

“Rett kompetanse til rett tid på rett sted”



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Master i spesialsykepleie, spesialisering i: Intensivsykepleie
Masteroppgave (30 studiepoeng)

Studenter

Jonna Hedegaard Christensen

Ingeborg Vathne Innbjo

Veileder

Britt Sætre Hansen, professor

Dato

April 2019

MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i: Intensivsykepleie

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2019

(vår/høst – årstall)

FORFATTER/MASTERKANDIDAT:

Jonna Hedegaard Christensen

Ingeborg Vathne Innbjo

VEILEDER:

Britt Sætre Hansen, Professor, Institutt for helsefag, UIS

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

“Rett kompetanse til rett tid på rett sted”

Engelsk tittel:

“The right competence at the right time in the right place”

EMNEORD/STIKKORD: Intensivsykepleierkompetanse, bemanning, kvalitet, kontinuitet, arbeidsbelastning, skåringsverktøy

ANTALL ORD: 18996

STAVANGER

DATO/ÅR

Forord

Motivasjonen for denne masteroppgaven kom på bakgrunn av erfaringer og opplevelser i praksisperioder under studiet. Vi så det nyttig å belyse og sette temaet mangelen på intensivsykepleierkompetanse på dagsorden. Dette var et tema som engasjerte oss begge.

Det har til tider vært en utfordrende men spennende prosess å skrive masteroppgaven. Vi takker våre medstudenter for to flotte år sammen på masterstudiet på Universitetet i Stavanger, som har gitt oss gode tilbakemeldinger og konstruktiv kritikk, både gjennom studentveilederseminar og gode lunsjpauser sammen.

Videre må vi takke de som har gjort denne oppgaven mulig, begge de respektive avdelingene som har deltatt i studiet og har tatt oss varmt imot her under også en stor takk til deltakere og informanter.

Vi vil også gi en stor hjertelig takk til vår veileder Britt Sætre Hansen for god veiledning, motivasjon og konstruktive tilbakemeldinger.

Sist, men ikke minst vil vi takke hverandre for et godt samarbeide og for å holde motet oppe hos hverandre i opp- og nedturen.

Stavanger, April 2019

Jonna H. Christensen
Ingeborg V. Innbjo

Sammendrag

Mangelen på intensivsykepleiere er en kjent problemstilling i norske intensivavdelinger. Et skåringsverktøy som for eksempel Nursing Activities Score kan gi innsikt i behovet for intensivressurser på intensivavdelinger slik at det blir hensiktsmessig bruk av intensivsykepleierkompetanse samt at pasientsikkerheten er ivaretatt best.

Hensikten er å beskrive hvordan to medisinske intensivavdelinger planlegger, beregner og anvender sine ressurser, og på hvilken måte pasientens behov for intensivsykepleierkompetanse legges til grunn for disse beregninger.

Kvalitetsforbedringsprosjekt ble valgt, for å belyse om en kan forbedre bemanningen, kvaliteten i pasientpleien og behandlingen og se på viktigheten av riktig bruk av intensivsykepleierkompetansen på intensivavdelingene.

Metoden i prosjektet var kvalitativ eksplorerende design med semistrukturert enkeltintervju og deltakende observasjon. Totalt åtte intervjuer ble foretatt, fire informanter på hver medisinsk intensivavdeling ble intervjuet, herunder ledere, intensivsykepleiere og offentlig godkjente sykepleiere. Ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse fremkom to temaer for hver avdeling, som belyser hvert sitt forskningsspørsmål.

Funnene i prosjektet viste at det forekom mangel av intensivsykepleierkompetanser på begge avdelingene, og at det var svært ulikt fokus på hvordan avdelingene beregner, planlegger og anvender sin intensivsykepleierkompetanse. Videre viser funnene at det er ulikt nivå av intensivsykepleierkompetanse, erfaring og antall bemanning i forhold til pasient-sykepleier-ratio i de to avdelingene.

Konklusjonen i prosjektet var at kvaliteten på intensivsykepleien til pasienten i avdelingene avhenger av tilstrekkelig intensivsykepleierkompetanse. Det konkluderes med at avdeling A styres av sparetiltak og avdeling B styres av pasientens behov for kompetanse. Rett kompetanse til rett tid på rett sted er viktig for kvaliteten av intensivsykepleien og de ansattes trivsel.

Abstract

The lack of critical care nurses is a known issue in Norwegian intensive care units. Nursing Activities Score, a measuring tool, can give insight into the need for critical care resources in order to secure appropriate use of critical care nursing competence as well as maintaining patient safety in best possible manner.

The purpose of this thesis is to describe how medical critical care units plan, calculate and use their resources, and how the patient's needs for critical care nursing are included in these estimates. A project that studied the improvement of quality in health care "Kvalitetsforbedringsprosjektet" was studied in order to illustrate if one can improve the workforce, the quality of patient care and treatment and the importance of the correct use of the critical care nursing competence on the intensive care units.

The method used for this thesis is a qualitative exploratory design including semi-structured single person interviews and participatory observation. In total, eight interviews were conducted, there were four informants from each unit. Among them leaders, critical care nurses and licensed nurses. Two topics for each unit appeared after using qualitative content analysis, each of these topics illustrate a research questions.

The findings of this study show that there was a lack of critical care nursing competence on both units, and that the units had different approaches on how to calculate, plan and use the critical care nursing competence they had available. Another finding shows that the two units had uneven degree of intensive care nursing competence, experience and workforce in comparison to their patient-nurse ratio.

The conclusion of this thesis is that the quality of the critical care nursing the patients in the units receive depend on sufficient critical care nursing competence and that unit A is driven by economy while unit B is driven by the patient's need. The Right competence at the right time in the right place is important for the quality of critical care nursing and well-being for the employees.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 TIDLIGERE FORSKNING	2
1.2.1 Arbeidsbelastning hos sykepleier	3
1.2.2 Aktivitetsregistrering i intensivavdeling	3
1.3 PROBLEMSTILLING	4
1.3.1 Forskningsspørsmål	4
1.4 OPPGAVENS HENSIKT OG FORMÅL	4
1.5 STUDIETS RELEVANS	5
2.0 TEORETISK RAMMEVERK	6
2.1 KVALITET OG KOMPETANSE I EN INTENSIVAVDELING	6
2.2 FAGLIG FORSVARLIGHET	7
2.3 BEMANNINGSSTANDARD FOR INTENSIVSYKEPLEIER	9
2.4 NURSING ACTIVITIES SCORE OG GAT	9
2.5 RASMUSSENS TEORI OM MIGRASJON MOT GRENSENE	11
3.0 METODE OG METODISKE OVERVEIELSER	13
3.1 DESIGN	13
3.2 UTVALG	16
3.2.1 Valg av informanter	17
3.3 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	18
3.4 INNSAMLING AV MATERIALE	19
3.4.1 Innsamling av intervjumateriale	20
3.4.2 Transkribering	20
3.4.3 Innsamling av observasjonsmateriale	21
3.5 ANALYSE AV MATERIALE	21
3.6 TROVERDIGHETSKRITERIER	23
3.6.1 GYLDIGHET	24
3.6.2 PÅLITELIGHET	24
3.6.3 OVERFØRBARHET	24
4.0 PRESENTASJON AV FUNN	25
4.1 AVDELING A, TEMA 1: RESIGNASJON; "MAN TAR DET MAN HAR"	26
4.1.1 Utilfredsstillende bemanning og uhensiktsmessig bruk av ressurser	26
4.1.2 Mangel på skåringsverktøy	27
4.1.3 Manglende kontinuitet	28
4.1.4 Kvaliteten avhenger av personalet	28
4.1.5 Manglende kjennskap til hverandres kompetanse	30
4.2 AVDELING A, TEMA 2: MISFORHOLD MELLOM KOMPETANSE OG ARBEIDSOPPGAVER	30
4.2.1 Travelhet og overbelegg	31
4.2.2 Uhensiktsmessig organisering og samhandling	31
4.2.3 Manglende kompetanse gir utrygghet	32
4.3 AVDELING B, TEMA 1: PASIENTENS BEHOV FOR KOMPETANSE ER STYRENDE	33
4.3.1 Varierende bruk av tilgjengelige ressurser	33
4.3.2 Varierende tilfredshet av skåringsverktøyet NAS	35
4.3.3 God kontinuitet	36
4.3.4 Prioriterer god kvalitet på intensivsykepleien til pasienten	37
4.3.5 Ulik oppfatning av kompetanse	38
4.4 AVDELING B, TEMA 2: VILJEN ER STOR FOR SAMHANDLING FOR PASIENTENS BESTE	39
4.4.1 Travelhet og overbelegg	40
4.4.2 God samhandling	40
4.4.3 Samsvar mellom arbeidsoppgaver og kompetanse	41
5.0 DISKUSJON	42

5.1 DISKUSJON AV RESULTATER	42
5.1.1 Hvordan beregner og begrunner lederne og ansvarshavende avdelingenes behov for intensivsykepleierkompetanse?	42
5.1.2 Hvordan begrunner ledere og ansvarshavende intensivsykepleiere pasientens behov for intensivsykepleierkompetanse når plutselig endringer skjer?	47
5.2 DISKUSJON AV METODE	52
5.2.1 Gyldighet og pålitelighet.....	52
5.2.2 Overførbarhet.....	55
6.0 KONKLUSJON	56
6.1 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	56
6.2 VIDERE FORSKNING PÅ OMRÅDET	57
REFERANSER	58

Liste over Vedlegg

Vedlegg 1: PICO-Skjema

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Observasjonsguide

Vedlegg 4: Godkjenning fra Personvernombudet, Helse Stavanger

Vedlegg 5: Godkjenning fra Personvernombudet, Helse

Vedlegg 6: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til avdelingene

Vedlegg 7: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene

Vedlegg 8: Eksempel på innholdsanalyse

Vedlegg 9: Master i spesialsykepleie, spesifisering av studentbidrag

1.0 Innledning

Høy arbeidsbelastning er et økende problem blant sykepleiere og spesielt blant intensivsykepleiere både internasjonalt og nasjonalt, da intensivpasientene er mer komplekse og det er blitt tilført flere arbeidsoppgaver til intensivsykepleieren (Padilha, et al., 2015). Mangelen på intensivsykepleiere er i dag kritisk truende for helsevesenet i Norge. NSF anslår at det mangler over 1000 intensivsykepleiere nasjonalt innen 2020 (Dolonen, 2017). Gjennomsnittsalderen for en intensivsykepleier i dag er rundt 50-55 år, og det forventes at de går av med pensjon innenfor de neste 10 årene. I tiden fremover kunne forventes et større behov for intensivsykepleiere (Dolonen, 2017). Den manglende bemanning av intensivsykepleier kan få store konsekvenser for intensivpatienten. Det har i tidligere studier vist at en lav bemanning av intensivsykepleiere kan medføre en økt forekomst av ventilatorassosierte pneumonier, infeksjoner og trykksår (NSFLIS, 2015). Norsk anesthesiologisk forening og NSFLIS (2014) har utarbeidet retningslinjer for intensivvirksomhet hvor de anbefaler at på et universitetssykehus skal alle sykepleiere på en intensivavdeling være intensivsykepleiere. De anbefaler videre å anvende Nursing Activities Score (NAS) som skåringsverktøy, og ønsker å vurdere den totale bemanning i forhold til pasienttyngde og – behov for kompetanse. Anbefalingene bygger på at mangel på intensivsykepleierressurser vil føre til at nye pasienter ikke får den optimale behandling og dermed kan medfører økt mortalitet (Norsk anesthesiologisk forening; NSFLIS, 2014).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Som masterstudenter i intensivsykepleie er det erfart at lederne fokuserer på å ha tilstrekkelig antall sykepleiere pr vakt når personalet fordeles til neste vakt eller beregnes til helg og ferier. Pasientens behov for pleie og behandling og sykepleiernes kompetanse er sjelden styrende for planlegging og plassering av personell da bemanningen planlegges ut fra systemet GAT (Grunnlegger av Gatsoft AS: Gordon, Amund og Tommy) (Visma). Lederne eller den ansvarshavende danner seg et overblikk over hvor mange sykepleiere som er på arbeide og om det er tilstrekkelig og derfor får de ikke en oversikt over pleietyngden hos den individuelle pasient, men kun sykepleier vs. pasienter. Dette underbygges av bemanningsrapporten utarbeidet av NSFLIS, hvor 44 ut av 62 enheter bruker systemet GAT. Avdelingslederne i undersøkelsen angiver at GAT er et godt system til bemanningsplanlegging. I tillegg til systemet GAT benyttes også årsturnus til planlegging av bemanningen (NSFLIS, 2015). Ved utilstrekkelig bemanning med intensivsykepleiere

ansetter intensivavdelinger offentlig godkjente sykepleiere for å løse problemet med for lite bemanning. Dette kan ha betydning for pasientsikkerheten, da det forekommer for lite intensivsykepleierkompetanse blant personalet.

