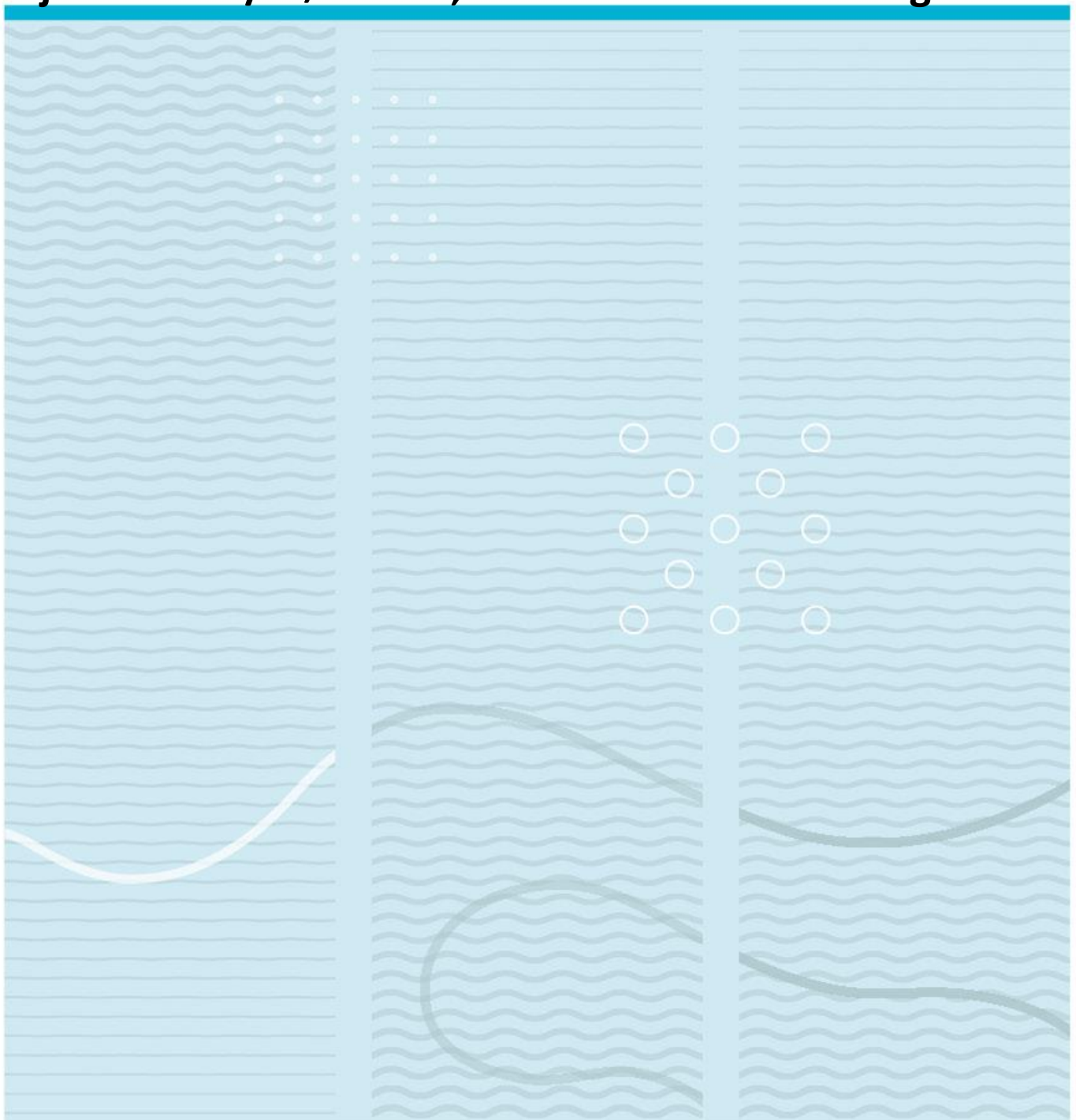


Annika Bonn Pedersen og Inge-Christian Austad Wiig

Intensivsykepleierens erfaringer med å delta i et hjertestans-/nødteam; en kvalitativ tilnærming



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for Master i intensivsykepleie
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2018 Annika Bonn Pedersen og Inge-Christian Austad Wiig

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

MASTERSTUDIUM I INTENSIVSYKEPLEIE
MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår

Mai 2018

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Annika Bonn Pedersen og Inge-Christian Austad Wiig

VEILEDER: Britt Sætre Hansen og Kjersti Forbech Henriksen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Intensivsykepleierens erfaringer med å delta i et hjertestans-/ nødteam; en kvalitativ tilnærming

Engelsk tittel: An intensive care nurse's experience of the participation in cardiac arrest teams; a qualitative approach

EMNEORD/STIKKORD: Intensivsykepleier, erfaringer, Hjertestansteam Nødteam medisinsk intensivt team, raskt response team, tverrfaglig team

ANTALL ORD/ SIDER: 14608 / 63

CAMPUS VESTFOLD:

15.05.2018

Forord

Det å skrive en master har vært en interessant og lærerik prosess. Temaet på oppgaven har vært engasjerende og interessant. Det har vært en drivkraft. Samarbeidet mellom oss forfattere har fungert godt. Ulike omstendigheter gjorde at masteren ble skrevet på lengre tid enn normalt. Gjennom å skrive masteroppgaven på deltid har vi fått være "lykkelige masterstudenter" over lengere tid. Vi har fått kombinere skrivning med jobb og familieliv. Annika takker sin mann Jarle, barn Noah og Amanda for deres tålmodighet. Inge takker sin samboer Therese for kritisk gjennomlesning og konstruktiv tilbakemelding på oppgaven. Etter masterprosjekt venter et nytt prosjekt for Inge. En baby skal bli født med termin noen uker etter innlevering.

Vi vil gi en stor takk til våre veiledere Kjersti og Britt for mange stunder med god veiledning. Deres hjelp og støtte har vært fantastisk. Som novise i den akademiske tenkemåten og metode, har veien til målet tatt noen avstikkere. Kjersti og Britt har fått oss på rett vei igjen. Den geografiske avstanden har ikke vært hindring for god veiledning, og det har blitt satt stor pris på deres tilgjengelighet og støtte til enhver tid.

En stor takk til alle informantene. Dere har åpenhertig delt mange historier og opplevelser med oss. Takk til deres arbeidsplasser som tillot oss å intervju dere i arbeidstiden. Vi ønsker også å takke tidligere kollega Sigrun for kritisk gjennomlesing og tilbakemeldinger av teksten. Takk til Marianne for hjelp til oversettelse av sammendraget til engelske.

Masteroppgaven er laget som en del av videreutdanning i intensivsykepleie.

Sammendrag

Tittel: Intensivsykepleierens erfaringer med å delta i et hjertestans- /nødteam; en kvalitativ tilnærming

Introduksjon: Denne masteroppgaven omhandler intensivsykepleieres erfaringer og deltakelse i tverrfaglige hjertestans-/nødteam. Varierende oppdrag og uforutsette hendelser krever bred kompetanse i tillegg til hjertestans algoritmen.

Hensikt: Beskrive intensivsykepleierens erfaringer fra hjertestans-/ nødteam. Det var ønskelig å se på muligheten til forbedring og utvikling av rollen. Målet var å få økt forståelse, og belyse bredden av faktorer som påvirker erfaringene. Funnene er speilet i Benner sin sykepleierteori «fra novise til ekspert» og intensivsykepleierens funksjon- og ansvarsbeskrivelse.

Metode: Kvalitativ studie. Studien har et deskriptiv design med induktiv tilnærming. Det er utført 8 individuelle dybdeintervju med en semistrukturert intervjuguide. Dataen ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse. Datainnsamlingen er utført på to sykehus på Østlandet

Resultat: Funnene presenteres gjennom femten sub kategorier fordelt på tre kategorier: 1. forberedelse på flere nivåer. 2. oppgavene som skal mestres. 3. vekslende omstendigheter. Oppgavens tema er at erfaringene er avhengig av kompetanse og kontekst på hvordan intensivsykepleieren opplever utrykninger i hjertestans- /nødteam.

Konklusjon: Det bør trenes jevnlig for å oppleve mestring under utrykninger. Både på hjertestans algoritme, kommunikasjon, systematiske undersøkelser og tiltak ved akutt medisinske tilstander. Høyt pasientbelegg på intensivavdelingene gir utfordringer omkring utrykninger. Flere informanter savnet et forum der erfaringer kan deles, bearbeides og føre til læring.

Abstract

Title: An intensive care nurse's experience of the participation in cardiac arrest teams; a qualitative approach

Introduction: This master thesis will deal with the experiences of intensive care nurses in interdisciplinary cardiac arrest teams. Varying missions and unforeseen events lead to a higher need of competency than solely the advanced cardiac life support.

Purpose: To describe the intensive care nurse's experiences in cardiac arrest teams, while also looking at the possibilities in improving and further developing the role. The goal is to increase understanding of the issue, as well as pointing out the width of factors which influence the experiences. The thesis reflects on Benner's nursing theory "From novice to expert" and on the intensive care nurse's functional- and responsibility description.

Method: A qualitative study. The study has a descriptive design with an inductive approach. Eight individual in-depth interviews have been completed with a semi structured interview guide. The data is analyzed with content analysis. The data collection has been carried out at two different hospitals located south-east in Norway.

Result: The findings are presented throughout 15 sub-categories, grouped in three main categories. 1: level of preparation. 2: task to be mastered. 3: variation of circumstances. The theme is: the competency of the intensive care nurse and the context of the situation will determine the intensive care nurse's experience.

Conclusion: To achieve successful outcomes during an emergency response, training should be held on a regular basis. The courses should involve advanced cardiac life support, communication, systematic examinations and measures taken when facing acute medical conditions. High bed occupancy in intensive care wards presents challenges. Several informants miss a forum where competency and experiences can be shared, processed and learned from.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	4
Sammendrag.....	5
Abstract.....	6
Innholdsfortegnelse.....	7
1 Introduksjon:	9
1.1 Problemstillingen	11
2 Tidligere forskning.....	12
2.1.1 Forberedelse	12
2.1.2 Kaos og orden	13
2.1.3 Organisering.....	14
3 Metode	17
3.1 Design:	17
3.2 Utvalg av informanter.....	18
3.3 Datainnsamling.....	18
3.4 Forforståelse.....	20
3.5 Kontekst.....	20
3.6 Dataanalyse	22
3.6.1 Innholdsanalysen	22
3.7 Troverdighet	25
3.8 Forskningsetiske vurderinger:	26
4 Teoretisk rammeverk.....	28
4.1 Fra novise til ekspert.....	28
4.1.1 Novisen.....	28
4.1.2 Den avanserte nybegynner	29

4.1.3	Den kompetente	29
4.1.4	Den kunnskapsrike	30
4.1.5	Eksperten	30
4.2	Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse	31
5	Funn/resultater: erfaringene er avhengig av kompetanse og kontekst.....	33
5.1	Forberedelse på flere nivåer.....	34
5.2	Oppgavene som skal mestres	38
5.3	Vekslende omstendigheter	40
6	Diskusjon.....	47
6.1	Forberedelser på flere nivåer	47
6.2	Oppgavene som skal mestres	50
6.3	Vekslende omstendigheter	52
7	Metodekritikk	56
8	Konklusjon	58
8.1	Intensivsykepleierens erfaringer som aktør i et hjertestans-/ nødteam?.....	58
8.2	Faktorer som påvirker intensivsykepleierens opplevelse av å være en del av et hjertestans-/ nødteam?	58
8.3	Hvordan rollen til intensivsykepleieren kan forbedres og videreutvikles	58

1 Introduksjon:

Masteroppgaven omhandler intensivsykepleierens erfaringer fra deltakelse i tverrfaglige hjertestans-/nødteam på sykehus. Slike team rykker ut til sengepost eller akuttmottak ved hjertestans, eller ved akutt forverring av en pasients tilstand. Teamene kan ha forskjellig sammensetning, men på sykehusene vi har erfaring fra er teamene tverrfaglig bygd opp med anestesilege, anestesisykepleier, medisinsk lege, turnuslege og sykepleier fra intensivavdelingen. Gjennom vår erfaring som sykepleiere på en intensivavdeling, opplever vi at noen intensivsykepleiere uttrykker usikkerhet ved å delta i slike team. Vi erfarer at noen intensivsykepleiere gjerne vil være med, andre tar oppgaven selv om de ikke ønsker det, og noen vil ikke. Sjøberg, Schönning og Salzmänn-Erikson (2015) sier at sykepleierens erfaringer med gjenopplivning kan oppleves forskjellig. Den kan oppleves som en oversiktlig eller kaotisk situasjon, avhengig av hva som skjer under en resuscitering. Det er ikke alltid en hjertestans som møter intensivsykepleieren ved utrykninger. Det kan være akutt forverring av en pasients tilstand som kan påtreffe hjertestans-/nødteamet. Ved tilfeller med alvorlige medisinske tilstander som hjertestans finnes det spesifikke algoritmer, men det foreligger ingen algoritmer for andre tilstander som for eksempel sepsis, lungeødem og intoksikasjon (Pedersen et al., 2016). Mangfoldet av scenarioer som intensivsykepleieren kan møte på, reiser spørsmål rundt behovet for bredere kompetanse enn bare AHLR sertifisering. Jamfør intensivsykepleieren funksjons- og ansvarsbeskrivelse skal de bidra til å gjennomføre faglig forsvarlig medisinsk behandling i samhandling med lege, i tillegg til å bidra ved svikt i pasientens vitale funksjoner (Norsk Sykepleierforbund, 2017).

Norsk resuscitasjonsråd (NRR) arbeider for å oppnå faglig forsvarlighet og kvalitetssikring av avansert hjerte-lungeredning (AHLR) i Norge. AHLR er en avansert medisinsk behandling som skal utføres av helsepersonell som har kompetanse på luftveishåndtering, medikamentell behandling og akutt diagnostikk. NRR anbefaler at helsepersonell med akuttfunksjoner bør ha AHLR sertifisering etter NRR sine retningslinjer (Norsk Resuscitasjonsråd, 2015). De fleste akutt sykehus i Norge har tverrfaglige team som skal sikre kvaliteten på AHLR ved hjertestans på sykehus. I tillegg til NRR sine anbefalinger finnes det lokale prosedyrer for organisering av tverrfaglige hjertestansteam.

På sykehus skal det foreligge systemer for alvorlige tilstander hvor det er behov for tilgang til spesialisert kunnskap og ressurser (Helsedirektoratet, 2014). Et slikt system blir ofte kalt raskt respons system/ rapid response system (RRS). Som en del av RRS har tverrfaglige team blitt opprettet på sykehus. Eksempel på disse kan være traumeteam, slagteam og hjertestansteam (Devita, Hillman & Bellomo, 2010). Intensjonen med slike team er ifølge Devita et al. (2010) å bidra til og stabilisere pasienten der pasienten er. Dette skal utføres uten vesentlige utfordringer med logistikk, hierarki eller byråkratiske hindringer. Teamene kan være satt sammen av intensivsykepleiere, anestesilege, anestesisykepleiere, medisinsk lege eller andre relevante yrkesgrupper (Devita et al., 2010). Rollene skal ikke være person- eller erfaringsavhengige (Norsk Resuscitasjonsråd, 2015) og teamene er ofte ad-hoc. Det vil si at teamene er konstruert med et mål for øye (Amundsen, 2018).

