

Ingvild Solstad og Ina Merethe Evensen (Kandidatnummer 6016 & 6014)

Organisering av mobilt intensiv team og samordning av ressurser - Intensivsykepleierens erfaringer

En kvalitativ studie



Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for Helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie og helsevitenskap
Postboks 4
3199 Borre
<http://www.usn.no>

© 2024 Ingvild Solstad og Ina Merethe Evensen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Tittel: Organisering av mobilt intensiv team og samordning av ressurs-
intensivsykepleierens erfaringer.

Bakgrunn: Denne masteroppgaven omhandler mobilt intensiv team (MIT), og intensivsykepleiers erfaringer rundt organiseringen av teamet og samordning av ressurser. Hensikten med MIT er å implementere gode systemer for rask respons når en somatisk tilstand forverres og sikre at kvalifisert hjelp raskt kan tilkalles. MIT består som regel minimum av en intensivsykepleier, anestesilege, sengepost lege og sengepost sykepleier. Det er mange lokale variasjoner av teamene, og vanligvis ingen ekstra tilføring av ressurser til avdelingene ved opprettelse av MIT.

Hensikt: Beskrive intensivsykepleieres erfaringer med organiseringen av MIT, samt deres opplevelser knyttet til ressursbruk og ressursforskyvninger. Hensikten var å få en økt forståelse om temaet og utforske behovet for ressurser til intensivsykepleier som en del av MIT.

Metode: Kvalitativ studie. Tematisk design med semistrukturert intervjuguide som datasamlingsverktøy. Det ble utført fire individuelle intervjuer med informanter fra tre ulike sykehus i Norge. Informantene var intensivsykepleiere med ulik alder, erfaring og bakgrunn. Dataene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Resultatene etter analyseprosessen presenteres gjennom 17 subkategorier som kom frem gjennom tre hovedkategorier: 1: *Rett behandling til rett tid*, 2: *Organisering og samordning av ressurser* og 3: *Å spille hverandre gode*. Resultatene under hver kategori sees i sammenheng med studiens hensikt og bidrar sammen til å svare på studiens problemstilling.

Konklusjon: MIT er ressurskrevende å vedlikeholde, men kan fungere ressursbesparende i lengden. Intensivsykepleiere har en essensiell funksjon i MIT, og de må kunne arbeide dynamisk med stor evne til samordning og omfordeling av ressurser. Engasjement og fokus er to viktige faktorer for et velfungerende MIT, dersom disse mangler vil det kunne redusere pasientsikkerheten. Informantene i studien ønsket større fokus på MIT, klarere retningslinjer og dedikerte stillinger for vedlikehold av systemet som omfatter rask respons.

Abstract

Title: Organizing mobile intensive care teams (MIT) and coordinating resources- the experiences of intensive care nurses

Background: This master's thesis focuses on mobile intensive care teams (MIT) and intensive care nurses' experiences regarding the organization of the team and coordination of resources. The purpose of MIT is to implement effective systems for rapid response when a somatic condition deteriorates and ensure that qualified assistance can be summoned quickly. MIT typically comprises an intensive care nurse, an anesthesiologist, a ward physician, and a ward nurse as its core members. There are many local variations of these teams, and there are typically no additional allocation of resources to the departments when MIT is established.

Objective: To describe intensive care nurses' experiences with the organization of MIT, as well as their perceptions related to resource utilization and resource reallocation. The objective was to gain a deeper understanding of the topic and explore the resource needs for intensive care nurses as part of MIT.

Method: Qualitative research approach. Thematic design with a semi-structured interview guide as the data collection tool. Four individual interviews were conducted with participants from three different hospitals. The participants were intensive care nurses with varying ages, experiences, and backgrounds. The data were analyzed using qualitative content analysis.

Findings: The results of the analysis process are presented through 17 subcategories that emerged within three main categories: 1: *Right treatment at the right time*, 2: *Organization and coordination of resources*, and 3: *To make each other better*. The results under each category are contextualized with the objective of the study and collectively contribute to addressing the research question.

Conclusion: Maintaining MIT is resource intensive, but in the long run it can be resource saving. Intensive care nurses have an essential function in MIT, and they must be able to work dynamically with a high capacity for coordination and reallocation of resources. Dedication and focus are two important factors for a well-functioning MIT, lacking these could reduce patient safety. The informants in this study desired more attention to MIT, clearer guidelines, and dedicated positions for maintaining the rapid response system.

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	6
1 Innledning	7
1.1 Problemstilling	8
1.2 Begrepsavklaring	9
2 Bakgrunn	10
2.1 Litteratursøk	10
2.1 Tidligere forskning	11
2.1.1 Organisering av MIT	11
2.1.2 Intensivsykepleiers funksjon i MIT	12
2.2 Forankring i intensivsykepleierens ansvar- og funksjonsområder	13
3 Metode	15
3.1 Design	15
3.2 Utvalg og rekruttering	16
3.3 Innsamling av data	17
3.3.1. Gjennomføring av intervjuene	17
3.3.2. Intervjuguide	18
3.4 Analyse	19
3.5 Validitet og relabilitet	20
3.6 Forskningsetikk	22
3.6.1 Forforståelse	22
3.6.2 Forskningsetiske vurderinger	22

Resultater	24
4.1 Rett behandling til rett tid	25
3.2 Å spille hverandre gode	28
3.3 Organisering og samordning av ressurser	33
4 Diskusjon	45
5.1 Rett behandling til rett tid	45
5.2 Å spille hverandre gode	47
5.3 Organisering og samordning av ressurser	50
5 Metodediskusjon	54
7 Konklusjon	56
7.1 Implikasjoner for praksis og anbefaling for videre forskning	56
Litteraturliste	58
Vedlegg	62

Forord

Denne studien er utarbeidet som et ledd i master i intensivsykepleie ved Universitetet i Sørøst- Norge. Arbeidet med studien har vært en spennende og lærerik prosess, og vi har tilegnet oss kunnskap og kompetanse vi ønsker å ta med oss videre i karrieren som intensivsykepleiere. Vi ønsker å takke alle informantene som stilte til intervju og deres bidrag gjennom deling av interessante erfaringer og opplevelser. Videre ønsker vi å takke avdelingsledere som muliggjorde studien gjennom hjelp til rekruttering og tilrettelegging av intervjuene. Takk til bibliotekar ved sykehuset i Vestfold for hjelp og bidrag til litteratursøk. Takk til Astrid Danielsen for veiledning, motivasjon og støtte gjennom alle ledd i denne studien. Takk til Vegard og Ronny for hjelp med korrekturlesing. Sist, men ikke minst takk til våre familier og venner som har støttet oss og fremvist stor forståelse gjennom hele prosessen.

Tønsberg, 21.05.2024.

Ingvild Solstad & Ina Merethe Evensen

1 Innledning

Helsevesenet står overfor betydelige utfordringer som følge av økende antall pasienter med komplekse helsebehov. Det økte antallet eldre og pasienter med sammensatte lidelser legger økt press på helsepersonellens kompetanse (Helsedirektoratet, 2020). I lov om helsepersonell §7 kommer det klart frem at helsepersonell umiddelbart skal tilby den helsehjelpen de evner når det er grunn til å tro at hjelpen er akutt nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, §7).

Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere punkt 2.1 inkluderer en helsefremmende og forebyggende funksjon. Dette innebærer at intensivsykepleieren er ansvarlig for systematisk observasjon og vurdering av pasientens tilstand for å identifisere tidlige tegn eller økt risiko for helsesvikt. Intensivsykepleieren skal også kunne iverksette tiltak som forebygger videre utvikling av helsesvikt og sykdom (NSFLIS, 2017). For å kunne etterleve helsepersonelloven og funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere er det en forutsetning at helsepersonell besitter en god observasjons- og vurderingskompetanse. I tillegg er det viktig at det implementeres gode systemer for rask respons når en somatisk tilstand forverres og sikre at kvalifisert hjelp raskt kan tilkalles. I den forbindelse har flere sykehus etablert tverrfaglige utrykningsteam. Dette kan bestå av sykepleiere og leger med avansert og livreddende kompetanse innen intensivbehandling. Denne typen team kalles ofte mobilt intensiv team, og kan bidra til å redusere alvorlig sykdom, overføring til høyere behandlingsnivå, økt liggetid, intensivbehandling og død (Helsedirektoratet, 2020).

Internasjonalt benyttes det flere begrep for å referere til mobilt intensiv team, ofte blir rapid response team (RRT) eller medical emergency team (MET) benyttet (Stevens, 2022). Mobilt intensiv team er utviklet for å forbedre pasientsikkerheten til pasienter innlagt på sykehus, ved akutt forverret tilstand. Dette gjennom tidlig identifisering av pasienter med høy risiko for somatisk forverring og tidlig varsling av team med intensivkompetanse. Videre er hensikten at teamet på et tidlig tidspunkt skal involveres for å gjøre en rask evaluering av pasientens tilstand (Stevens, 2022).

Tema for oppgaven er mobilt intensiv team i sykehus. Interessen for emnet oppsto gjennom utdanningsløpet for master i intensivsykepleie, der kandidatene tilbrakte praksisperioden på en intensivavdeling hvor arbeid med implementering av mobilt intensiv team var igangsatt.

Da teamene har forskjellig sammensetning på ulike sykehus, vil det ved å innhente data omkring organisering, beredskap ved samtidige hendelser og prioritering av ressurser, gi et bedre bilde av de mobile intensiv teamene i Norge. Det vil også belyse hvordan intensivsykepleierne opplever sin funksjon. Litteratursøk viser at det er gjort studier som omhandler mobile intensiv team, majoriteten er utført i utlandet. Tidligere kvalitativ forskning omhandler i stor grad hvilke oppgaver intensivsykepleiere utfører i teamet, og hvordan de opplever utkall til sengepost. I norsk sammenheng savnes intensivsykepleiers perspektiv på hvordan teamene er sammensatt og hvorfor intensivsykepleiers funksjon i MIT er viktig når de skal bistå post sykepleier hos pasienter med akutt helsesvikt. Det finnes lite forskning rundt samtidige hendelser dersom intensivsykepleier i mobilt intensiv team ikke er fristilt fra egne oppgaver på avdelingen. Temaet omhandler i stor grad pasientsikkerhet, og faller inn under funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere, punkt 2.1. (NSFLIS, 2017).

1.1 Problemstilling

Den overordnede hensikten med studien er å belyse hvordan mobilt intensiv team er organisert, hvordan beredskapen for samtidige hendelser løses, og hvordan tilgjengelige ressurser fordeles gjennom intensivsykepleiers syn. Data vil benyttes til å belyse behovet for intensivsykepleierens kompetanse i et mobilt intensiv team. Videre ønsker vi å identifisere potensielle områder for forbedring. På bakgrunn av dette er det kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvordan opplever Intensivsykepleierne organisering av mobilt intensiv team og samordning av ressurser?»

1.2 Begrepsavklaring

RRT: Rapid response team, eller raske responsteam på norsk, er spesialteam satt sammen på sykehus for tidlig intervensjon ved forverring i pasientens tilstand (Folkehelseinstituttet, 2024). Andre uttrykk som brukes innunder samme betydning er; MET- medical emergency team, MIT- mobilt intensiv team og MAT- mobilt akutt team.

MIS: Mobil intensiv sykepleier. Intensivsykepleier som kan bistå sykepleier på sengepost med faglig veiledning, vurdere helsestatus og iverksette adekvate tiltak.

LIS: Lege i spesialisering

Løs funksjon: Sykepleier/intensivsykepleier på avdeling uten pasientansvar

Samtidige hendelser: I denne masteroppgaven bruker kandidatene dette begrepet om hendelser i, eller utenfor, avdeling som krever personale fra intensivavdelingen. Dette omfatter ikke nødvendigvis kun akutte situasjoner.

2 Bakgrunn

2.1 Litteratursøk

For å finne eksisterende forskning rundt temaet ble det til å begynne med utført et ustrukturert litteratursøk gjennom Google scholar og Oria, hvor det ble funnet mye relevant forskning for prosjektet. Det ble utarbeidet et PICO-skjema (vedlegg 1). Videre ble søkeord funnet gjennom MeSH-terms. Det ble deretter gjort systematiske søk hvor det ble benyttet søkeord som: "Rapid response team", "Intensive care unit", "Code team", "Critical care nursing" og "Medical emergency team". Bindeordene "AND" og "OR" ble benyttet for å skalere ned søket. Det strukturerte søket startet på toppen av kunnskapspyramiden i kliniske oppslagsverk som UpToDate og BMJ best practice. Det ble også utført systematiske søk iblant annet Cinahl, PubMed, SveMed og MEDLINE. Vedlegg 2 viser utdrag av søkelogg med søkeord, database og funn. Kandidatene fikk også hjelp av bibliotekar til å utføre et omfattende, strukturert litteratursøk. Det ble utført nytt litteratursøk et halvt år etter første søk for å fange opp eventuelle nye publikasjoner. Her ble flere aktuelle artikler funnet, som ble lest gjennom og sjekket for riktig bruk av IMRAD-strukturen og opp mot kanalregisteret. Videre ble artiklenes referanser gjennomgått, hvor vi fant flere artikler relevant for studien.

Mye av forskningen kandidatene fant omhandler kriterier for utkall og temaer rundt postsykepleiers vurderinger for tilkalling. Litteraturen som befatter intensivsykepleieres perspektiv handlet blant annet om deres roller i teamene, om ledelse under utkall og hvilke erfaringer de hadde gjort seg med MIT. Kandidatene fant noen få artikler som omhandlet organisatoriske temaer knyttet til MIT, disse ble brukt i denne studien både som kunnskapsgrunnlag og i diskusjonskapittelet. Forskningsartiklene som brukes gjennom denne studien inkluderer både kvantitativ og kvalitativ forskning, samt noen få litteraturstudier.

2.1 Tidligere forskning

2.1.1 Organisering av MIT

I henhold til nasjonale råd fra Helsedirektoratet (2020) utarbeidet i forbindelse med pasientsikkerhets programmet 24/7, er det ved flere sykehus etablert responsteam. Det anbefales at tilkallingsrutiner vurderes og tilpasses det enkelte foretak, da med tanke på kompetanse, sammensetning av team og responstid. Anbefalingene legger til en viss grad opp til at helseforetakene selv skal vurdere og avgjøre hvordan teamene skal settes sammen og hvor strukturerte de skal være med tanke på opplæring og forankring i prosedyrer. Gjennom litteratursøk fant vi lite som omhandler sammensetning og organisering av MIT ved norske sykehus, det er heller ikke funnet noen nasjonal retningslinje for hvordan slike team bør være sammensatt og organisert. Mesteparten av forskningen som foreligger er kvantitativ. Dette gir innsikt i hva som kan være problemområder, men gir ingen videre kunnskap om årsaker eller hva som kunne bidratt til løsninger gjennom intensivsykepleierens perspektiv.

