

Betydningen af kontinuitet i plejen af intensivpatienten  
-intensivsygeplejerskers erfaringer



Universitetet  
i Stavanger

**Institutt for Helsefag**  
**Master i sykepleie: Spesialisering i intensivsykepleie**  
**Universitetet i Stavanger, Masteroppgave (30 Studiepoint)**

Cecilie Rahbek Østergaard

Vejleder

Dagrunn Nåden Dyrstad, Førsteamanuensis, HV, UiS

Bivejleder

Maria Ravndal, Universitetslektor

April 2018

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERSTUDIUM I SYKEPLEIE  
MASTEROPPGAVE I INTENSIVSYKEPLEIE**

**SEMESTER:**

Forår –2018

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:**

**Cecilie Rahbek Østergaard**

**VEILEDER:**

**Dagrunn Nåden Dyrstad, Førsteamanuensis, Institutt for helsefag, Uis**

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

Betydningen af kontinuitet i plejen af intensivpatienten  
– intensivsygeplejerskers erfaringer

**Engelsk tittel:**

The importance of continuity of care given to the ICU patient  
-ICU nurses experiences

**EMNEORD/STIKKORD:** Kontinuitet, patientcentrering, patientsikkerhed, arbeidstilfredshed

**ANTALL ORD:** 15.896

**STAVANGER** .....

**DATO/ÅR**

## Forord

Temaet til dette studie kom frem gennem erfaringer fra egen praktikperiode, som gjorde at jeg fik lyst til at vælge netop dette fokus. Baggrunden var at søge mere viden, men også et lille ønske om at være med til at forbedre praksisfeltet, eller i hvert sparke lidt til bolden.

Masterstudiet i intensivsygepleje har været to lærerige og spændende, men også krævende år, med både op- og nedture.

Jeg vil gerne give en tak til flere personer som har gjort det muligt, at gennemføre dette studie, og som har givet god opbakning gennem processen.

Tak til sygehuset og intensivafdelingen hvor studiet er gennemført. Tak for velvillig at hjælpe med at udvælge informanter til studiet. Tak til informanterne deltagelse i indhentning af datamateriale og for at udvise stort engagement under interviewene.

Dernæst vil jeg gerne give en stor og hjertelig tak til min vejleder Dagrann Nåden Dyrstad, tusind tak for utrolig god vejledning gennem hele processen, tak for at du har taget dig tid til mig og tak for al støtten undervejs.

En tak til bivejleder Maria Ravndal, som har bidraget med gode indspil.

Stor tak til korrekturlæser og bogdealer Nynne Mark, og tak al hjælp og mentalstøtte undervejs. Derudover skal der lyde en tak til min kære familie for god opmuntring, både gennem opgaveskrivningen, men også under hele master forløbet.

Tak til min kæreste for gode designér og peptalks.

Tak til alle venner for heja-råb og skulderklap.

Til slut tak til alle medstuderende for to travle, lærerige og gode år.

*Hellestø, Studiepulten ved Veggevika*

*25.04.18*

*Cecilie Rahbek Østergaard*

## Sammendrag

I sundhedsvæsenet generelt og ved intensivafdelingen specielt, sker der kontinuerligt en teknologisk udvikling, som giver muligheder for mere avancerede behandlingsmetoder. Samtidig stiger antallet af indlæggelser som følge af dette og en stigende befolkningstilvækst. Avanceret og specialiseret behandling, kræver at intensivsygeplejersken har øget fokus på patienten og dennes individuelle behov.

Hensigten med dette studie var at skabe en større forståelse for og indsigt i hvordan intensivsygeplejersken oplever den pleje der bliver givet til patienterne på intensivafdelingen

Baggrunden for at undersøge

Studiet har et kvalitativt forskningsdesign med individuelle interviews som dataindsamlingsmetode. Der blev gennemført semistrukturerede interviews med seks intensivsygeplejersker fra en almenintensivafdeling.

Analysen af fundende resulterede i tre temaer men fire til fem kategorier. Tema 1: Patient og pårørende i fokus. Baseret på kategorierne: Patientkendskab og patienttryghed, udfordringer som bliver ulempe for patienten, pårørendeomsorg og pårørende som resurse, fremdrift i patientbehandlingen. Tema 2: Intensivsygeplejerskernes arbejdstilfredshed i patientpleje. Baseret på kategorierne: Kontinuitet og patientkendskab, arbejdstilfredshed, dokumentation og sikring af information, mangel på kontrol og utryghed og styrket samarbejde. Tema 3: Arbejdsfordeling i afdelingen. Baseret på kategorierne: Manglende struktur på fordeling af personale, udfordrende arbejdsforhold, afdelingens visioner, ønsker om forbedring.

Fund fra studiet tydeliggjorde vigtigheden af, at etablere og bevare kontinuitet i plejen til intensivpatienten. Dette både gennem den egentlige pleje der bliver givet til intensivpatienterne, men endnu vigtigere at der er kontinuitet i arbejdsstrukturen som gør at intensivpatienten møder de samme intensivsygeplejersker og ikke skal forholde sig til nye hele tiden. Kontinuitet viste sig ikke kun at være vigtig set fra intensivpatientens perspektiv. Det viste sig også at kontinuitet spillede en stor rolle for intensivsygeplejerskernes arbejdstilfredshed.

Konklusionen i studiet var vigtigheden af at etablere og bevare kontinuitet i patientplejen. Dette er både med til at øge arbejdstilfredsheden hos intensivsygeplejersken og sikre fokus på den enkelte patient, og øge patientsikkerhed og kvalitet i patientplejen.

## **Abstract**

In the health care system and especially in the ICU departments. Technological is continuously developing generating the opportunity of more advanced methods of treatments. The more advanced and higher specialized treatment level demands gain higher attention from the ICU nurse on the individual patient and its needs. This also demands greater competences of the ICU nurses.

The purpose of this study was to create a greater understanding and knowledge of the ICU nurses experience of care given to the ICU patients. The study had a qualitative research design with individual interviews as the data logging method. The candidates had varying level of experience. Qualitative content analysis was used for analysing the data.

The analysis of the collected data generated three themes with four to five categories.

Theme 1: The patient and relatives in focus, based on the categories: Knowing the patient and confidence of patient, challenges becoming disadvantage to the patient, care of relatives and relatives as a resource, progress in patient treatment. Theme 2: ICU nurses job satisfaction in patientcare: Continuity and knowing the patient, job satisfaction, documentation and handoff, lack of control and lack of confidence and increased teamwork. Theme 3: Work structure in the ICU: Lack of employee allocation, challenging work conditions, visions of the ICU, the desires of improvement.

The importance of establishing and maintaining continuity of care were clarified through the study results. This is achieved through patient centred care to the ICU patient but more important is having continuity in the working structure. Continuity of care provides the ICU patient with a confidence relationship to a fewer number of ICU nurses rather than constantly gaining relationships. Continuity were not only of great importance to the ICU patient, but it was also shown to have a great effect on the job satisfaction of the ICU nurses.

The conclusion of the study showed the importance of establishing and maintaining continuity of care. This increases the job satisfaction of the ICU nurses and secured focus on the ICU patient. Furthermore, it increases the security of the patient and the quality of care.

# Indholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>BEGREBSAFKLARING</b> .....	<b>8</b>
<b>1.0 INDLEDNING</b> .....	<b>8</b>
1.1 BAGGRUND FOR VALG AF TEMA.....	11
1.2 STUDIETS HENSIGT.....	12
1.3 PROBLEMSTILLING.....	12
1.4 TIDLIGERE FORSKNING.....	12
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVÆRK</b> .....	<b>15</b>
2.1 KVALITETSBEGREBET.....	15
2.1.1 Patientcentreret pleje.....	16
2.1.2 Kontinuitet.....	17
2.1.3 Patientsikkerhed.....	18
2.1.4 Lovværk.....	19
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>21</b>
3.1 DET KVALITATIVE FORSKNINGSENTREVUE.....	21
3.1.1 Udvalg af informanter.....	21
3.1.2 Interviewguide.....	22
3.1.3 Indsamling af data.....	23
3.1.4 Udfordringer med udvalget.....	23
3.1.5 Interviewsituationen.....	24
3.1.6 For forståelse.....	24
3.2 DATAANALYSE.....	25
3.3 FORSKNINGSETISKE OVERVEJELSER.....	27
3.3.1 Informeret samtykke.....	28
3.3.2 Anonymisering og sikring af data.....	28
3.3.3 Troværdighed.....	29
3.3.4 Refleksioner.....	29
<b>4.0 FUND</b> .....	<b>31</b>
4.1 TEMA 1: PATIENT OG PÅRØRENDE I FOKUS.....	32
4.1.1 Patientkendskab og patienttryghed.....	32
4.1.2 Udfordringer som bliver ulempe for patienten.....	32
4.1.3 Pårørendeomsorg og pårørende som resurse.....	33
4.1.4 Fremdrift i patientbehandlingen.....	34
4.2 TEMA 2: INTENSIVSYGEPLEJERSKENS ARBEJDSSTILFREDSHED I PATIENTPLEJEN.....	35
4.2.1 Kontinuitet og patientkendskab.....	35
4.2.2 Arbejdstilfredshed.....	36
4.2.3 Dokumentation og sikring af information.....	36
4.2.4 Mangel på kontrol er utrygt.....	37
4.2.5 Styrket samarbejde.....	38
4.3 TEMA 3: ARBEJDSFORDELING I AFDELINGEN.....	39
4.3.1 Manglende struktur på fordeling af personale.....	39

4.3.2 Udfordrende arbejdsforhold .....	39
4.3.3 Afdelingens visioner .....	40
4.3.4 Ønsker om forbedring.....	40
<b>5.0 DISKUSSION .....</b>	<b>42</b>
5.1 PATIENT OG PÅRØRENDE I FOKUS.....	42
5.2 INTENSIVSYGEPLEJERSKENS ARBEJDSSTILFREDSHED I PATIENTPLEJEN.....	45
5.3 ARBEJDSFORDELING I AFDELINGEN.....	48
<b>6.0 KONKLUSION.....</b>	<b>50</b>
6.1 IMPLIKATIONER FOR PRAKSISFELT .....	51
6.2 IMPLIKATIONER FOR VIDERE FORSKNING.....	52
<b>7.0 REFERENCER.....</b>	<b>53</b>
<b>BILAG: .....</b>	<b>57</b>

## **Begrebsafklaring**

**Plejen:** I denne opgave bliver plejen af patienten defineret som alt det der omhandler patienten, personlig pleje, behandling, mobilisering og kontakt med pårørende.

**Pårørende:** Pårørende defineres som den person, patienten opgiver som pårørende. Hvis patienten ikke er i stand til at opgive pårørende, skal pårørende være den der i størst udstrækning har kontakt med patienten, hvor der tages udgangspunkt i rækkefølgen: ægtefælle, registreret partner, person i ægteskabslignende forhold m.fl. (Pasient- og brugerrettighedsloven, 2018)

**Langtidsligger:** En patient som bliver liggende længe i afdelingen på grund af kritisk sygdom. Interviewdeltagerne blev i interviewet spurgt om hvad de ville definere som en langtidsligger, her kom der forskellige svar men generelt var der en opfattelse af, at det er en patient som har ligget i intensivafdelingen i to – tre uger.

**Intensivsygeplejerske:** En intensivsygeplejerske har autorisation som sygeplejerske i Norge og har uddannelse som følger rammeplan for videreuddannelse i intensivsygepleje. Intensivsygeplejersken har et selvstændigt sygeplejefagligt ansvar, og skal handle forsvarligt, varetage pårørende og sikre patientens autonomi, integritet og rettigheder (NSFLIS, 2017). I datamaterialet har interviewpersonerne omtalt intensivsygeplejersker som både sygeplejersker og intensivsygeplejersker, for øvrigt vil Intensivsygeplejersken blive benævnt som dette med størst mulig konsistens og ikke sygeplejerske.

**Patienten:** Når patienten omtales i opgaveteksten eller i citater fra informanterne vil der konsekvent blive anvendt ”han” som benævnelse, selvom interviewdeltagerne kan have brugt andre benævnelser. Dette er for at være konsekvent gennem opgaveteksten og for at skabe en mere flydende og letlæst tekst.

**Primærsygepleje:** En organisationsmodel for sygeplejetjenesten, hvor en fast sygeplejerske er tillagt helhedsansvaret for planlægning, udførelse og evaluering af den daglige sygepleje af en bestemt gruppe patienter fra indlæggelse til udskrivelse (Digernes, et. al, 1989).

## **1.0 Indledning**

Kvalitet i helsetjenesten er et centralt begreb indenfor behandling og pleje af patienten.



Kvalitet kan opfattes forskelligt af intensivsygeplejersken og patienten, og målet med kvalitetsarbejde er at sikre patienten det bedst mulige behandlingsresultat. Kvalitet er en vigtig forudsætning for at intensivsygeplejersken kan udføre faglig forsvarlig sygepleje til patienten. God kvalitet forudsætter at intensivsygeplejersken baserer sin pleje på pålidelig kundskab om effekten af de tiltag hun sætter i værk og på patientens synspunkter og erfaringer. Intensivsygeplejen skal bygges på kundskabsbaseret praksis, som betyder at tiltag skal basere sig på forskningskundskab, systemiseret erfaringskundskab og patientkundskab (Stubberud, 2016a).

På intensivområdet sker der enorme teknologiske udviklinger, som åbner op for muligheden til at behandle flere og flere patienter med stigende kompleksitet i sygdoms- og behandlingsbilledet (NAF & NSFLIS, 2014). Befolkningstilvæksten i Norge er stadig stigende og der bliver flere ældre. 1. januar 2018 var befolkningstallet: 5.295.619, hvilket er en stigning med 11,8% fra 2008, hvor personer fra alderen 67 år og ældre tilsammen i samme periode har en stigning med 73% (ssb.no, 2018). Dette bevirker uægtelig en forøgelse af patienter på landets sygehuse, hvor sygdomsbilledet hos patienterne og behandlingsmetoder ændres, som medfører betydelige udfordringer også ved intensivafdelingen. Nøgletal fra Norsk Intensiv Register (NIR) viser, at der i 2016 totalt var 15403 intensivophold i 2016 på landets intensivafdelinger. Dette tal har været stigende fra 2006-2016, hvor der var en øgning på 4.444 ophold på intensivafdelinger totalt set på landets lokal-, central- og regionalsygehuse (Helse Bergen, 2017).

Samtidig med at patient antallet stiger, ses der også en øget kompleksitet i patientbehandlingen, som kan påvirke bemanningen på intensivafdelingen. Den forestående ældrebølge, vil yderligere skabe udfordringer på intensivafdelingerne. Aldersforandringer, komorbiditet og multiple medikamenter kan føre til ændrede symptoms billeder som kræver mere af intensivsygeplejerskens observations- og vurderingsevner og ligeledes påvirke bemanningsbehovet ved intensivafdelingen (NSFLIS, 2015). Intensivpatienten er af Norsk sykepleieforbunds landssammenslutning av intensivsykepleiere (NSFLIS) defineret som: *"En pasient er intensivpasient når der foreligger truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel"* (NSFLIS, 2015, p. 10) En akut og/eller kritisk syg patient har ofte behov for specialiseret behandling på sygehuset med kontinuerlig overvågning og intensivmedicinsk behandling af intensivsygeplejerske. Intensivpatienterne er en kompleks patientgruppe hvor situationer hurtigt kan opstå og ændre sig. Dette stiller store krav til intensivsygeplejerskens kompetencer for at ivaretage patientens behov (Stubberud, 2016a). I regeringens *Rammeplan for videreutdanning av intensivsykepleje* er intensivsygeplejerskens kompetenceområde blandt andet, at

intensivsygeplejersken skal observere og vurdere forandringer i patientens tilstand kontinuerligt og skal kunne tolke symptomer og kliniske tegn for at handle hurtigt og for at forebygge komplikationer (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Et par af læringsudbytteerne i Master i intensivsygepleje omfatter er, at den studerende skal have indgående kundskab om samarbejde i team for at fremme patientsikkerheden og også have avanceret kundskab til intensivsygeplejerskens ansvars- og funktionsområde (Universitetet i Stavanger, 2018). Netop det at kende til sit ansvars- og funktionsområde er væsentligt. Derfor ses disse som særligt relevante i forhold til dette studie. Dette gør de, fordi Master i intensivsygepleje lægger grundstenene til, hvordan intensivsygeplejersken kommer til at udfylde sin rolle og tænkemåden, som er grundlaget for handlingerne. Dette er grundlæggende kompetencer som en intensivsygeplejerske skal besidde. En forudsætning for at arbejdet kan udføres på tilfredsstillende vis er dog imidlertid, at praksisfeltet tilrettelægges på en sådan måde, at der er mulighed for at intensivsygeplejersken kan skabe kendskab til patienten gennem kontinuitet, netop for at kunne observere ændringer og reagere på disse.