Helsedirektoratets pasientsikkerhetskampanje: «I trygge hender 24-7», har som et av sine mål å innføre team som kan bidra til å oppdage forverring av inneliggende pasienters tilstand på et tidlig tidspunkt (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017). Kampanjen oppstod på bakgrunn av flere internasjonale studier som viste at inneliggende pasienter kunne ha kritisk forverring av en tilstand som ikke ble oppdaget. Dette kunne igjen føre til ytterligere forverring av organsvikt og øke fare for hjertestans. Flere europeiske sykehus oppga at de manglet gode rutiner og systemer for at helsepersonell skulle oppdage og håndtere forverret tilstand hos inneliggende pasienter (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017). Som følge av dette har flere internasjonale og norske sykehus etablert mobile intensivt team (MIT)/ rapid response team (RRT) (Angel et al., 2016; Devita et al., 2010; Helse Stavanger, 2015; Shapiro, Donaldson & Scott, 2010; Solomon, Corwin, Barclay, Quddusi & Dannenberg, 2016).

Den empiriske delen av oppgaven omhandler hjertestans-/ nødteam. Det er valgt å fokusere på MIT/ RRT da denne organisering ses på som fremtidsrettet. Flere studier viser at en slik modell kan bidra til å redusere dødelighet og reduserer opphold på intensivavdelingene (Al-Qahtani et al., 2013; Angel et al., 2016; Jung et al., 2016; Maharaj, Raffaele & Wendon, 2015). På bakgrunn av dette omhandler den tidligere forskningen, som er presentert i oppgaven, MIT/ RRT samt forskning knyttet til hjertestansteam.

1.1 Problemstillingen

Hensikten med denne oppgaven er å systematisk beskrive intensivsykepleierens erfaringer fra tverrfaglige hjertestans-/ nødteam. Målet er å få en økt forståelse for faktorer som påvirker erfaringene. Som nevnt i innledningen erfarer vi at noen intensivsykepleiere uttrykker usikkerhet knyttet til rollen. De kvier seg for å ta callingen som varsler utrykninger. Samtidig er det andre intensivsykepleiere som ønsker oppgaven. De vil gjerne være med på utrykninger på sin vakt. Vi har på bakgrunn av dette undret oss over hva som bidrar til denne forskjellen.

Vi håper funnene kan brukes som verktøy til etablering, videreutvikling og forbedring av intensivsykepleierens rolle i tverrfaglige akutt team. Funnene om intensivsykepleierens erfaringer hjertestans-/ nødteam kan også forhåpentligvis overføres til andre akutte team. Temaet ble bestemt i samråd med forfatterens arbeidsplass.

Problemstilling med forskningsspørsmål er følgende:

Hva er intensivsykepleierens erfaringer som aktør i et hjertestans-/ nødteam?

Hvilke faktorer påvirker intensivsykepleierens opplevelse av å være en del av et hjertestans-/ nødteam?

Hvordan kan rollen til intensivsykepleieren forbedres og videreutvikles?

2 Tidligere forskning

I prosessen med å belyse erfaringer hos intensivsykepleieren i hjertestans-/nødteam, er det utført litteratursøk. Det er søkt i databasene CINAHL, PubMed, SweMed og MEDLINE. Søkeord som er brukt er Cardiopulmonary Resuscitation, Heart Arrest, Advanced Practice Nurses, nursing experience, intensive care units, Critical care nursing, Rapid response team, emergency team, emergency nurse practitioners. For å begrense søkene, er det i tillegg til å få forskning som er oppdatert, er det søkt etter artikler som er gitt ut siste 10 år. Det er søkt på engelskspråklig og skandinavisk litteratur. Begge forfatterne har hatt undervisning i hvordan søke i kliniske databaser. I søkeprosessen har det blitt benyttet bistand fra bibliotekar. Det er også sett på referansemateriell for å finne relevant litteratur. Søkelogg er vedlagt (Vedlegg 1).

Det har vært utfordrende å finne artikler som omhandler intensivsykepleieres rolle i hjertestans-/nødteam. Mye av forskningen som foreligger omhandler tekniske ferdigheter på hjerte- lungeredning (HLR), og flere artikler omhandler prehospitaler erfaringer. Noen av artiklene som ble inkludert er fra prehospitaler tjenester. Vi mener disse har overføringsverdi, da de omhandler erfaringer fra resuscitering i team.

Flere studier vektlegger forberedelse som en viktig del ved hjertestansuttrykninger. Sjøberg et al. (2015) har brukt kaos eller orden som inndeling i en studie som handler om opplevelser som kan oppstå i forbindelse med en hjertestans. Vi har derfor valgt å presentere tidligere forskning tematisert etter forberedelse og kaos og orden. I tillegg ses det også på organisering. Det foreligger forskjellige organiseringer av tverrfaglige team. Det er som tidligere nevnt at det er valgt å fokusere på MIT/ RRT i denne oppgaven. Opprettelse av et slikt team er dagsaktuelt på mange norske akuttsykehus (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017).

2.1.1 Forberedelse

En kartlegging av ambulansesykepleieres erfaringer med resuscitering viser at forberedelse i forkant av en uttrykning er viktig. Delegering av roller og arbeidsoppgaver ble fremhevet som

avgjørende, i tillegg til at utstyr skal være i orden. Det ble også påpekt at god opplæring og trening styrket en positiv opplevelse under en hjertestans (Larsson & Engström, 2013).

I følge Sjøberg et al. (2015) fører trening og opplæring til bedre opplevelse av hjertelungeredning. Trening og opplæring ses på som en positiv aktivitet, og gir følelse av å være mer forberedt. Med kontinuerlig øving kan veletablerte rutiner brukes under reelle hjertestanssituasjoner (Banks & Trull, 2012). En enkel trening med simulering av resuscitering er ikke nok forberedelse til reelle stanssituasjoner (Riggall & Smith, 2015). Trening øker selvsikkerheten og bedrer samarbeid med kollegaer. Det kan føre til en bedre opplevelse (Banks & Trull, 2012; Sjøberg et al., 2015). Et godt treningsprogram kan føre til bedre teamarbeid og kvalitet på AHLR (Banks & Trull, 2012; S Hunziker et al., 2011; Larsson & Engström, 2013; Riggall & Smith, 2015) Scenariotrening som inkluderer alle profesjoner i teamet vil forbedre teamsamarbeidet. Øvingen bør også fokusere på ikke tekniske ferdigheter (Skeivoll & Bjørlykke, 2014).

2.1.2 Kaos og orden

Sjøberg et al. (2015) sine funn om erfaringer under selve resusciteringen, kategoriseres som kaos og orden. Mangel på erfaring, og for mange personer til stede under hjertestans bidro til opplevelsen av kaos. Dette førte til at viktige beskjeder ikke ble oppfattet. Det burde være maks fem personer tilstede under gjenopplivingen. Teamleder bør sørge for at det kun er teamet som er tilstede under resusciteringen (Sjøberg et al., 2015). God rollefordeling og en tydelig teamleder som delegerer oppgaver blir sett på som utslagsgivende for å oppnå orden (S Hunziker et al., 2011; Sjøberg et al., 2015). Teamarbeid med godt lederskap og god kommunikasjon mellom kollegaer er en viktig faktor for vellykket resuscitering (Fernandez Castelao, Russo, Riethmüller & Boos, 2013; O'donoghue et al., 2015; Sjøberg et al., 2015). Det viser seg at uoversiktlig medikamenthåndtering også bidro til følelse av kaos. Det ble påpekt at resuscitering er en stressende situasjon siden det gjelder liv og død (Sjøberg et al., 2015).

Kvaliteten på HLR kan påvirkes av omstendighetene rundt. Flere studier viser at kvaliteten blir redusert ved forstyrrelser som går utenom den vanlige algoritmen (Gamble, 2001; S. Hunziker et al., 2011; Mcmeekin, Hickman, Douglas & Kelley, 2017). Studier har vist bedre kvalitet på brystkompresjoner og innblåsing når AHLR utførers på dukker sammenlignet med kliniske studier. Det stilles spørsmål om det er ytre påvirkninger som er med til å bidra til et slikt resultat (Bjørshol et al., 2011). For å sikre god resuscitering bør en se på de følelsesmessige intuisjoner. Det foreligger mye følelser assosiert med HLR, og kvaliteten på resuscitering vil kunne bli bedre med økt forståelse for følelsene hos utøverne (Abdolghader, Fatemeh, Abbas & Habibollah, 2017). På den andre siden viser en studie utført på paramedicere med erfaring, at en ytre stresspåvirkning ikke alltid gir dårligere kvalitet på resusciteringen. Det er heller den subjektive oppfattelsen av at arbeidsbelastning og stressnivå som øker (Bjørshol et al., 2011).

Det viser seg at debriefing kan bidra til å skape orden i en kaotisk situasjon. En debriefing er et oppsummeringsmøte og målet er å forebygge utvikling av psykisk negativ tanker hos helsepersonell (Malt, 2018). Debriefing var et godt verktøy for videreutvikling og forbedring av teamarbeidet. I tillegg var det en arena for å bearbeide inntrykk etter en hjertestans (Sjøberg et al., 2015). Det foreligger et moderat nivå av post traumatisk stress hos intensivsykepleiere som har vært med på en resuscitering som ikke har vært vellykket. En forståelse og kartlegging av stress etter gjenopplivning, kan bidra til å at intensivsykepleiere ikke ønsker å bytte jobb (Mcmeekin et al., 2017).

2.1.3 Organisering

Det finnes kliniske systemer som er utviklet for å systematisk oppdage klinisk forverring av inneliggende pasienter. Systemene har samlebetegnelsen RRS. Organiseringen av et slikt system kan deles inn i fire ledd. Det er et afferent ledd, et efferent ledd, forbedring av kvalitet og et administrativt ledd. Det afferente leddet oppdager og alarmerer ved klinisk forverring av pasientens tilstand. I litteraturen blir dette beskrevet som den viktigste delen ved etablering av RRS. Tverrfaglige team som rykker ut ved forskjellige tilstander er det efferente

leddet (Devita et al., 2010). RRS har vært en viktig del for kvalitetssikring av oppfølging ved forverring av pasienters helsetilstand. Disse systemene er, og kommer til å være viktig for helsepersonell fremover (Patel, Gillon & Jones, 2017). I denne oppgaven er det fokusert på det efferente leddet, siden den omhandler teamutrykninger.

Det norske pasientsikkerhetsprogrammet: «I trygge hender 24-7», la i 2017 frem en tiltakspakke. Denne omhandler tiltak for å tidlig oppdage forverring av inneliggende pasienters tilstand. Her foreligger det forslag til organisering og tiltak for å kvalitetssikre at klinisk forverring hos pasienter oppdages tidligere. Pasientsikkerhetsprogrammet fremmer også anbefalinger på hvordan sykehus kan vurdere og måle allerede igangsatte tiltak (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017). Som et tiltak av pasientsikkerhetskampanjer har mange sykehus, internasjonalt og i Norge, etablert MIT/ RRT (Angel et al., 2016; Devita et al., 2010; Helse Stavanger, 2015; Shapiro et al., 2010; Solomon et al., 2016). Ved hjertestans foreligger det en algoritme for behandling, men flere truende medisinske tilstander faller utenfor eksisterende algoritmer. Disse kliniske forverringene rammer ofte pasienter som har flere kroniske sykdommer. Pasientene har ofte sammensatte problemer og har behov for tverrfaglig behandling (Pedersen et al., 2016). Flere studier viser at en modell med MIT/ RRT kan redusere hjertestans på sykehus, i tillegg til å begrense innleggelser på intensivavdelingene (Al-Qahtani et al., 2013; Angel et al., 2016; Chen et al., 2014; Jung et al., 2016; Maharaj, Raffaele & Wendon, 2015). Erfaringer fra MIT/ RRT hos intensivsykepleiere på et norsk sykehus viser at uttrykninger hovedsakelig dreier seg om forverring av respirasjon (Katadzic & Jelsness-Jørgensen, 2017). Det foreligger en nasjonal fagprosedyre på hvordan systematisk oppdage forverrelse hos inneliggende pasienter. Denne har til hensikt å bidra til en metodisk oppfølging av pasienter med forverret tilstand på sengepost (Helse Stavanger, 2015). Et MIT/ RRT kan organiseres uten merkostnader og økt bemanning. Det har vist positive resultater på pasientbehandlingen selv uten mer tilførte ressurser (Mitchell, Schatz & Francis, 2014).

Det foreligger flere benevnelser på akutte team som rykker ut ved forverring av en pasients tilstand: det kan være MIT/ RRT, mobilt akutt team (MAT) eller critical care outreach (CCO) (Devita et al., 2010; Katadzic & Jelsness-Jørgensen, 2017).

MIT/ RRT kan organiseres som to modeller (Patel et al., 2017) Den ene som et opptrappings system, hvor vakthavende lege eller sykepleier tilser pasienten og gjør vurderinger. Bestemmelsen av hvem som tilser pasienten avhenger av alvorlighetsgrad av forverringen. Den andre modellen kalles et nedtrappingssystem. Initialt tilkalles alt av ressurser når teamet rykker ut. Deretter tas en triagering for å vurdere pasientens omsorgsbehov. Teamet nedjusteres deretter etter behov. Det foreligger ingen høy kvalitets evidens på hvilke av de to modellene som har best effekt. Hverken på reduksjon av innleggelse på intensivavdelinger, eller mortalitet (Patel et al., 2017).

3 Metode

Målet med denne masteroppgaven var å beskrive intensivsykepleierens erfaringer fra å delta i et hjertestans-/nødteam. Vi som forfattere hadde et ønske om å beskrive disse på en systematisk måte. I en kvalitativ studie strever man etter en helhetsforståelse av et fenomen for å få et så fullstendig bilde av situasjonen som mulig (Olsson, Sörensen & Bureid, 2003). Detaljerte beskrivelser og refleksjoner om erfaringer er vanskelig å kvantifisere (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2015), derfor er kvantitativ metode sett på som uaktuell for vår problemstilling. I oppgaven er det dybdeintervjuet åtte intensivsykepleiere med ulik erfaring fra et hjertestans/ nødteam.

«Hvis du vil vite hvordan folk oppfatter verden og livet sitt, hvorfor ikke spørre dem? (Kvale et al., 2015. s. 18).

3.1 Design:

For å få økt innsikt og forståelse for intensivsykepleierens erfaringer ble det brukt deskriptivt design. Det kan bidra til å åpne nye dører til feltet, som kan skape nytenkinger rundt fenomenet (Malterud, 2011; Polit & Beck, 2012). I følge Polit og Beck (2012) er det en forutsetning å ha interesse for temaet, og vi var begge engasjerte i intensivsykepleierens plass i teamet. Intervjuguiden som ble benyttet var semistrukturert. Informantene kunne i stor grad legge føringer på hva de ville vektlegge under intervjuene. Vi ønsket å oppdage hva som informanten selv syntes var viktig. Ved å bruke induktiv tilnærming får vi et logisk resonnement for å utvikle generell kunnskap om et fenomen (Polit & Beck, 2012).

3.2 Utvalg av informanter.

Det ble utført et strategisk utvalg av informanter på to sykehus i samme helseforetak. Rekrutteringen fra to sykehus var for å få større bredde i beskrivelsen av fenomenet. Avdelingssykepleierne på de respektive intensivavdelingene ble bedt om å velge fire informanter ut fra inklusjonskriteriene.

Vi satte følgende inklusjonskriterier for utvalget av informanter. Informantene skulle være utdannet intensivsykepleiere, sertifiserte AHLR utøvere og deltakende i utrykninger med hjertestans-/nødteamet. Totalt ble åtte informanter inkludert. I følge Kvale og Brinkmann (2015) er mellom 5 og 15 personer nok informanter for å få beskrevet variasjonene. De sier videre at valg av antall informanter avhenger også av hvor mye tid og ressurser som er tilgjengelig. To av informantene viste skepsis for deltakelse i teamet. Variasjonsbredden kan bedre muligheten for å få beskrevet fenomenet med flere nyanser (Malterud, 2011).