En nyere dansk studie viser til at det er store lokale variasjoner i hvordan avdelingene prioriterer og organiserer mobile intensivt team. Noen avdelinger har avsatte midler, bemanner ekstra dag og aften, samt har bonusordninger for sykepleierne som er en del av teamet. Andre avdelinger har ikke ekstra bemanning, og sykepleierne som har MIT funksjon har i tillegg ansvar for egen pasient på intensivavdelingen (Bunkenborg et al., 2022). Denne problemstillingen kommer også frem i studien til Azimirad et al., (2022) hvor 80% av respondentene oppgir at deltakelsen i MIT påvirket ivaretagelsen av egne pasienter på intensivavdelingen. Funnene underbygges av en litteratur review gjort av Fildes et al., (2022) som viser til at intensivavdelingene lider av at intensivsykepleier forlater avdelingen dersom det ikke er lagt til ekstra ressurser som kompenserer for denne funksjonen.

Intensivsykepleieren som går på utkall føler seg ofte overarbeidet og stresset fordi den da har overlatt arbeid til en allerede presset avdeling. Det vil være interessant å vite om dette også gjelder for norske sykehus da det vil være relevant for intensivsykepleiers opplevelse av arbeidsbelastning og ikke minst pasientsikkerheten på intensivavdelingen. I Finland ble det i 2017 sendt ut et spørreskjema som omhandlet organisatoriske barrierer for et velfungerende MIT, her kom det blant annet frem at intensivsykepleierens arbeidsbelastning kan være til

hinder for velfungerende team (Loisa et al., 2021). Gjennom søk i UpToDate viser litteraturgjennomgangen til Stevens (2022) at effekten av teamene blir vanskelig å fastslå grunnet kvaliteten på tilgjengelige data og den store variasjonen på teamenes struktur.

Flere av studiene som omhandler organisering omtaler opplæring og mengdetrening. Loisa et al., (2021) viser til at intensivsykepleierne som hadde jevnlig utkall følte de hadde forbedret sine ferdigheter innen intensivsykepleie og hadde generelt et mer positivt syn på MIT enn de som sjeldent var med på utkall. Dette kommer også frem til grounded theory studien til Weatherburn og Greenwood (2023) hvor flere intensivsykepleiere nevner viktigheten av å være strukturert ved utkall, samt at erfaringer fra tidligere utkall gav selvtillit til egne ferdigheter og en følelse av kontroll. Halvparten av respondentene i studien til Azimirad et al.,(2022) var uenige eller sterkt uenige i at de fikk tilstrekkelig opplæring eller trening til å fungere effektivt i MIT. Det kom også frem her at 49% var uenige eller sterkt uenige i at MIT hadde tilstrekkelige medlemsressurser eller ferdigheter. I denne studien anbefaler de økt fokus på opplæring og trening i MIT, og da spesielt simuleringstrening for å styrke teamet og det tverrfaglige samarbeidet.

2.1.2 Intensivsykepleiers funksjon i MIT

I flere av studiene ble det påpekt at det sjeldent er noen klar eller definert rollefordeling innad i teamene. Weatherburn og Greenwood (2023) observerte i sin studie i de utkallingene leger var til stede samarbeidet de på lik linje. Det kommer ikke frem om dette gjelder leger fra intensivavdelingene eller vakthavende sengepost leger. Her nevnes det også at selv om det ikke var definerte funksjoner, visste alle hva deres oppgaver var. Det kunne derimot oppleves at noen av intensivsykepleierne i studien til Bunkenborg et al., (2022) møtte urettferdige forventninger hos nyutdannede leger på sengepostene, dette gjaldt blant annet beslutninger angående medisiner og avsluttende behandling. Samarbeid med leger på sengepost kommer også frem som en potensiell barriere i studien til Loisa et al., (2021). Noen av intensivsykepleierne i MIT opplevde til tider samarbeidet som konfliktfylt og vanskelig. Da denne studien var kvalitativ i form av spørreskjema, får en ikke tak i hva som var roten til konfliktene. Begge de to overnevnte studiene påpeker at intensivsykepleierne gjerne tar ledende roller i teamene, og ofte har en veiledende funksjon ovenfor sykepleiere på sengepost.

Veiledningen dreide seg ofte rundt grunnleggende ferdigheter og observasjoner. Det ble poengtert av intensivsykepleierne at det er viktig å være positive og respektfulle ovenfor sykepleierne på post og dermed inkludere de i teamet (Weatherburn & Greenwood, 2023).

2.2 Forankring i intensivsykepleierens ansvar- og funksjonsområder

Studien forankres i funksjon- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (NSFLIS, 2017). Hensikten med beskrivelsen er blant annet å fungere retningsgivende for klinisk utøvelse av intensivsykepleie og konkretisere intensivsykepleierens funksjon og ansvar. Ifølge intensivsykepleierens ansvar- og funksjonsområde punkt 2 fremgår det at intensivsykepleieren skal ha en helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende funksjon, i tillegg til en lindrende og palliativ funksjon. På bakgrunn av studiens problemstilling er det naturlig å se nærmere på den helsefremmende og forebyggende funksjonen, beskrevet i punkt 2.1. Som nevnt innledningsvis inkluderer dette punktet at intensivsykepleieren må kunne arbeide systematisk for å være i stand til å identifisere tegn på helsesvikt eller risiko for helsesvikt hos pasienter. Dette krever at intensivsykepleieren har en god observasjon- og vurderingskompetanse, og videre er i stand til å forebygge ytterligere forverring av en tilstand. I likhet med funksjon- og ansvarsbeskrivelsen har MIT til hensikt å fange opp en forverring på et tidlig stadium, og videre kunne forebygge eller snu forverring av en tilstand (Helsedirektoratet, 2020).

På bakgrunn av studiens problemstilling faller det seg også naturlig å trekke frem funksjon- og ansvarsbeskrivelsen punkt 4, som omtaler at intensivsykepleieren skal kunne bidra med rådgiving i lys av sin spesialkompetanse. Videre kommer det frem at intensivsykepleieren skal kunne bidra i samtaler rundt prioriteringer og fordeling av ressurser, og ta medansvar for forsvarlig bruk av ressursene (NSFLIS, 2017). MIT i sykehus sørger for hurtig respons, riktig kompetanse og tverrfaglig tilnærming for å sikre pasientens beste. Ordningen skal fremme et tett samarbeid mellom sengepost og intensiv. Utrykningsteamet skal ikke erstatte oppfølging fra lege og sykepleier fra sengepost, men virke som et ekstra supplement (Helsedirektoratet,

2020). Gjennom denne studien ønsker kandidatene å utforske hvordan intensivsykepleieren prioriterer ressursene, dette med tanke på å opprettholde sine daglige funksjoner innad i intensivavdelingen og samtidig opprettholde et tilbud om MIT til sengepostene.

3 Metode

Et kvalitativt forskningsdesign refererer til en forskningsmetode for datainnsamling og analyse som fokuserer på å forstå og tolke kvalitative data. Datamaterialet stammer fra samtaler eller observasjoner og kan bidra til å fremstille ulike nyanser, subjektive erfaringer eller mangfold (Malterud, 2017, s.30).

3.1 Design

Denne masteroppgaven har som hensikt å utforske fordeling av tilgjengelige ressurser, organisering og samtidige hendelser knyttet til MIT, sett fra intensivsykepleiers perspektiv. Ifølge Malterud (2017, s. 32) er kvalitativ metode velegnet i ukjent landskap hvor man søker forståelse før forklaring av et fenomen. Kandidatene ønsker å utforske norske intensivsykepleieres erfaringer og opplevelser i MIT da litteratursøk viser at det er lite forskning som omhandler dette temaet i norsk sammenheng. Kvalitativ metode innebærer å innhente kunnskap rundt erfaringer, meninger og opplevelser. Dette er kunnskap som i liten grad kan måles i tall eller grafer (Malterud, 2017, s. 31). Etter nøye overveielser om hvordan best besvare problemstillingen landet kandidatene på et kvalitativt, tematisk design med en semistrukturert intervjuguide som datasamlingsverktøy.

Studien berører på emner som kan være utfordrende å snakke om i plenum, som for eksempel ressursbruk og samtidskonflikter. Individuelle intervjuer velges gjerne når det krever trygghet å dele erfaringer og refleksjoner rundt valgt tema (Malterud, 2017, s.133). For å få mest mulig pålitelige svar anså kandidatene det hensiktsmessig å benytte individuelle semistrukturerte intervju. Det ble også vurdert at denne metoden ville belyse temaet fra flest mulig sider grunnet opplevelsene og erfaringene hver enkelt informant har. Individuelle intervjuer gir ifølge Christoffersen et al., (2015, s. 73) en mer detaljert beskrivelse rundt aktuelt tema.

Den semistrukturerte intervjuguiden, bestående av åpne spørsmålsformuleringer og stikkord ble utarbeidet i forkant av intervjuene. Tanken bak en slik intervjuguide var at svarene fra informanten ville lede intervjuet dypere inn i tematikken, og føre til nye spørsmål kandidatene

ikke hadde forutsett. Denne måten å stille spørsmål på er ifølge Malterud (2017) en styrke ved kvalitativ forskning, som ikke kan oppnås ved kvantitative metoder.

3.2 Utvalg og rekruttering

Proessen ble igangsatt ved å kartlegge intensivavdelinger i Norge som praktiserte MIT. Kandidatene hadde kunnskap om noen avdelinger med MIT på forhånd, noen hadde fagutviklingssykepleier og kollegaer på arbeidsplassen kjennskap til. Til resterende intensivavdelinger ble det sendt e-post med forespørsel om de hadde MIT. Utvalgte intensivenheter er både på nivå 3 og 2A (NSFLIS & NAF, 2014, s. 11–12). Kontakt med feltet ble opprettet gjennom dialog med ledere på aktuelle intensivavdelinger. Prosjektplan, samtykkeskjema (Vedlegg 3), intervjuguide og beskrivelse av inklusjon- og eksklusjonskriterier ble sendt ut til avdelingsledere. Kontaktperson på avdelingene var behjelpelig med rekruttering av informanter som kunne være aktuelle. Det ble videre opprettet direkte kontakt med informantene, som også fikk tilsendt informasjon om studien. Det ble satt sammen et strategisk utvalg informanter fra tre ulike sykehus uten geografisk begrensning i Norge. Dette ble gjort for å få større bredde på erfaringene omkring fenomenet, og dessuten belyse problemstillingen fra forskjellige synspunkter. Strategiske utvalg består av informanter som ansees å være relevante datakilder. For å velge ut kvalifiserte informanter er det nødvendig med teoretisk kunnskap og kunnskap fra feltet (Malterud, 2017, s. 58). Utvalget bestod av intensivsykepleiere med ulik bakgrunn, erfaring og alder. Inklusjonskriteriene var videreutdanning i intensivsykepleie og erfaring som intensivsykepleier i MIT. Det ble ikke satt videre eksklusjonskriterier.

Fire individuelle intervjuer ble gjennomført med intensivsykepleiere ansatt på intensivavdelinger. Ifølge Kvale & Brinkmann (2015, s. 148) ligger antall intervjuer mellom 5-15 i vanlige intervjuundersøkelser. Det er dog vanskelig å forutsi behov for antall deltakere som er nødvendig for å belyse tema tilstrekkelig. Det ble sendt forespørsler til flere avdelinger med MIT, men det viste seg vanskelig å innhente flere informanter av ulike årsaker. Ikke alle helseforetak i Norge har implementert MIT, dette begrenser derfor aktuelle intensivavdelinger for studien. Kandidatene sendte ut flere forespørsler og forsøkte rekruttere etter beste evne,

men fikk ikke svar fra flere informanter innen tidsfristen. På bakgrunn av dette ble det gjennomført fire individuelle intervjuer.

3.3 Innsamling av data

3.3.1. Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble gjennomført i perioden 11.01.24 til 20.03.24, til sammen fire individuelle intervjuer. Tre av intervjuene ble gjennomført digitalt. Applikasjon på mobilen til en av kandidatene ble brukt som opptaker, dette er en del av opptaksfunksjonen til Nettskjema (Nettskjema.no, u.å) og ingen data lagres på mobilen. Det første intervjuet var initialt et pilotintervju, men ble inkludert i studien. Under intervjuene fungerte en kandidat som intervjuer, mens den andre noterte underveis og stilte oppfølgingsspørsmål der det var naturlig.

Før opptak ble startet hadde vi en gjennomgang av samtykkeskjemaet informantene fikk tilsendt i forkant (vedlegg 3) og ba om at de muntlig godkjente når opptak startet. De ble informert om at vi brukte en intervjuguide under intervjuene, men ble oppfordret til å snakke fritt om emnet. Samtlige intervjuer hadde god flyt, og guiden ble lite brukt da informantene selv kom inn på temaene. Lengden på intervjuene varierte mellom 30-50 minutter.

To av informantene gjennomførte intervjuene i arbeidstiden på arbeidsplassen, mens to foregikk utenom arbeidstid. Intervjuet som ikke ble utført digitalt ble gjennomført på informantens arbeidsplass. Rommet som ble brukt til intervjuet lå utenom travle korridorer og brukes vanligvis av pårørende, det var ingen forstyrrelser under intervjuet. De digitale intervjuene foregikk uten større problemer. Et intervju hadde tidvis svak lyd, men dette ble rettet opp i underveis. Ingen av informantene som ble intervjuet digitalt hadde noen negative opplevelser rundt dette da de ble spurt i etterkant.

Informantene som ble intervjuet digitalt ble spurt i etterkant om opplevelsen av å bli intervjuet digitalt, ingen hadde noen negative perspektiver rundt det.

3.3.2. Intervjuguide

Kandidatene hadde ikke tidligere erfaring med utarbeidelse av intervjuguide. På bakgrunn av dette ble det lagt ned mye tid og innsats i utviklingen av denne. Det ble laget fire generelle spørsmål, hvor de ulike tema springer ut fra problemstillingen studien ønsker å belyse. Intervjuguiden ble validert av flere personer med mer erfaring på området enn kandidatene. Videre ble den testet ut gjennom et pilotintervju, som endte i revidering av intervjuguiden. Revideringen innebar blant annet endring av ordlyden på spørreordene. Spørsmålene ble da utformet slik at informantene ble oppmuntret til å komme med utdypende informasjon. I tillegg ble det utviklet underpunkter om tema som kandidatene ønsket å komme innpå dersom informantene ikke selv tok disse opp. Intervjuguiden hadde en bestemt rekkefølge, men kandidatene var åpne for at denne ble endret under intervjuet dersom det falt seg naturlig eller at informanten selv tok opp tema. Kandidatene ønsket å starte intervjuene med enkle spørsmål. Dette kan ifølge Christoffersen et al., (2015, s. 75–76) etablere en god samtale basert på relasjon og tillit.