Udover at kompetencer og viden om eget ansvars- og funktionsområde, er også tilstrækkelig bemanning, med kompetente intensivsygeplejersker, en væsentlig faktor for at varetage patientsikkerheden bedst mulig (NSFLIS, 2015). Dette er imidlertid en udfordring. Øgende arbejdsmængede, overtid og større brug af vikarer, er tendenser der ses ved intensivafdelingerne. I tillæg til dette er der mangel på intensivsygeplejersker, og udfordringen er at rekruttere nye og holde uddannede i faget (NSFLIS, 2015). Helsebiblioteket viser til tal fra internationale studier, som synliggør at ca. 10% af alle patienter, som bliver indlagt på sygehuset, bliver skadet (Helsebiblioteket, 2009). Dette er ikke en ønskelig tendens og er et vigtigt fokuspunkt, at arbejde videre med. Der er mange led i kæden, som skal styrkes og efterses, for at styrke kvaliteten i patientplejen blandt andet patientsikkerheden.

Patientsikkerhed er af Institute of Medicine, defineret som: *“the prevention of harm to patients”* (Aspden P, 2004, p. 5). Patientsikkerhed hører sammen med kvalitet (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2006-2007). Social- og Helsedirektoratet (2007) har udgivet en vejleder som bygger på kvalitetsmål fra ”Nasjonal helseplan 2007-2010” Vejlederen indeholder mål for at skabe tjenester med god kvalitet, det vil sige at helsetjenestene skal være virkningsfulde, trygge og sikre, involvere brugerne og give dem indflydelse, være samordnet og præget af kontinuitet, udnytte ressourcerne på en god måde, samt være tilgængelige og retfærdig fordelt (Helse- og

Omsorgsdepartementet, 2006-2007). Dette synliggør, at der er mange led i kæden, som skal styrkes og efterses, for at styrke kvaliteten i patientplejen.

## 1.1 Baggrund for valg af tema

Dette studie tager afsæt i egne oplevelser fra klinisk praksis i intensivafdelingen. En af de primære observationer, der ledte til undring, var stor udskiftning af intensivsygeplejerskerne til den enkelte kritisk syge patient. Kendskabet til den enkelte patient er særdeles vigtigt for at kunne yde optimal pleje og omsorg for både patient og pårørende. Egne oplevelser fra intensivafdelingen bekræfter til dels de ovenfor nævnte tendenser. Oplevelserne var, at det var komplekse patienter med mange behov og problemstillinger, mange faggrupper der skal samarbejde og en bemanning, der skulle stemme overens med patienternes behov og intensivsygeplejerskens kompetencer. Der var flere tilfælde, hvor intensivsygeplejersker blev tildelt patienter, de aldrig havde haft tidligere og dette kunne ske flere dage i stræk. Det blev også oplevet, at vedkommende skulle tage ansvar for en patient, som havde ligget flere uger i afdelingen, hvor der skulle være behandlingsafslutning og intensivsygeplejersken ikke havde kendskab til patient og pårørende. Dette fremstod som frustrerende og utilfredsstillende især for intensivsygeplejersken, men også for patient og pårørende. Stor udskiftning i personalet og tilsyneladende mangel på kontinuitet er en faktor, som spiller ind i forhold til patientsikkerheden. Dette fordi der ikke er den opfølgning og oversigt, som ellers er så vigtig for patienten og forløbet. Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge, har blandt andet som mål at vise hvordan intensivenheder ved de Norske intensivvirksomheder bør organiseres for at sikre god kvalitet i behandlingen af patienten og sikre omkostningseffektiv brug af tilgængelige resurser. Punkt 5.5 Bemanning og normtal:

*”Det er en kompleks oppgave å bemanne en intensivhet med forskjellige pasientgrupper og behandlingsbehov. For intensivheter på alle nivåer gjelder at faglig forsvarlighet skal ivaretas og at det tilstrebes kontinuitet for pasienten” (NAF & NSFLIS, 2014, p. 17)*

På intensivafdelingen har forfatter stiftet bekendtskab med mange forskellige patientgrupper og set, at der er forskellige udfordringer i forhold til de forskellige grupper.

Nogle patienter ligger længere tid i afdelingen end andre, hvilket ofte betyder, at disse patienter har mere komplekse problemstillinger end de patienter, der har et kort intensivophold. Alle patienter skal kunne føle sig trygge og varetaget, og med størst mulig kontinuitet og sammenhæng i behandlingsforløbet. Forfatter oplevede, at en intensivsygeplejerske i løbet af en uge kunne have ansvar for flere forskellige patienter, hvilket førte til, at denne hver gang måtte sætte sig ind i en ny

patienthistorie. Hos de patienter, som har ligget længe på intensivafdelingen, er der selvsagt en lang patienthistorie og mange detaljer at sætte sig ind i for at danne overblik over patienten. En stor udskiftning af personalet øger risikoen for, at behandling ikke bliver fulgt op (Gulbrandsen & Stubberud, 2010). Patienter, som har ligget længe på intensiv, langtidsligere, er ofte patienter med mange og komplekse problemstillinger. Når en patient har mange problemstillinger, er der derfor også mange faggrupper og specialer involveret, som alle har hvert sit fokus. Alle faggrupperne ønsker information om patienten og ofte er intensivsygeplejersken en vigtig informant i forhold til dette, hvorfor det er vigtigt med overblik og indgående kendskab til patienten. En måde at løse dette på er gennem primærsygepleje, som ifølge Holter (1995) bygger på ideen om et personligt ansvarsforhold, hvor sygeplejersken har et totalansvar for patienten, så længe patienten er i afdelingen. Holter (1995) beskriver videre, at primærsygepleje giver maksimal selvstændighed til den enkelte sygeplejerske og opfylder hovedværdierne i professionel praksis; personlig ansvar og kontinuitet.

## **1.2 Studiets hensigt**

Med baggrund i det ovenstående har studiet til hensigt, at afdække intensivsygeplejerskernes erfaringer med plejen af intensivpatienten, personaleorganiseringen i intensivafdelingen og få deres opfattelse af hvad begreberne kvalitet og kontinuitet betyder. Derudover har studiet til hensigt at afdække, hvad intensivsygeplejerskerne oplever som udfordrende i arbejdet med patienten og hvad der giver anledning til bekymringer og frustrationer. Ved at beskrive dette åbnes der op for tydeliggørelse af, hvor der er mulighed for forandringer og fornyelse til fordel for både patient og intensivsygeplejerske.

## **1.3 Problemstilling**

*Hvilke erfaringer har intensivsygeplejersken med pleje og omsorg til intensivpatienten og hvordan kan intensivsygeplejersken bidrage til kvalitet?*

## **1.4 Tidligere forskning**

I dette følgende vil søgemetode og søgeord blive præsenteret, hertil også nogle overvejelser der er gjort i forbindelse med søgningen. Derefter vil de forskellige artikler blive præsenteret med de relevante fund der er gjort i de forskellige studier.

For at indhente viden og undersøge hvorvidt, der er forsket på dette område tidligere, er der blevet gjort systematiske søgninger på flere forskellige videnskabelige databaser: Medline, Pubmed, Cinahl og Svemed+, samt Ovid og Sciencedirect, de tre sidst nævnte gav ingen brugbare træf til dette studie. I Cinahl og Medline blev (MeSH) funktionen anvendt, for at få søgninger og træf med størst mulig relevans. Derudover blev der også søgt med søgeord som ikke var MeSH ord for at udvide søgningerne, da der var relativt få træf på søgningerne.

Der blev gjort to forskellige søgninger med bibliotekar, hvor den ene var med hovedvægt på *primærsygepleje* og det andet med hovedvægt på *kontinuitet*.

Til søgningerne blev der anvendt følgende søgeord: "intensive care unit", "critical care unit", "critical care nursing", "primary nursing", "continuity of health care" og "continuity of care in nursing", "Continuity of care".

Udover systematiske søgninger er der også foretaget kædesøgning, hvor bibliografiske referencer fra primærstudier, dokumenter og bøger er blevet anvendt til at finde relevant forskning.

Meget af den forskning, der er på området, er af ældre dato, hvilket som udgangspunkt ikke er ønskeligt at inkludere. Det var hovedsageligt ønskeligt at finde litteratur som ikke var fra før år 2000 og helst ikke mere end 10 år gammel. Der er dog megen litteratur, som er ældre end dette, som giver en god forståelse for indgangsvinklen til studiet og kan være med til at underbygge fund. Derfor er en del ældre forskning inkluderet.

Forskning viser at brug af primærsygeleje og primærgrupper både har fordele og ulemper for intensivsygeplejersken (Bjälke & Arman, 2006; Crocker & Scholes, 2009; Goode & Rowe, 2001). Ulemperne blev afdækket som stress. I det ene studie var det stress relateret til at ivaretage en langliggende og hans pårørende, som blev kategoriseret som "vanskelig". I det andet, var manglende delagtiggørelse af sygeplejerskerne i beslutningstagning omkring kritisk syge patienter og behandling en stressfaktor. Arbejdstilfredsheden spiller en stor rolle for intensivsygeplejerskerne, og studier viser, at de hovedsagligt finder det tilfredsstillende at følge en patient over længere tid. Kontinuitet i plejen var en overvejende fordel ved primærsygepleje (Bjälke & Arman, 2006; Goode & Rowe, 2001; K. Manley, Cruse, & Keogh, 1996; David C. Mohr, Gary J. Young, Mark Meterko, Kelly L. Stolzmann, & Bert White, 2011). Sygeplejerskerne oplevede en større ansvarsfølelse i forhold til plejen af patienten, større autonomi og mere indflydelse på behandlingen (Bjälke & Arman, 2006; K. Manley et al., 1996; Kim Manley, M Hamill, & Hanlon, 1997). Dette indebar alt fra modtagelse, planlægning, iværksættelse og evaluering af tiltag sammen med andre sygeplejersker i teamet, samt

at det var lettere for primærsygeplejersken, at tage etiske problemstillinger op (Bjälke & Arman, 2006). Manley, et al. (1997) så på sygeplejerskers erfaringer og oplevelser med primærsygepleje. Sygeplejerskerne arbejdede i teams, som gav sygeplejerskerne god støtte og som også bidrog til udvikling af kompetencer af nyere sygeplejersker.

Det at kende patienten og opretholde kontinuitet er vigtig for at imødekomme patientens behov på bedst mulig måde. Dette kan være gennem, at genkende fysiologiske tegn til udmattelse og for at forstå patienten i en respiratorafvænningsfase (Crocker & Scholes, 2009). Kontinuitet er i særdeleshed vigtig for at se patienten som et individuelt individ og for at kunne tilpasse plejen efter dennes behov (Olsen, Nester, & Hansen, 2017). Olsen, Nester, and Hansen (2017) ønskede med deres studie at finde ud af hvordan voksne intensivpatienter opleder indlæggelse på intensivafdelingen. Patienterne huskede generelt set deres intensivophold i glimt, men det blev tydeligt at det var vigtigt for patienterne at intensivsygeplejerskerne havde evnen til at give individualiseret pleje og at der var kontinuitet i plejen. Patientopfattelsen belyses også af Wåhlin & Idvall (2009) som har forsket på intensivpatienters oplevelse af indlæggelse på intensivafdelingen. Hvor de har sammenlignet intensivpatientens oplevelser med det billede de pårørende og intensivsygeplejerskerne har af intensivpatientens oplevelse. De fandt mange ligheder mellem deres opfattelse af patientens oplevelse af indlæggelse, men også nogle vigtige forskelle. Nogle af disse var karakterer af forhold, team arbejde, og af intensivsygeplejersken og pårørende opfattede patienten som ved mindre bevidsthed en de selv gjorde. Derudover har de gjort andre fund som er særligt relevante i forhold til problemstillingen i dette studie. De fandt, at patienterne oplevede sikkerhed og tryghed, når der var kontinuitet i plejen. Det betød noget for patienterne, at de samme intensivsygeplejersker kom fra dag til dag, at kompetencer og medmenneskelighed og ønsket fra intensivsygeplejerskens side om involvering spillede en stor rolle. I studiet af Bjälke and Arman (2006) Patienter spiller selvsagt en vigtig rolle. (Manley, et. al 1997) beskriver at intensivvirksomheden udvikles og bliver mere avanceret, dette stiller krav til intensivsygeplejersken, som får et større ansvar men beskriver også vigtigheden i at patienten sættes i fokus.

Kontinuitet i plejen opnås på bedste vis, hvis intensivsygeplejersken som udfører plejen kender patienten (Atkinson, 1991). Udover fordele ved kontinuitet og primærsygepleje, kan der også være ulemper for sygeplejersken som har det overordnede ansvar for patienten. Flere studier har også identificeret ulemper med primærsygepleje (Bjälke & Arman, 2006; Goode & Rowe, 2001; K. Manley et al., 1996). Intensivsygeplejerskerne oplevede en del stress forbundet med primærsygepleje,

her henviser de især til det tætte nærvær der skabes til patient og pårørende, som i længden kan være utrolig hårdt og udmattende. Dette ses som et væsentlig, da det belyser sygeplejerskens behov, for at kunne sige fra i visse patienttilfælde og få en pause for at mindske stress. Det kan være udfordrende og en stor arbejdsbelastning for sygeplejersken, at være primærsygeplejerske for langtidsliggere, da sygeplejersken kan komme til at opleve en stor arbejdsbelastning.

Primærsygepleje er en fordel for patienten, da dette giver øget sikkerhed, reducerer lidelse for patienten og giver både patient og pårørende mulighed for at opleve sammenhæng i plejen (Bjälke & Arman, 2006). Der blev af Parshuram et al. (2015) gjort et omfattende studie for at belyse patientsikkerhed ud fra hvor mange timer de ansatte arbejder. Studiet viste ikke nogen sammenhæng mellem øget velvære hos de ansatte og kortere arbejdstid. Det viser dog til at længere vagter giver mere kontinuitet for patienten og dermed øget patientsikkerhed.

## **2.0 Teoretisk rammeværk**

Under teoretisk rammeværk præsenteres teorien som bliver anvendt i dette studie. Fokuset er på kvalitet, med en specificering af relevante kvalitetsbegreber. Herunder patientcentreret pleje, kontinuitet og patientsikkerhed. Lovværket indenfor sundhedsvæsenet bliver også belyst.

### **2.1 Kvalitetsbegrebet**

Institute of Medicine (2001) har udarbejdet en definition af kvalitet. Overordnet består den af kvalitetsbegrebet med seks underpunkter for helse- og omsorgstjenester, som skal være: *Safe, Effective, Patient-centered, Timely, Efficient, Equitable*. Norske myndigheder har ud fra disse mål udarbejdet anbefalinger og formuleret seks lignende mål, som indebærer, at tjenester skal: være virkningsfulde, trygge og sikre, involvere brugerne og give dem indflydelse, være samordnede og præget af kontinuitet, udnytte resurserne på en god måde, være tilgængelige og retfærdig fordelt. (Social- og Helsedirektoratet, 2005)

I dette studie bliver der fokuseret på tre af de seks mål, som er: ”*være trygge og sikre*” - det vil sige patientsikkerhed, ”*Involvere brugerne og gi dem innflytelse*” - her fokuseres på patientcentreret pleje og ”*Være samordnet og preget av kontinuitet*” - hvor kontinuitet er centralt for kvalitet i plejen.

Helsedirektoratet udgav i 2016 en vejleder til ”*forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*”. Forskriftens formål ”er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.” (Helsedirektoratet, 2016, p. 5). Forskriften er tiltænkt som et værktøj for virksomheder, i dette til fælde sygehuset/intensivafdelingen for systematisk styring, ledelse og kontinuerlig forbedring. Sundheds- og omsorgstjenester skal være faglig forsvarlige. Den faglige forsvarlighed er i forskriften rettet med virksomheden, som har et ansvar for at tilrettelægge tjenester på en måde, som gør at personalet, her intensivsygeplejerskerne, kan overholde egne lovpålagte pligter. Dette er for at patienten kan få et omfattende og koordineret pleje (ibid).