Utvalget bestod av intensivsykepleiere med 2-26 års arbeidserfaring som intensivsykepleier. Aldersspennet var mellom 29 og 63 år. Flere av informantene hadde erfaring fra hjertestans-/nødteam som sykepleier før de ble intensivsykepleiere. Flere i utvalget var sertifiserte AHLR-instruktører. Det var under et år siden samtlige hadde vært med på utrykning. Det ble rekruttert syv kvinner og en mann på de respektive avdelingene, så det forelå en kjønnsforskjell i utvalget. Kvinnedominansen gjenspeiler mer kjønnsforskjellen i helsesektoren enn mangel på mannlige informanter (Statistisk Sentralbyrå, 2017).

3.3 Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjort gjennom individuelle intervjuer med en semistrukturert intervjuguide (Vedlegg 2). Det ble gjort en vurdering om å benytte seg av fokusgruppeintervju eller individuelle intervju. Valget falt på individuelle intervjuer siden det var ønske om fyldige

og detaljerte beskrivelser av fenomenet. Gjennom vår egen erfaring fra rollen i hjertestans-/nødteam, var det antatt at opplevelser i stansteam kunne vekke minner og følelser hos informantene. Opplevelsene kunne være godt å få belyst uten avbrytelser, eller redsel for kommentarer fra andre deltakere. Det var også mer praktisk med individuelle intervjuer. Samtalen gav god balanse mellom standardisering og fleksibilitet.

Begge forfatterne var tilstede under intervjuene, og det var samme person som hadde ansvar under samtlige intervju. Den andre supplerte ved behov. Intervjuguiden ble brukt som hjelpemiddel for å sikre at alle temaene ble tatt opp. Ved eventuelle uklarheter ble informanten bedt om å utdype det. Temaet engasjerte informantene og samtalene fløt bra. Noen av informantene utbroderte sine opplevelser mer enn andre. Vi gav bekreftende tilbakemeldinger gjennom non verbal kommunikasjon som nikk, i tillegg til små verbale bekreftelser på informantens utsagn. På bakgrunn av Sjøberg et al. (2015) sine funn vedrørende debrifing, ble det spurt om hvilke forhold de hadde til debrifing hvis informanten ikke tok dette opp selv.

Intervjuene ble gjennomført i perioden 8.5-21.9-17 og er tatt opp med diktafon. Lengden varierte fra 16 til 46 minutter. Det ble utført to intervjuer per dag på de seks første intervjuene. De to siste ble utført på separate dager da dette passet best for informantene. Intervjuene foregikk på informantenes arbeidsplass. Lokalisasjonen fant sted i rom uten vesentlige forstyrrelser. Vi fordelte de ferdige intervjuene likt mellom oss og transkriberte dem. Alle ble lyttet og lest igjennom flere ganger av begge. Først ble intervjuene transkribert ord for ord. Videre ble den transkriberte teksten skrevet om til bokmål. «Fyllord» som ehmm og så videre er fjernet før analyseringen. Det er i presentasjon av resultater satt ordforklaringer i parentes i noen av utsagnene.

3.4 Forforståelse

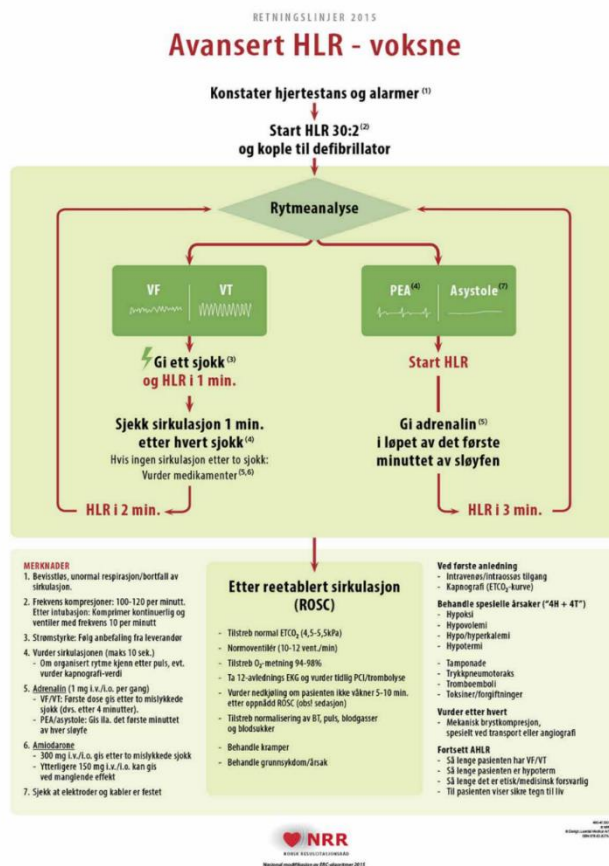
Vi var «forskere i egen kultur». Som intensivsykepleiere med rik erfaring fra stansteam var forforståelsen en inspirerende drivkraft. I tillegg var begge positive til intensivsykepleierens rolle i hjertestans-/nødteam. Vi mente den var med på å gi intensivavdelingen spennende arbeidsdager. Det var en hedersoppgave å være del av teamet. Forforståelsen til at noen intensivsykepleiere ikke liker oppgaven i et hjertestans-/ nødteam var delvis forskjellig. Vi antok at forglemmelser, mangelfullt utstyr, og usikkerhet omkring egen kompetanse kunne påvirke opplevelsene. Vi mener dette kunne bidra til at enkelte intensivsykepleiere ikke likte rollen i et hjertestans-/ nødteam. Lite AHLR opplæring, samt personavhengige faktorer kunne også bidra til å mislike rollen. Vi var uenige i at uklar rollefordeling i møte med andre situasjoner enn hjertestans, og belastningen på travle dager, kunne påvirke opplevelsene. Forforståelsen kan prege forskningsprosessen både positivt og negativt. Den kan gi en motivasjon, men også føre til at man ikke er åpne for nye perspektiver (Malterud, 2011). Begge var sertifiserte AHLR utøvere, og hadde i flere år vært en del av et stansteam. En av oss var sertifisert instruktør. Kjennskap til lokale rutiner, sjargong og maktstruktur kan være en styrke, men kan også skape forutinntatte holdninger (Kvale et al., 2015). Begge to var ansatt på den ene avdelingen hvor intervjuene fant sted, og var derfor godt kjent med arbeidsstedet. Vi hadde selv erfaring med hjertestans-/ nødteam og har kjent på følelsene rundt utrykninger. Thornquist (2003) oppfordrer til åpenhet og tilbakeholdenhet slik at det ikke er en kategorisert og bestemt løsning på problemet. Vår erfaring kan skjerpe følsomheten ovenfor lokale utfordringer som tas i betraktning under intervjuene, også når intervjuene analyseres.

3.5 Kontekst

Studien var utført på to intensivavdelinger ved to sykehus på Østlandet. Hjertestans-/nødteamene besto av intensivsykepleier eller sykepleier fra intensivavdelingen, medisinsk lege i spesialisering, anestesilege i spesialisering, anestesisykepleier og turnuslege. På intensivavdelingene hvor intervjuene ble utført, var det tilnærmet lik oppbygning av hjertestans-/nødteamet. Det er spesifisert forhåndsdefinerte roller ved hjertestans (Vedlegg

3 og 4). Teamene var organisert som et nedtrappingsssystem. Begge teamene ble nedjustert ut fra behov. Sykehusene hadde en calling som varslet intensivsykepleieren om utrykning. Når alarmen ble utløst skulle vedkommende bringe med defibrillator og akuttmedisinsk utstyr. Intensivsykepleieren hadde ansvaret for algoritmen under AHLR (Bildet 1).

Bildet 1: NRR sin plakate på AHLR algoritme ©.



Rollene i teamet skulle ikke være person- eller erfaringsavhengig. De skulle være stillingsavhengig, og det var et ad hoc team. På den ene avdelingen hadde intensivsykepleieren også roller i andre team. Der deltok intensivsykepleieren i asfyksiteam på nyfødte og i sykehusets slagteam. Inklusjonen av to intensivavdelinger har ikke hatt til hensikt å sammenligne avdelingene, men heller å få et rikere datamateriale.

I følge fagutviklingspsykeleier på de respektive avdelingene, var det i 2016 registret totalt 94 utkallinger av hjertestans-/ nødteam på sykehus A og 219 utkallinger på sykehus B. Av disse

var 21 av tilfellene på sykehus A registrert som reelle hjertestanser med behov for AHLR. På sykehus B var det registrert reelle 56 tilfeller. Det vil si at utrykninger med behov for AHLR lå på forholdsvis 22% på sykehus A og 26% på sykehus B.

3.6 Dataanalyse

Vi har valgt å analysere innsamlet data med kvalitativ innholdsanalyse i tråd med Graneheim og Lundman (2004). I følge Graneheim og Lundman (2004) er kvalitativ innholdsanalyse å foretrekke når variasjoner skal betones. Den har som mål å identifisere et mønster i intervjueteksten for å finne likheter og forskjeller. Gjennom analyser av samtaler kan en få nytt syn på et fenomen (Thornquist, 2003). En kvalitativ innholdsanalyse skal i tillegg illustrere hvordan begreper og kategorier anvendes, samt vise tiltak som gir økt troverdighet (Graneheim & Lundman, 2004).

3.6.1 Innholdsanalysen

Under analysen av kvalitativ forskning skal det bestemmes om analysen skal ha et manifest eller latent innhold. Ved å ta i bruk Graneheim og Lundman (2004) sin tolkning av innholdsanalyse, kan begge deler legges frem. Utsagn fra informantene oppfattes som lite tolket og har et klart innhold. Disse er manifeste. De underliggende- eller skjulte oppfatningene i utsagnene er latente (Graneheim & Lundman, 2004) Denne oppgavens kategorier er manifeste, og temaet er latent.

Det er analysert åtte intervjuer. Dette anses som stort nok for å få en helhet. Samtidig er det lite nok til å kunne håndteres som en kontekst for oss forfattere (Graneheim & Lundman, 2004). Eksempel på analyseprosessen ses i tabell 1. Vi startet hver for oss med å finne meningsbærende enheter i det transkriberte materiale. Deretter gikk vi igjennom disse sammen. Meningsbærende enheter er utsagn og ord som er relatert til hverandre gjennom deres innhold og kontekst (Graneheim & Lundman, 2004). Videre kondenserte vi de

meningsbærende enhetene som det var enighet om. Kondensering er utsagn som fortettes og presses sammen. Vi har strevet etter å bevare kjernen i utsagnene under kondenseringen.

Merkelappen på de kondenserte meningsbærende enhetene ble tilegnet en kode. De kan beskrives som et verktøy som kan hjelpe forfattere å reflektere over dataen på en ny måte. Materialet ble i neste steg gruppert til sub kategorier etter kodene, og ble til slutt sammenfattet i kategorier. Disse svarer på spørsmålet hva, og kan bli identifisert som en tråd gjennom kodene. Graneheim og Lundman (2004) vektlegger at en kategori refererer hovedsakelig til en beskrivende del av innholdet. Det kan dermed ses som et manifest uttrykk i en tekst. Å skape kategorier er kjernetrekket i kvalitativ innholdsanalyse.

Et tema kan bli sett på som et uttrykk for det latente innholdet av teksten. Det skal svare på spørsmålet hvordan. Et tema på et fortolkende nivå er en kjede av underliggende meninger gjennom forkortede meningsbærende enheter, koder eller kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Vi hadde en lang arbeidsprosess med oppgavens tema. Etter god hjelp av våre veiledere landet til slutt temaet.

Tabell 1: Eksempel over analyseprosess fra meningsbærende enheter til kategori.

Meningsbærende enhet	Kondensering meningsenhet	Kode	Sub kategori	Kategori
Ja, men ikke sant, det er, det er noe med at det gjør noe med deg når du får en sånn calling, ehh og da gjør en brainstorm i huet ditt å, om at ok nå er jeg med på stansteamet i dag og da går du fort igjennom algoritmen du legger en plan hvis det og det skjer så gjør du sånn og sånn	Å få calling gjør noe med deg. Brainstorm i hodet på algoritmen og plan av gjøremål	Gjennomgang i hodet	Mental forberedelse	Forberedelse
.. vi kan på en måte gjøre folk tryggere.. trygge ved å ha veldig mye trening, trene i forskjellige stanssituasjoner, pasientsituasjoner	Tryggere med mye trening på stanssituasjoner og pasientsituasjoner	Tryggere med trening	Trening	
Når jeg får stansarmen så bare sjekker jeg at tralla er i orden så jeg veit at jeg har det jeg skal.. ehm ja.. for da men det er nå trygghet i seg selv ikke sant, du må gå igjennom da er det i hvert fall det eliminert	Sjekker at tralla er i orden. Gå igjennom for å eliminere	Eliminere stressmoment ved utstyrs kontroll	Gjennomgang av utstyr	
I en.. nødsituasjon i en akutsituasjon hvor det er.. hvor ABC er truet eller.. allerede kollabert holdt jeg på å si, da føler jeg at min kompetanse.. har forbedret seg etter at jeg ble intensivsykepleier til å kunne håndtere det.. i et team	I team under nødsituasjoner med truet ABC er kompetansen forbedret som intensivsykepleier	Økt kompetanse ved truet ABC problematikk	Kompetanse	
..noen har opplevd tjue stans og noen har opplevd to stans og så det er forskjell på det da, hvor trygg du er i situasjonen...	Opplevd forskjellig mengde stans. Forskjellig hvor trygg du er i situasjon	Antall stans deltakelser påvirker	Jevnlig erfaring	
..rollen har endret seg mange ganger i løpet av den tid jeg har vært intensivsykepleier, det synes jeg nesten har vært det mest problematiske, for at jeg må svitsje i nye roller	Endring av rollen er problematisk, må svitsje i ny rolle	Endring av rollefunksjon og algoritme	Avlæring (av tidligere funksjon)	

3.7 Troverdighet

I følge Graneheim og Lundman (2004) måles troverdighet i kvalitative metoder gjennom gyldighet, pålitelighet og overførbarhet. For å øke oppgavens gyldighet ble datasamlingen gjort på to forskjellige sykehus. Dette reduserer risikoen for at funn er bundet til et sted. Det foreligger også en refleksjon rundt valg av antall informanter. Alder og erfaring var varierende hos informantene, og som nevnt forelå det en kjønnsforskjell. Svakheter med utvalget av informanter er diskutert i metodekritikk. Valg av individuelle intervjuer, og valg av antall informanter er det også reflektert over i oppgaven.

Det ble utført et pilotintervju av en sykepleier med erfaring fra et hjertestans-/nødteam. Etter pilotintervjuet ble noen spørsmål justert. Dette på bakgrunn av at vi også ønsket å få med erfaringer som ikke var relatert til bare hjertestansutrykninger. Pilotintervjuet er ekskludert i datainnsamlingen. I regi av høgskolen HSN ble det arrangert oppgaveseminar. Her ble arbeidsprosessen presentert og diskutert i plenum med veiledere og medstudenter. Under disse samlingene ble intervjuguiden gjennomgått. Vi gjorde endringer etter råd fra oppgaveseminarene før intervjuene startet. Intervjuguiden ble ikke endret underveis i intervjuprosessen, og samme innholdsanalyse er konsekvent brukt gjennom analysearbeidet. Dette styrker påliteligheten i oppgaven (Graneheim & Lundman, 2004). Før avslutning av intervjuene ble nøkkelbegrep oppsummert av intervjuer og bekreftet av informanten. Dette ble gjort for å forsikre at materialet ikke skulle bli tolket feil. I følge Kvale et al. (2015) kan intervjukvaliteten styrkes ved at intervjuet verifiseres og gjentas av intervjuer sammen med informanten. Dette gjøres før lydopptaket avsluttes. I oppgaven var vi to forfattere, og som nevnt tidligere, forelå det ikke identisk forforståelse, noe som kan ses på som en styrke. Fra prosjektets start til slutt har vi hatt hverandre som sparringpartnere. Det kan redusere risikoen for at funn er personrelaterte. I tillegg reduseres faren for at forforståelsen begrenser potensialet i det empiriske materialet. Det empiriske feltet var godt kjent av forfatterne. Dette kan øke sjansen for at små perler i funnene blir fanget opp (Malterud, 2011). Oppgavens pålitelighet styrkes også ved at våre veiledere var enige i våre funn.