<p>1. Kan du fortelle litt om hvordan du opplever din funksjon som intensivsykepleier i mobilt intensiv team?</p> <ul style="list-style-type: none">- Positive/negative opplevelser- Ansvar/oppgaver- Dedikert personell <p>2. Kan du fortelle litt om opplæring med tanke på deltagelse i MIT?</p> <ul style="list-style-type: none">- Krav til erfaring- Simulering- Kurs/prosedyrer/e-læring- Følgedager <p>3. Hva tenker du om organiseringen av mobilt intensiv team?</p> <ul style="list-style-type: none">- Hvem består teamet av- Kriterier for kontakt/tilkalling- Intensivsykepleierens ansvar ved tilkalling- Fordeler og utfordringer- Samtidskonflikt- Responstid- Ressursforskyvning ved utkall <p>4. Hvordan tenker du funksjonen som intensivsykepleier i mobilt intensiv team kan videreutvikles?</p> <ul style="list-style-type: none">- Positive/negative erfaringer- Forventninger
--

(Tabell 1: Intervjuguide)

3.4 Analyse

Intervjuene ble analysert ut fra Graneheim og Lundmans (2004) beskrivelser av kvalitativ innholdsanalyse. En slik analyse bidrar til å gjennomføre en grundig og troverdig analyse av en tekst gjennom fem faser; Identifisering av meningsbærende enheter, kondensering av meningsbærende enheter, kode meningsbærende enheter, sortere koder i subkategorier og sortere og abstrahere subkategorier i en kategori. Klare kategorier sikrer at funnene er pålitelige og ikke tilfeldige. Dette gir struktur til dataene, noe som gjør dem mer håndterbare og meningsfulle. Det ble valgt en induktiv tilnærming til analysen, hvor kandidatene forsøkte identifisere likheter og forskjeller i teksten. Under denne prosessen ble problemstillingen lagt til side, og kandidatene forholdt seg kun til innsamlet datamateriale (Graneheim et al., 2017).

Kandidatene startet med å transkribere hvert sitt intervju. På denne måten ble kandidatene godt kjent med innholdet i intervjuene. Videre ble intervjuene lest gjennom flere ganger for å sikre at begge kandidatene ble grundig kjent med materialet og helheten i alle intervjuene. Åpenbare og synlige komponenter ble beskrevet gjennom en manifest tilnærming til analysen, i tråd med metoden til Graneheim og Lundman (2004). Likevel vil det ligge en viss grad av tolkning til grunn for å forstå meningen av teksten, fordi en tekst alltid inneholder flere betydninger (Graneheim & Lundman, 2004). Dette kan derfor være en viktig faktor å vurdere med tanke på påliteligheten av funn i en kvalitativ innholdsanalyse.

Når kandidatene hadde opparbeidet god kjennskap til intervjuene startet de kontekstualiseringen, som gikk ut på å bryte ned dataene i mindre deler (Lindgren et al., 2020). Kandidatene samarbeidet for å identifisere meningsbærende enheter. Analysen ble gjort med en induktiv tilnærming (Graneheim et al., 2017), hvor alle meningsbærende enheter ble systematisk hentet ut fra transkript til tross for at de ikke var tilsynelatende relevant for problemstillingen. Dette for å sikre at ingen verdifull informasjon ble oversett. Meningsbærende enheter ble deretter kondensert. Dette er en prosess med forkortning samtidig som at kjerneinnholdet i de meningsbærende enhetene bevares (Graneheim og Lundman, 2004). Videre ble kondenserte meningsbærende enheter kodet. Materialet ble også sendt til veileder. Kandidatene og veileder kodet noe hver for seg, for å videre kunne

sammenlikne og se at kodene ble omtrent de samme. Dette ble gjort for å øke troverdighet i analysen.

Når kondenserte meningsbærende enheter er kodet, starter etter Lindgren et.al. (2020) sin innholdsanalyse, prosessen med å re-kontekstualisere. Kandidatene sorterte koder inn i subkategorier og videre kategorier. Dette gikk ut på å sortere hvilke koder som var relatert til hverandre. Vi endte da opp med tre kategorier; «Organisering og samordning av ressurser», «Å spille hverandre gode» og «Rett behandling til rett tid», med tilhørende 17 subkategorier.

Meningsbærende enheter	Kondenserte meningsbærende enheter	Koder
<i>«Det kommer ofte litt flere MIT i høytidsdager også.. så det er jo gjerne et resultat der. Litt mindre.. eehm..legedekning.. eh bemanning og det å ta stilling til ting da.»</i>	Oftere MIT på høytidsdager som resultat av mindre legedekning, bemanning og beslutningstaking.	Sårbare tidspunkter Legedekning
<i>«Men det går på.. altså av og til så er det rett og slett at to.. to hoder eller fire hoder tenker bedre enn et.»</i>	To eller fire hoder tenker bedre enn et.	Teamarbeid

(Tabell 2: Eksempel på analyseprosess fra meningsbærende enhet til kode)

3.5 Validitet og reliabilitet

Validering skal ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 272, s. 276) gjennomsyre hele intervjuundersøkelsen og omtales i syv stadier, det innebærer kvaliteten på forskningen og egnetheten valgt metode har for å besvare problemstillingen. For å fastslå gyldighet ved funnene mener Kvale og Brinkmann (2015, s. 281) at metodespørsmålet avgjøres etter en har funnet hva som skal besvares. Det er for denne studien gjort søk i relevante databaser og tidligere forskning er gjennomgått. På bakgrunn av blant annet kunnskap om hvilken forskning som foreligger fra tidligere ble valg av metode tatt, dette er gjort rede for tidligere i kapitlet.

Intern validitet dreier seg blant annet om å bruke relevante begreper, slik at informanten svarer på det intervjuer faktisk mener å spørre om. Ifølge Malterud (2017, s. 23) er det ikke

alltid åpenbart at intervjuer og informant har samme oppfattelse av begreper som brukes. Kandidatene har derfor diskutert hvilke begreper som brukes i spørsmålsformuleringene som omfatter både forskningsspørsmålene og intervjuguiden. Et eksempel er bruken av begrepet «funksjon», hvor det ble satt opp mot begrepet «rolle». Begrepet «funksjon» ble funnet å være mer konkret sett i perspektiv av tverrfaglig team sammensetning og ble derfor konsekvent brukt. Intervjuguiden ble som nevnt i tidligere kapittel først utprøvd i form av et pilotintervju, dette ble senere inkludert i datainnsamlingen. Etter pilotintervjuet ble intervjuguiden både diskutert med veileder og gjennomgått i plenum på masterseminar i regi av utdanningsinstitusjonen. Disse bidragene gjorde at intervjuguiden ble justert for å tydeliggjøre spørsmålsformuleringene.

For å ytterligere forsikre at data skulle tolkes rett, ble nøkkelbegreper kontrollert med informanten underveis ved å få bekreftelse eller gjennom oppfølgingsspørsmål. Dette gjaldt blant annet forkortelser som for eksempel LIS anestesi og variasjoner av ulike akutt- og hjertestansteam.

Ekstern validitet omfatter overførbarhet og kontekst, hvor generaliserbare resultatene er (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 289). Intervjuene i denne studien ble utført ved tre ulike sykehus, med lokale variasjoner i sammensetningen av MIT. Dette kan bidra til å gjøre funnene gjeldene utover de sykehusene som bidro i studien. Det kan også tenkes at enkelte av funnene kan nyttiggjøres i andre type tverrfaglige team. Malterud (2017, s. 67) snakker om «aha-effekten», det at en annen kan forstå noe mer om sitt eget, er i kvalitative studier en viktig indikator på overførbarhet. På den andre siden er det en generell svakhet med metoden som gjør seg gjeldende til en viss grad, det er størrelsen på utvalget. Dette kan spille inn på overførbarhet, men da studien etterspør erfaringer og opplevelser vil ikke nødvendigvis funnene være universelle og det er heller ikke meningen. Utvalget var variert i den grad studiens størrelse tillot det. Refleksjoner rundt utvalg og metode er gjort rede for i oppgaven.

3.6 Forskningsetikk

3.6.1 Forforståelse

I følge Malterud (2017, s. 44 -45) vil forforståelsen gjennom hele prosjektet påvirke hvordan kandidatene samler, leser og tolker data. Forforståelsen kan bestå av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv og av den teoretiske referanserammen. Kandidatenes forforståelse er forankret i en bred yrkeserfaring innenfor sykepleiefaget. Videre har kandidatene gjennom utdanningsforløpet i intensivsykepleie og påfølgende arbeidserfaring opparbeidet seg kompetanse og innsikt innfor feltet intensivsykepleie. Kandidatenes forforståelse med tanke på MIT er begrenset til bruk av teamet som sykepleier på sengepost. Det er aktivt søkt å utvide den gjennom praktisk erfaring. Gjennom utdanningsforløpet dedikerte kandidatene tre uker valgfri praksis til å utforske ulike helseforetak som praktiserer MIT. Den praktiske erfaringen komplementerer teoretisk kunnskap som er tilegnet gjennom grundig lesing av forskningslitteratur rundt tema. På denne måten har kandidatene tilegnet seg en ytterligere forståelse av MIT. Dette vil si at det foreligger tanker angående tema i forkant av masteroppgaven. Denne forforståelsen er på den ene siden viktig for kandidatenes motivasjon til å utforske og identifisere behovet for en studie om tema og videre utforme en tilpasset intervjuguide. Forforståelsen kan på en annen side bidra til å begrense vår tilnærming, ved å overdøve budskapet fra det empiriske materialet i analysefasen. Det ble derfor viktig for kandidatene å reflektere grundig rundt vår forforståelse. Dette kan ifølge Malterud (2017, s.15) sikre kvalitet og objektivitet i studien ved å øke bevisstheten rundt forforståelsens påvirkning.

3.6.2 Forskningsetiske vurderinger

Studien er godkjent av kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT) (Vedlegg 4) (Referansenummer: 887778). Videre ble studien godkjent av personvernombud ved de aktuelle helseforetakene. Ifølge helseforskningsloven heter det at det kreves samtykke fra deltakerne i medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven, 2009, §13). For å innfri krav om samtykke ble det benyttet mal for informasjon og samtykke hentet fra Sikt sitt

meldeskjema. I forkant av intervjuet fikk informantene muntlig og skriftlig informasjon om studiens formål og design i korte trekk. Dette kan forhindre at informanten blir villedet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 105). Informantenes integritet er etter beste evne sikret gjennom informert samtykke, anonymisering og mulighet til å trekke sin deltakelse i studien (Kvale & Brinkmann, 2015, s.104; NESH, 2023, s. 18–21). Dette for å sikre at informantene ikke ble utsatt for uforholdsmessig risiko eller skade. Data fra intervjuet ble oppbevart i henhold til Universitetet i Sørøst-Norge (2018) sin retningslinje for oppbevaring av data. Lydopptakene ble lagret og oppbevart på en kryptert ekstern disc fil, som kun kandidatene og veileder har hatt tilgang til. Rådata vil slettes når det foreligger sensur for masteroppgaven.

Deltakelse i intervjuer kan gi opphav til belastninger og stress for informantene (NESH, 2023, s.27). Emosjonell belastning kan oppstå hos informantene dersom spørsmål berører sterke meninger eller vanskelige opplevelser. Kandidatene anser ikke dette som et problem i denne studien grunnet valgt tema, men det er likevel hensyntatt. Det kan også forekomme bekymringer angående hvordan objektets meninger tolkes hos intervjueren eller hvordan informasjonen deres vil bli benyttet (NESH, 2023, s. 26). Det kan tenkes at dette påvirker ærlighet og åpenhet under intervjuet. Kandidatene var klare ovenfor informantene at de når som helst kunne avbryte intervjuet, og de fikk tilbud om å få tilsendt transkribert intervju i etterkant for å forsikre seg om at de ikke ble feilsitert eller at meningen med utsagnene ble mistolket. Tidspres kan tenkes å være en potensiell kilde til stress og belastning, og kan igjen føre til at svar ikke blir fullstendige. Intervjuene ble tilrettelagt og avtalt med avdelingens leder og informantene fikk selv velge tidspunkt for gjennomføring. Det ble gjort for å minimere eventuelle belastninger dette kunne føre til for informantene. Det ble gitt tydelig informasjon om formålet med intervjuet, og videre ble det utvist respekt for informantens grenser og behov.

Resultater

Hensikten med studien var å undersøke intensivsykepleierens erfaringer med organisering av MIT og samordning av ressurser. Det ble utarbeidet tre kategorier og 17 subkategorier (Tabell 3). Intervjuene inneholder rike beskrivelser og materialet vurderes godt nok til å besvare studiens problemstilling. I dette kapitlet vil resultater fra analyseprosessen presenteres under følgende kategorier: «*Rett behandling til rett tid*», «*Å spille hverandre gode*» og «*Organisering og samordning av ressurser*». For å tydeliggjøre at sitater fra alle informantene er inkludert, vil de bli referert til som informant (1), (2), (3) og (4) i henhold til deres respektive sitater.

Kategori	Organisering og samordning av ressurser	Å spille hverandre gode	Rett behandling til rett tid
Sub-kategori	Dynamisk avdeling – fleksible intensivsykepleiere Når ressursene ikke strekker til – samtidige hendelser MIT som ressursbesparende tiltak Behov for prosedyrer og forbedringsarbeid Manglende opplæring forutsetter erfaring Opplæring er en forutsetning for et velfungerende MIT Utstyr til hjelp og besvær ved utkall	Kompetanseoverføring i flere ledd Sykepleietiltak – En nødvendig kompetanse i MIT Postsykepleiers funksjon i teamet Negative holdninger er en barriere for et velfungerende MIT Intensivsykepleieren som trygghet og ressurs i MIT Intensivsykepleierens funksjon i MIT	Å Snu en forverret tilstand MIT kan bidra til tidligere intensivbehandling Ikke alle skal behandles på intensiv Tar utkall til tross for behandlingsbegrensninger

(Tabell 3: oversikt over inndeling av kategorier og subkategorier)

4.1 Rett behandling til rett tid

Flere av informantene i studien la vekt på at hensikten med MIT først og fremst dreier seg om god og sikker pasientbehandling. Det innebærer en nøye vurdering rundt pasientens tilstand og riktig behandlingsnivå for den enkelte pasient. Dette kan dreie seg om å snu en forverret tilstand på sengepost med tilgjengelige ressurser der, eller å unngå kollabering på sengepost og få pasienten til høyere behandlingsnivå. Alle informantene var svært fornøyde når de kunne hindre en unødvendig innleggelse på intensiv, men flere nevnte at det er begrensninger på hvor lenge MIT skal jobbe med pasienten før de velger å overflytte.

«Når jeg holder undervisning så prøver jeg å formidle at målet er at pasienten skal bli værende på sengepost eller få tidlig intensivbehandling». (Informant 2)

«Det å forhindre en innleggelse på intensiv, det handler jo ikke bare om at det er... at vi på en måte sparer ressurser og skal ha mindre pasienter og... Men det å bli lagt inn på intensiv er en stor belastning for pasienter. Det er ikke for enhver, og det er ganske traumatiserende å ha den behandlingen de får. Og det vil vi jo unngå». (Informant 3)

Informantene var alle klare på forskjellen mellom akutt/hjertestans team og MIT, og oppgav at det sjeldent var så akutt at de ikke hadde kontroll og oversikt på situasjonen. På spørsmål om hvordan de snudde forverret tilstand på post svarte de at ofte klarte de snu pasienten med enkle sykepleietiltak som leiring og trakealsuging. De nevner også andre enkle tiltak som væskebehandling hos hypotensive pasienter, eller reversering av opiater. En av informantene hadde interne tall på overflytninger fra sengepost til høyere behandlingsnivå etter MIT utkall som viste at hovedvekten av pasienter ble værende på sengepost. Samtlige snakket om at MIT utkall prioriteres av hensyn til pasienten, teamet står sammen om å gi pasienten best mulig behandling.

