskerne imellom.

Bruken av en trinnvis analysemetode som systematisk tekstkondensering er unødvendig tidkrevende i en fokusgruppetudie. I etterkant anses uansett valget av analysemetode som godt, både på bakgrunn av forskernes manglende analyseerfaring, men også på grunn av at dette kan ha bidratt til ytterligere gyldige kategorier. Gyldigheten av funnene i studien blir styrket av at lignende studier fra større sykehus som omhandler bruken av RRS eller som omhandler utfordringer på sengepost har klare likheter. Samtidig tilfører denne studien nye funn som tilsynelatende ikke er velbeskrevet i litteraturen tidligere. Det kunne blitt utført metodetriangulering for å øke gyldigheten av funnene, men dette ble ikke ansett som nødvendig verken før, under eller etter datainnsamlingen da metoden som ble brukt anses som god nok og da dette ville ført til bruk av tid som ikke var tilgjengelig.

4.4.2.2 Ekstern validitet

Begrepet «metning» ble av forskerne brukt i umiddelbar etterkant av fokusgruppeintervjuene. Det kan ikke sies med sikkerhet at det informantene kom med er det som det er å komme med vedrørende aktuelle tema, men følelsen av å ha oppnådd metning mot slutten av intervjuene var til stede og den siste delen av begge intervjuene bidro ikke til noe nytt. Samtidig bidro andre fokusgruppeintervju til relevante data som ikke kom fram i det første fokusgruppeintervjuet. Mye av det som kom fram i andre fokusgruppeintervju opplevdes riktignok som understøttende til det som kom fram i det første intervjuet, men det kan ikke sies med sikkerhet at et tredje fokusgruppeintervju ikke ville bidratt til nye momenter.

Utvalget i seg selv gjør overførbarheten av funnene større. I studien ble det brukt et strategisk utvalg med sykepleiere som hadde ulik lengde på sin yrkeserfaring og som jobbet på ulike sengeposter. Utvalget kan dermed ligne på resten av arbeidsstokken. Samtidig er ikke det strategiske utvalget et representativt utvalg. Hovedårsaken til dette er at i søken på å skape kontroll- og bruddegenskaper i fokusgruppene ble sykepleiere med mellom to og syv års erfaring ekskludert fra studien. Det er nærliggende å anta at de sykepleierne som ble ekskludert utgjør en betydelig andel av arbeidsstokken. På tross av dette kan det på bakgrunn av informantenes arbeidserfaring og arbeidssteder argumenteres for at bredden av det studerte fenomenet er representert. På bakgrunn av antall enheter og valget av type enheter anses det derfor som sannsynlig, men ikke beviselig, å tro at tematikken rundt de problemområder som finnes på sengeposten og hva det er behov for bistand til, kan overføres til andre lokalsykehus.

4.5 Fremtidige studier

Fremtidig forskning bør fokusere på hvilke konkrete tiltak intensivsykepleieren kan gjøre i sin rolle som MIS og hvilken myndighet intensivsykepleieren bør ha. Hvilke kriterier som er viktige for å tilkalle MIS for å unngå forverring av pasientens helse og for å bistå sykepleierne på sengeposten vil også være et naturlig forskningsområde. På et administrativt nivå bør det forskes på hva funksjonsbeskrivelsen til den mobile intensivsykepleieren bør inneholde.

En mulig vinkling for fremtidig forskning kan være å studere samhandlingen mellom spesialsykepleier og sykepleier på sengeposten. En annen mulig vinkling vil være å finne ut om en funksjon som mobil intensivsykepleier kan fylles av andre typer spesialiseringer innenfor sykepleie.

5.0 Konklusjon

En mobil intensivsykepleier kan bistå sykepleiere på sengepost i situasjoner med klinisk dårlige pasienter, ved enkelte prosedyrer og i undervisningssammenheng. Som et lavterskeltilbud kan en mobil intensivsykepleier løse noen av utfordringene på sengepostene og da trolig bedre pasientsikkerheten. Dette er forutsatt at det blir utarbeidet en solid funksjonsbeskrivelse som tar utgangspunkt i hvor stor ressursbruk det kan tillates at funksjonen opptar. Samtidig må funksjonsbeskrivelsen tydelig skille intensivsykepleierens ansvarsområde fra annet personell sitt ansvarsområde.

Litteraturliste

Aasmul, I. (2009) *HLR minus, med rett til å la dø* [sykepleievitenskap] Bergen: Universitetet i Bergen.

Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruynell, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D. og Sermeus, W. (2017) Nursing skill mix in European hospitals: cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *British Medical Journal Quality and Safety*, 26, s. 559-568.

Amudha, P., Hamidah, H., Annamma, K. og Ananth, N. (2018) Effective Communication between Nurses and Doctors: Barriers as Perceived by Nurses. *Journal of Nursing and Care*, 7(3), u.s.

Andreassen, H. (2017) Mobil intensiv sykepleier (MIS) [upublisert manuskript]. Helse Nord, Klinikk Hammerfest.

Athifa, M., Finn, J., Brearley, L., Williams, T. A., Hay, B., Laurie, K., Leen, T., O'Brien, K., Stuart, M., Watt, M. og Leslie, G. (2011) A Qualitative exploration of nurse's perception of Critical Outreach Service: A Before and after study. *Australian Critical care*, 24, s. 39-47.

Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare (2008) *Recognising and responding to clinical deterioration: background paper* [Internett]. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare. Tilgjengelig fra: <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/BackgroundPaper.pdf> [Lest 13.01.19].

Bagshaw, S. M., Mondor E. E., Scouten, C., Montgomery, C., Slater-MacLean, L., Jones D. A., Bellomo, R. og Gibney R. T. N. (2010) A survey of nurses' beliefs about the medical emergency system in a Canadian tertiary hospital. *Journal of critical care*, 19(1), s. 74-84.

Benin, A. L., Borgstrom, C. P., Jenq, G. Y., Roumanis, S., A. og Horwitz, L. I. (2012) Defining impact of a rapid response team: qualitative study with nurses, physicians and hospital administrators. *BMJ quality and safety*, 21, s. 391-398.

Bogaert, P. V., Peremans, L., Heusden, D. V., Verspuy, M., Kureckova, V., Cruys, Z. og Franck, E. (2017) Predictors of burnout, work engagement and nurse reported job outcomes and quality of care: a mixed method study, *BMC Nursing*, 16(5), u.s.

Bunkenborg, G. og Petersen, J. A. (2007) Etablering af Mobilt Akut Team. *Sygeplejersken*, 17, s. 70-71.

Busch, T. (2013) *Akademisk skriving for bachelor og masterstudenter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Chaboyer, W., Foster, M. M., Foster, M. og Kendall, E. (2004) The Intensive Care Unit liaison nurse: towards a clear role description. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(2) s. 77-86.

Chan, P. S., Khalid, A., Longmore, L. S., Berg, R. A., Kosiborod, M. og Spertus, J. A. (2008) Hospital-wide Code Rates and Mortality Before and After Implementation of a Rapid Response Team. *American Medical Association*, 300(21), s. 2506-2513.