Om oppgaven skal ha stor grad av overførbarhet bør det foreligge en klar og tydelig beskrivelse av kultur, kontekst og beskrivelse av utvalget (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2012). Dette er redegjort for i oppgaven. Presentasjon av funn er lagt frem sammen med fylldige hensiktsmessige sitater, noe som bidrar til å øke oppgavens overførbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Våre funn bekreftes i tidligere forskning og masteroppgaver. Det er med på å styrke overførbarheten i våre funn ytterligere. Det ene sykehuset som er inkludert, deltar i flere team enn hjertestansteam. Vi mener at funnene kan være overførbart til andre akutt team som intensivsykepleieren også er en del av. Leseren av denne oppgaven kan selv avgjøre graden av overførbarhet.

3.8 Forskningsetiske vurderinger:

Masteroppgaven følger Helsinkideklarasjonen som veileder på et overordnet nivå. Informert samtykke har en sentral posisjon i deklarasjonen (World Medical Association Declaration of Helsinki, 2013). Det ble søkt om tillatelse for studien hos Norsk senter for Forskningsdata (NSD) (Vedlegg 5) og prosjektet ble godkjent 30.03.2017. Samtykke ble innhentet fra helseforetaket, klinikkene og avdelingene hvor intervjuene skulle foregå. Informantene fikk skriftlig informasjon av avdelingssykepleierne om prosjektet. Skriftlig samtykke om å delta i undersøkelsen ble undertegnet før intervjurundene startet (Vedlegg 6). Informantene mottok muntlig informasjon om retten til å trekke seg når som helst fra prosjektet. De ble også informert om at data fra intervjuene ikke skulle brukes mot dem i konkrete arbeidssituasjoner. Intervju og opplysninger om informantene ble oppbevart i henhold til NSDs anbefalinger. De er fremstilt med et nummer som ble tildelt gjennom loddtrekning. Denne nummereringen er for å ytterligere anonymisere. Intervjuene ble slettet når oppgaven ble slutført, og innenfor fristen til NSD.

Alle intervjuene ble utført i arbeidstiden, og det forelå ingen direkte ulemper for informantens deltakelse i studien. Det er reflektert over at vi «forsker i eget miljø». Intervju av egen yrkesgruppe og kollegaer kan skape sensur hos forfattere. For å minske risikoen for dette, har

det vært god dokumentasjon på hva som blitt sagt under intervjuene. Det ble tatt opp på bånd og transkribert. Våre veiledere fikk deler av det transkribert råmateriale og var enige i funnene.

4 Teoretisk rammeverk

Våre empiriske resultater viser at kompetanse og erfaring står sentralt. Derfor falt valget på Patricia Benner sin kompetanse utviklingsteori for sykepleiere «fra novise til ekspert» som teoretisk rammeverk (Benner & Have, 1995). Siden oppgaven omhandler intensivsykepleiere, er intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse tatt med som en del av det teoretiske rammeverket. Funksjonsbeskrivelsen skal være retningsgivende for klinisk utøvelse av intensivsykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2017).

4.1 Fra novise til ekspert

Benner (1995) sin utviklingsteori er en tilpasning av Dreyfus-modellen til sykepleien. Dreyfus modellen er utviklet etter studier på hvordan sjakkspillere og flypiloter tilegnet seg ferdigheter ut fra teoretisk kunnskap og erfaringer. Dette ledet til en forbedret prestasjon i liknende situasjoner. Benner sin modell for sykepleiere har delt utviklingen av kompetanse og erfaringer i fem følgende trinn (Benner & Have, 1995).

4.1.1 Novisen

En novise har ingen tidligere praktisk erfaring fra fagfeltet hvor det ventes at det gjøres en innsats. Adferden er lærerbokstyrt og vedkommende handler ut fra teori og målbare parametere. Novisen må læres opp i objektive attributter som blir et utgangspunkt for å opparbeide seg erfaring. Benner beskriver attributter som et målbart trekk eller egenskap ved en situasjon som kan oppdages uten erfaring. Manglende erfaring fører til en begrenset løsningsorientering i situasjoner som ikke er opplevd tidligere. Novisen kan avdekke endringer i objektive attributter som for eksempel blodtrykk og temperatur, men klarer ikke alltid å se sammenhengen (Benner & Have, 1995). Selv med spesialisering som intensivsykepleieren har på et teoretisk nivå, vil mangel på erfaring fra et fagfelt som for eksempel premature barn, gjøre personen til en novise på det området (Benner & Have, 1995).

4.1.2 Den avanserte nybegynner

Basert på tidligere erfaringer og evnen til å gjenkjenne situasjoner, vil den avanserte nybegynner handle i vesentlig større grad enn den novise (Benner & Have, 1995). Handlingen og vurderingen fra den avanserte nybegynner er ut fra situasjonens aspekter. I følge Benner (1995) kan ikke situasjonens aspekter løsrives fra en kontekst, og kan kun forstås gjennom tidligere opplevelse av hendelsen. Aspekter i en situasjon kan ikke måles eller påstås med samme sikkerhet som en attributt. For å gjenkjenne situasjonens aspekter, kreves det at vedkommende har erfart den tidligere. I tillegg til å følge en prosedyre vil vedkommende ha refleksjoner rundt sine handlinger. Tidligere erfaringer brukes for å gjenkjenne situasjoner og handlinger. Noviser og avanserte nybegynnere får utfordringer hvis situasjonen endrer seg da de følger retningslinjer eller prosedyrer. Konsentrasjonen handler om å huske tidligere teori. I en fremmed og ukjent situasjon vil avanserte nybegynnere bruker lengre tid på å gjenkjenne og vurdere disse aspektene. Den har behov for støtte fra avdeling og kollegaer for å prioritere handlinger rett (Benner & Have, 1995).

Fokus på gjenkjennelse av aspektene og veiledning er viktig for å utvikle seg videre. Den avanserte nybegynner bør ha en kontaktperson som kan påpeke situasjonens aspekter, uten at det går utover pasientbehandlingen eller intensivsykepleieren (Benner & Have, 1995).

4.1.3 Den kompetente

Den kompetente intensivsykepleieren har gjerne to til tre års erfaring. Handlingene styres bevisst av en plan, eller gjennom langsiktige mål. Planene bestemmer observasjoner og tiltak som skal betraktes som den mest avgjørende. Tolkningen av situasjonen hos den kompetente er avgjørende for prioriteringen av tiltak. Intensivsykepleieren har opparbeidet seg et perspektiv og det foreligger en tydelig teoretisk og analytisk overveielse av problemet. Samtidig kan det foreligger mangel på hurtighet og smidighet, men intensivsykepleieren har en fornemmelse av å mestre situasjonen. Den kompetente intensivsykepleieren tar vare på mange av omstendighetene i klinikken (Benner & Have, 1995).

Scenariotrening kan være god læringsarena for den kompetente intensivsykepleieren. Det bør være fokus på øvelser i å planlegge (Benner & Have, 1995).

4.1.4 Den kunnskapsrike

Handlinger utføres nå etter refleksjon rundt forskjellige alternativer basert på tidligere erfaring. Persepsjon bidrar til å oppfatte mer av helheten i en situasjon. Planleggingen og langsiktig tenking er basert på erfaringer, og ting kommer av seg selv (Benner & Have, 1995). Den kyndige intensivsykepleieren bruker retningslinjer og prosedyrer som rettesnor, men har en dypere forståelse av situasjonen. Levereglene gjenspeiler derfor det de novise eller kompetente ikke ser. Levereglene reflekteres i nyanser i situasjonen. Gjennom erfaring vil den kunnskapsrike vite hvilke begivenheter som kan ventes i en gitt situasjon, og kan planlegge deretter. Helhetsforståelsen fører til bedre beslutninger fra intensivsykepleieren, da de har et bredere perspektiv på eksisterende attributter og aspekter (Benner & Have, 1995).

Den kunnskapsrike har best utnytte av casebasert trening. En induktiv undervisningsmetode på en klinisk situasjon er ofte hensiktsmessig. Den studerende kan supplere med egne tolkninger av situasjonen. Beslutninger blir tatt ut fra vurderinger ved sammenligning av flere fremtredende elementer (Benner & Have, 1995).

4.1.5 Eksperten

Kjennetegn hos eksperten er evnen til å se hva som er mulig. Det er ikke behov for det analytiske prinsippet med regler eller retningslinjer for å forstå en situasjon. Eksperten bruker erfaring til å vurdere og handler deretter. Hun eller han har fått et intuitivt grep om det anliggende. Eksperten handler derfor ut fra en dypere forståelse av den totale situasjonen. Her prioriteres viktige tiltak, uten å vurdere mindre viktige elementer i en situasjon. Eksperten benytter seg av analytiske prinsipper hvis situasjonen uforventet endrer seg. I praksis trekkes en eksperts beslutninger på et holistisk grunnlag, som en helhetlig vurdering. Prestasjonene avhenger av kontekst og den kliniske situasjonen (Benner & Have, 1995).

4.2 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse

Norsk sykepleierforbunds Landsgruppe for Intensivsykepleiere (NSFLIS) har utarbeidet en funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Relevante deler av funksjons- og ansvarsbeskrivelsen gjengis med fokus på intensivsykepleierens deltakelse i team. Hensikten er å være retningsgivende for klinisk utøvelse av intensivsykepleie. Den skal konkretisere intensivsykepleierens funksjon og ansvar i behandlingsskjeden for arbeidsgiver og samarbeidende profesjoner (Norsk Sykepleierforbund, 2017).

Intensivsykepleierens formelle kompetanse innebærer et selvstendig sykepleiefaglig ansvar, og at en skal handle forsvarlig. Klinisk utøvelse av intensivsykepleie omfatter en helsefremmende og forebyggende funksjon. Intensivsykepleieren har også en behandlende-, rehabiliterende-, i tillegg til en lindrende funksjon. Ivaretagelse av pårørende er også viktig. Spesielt ved opprettelse av MIT/ RRT kan alle områdene i klinisk utøvelse av intensivsykepleie være aktuelle. Intensivsykepleieren skal yte kompenserende hjelp ved svikt i pasientens vitale funksjoner. I tillegg skal medisinsk behandling i samarbeid med legeteam utføres forsvarlig. I tabell 2 presenteres en detaljert oversikt over de kliniske funksjons- og ansvarsbeskrivelse.

Intensivsykepleieren skal bidra til ny kunnskap gjennom utvikling av kompetanse og kvalitetsforbedring. Gjennom samhandling skal intensivsykepleieren bidra til helsegevinst, både på kort- og lang sikt. Ved å bidra med sin spisskompetanse i rådgivende funksjoner, skal intensivsykepleieren ta medansvar for forsvarlig ressursbruk (Norsk Sykepleierforbund, 2017)

Kompetansebygging og kvalitetsforbedring er forankret i sykepleierfaglige- og systematiske prosesser. Intensivsykepleieren skal bruke en pedagogisk relevant, oppdatert og kunnskapsbasert tilnærming i sin veiledning og rådgivning. Intensivsykepleieren bør også bidra med etisk bevissthet og kritisk refleksjon i relevante fora. I tillegg ta initiativ og samarbeide for kvalitetsforbedring. Intensivsykepleier skal også samhandle om kvalitet og pasientsikkerhet gjennom pasientforløpene (Norsk Sykepleierforbund, 2017).

Tabell 2: Oversikt over den kliniske utøvelsen av Intensivsykepleierens funksjon og ansvarsbeskrivelse (Norsk Sykepleierforbund, 2017).

Intensivsykepleierens funksjon og ansvarsbeskrivelse:			
Klinisk utøvelse			
<i>Helsefremmende og forebyggende funksjon:</i>	<i>Behandlerende og rehabiliterende funksjon</i>	<i>Behandlerende og lindrende funksjon</i>	<i>Intensivsykepleie til pårørende</i>
<p>Anvender systematisk observasjon og vurdering for å identifisere helsesvikt, eller forhøyet risiko for helsesvikt på et tidlig stadium.</p> <p>Iverksetter tiltak som forebygger videre utvikling av helsesvikt og sykdom.</p> <p>Beskytter pasienten mot komplikasjoner og skade i forbindelse med undersøkelser og behandling.</p> <p>Tilrettelegger for helsefremmende omgivelser og fremmer velvære, håp og livsmot hos intensivpasienten.</p>	<p>Vurderer kontinuerlig pasientens ressurser og gjennomfører systematiske tiltak for å bevare, styrke eller gjenopprette funksjonell kapasitet.</p> <p>Yter kompenserende hjelp ved svikt i pasientens vitale funksjoner</p> <p>Gjennomfører medisinsk behandling i samarbeid med-, og på ordinasjon fra pasientens legeteam Tar medansvar for forsvarlig behandling.</p> <p>Anvender avansert medisinsk teknisk utstyr på en forsvarlig og hensiktsmessig måte.</p> <p>Sikrer kontinuitet, plan og kvalitet i pasientens behandling gjennom tverrfaglig samarbeid og hensiktsmessig dokumentasjon.</p> <p>Tilrettelegger for rehabilitering allerede i det akutte stadiet av pasientforløpet, med langsiktige mål om å bedre pasientens funksjonsnivå/helsestatus og opplevelse av livskvalitet.</p> <p>Samarbeider med øvrige ledd i pasientforløpet for å arbeide koordinert om rehabilitering og for å kunne forbedre tjenestene ut fra kunnskap om langsiktige pasientresultater</p>	<p>Gjennomfører symptomlindrende tiltak for å begrense belastninger som pasienten vil kunne oppleve i forbindelse med sykdom, skade og behandling ved akutt helsesvikt.</p> <p>Hjelper pasienten til å bruke kreftene sine på helsefremmende prosesser og bidrar til å håndtere og lindre stress, smerter og ubehag.</p> <p>Tar utgangspunkt i pasientens totale situasjon når palliativ omsorg ytes.</p> <p>Medvirker i beslutningsprosesser rundt begrensning av livsforlengende behandling, og tar medansvar for å bidra til en verdig død</p>	<p>Tilrettelegger for et pasient- og familiesentret behandlingsmiljø og begrense belastninger pårørende vil kunne oppleve i forbindelse med intensivbehandling.</p> <p>Anerkjenner pårørende som ressurser for pasienten og veileder og støtter dem så de kan ta del i omsorgen for pasienten.</p> <p>Anerkjenner og ivaretar pårørendes behov for omsorg i en situasjon med akutt, kritisk sykdom</p>

5 Funn/resultater: erfaringene er avhengig av kompetanse og kontekst

I dette kapitlet presenteres funnene som har blitt bearbeidet i tråd med Graneheim og Lundman (2004) sin innholdsanalyse. Det varierer hvordan intensivsykepleieren erfarer deltakelse i hjertestans-/nødteam. Funnene er delt i femten subkategorier. Ut fra disse har vi kommet frem til tre følgende kategorier: forberedelse på flere nivåer, oppgaven som skal mestres og vekslende omstendigheter (Tabell 3).

Hovedtemaet i oppgaven er at det kommer an på kompetanse og kontekst. Det viste seg at uttrykkninger med teamet var preget av variasjon.

« .. noen ganger er det allright del av jobben andre ganger en sånn ekstra slitsom del av jobben ...» (Informant 1).

Tabell 3: Oversikt over sub kategorier, kategorier og tema.