Det er et kjent problem at intensivavdelingene mangler intensivsykepleiere, som gjør det ekstra krevende for lederne å innhente tilstrekkelig kompetanse til de ulike skift, spesielt i helger og ferier. For å bemanne avdelingene har det derfor vært nødvendig å ansette sykepleiere uten intensivutdanning og -erfaring. Erfaringen gikk på at nødvendige sykepleietiltak ikke ble utført som en konsekvens av mangel på intensivsykepleierkompetanse på den aktuelle vekten, noe som igjen kan påvirke tiden pasienten tilbringer på intensivavdelingen, oppgis i døgn. Et eksempel på situasjoner som krever spesialkompetanse er pasienter som behandles med non-invasiv ventilasjon (NIV) og har behov for tett observasjon og tilsyn. Vi har erfart at det skjer uhensiktsmessig fordeling av ressurser og at avdelingene ikke alltid er bemannet med nok intensivsykepleierkompetanse. Derfor er det ønskelig å se på planleggingen og anvendelse av intensivsykepleierkompetanse i to medisinske intensivavdelinger som beregner bemanningen etter ulike skåringsverktøy.

1.2 Tidligere forskning

I det følgende avsnitt presenteres tidligere forskning av ulike artikler med relevant funn og det vil bli trukket frem ulike overveielser i forbindelse med søket. Et litteratursøk etter primærlitteratur ut fra PICO-skjema (vedlegg 1) under veiledning av bibliotekar ble foretatt vinteren 2018/19 for å få et overblikk om det var tilstrekkelig forskning på temaet. Søkningen ble gjort i databasene *Cinahl* og *Medline* ved bruk av ordene “*workload*”, “*Intensiv care unit*”, “*lack of competence*”, “*lack of ICU-nurse*” og “*Nursing Activities Score*” som viste at det var tilstrekkelig og bredt med tidligere forskning på området.

Våre inklusjons- og eksklusjonskriterier i forhold til tidligere forskning og artikler er;

Inklusjonskriterier:

- Fra 2000 og frem til 2019
- Skandinavisk eller engelsk
- Fra relevante faglige tidsskrifter
- Omhandlende intensivavdelinger

Eksklusjonskriterier:

- Annet språk enn engelsk og skandinavisk
- Eldre enn 2000 men helst ikke eldre enn 10 år

Utover en systematisk litteratursøking ble det anvendt kjedesøking, hvor referanselisten fra primærlitteraturen og bøker er blitt gjennomgått for å finne frem til relevant forskning.

1.2.1 Arbeidsbelastning hos sykepleier

Tidligere forskning internasjonalt viser at det klart er sammenheng mellom høy arbeidsbelastning og dødelighet blant intensivpasienter. Intensivsykepleiere med høy arbeidsbelastning har større fare for å bli ubrent og høyere risiko for å mistrives på arbeidsplassen (Moloney-Harmon, 2010), (Aiken, Rafferty, & Sermeus, 2014). Tidligere forskning viser at i Norge er det en større arbeidsbelastning blant intensivsykepleiere grunnet flere oppgaver relatert til ivaretagelsen av pårørende, mobilisering, hygiene og administrative oppgaver. Konklusjonen er derfor at det er større behov for sykepleiere i intensivavdelinger i Norge (Stafseth, Solms, & Bredal, 2011). Videre viste det at økt arbeidsbelastning hos sykepleiere er en viktig risikofaktor i forhold til pasientsikkerhet (Padilha, et al., 2009).

1.2.2 Aktivitetsregistrering i intensivavdeling

Tidligere forskning bruker andre skåringsverktøy til sammenligning med NAS for å kartlegge om NAS er et valid skåringsverktøy. De andre skåringsverktøy som NAS blir sammenlignet med er bl.a. Therapeutic intervention scoring system (TISS-28), Simplified Acute Physiology Score II (SAPS II) og Nine Equivalents of nursing Manpower use Score (NEMS). Konklusjoner er at NAS er et valid skåringsverktøy, som har vist seg å være mer effektiv til å måle arbeidsbelastning i intensivavdelinger, og til å beregne tidsbruken til intensivsykepleiere (Goncalves, Padilha, & Cardoso de Sousa, 2007), (Carmona-Monge, R., Herranz, & Gómez, 2013).

Videre har tidligere forskning vist at NAS og NEMS begge har høy validitet for målingen av arbeidsbelastningen og bemanningen i intensivavdelinger, men at NAS har høyere kvalitet enn NEMS. NAS beskrives ofte kan være tidskrevende å utføre, og personalet måtte gjennomgå lang opplæring for å anvende NAS adekvat (Carmona-Monge, R., Herranz, & Gómez, 2013), (Stafseth & Solms, 2014), (Stuedahl, Vold, Klepstad, & Stafseth, 2015).

Stafseth (2011) poengter i en prosjektrapport hvor det tas utgangspunkt i å utprøve NAS på flere intensivavdelinger i Norge. Hypotesen var “*Kan NAS erstatte NEMS i Norge?*” og konkluderer i rapporten at flere sykepleiere var svært positive til bruken av NAS da den avdekker arbeidsoppgaver som kan være tidskrevende og ble oversett av NEMS. Samtidig var det en fordel at NAS både er retro- og prospektiv, hvor NEMS kun er retrospektiv (Stafseth S. K., 2011), (Ducci & Padliha, 2007).

Etter å ha gjennomgått tidligere forskning finner vi at hoveddelen av forskningen bygger på kvantitativ metode. Vi finner imidlertid ikke forskning hvor man ikke bare ser på bruken av NAS men også stiller spørsmål ved hva som legges til grunn når ledere beregner avdelingenes behov for stillingshjelmere for intensivsykepleiere og i hvilken grad pasientene tilbys rett kompetanse på rett sted til rett tid.

1.3 Problemstilling

Hvordan planlegges og beregnes intensivsykepleierkompetanse i to medisinske intensivavdelinger?

1.3.1 Forsknings spørsmål

1. Hvordan beregner og begrunner lederne avdelingenes behov for intensivsykepleierkompetanse?
2. Hvordan begrunner ledere og ansvarshavende intensivsykepleiere pasientens behov for intensivsykepleierkompetanse når plutselige endringer skjer?

1.4 Oppgavens hensikt og formål

Hensikten med prosjektet er å beskrive hvordan to medisinske intensivavdelinger planlegger, beregner og anvender sine intensivsykepleierressurser, og på hvilken måte pasientens behov for intensivsykepleierkompetanse legges til grunn for disse beregningene.

Det vi ønsker å oppnå med prosjektet er å se om en kan forbedre bemanningen, kvaliteten i pasientpleien og -behandlingen og se på viktigheten av riktig bruk av ressursene på intensivavdelingene.

Målgruppe: Målgruppen er intensivsykepleiere, samt leder som planlegger og beregner bemanningen og fordelingen av intensivsykepleiere på avdelingen.

1.5 Studiets relevans

Det å belyse behovet for intensivsykepleier vurderes å være relevant da manglende intensivsykepleierkompetanse kan ha betydning for pasientsikkerhet, økonomien og belastningen for intensivsykepleieren.

2.0 Teoretisk rammeverk

I følgende avsnitt presenteres utvalgt rammeverk som anvendes til å belyse prosjektets problemstilling og hensikt. NSF's figur om faglig forsvarlighet (2018) og Rasmussens figur om migrasjon mot grensene (1997) anvendes i diskusjonsavsnittet. Utvalgte rammeverk omhandler begrepene kvalitet og kompetanse, NSFLIS sin bemanningsstandard for intensivsykepleiere (NSFLIS, 2015) samt NAS og GAT.

2.1 Kvalitet og kompetanse i en intensivavdeling

Kvalitet kan forstås og defineres på ulike måter, om det er pasientens eller helsepersonalet syn på kvalitet. I melding til stortinget nr. 10 (2012-2013) er det listet opp 6 krav til kvalitet: *Være virkningsfulle, være trygge og sikre, involvere brukerne og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt.* For å sikre god kvalitet og best mulig behandlingsresultat i helsehjelpen må den baseres på kunnskap om effekt av tiltak og pasientens egne synspunkter og erfaringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), (Norsk sykepleierforbund, 2018).

Stigende krav til kvalitet i helsetjeneste medfører at det er et økende krav til kompetanse grunnet flere komplekse arbeidssituasjoner. Kvalitet i intensivsykepleie innebærer ikke bare hva som blir gjort, men også hvordan og hvorfor, og avhenger av intensivsykepleierens erfaringsmessige og utdanningsmessige kompetanse (Lakanmaa, et al., 2013).

Helsedirektoratet (2012) uttaler følgende; *“Kompetanse som tilegnes både gjennom spesialutdanning og offentlig godkjente spesialutdanninger, samt gjennom lang praksis”.* Intensivsykepleie er en spesialisert kompetansen i avansert klinisk sykepleie, og som kan defineres som kunnskap, ferdigheter og holdninger. Kvaliteten i helsevesenet er avhengig av at det er rett personale på rett tid og sted. Dette innebærer at det er samsvar mellom personalets kvalifikasjoner, kompetanse og den oppgaven vedkommende er plassert til å utføre. Kompetanse gjør seg stadig mer gjeldende innen helsetjenesten, og det er viktig med investering i helsepersonalet for å oppnå økt kvalitet (Helsedirektoratet, 2012).

Faglig forsvarlig sykepleie er *“Å tilby pasientene en kvalitativ god sykepleie ut fra pasientens behov og med utgangspunkt i det som til enhver tid blir definert som god praksis og sykepleie”* (Norsk sykepleierforbund, 2008, s. 4). For å sikre faglig forsvarlig virksomhet må ulike momenter være til stede, som organisasjonen, avdelingslederen og fagutviklingssykepleier har ansvar for. De ulike momenter som må være til stede er

følgende; *Det medisinsk tekniske utstyr (MTU) må være i orden, tilstrekkelig kompetanse hos personalet, avklarte og klart definerte ansvarsforhold, at vaktbelastning for intensivsykepleiere er faglig forsvarlig og at bemanning tilsvarer pasientratioen.* Organisasjonen, avdelingslederen og fagutviklingsykepleieren har ansvar for at minstestandarden for faglig forsvarlighet blir overholdt (Braute & Holmboe, 2015, s. 51). Pasientsikkerhet er fravær av utilsiktede hendelser, og målet er at all behandling og pleie av pasienten skal være trygg og sikker. *“En uønsket hendelse kan også bedro på at den medisinske behandling ikke har vært tilfredsstillende på bakgrunn av for eksempel manglende erfaring eller kompetanse”* (Aase, 2015, s. 15). Sikkerheten til pasienten er et bredt kvalitetsbegrep, og den inneholder flere dimensjoner for å oppnå god pasientsikkerhet. En av dimensjoner er bl.a.; *“å utnytte ressursene på en god måte”* (Aase, 2015, s. 13). Dette er et bærende element som vi ønsker å legge vekt på i oppgaven. Pasienten skal ikke utsettes for unødvendig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (Braute & Holmboe, 2015). Derfor påpekes det at pasienten kan utsettes for unødvendig skade hvis det ikke er tilstrekkelig bemanning og kompetanse på avdelingene, som medfører at det eventuelt skjer utilsiktede hendelser og nesten hendelser (NSFLIS, 2015).