Chen, J., Bellomo, R., Flabouris, A., Hillman, K., Assareh, H. og Ou, L. (2015) Delayed Emergency Team Calls and Associated Hospital Mortality: A Multicenter Study. *Critical Care Medicine*, 43(10), s. 2059-2065.

Christoffersen, L., Johannesen, A., Tufte, P. A. og Utne, I. (2015) *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. 1. utg. Oslo: Abstrakt forlag.

Chua, W. L., See, M. T. A., Legio-Quigley, H., Jones, D., Tee, A. og Liaw, S. Y. (2017) Factors influencing the activation of rapid response system for clinically deteriorating patients by frontline ward clinicians: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 29(8), s. 981-998.

Craftman, Å. G., Grape, C., Ringnell, K. og Westerbotn, M. (2016) Registered nurses' experience of delegating the administration of medicine to unlicensed personell in residential care homes. *Journal of Clinical Nursing*, 25, s. 3189–3198.

Dalen, M. (2013) *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Dall, T. M., Gallo, P. D., Chakrabarti, R., West, T. Semilla, A. P. og Storm, M. V. (2013) An Aging Population And Growing Disease Burden Will Require A Large And Specialized Health Care Workforce by 2025. *Health affairs*, 32(11), s. 2013-2020.

Dalland, O. (2017) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Datatilsynet (2018) *Lydopptak av samtaler* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.datatilsynet.no/regelverk-og-verktoy/veiledere/lydopptak/?id=2343> [Lest 24.01.19].

Douw, G., Waal, G. H-D., Van Zanten, A. R. H., Van Der Hoeven, J. G. og Schoonhoven, L. (2016) Capturing early signs of deterioration: the dutch-early-nurse-worry-indicator-score and its value in the Rapid Response System. *Journal of Clinical Nursing*, 26, s. 2605-2613.

Eliott, S. J., Ernest, D., Doric, A. G., Page, K. N., Worrall-Carter, L. J., Thalib, L. og Chaboyer, W. (2008) The impact of an ICU liaison nurse service on patient outcomes. *Critical Care and Resuscitation*, 10(4), s. 296-300.

Folkehelseinstituttet (2017) *Kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2016*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Fredslund, H. og Dahlager, L. (2005) Kvalitative metoder. I: Jørgensen, T. (red.), Christensen, E. (red.) og Kampmann, J. P. (red.) *Klinisk forskningsmetode*. Munksgaard Danmark, s. 63-82.

Gardner-Thorpe, J., Love, N., Wrightson, J., Walsh, S. og Keeling, N. (2006) The value of Modified Early Warning Score (MEWS) in surgical in-patients: a prospective observational study. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 88, s. 571-575.

Granaas, M., Vatn, L. og Lund, S. B. (2016) Fanger opp forverring tidligere. *Sykepleien*, 6, u.s.

Granli, L (2018) Robotene på vei inn i eldreomsorgen: - På høy tid med en etisk debatt i Norge. *Norsk Rikskringkasting* [Internett], 14.07.18. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/hordaland/robotene-pa-vei-inn-i-eldreomsorgen--pa-hoy-tid-med-en-etisk-debatt-i-norge-1.14102397> [Lest 18.04.19].

Haegdorens, F., Bogaert, P. V., Roelant, E., Meester, K. D., Misselyn, M., Wouters, K. og Monsieurs K. G. (2018) The introduction of a rapid response system in acute hospitals: A pragmatic stepped wedge cluster randomised controlled trial. *Resuscitation*, 129, s. 127-134.

Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helle, J. (2012) Jobbgledning –trussel eller mulighet?. *Overlegen*, 1, s. 4-5.

Helsebiblioteket (2015) Forverret tilstand for pasient på sengepost – etablering og drift av et system for tidlig oppdagelse og systematisk oppfølging. Stavanger: Helse Stavanger. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/forverret-tilstand-av-pasient-pa-sengepost-etablering-og-drift-av-et-system-for-tidlig-oppdagelse-og-systematisk-oppfolging> [Lest 15.01.19].

Helsedirektoratet (2012) *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend og behovsanalyse fram mot 2030*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2013) *Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten. Kartlegging av erfaringer med endret oppgavedeling i Norge og andre nordiske land*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsepersonelloven. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

Hernæs, N. (2019) Gastrokirurgisk på Ahus: Ikke én hjertestans på over to år. Sykepleien [Internett], 27.03.19. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/03/gastrokirurgisk-pa-ahus-ikke-en-hjertestans-pa-over-ar?cid=sm3567358854> [Lest 28.03.19].

Hillman, K., Chen, J., Cretikos, M., Bellomo, R., Brown, D., Doig, G., Finfer, S. og Flabouris, A. (2005) Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 465, s. 2091-2097.

Howell, M. D., Ngo, L., Folcarelli, P., Yang, J., Mottley, L., Marcantonio, E. R., Sands, K. E., Moorman, D. og Aronson, M. D. (2012) Sustained effectiveness of a primary-team-based rapid response system. *Critical Care Medicine*, 40(9), s. 2562-2568.

Hung, W. W., Ross, J. S., Boockvar, K. S. og Siu, A. L. (2011) Recent trends in Chronic disease, impairment and disability among older adults in the Unites States, *BMC Geriatrics*, 11(47), u.s.

Husby, M. I., Antonsen, A-E., Nilsen, H. O., Ryggvik, T. og Gjeilo, K. H. (2014) Bedre tilbud til hjertesyke. *Sykepleien*, 14, s. 66-69.

Huuse, C. (2018) Slik skal det norske helsevesenet rustes for fremtiden. *Verdens Gang* [Internett], 19.08.18. Tilgjengelig fra: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/p6jOOE/slik-skal-det-norske-helsevesenet-rustes-for-fremtiden> [Lest 07.01.19].

Jacobsen, D. I. (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Jakobsen, A. M. og Hanssen, H. I. (2018) – Sykepleiermangelen er en nasjonal krise. *Norsk Rikskringkasting* [Internett], 26.03.18. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/troms/-sykepleiermangelen-er-en-nasjonal-krise-1.13980340> [Lest 16.02.19].

Jensen, J. K., Skår, R. og Tveit, B. (2017) The impact of Early Warning Score and Rapid Response Systems on nurses' competence: An integrative literature review and synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27, s. 1256-1274.

Jensen, J. R. og Tolo, I. (2010) *Eldreborgens økonomiske konsekvenser* [Samfunnsøkonomi]. Sted: Norges Handelshøyskole, Bergen.

