

Hvordan erfarer intensivsykepleieren sin rolle i et mobilt intensivteam, og hvordan kan rollen videreutvikles og forbedres?

En kvalitativ studie.

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE
Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Master i intensivsykepleie
Emnekode: MI-OPP5200

Kandidatens navn:
Camilla W. Beichmann og Janne O. Guldbjørnsen

Måned/årstall
Mai 2017

MASTERSTUDIUM I INTENSIVSYKEPLEIE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

(vår– 2017)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Camilla W. Beichmann og Janne O. Guldbjørnsen

VEILEDER: Kjersti F. Henriksen og Britt Sætre Hansen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Hvordan erfarer intensivsykepleieren sin rolle i et mobilt intensivteam, og hvordan kan rollen videreutvikles og forbedres?

Engelsk tittel: How does the intensive care nurse experience their role in a mobile intensive care team, and how can this role be further developed and improved?

EMNEORD/STIKKORD:

Nurse, ICU nurse, intensive care nurse, ward nurse, team, emergency team, outreach, mobile intensive, rapid response team, patient, deteriorating patient og support.

ANTALL ORD/SIDER: 14258/68

CAMPUS VESTFOLD

05.05.2017

DATO/ÅR

Sammendrag

Tittel: Hvordan erfarer intensivsykepleieren sin rolle i et mobilt intensivteam, og hvordan kan rollen videreutvikles og forbedres?

Introduksjon: Mobilt intensivteam (MIT) er utviklet for å kunne forebygge uventede dødsfall på sykehus. Pasienter på sengepost øker i kompleksitet og ressursene for å oppdage pasienter i forverring mangler. MIT ble innført som et tiltak for å kunne bringe ekstra ressurser til pasientens seng og på denne måten kunne oppdage og forbygge helsesvikt. Det er innført vurderingsverktøy på sengeposter som skal være til hjelp for å fange opp disse pasientene. MIT er et tverrfaglig team som består av en efferet komponent som er intensivsykepleier og intensivlege. En afferent komponent er postsykepleier som har tilkalt teamet, og postlege. Intensivsykepleierens rolle i dette teamet er lite utforsket, spesielt hvilken oppfattelse intensivsykepleieren selv har om sin egen rolle. Dette er utgangspunktet for undersøkelsene i denne oppgaven.

Hensikt: I denne oppgaven har hensikten vært å undersøke intensivsykepleierens erfaringer om sin rolle i et Mobilt Intensiv Team (MIT). Dette ses i lys av elementer fra personsentrert sykepleie og deler av intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder

Metode: En kvalitativ studie, med innholdsanalyse i tråd med Graneheim og Lundman

Studiedesign: Eksplorerende design med en semistrukturert intervjuguide. *Utvalg:* ti deltakere fordelt på to fokusgrupper, fra en intensivavdeling på et sykehus i Vest-Norge.

Resultater: Funnene består av 18 subkategorier fordelt på tre kategorier. Disse omhandler mangelfull systematisering og tilrettelegging, behov for avansert sykepleie på sengepost og betydningen av tverrfaglig og kollegial støtte. Temaet som kom frem under analysen var: *Det er jo vi som kan dette.*

Konklusjon: Intensivsykepleierne mente at deres deltakelse i et MIT var en forutsetning for å kunne utføre en helhetlig personsentret sykepleie på sengepostene. De opplevde flere barrierer som hindret dette. Uklare roller og forventninger samt mangelfull tilrettelegging ble trukket frem som årsaker.

Abstract

Title: How does the intensive care nurse experience their role in a Mobile Intensive care Team and how can the role be further developed and improved?

Introduction: The Mobile Intensive care Team (MIT) is designed to prevent unexpected deaths in hospitals. Patients on wards increase in complexity, the resources for detecting patients in deterioration are missing. MIT was introduced as a measure to bring extra resources to the patient's bed, thus detecting and preventing health failure. Patient assessment tools have been put in place to assist in identifying these patients. MIT is an interdisciplinary team consisting of an efferent component that is intensive care nurse and intensive care physician. An afferent component is the ward-nurse who has called the team and ward doctor. The role of the intensive care nurse in this team is little explored, in particular, what perception the intensive care nurse, have about her own role. This is the starting point for the investigations in this study.

Purpose: The purpose has been to investigate the intensive care nurse's experience about their role in a Mobile Intensive Team (MIT). This is seen, in light of elements from person centered nursing and parts of the intensive care nurse's description of functions and responsibilities.

Method: A qualitative study, with content analysis in line with Graneheim and Lundman *Study Design:* Exploratory design with a semi structured interview guide. *Selection:* Ten participants divided into two focus groups, from an intensive care unit at a hospital in Western Norway.

Results: The findings consist of 18 subcategories divided into three categories. These are: lack of systematization and facilitation, the need for advanced nursing on wards and the importance of interdisciplinary and collegial support. The theme that emerged during the analysis was: We are the ones who can do this!

Conclusion: Intensive care nurses felt that their participation in an MIT was a prerequisite for being able to perform person-centered nursing. They experienced several barriers that prevented this. Unclear roles and expectations as well as inadequate facilitation were highlighted as reasons.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1 Introduksjon	7
1.1 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	9
1.2 Litteratursøk	10
2 Eksisterende forskning	11
2.1 Pasient i forverring på sengepost	11
2.2 Organisering av MIT	12
2.3 Intensivsykepleier i MIT	14
2.4 Effekt av MIT i andre studier	15
3 Teoretisk rammeverk	17
3.1 Intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsområder	17
3.2 Personsentrert sykepleie	18
3.2.1 Sykepleierens egenskaper	19
3.2.2 Omsorgsmiljø	21
4 Metode	23
4.1 Kvalitativ forskningsmetode	23
4.2 Forforståelse	25
4.3 Design og datainnsamling	26
4.4 Utvalg	27
4.5 Dataanalyse	28
4.6 Troverdighet	30
5 Forskningsetiske vurderinger	32
6 Funn	33
6.1 Det er jo VI som kan dette	34
6.1.1 Mangelfull systematisering og tilrettelegging	34
6.1.2 Behov for avansert sykepleiekunnskap på sengepost	38
6.1.3 Betydning av tverrfaglig og kollegial støtte	42
7 Diskusjon	45
7.1 Mangelfull systematisering og tilrettelegging	45
7.2 Behov for avansert sykepleiekunnskap på sengepost	48
7.3 Betydning av tverrfaglig og kollegial støtte	51

8	Konklusjon	54
8.1	Hva er rollen til intensivsykepleieren i MIT?	54
8.2	Hvordan kan rollen forbedres og videreutvikles?	55
9	Implikasjoner for praksis, styrker og svakheter	56
9.1	Styrker og svakheter	56
9.2	Forslag til videre forskning	56
	Litteraturliste	57

Vedlegg 1: Intervjuguide.

Vedlegg 2: Forespørsel om deltakelse til forskningsprosjekt.

Vedlegg 3: Samtykke skjema.

Vedlegg 4: Tilbakemelding om behandling av personopplysninger (NSD).

Vedlegg 5: MEWS

Vedlegg 6: Aktivering av RRT.

Vedlegg 7: Redegjørelse for bidrag til masteroppgaven.

«As the health care delivery system continues to evolve and transform, so too does the discipline of nursing and the specialty of critical care nursing»

Critical Care Nursing

A Holistic Approach

Forord

Denne studien er gjennomført ved høyskolen i Sør-Øst Norge i tilknytning til masterprogrammet i intensivsykepleie.

Vi takker våre bidragsytere i arbeidet med oppgaven. Takk til informantene i studien, som har bidratt med kunnskap og erfaringer knyttet til våre spørsmål. Takk til avdelingsleder for å tilrettelegge for gjennomføringen av våre fokusgruppeintervjuer og hjelp til rekruttering av informantene.

Takk til Kjersti og Britt for god veiledning og praktisk hjelp i prosessen før intervjuene, samt gode innspill og støtte i prosessen.

Takk til kolleger og medstudenter for oppmuntrende ord og konstruktive tilbakemeldinger.

Og sist men ikke minst en stor takk familiene våre som har godtatt litt rotete hus og mindre tid til familieaktiviteter i denne perioden.

1 Introduksjon

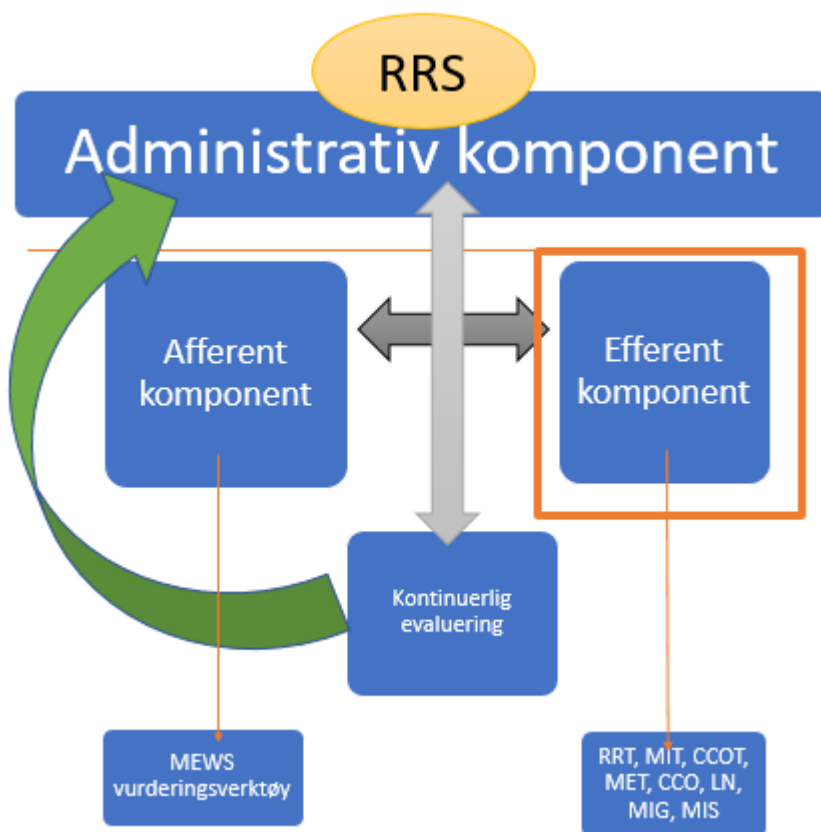
De mest alvorlige uønskede hendelsene på sykehus er klassifisert som uventede innleggelser på intensivavdelingen, hjertestans eller død, hvorav 50% kunne vært unngått (Jevon, Ewens, & Pooni, 2013). Konseptet Rapid Response System oppstod som et tiltak mot denne utviklingen (DeVita, Hillman, & Bellomo, 2010). Forsinkelser i oppstart av pasientbehandling har vært sett på som en avgjørende årsak til uventede dødsfall i sykehus, som kunne vært avverget (Lazzara et al., 2014). Dermed avhenger kvaliteten i pasientsikkerheten av at det iverksettes rett behandling på kortest mulig tid.

Tidlig på 1990- tallet stilte intensivleger i Australia og Storbritannia spørsmål vedrørende pasienter som ble dårligere og gikk i hjertestans i forkant av intensivinnleggelsen (DeVita et al., 2010). De undret hva som skjedde med disse pasientene i timene og minuttene før respirasjons-hjertestans, og hvorvidt noe kunne gjøres for å gripe inn og forebygge dette. Det forelå en generell konsensus blant legene at disse pasientene ikke gikk fra “friske” til kritisk syke på et øyeblikk (DeVita et al., 2010). DeVita et al. (2010) fant klare kliniske tegn i forkant av slike hendelser. Hendelsene oppsto ikke plutselig, men ble oppdaget for sent. Utviklingen av verktøy for tidlig identifisering av forverring ble innført, for bruk på sengeposter. Tanken bak var at postpersonale kunne oppdage og tilkalle intensivkompetanse til pasientens seng, for å sette i gang tiltak raskt og forebygge forverring (DeVita et al., 2010).

Studier har vist at fysiologisk ustabilitet hos pasienter ikke har blitt fulgt opp på en tilfredsstillende måte. Tjenestene som leveres samsvarer ikke med behovet for oppfølging av disse pasientene på sengeposter (Devita et al., 2006). For å kunne levere behandling av høyere kvalitet har Rapid Response System (RRS) dukket opp. RRS er framstilt som et system for å forbedre mulighetene for kvalifisert personell til å reagere på pasienter i forverring raskt og riktig (Lazzara et al., 2014).

En norsk veileder anbefaler MIT (Mobilt Intensiv Team) for å beskrive teamet og RRS (Rask Respons System) for å beskrive systemet. Dette er anbefalt i en fagprosedyre fra Helse Stavanger (2015). Systemet bestemmer hvordan pasienter i forverring oppdages. Deretter hvilket varslingsystem som benyttes. Hvem som er med i teamet og hvordan

utrykningen foregår, kan være forskjellig fra sykehus til sykehus. På tidspunktet da vi gjorde vår undersøkelse, bestod det efferente teamet av intensivlege og intensivsykepleier, som rykket ut fra intensivavdelingen. De møtte postsykepleier og avdelingslege på sengeposten, som var den afferente delen av RRS.



Figur 1: Organisering av Rapid Response System (DeVita et al., 2010).

Den efferente komponenten er teamene som rykker ut til sengepostene fra intensivavdelingen. Utrykningsteam ledet av intensivsykepleiere kalles ofte Rapid Response Team (RRT). Team ledet av lege kalles Medical Emergency Team (MET). Disse teamene har mange ulike navn, blant annet, Mobil Intensivvårds Grupp (MIG), Medical Emergency Team (MET), Critical Care Outreach Team (CCOT), Mobil Intensiv Sykepleier (MIS) og Liaison Nurse (LN). Felles for disse er at intensivsykepleieren ofte identifiseres som en del av teamet uavhengig av hvem som leder teamet (Ball, Kirkby, & Williams, 2003; DeVita et al., 2010; Endacott, Chaboyer, Edington, & Thalib, 2010; Johnsen et al., 2016; Jäderling, 2013; Strømme, 2013). LN er en rolle skapt for å lette overgangen fra

intensivavdelingen til sengeposten. LN har en lignende funksjon som intensivsykepleieren i MIT. Denne rollen innebærer også forebygging av kritisk sykdom på sengepost samt undervisning og opplæring av postpersonalet (Chaboyer, Foster, Foster, & Kendall, 2004). MIT er team som er utviklet for å ivareta inneliggende pasienter på sykehus og har noe ulik oppbygging av leger og intensivsykepleiere (Andersson, Olsson, Hvarfner, & Engström, 2006; DeVita et al., 2010). Både sammensetning og struktur av teamet kan variere. Hovedoppgaven er å raskt identifisere kritisk syke pasienter på sengepost og starte behandling (Devita et al., 2006). Kvaliteten i pasientsikkerhet avhenger av at det leveres rett behandling på kortest mulig tid (Lazzara et al., 2014).

En svensk studie beskriver en reduksjon av blant annet hjertestans og en totalt redusert mortalitet på 10% etter innføring av MIT (Konrad et al., 2010). Sykepleier på sengepost observerer tegn til forverring og tilkaller MIT (Konrad et al., 2010). Det finnes ulike vurderingsverktøy som brukes av sengepostene. Modified Early Warning Score (MEWS) er et av dem som er mye brukt i Norge (Johnsen et al., 2016) (Vedlegg 5). MEWS brukes til å vurdere svikt i vitale funksjoner. Observasjoner som blodtrykk, pulsfrekvens, respirasjonsfrekvens, kroppstemperatur, urinmengde og bevissthet måles og registreres. Disse parameterne tildeles poeng og en poengsum høyere enn 4 indikerer tegn på utvikling av sykdom (Stubberud, 2015b, s. 351-353). Indikasjonene for en MIT tilkalling kan være ulike. Howell og Stevens (2016); Jones (2014) sier det er få studier som er gjort på årsakene til MIT utrykning. Likevel viser studiene sammenfallende symptomer, som respirasjonsproblemer, brystmerter, arytmi, hjertestans og nevrologiske endringer, som utløser en slik utrykning (Vedlegg 6).