### **2.1.1 Patientcentreret pleje**

Jean Watsons er sygeplejeforsker, Watsons (1999) teori bygger på fænomenologisk psykologi og filosofi. Hun mener, at de faglige og medicinske kundskaber og færdigheder er essentielle for den medicinske profession, men ikke kan være det centrale fokus for sygeplejen.

Angela Coulter er engelsk professor og forsker indenfor offentlighedsarbejde (public health) med særlig interesse i patientinvolvering og patientcentreret pleje er hovedsagligt fremgangskvinde for patientcentrering i den primære sektor, og i forhold til bruger- og patientmedvirkning og involvering. Coulter (2011) har nogle vigtige perspektiver i forhold til den patientcentrerede pleje, som kan være med til at bidrage positivt i forhold til dette studie, ved at belyse fundene som kommer frem gennem informanternes besvarelser. Coulters (2011) opfattelse er, at man i de senere år er gået mere og mere væk fra den paternalistiske tilgang til patienten og medinddragelse, værdighed, respekt og opfattelse af patienten som medspiller i egen behandling har vundet større indpas. Ved at involvere brugerne og give dem indflydelse, udøves pleje og behandling respektfuldt og behandlingen reflekterer individuelle ønsker, behov og værdier således, at alle afgørelser, som tages i forhold til plejen er i tråd med patientens værdier.

I bestræbelsen på at forbedre sundheden er der nogle vigtige elementer, som flere førende organisationer i samarbejde har konstrueret for at fremme patientcentreret pleje. Herunder er nogle udvalgte elementer, som er vigtige i forhold til den patientcentrerede pleje: God kommunikation, emotionel støtte og empati, troværdig og hensynsfuld informationsinvolvering i beslutninger omkring behandling og pleje, personrettet service, koordinering og kontinuitet, involvering af pårørende og opmærksomhed på privatliv, fortrolighed og værdighed (Coulter, 2011). Interprofessionelle kompetencer og færdigheder er essentielle i patientcentreret pleje. Det er her vigtigt, at plejen som



gives til patienten er i overensstemmelse med patientens fysiske, psykiske og sociale behov (Coulter, 2011).

### **2.1.2 Kontinuitet**

Kontinuitet er et centralt punkt vedrørende kvalitet i behandling og pleje, som indebærer, at disse skal være samordnede (Social- og helsedirektoratet, 2005). American academy of family physicians (2015) definerer kontinuitet (Continuity of care) som:

*”Continuity of care is concerned with quality of care over time. It is the process by which the patient and his/her physician-led care team are cooperatively involved in ongoing health care management toward the shared goal of high quality, cost-effective medical care.”*

Med begrebet, *Være samordnet og preget af kontinuitet*, menes at have fokus på behandlingsresultater og udøve service, som er bygget på videnskabelig kundskab, som der kan drages nytte af. Samtidig skal det reducere ventetid og skadefulde forsinkelser, både for de som udøver og de som modtager pleje (Institute of Medicine, 2001).

Watsons (1999) sygeplejeteori indeholder vigtige aspekter ved patientplejen vedrørende kontinuitet som sygeplejernærvær og det at bruge tid med patienterne. Ved at bruge tid med patienterne får man mulighed for at følge op på plejen og behandlingen, noget som er af afgørende betydning for kontinuitet og dermed god kvalitet i patientplejen. Patienten oplever sygeplejersken som omsorgsfuld, når hun varetager ham som enkeltindivid og med medmenneskelighed og ikke bare som patienter. For at sygeplejersken har mulighed for dette, er det nødvendigt, at hun har kendskab til patienten. Dette får hun gennem en individuel tilnærmelse, som giver viden om patientens historie og hvad der er specielt for akkurat pågældende patient (Stubberud, 2016a). Joyce Travelbee var en amerikansk psykiatrisk sygeplejerske med mastergrad i sygepleje. Travelbee (2005) fremhæver menneske-til-menneske-forholdet, som fokuserer på at netop kundskab om patienten er vigtig, for at få den individuelle tilgang til patienten. For at intensivsygeplejersken skal have mulighed for at kende personen bag patienten, skal hun have en forståelse for at ikke alle patienter er ens, og at der derfor er nødvendigt med forskellig tilgang, pleje og behandling.

Kontinuitet i behandlingsforløbet hænger tæt sammen med patientkendskab. Patienten har behov for kontinuitet i patientplejen, som etableres gennem behandlingsforløbet, hvor målet er at skabe stabilitet og oplevelse af forudsigelighed. Dette opnås ved oprettelse af individuelle plejeplaner, gode dokumentationssystemer og færrest mulige sygeplejersker at forholde sig til. Disse er centrale tiltag for at opnå bedst mulig kontinuitet i plejen til patienten (Stubberud, 2016b)

Marit Kirkevold er sygeplejerske med doktorgrad i sygeplejevidenskab og professor. Kirkevold (1997) beskriver sygeplejerskens funktion som blandt andet at være fortolkende, støttende og integrerende. Med dette mener hun, at sygeplejersken skal hjælpe patienten til at skabe større oversigt i en ny livssituation. Hun vægtlægger, at skabe tillid og tryghed for at hjælpe patienten til at opretholde håb i behandlingssituationen samt at hjælpe patienten med at forstå hensigten med den behandling, der gives. På denne måde fremmer sygeplejersken patientens oplevelse af kontinuitet og stabilitet.

James Brian Quinn var ingeniør med master i business administration og doktorgrad i filosofi. Quinn beskriver microsystemer, som vigtige for at skabe kontinuitet. Hans teori har været med til at danne baggrund for kvalitetsmålene fra Institute of Medicine. Microsystemer kan ved intensivafdelingen være flere intensivsygeplejersker og en eller et par læger, samt andre professioner. Microsystemer er der hvor kvaliteten bliver oplevet af patienten eller går tabt. Konceptet microsystemer er en måde hvorpå man kan levere; bedre standardiserede gængse aktiviteter og individuel tilpasset pleje til patienten, bedre brug af information til at understøtte daglige rutiner, målbar forbedring af præstationer, udvidet samarbejde og teamarbejde på tværs af professioner internt i microsystemet og en mulighed for at dele 'best practice' på tværs af microsystemer i enheden/afdelingen (Mohr & Batalden, 2002).

### **2.1.3 Patientsikkerhed**

De ovenfor nævnte kvalitetsbegreber er i tråd med de grundlæggende etiske principper i sygeplejen. Med tryghed og sikkerhed menes at undgå skade af patienten gennem den pleje, som er tiltænkt som hjælp. Her tænkes der specielt på ikke-skade-princippet, som hænger tæt sammen med velgørenhedsprincippet, som dækker over at gøre det bedste for patienten og sørge for at denne ikke blive udsat for unødigt skade (Norsk sygepleieforbund, 2016). Med dette princip i baghovedet leder det videre hen til noget af det mest grundlæggende for sygeplejeudøvelsen, nemlig patientsikkerhed. Patientsikkerhed bør være det bærende mantra for al udførelse af sygepleje. Patientsikkerhed er defineret således: «*Pasienter skal ikke utsettes for unødigt skade eller risiko for skade som følge af helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme*» (Saunes, et al, 2010, p. 6). Samtidig som patienten skal hjælpes til bedring, er det utrolig vigtig, som Saunes et al. (2010) skriver, at patienten ikke udsættes for unødigt skade eller risiko for skade. Patienter, som indlægges i sundhedsvæsenet, har behov for varierende grad av behandling og pleje. Det er derfor vigtigt at have fokus på patientsikkerheden, når patienter er indlagt på sygehuset, herunder på intensivafdelingen, som er udgangspunktet i dette studie.

Patientsikkerhed kan anskues fra forskellige niveauer: individ-, gruppe- og systemniveau. På individniveau varetages patientsikkerheden i forhold til den enkelte patient. Gruppeniveau indebærer fokus for en specialgruppe eksempelvis intensivpatienter. Til slut kan patientsikkerhed anskues fra systemniveau, som er nationale strategier for sundhedstjenesten (Braut & Holmboe, 2015)

Sikkerhedskulturen er en sammensat størrelse, som er afhængig af de ansattes kundskab, motivation, holdninger og adfærd som bliver synlig gennem sygehusets totale sikkerhedsadfærd (Nasjonal Sikkerhetsmyndighet, 2014). På sygehuset omfatter sikkerhedskultur i særdeleshed patientsikkerhedskultur (Haugen & Storm, 2015). I stortingsmelding nr. 10 (2012-13), ”God kvalitet - trygge tjenester”, står der, at patienter og brugere skal være trygge på, at sygehuset skal have god kultur for at forebygge, melde og analysere uønskede hændelser (Haugen & Storm, 2015). En uønsket hændelse beskrives som: *»En utilsiktet eller uønsket forekomst i helse- tjenesten, som skyldes ytelser eller mangel på ytelser i helsetjenesten eller systemet for helsetjenester»* (Saunes et al., 2010).

#### **2.1.4 Lovværk**

Det vil være væsentlig, som i al helsefagligt arbejde, at inddrage helsepersonelloven, som også intensivsygeplejersken er underlagt. Helsepersonelloven, har til formål at bidrage til sikkerhed for patienten og kvalitet i helse- og omsorgsarbejdet (helsepersonelloven, 2017). Her er flere af paragraferne særligt relevante i forhold til dette studie.

I kap 2. § 4. *Forsvarlighed* står der beskrevet således:

*”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”* (Helsepersonelloven, 2017).

Den pleje som bliver givet til en intensivpatient, skal udføres efter dette lovkrav. Der skal altså tages udgangspunkt i patientsituationen og ud fra dette gives den bedst mulige helsehjælp.

Helsepersonelloven lægger også stor vægt på dokumentation som en vigtig del af kvalitet i behandling og pleje. I kap. 8. § 39. *Plikt til at føre journal*, er dokumentationspligten beskrevet således: *”Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient”* (Helsepersonelloven, 2017). Dette kan ses i sammenhæng med patientsikkerhed og kontinuitet.

Videre i § 40. *Krav til journalens indhold m.m.* står der:

*”Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell”* (Helsepersonelloven, 2017).

Intensivsygeplejerskerne har plikt til at føre journal om patienten og de forhold der måtte være, denne skal føres således at annet personale let kan forstå journalføringen. Lovverket vil blive brugt til at underbygge intensivsygeplejerskens forpligtelser og vigtigheden i plejen af patienten, herunder patientsikkerhed, patientcentrering og kontinuitet.

### **3.0 Metode**

I det følgende belyses design og metode som er anvendt i dette studie. Herunder kommer udvalg af informanter, udfordringer med udvalget, dataindsamling, interviewsituationen og refleksioner over dataindsamling. Derudover en gennemgang af dataanalysen, samt troværdighed og forskningsetiske overvejelser.

Studie har et kvalitativt eksplorerende design. Ifølge Thagaard (2015) er det kvalitative design særdeles velegnet til at få hver enkelt sygeplejerskes syn på, hvordan vedkommende oplever og opfatter netop det, der ønskes undersøgt. Den kvalitative tilgang er som grundlagsgivende for fordybning i de fænomener og livsverdener, vi studerer. Derudover giver det kvalitative design forfatteren mulighed for at udvikle og præcisere problemstillingen i løbet af processen, ud fra de indsigter forfatteren får undervejs (ibid). Problemstillingen belyses gennem kvalitativ metode med individuelle semistrukturerede interviews. Denne forskningsmetode giver mulighed for at få en forståelse af interviewpersonernes holdninger til studiets temaer, og en indsigt i deres måde at arbejde i plejen af patienten (ibid).

### **3.1 Det kvalitative forskningsinterview**

#### **3.1.1 Udvalg af informanter**

Til et kvalitativt fagudviklingsprojekt med individuelle interviews er det normalt, at man benytter 10-20 informanter (Brinkmann & Tanggaard, 2012). En risiko ved at have mange informanter og ikke have kapacitet til at analysere denne store datamængde er, at der bliver en overflod af materiale og at analysen og fortolkningen af dette ikke kommer til at blive sammenhængende (ibid). Dette studie har blot en forfatter, og det kan derfor blive vanskeligt både at indhente, og bearbejde data fra så mange informanter. Målet var derfor fem til seks informanter, således at der var tilstrækkelig tid til bearbejdningen af materialet og mulighed for at gå i dybden med analysen. For at kvalitetssikre udvælgelsen af deltagerne til studiet, blev der taget kontakt med afdelingslederen ved intensivafdelingen på gældende sygehus, dette blev gjort for at undgå at påvirke

udvælgelsesprocessen. Der blev afholdt et møde med afdelingslederen, hvor fremgangsmåden og hensigten med studiet blev forklaret og der blev uddelt et informationsskriv til afdelingslederen, som fik ansvar for at uddele informationsskriv til interviewdeltagerne (bilag 2). Informanterne blev rekrutteret gennem strategisk udvælgelse med følgende inklusionskriterier:

- Uddannet intensivsygeplejerske
- Stillingsprocent 75-100%
- Størst erfaring fra intensivafdeling (ekskluderet medicinsk intensivovervågning og postoperativafdeling)
- Væsentlig med erfaring med patienter som har været på intensiv i længere tid

Disse kriterier stilles for at sikre de mest kvalificerede deltagere til netop dette studie.

Oprindeligt var der i forhold til erfaringsgrundlag, opstillet et kriterie med mere end tre årserfaring, således at nyuddannede intensivsygeplejersker ikke var aktuelle kandidater. Det blev efterfølgende vurderet, at nyuddannede intensivsygeplejersker kunne have vigtige syn på temaet og muligt en anden tilgang og perspektiv i forhold til intensivsygeplejersker med lang erfaring. Totalt deltog seks informanter i studiet, alle kvinder med et erfaringsgrundlag som varierede mellem 1-32 år.

### **3.1.2 Interviewguide**

Under interviewene blev der anvendt en semistruktureret interviewguide (bilag 1). Denne hjælper med at holde struktur på interviewet og sørger for at alle emner som ønskes besvaret bliver besvaret (Kvale, 2007). Det semistrukturerede interview forløber som en interaktion mellem interviewpersonens spørgsmål og informantens svar, dette giver deltageren og forskeren mere frit spillerum, og lader interviewet tage form som en samtale. Den semistrukturerede interviewguide er bygget op omkring temaer, som anses som centrale og vigtige i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2015). Spørgsmålene i guiden skal både have en dynamisk og tematisk dimension. Den tematiske dimension sørger for, at guiden indeholder de vigtige spørgsmål og at der under interviewet kommer svar på disse. Den dynamiske dimension sørger for, at guiden fremmer positiv interaktion, holder samtalen kørende og motiverer interviewpersonen. I det semistrukturerede interview benyttes temaer eller åbne spørgsmål, således at det bliver muligt for deltageren at tale frit og lade forskeren få en god forståelse af dennes livsverden (Brinkmann & Tanggaard, 2012).

Med udgangspunkt i problemstillingen og studiets hensigt blev interviewguiden udarbejdet.

Denne er gennemarbejdet, og er i samarbejde med vejleder blevet finjusteret i forhold til indhold og opsætning. Interviewguiden er godkendt af personverneombudet på gældende sygehus. Interviewguiden består af åbne spørgsmål for at få den mest umiddelbare respons fra interviewdeltageren.

Ofte vælger man at afholde et pilotinterview før man foretager de interviews, som skal danne grundlag for studiet (Malterud, 2011). I dette studie blev der ikke afholdt et pilotinterview før selve interviewrunden, dette skyldes tidsrammen. Interviewguiden viste sig at fungere udmærket under interviewene, men et eventuelt pilotinterview med efterfølgende refleksioner og eventuelle rettelser i interviewguiden kunne have været med til at gøre spørgemåder og formuleringer i spørgsmålene endnu mere tydelige.

### **3.1.3 Indsamling af data**

Fremgangsmåden for indsamling af data foregik gennem en semistruktureret tilgang.

Ifølge Brinkmann and Tanggaard (2012) er det vigtigt at tilegne sig viden og kundskab indenfor det område man ønsker at søge mere viden om. Dette blev gjort gennem litteratursøgninger og praktisk erfaring fra feltet. Dette er for at få det optimale ud af selve forskningssituationen og interviewene, ved at have en forståelse for feltet.

Det var planlagt at interviewene skulle foregå på sygehuset i et egnet lokale. Her var det ønskeligt, at lokalet ikke skulle ligge i umiddelbar nærhed af afdelingen for at undgå forstyrrelser. Ligeledes var det væsentligt, at interviewpersonerne fik afsat tid fra afdelingens side til at deltage i interviewet. Dette var også vigtigt for at undgå afbrydelser (Kvale & Brinkmann, 2010).