«Og så tror jeg at vi fikk ned pasienter som kanskje tidligere hadde kollabert på post. Og det er jo det aller, aller viktigste. Det er faktisk å forhindre at pasienten blir ytterligere dårligere. Det er jo derfor vi er på sykehus og jobber her». (Informant 4)

«Jeg har egentlig ganske mange eksempler på når det har fungert bra. Og fungere bra, betyr ikke at vi ikke har fått pasienten på intensiv, at den er blitt på sengepost. Det er jo at vi har fanget opp en forverring av en tilstand som ikke lar seg snu på sengepost. Sikre at pasienten blir ... lagt inn på et høyere observasjonsnivå når han trenger det. Og at vi ikke underbehandler eller at behandlingen blir forsinket».
(Informant 3)

Enkelte tilstander krever høyere behandlingsnivå og lungeødem ble nevnt av flere, en tilstand som er stressende for både pasienten og postsykepleier. Alle kandidatene som nevnte lungeødem oppgav at de startet alltid behandling på post, men endte ofte med å overflytte pasienten til høyere behandlingsnivå.

«Vi hadde en pasient som hadde lungeødem, som vi ga furix og oksygen der og da, og ... som jeg opplever kanskje ble trygget av at vi kom, og også sykepleieren, for dette er jo stressende situasjon for alle. Den pasienten tok vi med på post ganske fort, for vi så at vi ikke kom i mål på sengepost, så den tar vi med på intensiv, så den fikk god behandling. Og jeg tenker at den pasienten ... antakelig fikk tidligere behandling enn den ville gjort hvis det ikke hadde vært MAT team, for man hadde faktisk catchet de ... den NEWS skåren tidligere da». (Informant 4)

«Det ble gjenkjent som at dette var et begynnende lungeødem ... Og ... egentlig så ville man i mange tilfeller bare tatt denne pasienten med seg og tenkt at den, den trengte et høyere behandlingsnivå.. Eh ... Men så var det en erfaren intensivsykepleier der, som også har mye erfaring fra kardiologisk intermedicær. Så hun sier at: “skal vi ikke bare.. ta maske/bag og så setter vi på PEEP, for vi har ikke med oss noe CPAP-maske eller noe sånt. Så ... de ble stående 10-15 minutter med PEEP på maske/bag ... og

klarte å snu det her lungeødemet med PEEP, morfin og furix ... at intensivsykepleierne tenkte litt lenger med å kunne gi PEEP og bruke de verktøyene vi faktisk har med oss ... At pasienten slapp å havne på overvåkingen med NIV- behandling for eksempel».
(Informant 2)

Intensivsykepleierne i MIT snakket om sin funksjon i teamet når det gjelder å snu en forverret tilstand og flere nevnte at de bidro med en spesial kompetanse, som ikke kunne overtas av andre spesialsykepleiere eller leger. Dette kunne dreie seg rundt kunnskap om forskjellig utsyr, sykepleietiltak og måten intensivsykepleiere jobber på som er annerledes enn eksempelvis postsykepleiere og anestesisykepleiere.

«Vi ser absolutt at vi har en superviktig funksjon.. for å snu.. en forverring».
(Informant 3)

«Fordi anestesilegene blir kastet ut i det uten å kjenne systemet. Uten å ... ja, de kan gå dit å ta en vurdering av pasienten, men det handler om hele systemet tidlig oppdagelse av forverret tilstand». (Informant 2)

Et tema som ble nevnt av samtlige informanter var behandlingsbegrensninger. Alle var enige om ikke alle pasienter skal på intensiv, men at dette i mange tilfeller ikke er avklart på forhånd. I de uavklarte situasjonene fallerte pasienten på sengepost uten en klar behandlingsplan, og sengepost sykepleier tilkalte MIT.

«Ofte så er det litt sånn at det ringes kanskje litt MAT i litt panikk, også.. er det ingen som har tatt stilling til HLR for eksempel, ingen som har tatt stilling til respirator så da blir det at man gjør det der og da». (Informant 1)

En av informantene fortalte at de jobbet med at behandlingsbegrensninger ikke skulle sette av MIT, og at inntrykket var at det skjedde sjeldnere enn tidligere. En annen mente at MIT kunne bidra til å øke bevisstheten rundt behandlingsnivå gjennom kompetanseoverføring til leger og sengepost sykepleier. Dersom MIT blir tilkalt til denne pasientgruppen må beslutningen tas av personell som kjenner pasienten dårligere enn sengepost lege. Samtlige informanter var klare på at MIT ikke hadde ansvaret for behandlingen så lenge pasienten var på sengepost.

«Men vi rykker også ut på der det er usikkerhet. Der det ikke er gjort klare retningslinjer. Der vi er med på å snakke med pårørende og leger. Og der vi etterspør ... behandlingsnivå. Hva slags behandling pasienten ikke er tjent med». (Informant 3)

Det ble også nevnt at noen pasienter kan være i palliativ behandling i årevis med behandlingsbegrensninger. Ved MIT tilkalling i disse tilfellene rykket de ut likevel for å se om de kunne bidra. En informant oppgav at de mest vellykkede MIT utkallene kunne være der de unngikk overbehandling og bidro til at lindrende behandling kunne igangsettes. Dette kunne også innebære å bidra i samtaler med pårørende

«Kanskje på en måte berolig pårørende, det å våge og prate om de vanskelige samtalene og at behandling ikke fører frem. Hva er det beste vi kan gjøre for pasienten? Der vi på en måte er med på å ta de vanskelige samtalene med pårørende. Der dem også på en måte forsoner seg med at det beste for pasienten å bli der den er». (Informant 3)

3.2 Å spille hverandre gode

Det er gjennomgående i datamaterialet at en av de viktigste funksjonene for intensivsykepleieren i MIT er å drive med kompetanseoverføring og veiledning til sengepost. En av informantene beskriver at intensivsykepleierne er vant med å jobbe systematisk, og at dette er noe som videreføres til sengepost.

«Sykepleierne på post var ofte veldig fornøyde. Fordi jeg tror det med den kompetanseoverføringen, og den er viktig. Den er ABC-tankegangen og prioriteringstankegangen». (Informant 4)

En av informantene beskriver videre at kompetanseoverføringen fortsetter inn i egen avdeling. Dette gjennom veiledning av nye intensivsykepleiere i mottak av ny pasient ved overflytting til intensiv etter et MIT.

«Så har vi heller sagt at MIT sykepleieren får da også anledning til å undervise nye sykepleiere.. Intensiv sykepleiere på intensiv i mottak av ny pasient. Etablering av ny pasient. Og kan da fortsette den veiledende funksjonen til nye, slik at de føler seg godt ivaretatt. Så det har på en måte vært den siste delbeskrivelsen av funksjonen og fokuset vi har hatt. Og en oppgave som.. Der vi kan på en måte utnytte en funksjon videre inn i vår avdeling». (Informant 3)

Informantene beskriver at de har flere viktige funksjoner i teamet. Samtlige nevner at basale sykepleietiltak er en viktig del av intensivsykepleierens funksjon, og kan bidra til å snu en forverret tilstand.

«Eh .. Pluss at de har lite erfaring på ivaretagelse av ustabile eller kritisk syke.. Eller altså det å snu en.. Forverret tilstand, spesielt det som går på respirasjon, hvis det er mye slimstagnasjon, det med enkle sykepleietiltak som leiring, mobilisering .. Eh ... Ha fokus på det her og henviser til fysio.. Slim mobilisering .. Bronkialsugning». (Informant 3).

«Ja, og så ikke minst dette med Thoraxleie. Det er sånn apropos enkle tiltak. Det er jo en del pasienter som har dyspnoe og KOLS og ... som er dårlig i respirasjonen sin. Og så finner man kanskje pasienten i en sånn liten tull nede på sengen, ikke sant? Og så er det bare det der enkle tiltaket å sette pasienten godt opp i thoraxleie. Det er litt sånn kompetanseoverføring da». (Informant 4)

Det fremkommer videre i datamaterialet at intensivsykepleieren skal være en ressurs og en trygghet for sykepleier på sengepost. Dette kan være blant annet håndtering av medisiner, tydeliggjøre legeordinasjoner, håndtering av utstyr. To av informantene beskriver også at de tilbyr seg å være igjen etter et MIT, eller å komme tilbake på tilsyn dersom det er ønskelig.

«Sånn at vi blir igjen og rigger utstyr hvis de trenger hjelp til det.. eller Vi bør gjerne rigge utstyr hvis de trenger hjelp til det eller.. ja.. alt mulig, veiledning, undervisning.. Og vi tilbyr også å komme tilbake på et tilsyn uavhengig av om legen gjør det eller ikke». (Informant 3)

En av informantene nevner også at det oppfattes å være lettere for sykepleier på sengepost å spørre en intensivsykepleier dersom noe informasjon er uklar.

«Det er mye lettere å spørre.. for en sykepleier på post.. er det mye lettere å spørre en intensivsykepleier enn en anestesilege ofte. Det er jo veldig variabelt, vi er jo så forskjellige. Men hvis det kommer en litt brysk intensivlege så er det ikke alltid så lett å spørre den». (Informant 2)

Det er gjennomgående i materialet at intensivsykepleieren deltar i beslutningsprosessen med tanke på om pasienten skal overflyttes til intensiv. Det beskrives at det er intensivsykepleieren som har oversikt over belegg og ressurser på intensivavdelingen.

«Det er ofte en sånn, litt sånn diskusjon innad teamet om pasienten skal på intensiv eller ikke. Det er jo først og fremst den diskusjonen vi på en måte blander oss opp i da. Fordi vi som regel vet litt belegget på intensiv og hva vi har av ressurser». (Informant 1)

Alle informantene var samstemte angående viktigheten og fordelene av å jobbe sammen som et team. I datamaterialet fremkommer beskrivelser som understreker at alle i teamet har en viktig funksjon for å sikre optimal pasientbehandling. En av informantene beskrev dette på en flott måte:

«Men at vi spiller sykepleier på post god, og gir dem verktøy og tilfører kunnskap ... gi trygghet. Så det er veldig mye fokus på akkurat det [] Men det går på .. altså av og til så er det rett og slett at to hoder eller fire hoder tenker bedre enn et».
(Informant 3)

Samtlige informanter drar spesielt frem viktigheten av at sykepleier og lege på post deltar i teamet. Det beskrives at det er dem som kjenner pasienten fra tidligere. På bakgrunn av dette nevner informantene at det er verdifullt at både lege og sykepleier på post har en spesifisert funksjon i teamet for å bedre samarbeidet. Flere informanter kommenterte at det var gjort observasjoner hvor sykepleier på post har trukket seg tilbake under MIT utkall. Dette var gjentakende i datamaterialet.

«Vi opplever jo av og til at både lege.. altså pasientansvarlig leger som er på post, pluss sykepleier, plutselig forsvinner når MIT teamet kommer. At vi er opptatt av.. at vi skal påse at alle som er i MIT teamet er til stede, sånn at vi får en felles situasjonsforståelse, vi snakker mye om det. Det er at.. vi tar plass i teamet. Ikke la oss overkjøre, men at våre meninger og observasjoner er like viktige som legen sine. Og at vi kan komme med viktig innspill. Og.. det å bruke verktøy som timeout for å få.. bli hørt». (Informant 3)

«For sykepleier på post blir også innlemmet i MAT teamet. Ehm, sånn at de også tar litt større ansvar for pasienten. For det er jo de som kjenner pasienten. Så de har ansvaret for å dokumentere i metavision, hva som blir gjort. Men nå når de har fått ansvar og har egen rolle teamet så er det, blir de værende på en måte hele responstiden, og da tror jeg de også føler litt ansvar og da fungerer det mye bedre med samarbeidet». (Informant 1)

Flere av informantene beskriver at det ikke er til fordel at sykepleier på post blir benyttet til andre oppgaver som å for eksempel hente ting.

«Ellers så går det jo litt på rolleforståelse. For eksempel er det veldig ugunstig hvis pasientansvarlig sykepleier begynner å springe ut på diverse ærend». (Informant 2)

Det fremkommer også i datamaterialet skildringer av opplevelser hvor teamet sammen har håndtert krevende situasjoner sammen med sin kompetanse. Videre presiseres det hos samtlige informanter at MIT ikke er et akutt team.

«Vi har sprunget og klart å håndtere den .. ehh .. Akkurat her var det et fremmedlegeme i halsen, med en alvorlig KOLS i tillegg. Så klarte vi å håndtere det. Men det kunne jo veldig raskt gått i en hjertestans. Men der hadde vi ... vi hadde nok bedre kompetanse enn å utløse et fullt team for å håndtere situasjonen på en litt roligere måte». (Informant 2)

Gjentakende i alle intervjuene kommer det frem at alle informantene er bevisst egne holdninger ved MIT uttrykk. Videre fremkommer viktigheten av at intensivsykepleieren er bevisst sin funksjon i teamet. Alle informantene er tydelige på at deres funksjon i teamet er en veiledende funksjon og at en belærende adferd ikke er ønskelig i teamet. En av informantene beskriver også at terskelen for å kontakte MIT for sykepleier på post er høyere dersom intensivsykepleieren gir uttrykk for at utkall var unødvendig.

«Jeg tror at terskelen til å ringe MAT er veldig høy, for det er veldig mange som har hatt dårlige opplevelser og kanskje sånn intensivsykepleiere som : "Jaja, hva gjør vi her" liksom. Eh, ja, at du får inntrykk av at det var unødvendig da». (Informant 1)

«Det er ikke til å stikke under en stol at i starten var det veldig mye belæring. Og det er en adferd som vi ikke ønsker å ha. Vi liker å kalle det for veiledende funksjon. Eh .. ja .. så er det litt om, om hvordan vi opptrer når vi kommer. At vi faktisk er på besøk».
(Informant 3)

3.3 Organisering og samordning av ressurser

Når det gjelder opplæring til deltakelse i MIT hadde informantene forskjellige erfaringer. To av informantene hadde rutiner for opplæring i tillegg til gjennomgang på fagdager og simulering sammen med sengepostene og leger. En informant hadde ingen opplæring, men gjennomgang på fagdag ved oppstart av MIT, mens en annen informant ikke hadde noen form for opplæring annet enn MIT uttrykk som student på avdelingen.

«Nei, det er ikke noen formell opplæring egentlig Men jeg har inntrykk av at man prioriterer å ha med studenter på MAT, for eksempel, som du vet skal jobbe der senere ..Ehm.. ellers så er det bare en dag så får du den MAT- callingen (ler) og da må du finne ut litt av det på egen hånd egentlig». (Informant 1)

En av informantene opplevde at nyutdannede kunne gå på MIT utkall uten opplæring, men med mulighet for følge av mer erfaren intensivsykepleier. Tre av informantene erfarte at intensivsykepleier i MIT skulle ha minimum to års erfaring som intensivsykepleier før en ble med i MIT.