Sub kategori	Kategori	Tema
Mental forberedelse Trening Gjennomgang av utstyr Kompetanse Jevnlig erfaring Avlæring av tidligere funksjon	Forberedelse på flere nivåer	erfaringene er avhengig av kompetanse og kontekst
Situasjonsbetinget Egen usikkerhet Oppgaver utenom AHLR algoritmen Opplevd mestring	Oppgaven som skal mestres	
Situasjonen på intensiv Etske dilemmaer Teamarbeid Spennende utfordring Ettertanke	Vekslende omstendigheter	

5.1 Forberedelse på flere nivåer

Flere informanter fokuserte på egne forberedelser når de fikk overlevert callingen. Informantene beskrev det som mental forberedelse på hva som kan møte dem i løpet av en utrykning. Dette gjaldt spesielt de som hadde et godt forhold til oppgaven i hjertestans/-nødteamet. Informantene gikk igjennom AHLR algoritmen i eget hode og tenkte gjennom forskjellige scenarier som kunne oppstå. Som den ene sa:

«... det er en del av jobben min og det må jeg være rustet til, men jeg mentalt forbereder meg veldig når jeg får callingen» (Informant 6).

Uttrykket «å forberede seg mentalt» var gjenganger hos flere. Informantene beskrev det som:

«... går igjennom algoritmen i hodet, tenker gjennom, ja scenarier for eksempel, går gjennom hva som skal gjøres» (Informant 8)

«... og så tar en liten kikk på algoritmen selvfølgelig.. (Informant 3).

Flere forberedte seg gjennom å forestille forskjellige pasient eventualiteter. Informantene som hadde en rolle på asfyksiteamet forberedte seg mentalt til en eventuell utrykning her.

«... jeg tenker gjennom den hvis det er noe jeg plutselig begynner å lure på, hva hvis den går på nyfødt i dag ikke sant, så begynner jeg å tenke på det, så jeg tar alltid et par minutter og tenker på det i huet mitt ...» (Informant 5).

Mange påpekte viktigheten av trening for å være forberedt og rustet til utrykningene. Det fremkom at mangel på trening kan føre til usikkerhet under hjertestans. Utrykninger til hjertestanser opplevdes mer tilfredsstillende når arbeidsoppgaven til rollen under AHLR var godt innarbeidet hos intensivsykepleieren;

«det at vi kjenner algoritmen godt, at man rett og slett har stålkontroll på den ...»
(Informant 2).

En av informantene anga at man kommer ut av algoritmen hvis det ikke øves regelmessig på dette. Et par opplevde at de hadde for lite AHLR trening og etterlyste mer. Tverrfaglig trening i hjertestans-/nødteamet opplevdes av en informant som ikke eksisterende, og ble trukket frem som et forbedringspotensial. Et par informanter påpekte at trening til hjertestans-/nødteam er mer enn bare øving på algoritmen. Fokuset på ikke tekniske ferdigheter og kommunikasjon ble også sett på som et viktig element. Som en informant påpekte:

«ikke tekniske ferdigheter og de kan selv følgelig trenes på like mye som praktiske ferdigheter kan og de kan alltid bli bedre» (Informant 2).

Det akuttmedisinske utstyret og medikamenter skulle være i orden. Selv med rutiner på sjekk av utstyret, var det flere av informantene som gjerne tok en ekstra gjennomgang. Det gav dem følelsen av å være mer forberedt, i tillegg til å få bedre oversikt over det akuttmedisinske utstyret de hadde med seg på utrykning. Som noen av informantene uttrykte seg:

«når jeg får callingen så må jeg sjekke alt rundt, at den virker, jeg sjekker utstyret»
(Informant 5).

«når jeg får stansalarmen så bare sjekker jeg at tralla er i orden, så jeg veit at jeg har det jeg skal, for da, men det er nå trygghet i seg selv ikke sant, du må gå igjennom, da er det i hvert fall det eliminert» (Informant 3).

Noen av informantene trakk frem at de måtte ha god kjennskap til defibrillatoren og dens tilleggsfunksjoner. Det ble da en stressfaktor mindre. En annen poengterte at det likevel var viktig å ikke bli handlingslammet ved å ikke være kjent med asfyksirommet og utstyret der.

Intensivsykepleierens kompetanse var for flere av informantene viktig. Selve AHLR algoritmen var ikke noe informantene synes de hadde mer kontroll på som intensivsykepleiere enn sykepleiere uten videreutdanning. AHLR opplæring av sykepleiere på arbeidstedet fungerte ifølge noen av informantene som tilfredsstillende. Forskjellen var, som en fremhevet, at intensivsykepleieren har dypere forståelse for helheten enn bare algoritmen:

«...H' ene og T' ene (årsaker til hjertestans) ikke sant hvor du har, tamponade eller kanskje det er snakk om at vi må begynne å bruke litt andre typer av medikamenter, så kan jeg, med min kunnskap kanskje bidra til å hjelpe legen ikke sant med å tenke ...»
(Informant 2).

Det ble trukket frem at intensivsykepleieren kanskje har lettere for å ligge i forkant i akutsituasjoner, og dermed bidrar til en mer helhetlig behandling. De fleste informantene mente at videreutdanning i intensivsykepleie gjorde dem mer rustet til å håndtere utrykninger som ikke var hjertestans. Flere informanter synes grunnforståelsen for behandling og vurderinger var bedre hos intensivsykepleiere. Som en informant beskrev det:

«... jeg vil jo påstå at vi har en mer grunnforståelse for visse tilstander, så, vi har jo en medisinsk bakgrunn vi, som gjør at vi kan gjøre vurderinger, så det synes jeg absolutt er en riktig oppgave for en intensivsykepleier» (Informant 7).

Flere av informantene mente at med erfaring fulgte det trygghet. Erfaring viste seg å ha stor betydning for deltakelsen i et hjertestans-/ nødteam. Flere av informantene nevnte at de har blitt mer trygge i rollen gjennom erfaring. En informant beskrev følelsen av å gå med callingen slik:

«den veide 500 kilo de første gangene etter at jeg fikk den etter at jeg var sertifisert, nå så tenker jeg ikke over det at jeg har den» (informant 2).

«erfaringene tror jeg du kan dra med deg» (informant 6).

Noen av informantene mente at intensivsykepleieren selv må ta ansvar for å få erfaring.

«så hvis vi ikke gjør noe med det selv så kan en jo snike seg unna stanscallingen, så det er ikke sikkert du trenger å ha noe erfaring i det hele tatt» (Informant 3).

Et par informanter synes det var få alarmer når de gikk med callingen, og en opplevde at det var færre utrykninger nå enn tidligere. Det var mer rift om å ha callingen. Dette førte til at informanten følte seg mer anspent ved utrykning.

«tilslutt så måtte jeg få be om å få være med å løpe som nummer to for jeg ikke fikk noen utrykning» (informant 8).

Hvis driften tillot det, strebet mange av informantene for å rykke ut med mer enn én intensivsykepleier fra avdelingen. Dette var for å få erfaring og støtte under utrykningen. Selv om flere mente at erfaring skapte trygghet, var det en av informantene som opplevde at erfaringen også førte til en form for skepsis;

«nå har jeg jobba her lengre enn de fleste, men jeg synes jo lenger man jobber jo mere skeptisk blir man» (Informant 1).

Endringer av roller og prosedyrer rundt AHLR algoritmen ble sett på som utfordrende. Et utsagn fra en av informantene var:

«.. rollen har endret seg mange ganger i løpet av den tid jeg har vært intensivsykepleier, det synes jeg nesten har vært det mest problematiske for at jeg må svitsje i nye roller» (Informant 6).

En av informantene opplevde at med erfaring og alder, kunne det komme en ny utrygghet ved å ha vært gjennom mange forskjellige algoritmer. Informanten var AHLR instruktør, og hadde

observert dette under sertifiseringer. Endring av rollen kunne bli sett på som en del av et kaos. En med lengre erfaring beskriver utfordringer ved resertifisering slik:

«.. ikke hyggelig å se kollegaer gråte og det har vi gjort. De har vært så redde, og det er folk mest på min alder som har holdt på lenge. Det er som en elg jeger (som skal ta prøve), men du skyter elg som bare det når det gjelder, jeg er sikker på at de klarer seg sånn i virkeligheten, men å se sitte å bli beglodd» (Informant 4).

5.2 Oppgavene som skal mestres

Situasjonene som møtte informantene og de forskjellige oppgavene som skulle mestres under utrykningen, påvirket opplevelsene. De forhåndsdefinerte oppgavene under hjertestans ble beskrevet av flere som oversiktlige.

«... jeg føler på en måte at jeg kan det, men samtidig så er den opplevelsen av å være på stans den er veldig, altså den er stressende, og det er fordi jeg ikke veit hva som møter meg når jeg kommer ...» (Informant 3).

Opplevelsen ble for noen stressende da de følte seg uforberedt. Det samme gjaldt hvis de ikke visste hva som møtte dem. Dette omhandlet områder man ikke var trent på, eller manglende oversikt over medisinsk utstyr og medikamenter. Mange kviet seg for utrykninger på barn og nyfødte.

«... det er nok det med nyfødt som på en måte er litt sånn skrekken, ikke sant siden vi dekker nyfødt og skal være med der nå har ikke vi noe stor oppgave i det teamet, for det er, eller det er litt annerledes enn på voksen ...» (informant 5).

Vekslende oppgaver under utrykninger med hjertestans-/nødteam gav informantene en ærefrykt for oppgaven. Uforutsette hendelser ble også sett på som utfordring og som uttrykte;

«... det er helt forskjell hver gang, du vet aldri hva du møter, og du må være på alerten, det er ikke en sånn pytt pytt jobb sånn det å gå og gjenopplive et menneske det tror jeg kan prate om herfra til evigheten ...» (Informant 4).

Enkelte trakk frem at de følte seg usikre i rollen. En av informantene ønsket å ha med seg en kollega under en uttrykning. Hun eller han opplevde at tryggheten i AHLR rollen hadde blitt mindre enn tidligere og måtte opparbeides på ny. Redsel for å ikke gjøre ting i riktig rekkefølge, glemme noe eller ikke være observant nok, var punkter som ble trukket frem. Det skapte følelsen av å ikke strekke til. Stress økte også faren for å glemme ting. Som en informant sier:

«jeg veit ikke om annen måte å forklare på men det er, altså når stressnivået hos oss selv blir stort, så da blir det sånn, å gud har jeg gjort det, har jeg huska det, ikke sant» (Informant 3).

Det kunne bli et stressmoment hvis noen fra teamet spurte etter utstyr fra akutt trallen, mens intensivsykepleieren hadde ansvar for AHLR algoritmen. Videre var det noen av informantene som synes det var utfordrende når oppgaver ble delegert utenom rollen. Det ble beskrevet som utfordrende å si nei til slike oppgaver.

«å bare sette de grensene da at vi bare skal lissom gjøre det, ta den sløyfa, det er ikke så.. jeg vet ikke hvor lett det alltid er da» (informant 1).

En informant fokuserte på at hendelser som kunne være forventet, men som oppsto sjeldent, ble en stressfaktor. Spesielt hvis intensivsykepleier ikke var kjent med den. Å slå opp i bruksanvisninger under tidspress skapte uro. Flere synes det var utfordrende med slike situasjoner. En av informantene beskrev følgende:

«det blir litt komplisert når man kommer til et scenario hvor der det ikke er snakk om en reell hjertestans, men hvor det er snakk om en altså et ABC problem utløst av en

eller annen årsak, eller hvilken som helst årsak og hvor man må begynne og, hvor man da ikke har noen algoritme som du skal følge» (Informant 2).

Opplevelsen av å mestre rollen var best når informantene visste hva arbeidsoppgavene var. Flere påpekte at opplevelsen var positiv når egne arbeidsoppgaver gikk bra. God kommunikasjon og fungerende teamarbeid hadde også en påvirkning. En algoritme å følge førte til opplevelse av mestring hos flere. En av informantene beskrev det som:

«... altså man har jo alltid litt adrenalin, men jeg var jo veldig trygg på hva vi skulle gjøre og hvordan vi skulle gjøre det» (Informant 5).

En informant kom med følgende råd for å oppleve mestring i akutt situasjoner:

«... så må du liksom bygge deg en base, og kan du hjerte lunge redning og føler deg trygg på det så er det overførbart til alle andre situasjoner hvor øyeblikkelig hjelp trengs. Du får liksom et sånn, du kan liksom litt om det mest ekstreme, og så kan du ta det og smøre det på skiva på det andre også, jeg tror det er viktig jeg ...» (Informant 4).

Samme informant var inne på at det krevde en innsats for å oppleve trygghet og mestring under utrykninger:

«... jeg har det bra med callingen men, men det har jeg jobbet for ...» (Informant 4).

5.3 Vekslende omstendigheter

Omstendigheter rundt utrykninger hadde betydning for opplevelsen av situasjonen. Bemanningen og sammensetningen av personalet, samt arbeidsbelastningen på intensivavdelingen ble beskrevet som varierende. I helger, høytider og nattetid med redusert

bemannning kunne utrykningene føre til utfordringer. Det ble sett på som et problem å forlate en travel avdeling og dårlig pasient. De forsøkte å etterstrebe at den som hadde callingen hadde en stabil pasient. Callingen ble gitt til en annen kollega hvis pasienten man hadde ansvar for, hadde et kompleks sykdomsbildet.

«... det er selvfølgelig en belastning hvis det er få på jobb, og du står med en dårlig pasient og du føler at du ikke kan forlate, og så er det ingen annen som kan ha stanscallingen, da kan det være et problem ...» (Informant 8)

Noen av informantene hadde ikke problemer å forlate egen pasient på avdelingen ved utrykning. De sørget for å ha intensivkurver ajourførte hvis de måtte forlate avdelingen. Kollegaer passet på pasienten mens informanten var ute på oppdrag. Hvis det var travelt, opplevde flere av informantene merbelastning ved å forlate pasienten når alarmen ble utløst. Selv om kollegaer hadde gjort viktige og livsnødvendig tiltak hos pasienten mens de var ute, opplevdes pleien av pasienten sjeldent som tilfredsstillende. Det oppstod da et tidspress.

«... kan være litt sånn ekstra og særlig når du løper i fra pasienten og så er det som regel ikke noe gjort (med pasienten) når du kommer tilbake ...» (Informant 1).

En av informantene henviste til at arbeidsplassen hadde en prosedyre hvis avdelingen ikke hadde kapasitet til å rykke ut.

«Man kan jo ikke ta liv med å redde liv» (Informant 4).

Ved spørsmål om informantene kunne fortelle om en utrykning, ble pasienttilfeller med etiske problemstillinger trukket frem hos flere. Eksempler på etisk dilemma som ble nevnt var sviktende informasjon når det ikke skulle startes med gjenopplivning (HLR minus). Det gjorde mer skade enn nytte. En av informantene beskrev det slik:

«så får vi da beskjed om at det er HLR minus på vedkommende så det er jo noe med ... og vi avslutta ikke sant for det første hadde vi ikke noen sjans med så mye costae og sternum frakturer allikevel, men det gjør jo noe med deg i etterkant å tenke på at du gjorde kanskje noe unødvendig da» (Informant 7).

Pasientens verdighet var viktig for en av informantene. Pasientens eget ønske skulle respekteres. Informanten ble berørt når verdigheten til pasienten var truet. HLR skulle ikke drives hvis pasienten ikke ønsket gjenopplivning. En annen informant fortalte om en utrykning hvor pårørende var til stede under resuscitering. Tilstedeværelse av pasientens familie gjorde at utrykningen følte annerledes. Vedkommende ble minnet om at den med hjertestans ikke bare var pasient, men også noens foreldre og ektefelle. Utsagnet til informanten beskrev om hun eller han opplevde situasjonen positiv eller negativ:

.. både og, egentlig bra for de er litt bra å kjenne på de følelsene å bli påminnet om at ja de er ikke bare en pasient, det er faktisk ja noens mann eller far som vi driver på med (Informant 8)

I følge informanten, avsluttet teamet resusciteringen på et senere tidspunkt enn nødvendig på grunn av pårørendes tilstedeværelse.