### **3.1.4 Udfordringer med udvalget**

Intensivafdelingen er en afdeling med stor aktivitet og med skiftende patientbelastning. De første fire deltagere blev hurtigt udvalgt og interviewet, men derimod tog det et stykke tid at få indhentet de sidste to interviews. Det er usikkert hvad dette skyldes, men bevirkede at dataindsamlingsprocessen blev noget opdelt og langstrakt.

Derudover var det ikke alle informanter, som havde modtaget et informationsskriv før interviewet, der er dog ikke noget, som tilsiger, at dette har haft en indflydelse på kvaliteten af interviewene.

### **3.1.5 Interviewsituationen**

I forhold til omgivelserne for interviewene, var det ikke muligt at booke et lokale til gennemførelse af disse og de blev derfor gennemført i de forhåndenværende faciliteter, som pauserum, tom patient stue og på et lederkontor. Lokaliteten for interviewene har dog umiddelbart ikke haft nogen betydning for gennemførelsen, da der ikke forekom afbrydelser. Interviewene blev gennemført i deltagernes arbejdstid. Dette foregik primært i formiddagstimerne og største delen på en tilhørende afdeling, som ikke var intensivafdelingen, men med intensivsygeplejersker med størst tilknytning til intensivafdelingen.

Interviewene var af forskellig varighed og havde en længde på mellem 30-45 min afhængigt af hvor udfyldende besvarelser, der blev givet og hvor stærke holdninger interviewdeltageren havde til de forskellige temaer. Der blev under interviewet taget enkelte notater, men siden der blot er en forfatter til dette studie og derfor blot en interviewperson, blev det vurderet, at det var bedre at følge samtalen end at skrive notater undervejs. Af samme årsag, var det også af stor betydning at interviewene blev transskriberet umiddelbart efter hvert interview for at have situationen i bedst mulig erindring og på den måde få flest mulige detaljer med. Under hvert interview blev der taget udgangspunkt i interviewguiden. Ofte blev nogle spørgsmål stillet igen for at få et mere udfyldende svar og andre gange var tidligere svar så udfyldende, at andre spørgsmål fra interviewguiden kunne udeblive. Interviewene blev optaget med diktafon og efterfølgende transskriberet.

### **3.1.6 Forforståelse**

Forforståelsen er den forudindtagede forståelse man har af et felt eller et område inden et studie påbegyndes (Malterud, 2011). Forforståelsen er med til at påvirke den måde hvorpå egne data bliver indsamlet og forstået på. Forforståelsen er som oftest en del af drivkraften, for i det hele taget at påbegynde et studie. I følge Malterud (2011) betyder forforståelse, at man hele tiden bør spørge sig og at man bør spørge sig selv, hvordan processen og produktet bliver påvirket af eget ståsted i forhold til problemstillingen. Forfatter har arbejdet som sygeplejerske i en akutmodtagelse med flere års erfaring med akut syge patienter. Dette medfører, at arbejds erfaringer og tankegang påvirkes af hvordan man spørger i interviewsituationen og hvordan man opfatter svarene fra informanterne. Det er derfor vigtigt, at være bevidst om sin egen forforståelse under interviewene og forsøge ikke at bringe denne med ind. Egen forforståelse i dette studie er præget af egne erfaringer fra



intensivafdelingen, og det er derfor vigtigt gennem processen at se udover denne forforståelse og være åben for nye fund.

### **3.2 Dataanalyse**

Analysen af datamaterialet tager i dette studie, afsæt i Graneheim og Lundmans (2004) beskrivelse og gennemgang af kvalitativ indholdsanalyse. I tillæg er der brugt et nyere diskussionspaper af Graneheim, Lindgren, and Lundman (2017), hvor de gennemgår de metodiske udfordringer, der kan være ved kvalitativ indholdsanalyse. De går i dybden med analysen på det fortolkende og beskrivende plan, hvor der specificeres hvilke faser af analysen, der er manifest og hvilke der er latent og variationen af disse.

Graneheim and Lundman (2004) beskriver vigtigheden i, at man er bevidst om, hvor man befinder sig i analysen, og vigtigheden af at have fokus på det manifesterende eller det latente. Det manifeste vil sige, at der ikke sker nogen fortolkning af teksten, mens det latente vil sige, at der sker en fortolkning af den underliggende mening i indholdet i teksten. I dette studie har det været vigtigt at holde analysen så tekstnær som mulig og med mindst mulig fortolkning for at bevare de meningsbærende enheder, kondenserede meningsenheder og koder uden nogen form for fortolkning. Originaludsagnet, med tanke på ordvalg og ordstillinger, er holdt som det oprindeligt er sagt af interviewdeltagerne. Der kan være steder, hvor forfatter har omformuleret teksten, for at skabe en større mening og sammenhæng for læseren, dette er gjort med størst mulig loyalitet til originaludsagnene.

Indledningsvis blev alle interview lyttet igennem gentagne gange, og efter transskriberingen blev interviewene læst igennem flere gange. Dette skabte overblik over materialet og hjalp til at se mønstre og ligheder i interviewene. Under gennemlæsningen kom der seks domæner frem, som de meningsbærende enheder blev inddelt under; plejen, fordeling, arbejdstilfredshed, patienten, kendskab og dokumentation. Denne inddeling blev gjort for at få en bedre oversigt over det store datamateriale og for at lette det videre arbejde. De meningsbærende enheder blev sat op i et skema og herefter meningskondenseret så tekstnært som muligt for at undgå fortolkning og beholde hvert udsagn som et manifest materiale (Graneheim og Lundman, 2004). Der blev dannet koder for hver af de kondenserede meningsenheder. De transskriberede interviews fik hver sin farve som koder for hver sin person for at kunne holde de meningsbærende enheder adskilt. Denne farve følger gennem

hele analyseprocessen således, at det blev let oversigtligt at se hvilke interviewpersoner de forskellige koder tilhørte. Koderne blev sat ind i et nyt dokument under de tilhørende domæner, hvor de enkelte koder blev vurderet i forhold til, hvorvidt de gav mening som enkeltstående. Koderne blev nummereret og klippet ud for at få et bedre overblik og for lettere at kunne flytte frit rundt på koderne og gruppere dem ud fra indhold. Nummereringen af koderne gjorde det lettere efterfølgende at finde tilbage til de meningsbærende enheder både for at anvende citater, men også for at kunne kontrollere at koderne faktisk repræsenterede udsagnet korrekt.

*Tabel 1: Eksempel på analyseprocess af domænet "Arbejdstilfredshed"*

Meningsbærende enhed	Kondenseret meningsenhed	Kode
I og med at du kender patienten, alle detaljer, og du slipper for at sætte dig ind i nyt på en måde, jeg siger ikke at det er negativt at du må sætte dig ind i ting men du bruger jo unødvendig meget tid på at sætte dig ind i ting hvis du skal bytte patient hele tiden I stedet for at du får gjort det lille ekstra, patienten måske har brug for da. (informant 4 - Rosa)	Du kender patienten, alle detaljer, slipper for at sætte dig ind i nyt, ikke at det er negativt, bruger unødigt meget tid hvis du skal bytte patient hele tiden i stedet for at få gjort det lille ekstra  Det er en fordel med des færre sygeplejersker des bedre rundt patienten,	Få gjort det lille ekstra  Des færre sygeplejersker des bedre

<p>Ja altså jeg tror jo det er en fordel med des færre sygeplejersker des bedre rundt en patient. (Informant 6 - Blå)</p>	<p>Været oppe i det samme selv, fået besked på aftenvagt du skal derind der skal lægen afslutte øjeblik, jeg havde aldrig set patienten før det var en langligger</p>	<p>Der skal lægen afslutte, jeg havde aldrig set patienten</p>
<p>Ja jeg har været oppe i det samme selv, fået besked om på aftenvagt, ja du skal ind der, der skal lægen afslutte øjeblik, og jeg havde aldrig set patienten før, og det var en langligger, så men jeg tænker, så må i hvert fald, så tænker jeg at så må det i hvert fald ikke være jer som kommer allersidst, det hedder sig jo, man skal jo have samtale bagefter, efter nogle uger, og det syntes jeg er virkelig godt, det tror jeg pårørende syntes er rigtig godt. (Informant 5 - Gul)</p>	<p>Ikke mindst for patientens skyld, men også for personalet, det er ti gange lettere at være der hvor man kender patienten end stadigt begynde på nyt</p>	<p>Lettere der man kender patienten</p>
<p>Ehm, ikke mindst for patientens skyld, men også for personalet, det er jo 10 gange lettere at være der hvor man kender lidt til, patient, og behandling og sygdom og livshistorien egentlig, end at stadigt begynde på nyt igen. (Informant 1 - Rød)</p>		

Helt frem til og med inddelingen i koder er analyseprocessen ifølge Graneheim and Lundman (2004) at anse som manifest indhold. Når koderne inddeles i kategorier og temaer bliver indholdet latent, dette giver en større mulighed for at fortolke og samle forskellige koder med samme underliggende mening. Koderne blev samlet under kategorier, benævnelsen af disse kom frem under arbejdet og skiftede lidt undervejs til den mest beskrivende kategorititel blev fundet. Kategorierne blev derefter samlet under temaer, hvor tematittelen ligeledes var midlertidig til den mest passende blev fundet. Koderne, som blev fordelt ind i kategorier, kom fra forskellige domæner, men det ses, at de fleste af koderne fortsat tilhører deres domæner og er endt under samme temaer. Under arbejdet kom der tre tydelige temaer frem, som vil blive præsenteret i kapitel 6.0.

### 3.3 Forskningsetiske overvejelser

Før dataindsamlingsarbejdet begyndte blev der udfærdiget en projektplan, som blev godkendt af personvernombudet på gældende sygehus (Bilag 4). Derudover følger studiet de etiske retningslinjer for sygeplejeforskning fra sygeplejerskernes samarbejde i Norden (Sygepleiernes

Samarbeid i Norden, 2003). Samt Helsinkideklarationen udarbejdet af Verdens lægeforening omhandlende etiske principper for medicinsk forskning.

### **3.3.1 Informeret samtykke**

Ifølge helsinkideklarationen, skal involvering af enkeltpersoner som deltager i forskning basere sig på frivillighed (WorldMedicalAssociation, 2003). For at følge de forskningsetiske retningslinjer, blev der udfærdiget et samtykkeskema (bilag 3). Dette blev givet til alle seks interviewdeltagere og underskrevet af begge parter. Det informerede samtykke er vigtigt i forhold til at varetage interviewdeltagernes anonymitet og er en sikkerhed for dem om, at deres data varetages med omhu. Sammen med et informeret samtykke gives interviewdeltagerne også muligheden for at kunne trække sig fra studiet til enhver tid uden at det får konsekvenser for dem, hvis de ikke længere ønsker at være en del af det (Thagaard, 2015). Deltagerne blev informeret om studiets formål, og hvem der ville få tilgang til datamaterialet.

### **3.3.2 Anonymisering og sikring af data**

Interviewene blev optaget på diktafon og lydfileerne er blevet holdt aflåst fra det øvrige datamateriale og vil blive slettet efter indleveringsdatoen 26.04.18. Der blev under interviewet ikke optaget navn på interviewdeltagerne og der er ligeledes ikke brugt navn på interviewdeltagerne på det transskriberede datamateriale. Deltagerne i studiet er anonymiserede, hvilket indebærer, at der ikke bliver oplyst navne i studiet, eller på anden måde bliver anvendt information eller data, som kan identificere deltagerne. Måden anonymisering kan gøres på, er ved at nummerere deltagerene med tal eller bogstaver (Kvale & Brinkmann, 2010). Interviewdeltagernes identitet er i dette studie blevet kodet med benævnelsen informant 1-6, netop for at sikre anonymisering. Citaterne som er anvendt fra dataanalysen er blevet anonymiseret med disse koder, således at de ikke kan spores tilbage til interviewdeltagerne. I forhold til anciennitet og stillingsprocent, er dette ikke knyttet op til interviewdeltagerne, dette er for yderligere anonymisering. Det transskriberede materiale er blevet holdt adskilt fra skemaer med informeret samtykke, for at sikre confidentialiteten af dataene. Under arbejdet er det kun forfatter og dennes vejledere, som har haft tilgang til det transskriberede datamateriale.

### **3.3.3 Troværdighed**

Under interviewerne blev de samme spørgsmål stillet til hver interviewperson, for at have samme udgangspunkt for resultaterne. Det var ikke altid let at styre hvor samtalen førte hen, men her var det vigtig at være bevidst om dette, for at styrke validiteten. Forfatteren udførte interviewes af intensivsygeplejersker på den afdeling, hvor forfatter allerede selv havde gennemført sin praktikperiode. Forfatter var derfor i interviewprocessen bevidst om, at dette kunne have en indvirkning på interviewene. Kodningen blev gjort så tro mod dataene som muligt og med meget lille grad af fortolkning, noget som imidlertid aldrig helt kan undgås, da alle tænker ud fra deres egen livsverden (Thagaard, 2015).

Hvert interview blev transskriberet umiddelbart efter, at det var gennemført for at have selve interviewsituationen i frisk erindring mens det blev transskriberet. Alle fyldord så som ehm, mmm, lige som osv. er skrevet med i transskriberingen, ligeledes er lange pauser forsøgt markeret ved at lave lange mellemrum. Dette var for at få et så pålideligt materiale som muligt.

Alle interview blev gennemført på norsk, men da forfatter er dansk var det mest naturligt, at opgaven blev skrevet på dansk. Derfor er alle interview ved transskriberingen oversat til dansk. Det er blevet vurderet, at oversættelsen ikke har nogen indflydelse på betydningen af interviewdeltagernes besvarelser.

### **3.3.4 Refleksioner**

Interviewerrollen var en uvant rolle og det blev gennem interviewene tydeligt, at det kræver en vis erfaring at stille uddybende spørgsmål til interviewdeltageren på de rigtige tidspunkter for at få mere dybdegående besvarelser. Det der hovedsageligt var bekymringen med at stille uddybende spørgsmål under interviewet var, at interviewer skulle komme til at farve interviewdeltageren eller på anden måde tvinge nogle bestemte svar frem. Under bearbejdelsen af dataene blev det tydeligt, at der til nogle af besvarelserne kunne være stillet flere uddybende spørgsmål for at få mere konkrete svar fra interviewpersonerne. Man kunne havde spurgt deltagerene: ”hvad mener du med det”, ”kan du forklare det lidt mere”. På den måde kunne også tvivls spørgsmål i forhold til de enkelte svar være blevet opklaret. Der skal en vis erfaring til for at gennemføre et godt interview for at få mest mulig brugbart materiale. Disse refleksioner blev opfattet som en del af processen og som en vigtig læring, som kan tages med videre.



## 4.0 Fund

I det følgende vil fundene fra analysen blive præsenteret temavis og med tilhørende kategorier. Fundene fra de forskellige kategorier vil blive beskrevet og underbygget med citater fra informanterne. Tabellerne som ses herunder indeholder de temaer og kategorier der kom frem gennem analysen, men koderne er ikke taget med under de forskellige kategorier. Tabellerne skal være med til at skabe et bedre overblik over fundene, lette den videre læsning og gøre fundene mere forståelige.

Gennem analysearbejdet med kodning og kategorisering kom der tre temaer frem

*Tema 1: Patient og pårørende i fokus*

*Tema 2: Intensivsygeplejerskens arbejdstilfredshed i patientplejen*

*Tema 3: Arbejdsfordeling i afdelingen*

Tema 1 fremkom på baggrund af fire kategorier, Tema 2 fremkom på baggrund af fem kategorier og Tema 3 fremkom på baggrund af fire kategorier:

*Tabel 2 Inddeling af kategorier under tema*

Tema 1 Patient og pårørende i fokus				
<b>Kategori</b>	Patientkendskab og patienttryghed	Udfordringer som bliver ulempe for patienten	Pårørendesorg og pårørende som resurse	Fremdrift i patientbehandlingen

*Tabel 3 Inddeling af kategorier under tema*

Tema 2 Intensivsygeplejerskens arbejdstilfredshed i patientplejen					
<b>Kategori</b>	Kontinuitet og patientkendskab	Arbejdstilfredshed	Dokumentation og sikring af information	Mangel på kontrol og utryghed	Styrket samarbejde

*Tabel 4: Inddeling af kategorier under tema*

Tema 3 Arbejdsfordeling i afdelingen				
<b>Kategori</b>	Manglende struktur på fordeling af personale	Udfordrende arbejdsforhold	Afdelingens visioner	Ønsker om forbedring

## **4.1 Tema 1: Patient og pårørende i fokus**

Det at skabe en tryk ramme for både patient og pårørende, var af stor vigtighed for alle interviewdeltagerne og blev påpeget adskillige gange gennem interviewene. Kendskab til patienten, patienthistorie og sygdomsforløb var for mange af informanterne vigtigt for at kunne udføre et, for dem selv, optimalt stykke arbejde. I det følgende vil de fem kategorier; patientkendskab og patienttryghed, udfordringer som bliver ulempe for patienten, pårørende omsorg og pårørende som resurse, fremdrift i patientbehandlingen blive gennemgået og beskrevet.