1.1 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Den overordnede hensikten med studien, er å tydeliggjøre intensivsykepleierens ansvar og funksjonsområder i et mobilt intensivteam, hva vi kan bidra med og hvordan fremheve og forbedre vår kompetanse. Dette ses i lys av elementer fra personsentrert sykepleie og deler av intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder.

Problemstillingen er som følger: Hvordan erfarer intensivsykepleieren sin rolle i et mobilt intensivteam, og hvordan kan rollen videreutvikles og forbedres?

For å få svar på problemstillingen stiller vi følgende forskningsspørsmål:

Hvordan opplever intensivsykepleier sin rolle i en MIT uttrykning?

Hvilke forventninger møter intensivsykepleieren i teamet og på sengepost?

Hvordan forbedre å videreutvikle rollen som intensivsykepleier i MIT?

1.2 Litteratursøk

I starten av prosessen hadde forfatterne av oppgaven undervisning i systematisk søk i helsefaglige databaser hos bibliotekar. Det ble utført systematiske søk i PubMed, CINAHL og MEDLINE. I søket brukte vi blant annet søkeord som: Nurse, ICU nurse, intensive care nurse, ward nurse, team, emergency team, outreach, rapid response, mobile intensive, patient, deteriorating patient og support. Vi fant flere aktuelle artikler, videre undersøkte vi deres referanse matriell, hvor vi fant andre relevante artikler samt flere relevante søkeord.

I denne oppgaven legges det vekt på forskning der intensivsykepleieren er identifisert som en del av teamet. Relevant forskning der dette ikke spesifiseres blir ikke ekskludert.

2 Eksisterende forskning

Studiene som presenteres er gjort med ulike metoder, de har ulik målsetning og hensikt. Flere studier så på effekten av RRS og MIT i forhold til redusert mortalitet på sykehus. Andre studier beskrev hvilke aktiviteter sykepleieren tilknyttet intensivavdelingen utførte på utrykninger.

Gjennom vårt litteratursøk fant vi ingen studier som samsvarte med vår problemstilling. Vi kan anta at dette er et relativt utforsket område innen sykepleiefaget.

2.1 Pasient i forverring på sengepost

Det grunnleggende konseptet bak RRT er at fysiologisk ustabilitet vil være forut for kritiske hendelser og viser seg som forverring av vitale tegn. Endringer av vitale tegn, eller en subjektiv følelse, brukes som verktøy for å fange opp forverring og tilkalle RRT (Jäderling et al., 2011).

Jäderling et al. (2011) utførte sammenlignede studier på to ulike helsesystemer i Sverige og Australia av «den dårlige pasienten på sengepost». Det viste seg at karakteristikken av den dårlige pasienten på sengepost var lik mellom de to systemene. Selv om disse var geografisk, kulturelt og organisatorisk separert. En pasient i forverring som ikke oppdages tidlig, er i alvorlig risiko for hjertestans eller død. Det antyder et behov for en mer planlagt og målrettet oppmerksomhet for å fange opp disse pasientene.

Det er en høy forekomst av uoppdagede uregelmessigheter i observasjonene av alvorlige kliniske tegn i perioden før sykehusdødsfall, som potensielt kunne vært forhindret. Dette indikerer mangel på umiddelbar og riktig hjelp når det er nødvendig. Viktige faktorer hos pasienter som ble uventet innlagt på intensivavdelingen, var mangelen på kvalifisert personale i forhold til avansert behandling og gjenoppliving, og forsinkelser i behandlingen (DeVita et al., 2010; Hillman et al., 2001).

Uønskede hendelser på sykehus har blitt definert som en utilsiktet skade eller komplikasjon. Dette fører til et forlenget sykehusopphold, funksjonsnedsettelse eller

død. Dette kan ikke relateres til pasientens underliggende sykdomsprosesser, men til deres behandling i helsevesenet (Sari et al., 2007). Jevon et al. (2013) mener at årsakene til at dette oppstår, kan klassifiseres som: 1) å unnlate å observere basale vitale tegn, 2) ikke gjenkjenne tegn på forverring hos pasienten, 3) forsinket respons når tegn til forverring oppstår. De mest alvorlige uønskede hendelsene er klassifisert som uventede innleggelser på intensivavdelingen, hjertestans eller død, hvorav 50% kunne vært unngått (Jevon et al., 2013). Hjertestanser er sjeldent uforutsigbart, og presenteres ofte som et siste trinn i en sekvens av progressiv forverring av tilstanden. Dette inkluderer ofte både hypoksi og hypotensjon i forkant av hjertestansen (Soar et al., 2015). Redusert oppmerksomhet for kritisk syke pasienter involverer ofte manglende evner til å gjenkjenne og effektivt behandle unormale luftveier, respirasjon og sirkulasjon. Feil bruk av oksygenbehandling, manglende overvåkning og manglende evner til å be om økte ressurser til pasientens seng er også elementer fremheves som mangler (Jevon et al., 2013). Hodgetts et al. (2002) påpekte at sannsynligheten for å få en hjertestans på generelle sengeposter var 5,1 ganger større enn for pasienter på intensivavdelinger. Øyeblikkelig oppdagelse og tidlig hensiktsmessig behandling av kritisk syke pasienter er derfor viktig for å forhindre forverring (Jevon et al., 2013).

2.2 Organisering av MIT

Det er små forskjeller mellom organiseringen av de ulike teamene. I følge DeVita et al. (2010) inneholder alle teamene fire viktige komponenter (jfr. figur 1): En afferent komponent som av mange anses som en av de viktigste komponentene i RRS. Denne komponenten beskriver hvordan postsykepleier tilkaller teamet. Hva som skal til for å oppdage klinisk forverring, hvordan og hvem man tilkaller samt hvordan teamet mottar tilkallelsen. Den efferente komponent består av hvilke ressurser som rykker ut fra intensivavdelingen, både personell og utstyr. Hensikten er å gjenopprette balansen i en situasjon hvor pasientens behov overstiger de tilgjengelige ressursene. Kvalitetsforbedringskomponenten er en måte å kvalitetssikre RRS på, med både innsamling av data og analyse for å kunne forbedre teamets respons og forebygge kritiske hendelser. Den administrative komponenten er ansvarlig for fordeling av ressurser og

utstyr. De finner mulige barrierer for optimal utførsel for å optimalisere effektivitet av uttrykningene, samt å ha fokus på kostnadseffektivitet (DeVita et al., 2010).

MET henviser vanligvis til legestyrte team som har evnen til å håndtere komplekse luftveisproblemer, etablere sentrale tilganger, samt initiere intensivbehandling ved sengen. RRT er generelt sykepleierstyrt team. De skiller seg fra legeledede team. RRT har fokus på kunnskapsoverføring til postsykepleierne, transport og overføring mellom sengeposter og intensivavdelingen (Howell & Stevens, 2016).

Kriteriene for aktivering av teamet er objektiv, men inneholder mulighet for subjektive observasjoner. Objektive kriterier omfatter vanligvis endringer i vitale tegn eller akutt nevrologisk endring. Det subjektive kriteriet er ofte formulert som "sykepleier er bekymret for pasienten". Den subjektive følelsen gir mulighet for å utvise klinisk skjønn for å utløse en opptrapping av omsorg i fravær av vitale tegn eller nevrologiske endringer (Howell & Stevens, 2016). Inkludering av subjektive kriterier har vist seg å identifisere pasienter som ellers ville falt bort i de objektive kriteriene (Howell & Stevens, 2016).

RRS er tilgjengelig 24 timer i døgnet og har en responstid på ca. 15 min. De fleste teamene trigges av en tilkalling mens noen andre team agerer proaktivt og har en oppsøkende virksomhet på sengepostene (Howell & Stevens, 2016). Responsen til teamet avhenger av sykdommens alvorlighetsgrad og kan på mange måter sammenlignes med et stans team ved alvorlige tilkallelser (Howell & Stevens, 2016). Teamet må ha egenskaper som gjør dem spesielt egnet til å diagnostisere et klinisk problem, ha evne til å starte behandling og ha myndighet til å overføre pasienten til et høyere omsorgsnivå (Howell & Stevens, 2016).

På andre sykehus og i andre land kan det være ulik oppbygging av disse teamene. Hvem som rykker ut kan være svært ulikt og gi store variasjoner i resultatene. Noe som kommer uklart frem i de ulike studiene, er hva slags krav som er lagt til utdanningsnivå hos sykepleierne som rykker ut i teamene. I Norge er kravet for å komme inn på masterutdanningen i intensivsykepleie, bachelor i sykepleie og minst to års praksis som

sykepleier (Norsk sykepleierforbund, 2002; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

2.3 Intensivsykepleier i MIT

En oversiktsartikkel samlet engelskspråklige intervensjonsstudier, utført mellom 2004 og 2013. De så på effekten av LN etter utskrivelse fra intensivavdelingen. Det var forskjeller i utfallet når de sammenlignet pasienter som ikke mottok denne tjenesten. Rollen til LN har minsket gapet mellom intensivavdeling og sengepostavdelinger.

LN har en positiv effekt på utfallet av pasienter som er utskrevet fra intensiv (Tabanejad, Pazokian, & Ebadi, 2014).

I Australia ville Chaboyer et al. (2004) undersøke rollen til LN. Som et ledd i å øke behandlingskvaliteten av pasienter som har vært innlagt på intensivavdelinger, ble det innført Liaison Nurses. Dette er en kontaktsykepleier som har som mål å lette overgangen, når pasienten skulle overflyttes fra intensiv til sengepost, og å gi assistanse og støtte til sengepostene for å håndtere komplekse pasienter. Internasjonalt har det vært liten uniformitet i oppgavene eller funksjonene som utføres av disse spesialistsykepleierne. Chaboyer et al. (2004) dybdeintervjuet seks kontaktsykepleiere som beskrev rollen. Rollen inkluderte opplæring og støtte av postpersonalet, pasientvurderinger og pasientpleie. Rollen inkluderte også støtte, råd og kunnskap til familiene (Chaboyer et al., 2004).

Intensivsykepleierens kompetanse om kritisk syke pasienter kan bidra til å fange opp viktige symptomer på kritisk sykdom. Mitchell, Schatz og Francis (2014) peker på at sykepleierne på sengepost raskere tok kontakt med et RRT der en intensivsykepleier ledet teamet.

I en større studie fra England ble et Critical Care Outreach Team introdusert. Dette var et sykepleierstyrt team, som bestod av intensivsykepleiere og leger med intensiv erfaring som la vekt på utdanning, støtte og praktisk hjelp for sykepleiere på medisinske og

kirurgiske avdelinger. Studien antyder at utrykningene reduserte dødelighet i generelle sykehusavdelinger (Priestley et al., 2004).

2.4 Effekt av MIT i andre studier

Konrad et al. (2010) presenterte en studie hvor hensikten var å evaluere implementering av et RRT i form av et MET når det gjelder hjertestans og sykehus mortalitet. De utførte en prospektiv før- og etter- studie. En kontrollperiode på fem år (203,892 pasienter) innledet intervensjonsperioden på to år (73,825 pasienter) hvor alle voksne pasienter, bortsett fra kardiotorakale pasienter, ble inkludert. I funnene presenteres signifikante reduksjoner i sykehusmortalitet, totalt 10% (Konrad et al., 2010).

Priestley et al. (2004) ville undersøke effekten av å introdusere Critical Care Outreach på sykehusmortalitet og innleggelsesdøgn på et generelt sykehus med akutt funksjon. Undersøkelsen ble utført over 32 uker på 16 sengeposter for voksne, hvor 2903 pasienter ble kvalifisert for den primære sammenlikningen. Det ble underveis i studien introdusert essensielle elementer av et CCO. Det ble innført et sykepleierledet team med leger og sykepleiere med intensivkompetanse. Disse var tilgjengelig 24 timer i døgnet, og hadde fokus på undervisning, støtte og praktisk hjelp for sengepostpersonalet. Funnene fra studien antyder at implementering av CCO reduserer sykehusmortalitet på generelle sengeposter. Det antyder også at innleggelses døgn kan økte noe, men funnene er tvetydige. Dette kan være i overensstemmelse med dødelighetsreduksjon, hvis syke pasienter som tidligere har dødd, blir lengre på sykehus enn gjennomsnittet. Ytterligere analyser ga imidlertid ikke konsekvent støtte til dette funnet (Ball et al., 2003; Priestley et al., 2004).

I en oversiktsartikkel publisert av Chan, Jain, Nallmothu, Berg og Sasson (2010), gjennomførtes en systematisk gjennomgang av studier på RRT. Selv om RRT i økende grad har blitt vedtatt av flere sykehus, er deres effektivitet i å redusere sykehusmortalitet fortsatt usikker. Implementering av et RRT hos voksne var assosiert med en reduksjon på 33,8% i hjerte- og respirasjonsstans utenfor intensivavdelingen. Det var ikke assosiert med lavere sykehusmortalitet. Studier viste ofte bevis for at dødsfall ble forhindret og reiste spørsmål om forbedringsmekanismer. Det mangler ennå sterke bevis for å støtte

at RRT er effektive i reduksjon av sykehusmortalitet. Tidlig oppdagelse av fysiologiske tegn til forverring kan forebygge hjerte- og respirasjonsstans og tilhørende mortalitet (Chan et al., 2010; Hillman, 2005).

3 Teoretisk rammeverk

For å kunne svare på problemformuleringen ser vi det som nødvendig å se på funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere, da dette er en del av rollen intensivsykepleieren bruker i sin praksis.

Deretter vil vi ta for oss Person- Centred Nursing som er et rammeverk om hvordan å oppnå personsentrert sykepleie. Dette rammeverket inneholder mange elementer som vil være gode diskusjonsemner.

3.1 Intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsområder

I følge vår problemstilling er det naturlig å trekke inn intensivsykepleierens ansvars og funksjonsområder (Norsk sykepleierforbund, 2002). Disse er: pasientbehandling, forebyggende funksjon, behandlende funksjon, lindrende funksjon, rehabiliterende funksjon, undervisende funksjon, forskning og utviklingsfunksjon samt rådgivende funksjoner. Vi vektlegger de forebyggende, behandlende, undervisende og rådgivende funksjonene, da dette vil være de ansvars- og funksjonsområder som vil bli belyst i denne oppgaven. En stor del av tema vårt handler om intensivsykepleierens rolle i å forbygge og behandle kritisk sykdom og hvordan tverrfaglig samarbeid påvirker rollen i et team (Norsk sykepleierforbund, 2002).

Intensivsykepleierens forebyggende funksjon er å identifisere helsesvikt på et tidlig stadium. For å kunne forebygge videreutvikling av eventuell sykdom. Dette gjelder uavhengig av om det er på intensivavdelingen eller på sengepost pasienten blir dårlig. Intensivsykepleieren skal observere pasientens tilstand og behov for intensivsykepleie og medisinsk behandling (Norsk sykepleierforbund, 2002). Dette er som tidligere beskrevet en medvirkende årsak til RRS er dannet (DeVita et al., 2010). Risiko for komplikasjoner og skader skal forebygges i samhandling med kvalifisert helsepersonell i forbindelse med behandling (Norsk sykepleierforbund, 2002).