En av informantene la frem et eksempel vedrørende retningslinjene til resuscitering av nyfødte. Denne hadde endret seg gjennom yrkeslivet til vedkommende. Informanten reflekterte rundt de nye retningslinjene og konsekvensene for det nyfødte barnet når man ikke skulle holde på så lenge. Informanten presenterte en historie om en vellykket resuscitering på et nyfødt barn, hvor en eldre retningslinje ble fulgt.

Et godt samarbeid ga flere følelsen av en bra utrykning, tross at resuscitering ikke lyktes. God flyt i samarbeidet og god teamleder ble fokusert på som viktig for en god opplevelse. To av informantene fortalte at opplevelsen kunne være personavhengig. En informant uttrykker det som:

«noen gir deg trygghet, noen gjør deg jo trygg og det har med kjemi og gjøre rett og slett. Så jeg tenker at, altså hadde det vært, hadde det vært noen annen lege der hadde det vært noen andre sykepleier som var der så kanskje det hadde føltes helt greit men rett og slett det er veldig på kjemi.. (intervjuer: så det er litt personavhengig, hvem som råker å være i teamet?) ja det er det for noen er veldig, skal vi si behjelpelige og hyggelige» (Informant 3).

En av informantene trakk frem mangel på respekt for hverandre påvirket opplevelsen under utrykning. Det bidro til at en av informanten ikke trivdes i rollen på hjertestans-/nødteamet. Den personen avstod gjerne fra callingen hvis en kollega kunne ta den. Det å forholde seg til mer enn forhåndsdefinerte oppgaver under hjertestans ble også trukket frem som en utfordring. Beskjeder om å utføre flere arbeidsoppgaver enn det som sto i rollebeskrivelsen, ble også sett på som vanskelig under hjertestans. Det var flere som synes det kunne være ubehagelig hvis teamleder ønsket å gå ut av algoritmen. For intensivsykepleiere med lite erfaring ville det være vanskelig å si imot legene. Fokuset på algoritmen under en kaotisk resuscitering kunne være utfordrende og ble beskrevet som krevende. Klar og tydelige kommunikasjon var ufattelig viktig i slike situasjoner.

«så du har jo egentlig et overordnet ansvar, jeg mener jo det og det er det vi lærer kollegaene til og det er faktisk du som er litt sjef, at det er du har algoritmen, og da må en være litt høy og mørk» (Informant 7).

En informant gav et eksempel på hvor dårlig kommunikasjon førte til en mindre god opplevelse. Informanten mente at riktig behandlingen ble forsinket ved ikke å bli hørt.

«... jeg sa gjentatte ganger hun har Adam Stokes anfall, hun må paces, jeg sa det gang på gang på gang ingen hørte» (Informant 6).

En annen påpekte utfordringen med å ha klar kommunikasjon. Spesielt når det var mange mennesker til stedet, og situasjonen opplevdes som kaotisk. En utfordring var at ikke alle på teamet kjente til rollene.

«jeg synes på en måte at vi har definert vår rolle veldig tydelig da, den er veldig klar, problemet vårt her er nok det at de andre da, legene ikke er så godt inn i hva som er vår rolle og hva som er dem sin rolle vi sliter med få de med på sertifiseringer» (informant 5).

Mangel på en tydelig teamleder bidro til kaos under situasjonen i følge en informant. Teamleders manglende ansvar for beslutninger førte til en dårlig opplevelse. Et par informanter hadde fokus på kompetansen hos teamleder og teamleders fremtreden. En teamleder som viste respekt og hadde god kommunikasjon ble sett som positivt. En av informantene med lengre erfaring poengterte at hele teamet skulle ta vanskelige beslutninger sammen og være enige i avgjørelser. Hele teamets samarbeid ble poengtert som viktig i en vellykket resuscitering. Teamets samarbeid ble av informanten beskrevet som:

«.. teamets evne til å kunne ane hva som ligger bak, og kan vi begynne å tenke hva er det denne stansen her skyldes, så kan vi bedre redde den personen» (Informant 4).

Flere av informantene trakk oppgaven frem som en positiv utfordring. En av informantene uttrykte det slik:

«... det er et avbrekk i arbeidshverdagen, det er noe helt annet som regel, og det trives jeg med» (Informant 8).

De så på det som et avbrekk i hverdagen og trivdes med det. Flere påpekte at akuttsituasjoner var noe de trivdes med.

«... jeg synes det er veldig positivt, jeg tenker at det er en av rolle funksjonen vår jeg, det med akutt livredning ...» (Informant 6)

En av informantene hadde deltakelsen i hjertestans-/ nødteam som en av årsakene til valg av arbeidsplass. Rollen her var interessant og spennende for de fleste. Det gav en faglig stolthet. En informant ville savne callingen da arbeidslivet var over.

Flere av informantene kom innom at oppdrag iblant må bearbeides etter uttrykningen. Som en informant uttrykte det:

«... du har en sånn guffen følelse i magen som du ikke er ferdig med, det er ikke bra»
(informant 4).

En av informantene var "livredd" for å sitte igjen med følelsen å ikke ha hjulpet til så god som det var forventet under uttrykningen. Andre opplevde at de hadde god kultur for å snakke om erfaringer på arbeidsplassen. Når de delte erfaringer mente en at det kunne bidra til å forhindre gjentakelser av feil. En informant med lengre erfaring hadde gjennom yrkeskarriæren opplevd flere hendelser som førte til uforglemmelig inntrykk. De fulgte over lang tid. Informanten kunne drømme om situasjoner og bearbeidet dem selv. Samme person synes ikke at det forelå en god kultur for å snakke om utrykninger eller debrifing.

«og sånne ting som har vært ukoselig i ettertid å tenke på, å ja, det er det er nok mange situasjoner jeg tenker i ettertid vi skulle ha hatt samtale, debrifing rundt for det har det vært veldig dårlig av» (Informant 6).

En travel hverdag gjorde at erfaringer ikke ble delt, eller debrifing ble nedprioritert etter uttrykning.

«så kan jeg faktisk ikke huske om vi hadde en god debrief etterpå men det er vi jo dessverre litt dårlige på for alle må jo noe da» (Informant 4).

Debrifing ble av en beskrevet som bidrag til en forbedret teamfølelsen. Det kunne være et hjelpemiddel til å forbedre seg selv.

«... hvis du har vært med på en hendelse der du har noen spørsmål, så det med debriefing er kjempe viktig det tror jeg da, det kan du lære mye av og ikke bare hva du gjorde riktig og hva gjorde du galt, men også hva kan du gjøre bedre til neste gang. For nå skar det seg litt der og der ikke sant. Så vi har en sånn policy om at er det en som ønsker debriefing så skal det gjennomføres en debriefing» (Informant 7).

Noen av informantene kom med et forslag på alternativ når man ikke fikk gjennomført en debriefing i en travel hverdag. Forslaget gikk ut på å ta opp utfordrende tema med kollegaer jevnlig. Skape et rom til å dele erfaringer, problemsituasjoner og gi hverandre gode råd. I tillegg påpekte informanten at det kan være med å bidra til at flere ønsker å gå med callingen.

«... kanskje vi en gang i halvåret eller noe sånt, kan ha en sånn, ha et sånt møte da (intervjuer: ja hvor man går igjennom) ja kanskje tar opp noen situasjoner da, og så snakker om det og tenker at burde vi gjort sånn eller sånn eller, så det ikke blir enda en ting som vi må møte opp på da, men jeg tenker at det er i hvert fall en ting jeg kunne vært litt motivert for og vært med på, da man lærer av å høre» (Informant 1).

6 Diskusjon

Hensikten med oppgaven var å belyse intensivsykepleierens erfaringer som aktør i hjertestans- /nødteam. Videre ønskes det å fremme råd til forbedring og videreutvikling av rollen. Funnene viste mange forskjellige faktorer som påvirket intensivsykepleierens opplevelser. Oppgavens hovedfunn viser seg at det kommer an på kompetanse og kontekst. Sub kategoriene belyser bredden av faktorer som påvirker erfaringene til intensivsykepleieren. Disse ble sammenfattet i tre kategorier og blir diskutert i dette kapitlet.

Intensivsykepleiere som selv er med i tverrfaglige akutt team kan betrakte og speile seg i disse faktorene. En kan spørre seg selv hvilke aspekter som er ens egen styrke eller svakhet. Intensivavdelinger som har personell som server tverrfaglige akutt team, kan evaluere og forbedre arbeidsforholdene gjennom å se på faktorene som påvirker erfaringene. Er det satt fokus på elementer som trening, kompetanse, situasjonen på avdelingen og teamarbeid på avdelingsnivå? Hvilke faktorer er godt ivaretatt her, og hvilke faktorer har behov for økt oppmerksomhet? Dette er relevante spørsmål for at erfaringene til intensivsykepleierne skal kunne forbedres, og dermed forhåpentligvis gi en bedre kvalitet på utøvelsen knyttet til rollen.

6.1 Forberedelser på flere nivåer

Det viste seg at flere av informantene fokuserte på å forberede seg mentalt når de fikk utlevert callingen. Benyttelse av mentale forberedelser før en uttrykning til hjertestans bekreftes i Larsson og Engström (2013) sin studie. Ambulansesykepleierne gikk igjennom forventninger om hva som kunne møte dem under utrykningen. Flere fokuserte på hvilke andre scenarier enn hjertestans de kunne møte på (Larsson & Engström, 2013). Dette kan tyde på at utøverne har nytte av mental forberedelse for å kunne føle seg tryggere i en utrykning.

Trening ble sett på som en viktig del av forberedelsene hos flere av informantene. Forsvarlig vedlikehold av trening skal tilrettelegges og defineres av arbeidsgiver. NRR anbefaler trening

minimum en gang hvert halvår i teamet. I tillegg er gjennomføring av NRR sin e-læring, samt årlig repetisjonskurs anbefalt (Norsk Resuscitasjonsråd, 2015, 2016). Opprettholdelse av jevnlig trening er viktig for å øke tryggheten under en resuscitering, og er en positiv aktivitet (Larsson & Engström, 2013; Sjøberg et al., 2015) To av informantene opplevde at det forelå for lite trening. Disse var også mer skeptiske ved utrykninger og beskrev en utrygghet til rollen. Funnet kan vise at trening, både på algoritmer og teamarbeid, er viktig for en bedre opplevelse. Gjennom jevnlig simulering og scenariotrening, kan veletablerte rutiner brukes under hjertestanssituasjoner (Banks & Trull, 2012). Pedersen et al (2016) har positiv erfaring med å trene på systematiske undersøkelser i tverrfaglige medisinske team. Øvelsene foregikk etter prinsipper fra trening på traumemottak. Det førte til sikrere teammedlemmer og bedre flyt i mottak av dårlig medisinske pasienter. Mulig funn om opplevelsen av lite trening kunne vært mer fremtredende hvis færre av informantene var instruktører. Ved det ene sykehuset trente de bare på AHLR scenarier, og på de ulike rollene under en hjertestans.

Det var viktig for informantene å ha oversikt over det akuttmedisinske utstyret som skulle medbringes. Flere gikk igjennom utstyret utenom etablerte rutiner med sjekklister og kontroll. Gjennomgangen økte følelsen av kontroll. I følge Sjøberg et al. (2015) kunne manglende oversikt ved administrering av medisiner i en resuscitering gi følelse av å miste kontroll. En gjennomgang av akuttmedisinsk utstyr og medikamenter kan bidra til bedre oversikt, slik at utstyr og medisiner ikke skaper en ytterligere stressfaktor. Intensivsykepleieren skal kunne anvende avansert medisinsk teknisk utstyr på en forsvarlig og hensiktsmessig måte (Norsk Sykepleierforbund, 2017). Det vil føre til at intensivsykepleieren kan da oppleve mer mestring og kontroll under utrykning.

Utfordringene med intensivsykepleierens kompetanse i hjertestans/-nødteam kan ses på som todelt. Algoritmen bør beherskes og være intuitivt når AHLR praktiseres. Under utrykninger som ikke er hjertestans, er det i tillegg behov for bred kompetanse hos intensivsykepleieren. Ved annet enn hjertestans er mangfoldet for hva intensivsykepleieren kan påtreffe stort. Med god kompetanse og kunnskap i akuttsituasjoner, egner intensivsykepleieren seg godt i utrykninger. Intensivsykepleie skal utøves ut fra ferdigheter, avanserte kunnskaper og generell

kompetanse (Norsk Sykepleierforbund, 2017). Det er større sjanse for å oppnå korrekt oppførsel med mer avansert forståelse av en situasjon på bakgrunn av yrkeskompetanse (Benner & Haave 1995). Intensivsykepleiere som har oppnådd et kunnskapsrikt- eller et ekspertnivå i akutte eller kritiske pasientsituasjoner, kan gi støtte til teammedlemmer som er mindre sikre. Gjennom å legge vekt på det vesentlige i situasjonen, kan intensivsykepleieren prioritere bedre.

Mange av informantene påpekte at med erfaring fulgte det trygghet. I følge Benner (1995) kan intensivsykepleieren, med sin erfaring, være i stand til å skape orden i kaoset. De rår over flere valgalternativer, og har en fornemmelse om fremtidig hendelser som kan forekomme i en situasjon. Ekspertsykepleieren oppfatter situasjonen som en helhet. Hun eller han bruker tidligere erfaring fra konkrete situasjoner og prioriterer riktige tiltak, i stedet for å sløse bort tid på å tenke over irrelevante muligheter. På denne måten bidrar ekspertsykepleieren til orden i en kaotisk situasjon (Benner & Have, 1995). I Sjøberg et. al. (2015) påpekes at en erfaren teamleder bidrar til mer oversikt og orden.

Intensivsykepleieren har også et eget ansvar. Hun eller han bør være frempå når det gjelder å bli med på oppdrag når callingen alarmerer. Når pasientbelegget på intensivavdelingen tillater det, bør det etterstrebtes å løpe to for å høste erfaringer. Intensivsykepleieren skal holde seg faglig oppdatert (Norsk Sykepleierforbund, 2017), og bør ta ansvar for egen fagutvikling.

Et av funnene i oppgaven som er overraskende, er at erfaring også kunne by på utfordringer. Ifølge en informant fulgte det også ydmykhet med erfaringen. Det skapte en form for utrygghet. Tidligere erfaringer fra uheldige pasienthendelser førte til at informanten fokuserte på det som kunne gå galt. Dette kan antyde at erfaring ikke bare føre til trygghet, men at man gjør seg tanker rundt egen bedømmelse. Kanskje stiller han eller hun seg mer kritisk til egne vurderinger. Den samme informanten kom med forslag om hvordan uttrykkinger kunne diskuteres i mangel av debriefing. Det var tydelig et savn å ha et sted hvor erfaringer deles og snakkes om. Det burde tilrettelegges for arenaer hvor teamet kan reflektere og bearbeide

egne erfaringer. Skal erfaring lede til mer kunnskap må den kobles sammen med refleksjon og et teoretisk grunnlag (Benner & Have, 1995).

Forandringer av algoritmer kunne for noen skape usikkerhet. Avlæring ble sett på som utfordrende. I Skeivoll og Bjørlykke (2014) sin masteravhandling påpekte noen av informantene at det tok tid å få trygghetsfølelse etter endringer av algoritmer og retningslinjer. NRR sin AHLR opplæring er standardisert. Undervisning- og treningsopplegget er likt, uavhengig av yrkesgruppe og tidligere erfaring. I følge Benner og Have (1995) nyttiggjør sykepleiere i forskjellige erfaringsstadier ulike praktiske måter å videreutvikle sin sykepleierrolle. Dette er noe å ta til etterretning under organisering av øvelser. En inndeling etter erfaring bør i perioder praktiseres for en individuell kompetanseheving.