### **4.1.1 Patientkendskab og patienttryghed**

Noget af det, som intensivsygeplejerskerne pegede på som værende vigtig, var at kende patienten de havde ansvaret for og modsat; at patienten kendte intensivsygeplejersken. Begrundelsen for dette var, at de da kunne give bedre pleje og skabe en større tryghed for patienten. En sagde:

*”Ja mmm, at det betyder en meget stor tryghed for patienten at den slipper at, for den må jo faktisk blive kendt med nye og nye og nye” (Informant 3)*

Flere mente at kendskab til patienten fordrede god pleje, på en sådan måde, at intensivsygeplejersken fik større mulighed for at bruge tiden konstruktiv til patientplejen. Ligeledes kunne de have fokus på stabilisering af vitale funktioner og muligheden til at se patienten som det enkelte menneske og respektere denne, en informant udtalte:

*”Nej det er altså, det er at patienten altså, at du beholder patientens integritet i forbindelse med det du er i gang med, at du respekterer patienten for den han er og prøver at se at der er et menneske bag den syge patient som ligger der” (Informant 6)*

At bevare integriteten og ligeledes at alle patienterne har samme værdi var vigtigt for informanterne. En af informanterne beskrev, at der med tiden er blevet et øget aktivitetsniveau og at patienterne i intensivafdelingen er mere kritisk syge end tidligere. Dette medfører, at det er endnu vigtigere med kendskab til patienten for at udøve bedst mulige pleje og omsorg. En anden informant tydeliggjorde vigtigheden af patientkendskab og forklarede dette med, at det vigtigste er, at patienten har det godt og være i fokus.

### **4.1.2 Udfordringer som bliver ulempe for patienten**

I modsætningen til kendskab til patienten og de fordele det bidrog til, kom det også til udtryk hvilke ulemper informanterne mener det kan have for patienten ikke at have kontinuitet og kendskab. Flere



af informanterne nævnte, at det var utrygt for patienterne, at det ikke var samme sygeplejerske som varetog plejen. Eksempelvis nævnte de patienter, som ligger intuberet og derfor ikke har mulighed for at komme med ønsker. Dette mente de kunne have betydning for svigt i pleje og behandling, ved at der ikke bliver etableret et forhold mellem intensivsygeplejerske og patient.

*”Jeg tror det går på utryghed for patienten, når vi hele tiden, i en så vigtig fase, når den er på respirator eller er intensivpatient, at de aldrig ser, omtrent, de samme folk, så føler de sig ikke trygge. Og du ser det når du kommer til en patient som du har haft før, at han bliver tryk på dig” (Informant 6)*

En anden informant formulerede, at på trods af stor journalføring og megen dokumentation, så kan information forsvinde. Hun mente, at det var enklere og mere trygt, når man selv har udført plejen til patienten og vidste hvad der var blevet gjort. Det blev også nævnt, at utryghed under indlæggelsesforløbet kan have følger for patienten efter udskrivelse fra intensivafdelingen. En informant mente, at årsagen til påvirkningen i eftertid kunne skyldes utryghed og mangel på kontinuitet under ophold på intensiv.

#### **4.1.3 Pårørendeomsorg og pårørende som resurse**

Det blev tydeligt, at mange af informanterne ser pårørende som en vigtig resurse i patientplejen. En informant sagde, at det var vigtigt at få patienten stabiliseret og forsøge at få ham gennem den krise han er i, men ligeledes at varetage hans pårørende og deres behov. Flere var enige om, at det også var del af patientplejen, at være der for de pårørende og give dem den opmærksomhed, som de har brug for. Samtidig er det også væsentlig for de pårørende at vide, hvem der ivaretager deres nære. En informant udtrykte følgende:

*”Personligt føler jeg, at hvis jeg har truffet pårørende meget og snakket med dem og fået et indtryk af hvordan de er og været med på informationssamtale, og hørt lidt om patienten, de fortæller lidt hvad han plejer at gøre, altså lidt sådanne ting så føler jeg mere at jeg kender ham der ligger i sengen og så er det meget lettere for mig at udøve omsorg, fordi jeg får en intuition om hvordan han kunne have tænkt sig at have det.” (Informant 2)*

Ved at skabe en god kontakt og relation til de pårørende får intensivsygeplejersken meget igen. Det gør de ved, at kunne bruge de pårørende som informationskilde om patienten og på denne måde også blive mere bevidst om hvordan de kan bidrage til at opfylde patient og pårørendes ønsker, en sagde:

*”Og det der med at der er snak om afslutninger, der kan være snak om gamle folk som kommer ind, hvis det er at man får snakket med pårørende og får snakket med patienten og sådan så*

*er det faktisk mange gange når du har en patient, at her er der et fælles ønske om ikke at forlænge livet længere Og det snapper du ikke op før du har haft patienten og pårørende et par vagter, to-tre vagter Så kan du faktisk gå ind til lægerne og så sige, her er der et ønske om, her er der et signal om overbehandling” (Informant 6)*

Derudover fortalte flere også, at det kunne være vanskeligt og hårdt når der både skulle være fokus på den kritisk syge patient og forsøge at give omsorg til og inddrage de pårørende. En hævdede at det er vigtigt, at pårørende træffer de samme intensivsygeplejersker og læger, og at det er de samme personer som informerer de pårørende. Dette oplevede informanterne dog var problematisk at gennemføre på grund af turnus og, at personalet har mange forskellige arbejdsopgaver. Vedkommende mente at der kunne være en bedre organisering i afdelingen, således at man kunne have opnået mere kontinuitet i behandling og pleje.

#### **4.1.4 Fremdrift i patientbehandlingen**

Informanterne mente, at et væsentligt aspekt at have for øje i behandlingen af patienten, var at ligge til rette for bedringen. Med dette mente de, at intensivsygeplejersken, fra patienten indlægges i afdelingen skal arbejde frem mod at patienten på et tidspunkt skal videre fra intensivafdelingen. En informant udtrykte at en konsekvens med ikke at have kontinuitet var, at det kunne få indflydelse på liggetiden i intensivafdelingen, hvor hun mente, at patienten fik et forlænget forløb, hun udtalte:

*”Konsekvenserne når du ikke har kontinuitet, nej det går jo i at, så bliver patienterne liggende lidt længere tror jeg fordi sygeplejerskerne bygger ikke på erfaring fra vagt til vagt, som gør at man begynder på de samme kriterier for hver dag og så går det langsommere med fremdriften” (Informant 6)*

At få lov til at arbejde konstruktivt med patienten, som en informant formulerede det, gør at intensivsygeplejersken får et større overblik, og på den måde være med til at fremme bedring hos patienten. Dette var der flere af informanterne som kom ind på og forklarede at det da er lettere at påbegynde respiratorafvænnning. En nævnte at det er lettere at passere grænser, her fortalte hun om at have erfaring fra tidligere vagter og på den måde kende patientens status og hans grænser. En udtalte:

*”Og så handler det om at spare lidt på kræfterne, til det som ellers er vigtigt at gøre, og så bare at tage lidt ad gangen, og ikke et for stort stykke arbejde, så er den kontinuiteten tænker jeg, ekstremt vigtig for at få dem i en bedst mulig bedring for at komme ud af intensiv.” (Informant 1)*

Gennem viden om hvad der er gjort den forgående dag, snakkede hun om at prioritere patientens kræfter til vigtige gøremål i forhold til plejen, da at man ved hvad der er gjort de foregående dage. Hun mente at man den måde kunne prioritere nogle aktiviteter frem for andre. Det som kunne være til hindring for fremdriften var når intensivsygeplejersken måtte sætte sig ind i en nyt patientforløb hver vagt. En anden informant følte, at man på en måde begynde fra ”scratch” hver dag, når der ikke var kontinuitet. En mente, at hvis man etablerer kontakt og tillid til patient og pårørende, kan man på den måde være til at påvirke behandlingen. Begrundelsen var at man lytter mere når man har kendskab til både patient og pårørende, og dermed opnår man kontinuitet og øget kvalitet i behandlingen.

## **4.2 Tema 2: Intensivsygeplejerskens arbejdstilfredshed i patientplejen**

Der kom en del faktorer frem som ifølge informanterne, var vigtige for at få en oplevelse af kontrol og arbejdstilfredshed i arbejdet med patienten. Det som spillede en stor rolle for informanterne var manglende kendskab til patienten, som førte til utryghed og nedsat arbejdstilfredshed. Under dette tema bliver kategorierne; Kontinuitet og patientkendskab, arbejdstilfredshed, dokumentation og sikring af information, mangel på kontrol og utryghed og styrket samarbejde præsenteret og underbygget med citater.

### **4.2.1 Kontinuitet og patientkendskab**

Generelt var der enighed om, at det var positivt at følge en patient over tid. Her sagde flere, at det gav dem et bedre overblik over patienten og forløbet og at de på den måde også bedre kunne planlægge og sætte mål og delmål for plejen. De fik helheden i plejen og havde på den måde også tid til at gøre det lille ekstra i en ellers travl dag.

*”I og med at du kender patienten, alle detaljer, og du slipper for at sætte dig ind i nyt på en måde, jeg siger ikke at det er negativt at du må sætte dig ind i ting, men du bruger jo unødvendig meget tid på at sætte dig ind i ting hvis du skal bytte patient hele tiden i stedet for at du for gjort det lille ekstra, patienten måske har brug for” (Informant 4).*

Dette mener en anden også bidrager til øget forsvarlighed i plejen. En af informanterne resonerede over det at skabe bedre mulighed for at gennemføre primærsygepleje:

*”Ja hvis der havde været mere primærsygepleje, eller at der havde været mere kontinuitet så havde man nok taget et tænker jeg, større ansvar for flere ting” (Informant 1).*

Hun mente at mere primærsygepleje ville danne grundlag for kontinuitet i større grad, hvilket kunne medføre at intensivsygeplejersken fik en større ansvarsfølelse.

#### **4.2.2 Arbejdstilfredshed**

Arbejdstilfredsheden hos informanterne afspejlede sig i særdeleshed i forudsigelighed og følelse af mestring og kontrol. En informant fortalte at kontinuiteten har en betydning for at være tilfreds på arbejde, hun sagde:

*”Det kommer nok lidt an på hvilken slags vagter man har og hvilken mulighed der er for at fordele personalet, men sådan i udgangspunktet så er alle jo interesseret i at have kontinuiteten, i forhold til at det har så stor betydning for både det at være tilfreds på jobbet, men også for at gøre bedst mulig stykke arbejde, og kunne observere ændringer, og på en måde have mulighed for en uge eller længere, så mærker jeg, at så er jobbet lidt sjovere faktisk” (Informant 1).*

Det gav altså en øget arbejdstilfredshed at få lov til at følge en patient og en anden sagde at det var fantastisk, hvis man fulgte patienten over to vagter. En forklarede, at arbejdet kunne blive meget usammenhængende, når man ofte skiftede mellem patienterne. Der kunne dog også være nogle negative sider ved at have den samme patient. Nogle fortalte at på trods af, at det var meningsfuldt, kunne det blive meget hårdt og at man blev tappet for energi og at det derfor kunne opleves som meget krævende af en som person at stå i det samme over flere dage. Flere informanter nævnte, at der er stor brug af vikarer i afdelingen. En nævnte at vikarerne ofte har den samme patient, hvilket betyder at de egentlig har primærsygepleje, men at det ikke bidrager til afdelingen i særlig stor grad. De så ikke dette som et decideret problem, men som en udfordring i forhold til at opretholde kontinuitet.

#### **4.2.3 Dokumentation og sikring af information**

Stort set alle informanter nævnte vigtigheden af at have og udføre god dokumentation, men påpegede også, at der ofte skete glip i dokumentationen og at de dokumentationsværktøjer som, er til rådighed ikke blev udnyttet optimalt. Dette mente de til dels skyldtes dårlig tid, hvor de her tænkte at der kunne være en lang sygehistorie at sætte sig ind i samtidig med, at plejen til patienten skulle varetages. Ligeledes henviste de til, at meget information gik tabt ved stor udskiftning i personalet, fordi de følte de mistede sammenhængen i et forløb.

*”Man har ikke så god mulighed for at læse sig op på ting heller, fordi dagen går ganske hurtigt, der er normalt lidt tid til at sidde og bladre sig igennem noget, og du får den rapport som er blevet overleveret, og kan bladre lidt i de sidste dagene og kan bladre lidt og læse det som er blevet skrevet og notere lidt selv, men du får ikke den store sammenhæng, og så går man glip af ganske meget, en god del vigtige ting” (Informant 1).*

Derudover snakkede flere om, at der var utrolig meget mundtlig rapportering, som kunne være en svaghed, da de mente information lettere kunne forsvinde, hvis det blot blev rapporteret mundtlig og ikke er nedskrevet. En udtalte:

*”Jeg tænker at der er rigtig meget information som går tabt, der er rigtig meget om patienten, som kan forsvinde fordi, det er ikke alt, man nødvendigvis skriver ned i dips” (Informant 2)*

Hun fortsatte med at fremhæve vigtigheden af kontinuitet og dokumentation, og at man går glip af meget information, da den mundtlige rapport ofte ikke er tilfredsstillende og dokumentationen uddybende nok. En informant kommenterede i forhold til dokumentation og rapportering, at der var visse ting som kunne være vanskelige at dokumentere. Hun mente at selvom der blev skrevet udfyldende dokumentation og givet gode mundtlige overleveringer, så var der ting som var nødvendigt at erfare selv ved at pleje og få kendskab til patienten. Især to nævnte, at mange ikke bruger plejeplaner i det omfang det er ønskeligt. De mente, at det er et godt værktøj, som ikke bliver anvendt tilstrækkeligt og at de kunne ønske sig dette fik mere fokus, da dette giver mulighed for at information og detaljer bliver dokumenteret og set. En informant mente også at dette er en måde at skabe og bevare kontinuitet, og at der derfor er negativt, at dette værktøj faktisk ikke bliver brugt. Det blev tydeligt gennem informanternes udsagn, at det især er overleveringssituationerne som er sårbare.

#### **4.2.4 Mangel på kontrol er utrygt**

Informanterne udtrykte, at de ofte kunne føle sig utrygge og mangle følelsen af at have kontrol. Her skitserede de flere situationer og områder hvor de havde haft ubehagelige oplevelser. Et par informanter fortalte om situationer, hvor blev tildelt patienter som de ikke havde kendskab til fra tidligere, og hvor behandlingen afslutning. Her tænkte de både på utryghed for dem selv, men også for patient og pårørende. Dette oplevede de som meget ubehageligt. En fortalte:

*”Sådan som lige før weekenden, nej nu i weekenden, så havde jeg en patient for første gang som jeg skulle have en afslutning på... Og jeg havde aldrig mødt pårørende eller noget som helst, og det er rigtig synd” (Informant 4).*

Derudover oplevede de det som frustrerende, at de ikke fik lov til at følge op på patienter, hvor de tidlegere havde været. Nogen blev tildelt nye patienter flere vagter i stræk, hvilket de oplevede som meget krævende, fordi var er en ny patienthistorie de skulle sætte sig ind i og derfor ikke havde samme kontrol. En informant udtrykte:

*”Det kræver ganske meget at sætte sig ind i patientens sygdomshistorie og behandling og alle detaljer som er registreret, for du har ingen chance for at få det ind i en lille rapport, hele oversigten.... Ikke mindst for patientens skyld, men også for personalet, det er jo 10 gange lettere at være der hvor man kender lidt til patienten, behandling, sygdom og livshistorien, end at stadig begynde på nyt igen” (Informant 1).*

Informanterne gav udtryk for, at de syntes det var utrygt og frustrerende, at komme på arbejde og tro at de skulle fortsætte hos den patient de var hos dagen forinden, og så blive tildelt en anden patient, eller måske en helt anden afdeling.