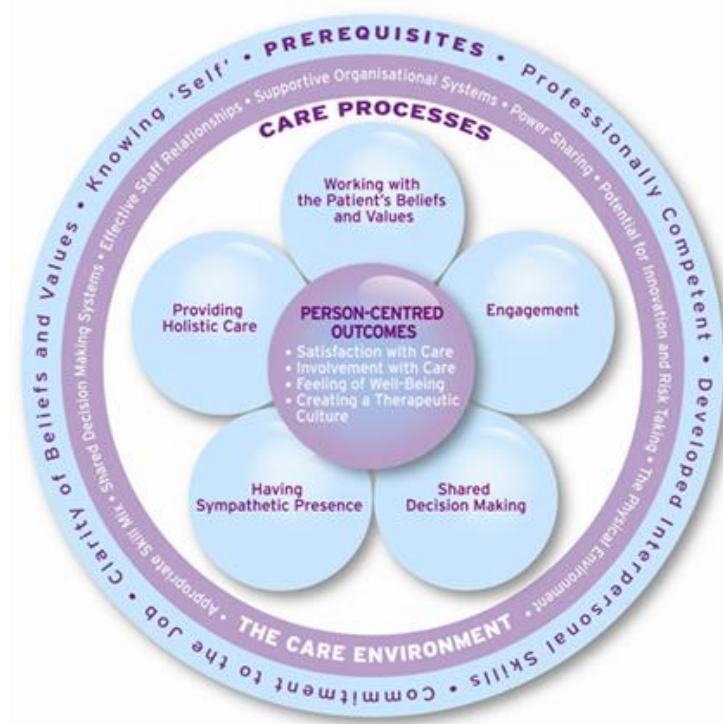
Den behandlende funksjon skal ytes på grunnlag av ferdigheter, holdninger og kunnskaper, i samhandling med pasientens behov og ressurser. Intensivsykepleieren skal kunne evaluere iverksatt sykepleiepraksis, og beherske avansert medisinsk utstyr. Sikre

at medisinsk behandling blir gjennomført på en forsvarlig måte. Ved å ha MIT, kan lege og intensivsykepleier rykke ut fra intensiv og være til hjelp for leger, sykepleiere og pasienter på post. Behandlingen skjer etter instruks eller delegering fra ansvarlig lege. Intensivsykepleieren skal kjenne til de faglige, etiske og juridiske retningslinjer og sikre at pasientens behandling foregår innenfor disse. Intensivsykepleieren skal handle forsvarlig innenfor sitt eget kompetansefelt.

Intensivsykepleieren skal kunne veilede andre faggrupper, herunder postsykepleiere og avdelingsleger, samt ta ansvar for å delegere arbeidsoppgaver og holde seg til gitte økonomiske rammer (Norsk sykepleierforbund, 2002).

3.2 Personsentrert sykepleie

«Person Centered Nursing» oversettes til personsentrert sykepleie og betyr at sykepleieren ved hjelp av sine egenskaper, omsorgsmiljø og personsentrert prosess kan gi en helhetlig sykepleie til pasienten. Dette kan øke pasienttilfredsheten og fremme samarbeid blant personalet (McCormack & McCance, 2006). Definisjon; en tilnærming til praksis som skapes gjennom helsebringende relasjoner mellom de som yter pleie, de som mottar pleie og deres pårørende (McCormack & McCance, 2010, s. 31).



Figur 2: Personsentrert rammeverk Hentet fra: (McCormack & McCance, 2010).

Personsentrertsykepleie er et rammeverk som består av fire elementer som er sykepleierens forutsetninger, omsorgsmiljøet, personsentrert prosess og utfall (McCormack & McCance, 2010, s. 36-38). Av de fire elementene vil vi ta for oss sykepleierens egenskaper og omsorgsmiljøet. (McCormack & McCance, 2010, s. 41-87). Dette fordi oppgavens størrelse ikke gir mulighet for å belyse hele rammeverket. Det er heller ikke mulighet for å belyse alle deler innenfor elementene som er valgt, derfor har vi tatt frem de delene som vil hjelpe oss med å gi svar på problemformuleringen.

3.2.1 Sykepleierens egenskaper

Sykepleierens forutsetninger er beskrevet som det å være profesjonell kompetent, utviklede samarbeidsevner, forpliktelse til jobben, klarhet i tro og verdier og det å kjenne seg selv (McCormack & McCance, 2010, s. 41). McCormack og McCance (2010, s. 60) vektlegger at disse forutsetningene ikke fremstår enkeltvis, men at de er sammenvevet og påvirker hverandre.

McCormack og McCance (2010, s. 42) har hentet sin definisjon på kompetanse fra Northern Ireland Practise and Education Council. Deres definisjon på kompetanse er kombinasjonen av viten, ferdigheter, holdninger, verdier og vurderinger som resulterer i en opptreden som tilfredsstillende en rekke forventede evner (Northern Ireland Practice and Education Council i (McCormack & McCance, 2010, s. 42)). Det er et krav til sykepleiere om å erverve seg ferdigheter som gjør dem til mer kompetente i praksis. Dette for at sykepleiere skal kunne oppnå sitt fulle potensial og fortsatt være nysgjerrige og lærevillige arbeidslivet ut (McCormack & McCance, 2010, s. 42). En slik utvikling vil gjøre at sykepleiere og spesialsykepleiere kan tilegne seg ferdigheter som vil være til fordel for dem selv og pasientbehandlingen. Her beskriver McCormack og McCance (2010, s. 42-43) Patricia Benner sin teori om fra novise til ekspert. Dette er en trinnvis utvikling som starter med å være nybegynner, avansert begynnner, kompetent, avansert og ekspert (Benner & Have, 1995, s. 35-47).

Å være profesjonell kompetent er definert som sykepleierens kunnskap og ferdigheter til å ta beslutninger og prioritere omsorg og omfatter kompetanse i forhold til fysiske eller tekniske aspekter av omsorg. McCormack og McCance (2010, s. 42). Som intensivsykepleier må man være faglig kompetent og kunne ta de riktige beslutninger i ofte hektiske og livstruende situasjoner (Stubberud, 2015a, s. 30). Dette gjelder ikke bare på det medisinske faglige nivå, men vi må også huske konteksten rundt (McCormack & McCance, 2010, s. 42-43).

Ved å ha intensivsykepleier med i MIT vil vi, på lik linje med andre spesialsykepleierutdannelse, synliggjøre at vår kunnskap er viktig og kan brukes på flere steder innad i sykehuset enn bare på intensivavdelingen (Topple et al., 2016). Som intensivsykepleier i MIT mener vi at vi kan lære av hverandre og dele vår kunnskap med postsykepleiere. Intensivsykepleiere har en lengre utdanning og man vil oppnå en høyere kompetanse når man har arbeidet i noen år (Benner & Have, 1995, s. 35-47).

Utviklede samarbeidsevner beskrives som sykepleierens evner til å kommunisere på en rekke nivåer. Effektiv kommunikasjon krever en kombinasjon av gode verbale og non-verbale ferdigheter (McCormack & McCance, 2010, s. 47). Dette gjelder fortrinnsvis kommunikasjon med pasienter, i tråd med personsentrert sykepleie, men kommunikasjon med kolleger og ledere er like viktig (McCormack & McCance, 2010, s. 47). I MIT blir man tilkalt til sengeposter, og det er viktig å ha gode kommunikasjonsevner. For å kunne kommunisere med postsykepleiere, leger, pasienter og pårørende.

Å være forpliktet til jobben defineres som det å være dedikert, noe som kan ses i team (McCormack & McCance, 2010, s. 51). Viktige forutsetninger for teamarbeid er stor deltakelse innad i teamet og høyt nivå av forpliktelse til kvalitet (Royal College of Nursing, i McCormack og McCance (2010, s. 52).

3.2.2 Omsorgsmiljø

Ifølge McCormack og McCance (2010, s. 61) referer konteksten til omsorgsmiljøet og denne har flere karakteristikk. Det påvirker effektiviteten både i forhold til teambygging, sykepleierens forutsetninger og personsentrert sykepleie (McCormack & McCance, 2010, s. 61). Det påpekes at omsorgsmiljøet har ett stort potensiale til å hemme eller fremme tilretteleggingen av den personsentrerte prosessen (McCormack & McCance, 2010, s. 61).

Omsorgsmiljøet består av syv karakteristikk: kompetansesammensetning, felles beslutningsprosess, personalrelasjoner, organisasjonssystem, makt, potensialet for innovasjon og risikotaking og det fysiske miljøet. I denne oppgaven fremheves tre karakteristikk: kompetansesammensetning, felles beslutningsprosess og maktfordeling og effektive relasjoner (McCormack & McCance, 2010, s. 62). Disse tre løftes frem da dette er viktige elementer for å belyse team arbeid.

I rammeverket beskriver McCormack og McCance (2010, s. 66) kompetansesammensetningen mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Forfatterne har tatt friheten til å løfte det opp til spesialsykepleier/sykepleier nivå, da det er kompetansesammensetningsnivået som belyses i denne oppgaven. Vi mener at kompetansesammensetningen er annerledes mellom spesialsykepleier/sykepleier.

Kompetansesammensetning betyr i denne sammenheng forholdet mellom spesialsykepleiere og sykepleiere i helsevesenet (McCormack & McCance, 2010, s. 66). Kompetansesammensetning er misvisende fordi det innebærer en form for rasjonelt og logisk forhold mellom de ferdigheter som trengs til å utføre spesielle sykepleieoppgaver og fordelingen av ansatte (McCormack & McCance, 2010, s. 66). I realiteten er dette langt fra virkeligheten, da forvaltningen av kompetansesammensetning krever komplekse beslutninger for å balansere innholdet i arbeidet som skal utføres, antall ansatte som trengs for å utøve kvalitetsarbeid og ferdigheter og kompetanse av spesialsykepleiere for å utøve det nødvendige arbeidet (McCormack & McCance, 2010, s. 66). I midlertidig er det stadig slik at kompetansesammensetningen er drevet av en økonomisk agenda og

krav om at helseorganisasjoner skal gi den mest effektive tjenesten til lavest mulig kostnad (McCormack & McCance, 2010, s. 67).

Felles beslutningsprosess består av et effektivt team. Oppmerksomheten er rettet mot grupper, oppgaver og individuelle komponenter på en lik måte (Adair, i McCormack og McCance (2010, s. 71)). Ved å løse oppgaver på en god måte, vil dette gi gruppen selvtillit til å løse fremtidige oppgaver (McCormack & McCance, 2010, s. 71). På individnivå vil det gi tilfredstillelse, belønning og utvikling. En slik balanse i teamarbeid oppnås ikke ved en tilfeldighet, men krever oppmerksomhet og pågående støtte for teambygging (McCormack & McCance, 2010, s. 71). Det krever at en forplikter seg til teamets relasjon og prosess (McCormack & McCance, 2010, s. 71).

I maktfordeling og effektive relasjoner i personalet, vil det uansett tilnærming til teamutvikling vil det være et uunngåelig problem med makt i team. Dette er viktig å vurdere når man tenker på felles beslutningsprosesser og personsentert sykepleie (McCormack & McCance, 2010, s. 73). Det er derfor ikke overraskende at makt er et problem i sykepleierelasjoner. Et dominerende syn på sykepleie som et "undertrykt yrke" blir holdt fast ved blant sykepleiere (McCormack & McCance, 2010, s. 73). Sykepleie har gjennom en del år forsøkt å utfordre dominerende praksiser og bevege seg bort fra avhengigheten fra det hierarkiske dominerende maktsystemet, og forstå den viktige rollen av kunnskap som makt (McCormack & McCance, 2010, s. 75). Utvikling av kunnskapsmodeller i sykepleie er signifikant i å restrukturere maktbalansen i sykepleie og utfordre stereotypiske hierarkiske relasjoner (McCormack & McCance, 2010, s. 75). Sykepleien har utviklet en større selvtillit og selvfølelse (McCormack & McCance, 2010, s. 73). Ved å innføre MIT kan det ses som et forsøk på å omstrukturere dagens praksis ved å bruke de ressurser man har og utnytte kunnskapen en har tilgjengelig for pasientens beste.

4 Metode

Vi vil belyse hvordan vi kom frem til metoden og hvordan vi omsatte den fra teori til praksis.

4.1 Kvalitativ forskningsmetode

I kvalitativ forskning vokser resultatene frem under arbeidet. Beslutninger om hvilken metode og hvem som skal inkluderes skjer under studiens utvikling. Kvalitative studier bruker et fremvoksende design som utfolder seg når forskeren tar avgjørelser som reflekterer det som allerede er blitt lært. Et fremvoksende design er en refleksjon av forskerens ønske om å få et innblikk i realiteter og synspunkter basert på deltakernes opplevelser. På denne måten kan man få med realiteter og synspunkter som ikke er kjent i utgangspunktet (Polit & Beck, 2012, s. 487).

Å forske kvalitativt er å undersøke hvordan mennesker oppfatter fenomener og hvordan ting henger sammen i en felles livsverden, i dette tilfelle sykepleieverden (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009, s. 46-47). Kvalitative metoder bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelige erfaringer (fenomenologi). Metodene omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra intervjuer. Målet er å utforske meningsinnholdet i erfarte fenomener, slik det oppleves av de involverte selv. Fenomenet *intensivsykepleierens erfaringer med sin rolle i MIT* er lite utforsket fra før, og derfor er den kvalitative metoden godt egnet (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010).

For å få svar på vår problemformulering vil vi bruke fokusgruppe intervju. Dette er en god tilnærming i forhold til at det er erfaringer, holdninger og synspunkter vi vil undersøke (Malterud, 2011, s. 133-134). Det vil belyse Intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsområder i MIT. Det er tre vesentlige momenter vi må ta hensyn til når det gjelder rekruttering til fokusgruppeintervju; sammensetning, størrelse og antall grupper (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2006, s. 150). Ifølge Krueger (2002) bør gruppene være homogene, men samtidig ha tilstrekkelig variasjon mellom deltakerne slik at det kan komme frem ulike synspunkter. Forskningsspørsmål og hensikten med undersøkelsen

kan blant annet påvirkes av forskjeller som kjønn, alder, utdanningsnivå og sivilstatus. Fokusgrupper kan aldri gi et representativt utvalg for en populasjon (Johannessen et al., 2006, s. 151).

Fokusgruppeintervju er velegnet til eksplorativ undersøkelse når det er fenomener som frem til nå er lite undersøkt. Det er erfaringer som skal undersøkes, og dette er en god måte å fange opp erfaringer intensivsykepleiere på undersøkende sykehus besitter. Fokusgrupper består av flere personer, vanligvis fra fem-åtte, har en varighet på en-to timer og ledes av en moderator. Det er en fordel å ha med en co-moderator som kan notere kroppsspråk, stemning og andre nonverbale utsagn som ikke kommer med på en lydfil (Malterud, 2011, s. 133).

Kjennetegnet for fokusgrupper er en ikke-styrende intervjustil, hvor åpne spørsmål stilles om det aktuelle emnet og poenget er å få frem synspunkter, både positive og negative. Det er ingen fasit som forteller hvor mange fokusgruppeintervjuer man skal ha. Det er viktigere å vurdere om man har fått et tilstrekkelig rikt og variert materiale (Malterud, 2011, s. 134). Deltakerne er ikke forventet å komme med noen form for løsning, men å fremme forskjellige synspunkter om den aktuelle saken (Kvale et al., 2009, s. 162).

Det kan være visse utfordringer med små fokusgrupper. Små grupper krever mer av den enkelte deltager og dette kan føre til mer intense diskusjoner. Et problem som kan gi store konsekvenser for samhandlingen i små grupper, er lite aktive deltakere.

Disse er utsatt for at enkelte egenskaper hos de ulike deltakerne kan virke inn på samhandlingen i gruppen, dette kan for eksempel være deltakere som vil være eksperter eller ikke kan samarbeide med andre. Små grupper kan gi en mindre bredde av erfaring (Johannessen et al., 2006, s. 151).