2.2 Faglig forsvarlighet

I NSF's brosjyre om faglig forsvarlighet er det fremstilt en figur som viser faglig forsvarlig yrkesutøvelse og minstestandarden. Figuren tar utgangspunkt i *Helsepersonelloven §4* og *§16*, som innebærer henholdsvis helsepersonalets individuelle ansvar og kravet til organiseringen av virksomhet. I *Helsepersonelloven §4* står det at; *“Helsepersonell skal utføre sitt arbeide i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Videre i loven står det at helsepersonell skal innhente hjelp fra annet personell i situasjoner hvor arbeidet medfører at intensivsykepleieren vil overgå egne kvalifikasjoner. I *Helsepersonelloven §16* står det; *“Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Her fremkommer det at hvis virksomheten ikke er organisert slik at §16 blir overholdt vanskeliggjøres det for den enkelte helsepersonell å overholde sitt individuelle ansvar for faglig forsvarlighet jf. §4 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Sentralt i figuren vises standarden for god praksis, som innebærer myndighetskrav, yrkesetiske retningslinjer og relevant faglig kunnskap og kompetanse. Det gule markerte område i modellen viser risikosoner, som indikerer at man kan avvike fra god praksis uten at det blir uforsvarlig yrkesutøvelse og/eller tjenestetilbud. Når det utøves sykepleie som går utover risikosone og ikke oppfølger kravene for god praksis, er grensen for minstestandarden overskredet og det forekommer uforsvarlig yrkesutøvelse og/eller tjenestetilbud (Norsk sykepleierforbund, 2018). Helsepersonell har ansvar for å yte faglig forsvarlig sykepleie, men det enkelte sykehus og avdeling har et systemansvar for å det yte faglig forsvarlig sykepleie, som beskrevet i *Helsepersonelloven §16*. Systemansvaret innebærer at man har plikt, som organisasjon, leder og ansvarshavende sykepleier, å legge til rette for at personalet kan utøve intensivsykepleie på en forsvarlig måte.

Ansvarshavende er omfattet av både *Helsepersonelloven §4*, som tilsier at du som sykepleier har et faglig forsvarlig ansvar, og *Helsepersonelloven §16* som tilsier at du har et systemansvar som leder.



Figur 1: Fra god praksis til uforsvarlig yrkesutøvelse og/eller tjenestetilbud (Norsk sykepleierforbund, 2018, s. 14)

2.3 Bemanningsstandard for intensivsykepleier

Bemanningen av intensivsykepleiere tar utgangspunkt i pasientens behov for behandling, pleie og omsorg (NSFLIS, 2015). NSFLIS har derfor utarbeidet en *Bemanningsstandard for intensivsykepleier* i 2015 hvor det eksplisitt henvises til anbefaling av bruk av skåringsverktøyet NAS. NSFLIS (2015) anbefaler på bakgrunn av et kartleggingsprosjekt om organiseringen og bemanningen i norske intensivenheter. Her fant de ut at det var store nasjonale ulikheter i måten intensivenheter organiseres og ledes på. Det ble avdekket at det var høy aldersgjennomsnitt blant intensivsykepleiere og samtidig at det er en økende kompleksitet i pasientpleien som vil stille større krav til den videre bemanning av intensivsykepleiere i fremtiden (NSFLIS, 2015).

I 2014 ble det utviklet retningslinjer hvor målet var å se *“Hvordan intensivavdelingene skal organiseres i Norge for å sikre god sikkerhet og kvalitet i pasientbehandlingen”*, som bygger på §16 i *Helsepersonelloven* som lyder som følgende; *“Virksomhet som yter helsehjelp, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter”* (Braute & Holmboe, 2015, s. 51). Retningslinjene tar primært utgangspunkt i hvordan de ulike sykehus i Norge bør organiseres, og hvilke anbefalinger det er i forhold til bemanning av intensivavdelinger (Norsk anesthesiologisk forening; NSFLIS, 2014).

Målet med kvalitet i utøvelsen av intensivsykepleie er å sikre at pasienten får best mulige behandlingsresultat og at minstestandarden ikke avvikes (Norsk anesthesiologisk forening; NSFLIS, 2014), (Norsk sykepleierforbund, 2008, s. 4).

I følge funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleier fra 2017 står følgende at intensivsykepleieren skal *“delta i å diskutere prioriteringer og ressursfordeling og ta medansvar for effektiv og forsvarlig ressursbruk”* (NSFLIS, 2017, s. 3). Dermed har intensivsykepleier et ansvar for at bemanningen og ressursfordelingen er hensiktsmessig slik at intensivsykepleieren kan *“vurderer kontinuerlig pasientens ressurser og gjennomfører systematiske tiltak for å bevare, styrke eller gjenopprette funksjonell kapasitet”* (NSFLIS, 2017, s. 2).

2.4 Nursing Activities Score og GAT

Nursing Activities Score (NAS) er et internasjonalt validerte skåringsverktøy som måler bemanning og tidsbruk i forhold til sykepleieaktiviteter i en intensivavdeling. NAS måles i

prosentandel som går fra 0 til maks 177% pr pasient fordelt pr vakt. Det er foreslått at NAS på 100 % tilsvarer en sykepleier per vakt i 24 timer i døgnet. NAS kan benyttes prospektivt og retrospektivt og kan måles på hver vakt (Norsk anesthesiologisk forening; NSFLIS, 2014, s. 15-19), (Stafseth & Solms, 2014). I Norge er dette ikke gjennomførbart, da man på de fleste intensivavdelinger i Norge har minimalt med støttepersoner som hjelpepleier. Samtidig benytter vi andre behandlingsmetoder i Norge enn i land hvor de for eksempel binder pasienten for å minske behovet for intensivsykepleier (Stafseth, Solms, & Bredal, 2011). Dette medføre at vi i Norge vil kunne ha en mindre NAS score per pasient per vakt. NAS på 120 % tilsvarer her i Norge til ca. 2 intensivsykepleiere per vakt (se tabell 1).

Pasient/pasient kategori	NAS –skår	Bemanning med
Ukomplisert overvåkning / postoperativ pasient	<50	0,5 per vakt
Kompleks overvåkingspasient, informasjonsbehov og psykisk støtte.	50-80	1 per vakt
Stabil intensivpasient med flerorgansvikt, arbeidskrevende, med respirasjonsstøtte, kan være urolig, behov for mobilisering, pårørendearbeid og behov for psykisk støtte.	81-120	1,5 - 2 per vakt
Svært ustabil intensivpasient med flerorgansvikt, svært arbeidskrevende, ustabil respiratorisk og sirkulatorisk, flere vasoaktive infusjoner, infeksjoner, tåler ikke mobilisering.	121-140	2 per vakt
Ustabil intensivpasient med akutt kompleks intensivbehandling, dialyse/ECMO, store sår og/ eller isolasjonsbehov.	141-177	2 - 3 per vakt

**Totalt bemanningsbehov vurderes i forhold til akuttberedskap inklusive mottak av ny ustabil pasient, kritisk syke barn, skop/telemetriovervåking, smitteproblematikk med enerom/isolasjon, veiledningsansvar for studenter i videreutdanning, transporter internt/eksternt og funksjoner som ivaretas utenfor intensiv-enheten som hjertestans- og mobile intensivteam, avdelingens fysiske utforming.*

Tabell 1: Sammenhengen mellom pasientkategorier, NAS og bemanning for intensivsykepleier (Norsk anesthesiologisk forening; NSFLIS, 2014, s. 18)

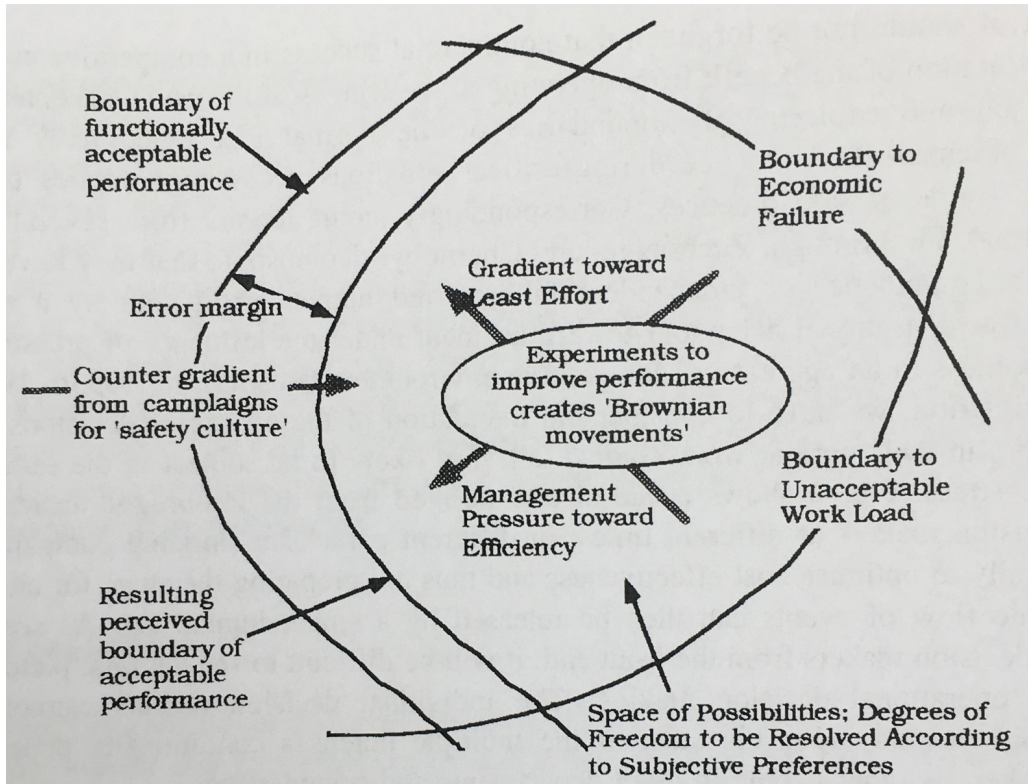
I motsetning til NAS har man andre skåringsverktøy i forhold til bemanning, såsom NEMS, SAPS, APACHE og GAT. Enkelte intensivavdelinger benytter ingen validerte skåringsverktøy til fordeling av bemanningen hvor enkelte har valgt å benytte systemet GAT, som gir en oversikt over antall tilgjengelig personale per vakt (NSFLIS, 2015). Avdelingen anvender sammen med systemet GAT å fordele ut fra pleietyngden, dvs. om pasienten er selvhjulpen, trenger hjelp i stell eller full hjelp i stell. Denne

pasientklassifisering ut fra pleietyngden er ikke tilstrekkelig dekkende for vurdering av pasientens behov for kompetanse. Ved å benytte et system som GAT fordeles bemanningen ut fra sykepleiernes individuelle ønsker og avdelingens behov for bemanning og plassering, fremfor ved NAS som tar utgangspunkt i pasientens individuelle behov for intensivsykepleierkompetanse (NSFLIS, 2015), (MA, 2018). Det anbefales å benytte et validert skåringsverktøy som tar utgangspunkt i pasientens individuelle behov fremfor bemanningsfordelingen ut fra avdelingens ressurser og pleietyngden, da begrepet pleietyngde er på vei ut fordi det angir for lite om pasienten individuelle behov (Stafseth & Solms, 2014), (Stafseth S. K., 2011). Et eksempel på et slikt skåringsverktøy er NAS, som ble oversatt til norsk i 2003 og dokumentert bedre effekt gjennom flere forskningsprosjekter, men på tross av dette er den fortsatt lite utbredt i Norge. Det anslås at det er ca. 18 enheter i Norge som benyttes NAS og er mest benyttet og utbredt i Helse Sør-øst (Stafseth & Solms, 2014).