#### **4.2.5 Styrket samarbejde**

Informanterne udtrykte at samarbejdet spiller en vigtig rolle i plejen. Her mentes både samarbejdet intensivsygeplejerskerne imellem, men også det tværfaglige samarbejde. De nævnte at det er vigtigt at der er gode resurser omkring patienten og at de kan arbejde sammen. En af informanterne nævnte at det kunne give mere ansvarsfølelse at være tilknyttet en patient som et team, hun sagde:

*”Det tror jeg, det bliver mere ansvarsfølelse når man får dedikeret, den patient skal du tage ansvaret for, specielt på sådan nogle som ser ud som om at de kan ligge en stund, og at man burde have primærgrupper på dem” (Informant 6)*

En anden informant havde nogle af de samme overvejelser og mente, at de ved at være et team ville få en bedre indsigt den enkelte patientcase, og at et team kunne bidrage til, at man i fællesskab arbejdede konstruktivt frem mod samme mål. En informant påpegede, at hvis kontinuitet, i form af primærsygepleje eller primærsygeplejegrupper, skulle komme til at fungere, så var det vigtigt at der var en fælles konsensus om at få det til at lykkes. Hun understregede at det da var vigtigt, at der ikke var noget der hed 'kedelige patienter' og at det var uaktuelt at gå til ledelsen og bede om at blive omplaceret for at få en mere spændende patient.

### **4.3 Tema 3: Arbejdsfordeling i afdelingen**

Der var blandt intensivsygeplejerskerne stor tilkendegivelse om, at der på gældende afdeling, generelt set, er manglende struktur på organiseringen af personalet i forhold til at skabe kontinuitet for patienten. Struktur med tanke på fordeling af personalet vil ifølge intensivsygeplejerskerne igen føre til styrket arbejdstilfredshed og større patientsikkerhed. Det kom frem, at afdelingens visioner for strukturering og organisering var tilstede, men at de ikke i tilstrækkelig grad blev opfyldt. I dette sidste tema præsteres og beskrives kategorierne; Manglende struktur på fordeling af personale, udfordrende arbejdsforhold, afdelingens visioner og ønsker om forbedring.

#### **4.3.1 Manglende struktur på fordeling af personale**

Det, der kom frem i forhold til fordelingen af personalet var, at der manglede en form for struktur. Flere nævnte, at de ofte oplevede at blive flyttet rundt mellem patienter og afdelinger og et par sagde, at de syntes folk blev lidt for meget ”kastebold”, hvor en anden formulerede, at hun oplevede fordelingen lidt ”ad hoc”:

*”nogle gange så er det jo sådan at du kommer på vagt, og så har du den ene patient da, og så kommer du på vagt dagen efter og så får du pludselig en helt anden patient, og så kan du også komme tredje dag og have endnu en ny patient” (Informant 4)*

Informanter ser at det er mange udfordringer forbundet med at skabe en bedre struktur på fordelingen. Disse udfordringer stiller krav til afdelingens organisering men også til den enkelte intensivsygeplejerske, mente informanterne. I forbindelse med snakken om kontinuitet, kommenterede en informant, at det ikke skulle være acceptabelt at nogen patienter ”kedelige patienter”, og at man skulle passe på, at intensivsygeplejerskerne ønsker sig til en anden patient på baggrund af dette. Hun mente, at der skulle være en fælles politik om at have patienten i fokus og få ham bedst og hurtigst mulig gennem behandlingsforløbet. Hun mente at dette var vigtigt for at få fordelingen til at blive bedre. Flere påpegede at det var et ledelsesansvar at få fordelingen til at fungere, og at den person som havde ansvarsvagt skulle se på lister over hvem der havde haft patienterne tidligere for at fordele så der blev kontinuitet.

#### **4.3.2 Udfordrende arbejdsforhold**

Det, som gør det problematisk i afdelingen i forhold til fordelingen af personale og bevaring af kontinuitet, er ifølge informanterne, at der er en del udfordrende arbejdsforhold. Det indebærer, at der er en del vikarer, der er studerende som skal tages hensyn til og en stor gruppe af

intensivsygeplejersker, som arbejder i forskellige stillingsprocenter og tredels skift. De mente at der var og mange forskellige roller at udfylde, nye der skal tages hensyn til i forhold til oplæring og kompetencer.

*”Det kan nok have lidt at sige, at det faktisk er en stor gruppe, både med intensivsygeplejersker og vikarer og lidt nye og alt sådan, og ikke alle kender alle lige godt, og ved på en måde hvad man har gjort før, eller hvor man står henne og alt sådan, så det er nok ikke lige let at fordele altid, men en prøver jo på en måde at have opgaver som passer til den som er på job i hvert fald” (Informant 1).*

En anden væsentlig udfordring som informanterne påpeger er afdelingens organisering. De beskriver det som udfordrende at intensivsygeplejerskerne roterer rundt på tre forskellige afdelinger, samtidig som det at arbejde i turnus også er en udfordring.

#### **4.3.3 Afdelingens visioner**

Mange af informanterne snakker om at afdelingen tilstræber at få mest mulig kontinuitet i patientforløbet, men at det netop er de tidligere nævnte udfordringer der er til hindring for at dette fungerer optimalt i afdelingen.

*”Per nu, så tænker jeg, at det som lederne tror jeg tilstræber, men får til i varierende grad, er at tænke lidt fremover når man for eksempel har dagvagter i en uge på intensiv, at man fordeler eller at når man har mange vagter i stræk, at man på en måde ser, og man har langliggende patienter, at man planlægger sådan at der bliver kontinuitet gennem ugen” (Informant 3).*

Der blev under interviewet spurgt ind til primærsygepleje og informanternes kendskab til og anvendelse af dette i afdelingen. En informant udtalte at ledelsen som udgangspunkt tilstræber primærsygepleje, men at det ofte ikke lader sig gøre. Dette begrundes med at intensiv er en ustabil og omskiftende arbejdsplads. En anden informant mente at hun havde hørt om primærsygepleje, og at det tidligere var blevet praktiseret på intensiv. Hun fortæller der har været perioder hvor nogen har fået tildelt ansvaret for en patient eller er blevet kaldt for primærsygeplejerske, men at det aldrig har fungeret særlig godt.

#### **4.3.4 Ønsker om forbedring**

I forhold til aspekter og momenter som kan forbedres i afdelingen, har informanterne forskellige indspil og tanker omkring dette. De mente at det kan være en fordel at fokusere på kontinuiteten i plejen og at det kan være gunstigt at have en gruppe eller et team omkring en patient, således at det



bliver et mere homogent og målrettet forløb, her snakker to informanter om hvorledes de tror en gruppe ville være gunstigt:

*”Ja det tror jeg nok kunne være en fordel og så at de var linket op i mod en til to læger som så havde ansvaret for patienten sådan at man blev en stærkere gruppe sammen sådan at man havde en større forståelse for hvordan man skulle få patienten igennem dette forløb på kortest mulig tid” (Informant 6).*

En anden informant hævdede at det havde været ideelt med en form for primærgruppesygepleje tilknyttet hver patient. Frem til nu har intensivsygeplejerskerne været fordelt mellem intensivafdeling og postoperativafdeling. Disse to afdelinger skal nu deles og informanten mente at det da kunne blive lettere at gennemføre primærgruppesygepleje. Derudover er der en som nævner gode rutiner som vigtigt i forhold til at ivaretage patienten selvom der er nyt personale som skal pleje patienten. Her fokuserer de især på dokumentationsrutiner og procedurer som skal sikre varetagelse af patienten.

## **5.0 Diskussion**

I det følgende vil studiets fund blive diskuteret op i mod eksisterende teori, samt tidligere forskning. Fundene vil blive gennemgået tematisk, men der vil også være diskussion på tværs af temaerne, da det gennem analyseprocessen blev tydeligt at fundene hænger tæt sammen. Det vil sige at intensivsygeplejerskernes arbejdstilfredshed og deres oplevelse af afdelingsstruktur og kontinuitet i plejen, hænger sammen med deres opfattelse af kvaliteten i den omsorg og pleje de giver til intensivpatienterne.

Fund antyder at der er tre vigtige temaer som har betydning for intensivsygeplejerskernes erfaringer med pleje og omsorg til intensivpatienten, samt hvordan intensivsygeplejersken kan bidrage til kontinuitet i plejen. De tre temaer var 1) Patient og pårørende i fokus, 2) Intensivsygeplejerskens arbejdstilfredshed i patientplejen og 3) Arbejdsfordeling i afdelingen

### **5.1 Patient og pårørende i fokus**

Fund viser at de fleste intensivsygeplejersker var meget optaget af at have patient og pårørende i fokus. Patientkendskab var vigtigt for intensivsygeplejerskerne, for at de kunne skabe større tryghed for patienten. Informanterne havde stor fokus på at plejen skulle være patientcentreret og præget af et veletableret forhold til patienten. Det kom frem at patientkendskab var af stor vigtighed for informanterne, og de pegede på at netop patientkendskab er med til at skabe større tryghed for patienten. Deres syn er i tråd med det Travelbee (2005) beskriver som menneske-til-menneske-forholdet mellem patient og sygeplejerske, hvor kundskab og viden om patienten er væsentlig, for at kunne gøre patienten til en aktiv deltager i plejen. Særligt når patienterne er i en kritisk fase af deres sygdomsforløb ser informanterne vigtigheden af at kunne skabe denne tryghed for patienten. Dette gælder specielt når patienten i denne fase har dårlig mulighed for, at give udtryk for egne ønsker og behov. Det blev også påpeget at intensivsygeplejerskens kendskab til patienten er med til at skabe en større integritet og respekt for patienten, da intensivsygeplejersken så i større grad har muligheden for at se det enkelt menneske, og ikke kun ser en kritisk syg patient i sengen. Patientkendskab bidrager til at intensivsygeplejersken kan fokusere og tilpasse sit arbejde til den enkelte patient. Patientcentring fremhæves især af teoretikerne Coulter (2011) og Watson (1999) som essentielt for at plejen til patienten bliver individualiseret og udført på en respektfuld måde. Coulter (2011) har stort fokus på at den pleje der bliver givet til patienten møder patientens behov både fysisk og psykisk. Dette er ikke

kun vigtigt fordi det er det patienten har behov for, men også fordi det spiller en vigtig rolle for effekten af behandlingen og i forhold til patientens sundhedsmæssige bedring. Hun mener, at patienten har brug for en forsikring om at de får den helsehjælp de har brug for, og at der bliver taget hensyn til deres individuelle behov af kvalificeret sundhedspersonale. Fund viser at der er et stort ønske om at give god pleje til patienten og at det er vigtigt at patientens behov bliver imødekommet. Watson (1999) ligger stor vægt på at bruge tid med patienten og ser sygeplejenærvær som essentielt. Hun ser vigtigheden i en holistisk tilgang til patienten og lægger især stor vægt på at sygeplejen er en plejefprofession, hvor tillid og håb skal videregives til patienten. Hendes sygeplejeteori indeholder vigtige aspekter ved patientplejen vedrørende kontinuitet som sygeplejernærvær og det at bruge tid med patienterne. Ved at bruge tid med patienterne får man mulighed for at følge dem op, noget som er af afgørende betydning for kontinuitet og dermed mulighed for god kvalitet i patientplejen. Fundene i dette studie viser til, at netop nærværet til patienten spillede en stor rolle for informanterne. De gav udtryk for at de var optaget af at give patienten god pleje.

En mente at æstetisk omkring patienten i form af at holde det rent og rydeligt havde stor betydning for patienten som lå i sengen, da dette signalerede at intensivsygeplejersken havde kontrol og oversigt. Marit Kirkevold (1997) beskriver sygeplejerskens funktion som blandt andet at være fortolkende, støttende og integrerende. Med dette mener Kirkevold (1997) at sygeplejersken skal hjælpe patienten til at skabe en større oversigt i en ny livssituation og at skabe tillid og tryghed for at hjælpe patienten til at opretholde håb i behandlingssituationen samt at hjælpe patienten med at forstå hensigten med den behandling der bliver givet.

Vigtigheden af at patienten skal føle tryk sig mener informanterne hænger sammen med at patienten bliver plejet af de samme ansatte, og ser vigtigheden i patienten møder et kendt ansigt. Her refererer de i særdeleshed til det, som værende givende for den vågne patient. Trygheden i genkendelse af personalet understøttes af flere andre studier (Bjälke & Arman, 2006; Crocker & Scholes, 2009; Goode & Rowe, 2001; Olsen et al., 2017). Især belyser Olsen et al. (2017) som har studeret tidligere intensivpatienters oplevelser af deres ophold på intensivafdelingen, betydningen af at kende sin plejer. Deres fund viste at det var af stor betydning for patienternes tryghed, at intensivsygeplejersken var nærværende og fokuseret. Mangel på kendskab og kontinuitet udtrykte informanterne i dette studie som værende utrygt for patienterne. Denne opfattelse understøttes af studiet af (Wählin et al., 2009) hvor usikkerhed hos intensivsygeplejersken og tilsyneladende mangel på kompetencer, kunne skabe frustrationer, angst og utryk hos patienten. Patientsikkerhed spiller en stor rolle i plejen af

intensiv patienten, og et af kvalitetsmålene fra *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring* (Social- og helsedirektoratet, 2005) er at skabe *trygge og sikre tjenester*. Patientsikkerhed er et centralt emne at belyse i forbindelse med kontinuitet i plejen af intensivpatienten, da patientsikkerheden netop er en af de områder som ønskes forbedret ved at fokusere på kontinuitet og gøre brug af tiltag og principper som for eksempel primærsygepleje.

En informant hævdede, at utryghed kan have indvirkning på tiden efter udskrivelse fra intensivafdelingen. Det samme fandt Olsen et al. (2017) hvor deres fund viste at kontinuitet i plejen af erfarne intensivsygeplejersker var nødvendigt for at patienten kan føle sig tryk. Fundene gør det tydeligt at informanternes holdning til kontinuitet var, at det var positivt for omsorgen samt bidrog til bedre at kunne forstå og kommunikere med patienten.

En mente at utryghed kan have indvirkning på tiden efter udskrivelse fra intensivafdelingen. Det samme fandt Olsen et al. (2017) hvor deres fund viste at kontinuitet i plejen af erfarne intensivsygeplejersker var nødvendigt for at patienten skulle føle sig tryk. Fundene gør det tydeligt at informanternes holdning til kontinuitet var, at det var positivt for omsorgen samt bidrog til bedre at kunne forstå og kommunikere med patienten

Information fra pårørende kan også bidrage til en øget patientsikkerhed, da denne kan bruges af intensivsygeplejerskerne til at skabe større kendskab til patienten og dermed også større tryghed (Social- og Helsedirektoratet, 2005). Pårørende blev af informanterne set på som en resurse i plejen af patienten. Akkurat dette er i tråd med hvad der står beskrevet Funktions- og ansvarsbeskrivelse for intensivsygeplejersker, som tilsiger at intensivsygeplejersken skal anerkende pårørende som en resurse for patienten, vejlede dem og støtte dem i at tage del i patientplejen og ivaretage pårørendes behov og give den omsorg de har behov for (NSFLIS, 2017) Fund viser at forudsætningen for at opfange signaler fra patienter og pårørende om deres egentlige ønsker, er at man som intensivsygeplejerske har etableret tillidsforhold især til pårørende. Et eventuelt ønske fra patient og pårørende om ikke at fortsætte med livsforlængende behandling, er en svær etisk problemstilling, og en informant tydeliggjorde at sådanne svære problemstillinger kræver et tillidsforhold mellem intensivsygeplejerskan, patient og pårørende, et forhold som tager nogle vagter at etablere. Dette udsagn understøttes af fund fra studiet af Bjälke and Arman (2006), som fandt at de pårørende var en stor resurse, og at de kunne være med til at tage svære etiske problemstillinger op sammen med en plejeansvarligsygeplejerske. Udover at pårørende er en resurse for både patient og intensivsygeplejerske, blev det også tydeligt at informanterne mente det var vigtigt at tage hånd om

og give omsorg til pårørende og også se deres behov. Ågård (2005) fandt lignende fund i sit studie om intensivsygeplejerskens rolle overfor pårørende. Hvor det blev tydeligt at pårørende er en stor resurse for intensivsygeplejersken, men at det er vigtigt at intensivsygeplejersken inddrager og guider de pårørende i den ukendte og utrygge situation som deres nærmeste er endt i.