4.2 Forforståelse

Med forforståelse menes det at vi aldri undersøker noe uten å ha en tanke/mening om det. Man møter ikke verden forutsetningsløst (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015, s. 53). Språk, begreper, trosoppfatninger og personlige erfaringer blir brakt med inn i forsøket på å fortolke meningsfulle fenomener. Sjeldent kan det hevdes at forskningen er helt nøytral og objektiv da forkunnskaper og forventninger trekkes med inn i forskningsprosessen. Ifølge hermeneutikken, er meningsfulle fenomener kun forståelige i den konteksten de forekommer (Christoffersen et al., 2015, s. 54).

Det som vekket nysgjerrighet vår angående MIT, var at under praksis som intensivstudenter observerte vi at pasienter kom fra sengepost til intensiv for kortvarig behandling. Tanken bak var at dette kunne løses på post, at det ville være bedre for pasienten om man kunne øke ressursene der pasienten er. Avdelingen hadde en mobil intensivsykepleier, men denne var kun tilknyttet en kirurgisk sengepost og sjelden brukt. De pasienter som kom for kortvarig behandling, var ofte medisinske. Dette vekket også nysgjerrigheten; hvilken rolle har intensivsykepleieren i et slikt team. Kan det forbedres eller gjøres annerledes slik at den vil bli mer brukt? For å finne ett svar på dette, undersøkte vi om det fantes sykehus i Norge som benyttet seg av ett slikt team. Det er publisert flere artikler som peker på at slike team har en positiv effekt på mange elementer; som reduksjon i total mortalitet, reinnleggelser på intensiv, samt hvilken støtte og undervisningsfunksjon dette teamet har på sengepostene.

For å kunne beskrive egen forforståelse, har vi sett på Malterud (2011) sin forklaring på hva hennes definisjon av dette er, og videre benyttet hennes forslag om å lage en «selvangivelse». Denne inkluderer hva vi visste om dette temaet på forhånd, og for å kunne hindre at det empiriske datamaterialet i for stor grad blir farget av vår egen forforståelse.

Forfatterne av denne oppgaven har ingen erfaring med MIT eksplisitt, men har opplevd situasjoner både på intensivavdelingen og på sengepost hvor det hadde vært behov for å kunne tilkalle mer kompetanse. Dette gjorde at vi søkte litteratur for å finne ut mer om MIT og hvordan det fungerer. Det har blitt lest ny forskning om emnet og vår

nysgjerrighet er blitt større. Vi har opplevd situasjoner hvor pasienter er blitt flyttet til intensivavdelingen i noen få timer for kortvarig behandling. Ved å ha MIT tilgjengelig ville noen av disse pasientene kunne ha blitt behandlet på post. På vårt tilhørende sykehus er det et system hvor en intensivsykepleier kan fungere som støtte og ressurs for en sengepost. Der beskrives det at denne funksjonen nå er lite brukt og omhandler oftere praktiske prosedyrer og sjelden direkte pasientkontakt. Det vi også har sett og erfart, er at ved akutt kritisk sykdom og traumer, blir aldri eller sjelden intensivsykepleieren tilkalt, selv om pasienten blir direkte overført til intensiv for behandling. Dette vurderer vi som ugunstig da mye av informasjonen ved innkomst ikke kommer med til intensivavdelingen og denne kan være viktig for videre behandling av pasienten.

Når vi skal se videre på MIT vil vi ha ett åpent sinn på hvordan vi forsker, selv om våre erfaringer vil prege oss. For ikke å være forutinntatte, må vi lytte til det deltakerne forteller oss. Det er viktig å være åpne for ny kunnskap både positivt og negativt. Hadde vi hatt personlig erfaring med MIT kunne dette påvirket analysen.

4.3 Design og datainnsamling

Fokusgruppeintervju kjennetegnes av en ikke-styrende intervjustil. Poenget er å få frem forskjellige synspunkter om emnet. Gruppen ledes av en moderator som har til oppgave å forsøke å skape en velvillig og åpen atmosfære. Personlige og motstridende synspunkter bør komme frem. Ulempen med denne intervjustilen er at intervjuforløpet og ett eventuelt livlig samspill kan medføre at utskriftene får ett noe kaotisk preg (Kvale et al., 2009, s. 162).

I tråd med anbefalinger for fokusgruppeintervju ble det utarbeidet en intervjuguide (Christoffersen et al., 2015, s. 75)(Vedlegg: 1). Spørsmålene i intervjuguide ble endret ved flere anledninger. Dette for å åpne for muligheten til å komme med utfyllende svar og historier og utelukke spørsmål med ja/nei svar.

Deltakerne ble oppmuntret til å svare utfyllende, og gjerne komme med eksempelhistorier der det var mulig. Moderator stilte oppfølgingsspørsmål underveis. Co-moderator tok notater og oppsummerte etter intervjuene. Deltakerne ble informert om at det ble tatt lydopptak, og at dette ville slettes etter prosjektets slutt. Intervjuene foregikk i et rom på den aktuelle avdelingen uten forstyrrelser utenfra.

Etter intervjuene satt forfatterne igjen med et inntrykk av at temaet som ble undersøkt, var interessant for deltakerne.

Forfatterne utførte to fokusgruppeintervjuer av en times varighet. Intervjuene var løse og ledige, alle snakket og virket til å føle seg trygge og ga uttrykk for det de tenkte da intervju spørsmålene ble fremlagt. Intervjuet ble tatt opp på bånd. Moderator presenterte tema. Moderator så til at alle punkter som skulle belyses, ble tatt frem, oppfordret til diskusjon og presiserte at både positive og negative betraktninger skulle komme frem. Co-moderator fungerte som en observatør, passet på at alle temaene ble diskutert og tok notater på det nonverbale. Co-moderator oppsummerte til slutt.

4.4 Utvalg

I henhold til oppgaven er det brukt strategisk utvelgelse av deltakere, som betyr at det er tenkt igjennom hvilke deltakere som vil kunne gi svar på problemstillingen. Utgangspunktet blir da hensiktsmessig og relevant. Kriteriebasert utvelgelse måtte til for å finne deltakere som samsvarte til vårt prosjekt (Christoffersen et al., 2015, s. 85).

Rekrutteringen foregikk slik at det valgte sykehus fikk en invitasjon (Vedlegg: 2) og en kopi av prosjektplanen. Kontakten ble opprettet via en kontaktperson på denne avdelingen som var behjelpelig med rekrutteringen av deltakerne. Inklusjons- og eksklusjons kriterier ble deretter presentert til leder på den aktuelle avdelingen, som igjen kontaktet aktuelle kandidater.

Problemstillingen vil bli godt belyst ved å ha deltakere som er erfarne intensivsykepleiere med mobil intensiverfaring. Vi tok kontakt med et større sykehus i Norge hvor de har et fungerende MIT. For å få en god bredde i intensivsykepleierens erfaringer ønsket vi minimum seks deltakere. Inklusjonskriterier var: Min. to års erfaring som

intensivsykepleier og min. to uttrykninger i MIT team. Eksklusjonskriterier: to års intensivverfaring med langvarig fravær (>10 mnd.) fra intensivpraksis i perioden MIT team har vært operativt.

Undersøkelsen ble utført på et regionalt sykehus på Vestlandet med lang erfaring med MIT. Totalt ti deltakere ble rekruttert, seks kvinner og fire menn. Forfatterne av undersøkelsen hadde et samarbeid med avdelingen for å finne passende tidspunkt for å utføre intervjuene. Det var god spredning i alder, arbeidserfaring og kjønn blant informantene.

4.5 Dataanalyse

Graneheim og Lundman (2004) beskriver i sin artikkel hvordan man kan analysere tekster i sykepleieforskning, for å oppnå troverdighet. De beskriver hvordan man skal finne meningsenheter og koding av disse, for på denne måten få tak i essensen i en tekst. En tekst kan ha flere lag av temaer. En tekst vil kommunisere med forskeren, og det er forskerens arbeid å forsøke å finne tekstens betydning.

Graneheim og Lundman (2004) sier at et intervju er stort nok til å være en egen analyseenhet. Analyseenheten må gjennomleses flere ganger for å gi et godt bilde av tekstens helhet. Meningsenheter som er relevante for problemstillingen plukkes ut. Omgivende tekst må tas med slik at sammenhengen består. Meningsenhetene kondenseres for å korte ned teksten, men bevarer innholdet. De kondenserte meningsenhetene kodes og grupperes i kategorier som reflekterer det sentrale budskapet i intervjuet. Kategoriene utgjør det manifeste innholdet. Til slutt kan man formulere temaene, der det latente innholdet i intervjuet fremgår.

Kvale et al. (2009, s. 188-189) beskriver trinnene i transkripsjonsprosessen. Å transkribere intervjuer fra muntlig til skriftlig form gir intervjusamtalene struktur, og er da bedre egnet for analyse. Strukturert tekstform gjør det lettere å få oversikt, og dette er i seg selv begynnelsen på analysen.

Intervjuene ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse basert på Graneheim og Lundman (2004). Prosessen startet med at begge intervjuene ble transkribert. En forfatter tok oppgaven med å transkribere intervjuene, dette for å sikre mest mulig likt utgangspunkt. Begge forfatterne hørte gjennom opptaket og leste gjennom transkriptet gjentatte ganger og det nådde frem enighet over den transkriberte teksten. Da intervjuet ble utført på et rom med sterk ventilasjon førte dette med seg vanskeligheter med tanke på å høre hva deltakerne sa. Etter nøye overveielse ble det bestemt at intervjuene skulle transkribes på bokmål, samt å bruke tegnsetting for å klargjøre det som ble sagt. Deretter ble det i felleskap trukket ut meningsenheter for så å kondensere disse. Kodene er en videre kondensering og abstraksjon av meningsinnholdet og forutsatte en frem og tilbake bevegelse mellom transkriptet og kodene.

Tabell 1: Oversikt over analyseprosess fra meningsenheter til kategori.

Menings- enhet	Kondensert menings- enhet	Kode	Sub kategori	Kategori
Og det er jo sånn som legene våre heller ikke tenker så mye på alltid, så hvis de hadde gått alene så hadde vi fått mange overraskelser når de plutselig; «Ja, hei vi står i heisen med en pasient.» De tenker ikke alltid på alt som må kobles opp, alt som må gjøres klart.	Legene våre tenker ikke over alt utstyr som må kobles opp. Hadde de gått alene så hadde det blitt mange overraskelser. De tenker ikke på alt som må gjøres klart	Lege alene på MIT kan gi dårligere forberedelser på intensiv	Dårligere forberedelse ved planlegging av overflytting	Mangelfull systematisering og tilrettelegging
Av og til så hender det at vi er opptatt, at vi ikke har mulighet til å gå, så da må de jo gå alene. Så det er ikke det at de alltid velger å gå alene, men at vi ikke alltid er tilgjengelige. Det er jo også den veien.	Det hender vi er opptatt, da må legen gå alene. Det er ikke det at de velger å gå alene, men vi er ikke tilgjengelige.	Lege alene på MIT vanskeligjør forberedelse på intensiv da det ikke er tilgjengelig personell	Høy arbeidsbelastning for intensivsykepleiere vanskeligjør MIT- utrykning	
Ulempen er at det blir mindre personell på intensiv, hvis det er krevende.	Ulempen er mindre personell på intensiv	Ved høy belastning på intensiv trengs mer ressurser for å bemanne MIT	Trengs å øke ressurs tilgjengelighet til MIT	
Det er jo bemanningsproblemer, det er jo ikke negativt for MIT- tilsyn sånn sett	Det er bemanningsproblemer, ikke negativt for MIT- tilsyn	Bemanningsproblemer påvirker MIT negativt		

4.6 Troverdighet

Funn i forskning bør være så troverdig som mulig og alle studier må evalueres i forhold til metoden som er brukt for å genere funnene. Bruk av begreper for å beskrive troverdighet er forskjellig i forhold til kvalitativ og kvantitativ forskning (Graneheim & Lundman, 2004).

Graneheim og Lundman (2004) mener at i den kvalitative forskertradisjonen er troverdighet, pålitelighet, gyldighet og overførbarhet ordene som blir brukt for å beskrive de forskjellige sidene av troverdighet. De understreker at disse ordene er sammenvevde og henger sammen når man skal oppnå troverdighet i ett studie. Jo mer åpen man er om studiet sitt, at man kan vise til sitater og meningsenheter, jo høyere grad av troverdighet vil man oppnå. Dette fordi man da lar leseren selv tolke det som er funnet av forskeren.

Ifølge Graneheim og Lundman (2004) sin artikkel om hvordan man oppnår troverdighet gjennom kvalitativ forskning pekes det på flere ting. Det ene er at deltakerne har ulike erfaringer som er representative for studien. At man bruker den mest egnete metoden for datainnsamling og at mengden av data er stor nok er også viktig for å etablere troverdighet. Et annet viktig punkt er å finne de mest passende meningsbærende enhetene. Meningsbærende enheter betyr sitater i det transkriberte intervjuet som har en betydning eller mening, og som forteller noe viktig om studiets fokus. Meningsenheter som er for brede, kan inneholde flere meninger og/eller betydninger. Meningsenheter som er for smale, kan resultere i fragmentering av meningen. Ett unntak fra dette er hvis et eller flere ord representerer et symbol eller metafor. I begge tilfeller er det risiko for å miste viktige funn som kan ha betydning for troverdigheten. For å oppnå troverdighet i forskning må man også kunne vise hvordan kategorier og temaer blir belyst, og på denne måten sikre at man ikke mister eller inkluderer irrelevant data.

Troverdighet inkluderer spørsmålet om overførbarhet. Dette betyr om funnene kan overføres til andre grupper eller situasjoner. Dette er det leseren som avgjør, selv om forfatterne kan foreslå at det er mulig å overføre funnene. For å synliggjøre overførbarhet er det viktig å beskrive kultur og kontekst, utvalg og karakteristikk av deltakerne, datainnsamling og prosessen av analysen. En rik presentasjon av funnene sammen med passende sitater vil også øke overførbarheten. Troverdigheten vil heves hvis funnene blir

presentert på en slik måte at det tillater leseren å se etter alternative tolkninger (Graneheim & Lundman, 2004).

5 Forskningsetiske vurderinger

Kontakt med gjeldende sykehus ble opprettet og det ble innhentet aktuelle tillatelser for utførelse av intervju. Intervjuene ble tatt opp og det ble innhentet tillatelse fra personvernombudet for forskning (NSD). Prosjektet ble tildelt prosjektnummer: 51128 (Vedlegg: 4)

Det ble innhentet informert samtykke (Vedlegg: 3) fra deltakerne før intervjuene. Det ble forklarte at opplysningene skal benyttes i en masteroppgave i henhold til problemstillingen. Intervjuet og transkripsjonen vil kun ses av oss og eventuelt våre veiledere. Informasjonen vi trekker ut av intervjuene vil bli kodet og anonymisert ved å nummerere deltakerne istedenfor å benytte oss av navn.

Vi presiserte at deltagelse var frivillig og at man kunne trekke seg uten spørsmål eller konsekvens, dette er i tråd med Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 1964-2013). Intervjuet vil bli lagret på en datafil som slettes etter sensur av masteroppgaven, eventuelle papirutskrifter vil også bli makulert (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010).

Vi ser det kan være noen fordeler og ulemper ved å være deltaker i denne studien. Deltakerne vil ved å beskrive opplevelser og erfaringer blottstille seg for både hverandre og oss og dette kan medføre belastning for deltagerne. Vi vil også kunne komme til å diskutere uønskede hendelser som kan være vanskelig for deltagerne å snakke om. Når man intervjuer kan det være vanskelig å skille sak og person og informantenes identitet er sterkt knyttet opp til deres handlemåter og vil kunne skinne igjennom ved beskrivelser av erfaringserindringer. Vi ser også det kan være en ulempe for deltagerne at vi tar av deres tid.