- Johnsen, M. N., Grønbeck, S., Stafseth, S. K., Randen, I., Lien, T. og Lerdal, A. (2016) Tryggere med mobil intensivsykepleier. *Sykepleien*, 2, s. 48-52.
- Jones, D. A., DeVita, M. A. og Bellomo, R. (2011) Rapid-response teams. *The New England Journal of Medicine*, 365(2), s. 139-146.
- Jung, B., Daurat, A., De Jong, A., Chanques, G., Mahul, M., Monnin, M., Molinari, N. og Jaber, S. (2016) Rapid response team and hospital mortality in hospitalized patients. *Intensive Care Medicine*, 42 (4), s. 494-504.
- Jäderling, G., Calzavacca, P., Bell, M., Martling, C-R. Jones, D., Bellomo, R. og Konrad, D. (2011) The deteriorating ward patient: a Swedish-Australian comparison. *Intensive Care Medicine*, 37, s. 1000-1005
- Kadda, O. (2013) Effective Physician-Nurse communication. *Health Science Journal*, 7(3), s. 237-238.
- Karlsen, K. (2016) Om roboter, kunstig intelligens og flere hender i helsevesenet – og hvorfor produktivitetskommissjonen tar feil. *Overlegen*, 4, s. 27-31.
- Katadzic, S. og Jelsness-Jørgensen, L-P. (2017) Experiences with mobile intensive care nurses (MICNs). *Sykepleien Forskning*, u.s.
- Kleven, T. A (2014) Forskning og forskningsresultater. I: Kleven, T. A., Hjordemaal, F. og Tveit, K. red. *Innføring i pedagogisk forskningsmetode – en hjelp til kritisk tolking og vurdering*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 9-26.
- Konrad, D., Jäderling, G., Bell, M., Granath, F., Ekblom, A. og Martling, C-R. (2010) Reducing in-hospital cardiac arrests and hospital mortality by introducing a medical emergency team. *Intensive care medicine*, 36, s. 100-106.
- Krumsvik, R. J. (2014) *Forskningsdesign og kvalitative metode – ei innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Laake, J. H., Dybwik, K., Flaatten, H. K., Fonneland, I. L., Kvåle, R. og Strand, K. (2010) Impact of the post-World War II generation on intensive care needs in Norway. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54 (4), s. 479-484.
- Le Guen, M. P., Tobin, A. E. og Reid, D. (2015) Intensive care unit admission in patients following rapid response team activation: call factors, patient characteristics and hospital outcomes. *Anaesthesia and intensive care*, 43(2), s. 211-215.
- Liaw, S. Y., Scherpbier A., Klainin-Yobas P. og Rethans J. J. (2011) A review of educational strategies to improve nurses' role in recognising and responding to deteriorating patients. *International Nursing Review*, 58, s. 296–303.
- Lyndon, A., Zlatnik, M. G. og Wachter, M. (2011) Effective Physician-Nurse Communication: A Patient Safety Essential for Labor & Delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 205(2), s. 91-96.

- Mackintosh, N., Rainey, H. og Sandall, J. (2012) Understanding how rapid response systems may improve safety for the acutely ill patient: learning from the frontline. *BMJ Quality and safety*, 21, s. 135-144.
- Maharaj, R., Raffaele, I. og Wendon, J. (2015) Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, Open Access 19:254.
- Malterud, K. (2011) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Manojlovich, M., Frankel, R. M., Harrod, M., Heshmati, A., Hofer, T., Umberfield E. og Krein S. (2019) Formative evaluation of the video reflexive ethnography method, as applied to the physician-nurse dyad. *British Medical Journal Quality and Safety*, 28, s. 160-166.
- Marshall, A. P., West, S. H. og Aitken, L. M. (2011) Preferred Information Sources for Clinical Decision Making: Critical Care Nurses' Perceptions of Information Accessibility and Usefulness. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, s. 224-235.
- Massey, D., Aitken, L. M. og Chaboyer, W. (2015) The impact of a nurse led rapid response system on adverse, major adverse events and activation of the medical emergency team. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31, s. 83-90.
- McIntyre, T., Taylor, C., Reade, M., Jones, D. A. og Baldwin, I. (2013) Characteristics and outcomes of patients subject to intensive care nurse consultant review in a teaching hospital. *Critical Care and Resuscitation*, 15(2), s. 134-141.
- Miranda, G. M. D., Mendes, A. D. C. G. og Silva, A. L. A. D. (2016) Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(3), s. 507-519.
- Molven, O. (2016) *Sykepleie og jus*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Mullins, C. F. og Psirides, A. (2016) Activities of a Medical Emergency Team: A prospective observational study of 795 calls. *Anaesthesia and intensive care*, 44(1), s.34-43.
- Nordlund, K. og Joelsson-Alm, E. (2009) Mobil intensivvårdsgruppe ger bättre patientövervakning och trygg personal. *Läkartidningen*, 42(106), s. 2690-2693.
- Nordtvedt, P. (2008) *Sykepleiens grunnlag, historie, fag og etikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nordtvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverhold, B., Nordheim, L. V. og Reinart, L. M. (2012) *Jobb kunnskapsbasert – En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribe.
- NSF (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. NSF. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf [Lest 21.03.19].

NSF (2018) *Forsvarlighet – Om faglig kompetent og omsorgsfull sykepleie*. Norges Sykepleierforbund. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20181604104115/NSF%20Forsvarlighetshefte-april_2018..pdf [Lest 29.03.19].

NSFLIS (2002) *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier*. NSFLIS. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%20_2_.pdf [Lest 15.01.19].

Odell, M., Victor, C. og Oliver, D. (2009) Nurses role in detecting deterioration in ward patients: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), s. 1992-2006.

Ofoma, U. R., Basnet, S., Berger, A., Kirchner, H. L. og Girotra, S. (2018) Trends in Survival After In-Hospital Cardiac Arrest During Nights and Weekends. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(4), s. 402-411.

Olsson, H. og Sörensen, S. (2003) *Forskningsprosessen – kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Peberdy, M. A., Ornato, J. P., Larkin, G. L., Braithwaite, R. S., Kashner, T. M., Carey, S. M., Meaney, P. A., Cen, L., Nadkarni, V. M., Praestgaard, A. H. og Berg, R. A. (2008) Survival From In-Hospital Cardiac Arrest During Nights and Weekends. *Journal of the American Medical Association*, 299(7), s. 785-792.

Penoyer, A. D. (2010) Nurse staffing and patient outcomes in critical care: A concise review. *Critical Care Medicine*, 38(7), s. 1521-1528.

Postholm, M. B. (2010) *Kvalitativ metode – En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Psirides, A. J., Hill, J. og Jones, D. (2016) Rapid Response Team activation in New Zealand hospitals-a multicenter prospective observational study. *Anaesthesia and Intensive Care*, 44(3), s. 391-397.

Reader, T. W., Mearns, R. F. og Cuthbertson, B. H. (2007) Interdisciplinary communication in the intensive care unit. *British Journal of Anaesthesia*, 98(3), s. 347-252.

Rimmer, A. (2017) Rise in hospital workload outstrips growth in medical workforce. *The BMJ*, 357, s. 369-370.

Ræder, J (2012) Er eldrebølgen på vei inn i sykehusene? *Tidsskrift for den Norske Legerforening*, 23-24 (132), s. 2582.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) (2017) *Eldrehelsetatlas for Norge*. Nr 2. Bodø: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. Tilgjengelig fra: https://helseatlas.no/sites/default/files/eldrehelsetatlas_rapport.pdf [Lest 07.10.18].