2.5 Rasmussens teori om migrasjon mot grensene

Rasmussens teori beskriver hvordan menneskers adferd er i et abstrakt arbeidsområde, hvor de administrative, funksjonelle og sikkerhetsmessige grenser forhindrer arbeidstakernes frihet. Den menneskelig adferd i ethvert arbeidssystem er formet av målsetninger og begrensninger som skal respekteres av aktørene for at arbeidsinnsatsen skal lykkes. Ethvert arbeidssystem har forholdsregler for å beskytte aktørene mot en risiko og systemet mot større ulykker. Et problem ved slik system kan være en overskridelse av grensene ikke synliggjøres umiddelbart og dermed ikke observeres i handlingen når det skjer eller var i ferd med å skje, en eventuell utilsiktet hendelse. Utilsiktet hendelse har som regel vært latent gjennom lengere tid ved aktørenes normale innsats i den daglige arbeidskontekst og venter på at bli utløst. Det er tre organisatoriske grenser i modellen: *Økonomisk fiasko*, *uakseptabel arbeidsbelastning* og *en dobbeltgrense som beskriver akseptabel objektiv yteevne og oppfattet yteevne*. Grensene kan strekkes lengre ut slik at det blir høyere nivå for sparring, arbeidsbelastning og yteevne. Ved at grensene strekkes lengre aksepteres det langsomt blant personalet at forholdene er slik, og medfører en normalisering som ikke er synlig der og da, men som gradvis skjer inntil det oppstår en utilsiktet hendelse.

Figuren under viser graden av variasjoner i forholdet mellom gradientene og grensene for handling. Variasjonen er dynamisk og avhenger av den enkelte situasjon for når en utilsiktet hendelse oppstår. Utilsiktet hendelse kan sees som en konsekvens grunnet økt arbeidsbelastning og presset fra ledelsen om kostnadseffektiv drift.



Figur 2: Gradient som påvirker grensene for akseptabel utøvelse (Rasmussen, 1997, s. 191)

3.0 Metode og metodiske overveielser

I det følgende avsnitt vil det bli redegjort for oppgavens metode og design, som er semistrukturert enkeltintervju og delvisdeltakende observasjon. Dette innbefatter gjennomgang av utvalget, datainnsamlingen og analyse av dataene samt forskningsetiske overveielser.

3.1 Design

I prosjektet anvendes en kvalitativ eksplorerende induktiv design, som har til formål å oppnå en større forståelse og dybde i datamaterialet, hvor fortolkning har stor betydning. Kvalitativ metode forbindes oftest med humanvitenskaplig forskning, som bruker fortolkning til å forstå menneskets tanker, synspunkter og følelser relatert til den virkeligheten man ønsker å undersøke. Innenfor humanismen er naturalismen et bærende element, hvor det ontologiske spørsmål oftest er grunnlaget. Gjennom fortolkning av virkeligheten oppnår man en individuell forståelse, som danner grunnlag for å oppnå en innsikt og forståelse av andres subjektive forståelse av virkeligheten. Det epistemologiske spørsmålet kan ikke unngås da det er denne måten forfatteren finner ut hvordan og hvem han skal samhandle med, for å finne frem til ontologiske spørsmålet, altså forståelsen av den problemstillingen som undersøkes (Thornquist, 2014), (Birkler, 2011).

Kvalitative eksplorerende design gir anledning til å oppnå en større forståelse av informantenes synspunkter knyttet til prosjektets tema og omkring fordeling av intensivsykepleierkompetanse i vaktskift (Thagaard, 2010). Til å belyse problemstillingen anvendes semistrukturert intervju og deltakende observasjon som supplement til intervjuene for å oppnå større innsikt og forståelse i handling, erfaring og reaksjoner.

3.1.1 Semistrukturert kvalitativt forskningsintervju

I prosjektet ønskes det å frembringe og avdekke intervjupersonenes erfaring og opplevelser omkring bemanningsplanleggelse i medisinske intensivavdelinger, og derfor anvendes semistrukturert kvalitativt forskningsintervju. Et semistrukturert intervju; *“det er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale”* (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 47). Egenutviklet intervjuguide (vedlegg 2) ble anvendt som retningslinje for intervjuet, som inneholder temaer for samtalen samt forslag til spørsmål. Dette for å forsikre at viktig temaer og spørsmål ikke gikk tapt, samt at intervjuerne var godt kjent med innholdet og sikrer seg

at intervjuet ikke ble fremstilt mekanisk. Oppfølgingsspørsmål ble videre stilt ved behov for å oppnå dypere svar. Intervjueren hadde under intervjuet en bevisst “aktiv-lytte-rolle” for å skape en trygghet hos intervjupersonen, slik at det blir skapt et miljø hvor det ble lettere for informantene å dele synspunkter og holdninger (Polit & Beck, 2012). Et forskningsintervju er en samtale mellom individer, som ikke er likestilt, fordi forskeren kontrollerer og definerer intervjuet. I et forskningsintervju er det viktig å være bevisst på ikke å skape et større asymmetrisk maktforhold (Kvale & Brinkmann, 2010).

Semistrukturert enkeltintervju ble valgt fremfor fokusgruppeintervju fordi informantene ikke ble ansett som homogene, da leder og ansvarshavende sykepleiere ikke er likestilt og det var ønskelig å få frem enkelt informantenes subjektive opplevelse og synspunkter rundt fordelingen, fremfor å skape en diskusjon. Derved skapes en unaturlig dynamikk og informantene kan ha tilbakeholdt relevante synspunkter og holdninger til problemstillingen i fokusgruppeintervjuet. Videre var det ikke tilstrekkelig med informanter til å kunne benytte fokusgruppeintervju, da vi ønsket 3-4 deltaker pr. avdeling (Polit & Beck, 2012).

3.1.2 Observasjon

I tillegg til intervjuene ble det anvendt deltakende observasjon med supplerende oppklarende spørsmål i uklare situasjoner. En egenutviklet observasjonsguide ble anvendt for å sikre at observasjonsnotatene var så komplette og detaljerte som mulig (vedlegg 3), (Polit & Beck, 2012). Ved deltakende observasjon er forfatterne til stede i situasjoner hvor informantene er og iakttar hvordan de forholder seg i situasjonen (Thagaard, 2010). Observasjoner ble valgt som supplement til intervjuene for å øke forståelsen av konteksten i avdelingene. Innenfor kvalitativ forskning kan det være hensiktsmessig å anvende både intervju og observasjon sammen for å kunne belyse problemstillingen, samt for å forsikre at intervjuene og det observerte stemmer overens (Thagaard, 2010). Å anvende både intervju og observasjon bidrar til økt troverdighet i dataene og anses som en nødvendighet for å belyse problemstillingen, da det er ønskelig å belyse hvordan ledere og ansvarshavende planlegger og beregner intensivsykepleierkompetanse. For å belyse hvordan intensivsykepleierkompetansen planlegges er det hensiktsmessig å anvende observasjoner ved å delta i fordelingen av bemanningen i vaktskiftet. Intervju vurderes å bidra med å gi dypere forståelse for valgene av plassering opp imot intensivsykepleierkompetanse.

Fordelen ved å anvende observasjoner som supplement til intervjuene er å oppnå større innsikt og forståelse i handlinger, erfaringer og reaksjoner på handlingene i deres naturlige setting (Polit & Beck, 2012). Ved å observere den ansvarshavendes handlinger ved fordeling av bemanning oppnås en større innsikt og forståelse. Flere svakheter ved observasjonsstudie er at det er en tidskrevende metode, samt at det ikke er mulighet for utdypende svar og begrunnelse. Samtidig kan det være vanskelig å observere alle handlinger samtidig som registrering av observasjoner, samt ikke å fortolke på observasjonene. Videre kan det være krevende å vite «hva en observerer» grunnet kulturelle utfordringer i avdelingene. Det ansås derfor som en fordel at det var to observatører, for å sikre seg at mest mulig data ble inkludert og unngå tolkning av observasjoner (Thagaard, 2010), (Polit & Beck, 2012).

Under observasjonene ble det nedskrevet observasjonsnotater av begge forfattere for å sikre at erfaringer ble bearbejdet underveis i innsamlingen av observasjonene. Båndopptaker ble fravalgt da det kan skape en større distanse til deltakeren enn ønsket, og har innvirkning på de innsamlet dataene samt være forstyrrende (Thagaard, 2010). For å lykkes med et observasjonsstudie er det to viktige momenter som må ligge til grunn. Først må man få innpass i forskningsfeltet, og deretter skape tillit til deltakerne (Polit & Beck, 2012). Det er samtidig viktig å være oppmerksom på at deltakende observasjon kan føre til at relasjoner til deltakerne kan endre seg under observasjonsstudiet og er problematisk hvis det skapes for nære relasjoner med deltakerne, da det kan skape mistillit til dataene. Derfor ble det gjort en avveining av hva god og nær relasjon med deltakerne betyr, for å være bevisst om ikke å danne for nære relasjoner, men samtidig sikre seg at fortroligheten til deltakerne ble ivaretatt (Thagaard, 2010).

3.1.3 Forforståelse

Forforståelse er den erfaring og kunnskap som bringes med inn i prosjektet og den er ofte motivasjonen og drivkraften til å igangsette et prosjekt. Mennesker oppnår en forståelse av verden ut fra sin forforståelse (Kvale & Brinkmann, 2010), (Malterud, 2011). Gjennom opplevelser og erfaringer fra praksisperiodene våre er det oppnådd en forforståelse om behovet for intensivsykepleierkompetanse, og være bevisst på sin egen forforståelse slik at prosjektet ikke blir påvirket negativt (Malterud, 2011). Dette innebære å tilsidesette egen forforståelse for å kunne belyse problemstillingen. En må derfor være bevisst egen

forforståelse for ikke å få et for snevert syn som kan være ødeleggende for prosjektet. For å sikre dette er det viktig at før oppstart av prosjektet skriver av sin forforståelse, for videre å ta den frem i prosjektet slik at en er seg bevisst og ikke å være farget og dermed oppnås en ny bredere forståelse og innsikt for temaet. Forfatterens sosiale oppfatninger kan ha innvirkning på hva en ser under observasjonene (Polit & Beck, 2012), (Malterud, 2011). Før oppstart av prosjektet hadde vi en forforståelse av avdeling A hadde dårlig bemanning, som resulterer i dårlig kvalitet til pasienten. Derfor var det viktig å skrive forforståelsen av på forhånd for ikke å påvirke intervjuet og observasjonene (Malterud, Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring, 2011). Videre var forforståelsen at den dårlige bemanningen og mangelen av intensivkompetanse ikke skapte en god kontinuitet for pasient og ansatte, som har betydning for kvaliteten i sykepleien. Vi hadde videre en forforståelse av avdelingen A har dårligere forutsetninger for å optimalisere bemanning og sikre god pasientsikkerhet, herunder kontinuitet. Forforståelsen av avdeling B var at de hadde bedre bemanningen og bedre ressursfordeling på fordi av at de anvendte NAS til fordelingen av sykepleierressurser. Videre var det en forforståelse av NAS at den ble anvendt mer aktivt i avdelingen til fordeling av bemanningen, som ville resultere i god kvalitet i pleien og behandlingen av pasientene. Forforståelsen er spesielt viktig når en som intensivsykepleier skal undersøke på egen arena, da en kan risikere å begrense sin horisont ved ikke å se helheten. Dermed kan en oppnå en manglende evne til å lære noe nytt av dataene sine. En må derfor ha en aktiv og bevisst rolle i planleggingen av prosjektet og innsamlingen av dataene for å forebygge svakhetene og for å unngå at egen forforståelse overgår kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha levert (Malterud, 2011).