6 Funn

I dette kapitlet vil vi presentere funnene vi har kommet frem til i analyseprosessen. Materialet har blitt analysert og delt inn i meningsenheter, kondenserte meningsenheter, koder, sub- kategorier, kategori og temaer. Temaer betegnes ifølge Graneheim og Lundman (2004) som det latente innholdet. Det er et fremtredende tema som har kommet frem i analyseprosessen; *Det er jo VI som kan dette*. Dette henviser videre til kategoriene mangelfull systematisering og tilrettelegging, behov for avansert sykepleie på post og betydningen av tverrfaglig og kollegial støtte.

Tabell 2: Resultat; Sub-kategorier, kategori og tema

Tema	Det er jo VI som kan dette		
Kategori	Mangelfull systematisering og tilrettelegging.	Behov for avansert sykepleie-kunnskap på post.	Betydning av tverrfaglig og kollegial støtte.
Sub-Kategori	Dårligere forberedelse ved planlegging av overflytting Høy arbeidsbelastning for intensivsykepleiere vanskeliggjør MIT-utrykning Trengs å øke ressurser tilgjengelighet til MIT Alle medlemmer i teamet bør være med på utrykning Dårlige muligheter til forberedelse før utrykning. Ulike forventninger i forhold til forskjellige	Intensiv-sykepleieren bidrar med basale tiltak og vurdering av pasienten. Organiserer transport til intensiv ved behov Faste oppgaver tydeliggjør rollen til intensiv-sykepleier i MIT Systematisk gjennomgang av pasienten og samarbeid mellom intensiv- og postsykepleier i sykepleietiltak. Samarbeid mellom intensiv- og postsykepleier i sykepleietiltak.	Intensiv-sykepleier bidrar med kompetanseheving på post Intensiv-sykepleier kan støtte lege og bidra til avklaring av omsorgsnivå. Være en støtte og trygghet for sykepleierne på post. Vi kan lett identifisere oss med deres problemstillinger Felles faglig plattform for å unngå fremmedgjøring Aktiv deltager i diskusjon i forkant og underveis i et tverrfaglig team under utrykning

	medlemmer i teamet Udefinert rolle	Mulighet til å vurdere pasient. Praktisk og logistisk forberedelse til overflytting til intensiv Bidra til å snu pasienter på post selv om de er dårlige	
--	---	--	--

6.1 Det er jo VI som kan dette.

Hovedtema illustrere deltakernes opplevelser om hvor viktig deres rolle i MIT er. De uttrykte tydelig at kunnskapen de besitter er nødvendig i et MIT.

«Dette er pasienter vi egentlig ønsker skal være fortsatt på post eller skal vurdere når vi gjør behandling. Det er jo vi som står i den type jobb i forhold til pleie og behandling. Det er vi som har større kompetanse på det feltet.» Deltaker nr 2

«Jeg tenker at den sykepleieren kan bistå, men det er jo VI som kan dette her, med å leire, løfte opp og få frie luftveier. Og da kan vi undervise sykepleier på post om hvordan det kan være lurt å gjøre det. Sånt noe gjør ikke anestesisykepleieren og ikke legene heller, altså de sier at de må sette pasienten opp, men vi kan hjelpe til å få det gjort på en god måte.» Deltaker nr 1

6.1.1 Mangelfull systematisering og tilrettelegging.

Informantene var enig i at det ofte var dårlig planlegging ved overflytting av pasient fra sengepost til intensivavdelingen, spesielt hvis legen i MIT gikk alene. Dette kunne skje hvis det enten ikke var ressurser nok til at intensivsykepleier kunne være med på MIT uttrykningen eller at legen ikke ga beskjed om at hun var blitt tilkalt til et tilsyn på sengepost.

«Av og til så hender det at vi er opptatt, at vi ikke har mulighet til å gå, så da må de jo gå alene. Så det er ikke det at de alltid velger å gå alene, men vi er ikke alltid tilgjengelige. Det er jo også den veien.» (deltaker nr 3)

Denne tilretteleggingen av overflytting gikk bedre når intensivsykepleier var med og selv kunne ringe til intensivavdelingen og fortelle hva slags pasient som kom og hva som var det akutte fysiologiske problemet akkurat nå. Det var også mer kvalitet over overflyttingen hvis intensivsykepleieren var med fra start, da hadde denne allerede skapt en relasjon med pasienten og etablert en trygghet, ifølge deltakerne.

«Det er ofte sånn at MIT-tilsyn blir varslet til anesthesi- legen. For det meste så husker de ikke å gi beskjed til den som er vaktleder eller har ansvar i avdelingen, det er intensiv- sykepleieren...Eller den sykepleieren som står på ny pasient, den er med på MIT- tilsyn, for hvis den pasienten kommer så er man allerede blitt kjent på posten.» (Deltaker nr 8)

«Og det er jo sånn som legene våre heller ikke tenker så mye på alltid, så hvis de hadde gått alene så hadde vi fått mange overraskelser når de plutselig; «Ja, hei vi står i heisen med en pasient.» De tenker ikke alltid på alt som må kobles opp, alt som må gjøres klart.» (Deltaker nr 7)

Dette var også noe som skapte frustrasjon hos deltakerne da de følte og mente at dette gjorde at MIT ikke fikk oppfylt sitt fulle potensial. Eller at intensivsykepleierne ble bedt om å være med på tilsyn når de stod i pasientsituasjoner som de ikke kunne gå ifra eller at de ble spurt på en slik måte at de følte de kunne/ skulle takke nei til forespørselen om å være med. Flere av informantene sa da at dette var ting som gjorde det vanskelig å få følelsen av at MIT var deres, at strukturen ikke var tydelig og at de noen ganger kunne «velge» eller fikk en følelse av at de ikke trengtes i teamet.

«Nå er det sånn at du får beskjed; «Jeg skal på MIT- tilsyn, vil du være med?»» (Deltaker nr 10)

Som også støttes av dette:

«Ja, du står midt i et stell og pasienten ligger opp ned i senga og så spør de (legene): «Skal du være med? Du trenger ikke altså...» (Deltaker nr 9)

Siden man ikke har ressurser nok til å hele tiden ha et team «standby» så blir muligheten til forberedelse mindre for den intensivsykepleieren som er i teamet den aktuelle dagen.

«Ulempen er at det blir mindre personell på intensiv, hvis det er krevende.» (deltaker nr 9)

De må løpe fra sine pasientoppgaver eller vaktansvarligoppgaver på avdelingen for å være med på et tilsyn og håpe at de erfaringsmessig og kunnskapsmessig vil klare å få overblikk over situasjonen når de ankommer sengeposten.

«Så blir du primet underveis og når du kommer til pasienten er det egentlig jeg som er dårligst forberedt» (deltaker nr 9)

Som sagt, dette er ikke til nytte for hverken intensivsykepleier, postsykepleier eller pasienten. Og at man selv føler at man ikke yter sitt beste fordi hodet kan være fullt av andre ting, som oppgaver på intensivavdelingen og ting man må huske å gjøre for pasienten.

«Det er jo bemannings- problemer, det er jo ikke negativt for MIT- tilsyn sånn sett» (deltaker nr 10)

Spørsmålet om hvem som skal være med i teamet og hvem som skal være med på utrykning er frustrerende for intensivsykepleierne.

«Det skjer jo hvis de ikke er i avdelingen når de blir varslet eller forespurt om å gå på MIT, så kan det være at de ikke har med intensivsykepleieren, men for det meste så er vi jo med da.» (Deltaker nr 7)

«Men det hender jo også at legen sier: «Jeg går bare å kikker!», så kommer de tilbake, så vet vi ikke... Så kaller de det ikke MIT engang, fordi de har ikke fylt ut skjemaet, de har bare gått stille og rolig, sett på en pasient og vi hører gjerne ikke om de engang. Vi sier ofte til de unge (legene) at de alltid tar oss med på MIT-tilsyn, så sant vi kan.» (deltaker nr 3)

Deltakerne påpeker at de føler at rollen ikke er definert og dette gjør dem til tider litt uinteressert i MIT.

«Vi har ikke en klar definert rolle» (Deltaker nr 8)

De forstår konseptet MIT og ønsker å bruke det, men når både organisering og rolle er som den er i dag, så yter de ikke fullt ut. Dette er det selvfølgelig opp til ledelsen å endre på, i hvert fall slik som det er i dag.

«Ofte så blir vår rolle litt sånn uklar fordi det er varierende forventninger til oss i teamet, fra legens side.» (Deltaker nr 8)

Det som trengs er klare roller, klare forventninger, hva kan de som intensivsykepleiere i MIT gjøre og hva kan de ikke gjøre. Hvem skal være med i teamet, og hvorfor?

«Det er min egen dagsform også fordi hvis jeg har en god dagsform og er litt sånn på hogget så hvis jeg orker å gjøre en ekstra innsats så kan jeg få enn vesentlig plass i den diskusjonen rundt pasienten. Mens andre ganger har jeg mentalt gått hjem før jeg begynner på jobb (alle ler) så da er jeg bare med på lasset. Og da er det såpass udefinert at du kan bare være med på lasset det gjør ingenting, så går du lissom bare å...» (deltaker nr 8)

Det gav dem ikke god nok tilhørighetsfølelse, og for noen av deltakerne så gjorde det at dagsformen avgjorde om de gjorde en god jobb i teamet når de var på utrykning. Så selv om det ser pent ut på papiret at sykehuset har MIT, så hjelper det ikke når rammer, ressurser og tilgjengelighet ikke er fundamentert ordentlig.

*«Her er det litt mer diffust. Når du kommer til pasienten så vet du aldri helt, det kommer litt an på kjemien du har med den legen eller hvor mye du aner på forhånd og hva slags forventninger de har og om du diskuterer med den legen eller...»
(Deltaker nr 7)*

«Det er jo vanskelig å få mer definerte roller så lenge organiseringen er som den er så lenge vi bare er et vedheng. Så en måtte endre litt på hele strukturen tror jeg på... Hva betyr det å få mer definerte roller? Det må jo bety noe i retning av å flere oppgaver.» (deltaker nr 8)

6.1.2 Behov for avansert sykepleiekunnskap på sengepost.

Intervjuene startet med et åpent spørsmål hvor vi ba deltakerne om å fortelle om MIT-utrykninger. Stort sett alle hadde en historie å bidra med. Det som var felles for disse historiene var hva intensivsykepleierne gjorde på sengepost, når de ble tilkalt, og hva de kunne bidra med. Alle deltakerne poengterte at postsykepleierne trengte hjelp og støtte på de basale sykepleietiltak som gikk på å leire pasienten, hjelpe til å koble opp utstyr og støtte og veilede postsykepleierne i hvordan de videre skulle følge opp pasienten.

«At vi kanskje kan undervise mer i MIT, rundt på postene, på alle postene. Det er ikke alle poster som er like gode på å bruke det, de ringer rett til stans.» (deltaker nr 3)

De viste, veiledet og underviste postsykepleierne slik at disse kunne håndtere forverrelsen hos pasienten selv. Det som også ble sagt var at flere postsykepleiere ikke forstod hva intensivsykepleieren i MIT kunne bidra med.

Intensivsykepleierne uttrykker et ønske om å synliggjøre MIT og hvilke ressurser som er tilgjengelig ved utrykning. Mange deltakere mente de hadde mye å lære bort og bidra med på sengepostene. De hadde ulike erfaringer med hvordan de ble tatt imot og hvilke forventninger de ble møtt med både fra leger og andre sykepleiere.

«Ofte så blir vår rolle litt sånn uklar fordi det er varierende forventninger til oss i teamet, fra legens side.» (Deltaker nr 8)

Når postsykepleiere har begrenset mulighet til å vurdere dårlige pasienter på sengepost kan intensivsykepleier bidra med kunnskap om disse pasientene. Deltakerne hadde flere opplevelser i å bidra med basale tiltak og vurderinger som kunne gi postsykepleierne handlingskompetanse til å kunne håndtere pasientene videre selv.

«Enten så er det jo basale tiltak man kan gjøre på post som å fjerne slim eller på en måte...leiring eller gi litt væske eller noe sånt eller så er pasienten så dårlig at man må trille den på intensiv.» (deltaker nr 1)

Intensivsykepleierne kunne også bidra med vurderinger og assistanse der pasienten måtte overflyttes til intensivavdelingen. Flere deltakere mente selv de hadde gode kunnskaper og evner til å kunne bidra med basale tiltak for å bedre pasientens forutsetninger med enkle grep for å kunne snu situasjonen.

En annen deltaker forklarte det på en flott måte, og hvor hensynet til pasienten og postsykepleierne tas med.

«Vi var der til å støtte og hjelpe best mulig for det...det var jo for vår del at vi ønsker å holde pasienten der, så klart hvis behovet var så tok vi så klart pasienten med til intensiv. Vi gjorde ganske mye for å slippe å ta den med.» (Deltaker nr 6)

Flere av intensivsykepleierne hadde erfaringer med å jobbe på sengepost og hadde stor respekt for jobben som gjøres på sengepost med mindre ressurser og høyt arbeidspress.

De anså det som meningsfullt å kunne bidra med både tid og ressurser på en travel sengepost.

«Og som du sier at de har jo 10-15 pasienter så de har ikke tid til å virkelig vurdere hver og en pasient opp og ned. Da kom vi til avdeling og hjalp til og var der fordi vi kunne komme og bruke litt tid, om det tok 5 minutter eller om det tok en time, det gjorde ikke noe.» (Deltaker nr 6)

Deltakerne beskriver flere situasjoner hvor de hadde mulighet til å komme til sengepost og være der over litt lengre tid for å kontinuerlig vurdere pasienten og sette i gang tiltak for å kunne forebygge forverring. De hadde mulighet til å være tilstede den tiden det tok å vurdere og behandle pasientens tilstand tilstrekkelig. Ved å gjøre dette så avlastet de både postsykepleier og de hjalp pasienten. De kunne både forklare og undervise til lege og postsykepleiere. Det beste var at pasienten fikk behandling som bedret, lindret og ga trygghet.

Systematisk gjennomgang av pasienten og samarbeid mellom intensiv og postsykepleier i sykepleietiltak er noe flere av deltagerne mente de kunne bidra med og hadde god kompetanse til å utføre. Flere påpekte viktigheten i å samarbeide med postsykepleier for å kunne føre denne kunnskapen videre.

«Det de trenger på avdelingene er en klinisk vurdering av en pasient som er i ferd med å bli dårlig, han ligger lissom ikke på et operasjonsbord tilkoblet alt mulig, der tror jeg vi har en god kompetanse» (Deltaker nr 8)

Det ble nevnt under intervjuet at denne typen vurdering blir nedprioritert på grunnutdannelsen for sykepleiere, og at dette er noe nyutdannede sykepleiere ytrer at de trenger støtte på, i tillegg til kunnskap for å kunne starte de rette sykepleietiltakene når pasienten faller. En systematisk gjennomgang og vurdering av pasienter er noe intensivsykepleierne mener de er fortrolig med og som de kan lære bort til postsykepleiere.

«Det er jo det å støtte sykepleier på post, at vi kan bekrefte det de har observert og hjelpe de med sykepleie tiltak» (Deltaker nr 2)

Dette er noe intensivsykepleierne har erfaringer med som ofte blir glemt i vurderinger på sengepost. Men det blir også påpekt at etter MITs oppstart og innføring av vurderingsverktøy på sengepostene har kvaliteten på vurderinger på sengepost økt.

Intensivsykepleieren bruker både blikk og hender i sin vurdering av en pasient i forverrelse.