6.2 Oppgavene som skal mestres

Hvilke situasjoner som møtte informantene under utrykning påvirket om det var en god eller mindre god opplevelse. Arbeidsfordelingen ved hjertestans viste seg til en viss grad å være ganske klar for alle. Hvis informanten var trygg på AHLR algoritmen opplevde hun eller han mestring. Tydelige roller og rollefordeling ble sett på av noen informanter som viktig. På teamutrykninger får noviser og avanserte nybegynnere utfordringer hvis situasjonen endrer seg. Dette på bakgrunn av at de følger retningslinjer eller prosedyrer (Benner & Have, 1995). Andre situasjoner som kunne bli sett på som utfordrende, var møte med andre hendelser enn hjertestans. Hvis intensivsykepleieren ble pålagt flere oppgaver enn det rollen tilsa, opplevdes dette også som utfordrende. Ved utrykninger til steder hvor det sjeldent oppsto akutt situasjoner, var det intensivsykepleieren som hadde med akuttmedisinsk utstyr. Det forelå en mulighet at andre på teamet spurte om utstyr som intensivsykepleier måtte bistå med og lete etter under resusciteringen. Flere studier har vist at kvaliteten på resusciteringen blir redusert ved forstyrrelser som går utenom den vanlige algoritmen (Gamble, 2001; S. Hunziker et al., 2011; Mcmeekin et al., 2017). På det ene sykehuset forelå det ingen prosedyre for rollefordeling ved utrykninger hvor det ikke var behov for AHLR. Det var opp til den enkelte intensivsykepleier og selv vurdere hvilke oppgaver hun eller han skulle påta seg.

Det var også en individuell vurdering av hvor lenge de skulle være til stede. Det var kultur for at intensivsykepleieren relativt raskt ba teamleder om å bli dimittert hvis det ikke var hjertestans.

Situasjoner som var sjeldne kunne skape utrygghet. Utrykninger på barn og nyfødte var nesten alltid en påkjenning. Mer scenariotrening på barn kan bidra til å forbedre opplevelsen på disse utrykningene. Egen usikkerhet var for noen et problem som bidro til dårlige opplevelser. I tillegg forelå det en redsel for å gjøre feil eller glemme. Vår erfaring er at scenariotrening fører til mindre usikkerhet. Noen av informantene i denne studien er sannsynligvis på et kompetent nivå, og scenariotrening med fokus på planlegging kan være en bra læringsarena (Benner & Have, 1995). Videre vil et godt samarbeid ses på som viktig når situasjonen kan være uoversiktlig. Det er viktig med en klar teamleder som kan legge en plan og har god kommunikasjon (Fernandez Castelao et al., 2013; Sjøberg et al., 2015).

En intern statistikk fra sykehusene i oppgaven viste at omtrent 25% av utrykningene var relatert til hjertestans. I 75% av utrykningene var det ikke behov for AHLR. Intensivsykepleieren hadde ikke noen klar rolle under de tilfellene. Alle scenarioer som kan oppstå kan ikke alltid defineres i prosedyrer. I et hjertestans-/ nødteam vil en aldri kunne garantere, eller trene på alt som kan møte deltakeren under utrykning. Det bør fokuseres på å øve på ikke- tekniske ferdigheter som kommunikasjon, systematiske undersøkelser og tiltak. Intensivsykepleieren skal vurdere pasienten og gjennomføre systematiske tiltak for å gjenopprette funksjonell kapasitet (Norsk Sykepleierforbund, 2017). Intensivsykepleieren bør se sin mulighet til å bruke sin kompetanse på utrykninger som ikke er hjertestans. Dette for å bidra til bedre tverrfaglig pasientbehandling. Intensivsykepleieren skal samhandle med tverrfaglige behandlingsteam i pasientforløp (Norsk Sykepleierforbund, 2017). Dette bidrar til økt erfaringsbasert kunnskap for intensivsykepleieren. Pedersen et. al. (2016) påpeker at det foreligger en mangel på systematisk mottak av medisinske pasienter med behov for tverrfaglig vurdering. Deres erfaring med scenariotrening i medisinske team gjorde at medlemmene i teamet følte seg sikrere i vurderingene. Slik trening kan overføres ved vurdering av akutt forverring hos inneliggende pasienter.

Opplevelsen av mestring kan nås når intensivsykepleieren er trygg på sine oppgaver. Bevisstgjøring, trening på systematisk undersøkelse og akuttmedisinsk behandling kan gjøre at intensivsykepleieren opplever økt mestring. Det bør vurderes å ha planlagte dager på avdelingen hvor erfaringer fra utrykninger reflekteres. For optimal utvikling av kompetanse er refleksjon en del av oppskriften (Benner & Have, 1995)

6.3 Vekslede omstendigheter

Stort pasientbelegg og tidvis redusert bemanning på avdelingen ble av noen trukket frem som utfordrende. Selv om det ble etterstrebet å ha en stabil pasient, var det ikke like lett på kveld, natt eller i helger med færre på vakt. Beichmann og Guldbjørnsen (2017) finner i sin masteroppgave at høy arbeidsbelastning for intensivsykepleierne på avdelingen vanskeliggjør utrykning. Intensivsykepleierne i denne masteroppgaven ble enten ekskludert, eller avsto selv fra utrykning ved høyt belegg på egen avdeling. Funnet er relevant da den kommer fra norske forhold. Ved å se på organisering om hvem som skal rykke ut fra avdelingen, kan ha betydning. Mitchell, Schatz og Francis (2014) har positivt erfart at intensivsykepleieren som har ansvarsvakt og ikke pasientansvar, tar utrykningene. Dette var en tilfredsstillende løsning når det ble utarbeidet et MIT/ RRT uten tillagte ressurser (Mitchell et al., 2014). Denne studien har vurdert erfaringene ut fra pasientutfall og statistikk på hjertestanser utenfor intensivavdelingene. Den ser dog ikke på hvordan sykepleierne selv opplever rollen. Studien ser heller ikke på bemanningsnorm. Ansvarsvakten på undersøkende sykehus hadde ofte pasient på aften, natt og i helg. Med varierende pasientgrupper og behandlingsbehov er bemanning av intensivavdelingen 24 timer i døgnet og 7 dager i uken en kompleks oppgave. Kontinuitet for pasientene skal etterstrebes og faglig forsvarlighet skal ivaretas. Flere studier antyder at bemanningsfaktoren på intensivavdelinger har betydning for pasientsikkerheten (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe for Intensivsykepleiere, 2014). Ved tilfredsstillende bemanning, også ved stort pasientbelegg ville kanskje flere gått med callingen. Det kunne vært interessant å se videre på hvordan det varierende pasientbelegget og bemanningen påvirker erfaringene til intensivsykepleierene. Utfordringer knyttet til dette er en noe som bør forskes videre på.

Informantene ble spurt om å fortelle om en utrykning. Det var flere som trakk frem situasjoner med etiske dilemmaer. Dette kan tyde på at mange er opptatt av etikken rundt pasientbehandlingen. De reflekterte over hva som var etisk riktig. Deltakelse i team er ikke alltid bare å blindt utføre sine arbeidsoppgaver. Det er flere faktorer som spiller inn. Blant annet bør verdigheten til pasienten bevarer, og pårørende skal ivaretas i vanskelige situasjoner. Intensivsykepleieren skal ikke alltid bare arbeide for å redde liv, men også bidra til å tilrettelegge for verdig død. Intensivsykepleier skal også ivareta pårørendes behov for støtte i akutte situasjoner (Norsk Sykepleierforbund, 2017).

Arbeid i team viste seg for noen å være utfordrende. Siden det var et ad hoc team, varierer opplevelsene etter hvem man møter. Flere av informantene nevnte at kommunikasjon var veldig viktig for godt samarbeid, og for en positiv opplevelse av utrykningen. Utydelig formidling førte til usikkerhet hos de andre i teamet, mente flere av informantene. Kommunikasjonen blir trukket frem i flere studier som et viktig moment for godt teamarbeid (S Hunziker et al., 2011; O'donoghue et al., 2015; Sjøberg et al., 2015). Opplevelsen av dårlig kommunikasjon og nedlatende holdninger fra teamleder og andre teamdeltagere var en av årsakene til at en informant ikke ønsket å gå med callingen. Kommunikasjon er en ikke teknisk ferdighet som bør trenes på for et bedre teamsamarbeid. Teamleders rolle ble også sett på som utslagsgivende for opplevelsene av utrykningene. Utydelig, eller manglende ledelse, førte til at informantene opplevde å miste oversikten og det skapte kaos. En tydelig og klar teamleder kan rydde opp i en kaotisk situasjon (O'donoghue et al., 2015; Sjøberg et al., 2015). Et par av informantene var inne på hele teamets betydning for vellykket resuscitering. Vanskelige avgjørelser burde tas av alle på teamet. Det kan spekuleres i om de har oppnådd et ekspertnivå på området. Eksperten handler ut fra en dypere forståelse av totalsituasjonen og prioriterer viktige tiltak (Benner & Have, 1995). Intensivsykepleieren skal bidra til samarbeid med øvrige ledd i et pasientforløp. Hun eller han skal arbeide koordinert for en forbedring av tjenestene ut fra egen fagkunnskap. Gjennom samhandling skal intensivsykepleieren bidra til helsegevinst og være en rådgivende funksjon med sin kompetanse (Norsk Sykepleierforbund, 2017).

Sjøberg et al. (2015) påpekte at de som ikke har arbeidsoppgaver under resusciteringen, bes forlate stedet for å unngå kaos. Samtidig ses det i Bjørshol et al. (2011) sin studie at kvaliteten på resuscitering ikke ble dårligere med forstyrrelser. Det var kun de subjektive følelsene til de erfarne paramedicerne som ble berørt. Dette tolkes som at det er varierende oppfatning om det er behov for å sende ut observerende personell. Det var to av informantene som nevnte at mange mennesker til stede under resuscitering bidro til å forstyrre arbeidsoppgavene og førte dermed til kaos. Vi mener det er mye læring å hente ved å observere, men tilskuere må gjøre plass til hjertestans-/nødteamet. Det var også flere av informantene som påpekte at det gav trygghet ved å være flere på utrykninger, i tillegg til å være en læringsarena. Denne kan hjelpe intensivsykepleieren til å opparbeide seg et bredere perspektiv. Det kan igjen bidra til tydeligere teoretisk og analytisk overveielse ved fremtidige hendelser. Intensivsykepleieren blir da mer kompetent i situasjonen (Benner & Have, 1995). Oppgavens funn kan ikke konkludere med klare råd på om personell, som ikke har konkrete arbeidsoppgaver, skal få være til stedet. Personellet uten konkrete arbeidsoppgaver kan dessuten ved behov hjelpe til med praktiske oppgaver. Vi antar at en trygg og erfaren aktør i teamet ikke lar seg forstyres av tilskuere. Et team med eksperter behøver ikke alltid være et ekspertteam. Det kan være behov for videre forskning omkring læringsutbytte av tilskuerrolle og eventuelle forstyrrelser dette medfører.

Utrykninger opplevdes som spennende for de fleste informantene. At arbeidsplassen var en del av et hjertestans-/nødteam var en av grunnene til at noen valgte å jobbe på sin respektive avdeling. Akuttsituasjoner er forskjellige og krever rask handling. Dette er noe som mange intensivsykepleiere trives med. Det gir dem utfordringer og arbeidsglede. Intensivsykepleierne på det ene sykehuset var lei seg for å ikke få være med i sykehusets mottaksteam. Dette tolkes som at de gjerne vil være aktører i akutte team.

Bearbeiding av en hendelse i etterkant var for mange av informantene et viktig moment. Det var flere som påpekte viktigheten av å snakke om hendelsen i ettertid. Dette gjaldt spesielt ved utrykninger hvor det forelå mangel på mestringsfølelse. Det er vist at det eksisterer et moderat nivå med plager i etterkant av en ikke vellykket resuscitering (Mcmeekin et al., 2017). Debrifing kan bidra til bearbeidelse av ettertanker. Den kan skape orden og minske følelsen

av kaos i deltagernes sinn i ettertid. I tillegg kan debriefing hjelpe med å oppnå mer orden ved neste utrykning. Den kan være et verktøy for å lære av tidligere erfaringer og sette tankene i et system. Debriefing forekom dessverre ikke så ofte. Vi ser på debriefing som gullstandard, og bør gjennomføres etter alvorlige hendelser. Gjennom samtaler om et hendelsesforløp i en gruppe, ønsker man å skape et følelsesmessig klima hvor opplevelsen bearbeides med følelser og fornuft. Debriefing bør finne sted 0-2 dager etter den dramatiske hendelsen (Malt, 2018). Det er vanskelig å få til debriefing i en sykehushverdag uten ledelsesforankring. Den krever tid og ressurser. Det ene sykehuset hvor intervjuene foregikk hadde kun prosedyre for debriefing til hjertestans- /nødteamet hvis hendelsen skjedde i sykehusets akuttmottak. I mangel på debriefing i en travel hverdag, burde det etterstrebtes å legge til rette for arenaer hvor erfaringer kan deles. Dramatiske hendelser blir sannsynligvis oppfattet forskjellig fra person til person. Opplevelsen påvirkes også ut fra mengde erfaring. Det bør skapes en kultur på avdelingen hvor erfaringer deles mellom kollegaer. Det er gunstig at intensivsykepleieren skal få bearbeidet hendelser fra utrykninger. Helsepersonell som er involvert i pasienthendelser hvor resultatet ikke ble som forventet, kan oppleve seg som "det andre offeret". For at helsepersonell skal kunne bearbeide hendelsen, komme styrket fra den og gjenfinne arbeidsgleden, bør det skreddersys en passende støtte (Scott et al., 2009).

7 Metodekritikk

I dette kapitlet går vi igjennom vurderinger og refleksjoner vedørende valg av metode. Styrker og svakheter i oppgaven belyses. Gjennom en deskriptiv design og induktiv tilnærming er har informantenes opplysninger formet faktorene som påvirker det å være aktør i hjertestans-/nødteam.

Vi har valgt å benytte oss av individuelle intervjuer, og det kan stilles spørsmål om resultatene ville blitt annerledes ved å velge fokusgruppe intervju. Kanskje forelå det en mulighet at de som kviet seg ikke hadde snakket om sin egen usikkerhet. Det kunne da være en fare for at informantene med positiv innstilling hemmet de som eventuelt var usikre, til å snakke om sine erfaringer og følelser.

Deltagelsen i undersøkelsen var frivillig. Det kan gjøre at det eksisterer en risiko for rekruttering av intensivsykepleiere som var positivt innstilt til oppgaven. Vi antar at de som ønsket å delta som informanter var interessert i temaet. Som nevnt i diskusjonen, var det flere av informantene som var AHLR instruktører. Vi har gått utfra at de hadde AHLR algoritmen godt innarbeidet. Man kan derfor spørre seg om opplevelsen av lite og mangelfull trening ville vært mer fremtredende, hvis ikke så mange av informantene var instruktører. Etter de fire første intervjuene fremkom det at de alle likte å delta i hjertestans-/nødteamet. Vi presiserte derfor til avdelingsleder på det andre sykehuset gjennom e-post, at det var ønske om å få belyst bredde i vår oppgave. Denne inngripen kan ha hatt innvirkning på våre funn, og det kan være en fare for at resultatet ville blitt annerledes uten denne forespørselen.