3.2 Utvalg

Det ble tatt utgangspunkt i to norske medisinske intensivavdelinger, en på Vestlandet og en på Østlandet med tilnærmet lik pasientkategorier og antall sengeplasser. Vi hadde kontakt med Siv Stafseth som er forsker på NAS og er i en internasjonal NAS-forskergruppe. Hun har kjennskap til alle norske intensivavdelinger som bruker NAS og hjalp oss med å få kontakt med en relevant avdeling. To medisinske intensivavdelinger i Norge med ulik praksis ble valgt ut for å få bredde i datainnsamlingen, hvor den ene anvendte et personregistersystem minGat uten pleietyngdemåling, og en medisinsk intensivavdeling som hadde etablert et skåringsverktøy som tok hensyn til pasientenes pleiebehov og de

ansattes kompetanse til bemanningsfordeling. Disse vil videre benevnes avdeling A og B i vår prosjektet.

Avdeling A: er en avdeling som behandler akutt kritisk syke medisinske og hjerte-lungesyke pasienter som ikke har behov for respiratorbehandling. Avdelingen består av tre avsnitt, hvor det er seks plasser til ustabile medisinske intensivpasienter og resterende plasser til subakutte hjerteovervåkningspasienter. Totalt er det i avdelingen plass til 20 pasienter, men i retningslinjene for avdelingen skal de kun ha 19 pasienter da det skal være ledig plass til beredskap. Avdelingen har både offentlig godkjente sykepleiere og intensivsykepleiere med ulik kompetanse og erfaring. Videre er det ansatt hjelpepleiere i avdelingen som en støttefunksjon til sykepleierne. Avdelingen har en avdelingsleder, to assisterende avdelingsledere, en fagutviklingssykepleier og en MTU-ansvarlig.

Kompetansehevingprosjektet på avdeling A henvender seg til offentlig godkjente sykepleiere for å heve kompetansen. Innebærer veiledning og tre fagdager i respirasjon, sirkulasjon og medisinsk teknisk utstyr og blodgass av avdelingens intensivsykepleiere.

Avdeling B: er en avdeling som behandler medisinske pasienter som er akutt kritisk syke samt akutte hjerte-lungesyke. Avdelingen er inndelt i to avsnitt, som er plassert fysisk fra hverandre. Det ene avsnittet behandler primært respiratorpasienter, som består av fem sengeplasser, og det andre avsnittet behandler ustabile medisinske intensivpasienter uten behov for respiratorbehandling, som også omfatter fem sengeplasser. Avdelingen bemannes både av offentlig godkjente sykepleiere og intensivsykepleiere. De offentlig godkjente sykepleier er primært plassert på de medisinske intensivpasienter uten behov for respiratorbehandling, hvor intensivsykepleierne oftest er plassert på respiratorpasienter. Avdelingen har også tre ufaglærte assistenter, som er en del av grunnbemanningen, men har lite pasientkontakt. Videre er det en avdelingsleder, to assisterende avdelingsledere, fagutviklingssykepleiere og en MTU-ansvarlig sykepleier.

3.2.1 Valg av informanter

Fra hver avdeling ble det valgt ut en avdelingsleder, to intensivsykepleiere og en offentlig godkjent sykepleier. Lederne ble valgt ut av forfatterne på bakgrunn av sin rolle som leder på de respektive avdelinger. De ansvarshavende som skulle inkluderes som informanter til intervjuene ble valgt av lederne på de respektive avdelingene. Utvelgelsen gikk på hvem

som var på jobb den aktuelle uken som observasjonene ble foretatt. Utvelgelsen skjedde på bakgrunn av oppsatte inklusjons- og eksklusjonskriterier.

Inklusjonskriterier for både avdeling A og B:

- En avdelingsleder (intensivsykepleier) med ansvar for bemanning og fordeling av kompetanse.
- To til tre intensivsykepleiere/sykepleiere med lang erfaring som har erfaring med å ha avdelingsansvar, og ansvar for fordeling av bemanning og kompetanse på kveld og natt skift og i ferier.

Eksklusjonskriterier:

- Nyutdannede sykepleiere med lite erfaring i rollen som ansvarshavende.

Det ble valgt ut fire informanter fra hver avdeling, dette vurderes som et tilstrekkelig antall for å få belyst problemstillingen. Kvale og Brinkmann (2010) angiver at det ikke er antallet informanter som er avgjørende for gode intervjuer, men mer innholdet i de enkelte intervjuene.

3.3 Forskningsetiske overveielser

Prosjektet er et kvalitetsforbedringsprosjekt hvor vi ønsker å se på hvordan avdelingene fordeler og planlegger bruken av sine intensivsykepleierkompetanser, sett opp mot kvalitet og pasientens behov. Fordi det er et kvalitetsforbedringsprosjekt er det ikke nødvendig å søke REK, men det ble innhentet godkjenning til å samle inn og oppbevare data av Personvernombudene ved sykehusene (PVO nr: MA181) (Vedlegg 4 + 5). Innsamlede data ble oppbevart og behandlet i henhold til retningslinjene fra Personvernombudene, lovgivning, de yrkesetiske retningslinjer for forskning innenfor sykepleie samt Helsinkideklarasjonen (Sykepleiernes Samarbeide i Norden, 2003), (World Medical Association, 2013). Datainnsamlingen ble ikke igangsatt før det var innhentet tillatelse fra personvernombudene. Etter godkjenningene var på plass ble det tatt kontakt med forskningsavdelingene og de respektive avdelinger for å søke innpass til å samle inn data.

For å starte et prosjekt må det innhentes informert samtykke, som innebærer at informantene har rettighet til å avbryte deltakelsen i prosjektet til enhver tid uten negative konsekvenser for dem. Samtykket må gis uten ytre press for å anse det som gyldig (Dalen, 2004), (Thagaard, 2010). Det ble innhentet signert skriftlig, informert samtykkeerklæring fra hver enkelt informant i prosjektet sammen med et informasjonsskriv (vedlegg 6+7), hvor informantene ble informert om prosjektets hensikt og deres deltakelse i prosjektet (Thagaard, 2010), (Dalen, 2004). En av de utvalgte informantene på den ene avdelingen ønsket ikke å delta, grunnet private årsaker. Det ga ingen konsekvens for prosjektet da avdelingsleder på den aktuelle avdelingen valgte en ny til å delta i intervjuet ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Innenfor etisk forsvarlig forskningspraksis er kravet om å overholde fortrolighet, som innebærer at informantene har krav på at det innsamlede dataene blir behandlet fortrolig. For å sikre dette ble dataene anonymisert, ved at ingen informanter ble angitt med navn under intervjuene slik at dataene ikke kunne spores tilbake til informantene (Dalen, 2004), (Thagaard, 2010). Begrepet leder vil bli anvendt om hele ledelsesgruppen for å ivareta fortrolighet samt anonymiseringen til informantene. Lydfilene ble oppbevart uavhengig fra samtykkeskjemaene, som ble oppbevart på to uavhengige plasser innelåst bak to låsbare dører. Et vanskelig og etisk dilemma innenfor forskning når det kommer til anonymisering er at en skal holde identiteten skjult samt at en skal fremstå troverdig. Det er viktig at forfatterne vise stor fortrolighet til dataene.

De innsamlet data vil bli oppbevart utilgjengelig for andre enn forfatterne. Samtidig vil de personsensitive dataene bli slettet innen fem år.

3.4 Innsamling av materiale

Før oppstart av observasjonene og intervjuene ble det tatt kontakt med lederne på de respektive avdelingene. Her ble det gitt informasjon om prosjektets formål og metoden for innsamling av dataene. Lederne ble kontakt ved henholdsvis personlig oppmøte og telefonisk kontakt.

Innsamlingen av dataene foregikk over en tidsperiode på en uke (tirsdag t.o.m. mandag), og forfatterne var til stede i vaktskiftene på alle døgnets tre vaktskift. Det ble foretatt observasjoner som omhandlet når ansvarshavende planla neste vakt/døgn/uke, samt for å få

en innsikt i hvordan fordelingen av intensivsykepleiere og annen bemanning beregnes og omfordeles i ukedager og helg, når pasienters situasjon forverres, nye pasienter meldes eller ved sykefravær.

3.4.1 Innsamling av intervjumateriale

Det ble intervjuet leder, to intensivsykepleiere og en offentlig godkjent sykepleier som har erfaring med å være ansvarshavende fra hver avdeling. Intervjuene foregikk i et uforstyrret rom på avdelingene og ble foretatt på dagvakter i ukedagene. Under intervjusituasjonen er det viktig at intervjuer viser evne til å lytte og viser at man er genuint interessert i det informantene har å fortelle. En må fremstå på en slik måte at en viser anerkjennelse overfor informantene, både gjennom måten en stiller spørsmål på og måten en lytter på. Anerkjennelsen oppnås ved å vise interesse gjennom blikk, den nonverbale og verbale kommunikasjonen (Dalen, 2004). For å vise anerkjennelse overfor informantene var det bevissthet om blikkontakt, fullt fokus på informantene, lot seg ikke forstyrre og ga anerkjennende verbal og non-verbal kommunikasjon. Samtidig var det bevissthet om plassering i forhold til hverandre under intervjuet med tanke på det asymmetriske maktforholdet (Kvale & Brinkmann, 2010). Intervjuene varte fra ca. 30 – 70 min, og ble tatt opp på båndopptaker. Moderne forskningsintervju har en tendens til å bli svært lange og fylt med tomprat, det er derimot viktig å være bevisst på innhold og utførelse av intervjuet, ved at det er gjort et grundig forarbeid med forskningsspørsmålene for å kunne få korte innholdsrike intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2010). Innholdet i intervjuene var omfattende, da informantene snakket fritt rundt de fastsatte spørsmålene, noe som tyder på at dette var et tema som traff en nerve og som engasjerte informantene. Begge forfattere var til stede under intervjuene, hvor den ene hadde rolle som intervjuer og den andre som sekretær. Intervjuene ble foretatt tre til fire dager ut i observasjonsstudiet for å kunne stille supplerende spørsmål til de observerte situasjoner.

3.4.2 Transkribering

Etter innsamlingen av dataene ble intervjuene transkribert til tekst ved hjelp av transkripsjonsprogrammet NVivo12, da det ansås som et godt hjelpemiddel til å transkribere og håndtere store mengder data (Qrs international, 2019), (Dalen, 2004). Innsamlet materiale ble transkribert til tekst for lettere å bearbeide for analyse, og nedskrivning av intervjuene

ble foretatt korttid etter for å ivareta iakttagelser som ble gjort under intervjuet (Dalen, 2004), (Kvale & Brinkmann, 2010). Transkribering av intervjuene ble foretatt fortløpende kort tid etter intervjuene ble foretatt, slik at intervjuet fortsatt var i frisk erindring. Totalt ble ca. 120 timer brukt på de åtte intervjuene. Alt som ble sagt i intervjuene ble transkribert også “eee”, “mmm”, pauser, latter osv. Intervjuetekstene ble i flere omganger rettet og omgjort til skriftspråk før analysen ble påbegynt for å sikre at ingen betydelige sekvenser gikk tapt.