«Men når jeg er der så tar jeg meg veldig tid til å hilse på pasienten, lytte på den, ta på den ikke sant, kapillærfylling, ødemer alt det problemstilling selvfølgelig, men jeg prøver å være aktiv der, ta en litt sånn fysisk undersøkelse.» (Deltaker nr 8)

Når man har trygghet som intensivsykepleier og stoler på sine egenskaper og kunnskaper finner man også rom og mulighet til å forklare, vise og undervise.

En slik fysisk undersøkelse ga også deltakerne informasjon om hva som burde skje videre med pasienten. Dersom det var behov for å flytte pasienten til intensiv, så hadde allerede intensivsykepleieren i MIT fått se pasienten og kunne dermed starte prosessen med å flytte den.

«En annen fordel med intensivsykepleier, jeg tror i hvert fall at når jeg er med så tenker jeg litt mer praktisk og litt mer logistikk. Så når jeg vet at en pasient skal komme så kan jeg ringe til vaktleder «Vi trenger en nål inn og den veier 75 kg, aktiv fukting» Jeg kan lissom prime at jeg vet hva vi trenger hvis vi får en ny pasient.» (deltaker nr 6)

Det ble lettere å planlegge hvilke ressurser det var behov for. Slik kunne man komme tidligere i gang med behandling, det var raskere for pasienten. Deltakerne uttrykte fordelene av å sett pasienten selv, da man bedre kunne forberede tiltak. Ved å ha dette på

plass i forkant lettet det også overflyttingen for pasienten slik at det ble mindre skremmende for denne.

6.1.3 Betydning av tverrfaglig og kollegial støtte.

Vi ser at intensivsykepleieren trekker frem sin erfaring og tør å stille det viktigste spørsmålet: Hva er planen, og er dette en pasient som skal ha full behandling?

«Men og at det av og til er intensivsykepleier med og diskuterer med legen. Jeg vet at andre har vært med og tatt opp spørsmålet: «skal den på intensiv da?» hvis det er ferske leger, har de alltid fokus på behandling. Men det er også om vi skal behandle.» (Deltaker nr 3)

«Jeg har vært i en diskusjon med anestesilegen og postlegen, hva som skulle skje med pasienten. Og så var det sånn; «Ja hva har dere tenkt å gjøre med den på intensiv? Skal dere ha full behandling med intubasjon?» «nei nei!!» «Ja men da trenger den ikke å være på intensiv da» i en sånn situasjon så kunne man avklare situasjonen til pasienten litt mer.» (Deltaker nr 9)

Disse to foregående sitatene viser to sider av samme sak. Dette er teamarbeid på en felles faglig plattform. Videre snakket deltakerne også om å støtte postsykepleier og anså det som en av MIT sine viktigste oppgaver.

«Ja, jeg tror det. At det er viktig for de å ha noen å sparre litt med og diskutere litt med og noen som skjønner hva de driver med og de kan stille oss litt spørsmål da i forhold til prosedyrer og tiltak og jeg tror det er mer sammenlignbart det vi gjør.» (Deltaker nr 8)

Intensivsykepleierne mente det var verdifullt å kunne skape relasjoner på tvers av avdelingene for å fremme samarbeid rundt pasienten under en MIT uttrykning. På den måten kunne postsykepleierne få støtte i deres vurderinger i teamet.

«Og så er det også en fordel at de sykepleierne på post at de og får en sånn faglig relasjon til noen som kommer på avdelingen og det tror jeg at hvis det hadde vært anestesien så hadde de følt seg enda mer fremmedgjort i den situasjonen.» (Deltaker nr 8)

En deltager beskrev at det å kunne bekrefte postsykepleierens antagelser støtter opp under følelsen av mestring hos postsykepleieren under en ofte litt kaotisk og usikker situasjon.

«Tror de opplever det som trygt å kunne snakke med en kollega, de er jo alene på post med mange pasienter. En kollega som buffer/ sparring; «Ser du det samme som jeg ser?» Opplever det som teamarbeid.» (Deltaker nr 2)

Deltakerne gav inntrykk av at de ofte var aktivt med i teamets diskusjon, i avgjørelser rundt pasientens behandling under MIT uttrykkninger. Men dette kom an på hvilke forventninger de ulike medlemmene i teamet hadde til intensivsykepleieren.

«Og at vi da kan diskutere litt på vei til avdeling hva vi tenker og så når vi kommer på avdeling, så er det optimalt sett, er det jo folk og der som kjenner pasienten og som har tid til å være med å snakke og kanskje en lege fra avdelingen også, så kan det bli en god tverrfaglig diskusjon også kan man diskutere tiltak som kan gjøres da for å stabilisere pasienten også.» (Deltaker nr 7)

Deltakerne i studien fremhevet fordelene med å kunne være med på å diskutere tiltak. Dette for å stabilisere pasienten, i et tverrfaglig team, hvor både helsepersonell som kjenner pasienten og personell med erfaring innen kritisk syke pasienter finner en felles løsning, til det beste for pasienten. Det kom også frem som et funn at det var avhengig av hvilken lege man var med, om hvor mye diskusjon det ble. Dette var ikke bestandig positivt, det kunne også oppleves som en barriere.

«Nå kommer det veldig an på hvilken lege det er også, føler jeg. For en del har du veldig god kommunikasjon med og du samarbeider veldig godt. Jeg var med på et sånt MIT- tilsyn for ikke så lenge siden og det var veldig flott altså, for vi samarbeidet hele tiden sånn; «Hva synes du om det her?» «Hva synes du?» og det var veldig givende.» (Deltaker nr 8)

7 Diskusjon

Denne studien identifiserte flere sider av intensivsykepleierrollen i MIT. Målet var å undersøke intensivsykepleierens erfaringer og opplevelser av rollen de har i et MIT. Rollen som intensivsykepleier i et MIT er kompleks. Rollen innebærer mange ulike elementer både innen direkte pasient vurdering og behandling, til å være en diskusjonspartner og støtte for både leger og postsykepleiere. Det er mange komponenter innenfor MIT som må legges til rette for at et MIT fungerer optimalt både på system og individnivå (DeVita et al., 2010).

Hovedtema i funnene er: *Det er VI som kan dette!*

Det levner ingen tvil om at deltakerne mente de hadde en plass i et MIT, noe å bidra med og at dette var noe som opptok dem. Temaet omhandler et område innen sykepleiefaget der intensivsykepleierne har mest kunnskap. På den ene siden mente deltakerne at deres kunnskap om å identifisere pasienter i forverring, samt å sett i gang korrekte tiltak, var noen av styrkene ved å ha en intensivsykepleier med i et MIT. De beskrev videre at de har en faglig tyngde og myndighet til å være med i diskusjoner og avgjørelser angående behandling av pasientene. De besitter de rette kvalitetene og erfaringene som skal til for å behandle kritisk syke pasienter, både på intensivavdelingen og utad på sengeposter. På den andre siden mente deltakerne at de ikke klarer å synliggjøre sin egen kompetanse utad, kreve plassen sin i teamet og fremheve hvorfor intensivsykepleieren har en naturlig plass i et MIT.

Videre i diskusjonen presentere kategoriene; mangelfull systematisering og tilrettelegging, behov for avansert sykepleiekunnskap på sengepost og betydning av tverrfaglig og kollegial støtte.

7.1 Mangelfull systematisering og tilrettelegging.

Systematisering og tilrettelegging av rollen som intensivsykepleieren i MIT var for de fleste uklar. Individuelle forutsetninger ble ofte lagt til grunn for hvordan intensivsykepleierne opplevde sin egen rolle. De hadde en opplevelse av at det overordnede systemet manglet, og at deltagerne som rykket ut med teamet ofte ble

tilfeldig. Siden kravet om at intensivsykepleieren alltid skulle være med i teamet ikke var godt nok innarbeidet, mente deltakerne at dette var svikt både fra ledelses og individnivå. Dette resulterte i dårligere forberedelse ved planlegging av overflytting.

Høy arbeidsbelastning for intensivsykepleiere vanskeliggjør MIT utrykning. Deltakerne beskrev flere tilfeller der de ikke hadde mulighet til å gå fra avdelingen for å delta på MIT utrykning. Dette hemmet muligheten for å kunne bli en integrert del av teamet, følelsen av tilhørighet, og kunne antyde at behovet for å ha intensivsykepleieren med i MIT ikke var tilstede. I følge Chaboyer et al. (2004) sies det at postsykepleiere har lettere for å ta kontakt med team hvor intensivsykepleiere var en del av teamet. Det var i disse teamene identifisert en høyere grad av undervisende og rådgivende funksjon og mulighet for å utvikle en god læringsarena.

McCormack og McCance (2010, s. 71) sier som nevnt tidligere at for å kunne ha et effektivt teamarbeid krever dette oppmerksomhet og pågående støtte for teambygging. Det vil gi en aktiv læringskultur som kan føre til at sykepleiere ser på arbeidet sitt som spennende og revitaliserende. Det gir dem mulighet for å vokse både profesjonelt og personlig. Man skaper et miljø hvor læring vil oppstå. Dette står i kontrast til deltakernes uttalelser, de beskriver at dette er mangler som hemmer det å kunne oppnå et effektivt teamarbeid. For å kunne oppnå dette trengs det tilgjengelige ressurser på intensiv, man må lage systemer som legger til rette for at intensivsykepleieren har mulighet til å delta når det aktiveres en utkallelse. I følge Mitchell et al. (2014) er det mulig å utvikle gode effektive team, uten økte kostnader. Forutsetningene for dette er at medlemmene i temaet er erfarne i behandling av kritisk syke pasienter, og at intensivsykepleieren kan løsrives fra sine ansvarsoppgaver på intensivavdelingen. De så at det var lettest å få til hvis intensivsykepleieren ikke hadde direkte pasientansvar. Noe som antyder å finne systemer hvor intensivsykepleieren alltid er en del at teamet bør være mulig.

McCormack og McCance (2010, s. 71) mener at å løse en oppgave på en god måte vil gi deltakerne selvtillit til å løse fremtidige oppgaver. Deltakerne hadde en opplevelse av at de var dårligst forberedt under utrykninger. For å kunne løse oppgaver på en god måte ønsket deltakerne å kunne forberede seg på lik linje med de andre deltakerne i teamet.

Motta varsel om utrykninger samtidig som de andre medlemmene i MIT var et ønske. Dette ville også kunne øke mulighetene for å kunne samle teamet og legge en strategi i forkant av utrykningen, samt å forberede seg på å undervise postsykepleiere på en god måte.

Ved tilrettelegging av overflytning til intensiv fra sengepost opplevde deltakerne at, hvis intensivsykepleieren ikke var med i teamet foregikk dette ofte på en uhensiktsmessig måte. Intensivsykepleierens forbyggende funksjon innebærer å sette inn tiltak for å forbygge videre utvikling av helsesvikt. Disse tiltakene bør settes inn så raskt som mulig. Ved overflytting av pasient til intensivavdelingen er det ressurser og utstyr som må mobiliseres (Norsk sykepleierforbund, 2002). Deltakerne i denne studien påpekte at intensivsykepleieren er i en særposisjon for å kunne legge til rette logistikken rundt overflyttingen, og på den måten sikre at tiltak kunne settes raskt i gang.

Ulike forventninger i forhold til forskjellige medlemmer i teamet var et av aspektene intensivsykepleierne snakket om. De mente det kunne være en barriere og et bidrag til effektiviteten av samarbeidet under en MIT utrykning. På den ene siden hadde flere deltakere opplevelser av at legene på sengepost ofte ikke hadde noen forventninger til intensivsykepleierens kompetanse. Her beskrev intensivsykepleierne at det ofte påvirket hvordan de så på sin rolle. Dette hadde sammenheng med dagsformen for intensivsykepleieren. Rollen i teamet var så uklar at intensivsykepleierne ikke hadde noen forventninger til seg selv. McCormack og McCance (2010, s. 73) mener at intensivsykepleieren bør utfordre den stereotypiske maktbalansen og benytte den kunnskapen man har tilgjengelig for å utøve den beste personsentrerte sykepleie. På den andre siden hadde de inntrykk av at intensivlegene hadde høye forventninger til både kunnskap og sykepleietiltak. Det førte til at deltakerne følte en høyere grad av tilhørighet og klarte å bidra mer aktivt i teamet.

McCormack og McCance (2010, s. 61-87) peker på at innenfor omsorgsmiljøet kan man ha elementer som virker som barrierer og bidrag. Hvis det er en positiv innstilling til MIT, vil dette være et bidrag til utviklingen av gode team relasjoner. De vil også jobbe sammen for å utvikle dette videre. Den administrative komponenten er essensiell i

tilretteleggingen for å skape en kultur, hvor alle elementene i RRS er med og ser nytten av arbeidet som gjøres for pasientenes beste (DeVita et al., 2010). Deltakerne i studien beskriver på flere måter mangler i systemet som kan forbedres. Å ha en overordnet struktur og tilrettelegging, både for utrykning og aktiviteter som skal utføres av de ulike medlemmene i teamet, var noe de følte manglet for å få en helhetlig følelse av sin rolle i teamet. Å danne team som har en lik visjon og et ønske om å nå den visjonen kan utrette mye. (McCormack & McCance, 2010, s. 53).

7.2 Behov for avansert sykepleiekunnskap på sengepost.

Behov for avansert sykepleiekunnskap på post var et element alle deltakerne hadde erfaringer med. Pasienter på sengepost blir på grunn av økende alder og co-morbiditet mer utfordrende å ivareta på sengeposter, da det ofte er mange pasienter per sykepleier. Muligheten for observasjoner er lavere enn på en intensivavdeling (Jevon et al., 2013). Derfor så samtlige deltagere behovet for å kunne øke ressursene, ved hjelp av MIT på sengepost med rett kompetanse, for å kunne ivareta disse pasientene på en best mulig måte. Dette står i kontrast til opplevelsen deltakerne hadde angående hyppigheten av MIT utrykninger. Som en antagelse ville mer komplekse pasienter på sengepost aktivere hyppigere utkallelser av MIT, mens deltakerne beskriver at de hadde en opplevelse av at hyppigheten rundt MIT tilkallinger var redusert.

McCormack og McCance (2010, s. 42) mener at å være profesjonell kompetent defineres som sykepleierens kunnskap og ferdigheter til å ta beslutninger og prioritere omsorg og omfatter kompetanse i forhold til fysiske eller tekniske aspekter av omsorg. Deltakerne beskrev at deres kunnskap om kritisk syke pasienter gav dem ferdigheter. I oppgaver som leiring, med tanke på optimal ventilasjon, tiltak til bedring av sirkulasjon og den undervisende og støttende funksjonen. De kunne prioritere omsorg, ta beslutninger og sette i gang avanserte sykepleietiltak på sengeposter.

McCormack og McCance (2010, s. 47-48) beskriver at å ha evne til kommunikasjon på flere nivåer er nødvendig for å ha utviklede samarbeidsevner. Intensivsykepleierens

undervisende funksjon kommer inn som et viktig aspekt hvor gode kommunikasjonsferdigheter og gjensidig respekt er nøkkelen for et godt samarbeid med postsykepleier (Norsk sykepleierforbund, 2002). I et MIT er det flere medlemmer og intensivsykepleieren må kunne kommunisere på flere nivåer, både for å kunne diskutere videre behandling av pasienten, hvilke tiltak som skal settes i gang, samt kommuniserer trygghet ovenfor pasienten. På den andre siden fortalte deltakerne om MIT-utrykninger de var med på, hvor de var demotiverte og følte seg som et vedheng. Og de fortalte videre at behovet for å involvere ikke var tilstede. Deltakerne kunne ofte være talerøret mellom avdelingslege og postsykepleier. Her kunne deltakeren være det medlemmet som var med til å fatte felles beslutningsprosesser og bidra til maktfordeling (McCormack & McCance, 2010, s. 71-75).