## **5.2 Intensivsygeplejerskens arbejdstilfredshed i patientplejen**

Fundene som kom frem i forhold til intensivsygeplejerskernes arbejdstilfredshed var ganske omfangsrige. Der var ifølge informanterne mange aspekter som havde indflydelse i forhold til at føle sig tilfreds på arbejdet. Kontinuitet i plejen spillede en stor rolle for mange af informanterne, samtidig som mangel på kontinuitet også havde en var et vigtigt aspekt. Intensivsygeplejersken har en vigtig rolle ikke bare for at udføre behandling og pleje, men også sørge for at behandlingen og oplysninger af forskellig slags omkring patienten, bliver fulgt op fra vagt til vagt (Stubberud, 2016a). Fund fra (Mohr, et. al, 2011) viste en positiv sammenhæng mellem arbejdstilfredshed og kvalitet ved brugen af primærsygeplejegrupper i plejen af patienten. Derimod fandt Atkinson (1991) ikke nogen nævneværdig forøgelse af arbejdstilfredshed hos intensivsygeplejerskerne ved at implementere primærsygepleje, men så derimod en forbedring af kvalitet i plejen af intensivpatienten. Intensivsygeplejersken skal kontinuerligt observere og vurdere forandringer i patientens tilstand, og tolke symptomer og kliniske tegn for at kunne handle hurtigt og for at sætte forebyggende tiltag i værk (Utdannings- og Forskningsdepartementet, 2005) Fundene viser, at mange af informanterne har en holistisk opfattelse af patientplejen. Informanterne var meget bevidste om deres faglighed og flere forklarede, at kvalitet er at give helhedspleje til patienten og have tid til at gøre det lille ekstra. Dette følte de, at de kunne gøre når de havde godt kendskab til patienten og ikke skulle bruge tid på at læse sig tilbage i journalen for at finde information og oplysninger om patienten. Deres syn understøttes af Goode and Rowe (2001), som fandt at primærsygepleje på intensivafdelingen bidrog til at intensivsygeplejerskerne fik et større kendskab til patienterne, hvilket satte dem i en position som kunne højne kvalitet i plejen. Ifølge (Atkinson, 1991) opnås kontinuitet bedst, hvis sygeplejersken har godt kendskab til den patient de skal give pleje og omsorg. Derfor skal antallet af sygeplejersker som er i kontakt med patienten begrænses i videst muligt omfang til et minimum.

Arbejdstilfredshed kom også til udtryk hos intensivsygeplejerskerne ved, at de var optaget af at arbejde kundskabsbaseret. Have gode rutiner og procedurer for, at give pleje af god kvalitet. De ser

god kvalitet som helhed i plejen. Ifølge NSF's retningslinjer (2017) skal intensivsygeplejersken arbejde kundskabsbaseret. Dette indebærer at inkludere patientens og pårørendes erfaringskundskab, basere sit arbejde på forskningskundskab og systematiseret faglig kundskab, som i denne sammenhæng kan relateres til kontinuitet. Dette gælder både i plejen af intensivpatienten, i personalet som har ansvaret for plejen og i dokumentation og rutiner. Flere af informanterne udtrykte at de ofte oplevede manglende dokumentation, og at især plejeplaner ikke blev skrevet og anvendt, som de ellers ser som vigtige for at skabe og bevare kontinuitet. Alt sundhedsfagligt personale er underlagt dokumentationspligten, som indebærer at dokumentation skal føres således at andet personale kan skabe sig et fuldt overblik (helsepersonelloven, 2017). Manglende dokumentation kan gå ud over den pleje der bliver givet til patienten og dermed også være med til at påvirke patientsikkerheden negativt. Kontinuitet og opfølgning af patienten forudsætter i stor grad god dokumentation, og føring af individuelle skriftlige planer (Stubberud, 2016b). Mangelfuld dokumentation blev i fundende beskrevet som værende en risiko for, at vigtig information ikke blev videre formidlet, og at patienten derfor ikke ville modtage optimal pleje og behandling. Konsekvenser for patientsikkerheden kan være en øget risiko for at der opstår utilsigtede hændelser, dette kan være på grund af manglende viden om ellers aktuelle problemstillinger og vigtig information som ikke er blevet videre formidlet (Braut & Holmboe, 2015).

Flere af informanterne som har arbejdet ved intensivafdelingen i mange år udtrykte at der, nu til sammenligning med tidligere, er meget større aktivitet på intensivafdelingen, og at både patienternes sygdomsbillede og behandlingen som udføres er mere kompleks. De mente, at denne udvikling kræver mere af intensivsygeplejerskerne. Dette var yderligere en påpejning af vigtigheden af kontinuitet og intensivsygeplejerskens kendskab til patienten. Dette fandt også Bjälke and Arman (2006), som tydeliggør at intensivsygeplejersken har bedre forudsætninger for at danne sig et klinisk billede af patienten når der er kontinuitet i plejen. Den samme opfattelse deles af Manley, J. et al (1997) som påpeger at udviklingen indenfor intensivbehandling, som bliver mere avanceret, bevirker at intensivsygeplejersken får et større ansvar, det stiller krav til fleksibilitet og at patienten sættes i fokus. Intensivpatienten repræsenterer komplicerede sygdomsforløb og behandling som kræver avanceret behandling. Disse patienter kræver intensivsygeplejersker med erfaring, avanceret og opdaterede kompetencer (NSFLIS, 2015). Fund viser at der generelt er et ønske om, at udføre et godt stykke arbejde, og have færdigheder til at håndtere en kritisk syg patient, men at der ikke altid er tilstrækkelig tid og omstændigheder til, at det er muligt. Her kan trækkes ligheder til Manley et al.

(1996) hvor sygeplejerskerne godt kunne lide at gøre et godt stykke arbejde, tilegne sig nye færdigheder, gøre fremgang og hjælpe andre med at udvikle sig. Hver enkelt intensivsygeplejerske har pligt til at holde dig fagligt opdateret, men det er et ledelsesansvar at lægge til rette for at intensivsygeplejersken har mulighed for kontinuerlig fagudvikling og læring (Helsepersonelloven, 2017). Her gør forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring sig også gældende. Det er altså intensivafdelingen, der her er pligtig til at tilrettelægge for intensivsygeplejersken, således at hun kan overholde sine pligter som i dette tilfælde ville være velgørenheds- og ikke-skade-princippet.

De mere negative sider ved informanternes opfattelse af patientplejen viste sig i fundene som værende, utryghed og misfornøjelse hos intensivsygeplejerskerne. Dette kom i særdeleshed til udtryk, når de ikke havde kontrol og oversigt over patientsituationen. Det at have ansvaret for en patient som har ligget i afdelingen over længere tid, var for mange uoverskueligt. Dette skyldes ifølge informanterne, at der hos denne patientgruppe er utrolig meget information at sætte sig ind i. Det er derfor vanskeligt at skabe sig et overblik, hvis man ikke har set patienten tidligere. At få den oversigt de ønskede for at kunne føle kontrol, krævede meget tid som går fra plejen, hævdede de. Fundene viste, at der sammen med ønsket om at styrke kontinuiteten i patientplejen, også følger en del bekymringer hos intensivsygeplejersker. Flere af informanterne så også visse ulemper forbundet med dette. Nogle havde erfaringer med at føle sig stresset, blive tappet for energi, og at det kunne være krævende og en stor belastning for intensivsygeplejerskerne at give pleje til en kritisk syg patient mange vagter i streg. Her var det bekymringer både i forhold til arbejdsopgaver, men også fordi det kan være en stor belastning at skulle varetage pårørende i krise samtidig. Dette er i lighed med de fund som Goode and Rowe (2001) gjorde, hvor intensivsygeplejerskerne oplevede stress i relation til det de beskriver som besværlige patienter og pårørende. De oplevede især stress, når de over en længere periode havde ansvaret for den samme patient.

Manley et al. (1996) identificerede også i deres studie indikationer på misfornøjelse i arbejdstilfredsheden. Her følte sygeplejerskerne også stress, men denne var mere knyttet til at de ikke havde de muligheder for at have indflydelse på praktiske beslutninger omkring patienten. Dette var særligt ved patienter, hvor sygeplejerskerne så behandlingen som formålsløs i forhold til patientens tilstand.

### 5.3 Arbejdsfordeling i afdelingen

Der er stadig nye revolutionerende behandlingsmetoder og tiltag som gør det muligt at gøre folk raske og få dem tilbage til livet (NAF & NSFLIS, 2014). For at få dem tilbage hurtigst mulig og på bedste vis, således at patienten oplever mindst mulig skade, er det vigtigt at der er struktur og kontinuitet i patientforløbet (Institute of Medicine, 2001)

På intensiv er det i særdeleshed vigtigt at information omkring patienten ikke går tabt, og at der er et godt samarbejde omkring patienten som kan have en helsefremmende effekt. For at styrke dette er det essentielt at have patienten i fokus. Se hvilke behov patienten har og hvordan disse behov kan imødekommes på bedste vis. Fund viser at der er forhold i afdelingens strukturering, som gør arbejdet med at oprethold kontinuitet vanskeligt. Informanterne problematiserede brugen af vikarer i afdelingen som en udfordring. De mener ikke at vikarer ikke er kvalificerede og ikke gør et godt stykke arbejde, men at vikarer som ikke er en fast del af bemanningen gør det svært at strukturere fordelingen og arbejde frem mod øget kontinuitet. Dette er en kendt problemstilling fra hele landets sygehuse. Undersøgelser viser at der er stor mangel på intensivsygeplejersker og at det i stigende grad bliver brugt vikarer (NSFLIS, 2015)

Intensivpatienterne er en kompleks patientgruppe og utrolig sårbare. Forlænget liggetid kan have konsekvenser for patientens bedring. Fund tydeliggjorde informanternes ønsker om at have kontinuitet i større grad i deres arbejde med patienten, de mente at mere kontinuitet ville styrke fremdriften i patientbehandlingen. Kontinuitet er et af kvalitetsmålene (Social- og helsedirektoratet, 2005) som sundhedssektoren er underlagt og som intensivsygeplejerskerne skal bestræbe sig på at efterleve. Fund i studiet viste at der blandt informanterne var ønsker om at finde en løsning hvor kontinuitet i større grad kunne gennemføres, da de mente at men ved, at skabe bedre kontinuitet i behandlingsforløbet, dermed også kunne forkorte patienternes liggetid på intensivafdelingen. Denne opfattelse understøttes af Crocker and Scholes (2009), som fandt at processen med respiratorafvænnning ofte blev forlænget som et resultat af mangelfuld kontinuitet i plejen.

Fund antydede at kontinuitet kunne være med til at styrke det tværfaglige samarbejde. Det blev sagt at intensivsygeplejersken gennem at få en større indsigt i patientsituationen også bedre kunne komme med indspil til andre faggrupper. Fund af Crocker and Scholes (2009) viser også til at intensivsygeplejersker med stort kendskab til patienten har information om patienten som lægen ikke har, og derfor kan bidrage med viden og forslag om alternative tilgang til i dette tilfælde respiratorafvænnning.



Flere kom med forslag om, i større grad at have et team eller en gruppe af intensivsygeplejersker og en eller to læger tilknyttet patienten.

I et studie af Atkinson (1991) viste fund at fordelene ved primærsygepleje kunne de at hver patient bliver tildelt en primærgruppe, som er ansvarlige for patienten fra modtagelse til udskrivelse. Hvilket betyder at antallet af personale som patienten er i kontakt med bliver reduceret og den vigtige patientcentrerede pleje kan ivaretages.

Quinn (Berwick, 2002) snakker om mikrosystemer som kan sættes parallelt med primærsygeplejegrupper. Gruppen arbejder sammen mod samme mål, og med afdelingens overordnede agenda i forhold til patientsikkerhed, patientcentreret pleje og kvalitet som overordnede mål. Målene skal dog være individualiseret til hver enkelt patient, med de aktuelle problemstillinger der måtte være for den enkelte patient. Flere af informanterne havde nogle af de samme tanker i forhold til at have en gruppe af intensivsygeplejersker omkring en patient, som ville kunne bidrage til at få patienten hurtigere gennem et intensivforløb og samtidig skabe større tryghed for både patient og pårørende ved at de så de samme personer, eller ved hvem der er de primære personer de kan tage problemstillinger op med. Fund viste at nogle havde bekymringer i forhold til kontinuitet i plejen og etablering af primærsygeplejegrupper. Disse bekymringer omfattede, at der skulle opstå det, som hun refererede til som 'kedelige' eller 'vanskelige' patienter. Crocker and Scholes (2009) stødte i deres studie på denne problemstilling, hvor respiratorafvænningspatienten blev set på som 'kedelig' fordi der ikke var udfordringer nok forbundet med denne type patient. Travelbee (2005) har i hendes menneske-til-menneske-forhold fokus på det indledende møde med patienten. Hvor sygeplejersken skal forsøge at bryde med generaliseringer, og lægge sin forudindtagede opfattelse bag sig, og i stedet fokusere på mennesket bag den syge patient der ligger i sengen.

## 6.0 Konklusion

Dette studie havde til hensigt, at belyse intensivsygeplejerskernes opfattelse af kontinuitet og kvalitet i plejen af intensivpatienten. Det var ønskeligt også at undersøge hvordan de oplevede fordelingen af personalet i afdelingen. Problemstillingen blev formuleret på baggrund af tidligere forskning og egne erfaringer kom således til at lyde:

*Hvilke erfaringer har intensivsygeplejersken med pleje og omsorg til intensivpatienten og hvordan kan intensivsygeplejersken bidrage til kvalitet?* Gennem individuelle interview blev intensivsygeplejerskernes erfaringer afdækket og analyseret. Fundene fra analysen formede sig i tre forskellige retninger hvilket blev til tre temaer, som er de bærende enheder i dette studie. Temaerne endte ud i; Patient og pårørende i fokus, intensivsygeplejerskernes arbejdstilfredshed i afdelingen og arbejdsfordeling i afdelingen. Kontinuitet havde i særdeleshed betydning i relation til problemstillingen og var et tilbagevendende begreb gennem alle tre temaer.

Kvalitetsbegrebet, herunder patientcentreret sygepleje, kontinuitet og patientsikkerhed, samt relevant lovværk dannede det teoretiske rammeværket for studiet. Fund er således diskuteret ud fra teori og tidligere forskning. Både teori og tidligere forskning underbygger fundene i studiet og bidrager til at styrke disse, og tydeliggøre vigtigheden af kontinuitet yderligere.

Kontinuitet havde stor betydning for hvordan intensivsygeplejerskerne opfattede den pleje der blev givet til intensivpatienten. Flere fund viste betydningen af at intensivpatienten modtager pleje, som er tilpasset til den enkelte intensivpatient. Her viste det sig at patientkendskab har en stor betydning for at give den kvalitet af pleje som intensivsygeplejerskerne ønsker. Pårørende er for intensivsygeplejersken en vigtig resurse for at opnå patientkendskab, når intensivpatienten er kritisk

syg. Sygeplejerskerne mente også at kontinuitet har betydning for patienttrygheden og dermed patientsikkerheden og videre kvaliteten i plejen.

Fund viste at organiseringen af personalet i intensivafdelingen var med til at give udfordringer, for at kunne opnå den ønskede patientkendskab og for at opfylde intensivsygeplejerskernes opfattelse af arbejdstilfredshed. Intensivsygeplejerskernes oplevelse var, at det var utilfredsstillende med en alt for lille grad af kontinuitet i pleje. Dette gør det vanskelig for intensivsygeplejersken at skabe sig et overblik og holde fokus i behandlingen. For at opretholde arbejdstilfredsheden for intensivsygeplejersken blev det tydeligt, at der er et behov for at skabe mere struktur i arbejds hverdagen. Dette kan gøres gennem kontinuitet da dette er med til at styrke intensivsygeplejerskernes følelse af kontrol over patientplejen og eget arbejde. Kompetencer er væsentlige for at holde et fagligt højt niveau, som skal matche kompleksiteten i sygdomsbilledet hos intensivpatienten. Det var vigtigt for intensivsygeplejerskerne at etablere et godt kendskab til intensivpatienten, for at kunne udføre god og patientcentreret sygepleje. Fund peger på at kontinuitet kan være med til, at give intensivsygeplejersken mulighed for at opnå denne kendskab.

Dette studie belyser vigtigheden af at opretholde og bevare kontinuitet i plejen og behandlingen af intensivpatienten. Hensigten med dette studie var at undersøge hvordan intensivsygeplejerskernes opfattelse var af plejen af intensivpatienten. Ønsket var at skabe en større viden om hvordan intensivsygeplejersken ser plejen, således at denne viden kan komme patienten til gode. Lige så vigtigt var det at afdække, hvilke udfordringer intensivsygeplejerskerne ser i afdelingen for at kunne give pleje af god kvalitet til intensivpatienten. Det blev tydeligt at intensivsygeplejersken ønsker øget kontinuitet i plejen for at opnå arbejdstilfredshed og kunne give pleje af god kvalitet til intensivpatienten.