3.4.3 Innsamling av observasjonsmateriale

Deltakelsen i observasjonene var delvis grunnet at forfatterne ikke foretok de samme handlinger som de observerte. Bevissthet om at hvis det stod liv og helse i fare for pasienten måtte en bryte inn i situasjonen. Opplevelsen var at i flere situasjoner ble det spurt om det var mulig med dobbelkontroll av medisiner, hjelp til å finne aktuelt utstyr etc. I situasjonene ble det forklart at forfatterne foretok et observasjonsstudie og ikke var en del av bemanningen og så lenge det ikke stod mellom liv og helse ble det bevisst fravalgt å ikke delta for at unngå mistillit til dataene.

Samarbeid mellom forfatterne og informanter preges av nærhet og distanse, derfor er det viktig å bli kjent med hverandre for å forstå deres opplevelse i situasjonen. Forfatterne skaper en distanse i form av sin rolle som observatør, da informantens situasjon sees utenfra, ved at en kommer utenfra skapes en distanse da en ikke er en del av miljøet (Thagaard, 2010). Distansen mellom forfatterne og informanter oppleves mindre da det observeres i eget fagfelt, men at det er viktig å være bevisst om at denne distansen kan være ulike på de to avdelingene grunnet ulik kjennskap til avdelingene. Under innsamlingen av data ble det valgt å kle seg i uniform for å skape minst mulig distanse. Observasjonsstudie er en selektiv prosess hvor forfatterne avgjør hvilke situasjoner en ønsker å fokusere på under observasjonen (Thagaard, 2010). Under hele observasjonsstudiet må det tatt stilling til hvilke temaer en skal fokusere på, og tar da utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene. Observasjonene ble notert i et skjema, og i tillegg ble feltnotater nedskrevet i en notatbok.

3.5 Analyse av materiale

Innsamlede materiale fra de to medisinske intensivavdelinger fra observasjonene og intervjuene ble anonymisert. Analyseringen av transkriberte materiale ble først analysert av

forfatterne hver for seg, for så seinere analysere materialet sammen. Materialet ble senere gjennomgått sammen med veileder og i studentveiledningsseminarer for å kvalitetssikre metoden og øke troverdigheten på analysen av materialet. Intervjuene fra de to avdelinger ble analysert hver for seg, slik at intervjuene fra avdeling A ble transkribert og analysert ferdig først, for deretter å analysere avdeling B. De enkelte intervjuene ble analysert hver for seg frem til kodingen var utført, hvor de heretter ble analysert sammen for hver avdeling.

Til analysering av det innsamlede data er det anvendt Graneheim og Lundmans (2012, 2017) kvalitativ innholdsanalyse, som er en vitenskapelig metode. En god metode for å kunne håndtere store mengder tekst, og blir anvendt for å analysere mindre deler av en større tekst. Den anvendes innenfor flere vitenskaper, herunder sykepleievitenskap og fokus på tolkning av tekster. Grunnen til at denne metoden blir anvendt er at den kan benyttes på ulike tekster for at de kan tolkes på ulike nivåer (Graneheim & Lundman 2012, 2017).

Induktiv tilnærming ble anvendt, da dataene ble analysert for å få frem meninger og for å seinere analysere det opp imot valgt teori (Thagaard, 2010), (Graneheim & Lundman, 2012).

Innledningsvis ble intervjuene lyttet til av begge forfattere flere ganger for deretter å gå igjennom det transkriberte materiale sammen med intervjuene, for å sikre at alt innholdet av intervjuene ble nedskrevet så troverdig og tekstnært som mulig, samt for å få en oversikt over det transkriberte materiale forut for analysen. Det var her bevissthet om å beholde informantenes utsagn i det kondenserte meningsenhet, slik at informantenes meninger ikke gikk tapt når teksten ble endret fra talespråk til skriftspråk. Heretter ble materialet delt opp i meningsenheter, som er den meningsbærende del av en tekst og som hører sammen gjennom sitt innhold.

I følge Graneheim og Lundman (2012, 2017) er det viktig at meningsenhetene ikke blir for store eller for små, da store meningsenheter kan være vanskelig å håndtere, og for små meningsenheter kan resultere i en fragmentering som kan medfører at manifeste meninger går tapt. Meningsenhetene ble satt inn i en tabell for å få en bedre oversikt og lettere kunne omgjøre til kondenserte meningsenheter. Meningsenhetene ble videre kondensert til mindre meningsenheter. Videre er det viktig å holde seg tekstnært og troverdig mot informantenes utsagn for å sikre at viktige manifeste meninger ikke går tapt (Graneheim & Lundman, 2012). Som forfattere var vi tro mot det manifeste innholdet ved å unngå tolkning underveis

i analyseprosessen, samt å være bevisst på måten meningsenhetene ble kondensert, slik at ikke informantenes manifeste meninger gikk tapt.

Det ble videre laget en kode for hver kondensert meningsenhet, for å gjøre teksten lettere håndterlig uten at det sentrale innholdet forsvinner (Graneheim & Lundman, 2012).

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode
Ja, jeg må jo bare ta de folkene jeg har. Jeg har jo ikke annet valg enn det. ... Det er jo slik at en må jo bare ta det man har.	Jeg må ta de folkene jeg har, har ikke annet valg.	Må ta folkene jeg har.
Plutselig hvis du har litt for lite folk og for mange dårlige så blir de jo satt på ting så de ikke kan skikkelig.	Plutselig hvis du har for lite folk og mange dårlige, så blir de satt ting de ikke kan skikkelig.	For lite folk.
Egentlig så går det utover pasienten, for det er jo greit at en har den samme sykepleieren. Hvis de er sånn langtids så er det jo ganske så komplekse og mye å sette seg inn i hvis du er helt ny, men de blir jo utbrent hvis de skal ha de samme hele tiden også så det er litt vanskelig da.	Egentlig går det utover pasienten, for det er greit at den samme sykepleieren har langtids, da de er ganske komplekse. Men de blir utbrent hvis de skal ha den samme hele tiden	Kompleksitet og utbrenthet

Tabell 2: Eksempel analyseprosessen (for mer se vedlegg 8)

Når kodene ble til kategorier ble de satt inn i et nytt dokumenter, hvor alle kodene fra intervjuene fra den respektive avdelingen ble satt inn. For å få en oversikt over kodene som var naturlig å sammenfatte i kategorier ble det anvendt fargekoder. Kodene ble da omdannet til underkategorier og kategorier utfra hvilke fargekoder som hørte sammen. Da kategoriene var dannet ble det på nytt dannet nye fargekoder for hver kategori, for å koble kategorier sammen til og danne utgangspunkt for temaene. Det latente innholdet hvor en har større grad av fortolkning kom først frem i dannelsen av temaene (Graneheim & Lundman, 2012), (Graneheim, Lundman, & Lindgren, 2017).

3.6 Troverdighetskriterier

Formålet med å undersøke er å finne frem til ny kunnskap om en gitt problemstilling. I følge Graneheim og Lundman (2012, 2017) handler troverdigheten til funnene i studiet om hvorvidt forforståelsen til forfatterne har preget analysen av funnene. Til å belyse troverdigheten anvendes de vanligste begreper innenfor kvalitativ forskning: *Gyldighet*, *Pålitelighet* og *overførbarhet* (Graneheim & Lundman, 2012). Det vil i det følgende bli gitt en kort gjennomgang av begrepene for seinere å diskutere det ytterligere i metodediskusjon.

3.6.1 Gyldighet

Gyldigheten i et prosjekt handler om forskeren har valgt ut en metode som passer til prosjektets hensikt og formål (Graneheim & Lundman, 2012). Kvalitativ eksplorerende induktiv design ble valgt for å belyse meninger og synpunkter på intensivsykepleierkompetanse fremfor å kvantifisere hvordan ledere og ansvarshavende beregner, fordeler og anvender intensivsykepleierkompetanse i intensivavdelinger (Malterud, 2011). Samtidig anvendes semistrukturert intervju og deltakende observasjon for både å få frem meninger sammen med handlinger henhold til problemstillingen.

Kvalitativ innholdsanalyse har til formål å beskrive variasjoner (Graneheim & Lundman, 2012). I prosjektet er det inkludert både menn og kvinner på ulike alder med ulike nivå av kompetanse og erfaring. Disse er valgt ut med det formål og øke gyldigheten til prosjektet (Graneheim & Lundman, 2012).

3.6.2 Pålitelighet

I følge Graneheim og Lundman (2012) er påliteligheten i et prosjekt beskrivelsen av hvorfor det tilføres eller fravelges noe i prosjektet, herunder valg av informanter. I prosjektet er det valgt å inkludere alle ansvarshavende sykepleiere, herunder både intensivsykepleier og offentlig godkjente sykepleiere for å få så stor variasjon som mulig. Innsamlede data ble lest gjennom av begge forfattere og deler av analysen ble gjort hver for seg og andre deler sammen for å øke påliteligheten til funnene (Graneheim & Lundman, 2012), (Graneheim, Lundman, & Lindgren, 2017).

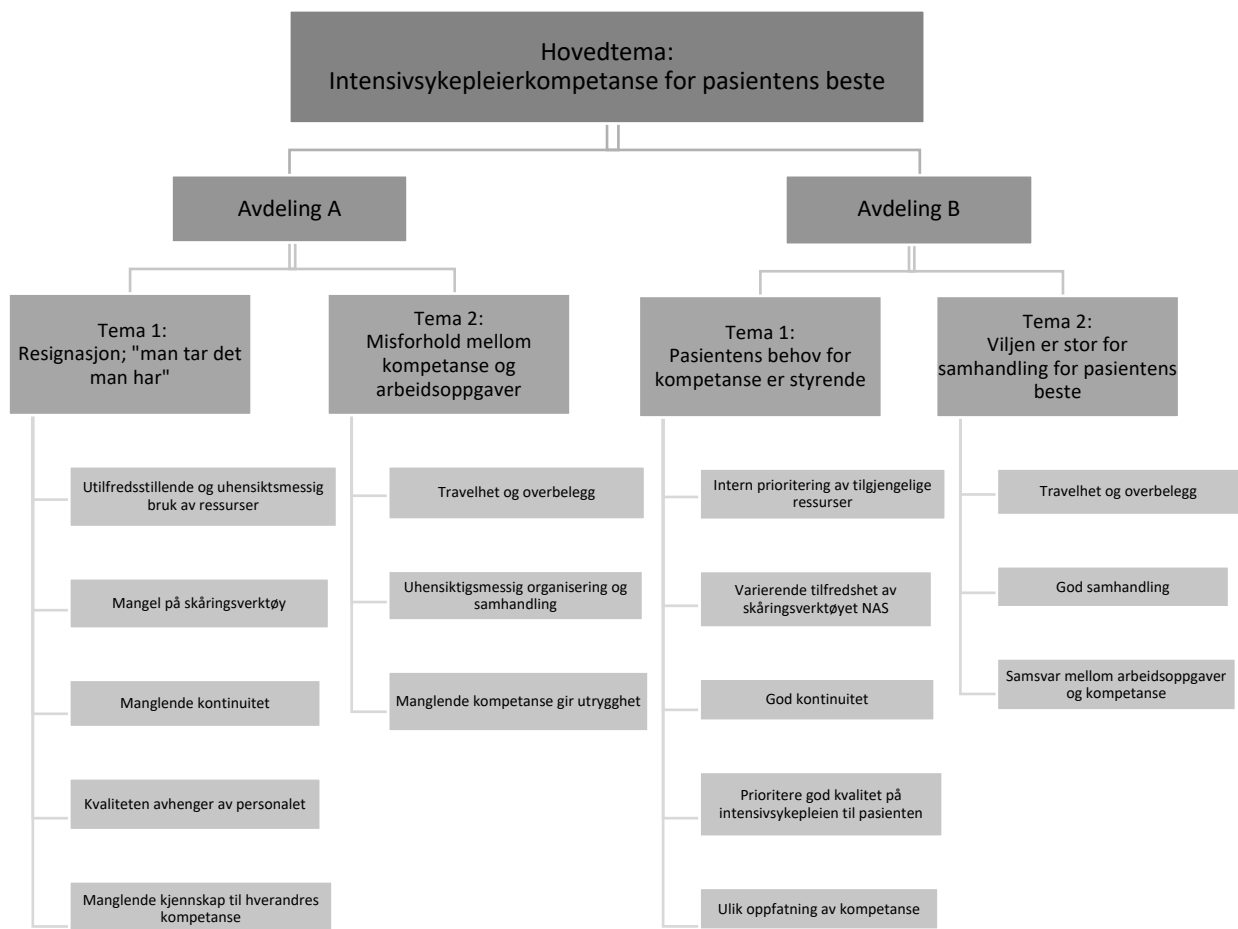
3.6.3 Overførbarhet

Om prosjektet kan overføres til andre avdelinger og sykehus avhenger om det er en god beskrivelse av utvalget, datainnsamlingen, analyseprosessen, samt beskrivelse av konteksten på de to avdelingene (Graneheim & Lundman, 2012), (Polit & Beck, 2012). Det avhenger av leseren om hvorvidt prosjektet kan overføres.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil funnene fra de to avdelingene bli presentert hver for seg og temaene presenteres hver for seg med utgangspunkt i de tilhørende kategoriene.