Topple et al. (2016) beskriver i sin studie funn som samsvarer med utsagnene fra intensivsykepleierne vi intervjuet. Topple et al. (2016) beskriver som nevnt intensivsykepleierens rolle og hvilke aktiviteter de utførte. Dette samsvarte med deltakernes oppfatninger, de satt i gang flere sykepleietiltak som leiring og oksygenbehandling til å assistere ved innleggelser av sentrale tilganger og intubering. Intensivsykepleierens forbyggende funksjon er å identifisere helsesvikt eller en forhøyet risiko og sette inn tiltak for å forebygge at dette forverres. Felles beslutningsprosesser retter oppmerksomheten mot oppgaver som løses i team (McCormack & McCance, 2010, s. 71-72). Våre deltakere fortalte at de ofte identifiserte helsesvikt, underviste i basale sykepleietiltak og tok avgjørelser i samarbeid med postsykepleier. Dette er en fremvisning av deltakernes kunnskap og er i tråd med personsentrert sykepleie.

Utfordringene på sengepost blir vanskeligere å håndtere med reduserte ressurser, det er færre postsykepleier og flere dårlige pasienter. Å kunne tilkalle et team til pasientens seng for å kunne bidra med basale tiltak og en grundig vurdering av pasientens tilstand kan bidra til å forebygge forverring og eventuelle dødsfall (Jevon et al., 2013). Deltakerne fortalte om disse utfordringene. McCormack og McCance (2010, s. 66-69) beskrivelse av kompetansesammensetning og felles beslutningsprosesser bidrar til å danne en læringskultur som i fellesskap deler på de ressurser som er tilgjengelig. Dette er

elementer som går igjen i deltakernes opplevelser av hva de kunne bidra med på sengepost. Både å utføre en systematisk observasjon av pasienten for å kartlegge og avdekke helsesvikt samt å utføre sykepleietiltak for å utbedre dette var en av oppgavene deltakerne løftet frem.

Deltakerne i denne studien hadde en opplevelse av at sykepleierne på sengepost ofte ble lettet når det kom et team for å bistå i vurdering av pasienten. De hadde opplevelse av at postsykepleiere satte pris på å ha en fra deres egen faggruppe å diskutere med. Det å jobbe i team med sykepleierne på sengepost var en viktig arena for undervisning og selvutvikling. Intensivsykepleierne påpekte at de følte at dette var en viktig og meningsfull del av deres rolle i MIT. På en annen side ble det også snakket om at det var mange nyutdannet og unge postsykepleiere. De ble satt til oppgaver de ikke mestret. Det kunne være pasienter som viste tydelige tegn på forverring, som postsykepleierne ikke oppfattet, til utstyr de ikke håndterte eller ikke visste hva var. Deltakerne mente at det var flere oppgaver som postsykepleierne ikke kunne håndtere. MIT var da behjelpelig med undervisning, rådgivning og en felles faglig plattform. Her var deltakerne nøye i ordvalget sitt og plasserte ikke skyld hos postsykepleierne, men på ressurser og opplæring.

Ved behov for å overføre pasienten til et høyere omsorgsnivå, kan det allerede på sengepost startes planlegging og forberedelse til behandling og overflytting. Intensivsykepleieren vil allerede ha forhistorien til pasienten, pasientens nåværende situasjon og videre plan for behandling. På denne måten kunne intensivsykepleieren sette i gang behandling umiddelbart. Dette støttes av funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere som sier at intensivsykepleieren skal sikre at behandlingstilbudet pasienten får, er faglig forsvarlig (Norsk sykepleierforbund, 2002). Kritisk syke pasienter er i stor fare for å utvikle alvorlige komplikasjoner, det er ofte truende svikt i en eller flere organfunksjoner. Det stilles derfor høye krav til kvaliteten av omsorg når disse pasientene skal flyttes, personalet som skal overflytte må ha en høy kompetanse for å kunne takle fysiologiske komplikasjoner på en kvalitets og hensiktsmessig måte (Gulbrandsen, 2015). Dette samsvarer med deltakernes erfaringer og for å tilrettelegge for best mulig transport av pasienten, bør intensivsykepleieren være en del av denne prosessen. De har de beste

forutsetningene for å planlegge transporten og den videre behandlingen av pasienten på intensivavdelingen i samarbeid med lege.

7.3 Betydning av tverrfaglig og kollegial støtte.

Betydningen av tverrfaglig og kollegial støtte mente flere deltagere var en de viktigste oppgavene i teamet. De så verdien av å kunne dele kunnskap om den dårlige pasienten til postsykepleiere og avdelingsleger. Dette kunne være en arena for godt samarbeid mellom intensivavdelingen og sengepost, samt kompetansebygging på utsiden av intensivavdelingen.

Senge (2006) påpeker at vedvarende læring bare skjer i en støttende kontekst og hvor læring er sett på som en integrert komponent i praksis. Målet med å utvikle en positiv læringskultur er å gjenkjenne og overkomme individ, gruppe og organisatorisk barrierer for å kunne bevege seg mot en effektiv kultur.

Deltakerne i studien mente at for å ha et godt tverrfaglig samarbeid, var det viktig å være åpen for andres meninger og ha respekt for hverandres arbeidsoppgaver og synspunkter. De mente også at å støtte postsykepleierne var en av sine viktigste oppgaver. Dette for å kunne skape positive relasjoner på tvers av avdelingene, for pasientens beste. Deltakerne poengterte at de også ønsket å ha en god relasjon til postsykepleierne for å hindre at postsykepleierne følte det belastende å tilkalle MIT. Dette involverer i stor grad intensivsykepleierens undervisende og rådgivende funksjon, det stilles store krav til tverrfaglig samarbeid i komplekse pasient situasjoner. Intensivsykepleieren koordinerer pasientens behandling og delegerer arbeidsoppgaver innen gjeldende ansvarsområder (Norsk sykepleierforbund, 2002).

Deltakerne opplevde at de var aktivt med i teamets diskusjon i avgjørelser rundt pasientens behandling under MIT uttrykkninger. Noe de opplevde som utfordrende var hvilke forventninger de ulike medlemmene i teamet hadde til intensivsykepleieren rolle. Deltakerne følte at deres udefinerte rolle vanskeliggjorde det å kunne ha forventninger til egen rolle samt andres forventninger til deres rolle i teamet. McCormack og McCance

(2010, s. 47) mener at utviklede samarbeidsevner og kommunikasjon er viktig. Det er viktig i team hvor rollene er udefinert. Det bør i teamarbeid være en klar og tydelig kommunikasjon mellom medlemmene i teamet, avdelingen, pasienten og pårørende.

Ifølge McCormack og McCance (2010, s. 73-75) kan makt være et problem i sykepleierelasjoner. Ved å ha et MIT som består av medlemmer med forskjellige spesialiteter, så vil maktfordelingen bli synlig. Det å utfordre stereotypiske hierarkiske relasjoner er utfordrende. Deltakerne pekte på at det ikke var lett for postsykepleieren å måtte forklare seg for hele teamet under en utrykning. Deltakerne mente at postsykepleier kunne føle seg underlegen fordi den ikke klarte å håndtere situasjonen. Her anså deltakerne det som viktig å etterspørre hva postsykepleier hadde gjort og hvorfor. Istedenfor for å misbruke sin makt, slik McCormack og McCance (2010, s. 73-75) beskriver den, så forsøkte deltakerne å undervise postsykepleier og komme med tips og råd om hva som ville være god behandling av pasienten.

For å oppnå et effektivt team må teamets medlemmer samarbeide om felles beslutningsprosesser. Dette gir alle involverte selvtillit og selvtilliten bidrar til økt samarbeid og økt faglig forståelse. Ved å bevege seg bort fra det dominerende maktsystemet, som kan være i slike relasjoner, må man støtte hverandre. Deltakerne våre så det som en av oppgavene å støtte både postsykepleier, sine kolleger på intensivavdelingen og egen lege blant annet for å unngå stereotypiske relasjoner (McCormack & McCance, 2010, s. 73).

Intensivsykepleierne kan være den som står med makten da de vil ha mer kunnskap om kritisk syke pasienter, ihvertfall ovenfor postsykepleier. Utfra funnene våre så ikke deltakerne slik på det. For dem så var det viktig å dele kunnskap slik at postsykepleiere senere ville ha selvtillit nok til selv å starte tiltak. Dette vil også fremme evidensbasert kunnskap hos postsykepleier. McCormack og McCance (2010, s. 75) beskriver at det finnes negative kulturer på arbeidsplasser som kan være et hindre for felles beslutningsprosesser (Myers et al., 2016) dette defineres som en negativ handling begått av en kollega mot en annen (Longo & Sherman, 2007).

Sammensetningen av MIT vil kunne være utfordrende, da det vil inneholde forskjellige profesjoner med hvert sitt spesialområde. Ved å bruke felles beslutningsprosess kan man klare å finne en balanse slik at man kan fremme teamarbeid og selvutvikling for medlemmene i teamet. Dette kan gi grobunn for et produktivt team som ikke bare løser oppgaver men et sted hvor læring vil oppstå (McCormack & McCance, 2010, s. 72).

8 Konklusjon

Intensivsykepleierne mente at deres deltakelse i et MIT var en forutsetning for å kunne utføre en helhetlig personsentret sykepleie på sengepostene. De opplevde flere barrierer som hindret dette. Uklare roller og forventninger samt mangelfull tilrettelegging ble trukket frem som årsaker. I problemstillingen stilles det et todelt spørsmål: Hva er rollen til intensivsykepleieren i MIT og hvordan kan den utvikles og forbedres?

8.1 Hva er rollen til intensivsykepleieren i MIT?

Deltakerne mente deres rolle i et MIT var uklar. De hadde liten følelse av forventninger eller rammer som var førende for hvilke oppgaver de skulle utføre under en MIT utrykning. De beskriver at rollen var kompleks og hadde mange viktige fokus. Disse gjenspeiles i intensivsykepleierens ansvars- og funksjonsområder. Intensivsykepleierens rolle i MIT vil alltid innebære den forebyggende-, behandlende- og undervisende funksjonen.

Intensivsykepleierens forebyggende funksjon beskrives av deltakerne som hovedmålet med MIT utrykningene. Teamets oppgave er å oppdage og forebygge forverring hos pasienten. Deltakerne beskriver at rollen deres i en slik kontekst innebærer å bidra med en klinisk undersøkelse av pasienten. Det må gjøres på en systematisk måte sammen med postsykepleier. I en slik kontekst vil intensivsykepleieren ha mulighet til å undervise postsykepleier. Deretter kan intensivsykepleieren beslutte og delegere sykepleietiltak. Dette krever at intensivsykepleieren er profesjonelt kompetent og har utviklede kommunikasjons- og samarbeidsevner.

Den behandlende funksjonen foregikk i samarbeid med legene. Deltakerne hadde en aktiv rolle i oppstart av behandling. De benyttet seg av postsykepleierenes kunnskap om pasienten og supplerte med avanserte sykepleietiltak, både tekniske og ikke tekniske. Ved behov for å overføre pasienten til et høyere omsorgsnivå, la intensivsykepleieren til rette for både transport og tidlig forberedelser til mottak på intensivavdelingen. Det ble også påpekt at intensivsykepleieren var aktivt med i diskusjoner angående pasientens

behandling. Deres profesjonelle kompetanse og fokus på helhetlig sykepleie gjorde at de også våget å stille spørsmålet; skal vi behandle eller fokusere på lindring?

Den undervisende funksjonen ble fremstilt av deltakerne som en av de viktigste oppgavene de hadde i MIT. De mente at betydningen av tverrfaglig og kollegial støtte på tvers av avdelingene var signifikant. Deltakerne mente at ved å ha en intensivsykepleier i MIT ville man stå sammen på en felles faglig plattform med postsykepleier. Avstanden mellom sykepleier og lege er større enn avstanden mellom sykepleier og spesialsykepleier. Deltakerne mente intensivsykepleieren er i en særstilling i et slikt maktforhold og har evner til å kommunisere på flere nivåer som fremmer et godt samarbeid.

8.2 Hvordan kan rollen forbedres og videreutvikles?

Deltakerne hadde flere forslag til hvordan rollen som intensivsykepleier i MIT kunne forbedres. Utvikling av klare retningslinjer og tilrettelegging for å sikre at intensivsykepleieren hadde mulighet til å delta i utrykningen. Mulighet til forberedelse og mer ansvar var de elementene deltakerne fremhevet. Det ville gi et felles grunnlag for en positiv utvikling av teamet og sikre at alle medlemmene følte en lik grad av tilhørighet til MIT.

9 Implikasjoner for praksis, styrker og svakheter

Med tanke på videre praksis og utvikling av rollen til intensivsykepleieren i MIT vil det å innføre klare retningslinjer føre til et mer effektivt team. Dette vil også fundamentere plassen til intensivsykepleieren i MIT. Dette vil gi økt tilhørighet, eierskap og motivasjon i teamet. Intensivsykepleieren vil da i større grad være med å utvikle denne rollen videre.

9.1 Styrker og svakheter

Styrkene i vårt prosjekt var å bruke et eksplorativt design. Da endret oppgaven seg i tråd med funnene. Funnene ble ikke forsøkt presset inn i en ferdig antagelse. Deltakerne deltok frivillig og en semistrukturert intervjuguide ble brukt for å ikke virke styrende. Utfordringer vi møtte underveis i prosjektet, ble tatt opp på masterseminarer på høgskolen i Sør-Øst Norge. Her ble innspill fra veiledere og medstudenter et godt bidrag til prosessen.

Svakheter med studien er at vi undersøkte MIT på kun ett sykehus. Det å utføre fokusgruppeintervjuer kan ses på som en ulempe. Deltakerne vil kanskje ikke dele sine innerste tanker i en gruppe, og dette kan ha bidratt til at noen synspunkter ikke ble ytret. I litteratursøket fant vi ikke studier som undersøkte intensivsykepleierens opplevelser med sin rolle i et MIT og hadde derfor ingen studier som sammenfaller med våre funn.

9.2 Forslag til videre forskning

Et bifunn i studien var at det var ulikheter mellom kjønnene i forhold til hva som skapte mest uklarhet i forhold til rollen i MIT. De mannlige deltakerne pekte på manglene ved ledelse- og systemnivå. De kvinnelige deltakerne pekte mer på nære årsaker som å ikke bli sett og inkludert i teamet. Dette hadde vært interessant å utforske videre.

Litteraturliste

- Andersson, C., Olsson, M., Hvarfner, A., & Engström, M. (2006). Mobil intensivvårdsgrupp gav färre hjärtstopp och bättre arbetsmiljö. *Läkartidningen*, 2006-11-14 nummer 46, 3613-3616.
- Ball, C., Kirkby, M., & Williams, S. (2003). Effect of the critical care outreach team on patient survival to discharge from hospital and readmission to critical care: non-randomised population based study. *BMJ*, 327(7422), 1014. doi: 10.1136/bmj.327.7422.1014
- Benner, P., & Have, G. (1995). *Fra novise til ekspert : dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: TANO I samarbeid med Munksgaard.
- Chaboyer, W., Foster, M. M., Foster, M., & Kendall, E. (2004). The Intensive Care Unit liaison nurse: towards a clear role description. *Intensive & Critical Care Nursing*, 20(2), 77-86. doi: 10.1016/j.iccn.2003.12.004
- Chan, P. S., Jain, R., Nallmothu, B. K., Berg, R. A., & Sasson, C. (2010). Rapid Response Teams: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 170(1), 18-26. doi: 10.1001/archinternmed.2009.424
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*.
- Devita, M. A., Bellomo, R., Hillman, K., Kellum, J., Rotondi, A., Teres, D., . . . Galhotra, S. (2006). Findings of the first consensus conference on medical emergency teams. *Critical care medicine*, 34(9), 2463. doi: 10.1097/01.CCM.0000235743.38172.6E
- DeVita, M. A., Hillman, K., & Bellomo, R. (2010). *Textbook of Rapid Response Systems: Concept and Implementation*. New York, NY: Springer New York.
- Endacott, R., Chaboyer, W., Edington, J., & Thalib, L. (2010). Impact of an ICU Liaison Nurse Service on major adverse events in patients recently discharged from ICU. *Resuscitation*, 81(2), 198-201. doi: 10.1016/j.resuscitation.2009.10.011
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gulbrandsen, T. (2015). Transport av intensivpasienter. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (s. 287-295). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.