## **6.1 Implikationer for praksisfelt**

Dette studie har belyst vigtigheden af kontinuitet i forhold til plejen af intensivpatienten. Den viden og kundskab som er blevet skabt gennem dette, kan om ønskelig bruges til at se med andre øjne på praksisfeltet, og ændre i struktur og rutiner for at skabe en bedre situation for patient og sygeplejerske.

- En mulig ændring kunne være at etablere et plejeteam omkring intensivpatienten, for at styrke kontinuiteten i pleje og behandling. Dette kan muligvis bidrage til en øget arbejdstilfredshed,

da det giver mulighed for professionssparring med medarbejdere. Intensivpatienten vil også kunne profetere af dette, ved at få et øget fokus og patientcentreret pleje.

- Andre tiltag kunne være implementering af procedure for fordeling af personale, som kunne skabe mulighed for at øge kontinuiteten i plejen, dette kan være gennem øget fokus på fordeling af personale.
- Se hvorledes de forskellige sygeplejersker med ansvarsvagter i afdelingen arbejder og skabe større ensartethed i dette.
- Skabe større struktur på registrering af intensivpersonalet der ivaretager den enkelte intensivpatient, evt. gøre den registreringen elektronisk.
- Udarbejde en standard for hvornår en intensivpatient er langligger og hvilke tiltag dette medføre
- Iværksætte tiltag for at styrke brugen af plejeplaner.

## **6.2 Implikationer for videre forskning**

Med udgangspunkt i fundene og diskussionen fra dette studie, kan det se ud som dette kan give anledning til yderligere forskning. Både i tæt relation til det problem der er blevet berørt i dette studie, men også andet som en videre førelse og udvidelse af dette.

Forslag hertil er:

- I forhold til fordeling af personale i afdelingen, og den struktur dette har, kunne det være relevant at se nærmere på og undersøge behovet for en procedure eller retningslinje for fordeling af personale.  
-Herunder undersøge hvilke rutiner/systemer der anvendes nu.
- Undersøge hvad den ansvarshavende sygeplejerskes rolle er i afdelingen, og om denne kan påvirke og bidrage til strukturering/fordeling.
- Vinkle perspektivet over på patienten og få dennes opfattelse af kontinuitet.
- Undersøge rutiner i forhold til dokumentation, kortlægge hvad intensivpatienterne opfatter ved føring af dokumentation og hvad de mener der er vigtigt.
- Se nærmere på anvendelsen af plejeplaner som dokumentationsværktøj.
- undersøge hvordan ledelsen ser på strukturen.
- Inddrage lægernes opfattelse af kontinuitet og hvilken betydning, kontinuitet i plejepersonalet, indvirker på patienttilstanden og bedring.

-Herunder se om der er effekt ved at have øget kontinuitet.

## 7.0 Referencer

- American academy of family physicians. (2015). continuity of care, definition of. Retrieved from <https://www.aafp.org/about/policies/all/definition-care.html>
- Aspden P, C. J., Wolcott J, et al.,. (2004). *Patient safety: Achieving a new standard for care*. Washington DC: National Academics Press.
- Atkinson, C. (1991). Primary team nursing: a new ITU method. *Nursing Standard*, 6(3), 25-28.
- Berwick, D. M. (2002). *A user's manual for IOM's 'Quality Chasm' Report*. Health Affairs, 21, no. 3: 80-90.
- Bjälke, S., & Arman, M. (2006). Primary nursing -- a study on intensive care units in Sweden. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden*, 26(4), 48-51.
- Braut, G. S., & Holmboe, J. (2015). Pasientsikkerhet - dagens struktur. In K. Aase (Ed.), *Pasientsikkerhet - Teori og praksis* (pp. 47-61). Oslo: Universitetsforlaget.
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2012). *Kvalitative metoder. En grundbog* (W. Hansen, Trans. 1 ed. Vol. 1). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Coulter, A. (2011). *Engaging patients in healthcare*. Berkshire England: Open University Press.
- Crocker, C., & Scholes, J. (2009). The importance of knowing the patient in weaning from mechanical ventilation. *Nurs Crit Care*, 14(6), 289-296. doi:10.1111/j.1478-5153.2009.00355.x
- Digernes, A. S., Areklett, E., & Botnen, A. (1989). *Primærsykepleie i praksis - fra ide til virkelighet*. Gjøvik: Universitetsforlaget.
- Goode, D., & Rowe, K. (2001). Perceptions and experiences of primary nursing in an ICU: a combined methods approach. *Intensive & Critical Care Nursing*, 17(5), 294-303.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*, 56, 29-34. doi: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 Educ Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gulbrandsen, T., & Stubberud, D.-G. (2010). *Intensivsykepleie* (1 ed.). Oslo: Akribe.
- Haugen, A. S., & Storm, M. (2015). Sikkerhetskultur i sykehus. In K. Aase (Ed.), *Pasientsikkerhet - Teori og praksis* (pp. 77-86). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helse Bergen. (2017). *Norsk intensivregister, Årsrapport 2016*. Retrieved from <https://helsebergen.no/seksjon/intensivregister/Documents/Årsrapporter%20i%20NIR/NIR%20Årsrapport%202016.pdf>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006-2007). *Nasjonal helseplan*. Retrieved from [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/pla/2006/0004/ddd/pdfv/292406-nasjonal\\_helseplan\\_saertrykk.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/hod/pla/2006/0004/ddd/pdfv/292406-nasjonal_helseplan_saertrykk.pdf).
- Helsebiblioteket. (2009). Hva er pasientsikkerhet? Retrieved from <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet/hva-er-pasientsikkerhet>

- Helsedirektoratet. (2016). *Veileder I forskri om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (IS-IS-2620). Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/ledelse-og-kvalitetsforbedring>.
- helsepersonelloven. (2017). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven), 14.04.2000, LOV-1999-07-02-64*. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_2#KAPITTEL\\_2](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2).
- Holter, E. (1995). *Ledelse og ledere i sykehus - Administrasjon av sengeposter* (2 ed.). Otta: Tano.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kirkevold, M. (1997). The role of nursing in the rehabilitation of acute stroke patients: toward a unified theoretical perspective. *ANS Adv Nurs Sci*, 19(4), 55-64.
- Kvale, S. (2007). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 ed.). Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring* (3 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Manley, K., Cruse, S., & Keogh, S. (1996). Job satisfaction of intensive care nurses practising primary nursing: a comparison with those practising total patient care. *Nursing in Critical Care*, 1(1), 31-41.
- Manley, K., M Hamill, J., & Hanlon, M. (1997). *Nursing staffs perceptions and experiences of primary nursing in intensive care four years on* (Vol. 6).
- Mohr, D. C., Young, G. J., Meterko, M., Stolzmann, K. L., & White, B. (2011). Job Satisfaction of Primary Care Team Members and Quality of Care. 26, 18-25. doi:10.1177/1062860610373378
- Mohr, J. J., & Batalden, P. B. (2002). Improving safety on the front lines: the role of clinical microsystems. *Quality and Safety in Health Care*, 11(1), 45-50. doi:10.1136/qhc.11.1.45
- NAF, & NSFLIS. – Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk Sykepleie Forbunds landssammenslutning av intensivsykepleiere (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. Retrieved from [https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer\\_for\\_IntensivvirksomhetNORGE\\_23.10.2014.pdf](https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNORGE_23.10.2014.pdf).
- Nasjonal sikkerhetsmyndighet. (2014). *Sikkerhetskultur*. Retrieved from <https://www.nsm.stat.no/om-nsm/tjenester/sikkerhetsstyring/sikkerhetskultur/>
- Norsk sykepleieforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- NSFLIS. Norsk Sykepleie Forbunds landssammenslutning av intensivsykepleiere (2015). *Bemanningsstandard for intensivsykepleie*. Retrieved from [https://www.nsf.no/Content/2681030/NSFLIS\\_rapport\\_2015.pdf](https://www.nsf.no/Content/2681030/NSFLIS_rapport_2015.pdf).
- NSFLIS. Norsk Sykepleie Forbunds landssammenslutning av intensivsykepleiere (2017). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Retrieved from <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20170512210950/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%2020september2017.pdf>
- Olsen, K. D., Nester, M., & Hansen, B. S. (2017). Evaluating the past to improve the future - A qualitative study of ICU patients' experiences. *Intensive Crit Care Nurs*, 43, 61-67. doi:10.1016/j.iccn.2017.06.008

- Parshuram, C. S., Amaral, A. C. K. B., Ferguson, N. D., Baker, G. R., Etchells, E. E., Flintoft, V., . . . Friedrich, J. O. (2015). Patient safety, resident well-being and continuity of care with different resident duty schedules in the intensive care unit: a randomized trial. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, 187(5), 321-329. doi:10.1503/cmaj.140752
- Pasient og brukerrettighetsloven. (2018). *Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>.
- Saunes, I. S., Svendsby, P. O., Mølsted, K., & Thesen, J. (2010). *Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet* [Notat]. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Social- og helsedirektoratet. (2005). *...Og bedre skal det bli! National strategi for kvalitetsforbedring i social- og helsetjenesten*. (Is-1162). Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>.
- ssb.no. Statistisk sentralbyrå (2018, 23. februar). Folkemengde og befolkningsendringer. Retrieved from <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkemengde/aar-per-1-januar>
- Stubberud, D. G. (2016a). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. In T. Gulbrandsen & D. G. Stubberud (Eds.), *Intensivsykepleie*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Stubberud, D. G. (2016b). Pasientens psykososiale behov. In T. Gulbrandsen & D. G. Stubberud (Eds.), *Intensivsykepleie*. Oslo: Cappelen Damm.
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden. (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden* (Vol. 4): Allservice AS.
- Thagaard, T. (2015). *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitativ metode* (Vol. 4. utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Travelbee, J. (2005). *Mellemmenneskelige forhold i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Universitetet i Stavanger. (2018). Intensivsykepleie II - yrkesutøvelse med samfunnsfaglig, medisinsk og naturvitenskapelig grunnlag. Retrieved from [http://www.uis.no/course/?code=MIS121\\_1&parentcat=13145](http://www.uis.no/course/?code=MIS121_1&parentcat=13145)
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i intensivsykepleie*. Retrieved from [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdf/v/269388-rammeplan\\_for\\_intensivsykepleie\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdf/v/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf).
- Watson, J. (1999). *Omsorg og videnskap - en sygeplejeteori* (1 ed.). København: Munksgaard.
- WorldMedicalAssociation. (2003). Helsinkideklarasjonen fra Verdens legeforening. Retrieved from <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Etikk/Internasjonalt/Helsinkideklarasjonen/helsinkideklarasjonen-fra-verdens-legeforening/>
- Wählin, I., Ek, A.-C., & Idvall, E. (2009). Empowerment in intensive care: Patient experiences compared to next of kin and staff beliefs. *Intensive and Critical Care Nursing*, 25(6), 332-340. doi:10.1016/j.iccn.2009.06.003
- Ågård, A. (2005). *Sygeplejersken som ledvogter på stuen i intensivafdeling - Om lederskab i intensivsygeplejerskers samspil med pårørende* (Kandidatspeciale, Aarhus universitet). Retrieved from <http://ph.au.dk/fileadmin/ph/Sygepleje/Publikationer/Kandidatspecialer/92asaa2005.pdf>





## **Bilag:**

*Bilag 1: Interviewguide*

*Bilag 2: Information til intensivafdelingen og informanter*

*Bilag 3: Informeret samtykke*

*Bilag 4: Godkendelse fra personverneombudet*

-til interview af intensivsygeplejersker omkring

Betydningen af kontinuitet i plejen af intensivpatienten – intensivsygeplejerskers erfaringer

Ved masterstuderende: Cecilie Rahbek Østergaard

1. Fortæl hvordan du oplever plejen af intensivpatienten i afdelingen?
  - a. Hvad du oplever som positivt?
  - b. Hvad oplever du som negativt?
2. Hvad ser du som værende vigtigt i arbejdet med patienten.
3. Hvordan oplever du at fordelingen af patienter mellem intensivsygeplejerskerne er?
4. Hvad ligger du i begrebet kontinuitet i plejen af intensivpatienten?
5. Hvornår mener du at kontinuitet i plejen er særlig vigtig?
  - a. Hvilke konsekvenser ser du ved ikke at have kontinuitet?
6. Hvilken betydning ser du at kontinuitet har for omsorgen til patienten?
7. Hvordan vil du definere en langtidsligger på intensivafdelingen?
  - a. hvordan forholder du dig til dem, hvordan er dine oplevelser med disse patienter?
8. Ser du nogen fordele med at følge en bestemt plejeform i intensivafdelingen?
9. Har du nogen forslag til tiltag for at sikre kontinuitet til intensivpatienten?
10. Hvad ligger du i begrebet kvalitet i plejen af intensivpatienten?
  - a. Hvad mener du forudsætter kvalitet i plejen?
11. Hvad forstår du ved ordet/begrebet primærsygepleje?
12. Hvilke fordele ser du ved at anvende primærsygepleje på intensiv?
  - a. Hvilke ulemper?
13. Hvordan oplever du at primærsygepleje bliver brugt i afdelingen?

## *Bilag 2*      **Forespørgsel om deltagelse i masterprojektet**

### ”Betydningen af kontinuitet i plejen af intensivpatienten - intensivsygeplejerskers erfaringer”

#### **Information til interviewdeltagere og intensivafdelingen**

##### **Baggrund og hensigt med projektet**

Jeg ønsker at gennemføre interviews af intensivsygeplejersker som led i min masteropgave. Hensigten med studiet er, at undersøge hvordan intensivsygeplejerskens oplevelser, syn og holdninger er til plejen og sammenhængen af denne er i afdelingen.

Jeg ønsker, at gennemføre interviews af intensivsygeplejersker, både relativt nyuddannede og med lang erfaring fra feltet. De skal helst have en stillingsprocent på 75-100% eller i hvert fald have en månedlig arbejdsprocent som til svarer dette gennem ekstra arbejde.

##### **Tid og sted for interview**

Interviewet vil fortrinsvis finde sted i et rum i afdelingen eller i nærheden af afdelingen. Hvert interview vil være af en varighed på ca. En time.

##### **Hvad sker der med informationen om dig?**

Interviewet vil blive optaget på bånd og deltagerens navn vil blive af identificeret. Optagelser og dokumenter vil blive opbevaret i eget skab på Stavanger universitet UIS bag to låsbare hindringer. Når projektet er indleveret og færdig, vil optagelserne vil blive slettet, datoen for dette er sat til 30.06.2018. Oplysninger som kommer frem gennem interviewene, vil blive brugt i masteropgaven, men vil blive anvendt uden genkendelige oplysninger. Undertegnede har tavshedspligt og dataene vil blive behandlet fortroligt efter gældende retningslinjer.

##### **Frivillig deltagelse**

Deltagelse i projektet er frivilligt, og det deltagerne kan til enhver tid trække sig fra projektet, hvis de ikke ønsker at deltage alligevel.

Deltagerne vil få mulighed for at læse arbejdet igennem før det færdigstilles hvis de ønsker dette.

Dersom du ønsker at deltage i studiet, vil du blive bedt om at underskrive en samtykkeerklæringen med Dato og underskrift, inden interviewet begynder.

Hvis du skulle have spørgsmål til studiet, kan disse henvendes til undertegnede på tlf: 48363812, eller til vejleder af masterprojektet Dagrann Nåden Dyrstad, UiS, på tlf: 93676824.

Venlig Hilsen

Masterstudent i intensivsygepleje  
Cecilie Rahbek Østergaard

## *Bilag 3*

### **Samtykkeerklæring**

Samtykke til deltagelse i studiet ” Betydningen af kontinuitet i plejen af intensivpatienten”

Jeg samtykker hermed at jeg er villig til at deltage i studiet.

\_\_\_\_\_ (signatur af informant, dato)

Jeg bekræfter at have givet information om studiet

\_\_\_\_\_ (Signatur projektansvarlig, dato)

## Notat

**Til:**

Cecilie Rahbek Østergaard

**Fra:**

Fagsjef Kirsten Lode

**Kopimottakere:**

Klinikkssjef Erna Harboe, Juridisk rådgiver Ina Trane

**Dato:** 11.01.2018

**Arkivref:** 2017/9961

---

### Godkjenning masterprosjekt – MA147

Masterprosjektet: «Betydningen af kontinuitet i plejen af intensivpatienten»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA147.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.