Våre resultater kan farges av mangel på inklusjon av intensivsykepleiere som ikke deltok, eller som sluttet, på bakgrunn av negative erfaringer fra teamet. Hvis denne gruppen intensivsykepleiere hadde blitt inkludert, ville kanskje mer negative sider ved utrykninger fremkomme. Dette ville også da ha preget våre funn, og kanskje gitt andre resultater.

Forfatterne av denne oppgaven var sertifiserte AHLR utøvere. Vi hadde i flere år vært en del av et stansteam. En av oss var i tillegg sertifisert instruktør. Kjennskap til lokale sjargonger,

rutiner og maktstruktur kan være en styrke, men kan også skape forutinntatte holdninger (Kvale et al., 2015). Det kan stilles spørsmål om resultatene hadde vært annerledes om vi ikke hadde vært ansatt på det ene sykehuset, eller ikke selv hatt erfaring med deltakelse i hjertestans-/ nødteam. Resultatene kan bære preg av våre erfaringer. Dette kunne kanskje ha ført til andre nyanser i våre funn. Det kan foreligge fare for at intervjuerne var preget av meninger som kunne sette farge på det som ble sett og hørt under intervjuene (Fekjær, 2013).

8 Konklusjon

8.1 Intensivsykepleierens erfaringer som aktør i et hjertestans-/nødteam?

Det viser seg at erfaringer til intensivsykepleieren avhenger av kompetanse og kontekst. Erfaringene varierte hos informantene. Noen av uttrykningene gav mestringsfølelse, men det var andre uttrykninger som kunne være preget av en følelse av kaos. De fleste informantene var trygge på rollen i en hjertestans, men scenarioer som var sjeldne kunne skape utrygghet. Det var spennende og rykke ut med teamet, men det kunne i periodevis være vanskelig å løpe fra egen pasient i en travel avdeling. Det fremkommer at de fleste intensivsykepleierne i denne undersøkelsen likte rollen med hjertestans-/nødteamet. Majoriteten av våre informanter erfarte oppgaven som noe positivt, men klarte å peke på utfordringer og svakheter omkring rollen.

8.2 Faktorer som påvirker intensivsykepleierens opplevelse av å være en del av et hjertestans-/nødteam?

Faktorene som påvirker intensivsykepleierens opplevelse varierer. I dataanalysen er det funnet 15 subkategorier. Videre er disse delt inn i tre hovedkategorier. Første kategori er forberedelse på flere nivå. Denne omhandler stort sett faktorer som gjøres i forkant av utrykninger. Videre er det oppgaven som skal mestres. Dette gjelder under selve utrykningen. Sist er det vekslende omstendigheter som påvirker. Her beskrives øvrige faktorer som påvirker erfaringene.

8.3 Hvordan rollen til intensivsykepleieren kan forbedres og videreutvikles

Gjennom jevnlig fokus og evaluering av faktorene, kan opplevelsene til intensivsykepleieren forbedres. Samtidig oppnås forhåpentligvis også en bedre kvalitet på utøvelsen knyttet til

rollen. Fokus og evaluering av faktorene bør gjøres både på individ- og avdelingsnivå. Mulighet til å påvirke de forskjellige faktorene varierer. Vi tenker at en bevisstgjøring av faktorene er en start. Gjennom en kartlegging av styrker og svakheter, kan tiltak på individ- og avdelingsnivå utføres. En videreutvikling av hjertestans-/ nødteam til MIT/ RRT er tidsriktig tiltak på et organisatorisk nivå.

Våre funn viser at det er behov for trening på flere elementer enn bare hjertestansscenarier. Intensivsykepleierens oppgave i teamet under utrykninger kan ses på som todelt. Algoritmen som skal beherskes under utrykninger ved hjertestans er en av oppgavene. Den andre er mangfoldet av situasjoner som ikke omfatter AHLR algoritmen. Trening på ikke- tekniske ferdigheter og kommunikasjon viste seg for flere av våre informanter å være mangelvare. Ved å fokusere på andre scenariotreninger enn bare AHLR scenarier, kan man øke tryggheten ved utrykninger. Bevisstgjøring og trening på ikke tekniske ferdigheter som kommunikasjon, systematiske undersøkelser og tiltak i akutte situasjoner, kan føre til at intensivsykepleieren opplever økt mestring. Scenariotrening vil være et godt forum for opparbeiding av trygghet.

Tilfeller som forekommer sjeldent er noe intensivsykepleieren kvier seg mest for. Kjennskap til det akuttmedisinske utstyret og oversikt over medikamenter kan bidra til mindre stress. Det kan skape økt mestringfølelse på utrykninger. Ved å ikke ha kontroll over plassering av utstyr, eller ikke har full oversikt over hvordan utstyret fungerer, førte til at situasjonen opplevdes som mer stressende. Det har vist seg at gode ikke tekniske ferdigheter, som kommunikasjon og rollefordeling hos teammedlemmene bidrar til å redusere følelsen av kaos. At to intensivsykepleiere rykker ut på oppdrag sammen kan gi økt trygghetsfølelse, samt være en læringsarena. Gjennom høsting av erfaring kan læring og økt mestring oppnås.

Det viser seg i våre funn at intensivsykepleiere selv økte mestringsevnen ved å drille seg selv på scenarier. De som har opplevd at AHLR algoritmen endret seg flere ganger, kan ha behov for å ha fokus på avlæring av tidligere algoritmer. Dette viser at det er behov for individuell tilpasning av AHLR sertifisering og trening.

Utfordringene ved utrykningene kunne ha sitt opphav fra konteksten. Utrykninger opplevdes merbelastende ved høyt pasientbelegg på intensivavdelingene. Spesielt ved vakter med mindre bemanning. For noen opplevdes det problematisk å forlate avdelingen ved høyt pasientbelegg. På bakgrunn av dette er det behov for å se på bemanningsnormen ved etablering av tverrfaglige team, eller ta en vurdering av organiseringen.

Det er behov for arenaer der intensivsykepleieren kan få bearbeide og reflektere sine erfaringer fra utrykninger. Det bør finnes et forum hvor opplevelser kan diskuteres og reflekteres. Det viser seg at det er ønskelig at avdelingen tilstreber et miljø hvor hendelser kan reflekteres og bearbeides. Et slikt forum kan også bidra til læring. Dette kan hjelpe intensivsykepleieren å få mer orden, og mindre kaos i sitt sinn etter utrykninger. Denne løsningen kan i tillegg bidra til å skape følelse av mer orden på neste utrykning med teamet. Vi foreslår at det bør nedsettes prosedyrer på debriefing etter alvorlige hendelser. Det bør være jevnlig samlinger for intensivsykepleiere hvor refleksjoner er i fokus.

Litteraturliste

- Abdolghader, A., Fatemeh, H. N., Abbas, E. & Habibollah, E. (2017). Professional Rescuers' experiences of motivation for cardiopulmonary resuscitation: A qualitative study. *Nurs Health Sci, Jun;19((2):)*, 237-243. doi: 10.1111/nhs.12336
- Al-Qahtani, S., Al-Dorzi, H. M., Tamim, H. M., Hussain, S., Fong, L., Taher, S., . . . Arabi, Y. (2013). Impact of an intensivist-led multidisciplinary extended rapid response team on hospital-wide cardiopulmonary arrests and mortality. *Critical Care Medicine, 41(2)*, 506-517. doi: 10.1097/CCM.0b013e318271440b
- Amundsen, L. (2018). Latinske ord og uttrykk. I E. Karlsen (Red.), *Store Norske Leksikon*. Hentet fra https://snl.no/ad_hoc
- Angel, M., Ghneim, M., Song, J., Brocker, J., Tipton, P. H. & Davis, M. (2016). The effects of a rapid response team on decreasing cardiac arrest rates and improving outcomes for cardiac arrests outside critical care areas. *MEDSURG Nursing, 25(3)*, 153-158.
- Banks, D. & Trull, K. (2012). Optimizing patient resuscitation outcomes with simulation. *Nursing, 42(3)*, 60-61. doi: 10.1097/01.nurse.0000411419.36903.65
- Beichmann, C. W. & Guldbjørnsen, J. O. (2017). *Hvordan erfarer intensivsykepleieren sin rolle i et mobilt intensivteam, og hvordan kan rollen videreutvikles og forbedres? En kvalitativ studie* (Mastergradavhandling). Høgskolen i Sørøst-Norge.
- Benner, P. & Have, G. (1995). *Fra novise til ekspert : dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: TANO I samarbeid med Munksgaard.
- Bjørshol, C. A., Myklebust, H., Nilsen, K. L., Hoff, T., Bjørkli, C., Illguth, E., . . . Sunde, K. (2011). Effect of socioemotional stress on the quality of cardiopulmonary resuscitation during advanced life support in a randomized manikin study. *Critical Care Medicine, 39(2)*, 300-304. doi: 10.1097/CCM.0b013e3181ffe100
- DeVita, M. A., Hillman, K. & Bellomo, R. (2010). *Textbook of rapid response systems : concept and implementation*.
- Fekjær, S. B. (2013). *Hvordan bli en lykkelig masterstudent? : masteroppgavehåndbok*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fernandez Castelao, E., Russo, S. G., Riethmüller, M. & Boos, M. (2013). Effects of team coordination during cardiopulmonary resuscitation: a systematic review of the literature (Vol. 28, s. 504-521).
- Gamble, M. (2001). A debriefing approach to dealing with the stress of CPR attempts. *The professional nurse, 17(3)*, 157-160.
- 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
- Helse Stavanger. (2015). Forverret tilstand for pasient på sengepost - etablering og drift av et system for tidlig oppdagelse og systematisk oppfølging. Hentet 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>
- Helsedirektoratet. (2014). *Faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmodtak*.

- Hunziker, S., Johansson, A., Tschan, F., Semmer, N., Rock, L., Howell, M. D. & Marsch, S. (2011). Teamwork and Leadership in Cardiopulmonary Resuscitation *J. Am. Coll. Cardiol.* (Vol. 57, s. 2381-2388).
- Hunziker, S., Johansson, A. C., Tschan, F., Semmer, N. K., Rock, L., Howell, M. D. & Marsch, S. (2011). Teamwork and leadership in cardiopulmonary resuscitation. *J Am Coll Cardiol*, 57(24), 2381-2388. doi: 10.1016/j.jacc.2011.03.017
- Jung, B., Daurat, A., Jong, A., Chanques, G., Mahul, M., Monnin, M., . . . Jaber, S. (2016). Rapid response team and hospital mortality in hospitalized patients. *Intensive Care Medicine*, 42(4), 494-504. doi: 10.1007/s00134-016-4254-2
- Katadzic, S. & Jelsness-Jørgensen, L.-P. (2017). Erfaringer med mobile intensivsykepleiere (MIS) ; mobile intensivsykepleiere rykker ut til sykehusavdelinger der pasienten viser tegn til forverring i helsetilstanden. Når tilkalles de, og hvilke tiltak setter de i verk? *Sykepleien forskning [elektronisk ressurs]*, 12-12.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M. & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsson, R. & Engström, Å. (2013). Swedish ambulance nurses' experiences of nursing patients suffering cardiac arrest. *International Journal of Nursing Practice*, 19(2), 197-205. doi: 10.1111/ijn.12057
- Maharaj, R., Raffaele, I. & Wendon, J. (2015). Rapid response systems: a systematic review and meta-analysis *Crit. Care* (Vol. 19).
- Malt, U. (2018). Debriefing. I E. T. Næss (Red.), *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/debriefing>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- McMeekin, D. E., Hickman, R. L., Douglas, S. L. & Kelley, C. G. (2017). Stress and Coping of Critical Care Nurses After Unsuccessful Cardiopulmonary Resuscitation. *American journal of critical care : an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 26(2), 128. doi: 10.4037/ajcc2017916
- 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), 41-56. doi: 10.4037/ccn2014412
- Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleierforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere. (2014). Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge Hentet fra [https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer for IntensivvirksomhetNORGE_23.10.2014.pdf](https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNORGE_23.10.2014.pdf)
- Norsk Resuscitasjonsråd. (2015). Retningslinjer 2015 AHLR på voksne Hentet 2018 fra [http://nrr.org/images/pdf/AHLR pa voksne Norske retningslinjer 2015.pdf](http://nrr.org/images/pdf/AHLR_pa_voksne_Norske_retningslinjer_2015.pdf)
- Norsk Resuscitasjonsråd. (2016). Kvalitetskrav for utøvere- og instruktørkompetanse. Hentet fra [http://kurs.nrr.org/images/downloads/AHLR_pdf/Kvalitetskrav til AHLR-utovere og instruktorer.pdf](http://kurs.nrr.org/images/downloads/AHLR_pdf/Kvalitetskrav_til_AHLR-utovere_og_instruktorer.pdf)
- Norsk Sykepleierforbund. (2017). Funksjon og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20170512210950/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%20september2017.pdf>

- O'Donoghue, S. C., Desanto-Madeya, S., Fealy, N., Saba, C. R., Smith, S. & McHugh, A. T. (2015). Nurses' Perceptions of Role, Team Performance, and Education Regarding Resuscitation in the Adult Medical-Surgical Patient. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 24(5), 309.
- Olsson, H., Sörensen, S. & Bureid, G. (2003). *Forskningsprosessen : kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Pasientsikkerhetsprogrammet, I. t. h.-. (2017). Tiltakspakke for tidlig oppdagelse av forverret tilstand (sykehus). Oslo: HelseDirektoratet.
- Patel, S., Gillon, S. A. & Jones, D. A. (2017). Rapid response systems: recognition and rescue of the deteriorating hospital patient. *British Journal of Hospital Medicine* 78(3), 143-148.
- Pedersen, S. F., Malme, K. N., Wammer, A. C. P., Jacobsen, L. M., Hatleskog, M.-L., Lauritzen, M., . . . Faiz, K. W. (2016). Bedre mottak av den akutt syke pasient. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(9), 787-788. doi: 10.4045/tidsskr.16.0274
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Riggall, V. K. & Smith, C. M. (2015). Creating a sustainable, interprofessional-team training program: initial results. *Clin Nurse Spec*, 29(3), 147-155. doi: 10.1097/nur.0000000000000121
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J. & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Quality and Safety in Health Care*, 18(5), 325-330. doi: 10.1136/qshc.2009.032870
- Shapiro, S. E., Donaldson, N. E. & Scott, M. B. (2010). Rapid response teams seen through the eyes of the nurse. *Am J Nurs*, 110(6), 28-34; quiz 35-26. doi: 10.1097/01.Naj.0000377686.64479.84
- Sjøberg, F., Schønning, E. & Salzmänn-Erikson, M. (2015). Nurses' experiences of performing cardiopulmonary resuscitation in intensive care units: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18), 2522-2528.
- Skeivoll, A. & Bjørlykke, C. (2014). *Samarbeid i hjertestansteam : en kvalitativ studie om intensivsyke- pleieres erfaringer fra samarbeid i hjertestansteam under resuscitering* (Mastergradsavhandling). Universitet i Agder / University of Agder.
- Solomon, R., Corwin, G., Barclay, D., Quddusi, S. & Dannenberg, M. (2016). Effectiveness of rapid response teams on rates of in-hospital cardiopulmonary arrest and mortality: A systematic review and meta-analysis. *J Hosp Med*.
- Statistisk sentralbyrå. (2017). Kvinner dominerer spesialisthelsetjenesten. Hentet fra <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kvinner-dominerer-spesialisthelsetjenesten>
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori : for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- World Medical Association Declaration of Helsinki. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*, 310(20), 2191. doi: 10.1001/jama.2013.281053

Vedlegg

Vedlegg 1: Søkelogg

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Prosedyre stansteam

Vedlegg 4: Prosedyre Nødteam

Vedlegg 5: Godkjenning NSD

Vedlegg 6: Samtykkeskjema

Vedlegg 7: Beskrivelse over arbeidsfordeling