«Altså funksjonsbeskrivelsen [til intensivsykepleier i MIT] skal gå på at du skal være intensivsykepleier og du skal ha minimum to års erfaring.. Du skal ha gjennomført en opplæring på hva funksjonen er». (Informant 3)

To av informantene som ikke hadde formell opplæring i MIT mente opplæring ikke var nødvendig. Dette begrunnet de i at en skal gjøre intensivsykepleie oppgaver i teamet og at uttrykkene sjeldent var helt akutte.

«det er jo intensivsykepleierpraksis som skal gjøres på post også. Så det var ikke noe opplæring som så da ... Det er jo ikke så veldig mye annerledes enn sånn vi jobber på intensiv, bortsett fra at vi er på en annen arbeidsplass på en måte, på en annen post da». (Informant 4)

De to informantene som hadde opplæring og simuleringer sammen med sengepostene mente dette var svært viktig og at både avdelingene og de ansatte dro stor nytte av undervisningen. En av disse informantene var leder i MIT komiteen og hadde undervisninger både med intensivsykepleierne og sengepostene. Informanten hadde også laget en intern spørreundersøkelse i forbindelse med opplæringen.

«Så nå har vi et undervisningsopplegg. Jeg har kjørt en spørreundersøkelse på forhånd. Det var at.. 47 prosent av alle våre intensivsykepleiere som gikk på MIT ... de opplevde at de ikke hadde fått tilfredsstillende opplæring». (Informant 2)

Denne informanten oppgav at grunnen til engasjementet rent personlig var opplevelsen med første MIT utkall, hvor informanten følte seg kastet ut i det og satt igjen med en dårlig følelse.

«Så jeg stod der og liksom bidro ikke så mye, og følte meg litt overflødig og klarte ikke helt. Jeg visste ikke min rolle, rett og slett. Så de [legene] diskuterte ferdig, og det ble tatt avgjørelser. Så gikk vi tilbake, og jeg stod der og følte meg ikke så vellykket rett og slett». (Informant 2)

Informanten mente det vil telle negativt for teamet dersom intensivsykepleieren er usikker på sin funksjon i teamet, ikke tør ta sin plass eller ytre sine observasjoner og meninger om pasientens tilstand.

«Hvis det er det negative så er det kanskje det at intensivsykepleieren ikke har hatt høy nok psykologisk trygghet til å delta i teamet». (Informant 2)

Det er et tydelig ønske fra flere av informantene om dedikert stilling til undervisning og vedlikehold av systemet rundt tidlig varsling da de erfarer at dette er tid- og ressurskrevende.

«Fordi når vi startet MIT så var det en nasjonal tiltakspakke fra helsedirektoratet. Så da ble det satt i verk masse, men så gikk årene og så var det ikke noe vedlikehold av systemet. Og for å opprettholde et godt.. eeh.. hurtigresponssystem så krever det kontinuerlig vedlikehold. [] Men det er den.. den opplæringsbiten som går igjen, altså

vedlikehold av systemet rett og slett. Man bør ha noen dedikerte personer som, som jobber med det». (Informant 2)

Informantene som hadde simulering som en del av opplæring og vedlikehold av MIT mente dette bidro stort til kompetanseoverføring, og samtidig gjorde terskelen for å tilkalle MIT lavere for sengepostene da de ble kjent med teamet. To av informantene nevnte spesielt deltakelsen av LIS anestesi, og at de ofte hadde behov for opplæring sammen med MIT sykepleier.

«For min del var det nesten den beste erfaringen med det [simulering] var at jeg gikk med en LIS sånn at jeg kunne utdanne han litt ... Jeg tenker at legene bør ha litt mer opplæring også. Ehm ... Nå er det litt sånn at jeg går og pikker de nye på skulderen og forteller de. Men det blir veldig personavhengig av at jeg.. ser de.. og informerer dem». (Informant 2)

Tidligere forsøkte de simulere med overlege anestesi, men dette viste seg vanskelig grunnet kapasiteten hos legene. En av informantene erfarte derfor at det gav stor gevinst å ha LIS med på simulering i stedet. I tillegg til opplæringen av LIS kunne de oftere simulere med fullt team.

«Men ... vi har snudd det dit, at vi ønsker å ha LIS legene våre med på de simuleringene. For dem trenger det virkelig. Og det har gjort det større mulighet ... sånn at vi kan delta». (Informant 3)

En annen fordel informantene nevnte angående simulering sammen med legene var at de fikk større innsikt i intensivsykepleieres funksjon.

«De trenger undervisning på hva det er vi intensivsykepleiere.. Hva er det vi har av kompetanse som er.. Spesielt for oss. Og jeg ser at de også på bakgrunn av det har lært å kjenne intensivsykepleierens funksjon mye bedre». (Informant 3)

Det var etterstrebet at intensivsykepleier skulle være med på simulering som en del av kravet til å være med i MIT, men de erfarte at det ikke alltid lot seg gjennomføre grunnet ressursmangel.

«det er et mål at man skal ha vært med på simulering, men det er ikke alltid vi får det til før man er godkjent som en sånn MIT-sykepleier da. Og i hovedsak følge en erfaren intensivsykepleier og ha fått opplæring». (Informant 2)

En av informantene opplevde det som nyttig at en erfaren intensivsykepleier var til stede under simulering sammen med uerfaren intensivsykepleier. Det ble også sagt at de prioriterte simulering som opplæring til nye intensivsykepleiere i MIT.

«Så prøver jeg eller en annen å være med når de simulerer. Sånn at vi kan være med og veilede og korrigere eller ... Ja, ta videre undervisninger med den som gikk på MIT. Men også på legesiden .. Sånn at vi kan gi en debrief på hva vi kunne gjort annerledes, og hva er viktig å huske på og .. ja». (Informant 3)

Flere av informantene hadde MIT komite eller MIT ressursgruppe på sine sykehus, disse gruppene bestod i hovedsak av fagsykepleiere fra intensiv og /eller sengepost, intensivsykepleiere og leger. De møttes jevnlig og hadde ansvar for undervisning og informasjon både til intensivavdeling og sengepost. Noen av tiltakene som ble igangsatt var lommekort med kontaktkriterier til sengepostsykepleiere, simulering med sengepostene og registreringer av utkall med årsak og varighet.

«Og MIT komiteen det er en gruppe leger og sykepleier fra ulike .. både kirurgen, medisin og intensiv som møtes med jevne mellomrom .. For å kartlegge behovet for forbedring og ... ja hvis det går er avvik på systemet eller .. ja. Hensikten med MIT komiteen, var jo på en måte å løfte viktigheten av det, og at det skulle på en måte være et forbedringsprosjekt ... på sykehuset». (Informant 3)

De fleste av informantene hadde fagprosedyrer for MIT, men flere opplevde at manglende ressurser gjorde det vanskelig å vedlikeholde prosedyrene.

«Etter hvert så ble det laget faktisk.. på oppfordring fra oss, en fagprosedyre på MIT ... og den var ganske omfattende. Ganske mange deltakere med i referansegrupper, bestående av både lager og sykepleiere ... den er dessverre ikke oppdatert. For det er ganske krevende å oppdatere den prosedyren». (Informant 3)

En informant opplyser om at de har forsøkt å tydeliggjøre oppgavene til MIT i den forenklete prosedyren, men at de savner fagprosedyre for intensivsykepleieres funksjon i MIT.

«Vi har også tydeliggjort prosedyrene våre ... på oppgave, på å gå MIT. Vi har dessverre ikke kommet så langt at vi har laget en eksplisitt prosedyre for MIT ... sykepleierfunksjonen i MIT team fra vår avdeling. Men det står skrevet om i noen enkle linjer på en prosedyre som brukes på hele huset». (Informant 3)

En av informantene forteller at de også skal rykke ut til serviceavdelingene slik som CT lab og poliklinikker, men at de ikke har god nok kjennskap til MIT og prosedyrene.

«da bruker de [serviceavdelingen] stansteamet i stedet, eller de ringer en anesthesisykepleier, eller .. de tar pasienten til mottak. Så der har det utviklet seg litt egne greier som jeg driver og adresserer da ...». (Informant 2)

Fagprosedyrene ble brukt i opplæringsammenheng, og en informant oppgav at kjennskap til prosedyren og utstyr i tralle var en del av e-læring og kompetansekrav til MIT.

Alle informantene hadde med seg utstyr på utkalling. Noen hadde en ryggsekk, mens andre hadde en tralle. En av informantene som hadde tralle opplevde dette som upraktisk og erfarte at det var mye unødvendig utstyr. Informanten oppgav at trallen inneholdt utstyr som allerede fantes lett tilgjengelig på sengepost eller utstyr de sjeldent fikk brukt for under et MAT utkall.

Tralle betydde at de alltid måtte ta heisen, det kunne forsinke teamet og minske fremkommeligheten.

«Ofte er det jo veldig mye mer folk da, det venterommet på laben for eksempel, pleier jo å være stappfullt. Det er ikke bare bare å komme dit med den svære MAT-tralla».
(Informant 1)

En av informantene som hadde sekk med på utkall hadde brukt mye tid på å utarbeide innholdet. I tillegg hadde informanten laget en laminert innholdsfortegnelse utenpå sekken slik at alle i teamet kunne ha oversikt over hva de hadde tilgjengelig.

«Også har jeg laget en bitteliten laminert liste med innholdsfortegnelse. Hun som var ny LIS hun.. når noen spurte etter maske/bag, så sier hun at hun finner maske/bag i sekken og annet utstyr. Da var det så fint, for da tok hun i bruk den der, med en gang, selv om hun aldri hadde sett sekken, så visste hun straks hva hun hadde». (Informant 2)

En annen informant opplevde at innholdsfortegnelse på sekken også bidro til effektiviteten i teamet, slik at sykepleier ikke må forlate rommet unødvendig for å hente utstyr.

”Vi har også eh .. MIT sekk. Altså utviklet en sekk som vi har med oss på hvert utrykk. Som skal ivareta behovet for å kunne håndtere akutte situasjoner eller .. eh .. bare det å ha utstyr som er mer tilgjengelig der og da, sånn at .. sykepleier slipper å forlate teamet. At vi har med oss nødvendig utstyr for å ivareta ABC». (Informant 3)

Kapasitet, belegg og bemanning på intensivavdelingen var stort fokus for alle informantene når de snakket om ressursbruk med tanke på MIT. Alle hadde erfaringer med omrokking av personell og endringer i stillingsfunksjoner i løpet av vekten. Ansvarsvakten var den som stort sett hadde myndighet og ansvar for å sørge for at alle funksjoner var dekket og at avdelingen hadde kapasitet til å ta imot eventuelle pasienter fra sengepost. Hvor og hvordan ansvarsvakten kunne frigjøre ressurser var også tema under MIT opplæring hos to av informantene.

«det er også litt av fokuset på undervisningen, hvis vi går tilbake til det, er hvor kan ansvarshavende frigjøre ressurser til MIT, hvis den som har oppgaven er opptatt i en akutt situasjon og plass». (Informant 3)

Samtlige informanter hadde også erfaringer med å ha ansvar for egen pasient samtidig som de hadde MIT utkall. Hos de fleste var dette unntak, men en av informantene fra et mindre sykehus oppgav at dette var vanlig praksis. Ingen av avdelingene representert i studien har dedikerte ressurser til intensivsykepleier i MIT.

«At da kan vi frigjøre en annen som har en mer stabil pasient, så kan en nabo sykepleier passe på denne pasienten.

Imens den går på MIT, bare for å prøve å snu situasjonen». (Informant 3)

«Vi har ikke noen ekstra ressurser til å opprettholde den rollen. For vi er jo helt avhengig av å ha folk på gangen som kan støtte, avløse og hjelpe. Så det er klart, vi har jo samtidighetskonflikter». (Informant 2)

De fleste informantene fortalte at de i utgangspunktet hadde en løs funksjon i avdeling sammen med MIT calling. Den ene informanten hadde erfaring fra tidligere med at to intensivsykepleiere delte hjertestans- og MIT calling funksjonen. Denne ordningen fungerte fordi de var to, men informanten opplyste at det ville vært stressende å ha ansvar for begge callingene alene.

«Her er det jo bare en intensivsykepleier som går med stans caller, og den er jo alltid, eller i hvert fall nesten alltid løs. Har en løs funksjon. Men ... jeg synes kanskje at hvis du har den MIT- eller MAT-utrykning også, så det blir jo ganske sårbart da, hvis det er den samme som skal ha det, fordi det faktisk er sånn at det kan være andre pasienter på sykehuset som ... det kan bli en samtidskonflikt da. Så det kunne kanskje vært en annen enn den som var i hjertestansteamet, som har MAT-utrykning, fordi det

er jo en veldig stressende situasjon hvis den stans calleren går samtidig som du har MAT-utrykning». (Informant 4)

Det å ha «løs» funksjon sammen med MIT calling virket på de fleste av informantene å være den beste løsningen, men mye var avhengig av belegget på intensivavdelingen.

«For tiden har vi overvekt av barn i avdelingen, og flere er på respirator. Og den minste er bare noen måneder, i tillegg til voksne. Så.. krever det en del ressurser. Så det er en omfordeling av ressurser som er til stede utfra ... ja, belegget.. og hva de krever av ressurser». (Informant 3)

Kun en informant oppgav at det stort sett var ansvarsvakten som hadde MIT funksjon, men at oppgaven ofte ble delegert til øvrige ansatte.

Når de fikk utkall ved siden av å ha egen pasient løste de det ved å delegere ansvaret for sin egen pasient til en annen sykepleier som enten hadde en stabil, våken pasient, eller en dypt sedert, stabil pasient.

«Det kan være pasienter som er stabilisert ... både på ABC ... som er våkne og samarbeidende. Eller som er såpass sedert at du skal kunne ha full kontroll til å stå å passe på to samtidig. Pluss at du da har ansvarshavende som går løst. Den som har vakt ... ansvar ... på intensiv kan bistå hvis det trengs». (Informant 3)

Samtlige oppgav at de fikk tildelt stabile, våkne pasienter dersom de samtidig hadde MIT funksjon.

«Men du hadde ikke dårlig intensivpasient ved siden av MAT. Det hadde du ikke. Du hadde kanskje postoperativ eller.. en enklere pasient». (Informant 4)

Dersom pasienten endte med å bli tatt med på intensivavdelingen etter MIT utkall hadde de varierende praksis rundt hvem som skulle ta imot pasienten på avdeling. En av informantene fortalte at de hadde måtte endre praksis for å unngå at MIT sykepleier, som også hadde «løs» funksjon ble pasientansvarlig.

«Hvis den blir tatt med på avdeling, så tar vi med oss pasienten og etablerer den. Da var det MIT sykepleieren som fortsatte på pasienten, for den kjente den jo. Men ofte er det sånn hos oss nå at.. det er den mest erfarne (...) Og dermed så kan det være den mest uerfarne som da står klar til å ta en ny pasient eller overta MIT funksjonen».
(Informant 3).