Silva, M., Saraiva, M., Cardoso, T. og Aragao, I. C. (2016) Medical Emergency Team: How do we play when we stay? Characterization of MET actions at the scene. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(33), s. 1-6.

Statistisk Sentralbyrå (2016) *Pasienter på sykehus* [Internett]. Statistisk sentralbyrå. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/?rxid=b5054948-1648-4e4f-962f-cda7fdb0a82a> [Lest 07.10.18].

Stubberud, D-G. (2015) Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I: Gulbrandsen, T. og Stubberud D-G. red. *Intensivsykepleie*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 43-73.

Subbe, C. P., Kruger, M., Rutherford, P. og Gemmel, L. (2001) Validation of a modified Early warning Score in medical admissions, *QJM: An International Journal Of Medicine*, 94(10), s. 521-526.

Sørbo, K. og Flatås, S. (2018) Mangler 6000 sykepleiere: Monika er av å til alene med 85 pasienter. *Norsk Rikskringkasting* [Internett], 31.05.18. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/trondelag/6000-sykepleiere-mangler-her-til-lands-1.14063202> [Lest 16.02.19].

Tabenejad, Z., Pazokian, M. og Ebadi, A. (2014) A Systematic Review of the Liaison Nurse Role on Patient's Outcome after Intensive Care Unit Discharge. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 2 (4), s. 202-210.

Thalberg, S. og Svendseid, B. S. (2019) Tina sluttet etter bare tre år i yrket – mange sykepleiere tenker på det samme. *Norsk Rikskringkasting* [Internett], 14.02.19. Tilgjengelig fra: <https://www.nrk.no/hordaland/tina-sluttet-etter-bare-tre-ar-i-yrket- -mange-sykepleiere-tenker-pa-det-samme-1.14418497> [Lest 16.02.19].

Thomassen, M. (2006) *Vitenskap, kunnskap og praksis – innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tingvoll, W-A., Sæterstrand, T. og Fredriksen S-T. D. (2010) Kompetanse i tiltakskjeden – avdelingslederens erfaringer om utskrivninger av eldre pasienter fra sykehus. *Vård i Norden*, 95(30), s. 29-33.

Topple, M., Ryan, B., Baldwin, I., McKay, R., Blythe, D., Rogan, J., Radford, S. og Jones, D. (2016) Tasks completed by nursing members of a teaching hospital Medical Emergency Team. *Intensive and Critical Care Nursing*, 32, s. 12-19.

Trinkle, R. M. og Flabouris, A. (2011) Documenting Rapid Respons System afferent limb failure and associated patient outcomes. *Resuscitation*, 82, s. 810-814.

Vazirani, S., Hays, R., Shapiro, M. F. og Cowan, M. (2005) Effect of a Multidisciplinary Intervention on Communication and Collaboration Among Physicians and Nurses. *American Journal of Critical Care*, 14(1), s. 71-77.

Waldie, J., Tee, S. og Day, T. (2016) Reducing avoidable deaths from failure to rescue: A discussion paper. *British Journal of Nursing*, 25, s. 895-900.

Wibeck, V. (2010) Fokusgrupper. *Om fokuserade gruppeintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur AB.

Vedlegg 1: Vedtak DAC



Senter for virksomhetsstøtte og utvikling

Postboks 333 Telefon: 74 09 80 00
N-7601 LEVANGER Org.nr: 983 974 791
E-post: postmottak@hnt.no www.hnt.no

Førstelektor Ingeborg Alexandersen
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår ref.:
2018/3940 - 40379/2018

Deres ref.:

Dato:
12.12.2018

Svar på søknad om godkjenning av forskningsprosjekt

Prosjekt:

"Ressursutnyttelse på lokalsykehus - behov for mobil intensivsykepleier eller andre støttefunksjoner?"

Matsergradsprosjekt for Andreas Sletnes, intensivsykepleier, Helse Nord-Trøndelag HF og mastergradsstudent, NTNU, og Lasse Hammervold, intensivsykepleier, Helse Nord-Trøndelag HF og mastergradsstudent, NTNU

Prosjektleder:

Ingeborg Alexandersen, førstelektor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Forskningsansvarlig: NTNU

Prosjektets formål og bakgrunn:

Innbyggerne blir stadig eldre og den medisinske utviklingen fortsetter. Presset på intensivplasser øker, og pasientene på sengepost blir sykere og mer ustabile. Som et svar på denne endringen har man ved enkelte sykehus forsøkt å utnytte allerede manifeste ressurser ved å opprette støttefunksjoner som bistår sengepostens personale i ivaretagelse av deres pasienter.

Formålet med studien er å undersøke om sykepleiere på sengepost har erfaringer fra pasientsituasjoner der de opplevde at deres kunnskapsnivå ikke strakk til og/eller der de ikke fikk tilstrekkelig hjelp fra kollegaer til å ivareta pasienten. Videre ønskes det å belyse hvordan sykepleierne stiller seg til en funksjon med mobil intensivsykepleier og hva de mener en slik funksjon eventuelt kan tilføre.

SYKEHUSET LEVANGER
Besøksadresse: Kirkegata 2, Levanger
Telefon: 74 09 80 00

SYKEHUSET NAMSOS
Besøksadresse: Havikvegen 8, Namsos
Telefon: 74 21 54 00

Datamateriale og datahåndtering:

Det er planlagt fokusgruppeintervju av totalt 15 sykepleiere fra medisinske og kirurgiske sengeposter. Opptaksutstyr lagres nedlåst og intervjudata lagres på NTNU sine sikre servere.

Etikk og personvern:

Prosjektet er samtykkebasert, og informasjonsskriv og samtykkeskjema er vedlagt søknaden. Det er sendt melding til Norsk senter for forskningsdata (NSD). I informasjonsskrivet står det at: «Etter ny personopplysningslov har NTNU og prosjektleder Ingeborg Alexandersen et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6a og artikkel 9 nr 2 og ditt samtykke».

Kostnader/finansiering:

Ingen ekstern finansiering.

Prosjektperiode:

01.12.18-31.05.19

Publikasjoner:

Mastergradsoppgave.

Vedtak

Forskningsansvarlig instans i Helse Nord-Trøndelag (DAC) har vurdert søknaden i henhold til personvernforordningen, relevant særlovgivning og Helse Nord-Trøndelags egne retningslinjer/strategier for bruk av pasientdata til forskningsformål.

Behandlingsansvarlig, NTNU, ved prosjektleder Ingeborg Alexandersen har dokumentert at behandlingen av personopplysninger, herunder sensitive personopplysninger, har behandlingsgrunnlag i personvernforordningen artikkel 6 nr. 1, bokstav a) og unntak fra forbudet mot behandling av særlige kategorier personopplysninger i artikkel 9 nr. 2, bokstav a).