Gjennom Graneheim og Lundmans (2012) innholdsanalyse kom frem et hovedtema som sammenfatter begge avdelingene. Under hver avdeling fremkom to temaer som videre ble til mellom tre til fem kategorier. Øyeblikksbilder av avdelingene presenteres og avdekkes at det er et stort behov for å videreutvikle intensivsykepleierkompetansen på begge avdelinger. Hovedtemaet gjenspeiler ulikhetene ved at avdeling A har fokus på økonomisentrert pleie mens avdeling B har fokus på pasientsentret pleie. Det er viktig å presisere at intensivsykepleierne og sykepleierne ved avdelingene hadde et genuint ønske om å levere intensivsykepleie av høyeste kvaliteten til pasientens beste.



Matrise 1: oversikt over hovedtema, temaer og kategorier for de to medisinske intensivavdelinger

4.1 Avdeling A, tema 1: Resignasjon; “man tar det man har”

Temaet omhandler avdelingens behov for intensivsykepleier, hvor det kommer frem at avdelingens ledere og personalet fremstår som resignerte over mangelen på intensivsykepleierkompetanse. Resignasjonen resulterer i at ansvarshavende bare må «ta det man har» av personale for å imøtekomme pasientens behov.

4.1.1 Utilfredsstillende bemanning og uhensiktsmessig bruk av ressurser

Funnene viser at det er en utfordring med for lite intensivsykepleierkompetanse i grunnbemanningen.

“Det er 63,5 årsverk, 45 av dem er øremerket intensivsykepleiere(...) Ja, 45,75 for å være nøyaktige. Pr. nå har vi 23 årsverk dekket med intensivsykepleiere. Resten er da offentlig godkjente sykepleiere” (Leder, avdeling A).

I avdelingen var alle intensivsykepleierne ansatt i 100% fast stilling. Ledelsen har en forventning om at intensivsykepleierne skal ta ekstra vakter ved sykdom eller ved behov for ekstra bemanning. Vikarbyrå blir ikke anvendt ved behov for ekstra bemanning, da øverste ledelse har fokus på besparing og dermed ikke leier inn vikarbyrå. Dette kommer til uttrykk ved at avdelingen må bruke sitt eget personale til å dekke behovet ved sykdom og behov for ekstra bemanning og kan oppleves utfordrende og belastende for personalet, som kan medfører konsekvenser for både personale og pasienter;

“Må bare få dem en får tak i, for det er så mye sykdom. Folk begynner å bli trøtte pga. mye mas om å gå ekstra. Unge og nye tør ikke å si nei” (Intensivsykepleier 1, avdeling A).

“Jeg må ta de folkene ja har, har ikke annet valg” (Intensivsykepleier 3, avdeling A).

Flere av informantene skildrer å oppleve at de ofte må overgi seg for å få bemanningen til at gå opp, og at det er stor påkjenning på kroppen. Under observasjonene ble det observert at det var flere som gikk ekstravakter og ofte doble vakter.

“Folk ofrer seg hvis de ikke får inn noen “Javel jeg kan gå jeg”. Jeg har prøvd selv, men blir helt utbrent, så gjør ikke det. Det er ikke heldig for kroppen” (Intensivsykepleier 1, avdeling A).

Informantene ga uttrykk for under intervjuene var at avdelingen har en utilfredsstillende bemanning, som kom til uttrykk i flere former.

“Jeg ser hvis noen ringer syke på hvor mange sykepleier som er på jobb. Om det er noen hjelpepleier, de er en god ressursperson for oss i forhold til mat, stell og det de kan gjøre egentlig” (Sykepleier 1, avdeling A).

Flere av informantene skildret at hvis det var flere dårlige pasienter i avdelingen og mangel på intensivsykepleierkompetanse så plasserte de ansatte uten tilstrekkelig kompetanse.

“Plutselig hvis du har for lite folk å mange dårlige, så blir de satt på ting de ikke kan skikkelig” (Intensivsykepleier 3, avdeling A).

Avdelingen er ikke bemannet til å kunne ha 1:1 (sykepleier-pasient-ratio) i grunnbemanningen og ut fra den ordinære bemanningen skal avdelingen kunne ivareta en pasient med NIV behandling. Gjennom observasjonene viste det seg at avdelingen har mer enn en pasient med NIV behandling om gangen og sykepleieren ofte ble plassert på andre pasienter i tillegg til pasienten med NIV behandling. Det forekom ulike oppfatninger i avdelingen på hva en 1:1 pasienten egentlig var, og hvor mye denne pasienten krever av ressurser.

“1:1 er en pasient som trenger en sykepleier i mer enn to vakter kontinuerlig. Altså du må faktisk være der hele tiden” (Leder, avdeling A).

Variasjonen av tilgjengelig personale på ulike vakter, spesielt i helgene, har ført til lav intensivsykepleierkompetanse som en konsekvens av at avdelingen i perioder har hatt utfordringer med rekrutteringen.

“Veldig variabelt fra vaktskifte hva du har av personale” (Intensivsykepleier 3, avdeling A).

“Helgene hvis det er masse som kommer inn, og der er fullt, da er det vanskelig å få det til å gå opp” (Intensivsykepleier 1, avdeling A).

4.1.2 Mangel på skåringsverktøy

Avdelingen bruker i dag ikke noe skåringsverktøy for å kartlegge bemanningsbehovet og pleietyngden. Det kommer frem at de har et ønske og et behov for skåringsverktøy for å kunne dokumentere behovet for intensivsykepleierkompetanse.

“Det er jo det som er vanskelig å vurdere når vi ikke har noe instrument å måle det med(...) akkurat med pleietyngden kunne jeg tenke meg et instrument som helt tydelig dokumenterte hvilken type pasienter vi har og hvor krevende er de” (Leder, avdeling A).

4.1.3 Manglende kontinuitet

Avdelingen hadde en del utfordringer i forhold til plassering av personale, det var også vanskelig å få til kontinuitet for både ansatte og pasienten, som følge av at det var for lite intensivkompetanse og derved måtte kompetansen plasseres hos de pasienter som trengte den mest. Opplevelsen var at avdelingen ikke har et bevisst forhold til plasseringen av intensivsykepleierkompetansen, som gjør seg gjeldene både fra ledelsens side og fra de ansvarshavende som fordeler;

“Jeg reagere litt på når ledelsen setter intensivsykepleierne på ikke intensivpasienter. Det hører ikke hjemme” (Intensivsykepleier 1, avdeling A).

“Har gått på noen bommerter. Har satt opp folk som ikke har kunne Bipap fordi jeg trodde de hadde sertifisering” (Sykepleier 1, avdeling A).

Flere opplever det vanskelig å fordele de tilgjengelige ressursene de har og er bevisste om at kontinuitet er viktig, men for det ikke til.

“Må bare prøve å fordele så godt en kan, det er ikke alltid så enkelt” (Intensivsykepleier 1, avdelingen A).

“Ser på hva som er skjedd fra før og kompetansen, men det er ikke alltid det går opp. Men vi prøver” (Intensivsykepleier 2, avdeling A).

Funnene viser at det er en bevissthet om at kontinuitet er det beste for pasienten, men at de noen ganger må skyve denne til side for å ta vare på sine kollegaer.

“Egentlig går det utover pasienten, for det er greit at den samme sykepleieren har langtidsliggere, da de er komplekse. Men de blir utbrente hvis de skal ha den samme hele tiden” (Intensivsykepleier 1, avdelingen A).

4.1.4 Kvaliteten avhenger av personalet

Ansvarshavende er åpne om at det er stor variasjon på personalet med hensyn til hva den enkelte utøver, for å sikre at pasienten får den beste kvalitet som avhenger av personalet på jobb. Flere av informantene uttrykker at den beste kvalitet blir gitt, hvis intensivsykepleieren får tildelt de dårligste pasienter fremfor en offentlig godkjent sykepleier grunnet mer forståelse for den akutt kritisk syke pasient.

“Hvis det er en pasient som har ligget lenge, og det ikke er bestemt mye, så ser jeg på hvem som kommer på jobb med stor gjennomslagskraft, slik at det blir gjort noe

videre med pasienten(...) Prøver alltid å ta de sykeste pasientene til intensivsykepleier” (Intensivsykepleier 1, avdeling A).

For å bidra til at kvaliteten er tilfredsstillende i avdelingen er det viktig at ansvarshavende er bevisst på sin fordeling av erfaringen utover hele avdelingen, og ikke kun på det ene avsnittet. Som flere av informantene påpeker kan dette avhjelpe den ansvarshavende med spørsmål fra mindre erfarende sykepleier og intensivsykepleier, da det er en mer erfaren på avsnittet som kan hjelpe dem.

“De med mest erfaring skal få pasientene som krever mest og er mest utforende.. prøver også å fordele slik at det ikke bare er intensivsykepleier men begge typer for å få erfaring på begge avsnittene” (Sykepleier 1, avdeling A).

Funnene viser videre at det er variabel opplæring som følge av at avdelingen er i en presset situasjon med stor mangel på intensivsykepleierkompetanse, som medfører at den optimale opplæringen av intensivsykepleiere blir nedprioritert. En del usikkerhet fremstår i avdelingen om hva standarden for opplæring er for ny ansatte. Flere av informantene påpeker at det er varierende hvor mye opplæringen den enkelte får og hvor lenge opplæringen foregår, men at den har blitt bedre.

“Opplæringen er veldig variabel” (Intensivsykepleier 2, avdeling A).

“Hvor mye de nye sykepleierne får som starter her, hvor mange uker det vet jeg ikke” (Sykepleier 1, avdeling A).

For å standardisere opplæringen og heve kompetansen blant personalet er det forsøkt tiltak, som kompetanshevingsprosjektet og gjelder kun offentlig godkjente sykepleiere, og ikke nye intensivsykepleiere. Ledelsen har en holdning om at intensivsykepleiere som har tatt master eller videreutdanning i intensivsykepleie i tilknytning til det aktuelle sykehuset ikke har krav på opplæring på lik linje med andre. Begrunnelsen er at de har vært innom avdelingen i sitt studieforløp.

“Det som har vært utfordringen er nok at det hender at den intensivsykepleieren som begynner om sommeren forventer tre uker på sommeren som opplæring. Det gjør de ikke(...) Lar seg bare ikke gjøre midt i en ferie” (Leder, avdeling A).