En av informantene fra et mindre sykehus mente det var uproblematisk å gå på utkall med tanke på bemanning, men at problemet ofte var kapasiteten på avdelingen dersom pasienten hadde behov for intensivbehandling.

«Altså det er større sånn med plass, at har vi plass til å ta pasienten med oss igjen? For det er jo ikke alltid vi har. Og da hender det at vi må eh (...) altså, vi kjører ut en pasient mens det kommer inn en pasient på en måte». (Informant 1)

Flere av informantene hadde opplevd at de måtte avstå fra utkall til sengepost grunnet kapasitet på intensivavdeling. De forsøkte da om mulig å gi råd over telefon.

«Vi har jo stått med knalldårlige pasienter hvor det er snakk om liv eller død, og man kan rett og slett ikke gå ifra ... Alle hender er i bruk.. hvor jeg bare måtte rådgi på telefonen og beklager så mye, dere må håndtere, jeg klarer ikke å sende noen. Vi har anestesilege på operasjonen, vi har ikke flere, det er midt på natten. Alle ressursene vi har er tatt i bruk». (Informant 2)

Det hendte da at intensivlege gikk alene på tilsyn. I disse tilfellene mente informantene dette var svært uheldig, og en oppgav at de skrev avvik i slike tilfeller. Flere oppgav også at det hendte intensivsykepleier i MIT måtte gå i forveien uten anestesilege, eller ta tilsynet alene og eventuelt rapportere tilbake dersom anestesilege var opptatt.

«Da har legen gått alene. Det er ikke noe vi ønsker, og det er jo det vi melder ... da melder vi avvik. For å synliggjøre at vi har ikke nok ressurser til å ivareta ... en oppgave som er viktig for hele organisasjonen». (Informant 3)

Samtlige informanter hadde erfart at det på kirurgiske avdelinger var vanskelig å få vakthavende sengepostlege med på MIT utkall. Ofte sto de opptatt på operasjon, og det var utfordrende å da få tilkalt bakvakt eller annen stedfortreder.

«En utfordring på kirurgiske poster, det kan være at.. kirurgen står på en operasjon, og så står det en stakkars sykepleier der som prøver veldig å få hjelp, men klarer ikke å få.. få den legen av gårde. Da er det viktig at vi.. vi møter opp likevel. Jeg presiserer at sykepleier skal ha prøvd å få tak i lege, men da er det den legen som får en liten sånn.. ja ikke smekk etterpå, men de skal møte. Det er de som har ansvaret for pasienten, og står de på operasjonen så skal de tilkalle sin bakvakt». (Informant 2)

To av informantene i studien hadde rutine på opplæring og minimum to års erfaring som intensivsykepleier som et kriterium for å være i avdelingens MIT, men de erfarte at det kunne avvike i enkelte tilfeller. Dersom erfaren MIT sykepleier ikke hadde kapasitet å gå fra, kunne mindre erfarne gå på utkall dersom det var erfaren intensivlege i MIT.

«Også med tanke på hvis det er en overlege som går, er det mindre.. altså da er det greit at da ... vurderer vi det ut ifra hva vi har kapasitet til og hvilke andre ... om det er

samtidighetskonflikter, om det er andre som kan ivareta den funksjonen». (Informant 3)

Hos samtlige sykehus innlemmet i studien har intensivavdelingen også ansvaret for stans/akutt calling, hvor de da rykker ut med intensivlege og intensivsykepleier. Hos et av sykehusene hadde intensivsykepleierne i tillegg en funksjon ved slagalarmer, her bidro de til akuttbehandlingen i akuttmottak og på CT lab. Flere nevnte også at de hadde andre oppgaver utenfor intensivavdelingen, som for eksempel å bistå ved prosedyrer på sengepostene. En av informantene hadde ofte hadde opplevd å bli tilkalt i MIT, men forverring hos pasienten gjorde at stans team ble tilkalt før de rakk frem.

«Det er ofte vi har gått på.. holder på å si, nesten kollisjonskurs, fordi vi er blitt kalt ut ... Også har det skjedd en forverring ... La oss si at det blir en stans, for det har jo skjedd. Og da ringer de stans-teamet. Og da kan det være at vi kommer samtidig».
(Informant 3)

Noen av informantene nevnte sårbare tidspunkter, dette var tider på døgnet eller høytider hvor de så en økning i antall henvendelser. De mente dette var resultater av lavere bemanning, men også mindre legedekning og at det derfor kanskje ikke var tatt stilling til behandlingsnivå.

«Og så er det, det er ikke så, det er litt overvekt av uttrykning på natt. Men ellers er det relativt jevnt fordelt på de tre ulike skiftene. Det kommer ofte litt flere MIT i høytidsdager også.. så det er jo gjerne et resultat der. Litt mindre ... eehm .. legedekning ... eh bemanning og det å ta stilling til ting da». (Informant 2)

Selv om flere av informantene erfarte at MIT er ressurskrevende med tanke på bruk av personell og tid, var de enige om gevinsten teamet gir. To av informantene brukte mye tid på synliggjøring av behovet for MIT på sine sykehus, og jobbet aktivt for å få midler til en

dedikert stilling. Alle mente at MIT bidro til å hindre overbehandling, unødige innleggelser på intensiv og bidro stort i kompetanseoverføring til sengepostene.

«vi sparer pasientene for masse behandling og unødvendig lidelse. Og vi sparer masse ressurser for at man klarer å sette behandlingsbegrensingene tidligere da».

(Informant 2)

På bakgrunn av dette nevnte flere at det burde avsettes dedikert personell og ressurser til opplæring og vedlikehold av systemet.

«Det er mer arbeid, ja, det er ingen tvil om det.

Men.. så langt som vi er kommet så kan jeg nesten ikke si nei til det [etablering av MIT på andre sykehus] på bakgrunnen av de nytte verdiene vi ser.

Ja ... Min drøm for det er at det blir en nasjonal anbefaling.

At det skal være noe vi er pålagt å ha». (Informant 3)

4 Diskusjon

Denne studien belyser intensivsykepleiers opplevelse med organisering av MIT og samordning av ressurser. Ut fra studiens funn ble tre kategorier identifisert; «*Rett behandling til rett tid*», «*Å spille hverandre gode*» og «*Organisering og samordning av ressurser*». Fra kategoriene ble det identifisert noen subkategorier som bidrar til å besvare studiens problemstilling. I dette kapittelet vil funnene drøftes opp mot teori, forskning, egne erfaringer og refleksjoner. Kandidatene ønsker å drøfte hensikten og gevinsten av MIT sett i lys av ressursene som benyttes. Dette innebærer også behovet for intensivsykepleierens funksjon i teamet, samt eventuelle organisatoriske barrierer for et velfungerende MIT.

5.1 Rett behandling til rett tid

Gjennom alle intervjuene snakket informantene om at pasienten skal være i fokus, og la vekt på at MIT først og fremst skal komme pasienten til gode. Det handlet om å snu en forverret tilstand på sengepost, få pasienten tidlig på et høyere behandlingsnivå eller å kunne ta en avgjørelse om at behandling ikke vil føre frem. Helsedirektoratet (2020) videreførte tiltakspakken «Tidlig oppdagelse av forverret tilstand», og satte dermed sammen ni råd som bygger på Rapid respons system. Bakgrunnen for dette er ifølge Helsedirektoratet (2020) at mangelfull observasjon av pasienten og sen oppdagelse av forverret tilstand blant annet er skyld i en tredjedel av unødige dødsfall. Flere informanter opplyste om at de prioriterte MIT utkall høyt nettopp av disse grunnene, selv om det kunne være ressurskrevende. De erfarte at MIT var nyttig i denne sammenheng, selv om ikke alle kunne vise til tall. Felles for alle informantene var hensikten med MIT som først og fremst er å være der for pasienten. Stevens (2022) peker på at det er vanskelig å konkludere angående effektiviteten av MIT fordi teamene er organisert forskjellig og kvaliteten på tilgjengelig datamateriale er varierende. Forskningen brukt til denne studien, samt intervjuene kandidatene har gjennomført viser at teamene er noe varierende i sammensetning og at organiseringen rundt teamene er forskjellig. Kandidatene kan derfor forstå hvorfor det kan være utfordrende å måle effektivitet og sette ned generelle retningslinjer for organisering av teamene. En forutsetning ville kanskje vært at alle teamene måtte registrere utkall i samme system, og at det ble satt ned nasjonale komiteer for registrering og oppfølging.

Helsepersonell er pliktig ifølge helsepersonelloven § 4 (Helsepersonelloven, 1999) til å arbeide utfra sine kvalifikasjoner og innhente bistand der det er nødvendig og mulig. Ved behov skal dette skje gjennom samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell. For å redusere alvorlig helsesvikt, økte liggetider, intensivbehandling og dødsfall er det vesentlig å kunne oppdage forverret tilstand og tidligst mulig iverksette rask respons (Helsedirektoratet, 2020). Selv om informantene i vår studie snakket mye om hvor ressurskrevende MIT kan være, var de klare på at det også sparer intensivavdelingen og sykehusene ressurser samtidig som det kan spare pasientene unødvendige innleggelser på høyere behandlingsnivå. Dette samsvarer med Bunkenborg et al. (2022) hvor informantene i studien mente at i tillegg til å bedre pasient behandlingen, sparte MIT sykehusene for utgifter ved å stabilisere flere pasienter på sengepostene. Det er enkelt å se for seg fordelene for pasienten og sengepostene ved å implementere MIT i sykehus. De får raskere kyndig hjelp, det virker tydelig betryggende for både pasient og postsykepleier utfra hva informantene i vår studie har erfart og pasienten vil bli vurdert med tanke på behandlingsnivå. Dersom MIT lykkes å snu pasientens tilstand på sengepost er det også enkelt å se for seg ressursene som spart sett opp mot at pasienten ble overført til en intensivbehandling. Dette må da nødvendigvis sees i sammenheng med ressursene intensivavdelingen må bruke, kanskje spesielt med tanke på personell, opplæring og belastningen i avdelingen ellers. Kandidatene finner det vanskelig å veie ressursbruk og besparelser ved MIT opp mot hverandre, ikke bare fordi det mangler kartlegging, men også fordi det er vanskelig å veie ressurser og utgifter opp mot behandling og pasientsikkerhet. Helsedirektoratet (2020) oppgir det er færre hjertestanser og lavere mortalitet ved sykehus som har systemer for rask respons ved forverret tilstand, men kandidatene har til denne studien ikke klart finne tall på dette i Norge.

MIT ble også utkalt til pasienter hvor det er satt behandlingsbegrensninger eller spørsmålet om behandlingsnivå var uklart. Alle informantene i vår studie oppgav at MIT ikke var tiltenkt pasientgruppen hvor behandlingsbegrensninger var satt, men at de tok slike utkall likevel. Intensivsykepleierne i studien til Bunkenborg et al., (2022) opplevde at legene på sengepostene ofte ikke hadde tatt stilling til behandlingsnivå- eller begrensninger, og følte seg derfor tvunget til å ta opp temaet når de sto i situasjonen. Disse utkallene kunne i

utgangspunktet dreie seg om andre problemstillinger, men endte med at intensivsykepleieren i MIT følte seg etisk forpliktet til å ta opp temaet. Intensivsykepleierne opplevde det belastende og bekymringsfullt at det så sjeldent var tatt stilling til temaet. Dette samsvarer med Weatherburn og Greenwood (2023) som fant at intensivsykepleier i MIT ofte måtte ta ordet i teamet og være den som snakket for pasienten der de så at behandling ikke ville føre frem, eller der pasienten hadde uttrykt ønsker om behandlingsbegrensninger. Informantene i vår studie oppgav at de opplevde hyppigere utkall ved helligdager og ferieavvikling. De mente dette hørte sammen med lavere bemanning, mindre erfaren bemanning og lavere legedekning. Dette førte ifølge informantene til at færre tok stilling til behandlingsnivå eller satte behandlingsbegrensninger. Basert på egne erfaringer er dette gjenkjennbart, ofte må eksempelvis ferie turnus fylles av nyutdannede sykepleiere og vikarer. Når pasienten da opplever en forverring i tilstand og det ikke er lagt en klar plan er det forståelig at de tilkaller MIT. Dette erfarte også informantene og oppgav det som begrunnelse for at de likevel tok utkall til pasienter hvor det var satt behandlingsbegrensninger. Informantene oppgav at i slike situasjoner kunne de være behjelpelige med lindring, og også være til stede i samtaler med pasient og pårørende. De opplevde det ikke som et stort problem, men erkjente at det var tidkrevende. De følte med postsykepleieren som hadde få strenger å spille på i tillegg til alle de andre pasientene som skulle ivaretas. Informantene som hadde lang erfaring med MIT opplevde at dette skjedde sjeldnere enn før, og de begrunnet det med at de hadde satt fokus på problemstillingen. Det kan tenkes at det på lang sikt kan være besparende å bruke ressurser på nettopp dette. Dersom det settes behandlingsbegrensninger og legges en klar plan for pasienten vil sykepleier på post ha bedre forutsetninger for å håndtere situasjoner som oppstår og MIT vil spares for disse utkallene.

5.2 Å spille hverandre gode

Informantene i studien gir uttrykk for at en stor del av deres funksjon i MIT går ut på å være en trygghet og ressurs for sykepleier på sengepost. Flere opplevde at de kunne se skuldrene senke seg hos sykepleieren på sengepost når de kom. Det kan tenkes at når det kommer personell med høy kompetanse innen behandling av kritisk syke føler postsykepleier at noen

kan ta over det tunge ansvaret det er å stå i en slik situasjon. Personalet i MIT er tross alt kjent med disse akutte tilstandene, mens sykepleier på post har kanskje mindre erfaring og kompetanse til å håndtere situasjonen alene.

Alle informantene i studien understreket kompetanseoverføring som en viktig del av deres funksjon som intensivsykepleier i MIT. Flere av informantene i studien fortalte at de hadde vært med på å snu en forverret tilstand med enkle sykepleietiltak. Dette kunne omfatte riktig leiring av pasienten, oksygenbehandling og slimmobilisering. I disse tilfellene kan det tenkes at kompetanseoverføring av basale sykepleietiltak vil styrke postsykepleiers evne til å håndtere lignende situasjoner senere. Intensivsykepleieren i MIT har også avansert kunnskap utover postsykepleiers forventede kompetanse, informantene nevnte blant annet erfaring med høyteknologisk utstyr, akutt medisiner og systematisk tankegang ved undersøkelse av pasienten. Dette samsvarer med funn fra Weatherburn og Greenwood (2023) som fant at intensivsykepleieren i MIT jobber konsekvent systematisk ved ankomst på sengepost, og bruker både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter ved undersøkelse av pasienten. Intensivsykepleierne i studien kommuniserte hele tiden sine funn videre til resten av teamet og foreslo tiltak. McCormack og McCance (2010, s. 71-72) beskriver at teamarbeid kan bidra til å øke kompetanseoverføring på arbeidsplassen. Det beskrives videre at det å fremme læring på arbeidsplassen kan bidra til å bedre arbeidsmiljøet gjennom personlig og faglig vekst, samt ansees det å kunne fremme effektivitet og trivsel på arbeidsplassen. Det kan tenkes at dette vil bidra til å øke kunnskap og bedre den personsentrerte sykepleien.