Forskningsansvarlig i Helse Nord-Trøndelag godkjenner prosjektet under forutsetning av at det gjennomføres slik som beskrevet i protokollen og i henhold til NSD's tilrådning. Vi ber om at svarbrev fra NSD ettersendes.

Innspill på prosjektbeskrivelsen:

Kvalitet i forskning kjennetegnes blant annet ved at nye studier bygger på tidligere forskning. Vi foreslår at introduksjonsdelen i prosjektplanen oppdateres. Et generelt tips kan være å redegjøre for hvilke søkeord som er bruk, inkludert mesh-termer, hvilke databaser det er søkt i, om det finnes systematiske oversiktsartikler og en redegjørelse for eventuelle tilsvarende studier i Norge. En relevant mesh-term for denne studien kan være: «Hospital Rapid Response Team». Et kjapt søk resulterte i to nye systematiske oversiktsartikler som ikke er beskrevet i prosjektbeskrivelsen:

- Chua et al. (2018) «Factors influencing the activation of the rapid response system for clinically deteriorating patients by frontline ward clinicians: a systematic review»
- Jensen et al. (2017) The impact for early warning score and rapid response systems on nurses' competence: An integrative literature review and synthesis

Det vil også vært relevant å henvise til norske studier, for eksempel:

- Katadzic (2017) «Experiences with mobile intensive care nurses (MICNs)

For søknader der det etterspørres ytterligere dokumentasjon, ber vi om at denne ettersendes postmottak@hnt.no så snart det foreligger. E-posten skal merkes med saksnummer 2018_2940.

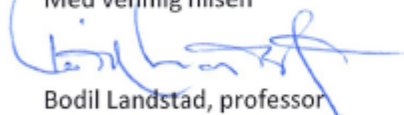
Acknowledgements:

Viser til vedlagte retningslinjer for kreditering og acknowledgements ved publisering av artikler som utgår fra eller benytter data innsamlet i Helse Nord-Trøndelag HF.

For ytterligere opplysninger ta kontakt med Hege Selnes Haugdahl, forskningsrådgiver, ph.d. hege.selnes.haugdahl@hnt.no

Behandlet i DAC, 11.12.2018

Med vennlig hilsen



Bodil Landstad, professor
Forskningssjef i Helse Nord-Trøndelag

Kopi:

Klinikkleder Tina B. Eilertsen, Klinikk for kirurgi, Helse Nord-Trøndelag
Mastergradsstudent Andreas Sletnes og mastergradsstudent Lasse Hammervoll

Vedlegg 2: Brev til klinikkledere

Andreas Sletnes
NTNU
Bregnevegen 1c, 7606 Levanger
andreksl@stud.ntnu.no

XX.XX.XX

Klinikkleder XXX
XXX klinikk, Sykehuset Levanger
Kirkegata 2, 7600 Levanger

Søknad om tillatelse til innsamling av data

I forbindelse med et mastergradsprosjekt i regi av fakultet for medisin og helsevitenskap, institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, ved Norges Teknisk-Naturfaglige Universitet (NTNU) ber vi om tillatelse til å samle inn data igjennom intervju av deres ansatte.

Studien skal kvalitativt undersøke hvilke erfaringer sykepleiere på sengepost har fra situasjoner der de opplevde at de ikke fikk tilstrekkelig hjelp fra kollegaer og/eller der de følte at man hadde et for lavt kunnskapsnivå for å håndtere situasjonen på en best mulig måte. Det kan være snakk om både akutte- og ikke-akutte situasjoner. Videre ønskes det å undersøke hvordan sykepleiere på sengepost stiller seg til implementering av en funksjon som «mobil intensivsykepleier (MIS)» og hva de mener en slik funksjon eventuelt kan tilføre i det kliniske arbeidet. Studien har ikke som formål å avdekke svakheter ved de respektive avdelingene, men det ønskes belyst om allerede manifeste ressurser ved sykehuset kan utnyttes på en bedre måte for å øke pasientsikkerheten.

I vårt strategiske utvalg ønsker vi å intervju X sykepleiere som jobber i deres klinikk. Informantene er tenkt rekruttert igjennom de respektive avdelingslederne. Det er ønskelig at cirka 50 % av informantene har under 2 års arbeidserfaring som sykepleier, mens den andre halvparten har over syv års erfaring som sykepleier.

Innsamlingen av data vil skje ved hjelp av gruppeintervju. Studien er søkt NSD. Innsamling av data ønskes gjennomført så snart nødvendige tillatelser er på plass. Prosjektleder og veileder for studien er førstelektor Ingeborg Alexandersen ved NTNU i Trondheim.

Det gjøres oppmerksom på at prosjektmedarbeiderne selv er ansatt som intensivsykepleiere i kirurgisk klinikk.

Viser til vedlagte prosjektbeskrivelse for nærmere informasjon om den planlagte studien.

På forhånd takk for tilbakemelding.

Med vennlig hilsen,
Andreas Sletnes og Lasse Hammervold.

Vedlegg 3: Brev til seksjonsledere

Andreas Sletnes
NTNU
Bregnevegen 1c, 7606 Levanger
andreksl@stud.ntnu.no

XX.XX.XX

Seksjonsleder xxx
Avdeling xxx, Sykehuset Levanger
Kirkegata 2, 7600 Levanger

Forespørsel om bistand til rekruttering av informanter i forskningsprosjekt

I forbindelse med et mastergradsprosjekt i regi av fakultet for medisin og helsevitenskap, institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, ved Norges Teknisk-Naturfaglige Universitet (NTNU) ber vi deg om bistand til rekruttering av informanter.

Studien skal kvalitativt undersøke hvilke erfaringer sykepleiere på sengepost har fra situasjoner der de opplevde at de ikke fikk tilstrekkelig hjelp fra kollegaer og/eller der de følte at man ikke hadde et tilstrekkelig kunnskapsnivå for å håndtere situasjonen på en best mulig måte. Det kan være snakk om både akutte- og ikke-akutte situasjoner. Videre ønskes det å undersøke hvordan sykepleiere på sengepost stiller seg til implementering av en funksjon som «mobil intensivsykepleier (MIS)» og hva de mener en slik funksjon eventuelt kan tilføre i det kliniske arbeidet. Studien har ikke som formål å avdekke svakheter ved avdelingen, men det ønskes belyst om allerede manifeste ressurser ved sykehuset kan utnyttes på en bedre måte for å øke pasientsikkerheten.

I vårt strategiske utvalg søker vi etter sykepleiere som jobber på sengepost i spesialisthelsetjenesten. Fra den avdelingen du er leder for ønsker vi å rekruttere X sykepleier(e) med mindre enn to års erfaring som sykepleier og X sykepleier(e) med mer enn syv års erfaring som sykepleier. Ansatte du som leder vet har opplevd vanskelige situasjoner på avdelingen (jamfør hensikt med studien) anses som spesielt interessante. Det er en fordel for vår innhenting av data at de aktuelle informantene trolig er positive til å delta i prosjektet og villig til å dele av sine erfaringer. Vi ber deg om å gi oss tilbakemelding på aktuelle informanter. Invitasjon til deltakelse i prosjektet sender vi selv ut til aktuelle informanter.