- Helse Stavanger. (2015). *Forverret tilstand for pasient på sengepost - etablering og drift av et system for tidlig oppdagelse og systematisk oppfølging*. 2017, 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>
- Hillman, K. C., Jack; Cretikos, Michelle; Bellomo, Rinaldo; et al. (2005). Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 365(9477), 2091-2097. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66733-5
- Hillman, K. M., Bristow, P. J., Chey, T., Daffurn, K., Jacques, T., Norman, S. L., . . . Simmons, G. (2001). Antecedents to hospital deaths. *Internal Medicine Journal*, 31(6), 343-348. doi: 10.1046/j.1445-5994.2001.00077.x
- Hodgetts, T. J., Kenward, G., Vlackonikolis, I., Payne, S., Castle, N., Crouch, R., . . . Shaikh, L. (2002). Incidence, location and reasons for avoidable in-hospital cardiac arrest in a district general hospital. *Resuscitation*, 54(2), 115-123. doi: 10.1016/S0300-9572(02)00098-9
- Howell, M. D., & Stevens, J. P. (2016). Rapid response systems IT. W. Post (Red.), *UpToDate*. Hentet fra www.uptodate.com.
- Jevon, P., Ewens, B., & Pooni, J. S. (2013). *Recognition and Management of the Deteriorating Patient*. West Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd,.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnsen, M. N., Grönbeck, S., Stafseth, S. K., Randen, I., Lien, T., & Lerdal, A. (2016). Safer with mobile intensive care nurse, Tryggere med mobil intensivsykepleier. *Sykepleien*, 104(2). doi: <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56524>
- Jones, D. (2014). The epidemiology of adult Rapid Response Team patients in Australia. *Anaesthesia and intensive care*, 42(2), 213.
- Jäderling, G. (2013). *The rapid response system : effects of early identification and treatment of physiological instability*. Hentet fra <http://hdl.handle.net/10616/41440>.
- Jäderling, G., Calzavacca, P., Bell, M., Martling, C.-R., Jones, D., Bellomo, R., & Konrad, D. (2011). The deteriorating ward patient: a Swedish–Australian comparison. *Intensive Care Medicine*, 37(6), 1000-1005. doi: 10.1007/s00134-011-2156-x
- Konrad, D., Jäderling, G., Bell, M., Granath, F., Ekbom, A., & Martling, C.-R. (2010). Reducing in-hospital cardiac arrests and hospital mortality by introducing a medical emergency team. *Intensive Care Medicine*, 36(1), 100-106. doi: 10.1007/s00134-009-1634-x

- Krueger, R. A. (2002). *Designing and Conducting Focus Group Interviews* Hentet fra <http://www.eiu.edu/ihec/Krueger-FocusGroupInterviews.pdf>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lazzara, E. H., Wallace, R., Robinson, P., Patzer, B., Sonesh, S. C., Benishek, L. E., & Salas, E. (2014). The 6 "Ws" of rapid response systems: best practices for improving development, implementation, and evaluation. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(2), 207-218. doi: 10.1097/CNQ.0000000000000020
- Longo, O. J., & Sherman, O. R. (2007). Leveling horizontal violence. *Nursing Management (Springhouse)*, 38(3), 34-37,50-51. doi: 10.1097/01.NUMA.0000262925.77680.e0
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing : theory and practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- Mitchell, A., Schatz, M., & Francis, H. (2014). Designing a critical care nurse-led rapid response team using only available resources: 6 years later. *Critical care nurse*, 34(3), 41. doi: 10.4037/ccn2014412
- Myers, G., Côté-Arsenault, D., Worral, P., Rolland, R., Deppoliti, D., Duxbury, E., . . . Sellers, K. (2016). A cross-hospital exploration of nurses' experiences with horizontal violence. *Journal of Nursing Management*, 24(5), 624-633. doi: 10.1111/jonm.12365
- Norsk sykepleierforbund. (2002). *Funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleier*. 2015, fra <https://www.nsf.no/Content/125358/Funksjonsbeskrivelse%20for%20intensivsykepleier%20 2 .pdf>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Resource manual for nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Priestley, G., Watson, W., Rashidian, A., Mozley, C., Russell, D., Wilson, J., . . . Pateraki, J. (2004). Introducing Critical Care Outreach: a ward-randomised trial of phased introduction in a general hospital. *Intensive Care Medicine*, 30(7), 1398-1404. doi: 10.1007/s00134-004-2268-7

- Sari, A. B.-A., Sheldon, T. A., Cracknell, A., Turnbull, A., Dobson, Y., Grant, C., . . . Richardson, A. (2007). Extent, nature and consequences of adverse events: results of a retrospective casenote review in a large NHS hospital. *Quality and Safety in Health Care*, 16(6), 434. doi: 10.1136/qshc.2006.021154
- Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline : the art and practice of the learning organization* ([Rev. and updated]. utg.). New York: Currency/Doubleday.
- Soar, J., Nolan, J. P., Böttiger, B. W., Perkins, G. D., Lott, C., Carli, P., . . . Deakin, C. D. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 3. Adult advanced life support: Section 3. Adult advanced life support. *Resuscitation*, 95, 100-147. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.016
- Strømme, T. (2013). *Mobilt Intensiv Team, en arena for sykepleiefaglig læring og kunnskapsformidling, en kvalitativ studie*. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/184250>.
- Stubberud, D.-G. (2015a). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I D.-G. o. G. Stubberud, Tove (Red.), *Intensivsykepleie* (s. 29-41). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Stubberud, D.-G. (2015b). Metoder for systematisk observasjon og vurdering av pasientens vitale funksjoner og grunnleggende behov. I T. Gulbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), (s. 351-354). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.
- Tabanejad, Z., Pazokian, M., & Ebadi, A. (2014). A Systematic Review of the Liaison Nurse Role on Patient's Outcomes after Intensive Care Unit Discharge. *International journal of community based nursing and midwifery*, 2(4), 202.
- Topple, M., Ryan, B., Baldwin, I., McKay, R., Blythe, D., Rogan, J., . . . Jones, D. (2016). Tasks completed by nursing members of a teaching hospital Medical Emergency Team. *Intensive & Critical Care Nursing*, 32, 12-19. doi: 10.1016/j.iccn.2015.08.008
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*, . 2016, fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf
- World Medical Association. (1964-2013). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. 2016, fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg:

Vedlegg 1 Intervjuguide

INTERVJUGUIDE

1. Fortell om en MIT utrykninger?
2. Hvordan vil du beskrive rollen som intensivsykepleier i MIT?
3. Hvilke kunnskapsbehov opplever du at du møter på sengepostene når du er på MIT utrykning?
4. Beskriv fordelene/ulempene med å ha med en intensivsykepleier i et MIT?
5. Hvordan kan intensivsykepleierrollen i MIT forbedres og videreutvikles?

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder i et Mobilt Intensiv team»

Bakgrunn og formål

Overordnet hensikt med studien er å tydeliggjøre intensivsykepleierens rolle i et mobilt intensiv team, hva kan vi bidra med og hvordan kan rollen videreutvikles.

Dette er et Mastergradsprosjekt i intensivsykepleie, ved Høgskolen Sørøst-Norge

Vi har ikke innført mobilt intensiv team ved sykehuset i Telemark. Vi ønsker at et slikt system innføres og i den forbindelse er det viktig å se på sammen setningen av teamet. SUS har innført MIT. MIT består av avdelingens lege, pasientens sykepleier, intensivlege og intensivsykepleier. Som masterstudenter i intensivsykepleie synes vi denne sammensetningen er interessant og ønsker kunnskap om intensivsykepleierens erfaringer som en del av MIT. Vi ønsker intensivsykepleiere fra Intensivavdelingen ved SUS med Mobil intensiv erfaring, som informanter.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltagelse i studien innebærer å delta i et fokusgruppeintervju i uke 2, 2017

Intervjuet vil vare i ca. 1 time

Spørsmålene vil omhandle erfaringer som intensivsykepleier i et Mobilt Intensiv team.

Intervjuet tas opp i sin helhet på lydopptak.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun masterstudentene og deres veiledere som vil ha tilgang til lydopptak. Lydopptaket og navneliste på deltagere vil oppbevares på to separate passord beskyttet USB minnebrikker.

Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon, men sitater fra intervjuet vil brukes og kan muligens kjennes igjen av de andre deltagerne på fokusgruppe intervjuet.

Prosjektet skal etter planen avsluttes Fredag 12/5/17.

Ved prosjektslutt slettes alle personopplysninger og datamateriale som ikke er anonymisert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med masterstudenter Janne Guldbjørnsen tlf: 92036464 (jannehaugen@hotmail.com) og Camilla W Beichmann tlf: 92459536 (cstran@online.no) eller veileder Kjersti Forbech Henriksen tlf: 31008649 (Kjersti.Henriksen@hbv.no)

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4:

Tilbakemelding NSD



Kjersti Forbech Henriksen
Institutt for helse-, sosial- og velferdspag Høgskolen i Sørøst-Norge

3603 KONGSBERG

Vår dato: 12.12.2016

Vår ref: 51128 / 3 / STM

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.11.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

51128	<i>Hva er Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområder i et Mobilt Intensiv Team</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Kjersti Forbech Henriksen</i>
Student	<i>Janne Guldbjørnsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 05.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Siri Tenden Myklebust

Kontaktperson: Siri Tenden Myklebust tlf. 55 58 22 68

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 5: MEWS Modified Early Warning Score

Modified Early Warning Score (MEWS)							
Score	3	2	1	0	1	2	3
Resp. frekv.		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Puls/min		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
Syst. BT	≤ 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
Temp °C		≤35	35,1-36	36,1-38	38,1-38,5	>38,5	
CNS			Nytilkommen forvirring	Klar og orientert	Reagerer på tiltale	Reagerer på smerte	Reagerer ikke
Urin	0 ml/t	< 20 ml/t	<35 ml/t		Stor urinprod.		

Om personalet har en alvorlig uro over hvordan pasientens tilstand utvikler seg, eller om SaO₂ akutt endres til < 90 % med O₂ (gitt etter avdelingens rutiner for oksygenbehandling) → Kontakt intensiv ved MEWS > 4 calling nr: 26915

(Johnsen et al., 2016)

Examples of published activation criteria for rapid response systems

Bellomo calling criteria [1]	MERIT calling criteria [2]	Pittsburgh calling criteria [3]
If one of these is present:	Airway:	Respiratory:
Staff member is worried about the patient	If threatened	Rate <8 or >36 breaths/min
Acute change in heart rate to <40 or >130 beats/min	Breathing:	New onset difficult breathing
Acute change in systolic blood pressure to <90 mmHg	All respiratory arrests	New pulse oximeter reading less than 85 percent for more than five minutes (unless patient known to have chronic hypoxemia)
Acute change in respiratory rate <8 or >30 breaths/min	Respiratory rate <5 breaths/min	Heart rate:
Acute change in pulse oximetry saturation to <90 percent despite oxygen administration	Respiratory rate >36 breaths/min	<40 or >140 with symptoms or any rate >160 beats/min
Acute change in conscious state	Circulation:	Blood pressure:
Acute change in urine output to <50 mL in 4 hours	All cardiac arrests	<80 or >200 systolic or 110 mmHg diastolic with symptoms
	Pulse rate <40 beats/min	Acute neurological change:
	Pulse rate >140 beats/min	Acute loss of consciousness
	Systolic blood pressure <90 mmHg	New-onset lethargy or Narcan use without immediate response
	Neurology:	Seizure (outside of seizure monitoring unit)
	Sudden fall in level of consciousness (fall in Glasgow coma scale of >2 points)	Sudden loss of movement (or weakness) of face, arm, or leg
	Repeated or extended seizures	Other:
	Other:	Chest pain unresponsive to nitroglycerine or doctor unavailable
	Any patient you are seriously worried about that does not fit the above criteria	Color change (of patient or extremity): pale, dusky, gray, or blue
		Unexplained agitation for more than 10 minutes
		Suicide attempt
		Uncontrolled bleeding

References:

1. Bellomo R, et al. Prospective controlled trial of effect of medical emergency team on postoperative morbidity and mortality rates. *Critical care* 2004; 32:916.
2. Hillman K, et al. Introduction of the medical emergency team (MET) system: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365:2091.
3. DeVita MA, et al. Use of medical emergency team responses to reduce hospital cardiopulmonary arrests. *Quality & safety in health care* 2004; 13:251.

Vedlegg 7: Redegjørelse for bidrag til masteroppgaven

Redegjørelse for bidrag til masteroppgaven,

Vedlegg 7

Janne O. Guldbjørnsen og Camilla W. Beichmann

Denne masteroppgaven er et resultat av samarbeid mellom Janne O. Guldbjørnsen og Camilla W. Beichmann. I denne redegjørelsen vil vi beskrive hvordan vi har samarbeidet om oppgaven og hvordan vi hver især har bidratt.

Vi fant tidlig ut hva vi ville skrive om og etter en stund med tanker og funderinger og litt hjelp fra veilederne våre kom vi frem til problemstillingen. Vi var begge intensivsykepleiestudenter på den tiden og selv om vi har forskjellig arbeidserfaring, tenkte vi begge to at dette var et område som vi visste lite om, men at vi hadde mange tanker om det.

Janne foretok det systematiske søket, men vi var enige om hvilket søkeord vi skulle bruke. Camilla stod for utskrift og organisering av litteraturen som ble funnet. Begge leste alle artikler og skrev kort ned sine inntrykk av dem.

Vi har arbeidet separat med noen av kapitlene. Camilla har beskrevet rammeverket Personsentrert Sykepleie, men det ferdige resultatet har vi diskutert, argumentert og skrevet ned i fellesskap.

Begge har deltatt i fokusgruppeintervjuene. Camilla har transkribert intervjuene, for å sikre mest mulig likt utgangspunkt. Begge lyttet til opptakene og leste transkriptet. Vi brukte analysen på litt forskjellig måte, for å se om vi klarte å lytte til teksten likt. Det ble mange diskusjoner og meningsutvekslinger, det endelige resultat kan begge stå inne for. Det er i fellesskap skrevet ned.

Diskusjonen har vært vårt største hinder. Der forsøkte vi først å skrive hver for oss, men endte opp med at Janne tok hovedansvaret her. Men det ferdige resultatet er begges bidrag, da Camilla leste gjennom og kom med innspill.

Korrektur er lest av en lærer og dette har gitt oss god hjelp med språk og flyt. Janne har stått for det oppgavetekniske.

Vi har hele tiden sittet sammen, samarbeidet og evaluert alt som er blitt skrevet.

Det skal ikke legges skjul på at det ble tidspress og siste to ukene har vært tøffe. Vi har vært i kjelleren samtidig og hver for oss, men vi har gjort mye for å løfte hverandre opp igjen. Vi har hatt som mål å gjøre oppgaven ferdig og levere til tiden. Mang en gang har vi sagt til hverandre og oss selv: Det er VI som kan denne oppgaven.

9/5-17 Janne O. Guldbjørnsen

Janne Olimstad Guldbjørnsen

4/5-17 Camilla W. Beichmann

Camilla Westlund Beichmann