I studien til Loisa et al. (2021) kommer det frem at samarbeid mellom sykepleiere og leger kan være en potensiell barriere med tanke på å oppnå et suksessfullt MIT. Likeledes påpeker helsedirektoratet (2020) at en tredjedel av unødige dødsfall i sykehus er relatert til blant annet svikt eller misforståelser i kommunikasjon mellom helsepersonell. Dette bygger opp under funn som fremkommer i denne studien om at intensivsykepleieren spiller en sentral rolle i samarbeidet når det kommer til kommunikasjon i et MIT. Da informantene i studien oppgir at de opplever at flere sykepleiere på sengepost vegrer seg for å stille spørsmål til legene i et MIT. Videre hevder flere av informantene at de bidrar til å tydeliggjøre legemiddelordinasjoner eller at det er lettere å spørre en intensivsykepleier dersom noe er uklart. Egne erfaringer tilsier at det krever faglig tyngde og erfaring for å gripe inn i en

diskusjon når en pasient er kritisk syk. En av informantene i vår studie påpeker viktigheten av psykologisk trygghet hos intensivsykepleieren under MIT utkall, og dette er noe de har stort fokus på under opplæring og simulering. Under videreutdanningen i intensivsykepleie vurderes studentene i praksis på ikke-tekniske ferdigheter. Ikke tekniske-ferdigheter er beskrevet som et sett kognitive og sosiale ferdigheter som komplimenterer sykepleierens tekniske ferdigheter. Ferdighetene innebærer blant annet situasjonsforståelse, beslutningstaking, kommunikasjon, team arbeid, lederskap og stressmestring (Flin et al., 2011, s. 1). Ferdighetene kan tenkes å medvirke til at intensivsykepleieren har kompetanse og faglig trygghet til å kommunisere tydelig i team sammenheng og dermed unngå svikt i kommunikasjon mellom helsepersonellet.

Ifølge lov om helsepersonell §7 (Helsepersonelloven, 1999) kommer det frem at helsepersonell umiddelbart skal tilby den helsehjelpen de evner når det er grunn til å tro at hjelpen er akutt nødvendig. I følge McCormac og McCance (2010, s. 73) hevdes det at en av komponentene for å utøve god personsentrert sykepleie, er å benytte den kompetansen som er tilgjengelig. Det kommer frem i intervjuene at legene ved flere anledninger glemte å ta med intensivsykepleier på MIT utkall. Videre forteller informantene at det jobbes aktivt med opplæring og forståelse av intensivsykepleierens kompetanse i teamet. Dersom legen går på utkall uten intensivsykepleier, vil teamet miste verdifull kompetanse som en intensivsykepleier innehar. På bakgrunn av dette kan det tenkes at pasienten ikke vil få den helsehjelpen teamet egentlig evner, og vil dermed ikke tilbys den personsentrerte sykepleien en har rett på og skal kunne forvente. Sett i sammenheng med intensivsykepleierens funksjon i teamet som tidligere nevnt i kapittelet, vil dette kunne føre til en unødvendig innleggelse på intensivavdelingen. Dette hevdes på bakgrunn av at informantene nevnte flere ganger at de har snudd forverringer på post med sykepleietiltak og denne kompetansen mister en dersom anestesilege går alene på utkall. Unødvendige innleggelser på intensivavdelingen har mange bakdeler, men en informant nevnte spesielt hvor traumatiserende og belastende det er å være intensivpasient. Derfor ønsker de å unngå unødvendige innleggelser så langt det lar seg gjøre av hensyn til pasientens beste.

I henhold til studien til Bunkenborg et al. (2022) rapporterer intensivsykepleiere en utfordring med å dedikere betydelig tid til oppgaver som ikke er direkte knyttet til deres primære

arbeidsoppgave i et MIT. Deltakerne i studien tilskriver dette økende antall pasienter med komplekse omsorgsbehov på sengepost, sammen med manglende erfaring blant sykepleierne. Det beskrives videre i studien at som et resultat av manglende bemanning, må intensivsykepleier i MIT bidra med å ta hånd om grunnleggende omsorg for pasienter på sengepost. Intensivsykepleierne i MIT ytret bekymring over å bli tilkalt på bakgrunn av dårlig bemanning på sengepostene. Dette førte igjen til at intensivpasienten ble unødvendig nedprioritert. Fra postsykepleiers perspektiv kommer det frem i studien til Loisa et al. (2021) at flere sykepleiere fryktet å bli kritisert for unødvendige utkall av teamet. Dette samsvarer med funn i denne studien hvor intensivsykepleierne beskriver stor utskiftning av personell på sengepost, lite ressurser og fulle avdelinger. Informantene i denne studien beskriver opplevelsen av at noen intensivsykepleiere kan ha utvist holdninger som kan indikere at et utkall var unødvendig, og det bemerkes at dette videre kan påvirke sykepleierne på sengepost. Det kan tenkes at slike holdninger bidrar til å øke postsykepleiers terskel for tilkalling av MIT som igjen kan føre til forsinket pasientbehandling. På den andre siden beskriver informanter i denne studien imidlertid at denne holdningen ikke er ønskelig, og at det arbeides aktivt med at denne typen holdninger ikke er akseptabel i et MIT.

5.3 Organisering og samordning av ressurser

Ingen av intensivavdelingene til informantene i denne studien hadde avsatte midler eller dedikert personell til MIT. Hverken til bemanning av selve teamet eller til opplæring og vedlikehold av systemet som omfatter rask respons. Flere forskningsartikler peker også på at det mangler dedikerte stillinger til intensivsykepleiere i MIT, og at det er store regionale forskjeller på hvorvidt de ulike intensivavdelingene mottar tilskudd for MIT (Bunkenborg et al., 2022; Stahl de Queiroz & de Souza Nogueira, 2019). Informantene fortalte engasjert om hvordan de omrokerer avdelingen og flytter rundt på personalet for å dekke alle funksjoner. Samtlige informanter oppgir at de har opplevd å ha ansvar for egen pasient på intensivavdelingen samtidig som de har MIT calling. Flere har også måttet avstå fra utkall grunnet samtidige hendelser og/eller ressursmangel på avdelingen.

Bunkenborg et al. (2022) kom i sin studie frem til at å ha pasientansvar samtidig som MIT calling ble sett på som en organisatorisk barriere. Dette gjorde at intensivsykepleierne følte seg overarbeidet og tenkte på alle oppgavene på egen avdeling da de var på MIT utkall. Fildes et al. (2022) påpeker at MIT avhenger av at intensivsykepleierne kan bemanne teamene og dermed øker deres arbeidsbelastning. Dette kommer også frem i studien til Loisa et al. (2021) hvor intensivsykepleierne vektlegger at de får økt ansvar og arbeidsmengde uten å bli kompensert. Informantene i kandidatenes studie var delte når det gjaldt å ha pasientansvar sammen med MIT funksjon. En informant mente det aldri var noe problem å overlate pasienten til andre en kort stund, da avdelingen stort sett var godt bemannet. Andre understreket at de kun unntaksvis hadde pasientansvar, og at det ikke var gunstig å ha annet hovedansvar enn MIT funksjonen. Dersom de hadde pasientansvar snakket de om stabile intensivpasienter. NSFLIS og NAF (2014, s. 18) bruker NAS (Nursing Activity Score) for å se sammenheng mellom pasientkategorier og bemanningsbehov for intensivsykepleiere. Ifølge NAS krever en ukomplisert overvåkning/postoperativ pasient 0,5/vakt, en kompleks overvåkningspasient 1/vakt, mens en stabil intensivpasient krever 1,5-2/vakt (NSFLIS & NAF, 2014, s. 18). Det å overlate pasientansvaret for egen pasient til en annen intensivsykepleier som også har pasient under MIT utkall mener kandidatene er noe som bør være gjennomtenkt. Hvor erfaren intensivsykepleieren som skal ivareta eventuelt to pasienter er, og hvor mye kunnskap har den om pasienten er spørsmål som dukker opp. En annen tanke er hvordan det er på avdelingen ellers, og om det er andre som har en løs funksjon eller er tilgjengelig ved eventuelt behov for hjelp. Det å ha ansvaret for egen pasient mens en har funksjoner som kan kreve at en forlater avdelingen fremstår for kandidatene som uheldig, og burde etter vårt skjønn ikke være standarden for intensivsykepleieren som har MIT calling.

Cheung et al., (2014) kartla konsekvensene av at MIT personell forlot avdelingen og fant at det hovedsakelig forårsaket store forstyrrelser i daglige rutiner uten alvorlige pasientskader. Det kom dessuten frem at det er vanskelig å få oversikt over uønskede hendelser forårsaket av MIT utkall fordi det er underreportert. En kan tenke at grunnen til at det ikke er rapportert alvorlige pasientskader kommer av intensivsykepleiernes evne til prioritering. Studien spesifiserer ikke hvilke daglige rutiner som forstyrres, men utfra erfaring er typisk mobilisering av pasienten og legemiddeltider oppgaver som må forskyves eller bortprioriteres ved samtidige hendelser eller ressursmangel. Ingen av informantene i vår studie oppga at de hadde opplevd alvorlige hendelser på avdelingen som følge av MIT utkall. De opplevde

derimot intensivavdelingen som dynamisk, med stor evne og vilje til omfordeling av ressurser.

Fildes et al. (2022) finner i sin studie at intensivsykepleierne som deltar i MIT ofte er noen av de mest erfarne på vakt, dette kunne de fleste informantene i vår studie bekrefte. Dette kan bety i praksis at denne erfaringen går ut av avdelingen på ubestemt tid for å delta på MIT, noe som gi nedsatt kapasitet ved akutte hendelser. Kun en av informantene i vår studie oppgav at de hadde retningslinjer på tidsbruk, dersom de brukte mer enn 30 minutter på å stabilisere pasienten på post skulle den tas med til høyere behandlingsnivå. De andre informantene oppgav at utkall kunne være svært tidskrevende, og de brukte den tiden som var nødvendig dersom de så at de kunne snu situasjonen. Dette samsvarer med funnene til Fildes et al., (2022) som fant at utkall kan ta lang tid og noen ganger kan utkall overlappe hverandre. Dette førte til at intensivavdelingen ble sårbar i denne perioden og gjenværende personell ble utsatt for ekstra belastning. Alle intensivavdelingene i vår studie hadde funksjoner i flere team, og en informant hadde ofte opplevd at eksempelvis akutt team og MIT hadde samtidige utkall. Dette innebærer da at to intensivsykepleiere må forlate avdelingen en periode.

Ved avdelingene vi har undersøkt i studien har de fleste informantene funksjon som løs intensivsykepleier ved siden av MIT funksjonen. Ved løs funksjon skal intensivsykepleierne ifølge våre informanter opptre som en ressurs i avdelingen og være behjelpelig der det er behov. Ut fra egne erfaringer er intensivsykepleieren med løs funksjon en stor ressurs ved mottak av ny pasient eller ved igangsetting av ny behandling hos intensivpatienten som krever erfaring og ekspertise rundt eksempelvis avansert medisinsk teknisk utstyr. Retningslinjene for intensivvirksomhet sier at intensivavdelinger, uansett nivå, skal ha beredskap med kapasitet til mottak av nye pasienter (NSFLIS & NAF, 2014, s. 23). Manglende beredskap kan føre til svikt i medisinsk behandling og dessuten føre til at pasienter flyttes ut av avdelingen før det er medisinsk forsvarlig og dermed er direkte helsefarlig. I vår studie kom det frem at det kan være spesielt ressurskrevende når det er flere barn innlagt på avdelingen, eller det er ustabile pasienter på isolat. Disse tilfellene krever mer personell for å avløse isolatene eller bistå ved prosedyrer, det kan da være vanskelig å finne ressurser til MIT utkall.

I studien til Azimirad et al. (2022) kom det frem at over halvparten av respondentene var uenige i at teamet hadde tilstrekkelige ressurser for å nå sine mål eller at teamet mottok tilstrekkelig trening for å fungere effektivt. To av informantene i vår studie hadde mye erfaring rundt opplæring av nye MIT deltakere og vedlikehold av ferdigheter omkring MIT. Spesielt snakket de om fordelene av simuleringstrening med hele teamet, men de vektla også at dette er ressurskrevende, både i form av personell og tid. Opplæringen ble stort sett gjennomført mellom drift, og var planlagt og gjennomført etter initiativ fra intensiv- og fagsykepleierne på avdelingen. Olsen et al. (2019) finner i sin studie at nedprioritering av opplæring fungerer som et hinder for et velfungerende MIT, mens trening i team fungerte som en fasilitator. I denne studien vektla de da spesielt trening i form av simulering med sengepost og MIT, noe som samsvarer med kandidatens funn. Informantene i vår studie var klare på at de så et klart behov for dedikert personell som kunne være ansvarlig for opplæring og undervisning rettet mot MIT.

5 Metodediskusjon

I en metodevurdering inngår vurdering av forskerteamet, metode, studiekontekst, funn, analyse og tolkninger. For å vurdere troverdigheten i denne studien benyttet kandidatene seg av en sjekklister som dekket flere viktige vurderingsområder i studien. «Consolidated criteria for reporting qualitative research» (COREQ) (Tong et al., 2007) er en sjekklister som inneholder elementer som anbefales i vurderingen av kvalitativ forskning.

Kandidatene hadde i forkant av studien tilegnet seg et teoretisk kunnskapsgrunnlag, men hadde begrenset praktisk erfaring med MIT. Dette kan på en side sees på som en styrke i den forstand at det kan ha redusert kandidatenes forutinntatte meninger om emnet og det kan dermed tenkes at kandidatene i mindre grad har påvirket informantenes egne meninger. På den andre siden kunne mer praktisk erfaring med MIT i forkant av studien ha bidratt til å identifisere andre utfordringer og dermed stilt andre spørsmål enn det som ble gjort. Kandidatenes manglende erfaring med å utføre intervjuer kan også ha spilt inn på selve utførelsen av intervjuene, og oppfølgingsspørsmålene som ble stilt.

Det ble i denne studien benyttet en kvalitativ metode. Bakgrunnen for dette var at problemstillingen i studien etterspør intensivsykepleierens opplevelser og erfaringer. Det ble videre utført individuelle semistrukturerte intervjuer da dette ifølge Malterud (2017, s. 133) kunne gi informantene tid og rom til å fremhente erfaringer som krevde trygghet og ettertanke for å dele. Dette vurderes styrkende for studien. På den andre siden kunne fokusgruppeintervju egnet seg i denne studien da kandidatene undersøker et miljø hvor flere personer samhandler (Malterud, 2017, s. 138). Videre kunne dette også bidratt til å fremme diskusjon og få frem flere ulike synspunkter rundt tema ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 179). For å oppnå troverdighet er det ifølge Graneheim & Lundman (2017) viktig å rekruttere informanter som har erfaringer med fenomenet studien ønsker å belyse. Kandidatene hadde i denne studien ønske om et strategisk utvalg. Det var viktig for kandidatene å undersøke samme tema i forskjellige kontekster, det ble derfor inkludert informanter fra tre forskjellige sykehus og med varierende erfaring med MIT. Dette anser kandidatene som en styrke i studien. Det ble dog utfordrende å inkludere et optimalt strategisk utvalg på bakgrunn av utfordringer med rekruttering. Det ble inkludert fire informanter, dette kan ansees som en

svakhet i studien. Graneheim & Lundman (2017, s. 33) bemerker likevel at det er vanskelig å fastslå et bestemt antall intervjuer, da dette avhenger av blant annet kvaliteten på dataene. Kandidatene anser kvaliteten på dataene som rik, og at de passer til studiens mål. Deltakelse i denne studien var basert på frivillighet. Det kan tenkes at det på bakgrunn av dette ble inkludert informanter som var engasjert og hadde en positiv innstilling til MIT. Det er mulig at dette kan ha påvirket variasjonsbredden på data i studien, og vurderes derfor som en mulig svakhet i studien.