Studien er godkjent av klinikkleder XX, Helse Nord-Trøndelags Data Access Comitee (DAC) og NSD.

Eventuelle innvendinger du som leder måtte ha mot prosjektet vil selvfølgelig bli hørt. Vi viser til vedlagte prosjektplan for mer informasjon om studien.

For å gi tilbakemelding vedrørende aktuelle informanter kan du skrive en e-post til prosjektmedarbeider Andreas Sletnes på andreksl@stud.ntnu.no eller til prosjektmedarbeider Lasse Hammervold på lassham@stud.ntnu.no. Eventuelle øvrige spørsmål og kommentarer kan også rettes hit.

Vi ønsker på forhånd å takke deg for at du tar deg tid i en travel hverdag for å bistå oss med rekrutteringen av informanter.

Med vennlig hilsen
Andreas Sletnes og Lasse Hammervold

Vedlegg 4: Intervjuguide.

Intervjuguide

Huskeliste fra Olsson, H. og Sørensen, S. (2003) *Forskningsprosessen – kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal Akademisk, side 87 følges:

- Ønsk velkommen.
- Presenter prosjektleder, moderator og sekretær. Orienter om stillingene til prosjektleder og prosjektmedarbeidere og informer om hvilken institusjon som støtter forskningen.
- Presenter deltakerne i fokusgruppen for hverandre dersom de ønsker det. Vil deltakerne være anonyme må de få lov til det. Eventuelt la informantene presentere seg selv for hverandre. La deltakerne presentere sin alder og hvor lenge de har jobbet som sykepleier, samt eventuell annen arbeidserfaring. Eventuell videreutdanning ønskes også presentert.
- Beskriv kort målsettingen og hensikten med studien. Her må også bakgrunnen for studien forklares:
 - Utvikling av helsevesenet. Økt press på sengepost. Økt press på intensivplasser.
 - Utvikling av RRS.

Fortell om at studien er godkjent av klinikkleder, seksjonsledere, DAC og NSD. Fortell om varighet på intervjuet.

- Diskuter hva som skal gjøres med datainnsamlingen.
- Spør om noen har spørsmål omkring studien.
- Informer om gruppeleders og sekretærs rolle.
- Informer deltakerne om at de fritt kan uttale seg når de har noe på hjertet.
- Foreslå at deltakerne snakker en etter en og virkelig sier det de mener; på den måten får man fram forskjeller i oppfatninger om saken det gjelder.
- Oppfordre deltakerne til å være ærlige.
- Forsikre deltakerne om konfidensialitet og anonymitet ved rapportering av de innsamlede dataene.
- Spør om noen ønsker å trekke seg fra gruppen.
- Begynn med enkle spørsmål, ta opp mer sensitive og vanskelige spørsmål mot slutten av intervjuet.
- Oppsummere hva som er fremkommet under intervjuet, eventuelt spørre etter flere detaljer/presiseringer.
- Takke for medvirningen.

Tips til moderator fra Jacobsen, D. I. (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 164-165:

- Innta en lyttende posisjon både mentalt og fysisk (Hovedoppgaven er å lytte, ikke å stille spørsmål)
- Ikke avbryt fortellinger
- Vis at du forstår (nikk, «m-m» etc.)
- Still oppfølgingsspørsmål (Bør ikke gjøres ukritisk da det vil føre til avbrytelser, men bør gjøres når det er noe du ikke forstår eller når informanten nevner et interessant tema, men ikke går videre på det)
- La informantene fortelle uforstyrret – mer kontrollerende spørsmål etter hvert
- Unngå at en person dominerer: «Det er fint at du kommer med synspunkter, men akkurat nå vil jeg gjerne høre litt på XX» / «Skal vi ikke høre hva de andre mener om dette, så kan vi ta opp det du sier litt senere?».
- Unngå at noen ikke snakker: «Du har ikke sagt så mye hittil. Hva er din mening?»

- Hvis alle snakker samtidig: Styr ordet slik at hver enkelt kommer til og at diskusjonen ikke går i oppløsning.
- Når diskusjonen går av sporet: Bryt inn hvis nødvendig og styr diskusjonen inn på de interessante temaene.

Moderator, husk også at ved fokusgruppeintervju hjelper informantene med sine utsagn hverandre til å komme på aktuelle hendelser samt at de får hjelp til å utdype beskrivelser av hendelser og erfaringer (Halkier 2010; Krumsvik 2014; Malterud 2011; Postholm 2010) Fokuset i et fokusgruppeintervju vil være å få fram mange forskjellige synspunkter om emnet som er i fokus. Dette gjøres blant annet med en ikke-styrende intervjustil og ved å legge til rette for motstridende meninger basert på informantenes erfaringer (Kvale og Brinkmann 2009). Samhandlingen mellom deltakerne åpner for innsikt av en annen karakter enn den vi får ved individualintervju (Malterud 2012).

Intervju:

- Har du opplevd en situasjon der du føler at du ikke fikk tilstrekkelig med hjelp eller at du ikke mestret situasjonen? Kan du fortelle om dette?
- Har dere andre opplevd lignende situasjoner? / Hvilke situasjoner har dere andre opplevd? (spørsmålet gjentas eventuelt flere ganger)
 - Inkluder utviklingen av helsevesenet med eldrebølge, økt press på sengepost/intensivplasser hvis det ikke kommer naturlig
- Hvordan kunne situasjonen vært løst på en bedre måte? / Hva tenker dere er mulige fremtidige løsninger for å løse slike problemer?
 - Inkluder RRS og MIS som tema hvis det ikke kommer naturlig.

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Ressursutnyttelse på lokalsykehus – behov for mobil intensivsykepleier eller andre støttefunksjoner?”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å beskrive sykepleieres erfaringer fra ulike situasjoner på sengepost og hvordan de vurderer behovet for eventuelle støttefunksjoner. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med forskningsprosjektet er å kvalitativt undersøke hvilke erfaringer sykepleiere på sengepost har fra situasjoner der de opplevde at de ikke fikk tilstrekkelig hjelp fra kollegaer og/eller der de følte at man ikke hadde nok kunnskap for å håndtere situasjonen på en best mulig måte. Det kan være snakk om både akutte- og ikke-akutte situasjoner. Videre ønskes det å undersøke hvordan sykepleiere på sengepost stiller seg til implementering av en funksjon som «mobil intensivsykepleier (MIS)» og hva de mener en slik funksjon eventuelt kan tilføre i det kliniske arbeidet.

Prosjektet vil omfatte 15 informanter.

Det ønskes belyst hvordan deltakerne ser for seg en funksjon som mobil intensivsykepleier kunne ha fungert ved deres arbeidsplass. Studien skal forsøke å besvare følgende problemstilling: «Kan MIS være aktuelt som et lavterskeltilbud ved et lokalsykehus for å forhindre klinisk forverring og i å bistå sykepleiere på sengepost i enkelte prosedyrer?»

Forskningsprosjektet er et mastergradsprosjekt i regi av fakultet for medisin og helsevitenskap, institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, ved Norges Teknisk-Naturfaglige Universitet (NTNU).

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Teknisk-Naturfaglige universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ved hjelp av din nærmeste leder har du blitt valgt ut til å få invitasjon til deltakelse i denne studien da du møter de inklusjonskriterier studien har, samtidig som at du anses som en viktig informant i vårt strategiske utvalg.

Totalt får 15 sykepleiere delta i prosjektet. Alle er de rekruttert ved hjelp av at deres nærmeste leder har foreslått de som aktuelle informanter. Alle sykepleiere som er ansatt på en sengepost ved et lokalsykehus og som har mindre enn to, eller mer enn syv års erfaring som sykepleier, kan i utgangspunktet rekrutteres til prosjektet. Sykepleiere som ikke har daglig pasientkontakt, herunder blant annet avdelingssykepleiere og fagutviklingssykepleiere, ekskluderes dog.

Dine kontaktopplysninger er gitt til oss av din nærmeste leder.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et gruppeintervju med cirka 6-8 informanter. Lyden fra intervjuet vil bli tatt opp med en lydopptaker. Intervjuet anslås til å vare 60-120 minutter. Det vil i tillegg til dere som er informanter være to prosjektmedarbeidere til stede. Du vil bli spurt om å dele av dine erfaringer fra ulike situasjoner på sengepost. Videre vil det spørres om hva dine tanker er rundt en funksjon som «mobil intensivsykepleier», basert på dine erfaringer. De opplysningene vi registrerer om deg vil være demografiske data slik som kjønn, alder, arbeidssted og ansiennitet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Det er kun prosjektleder Ingeborg Alexandersen, prosjektmedarbeider Andreas Sletnes og prosjektmedarbeider Lasse Hammervold som vil ha tilgang til opplysningene om deg.
- Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Fysiske data vil oppbevares innelåst, mens elektroniske data vil bli lagret kryptert.

Ved en eventuell publikasjon vil det kunne bli aktuelt å inkludere de demografiske data som er innhentet, men ikke på en slik måte at du vil kunne kjennes igjen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 29.05.19. Innsamlede personopplysninger og lydopptak slettes etter prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- NTNU ved prosjektleder Ingeborg Alexandersen på telefon 95843379 (e-post: ingeborg.alexandersen@ntnu.no), eller masterstudent Andreas Sletnes på telefon 41356684 (e-post: andreksl@stud.ntnu.no), eller masterstudent Lasse Hammervold på telefon 97176725 (e-post: lassham@stud.ntnu.no).
- Vårt personvernombud: Thomas Helgesen.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Ingeborg Alexandersen

Masterstudent
Andreas Sletnes

Masterstudent
Lasse Hammervold

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Ressursutnyttelse på lokalsykehus – behov for mobil intensivsykepleier eller andre støttefunksjoner?», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i gruppeintervju.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 29.05.19.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Ressursutnyttelse på lokalsykehus - behov for mobil intensivsykepleier eller andre støttefunksjoner?

Referansenummer

289616

Registrert

01.11.2018 av Andreas Sletnes - andreksl@stud.ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ingeborg Alexandersen, ingeborg.alexandersen@ntnu.no, tlf: 95843379

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Andreas Sletnes, andreksl@stud.ntnu.no, tlf: 41356684

Prosjektperiode

15.11.2018 - 29.05.2019

Status

21.01.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

21.01.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 21.01.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 29.05.2019.

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 enten skriftlig (manuelt/elektronisk/e-post) eller på lydopptak, 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).

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 underveis og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Anne-Mette Somby
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 7: Redegjørelse for individuelt bidrag av Andreas Sletnes

Redegjørelse for individuelt bidrag

Andreas Sletnes

Forarbeid og prosjektskisse

Valg av tema og metode for vår mastergradsoppgave ble gjort i felleskap. Selve prosjektskissen ble skrevet av begge studentene. Noe av arbeidet ble gjort sammen, og noe av arbeidet ble gjort individuelt. Intervjuguiden som ble skrevet som en del av prosjektskissen ble laget av meg.

Alle aktuelle søknader, herunder søknad til lokal Data Access Committee (DAC), Norsk senter for forskningsdata (NSD), klinikkleder for Klinikk for medisin og rehabilitering og klinikkleder for Klinikk for kirurgi ble utformet og sendt ut av meg. Det var også jeg som utarbeidet brevene til de respektive seksjonslederne samt informasjonsbrevet til informantene.

Det var hovedsakelig jeg som sto for den initiale elektroniske kommunikasjonen med klinikkledere og seksjonsledere. Etter hvert som rekrutteringsprosessen pågikk ble det behov for flere møter med seksjonslederne. I tillegg ba ledere ved den ene klinikken om et møte for å få informasjon om studien. Begge studentene deltok på dette møtet. Vi begge besøkte seksjonslederne flere ganger. I forbindelse med at det oppsto flere frafall fra studien hadde min medstudent flere besøk hos seksjonslederne for å rekruttere nye informanter enn det jeg hadde. Min medstudent hadde også noe telefonisk kontakt med seksjonslederne underveis i rekrutteringsprosessen.

Initialt var det jeg som sto for utsendelse av invitasjon til informantene, men når det oppsto noen frafall mot slutten av rekrutteringsprosessen sendte også min medstudent ut invitasjoner til de nye informantene han fikk rekruttert.

Datainnsamling og analyse

Begge studentene deltok på begge fokusgruppeintervjuene. Jeg fungerte som moderator i det første intervjuet, mens min medstudent fungerte som sekretær. Rollene ble byttet om ved neste intervju. Vi transkriberte hvert vårt intervju.

Deler av analysearbeidet ble utført i felleskap og deler av analysearbeidet ble utført individuelt. Trinn én av den systematiske tekstkondenseringen ble utført individuelt, mens trinn to og tre ble utført i felleskap. Trinn fire ble hovedsakelig utført individuelt. Selve analysearbeidet er forøvrig beskrevet i kapittel 2.4 og tilhørende underkapitler i selve mastergradsoppgaven.

Skriving av masteroppgaven

Introduksjon: Ansvaret for introduksjonen ble delt opp. Det er jeg som har skrevet kapittel 1.1, 1.2 og 1.4. Min medstudent skrev selve introduksjonen under 1.0 og kapittel 1.3. Problemstillingen som står presentert i kapittel 1.4 er utformet og revidert multiple ganger av begge studentene.

Metode: Metodekapittelet er i all hovedsak utarbeidet av meg. Kapittel 2.0, 2.1, 2.2, 2.3 og 2.4 med tilhørende underkapitler er det jeg som har skrevet. Kapittel 2.5 var det min medstudent som opprinnelig utarbeidet. I ettertid ble det lagt til flere avsnitt i det kapittelet som det var jeg som skrev.