Datainnsamling i studien ble utført med en induktiv tankegang, som resulterte i store mengder datamateriale hvor alt ble inkludert i analysen. På bakgrunn av denne tilnærmingen ble analysen utfordrende og tidkrevende. Det ble tilstrebet å danne klare kategorier, men tidvis opplever kandidatene at materialet i kategoriene overlapper hverandre. Dette kan være en svakhet i studien. Styrken med denne tilnærmingen er alt datamaterialet vurderes i analysen, og kandidatene reduserte dermed risikoen for å ikke inkludere relevante funn.

7 Konklusjon

Studiens hensikt var å utforske organiseringen av MIT og samordning av ressurser gjennom intensivsykepleiernes perspektiv. For å kunne svare på problemstillingen ble behovet for intensivsykepleieren i MIT undersøkt. Dette ble sett i lys av ressursene som benyttes til å fylle funksjonen. Likeledes ble pasientens behov for MIT undersøkt gjennom intensivsykepleiers syn. Intensivsykepleierens erfaring med organisering av MIT og samordning av ressurser viser til at intensivsykepleieren må kunne arbeide dynamisk, og ha stor evne til omfordeling av ressurser. Funnene viser også at intensivsykepleier i MIT burde ha en løs funksjon på avdeling. Dermed bør intensivsykepleier ikke ha pasientansvar eller samtidig ha funksjoner i andre type team. Ingen sykehus inkludert i studien hadde dedikert stilling eller avsatte midler til MIT. Funn viser at MIT kan fungere ressursbesparende i form av tidlig identifisering av en forverret tilstand eller å bidra til å sette behandlingsbegrensninger der det er behov. Dette vil kunne hindre innleggelser på intensiv. Funn i studien belyser at MIT øker pasientsikkerhet gjennom rask respons og tilbud av spesialkompetanse. Det kommer frem at intensivsykepleieren har en essensiell funksjon for å oppnå en velfungerende MIT. Deres erfaring med undersøkelse, overvåkning og behandling av kritisk syke pasienter skaper en trygghet for sykepleiere på sengepost, gir kompetanseoverføring og øker igjen pasientsikkerhet. Funn i studien viser at engasjement og fokus er faktorer som i dag kreves for å kunne oppnå et velfungerende MIT. Dette sett i lys av manglende ressurser og tilrettelegging. Det er på bakgrunn av dette behov for engasjement i form av opplæring og vedlikehold av systemet. Dette vil i det store bildet vil det kunne virke ressursbesparende. Konsekvensen av manglende ressurser og tilrettelegging for MIT vurderes å være redusert pasientsikkerhet, både for pasienten på sengepost og pasienten som allerede er innlagt på intensivavdeling.

7.1 Implikasjoner for praksis og anbefaling for videre forskning

Kandidatene identifiserte gjennom denne studien flere områder til forbedring i MIT. En anbefaling vil være å ha klare retningslinjer og bedre tilrettelegging slik at

intensivsykepleieren kan delta i MIT. Videre kan det være en fordel å ha en dedikert person som kontinuerlig vedlikeholder systemet og sørger for tilstrekkelig opplæring og oppdatering til hele teamet.

Gjennom arbeid med denne studien ble det identifisert at det finnes få offentlige tall rundt kartlegging av MIT utrykninger i norsk sammenheng. Dette med tanke på blant annet tidsbruk, årsak til utkall, behandling som er utført og antall overflytninger til intensiv. Sett i lys av denne studien kunne det vært interessant å kartlegge hvordan MIT utkall påvirker de daglige oppgavene til intensivsykepleierne på intensivavdelingen. Videre hvilke oppgaver som må forskyves eller utgår til fordel for MIT, og hvilke oppgaver som kan forhindre intensivsykepleieren fra å ta utkall.

Litteraturliste

- Azimirad, M., Magnusson, C., Wiseman, A., Selander, T., Parviainen, I., & Turunen, H. (2022). Identifying teamwork-related needs of the medical emergency team: Nurses' perspectives. *Nursing in Critical Care*, 27(6), 804–814. <https://doi.org/10.1111/nicc.12676>
- Bunkenborg, G., Barfod O'Connell, M., Jensen, H. I., & Bucknall, T. (2022). Balancing responsibilities, rewards and challenges: A qualitative study illuminating the complexity of being a rapid response team nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 31(23–24), 3560–3572. <https://doi.org/10.1111/jocn.16183>
- Christoffersen, L., Johannessen, Asbjørn, Tufte, Per Arne, & Utne, Inger. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt.
- Fildes, C., Munt, R., & Chamberlain, D. (2022). Impact of Dual Intensive Care Unit and Rapid Response Team Nursing Roles on Service Delivery in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 42(5), 23–31. <https://doi.org/10.4037/ccn2022540>
- Flin, R. H., O'Connor, P., & Crichton, M. (2011). *Safety at the sharp end: A guide to non-technical skills* (Repr). Ashgate.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

- Helsedirektoratet. (2020). *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand*.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand/om-de-faglige-radene-del-av-i-trygge-hender-24-7>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Incidents resulting from staff leaving normal duties to attend medical emergency team calls. (2014). *Medical Journal of Australia*, 201(9), 528–531.
<https://doi.org/10.5694/mja14.00647>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.; 3. utg). Gyldendal akademisk.
- Lindgren, B.-M., Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Loisa, E., Hoppu, S., Hytönen, S., & Tirkkonen, J. (2021). Rapid response team nurses' attitudes and barriers to the rapid response system: A multicentre survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 65(5), 695–701. <https://doi.org/10.1111/aas.13779>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: En innføring* (4. utg). Universitetsforlaget.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-centred nursing: Theory and practice*. Wiley-Blackwell.
- NESH. (2023). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. De nasjonale forskningsetiske komiteene.

- <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Nettskjema. (u.å). *Nettskjema*. <https://nettskjema.no/>
- NSFLIS. (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*.
<https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleierne-nsf/fag-utdanning-og-forskning>
- NSFLIS, & NAF. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. Legeforeningen.
https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer_for_intensivvirksomhet_151014.pdf
- Olsen, S. L., Søreide, E., Hillman, K., & Hansen, B. S. (2019). Succeeding with rapid response systems – a never-ending process: A systematic review of how health-care professionals perceive facilitators and barriers within the limbs of the RRS. *Resuscitation*, *144*, 75–90. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.08.034>
- Stahl de Queiroz, Á., & de Souza Nogueira, L. (2019). Nurses' perception of the quality of the Rapid Response Team. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *72*, 228–234.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0168>
- Stevens, J. P. (2022). *Rapid response systems—UpToDate*. Up ToDate. https://www-uptodate-com.ezproxy2.usn.no/contents/rapid-response-systems?search=rapid%20response%20team&source=search_result&selectedTitle=1~149&usage_type=default&display_rank=1
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 349–357.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

USN. (2018). *Retningslinjer for håndtering av forskningsdata ved USN*.

<https://bibliotek.usn.no/forskerstotte/forskningsdata/retningslinjer-for-handtering-av-forskningsdata/>

Weatherburn, C., & Greenwood, M. (2023). The role of the intensive care nurse in the medical emergency team: A constructivist grounded theory study. *Australian Critical Care*, 36(1), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2022.12.003>

Vedlegg

Vedlegg 1: PICO skjema

Vedlegg 2: Søkelogg

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring

Vedlegg 4: Sikt godkjenning

Vedlegg 1: PICO skjema

P: Population/problem	I: Intervention	C: Comparison	O: Outcome
Intensivsykepleiere	teamarbeid i mobilt intensiv team utfordringer i mobilt intensiv team	Ikke aktuelt	Pasient sikkerhet Erfaringer
Søkeord:			
ICU nurse Intensive care nurse Nurse specialist Critical care nursing	Rapid response team Medical emergency team Hospital rapid response team Mobile intensive care nurse Code team Deteriorating patients		Patient safety Experiences

Vedlegg 2: Søkelogg

Databasevalg	Søkeord med kombinasjonsord	Eventuelle avgrensninger	Antall treff	Referanse til valgte artikler
Cinahl (01.09.23)	Rapid response team AND intensive care units	Link i fulltekst publisert dato: 2013-2023 Engelsk språk Peer reviewed	10	Fildes et al., (2022). Heitman et al.,(2022).
Cinahl (01.09.23)	Rapid response team AND critical care	Abstract available	26	Kalliokoski et al., (2018).
Cinahl (01.09.23)	Medical emergency team AND Critical care	Publisert dato: 2013-2023	33	Bunkenborg et al. ,(2021).
Ovid Medline (10.09.23)	Medical emergency team AND Critical care	Publisert dato: 2013-2023	51	Weatherburn og Greenwood (2023)
Cinahl (06.02.24)	“Rapid response team” AND “Experience” AND “intensive care”	Publisert dato: 2013-2024	27	Azimirad et al., (2021)
google scholar(ustrukturert søk) (12.09.23)	Rapid response team barriers			Loisa et al., (2020)
Up To Date(Ustrukturert søk) (10.09.23)	Rapid response team			Stevens, (2020)
Eventuelle kommentarer til søket:				
Artikkel fra UpToDate og Google Scholar ble funnet gjennom ustrukturert søk.				

Utdrag søkelogg fra bibliotekar:

Søk utført i Cinahl august 2023.

#	Query	Results
S12	S10 AND S11 Limiters - Published Date: 20030101-20231231	64
S11	TI (meta* or review*) OR PT (meta* or review*)	759,013
S10	S6 AND S9	982
S9	S7 OR S8	193,227
S8	(TI (attitude* or experience* or perceived or percept* or understand*) and nurs*)) OR (AB (attitude* or experience* or perceived or percept* or understand*) and nurs*))	171,818
S7	(MM "Nursing Role")	26,396
S6	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	6,356
S5	TI (((critical or emergenc* or rapid or in-patient* or inpatient* or bedside* or code or intensive) N3 (team*)) OR AB (((critical or emergenc* or rapid or in-patient* or inpatient* or bedside* or code or intensive) N3 (team*))	6,058
S4	TI (rapid respons* N2 (system* or team*))	777
S3	T1 mobile N2 intensive* N3 nurs* OR AB mobile N2 intensive* N3 nurs*	18
S2	((early N2 (warning or recognit*)) or (escalat* N2 care)) N2 team* OR AB ((early N2 (warning or recognit*)) or (escalat* N2 care)) N2 team*	33
S1	(MM "Rapid Response Team")	316

Vedlegg 3: Samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

Erfaringer med mobilt intensiv team

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke intensivsykepleierens erfaringer og opplevelser i forbindelse med mobilt intensiv team. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med masteroppgaven er å belyse organiseringen av mobilt intensiv team, og hvordan beredskap for samtidige hendelser løses gjennom intensivsykepleiers syn. Data vil kunne benyttes til å forbedre pasientsikkerheten på intensivavdelingen, samt finne ut hvordan intensivsykepleiers rolle i mobilt intensiv team kan videreutvikles.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

- Ingvild Solstad (Masterstudent i intensivsykepleie ved Universitetet i Sørøst-Norge).
- Ina Merethe Evensen (Masterstudent i intensivsykepleie ved Universitetet i Sørøst-Norge).
- Prosjektleder er universitetslektor Astrid Danielsen ved Universitetet i Sørøst-Norge.
- Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Til prosjektet er det ønskelig å rekruttere intensivsykepleiere med erfaring fra mobilt intensiv team ved norske intensivavdelinger for å kunne belyse ulike erfaringer med teamene.

Du er intensivsykepleier på en intensivavdeling og har erfaring med mobilt intensiv team. Vi skal inkludere 3-4 intensivsykepleiere i dette prosjektet. Fagsykepleier/avdelingsleder på din avdeling mener at du passer kriteriene for å delta i prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet vil vi gjennomføre et intervju med deg med varighet på ca. 45 minutter. Dette vil omhandle dine erfaringer med mobilt intensiv team, intervjuet vil

foregå i form av en samtale. Begge masterstudenter vil være til stede under intervjuet og det vil foregå på egnet sted, lett tilgjengelig for deg. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet, og dette vil bli transkribert og anonymisert.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Det er kun ansvarlige for prosjektet og prosjektleder som vil ha tilgang på opplysningene.
- Samtykkeskjema bli forsvarlig oppbevart til prosjektet er ferdig, deretter makulert.
- Ved transkripsjon av lydopptakene vil navn og andre sensitive opplysninger erstattes med koder og anonymiseres.
- Lydopptakene oppbevares på sikker fil hos USN (USN safe), og slettes etter transkribering
- Intervjuene vil bli utført og bearbeidet av prosjektansvarlige. Det vil benyttes en digital transkriberingsløsning.
- Du vil ikke kunne bli identifisert ved eventuell publisering av resultater.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 1. august, 2024. Etter sensur vil datamaterialet med dine personopplysninger slettes, dette inkluderer lydopptak. De anonymiserte opplysningene vil benyttes i mastergradsoppgaven, med mulighet for publisering.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst- Norge har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

- Universitetet i Sørøst-Norge ved prosjektansvarlig Astrid Danielsen, astrid.danielsen@usn.no.
- Mastergradsstudent Ina M. Evensen, inevensen@gmail.no.
- Mastergradsstudent Ingvild Solstad, ingvild_solstad@hotmail.com.
- Vårt personvernombud ved universitetet i Sørøst-Norge, Paal Are Solberg, paal.a.solberg@usn.no.

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Astrid Danielsen
(Forsker/veileder)

Ingvild Solstad & Ina Merethe Evensen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "*Organisering av mobilt intensiv team og samordning av ressurser - Intensivsykepleierens erfaringer*", og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

• å delta i intervju.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Sikt godkjenning



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

887778

Vurderingstype

Automatisk

Dato

07.12.2023

Tittel

Intensivsykepleieres erfaringer med mobilt intensivteam- en kvalitativ studie

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig

Astrid Danielsen

Student

Ingvild Solstad

Prosjektperiode

01.01.2024 - 01.08.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.08.2024.

Meldeskjema **Grunnlag for automatisk vurdering**

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvemulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertrедelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvemombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

<https://meldeskjema.sikt.no/855c6932-56ec-4962-bdfe-99bbct2c98a1/vurdering/0>

1/2

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.