Resultat: Skrivningen av masteroppgavens resultatkapittel ble delt opp ut ifra de respektive kondensatene som ble dannet under analysen. Jeg har skrevet teksten under 3.0, mens min medstudent har laget tabellen under 3.1. Kapittel 3.2 med tilhørende underkapitler er det jeg som har skrevet. Min medstudent skrev kapittel 3.4 med tilhørende underkapitler. De to første underkapitlene i kapittel 3.3 skrev jeg, mens min medstudent forfattet det siste underkapitlet. Etter at utarbeidelsen av resultatet var utført fikk vi tilbakemelding på at resultatet måtte tolkes og ikke bare beskrives. Tilnærmet alle tolkinger i resultatet er skrevet av meg.

Diskusjon: Det er jeg som har stått for majoriteten av diskusjonen. Oppsummeringen av resultatene i kapittel 4.0 og diskusjonskapitlene 4.1 og 4.2 er det jeg som har utarbeidet. Kapittel 4.3 skrev min medstudent. Dog var det jeg som skrev siste avsnitt i kapittel 4.3 og cirka halvparten av to andre avsnitt i det kapittelet også. Metodediskusjonen er også skrevet av meg.

Annet/generelt: Min medstudent har skrevet både det norske og det engelske abstraktet. Forslag til fremtidige studier og konklusjonen er utarbeidet i felleskap. Litteraturlisten har blitt utarbeidet av begge studentene etter hvert som arbeidet har pågått. Jeg har hele tiden redigert teksten til både meg selv og min medstudent for å oppnå et godt språk med god flyt, noe som har blitt opplevd som svært tidkrevende. I tillegg er det jeg som har stått for den elektroniske kommunikasjonen med veileder. Mot slutten av mastergradsarbeidet har begge studentene sammen bidratt med korrekturlesing.

Dato og sted: *Tromsø, 27.05.19*

Signatur student

Andreas Sketnes

Signatur medstudent

Lasse Hammerud

Signatur veileder

Arne-Børst Krog

Redegjørelse for individuelt bidrag

Lasse Hammervold

Forarbeid og prosjektskisse

Opgavens tema ble gjort i fellesskap og ble basert på fordypningsoppgaven vi utarbeidet under videreutdanningen i intensivsykepleie. Valg av metode og vinkling av problemstillingen ble også utført i fellesskap. Prosjektskissen ble utarbeidet av oss begge.

De fleste formaliteter rundt oppstarten av masteroppgaven, herunder elektroniske søknader til NSD, DAC, klinikkledere og seksjonsledere ble utført av min prosjektmedarbeider. Jeg fikk kopi og muntlig, elektronisk eller telefonisk beskjed for hver av de sendte søknadene og de svarene som kom tilbake. I tillegg til elektronisk kontakt med klinikkledere og seksjonsledere hadde jeg en del møter der jeg traff både klinikkledere og seksjonsledere ansikt til ansikt. Etter hvert som det ble frafall av kandidater i studien ble disse møtene hyppigere på grunn av vår interesse for å gjennomføre dette prosjektet. Min prosjektmedarbeider ble i de fleste tilfeller kontaktet umiddelbart etter møtet for å bli informert om resultatet. Jeg ringte alle informantene som skulle delta i studien ca. ei uke før gruppeintervjuene skulle gjennomføres for å få en muntlig bekreftelse på at de kom. Noen dager før intervjuoppstart var det flere informanter som meldte frafall, og det var i hovedsak jeg som innhentet nye informanter ved hjelp av personlig oppmøte hos seksjonsledere og hyppig telefoning. Jeg sendte også informasjonsskriv til de nye informantene, samt at også de ble oppringt for å få bekreftet deres deltakelse på det kommende intervjuet.

Datainnsamling og analyse

Både jeg og min prosjektmedarbeider var tilstede på begge gruppeintervjuene. Vi gjennomførte ett intervju hver som både moderator og sekretær. Vi transkriberte ett intervju hver. Analysen ble utført både sammen og individuelt basert på hva litteraturen anbefalte i forbindelse med systematisk tekstkondensering. Trinn en ble utført hver for oss, noe også trinn fire hovedsakelig ble. Trinn to og tre ble utført i fellesskap.

Skriving av masteroppgaven

Introduksjon: Denne ble delt opp mellom oss. Jeg har skrevet selve introduksjonen under 1.0. I tillegg har jeg skrevet kapittel 1.3 med tilhørende underkapitler. De aktuelle vitenskapelige artiklene under 1.3 er også i hovedsak innhentet av meg innhentet av meg.

Metode: Metodekapittelet er i stor grad utarbeidet av min prosjektmedarbeider. Kapittel 2.5 ble utarbeidet av meg, men min medarbeider har lagt til flere elementer underveis. Jeg har lest og godkjent samtlige endringer og nye tilførsler i metodedelen. Vi har vært enige om metode underveis og vi har ved flere anledninger diskutert andre alternativer som kunne ha gitt oppgaven et interessant preg.

Resultat: Dette kapittelet delte vi opp mellom oss basert på kondensatene som hver av oss utarbeidet under tekstkondenseringen. Jeg har laget oversiktstabellen under 3.1. I tillegg har jeg skrevet kapittel 3.4 med tilhørende underkapitler, samt det siste underkapitlet i 3.3. Etter tilbakemeldinger fra veileder ble tolkninger i resultatkapitlet skrevet av min medarbeider, mens jeg skaffet flere sitater for å underbygge sykepleiernes forståelser. Disse sitatene krevde en del jobbing med det opprinnelige råmaterialet, slik at de ble fremstilt på mest mulig korrekt måte.

Diskusjon: Jeg skrev hovedsakelig kapittel 4.3. Som et ledd i metodediskusjonen skrev jeg en fortløpende liste med tanker og aspekter som bør tas med i dette kapittelet. Min medarbeider har utarbeidet dette kapittelet, og har tatt hensyn til mitt syn på saken. Etter tilbakemelding fra veileder mot slutten av prosjektet fant jeg nye vitenskapelige artikler for å understøtte argumentene som ble gjort underveis. Dette ble også gjort av min prosjektmedarbeider. Vi godkjente og diskuterte hverandres arbeid fortløpende.

Annet: Jeg har skrevet både det norske og det engelske abstraktet. Det engelske abstraktet har i tillegg blitt korrekturlest av en lektor med engelsk som hovedfag for å kvalitetssikre det engelske språket. Jeg har i hovedsak skrevet forslag til videre studier og selve konklusjonen av oppgaven. I etterkant ble disse sett over av min medarbeider. For å oppnå best mulig språk i selve oppgaven har min medarbeider tatt på seg et stort ansvar og tidkrevende oppgave i å skrive oppgaven på en sånn måte at den gir leseren en god flyt. Mot oppgavens slutt har både jeg og min medarbeider jobbet både i felleskap og individuelt med korrekturlesing og kutting av unødvendige ord.

Dato og sted: Trondheim 27.05.19

Signatur student



Signatur medstudent



Signatur veileder