4.1.5 Manglende kjennskap til hverandres kompetanse

Avdelingen har svært ulik kompetanse blant de ansatte da det jobber alt fra ferske offentlig godkjente sykepleiere til intensivsykepleiere med svært lang erfaring. Variasjonen i kompetansen gjør at ansvarshavende ikke har nok informasjon om hva de ulike ansatte kan. Som en informant beskriver det vil den manglende informasjon om de ansattes kompetanse gi en utrygghet for den ansvarshavende, og som det videre angis har det resultert i at de ansvarshavende har forventet at vedkommende har mer kompetanse. Dette har ført til at sykepleiere må ha pasienter de ikke er kompetente til å håndtere.

“Ikke stor kompetanse, og det der utryggheten er, og det er mest problematisk når en kjenner folk minst. De gir beskjed eller du oppdager(...) Du gjør litt om, men det kommer an på hva de står på for det kan variere. Det har absolutt hendt at vi har sagt “der er av og på knappen” (Intensivsykepleier 3, avdeling A).

Informantene skildrer forskjellene på kompetansen blant en offentlig godkjent sykepleier og en intensivsykepleier på følgende måte;

“De offentlig godkjente sykepleiere kan godt takle prosedyrer og alt for de lærer prosedyrer, men det er ikke alltid de forstår hvorfor. De forstår kanskje ikke mekanismen bak det så grundig(...) Lærer en helt annen måte å tilvenne deg pasienten, og du har en annen måte å sette deg inn i pasienten på når du har mer kompetanse” (Leder, avdeling A).

I avdelingen har de startet et kompetansehevingsprosjekt som har fokus på å heve kompetansen til de offentlig godkjente sykepleierne, som har ført til at intensivsykepleierne føler at deres kompetanse blir mindre vedsatt.

“De skal lære opp de vanlige sykepleierne, de er flinke, men da er det ikke noen vits med oss, da har de ikke bruk for oss(...) Tror det er for å spare penger, det er billigere å ha vanlige sykepleiere der oppe. Føler oss litt skvist som gruppe” (Intensivsykepleier 1, avdeling A).

4.2 Avdeling A, tema 2: Misforhold mellom kompetanse og arbeidsoppgaver

Funnene viser at de ansatte på avdelingen er avhengig av å stole på hverandre ved travelhet og overbelegg. Den ansvarshavende må stole blindt på de som er ute i avdelingen i situasjoner hvor det ikke er mulighet til å gå fra, som ved dårlige ustabile pasienter eller på vakter hvor ansvarshavende også har skopvakt i avdelingen.

4.2.1 Travelhet og overbelegg

Avdelingen er preget av mye travelhet. De ansatte sitter igjen med en følelse at de ikke strekke helt til, og det er viser seg at noen ansvarshavende har en oppfatning av ulik effektivisering blant personalet.

“Av og til er det ganske hektisk(...) Det er ganske spennende, men på det travleste så kjenner du “uff herre min” hvordan skal du få endene til å møtes” (Sykepleier 1, avdeling A).

Travelheten i avdelingen avhenger av stor pågang og gjennomstrømning av pasienter samt svært ofte overbelegg. Det hendte at det var korridorpasienter over en periode som strakk seg opp til en vakt til tross for at det ikke er plass, eller mulighet, for korridorpasienter på avdelingen da det regnes som en akuttavdeling.

“Som i sist uke så kom det pasienter som sto i gangen samtidig som de ble meldt. Det var klart de var dårlige så måtte man bare hive den andre pasient ut på gangen og så gikk det en stund så kom det en til så plutselig så lå det to pasienter på gangen. Det er klart hadde du hatt en ledig seng så kunne vi ha fått han inn på rommet og så kunne du roe ned alt, flytte og gjør klar til neste” (Leder, avdeling A).

Grunnet stor plassmangel måtte en plassere både menn og kvinner på samme rom som ble mottatt ulikt både fra personalet og fra pasientene.

“Det var en dårlig løsning, følt og gikk veldig utover pasientene. “Legge inn et kateter på en dame mens en mann kikker rett over”, det går ikke” (Intensivsykepleier 2, avdeling A).

“Jeg synes ikke det er et problem så lenge at de er oppegående, men det er ikke kjekt å legge inn en pleiepasient. For eksempel en dame inn med tre menn ... Jeg tror de synes det er veldig greit, damene syns det er kjekt når de kommer inn “Oooh menn her inne” og fikser seg” (Intensivsykepleier 1, avdeling A).

4.2.2 Uhensiktsmessig organisering og samhandling

Ansvarshavende opplever varierende samhandling og må ofte stole blindt på personalet, spesielt når det er svært hektisk i avdelingen. Konsekvensen av for lite bemanningen og intensivsykepleierkompetanse kan være at det kun er en intensivsykepleier på vakt. Dette hender spesielt på nattevakt hvor det ofte er lite kompetanse å ta av, og da må

intensivsykepleieren både ha ansvaret i avdelingen samt skopvakt. Ved skopvakt kan sykepleieren ikke gå ifra hvis det ikke er noen som kan sitte der kortvarig og derfor må man ofte stole på de andre på gulvet.

“Går tur i avdelingen og ser hvordan de er, ikke alltid enkelt på nettene og ingen kan sitte på skopet. Da sitter du der alene og “stock”, må stole på sykepleierne” (Intensivsykepleier 1, avdeling A).

Samtidig kan det være så stort trykk i avdelingen med pasienter at den ansvarshavende må få et overblikk over hvilke pasienter som er i avdelingen og hvem som kan gå ut og ansvarshavende må ta stilling til hvem som kan ta imot evt. ny pasient og hvor mye kompetanse krever det på en dårlig pasient eller kan det være nok med en ansatt uten spesialkompetanse.

“Pleier å spørre en spesialsykepleier, hvis jeg har ansvar om de kan hjelpe til når en sykepleier får ny pasient” (Intensivsykepleier 1, avdeling A).

Under observasjonene ble det observert at det ofte var den som var plassert på rommet pasienten skulle inn på som skulle ta imot pasient, og dermed var opplevelsen at det ikke var store overveielser i forhold til kompetansen, man valgte bare den som var tilgjengelig.

Informantene ga videre uttrykk under intervjuene at det kunne være utfordrende å ha ansvaret for plassering av personalet, når det ikke var mulig å tilfredsstille deres ønsker for plassering. De følte ofte at de ikke alltid ble hørt, og at andre ansatte ikke har forståelse for plasseringen, fordi de ikke har det fulle overblikk over pasienter og hvem som kan plasseres hvor.

“De får ønskene sine, jeg går hjem(...) jeg er ikke en slik person som stiller opp å snakker veldig høyt, så tenker “javel jeg skal hjem så det” (Intensivsykepleier 1, avdeling A).

4.2.3 Manglende kompetanse gir utrygghet

Informantene ga uttrykk for at det gir en trygghet når intensivsykepleierkompetansen var plassert på de dårligste pasienter, og derved var forsikret om at pasienten ble ivaretatt på en faglig forsvarlig måte.

“Jeg føler meg tryggere når noen er plassert der oppe for at pasienten blir ivaretatt på alle punkter(...) men jeg synes det er greit å vite at det er en intensivsykepleier

oppe på avsnittet som kan veilede siden det kommer alltid en del spørsmål” (Intensivsykepleier 1, avdeling A).

Videre var de også bevisst på at var det mer intensivsykepleierkompetanse å fordele, da ønsket de å plassere kompetansen ut på andre avsnitt for å sikre at flere pasienter ble ivaretatt på en tilfredsstillende måte, samt sikre at sykepleierne går hjem med en følelse av å strekke til.

“Hvis en skal springe fra avsnitt til avsnitt så blir det litt oppstykket, så føler jeg ikke at jeg får tatt meg skikkelig av pasienten” (Intensivsykepleier 1, avdeling A).

4.3 Avdeling B, tema 1: Pasientens behov for kompetanse er styrende

I følgende tema kommer det frem hvordan avdelingen anvender og hvordan de har økt intensivsykepleierkompetansen i avdelingen ved å ha bevissthet rundt ressursene. Dette har vært med til å øke fokus på pasientens behov.

4.3.1 Varierende bruk av tilgjengelige ressurser

Generelt oppfattes det som at det er god bemanningen i avdelingen, men har et mål om at grunnbemanningen skal ha større prosentandel av intensivsykepleiere. Alle intensivsykepleiere i avdelingen går primært i 100 % stilling med noen få frivillige unntak.

“Ved sist opptelling, for det varierer jo hele tiden etter hvem som gå inn og hvem som går ut, men vi hadde 57% intensivsykepleiere i desember(...) Det er alt for lavt mener vi, vi har jo ligget høyere. Vi har ikke fått erstattet alle som har gått ut som er intensivsykepleiere(...) Tenker at vi må legge oss på 75% da, i og med at det er så mange dårlige pasienter” (Leder, avdeling B).

Lederen uttaler at hun ikke kan ta ansvaret alene, men at lederne høyere opp i organisasjonen må ta stilling til utfordringen med lav prosentandel av intensivsykepleierkompetanse;

“Har utfordret sykehuset litt sentralt for jeg mener de bør mene noe sentralt om dette, det handler litt om at noen avdelinger der har de tradisjonelt sett hatt 100% dekning av intensivsykepleiere” (Leder, avdeling B).

Når dekningen er utilstrekkelig gjør avdelingen forskjellige tiltak for at dekke opp, som kan blant annet å stenge senger hvis avdelingen ikke er fullt, leie inn ekstra personale både eget og vikarer fra vikarbyråer eller trekker inn ressurspersoner, så som MTU-ansvarlig, fagsykepleier og ledere.

“Fra mitt syn er vi stort sett godt nok bemannet” (Sykepleier 1, avdeling B).

“Det hender vi ikke får dekket inn, og det hender at vi må stenge en seng fordi vi ikke har nok personal” (Intensivsykepleier 2, avdeling B).

Avdelingen har lagt seg på en standard om at det skal være 1:1 på alle pasientene for å sikre at pasientens liv og helse ikke står i fare.

“Det vil alltid være 1:1, vi legger ikke opp til at en sykepleier har to pasienter. Sånn var det tidligere på natt, men ikke lengre nå” (Intensivsykepleier 2, avdeling B).

Politikken i avdelingen er at det er greit å leie inn og at det er pasientens og personalets sikkerhet som er det viktigste.

“De er flinke til å leie inn når de vet det blir tungt for personalet, når det er for farlig for pasienten om det ikke er ekstra. Da ringes det” (Intensivsykepleier 1, avdeling B).

Lederen utaler videre at ved flere ubesatte stillinger er det behov for å leie inn, som i perioder ved for eksempel foreldrepermisjon, videreutdanning og tilretteleggelse av lavere stillingsprosent. For å få nok folk på jobb går eget personalet ekstra, men svært ofte så blir det brukt vikarbyråer for å dekke opp ledige vakter.

“Er det ubesatte stillinger bruker vi mye vikarer, er det ekstra ting som skjer i avdelingen som gjør at vi må styrke bemanningen(...) Jeg tenker det er en veldig god investering hvis en skal se på personalgruppen at de faktisk orker å være på jobb og stå i det” (Leder, avdeling B).

Ledelsen har en åpenhet rundt at ansvarshavende har myndighet og frie tøyler til å leie inn når de ser det er behov.

“Har ganske frie tøyler i helgene eller på vakttid når ledelsen ikke er her. Det er jo det å ha ansvarsvakt og være stedfortreder” (Intensivsykepleier 2, Avdeling B).

Avdelingen er videre bevisst på bruken av sine ressurser og har en moral om å få det til å fungere best med de ressursene man har og eventuelt sette inn tiltak som å blokkere plasser. Informantene uttaler at de foretrekker å ha flest mulige med intensivsykepleierkompetanse, men når dette ikke er mulig, gjøres det beste ut av situasjonen.

“En ønsker å ha flest mulig med intensivutdanning, men når vi ikke har det så fungere det” (Intensivsykepleier 1, avdeling B).

For å imøtekomme ønsket og behovet om intensivsykepleierkompetanse på vaktene hender det at noen må gå doble vakter, men for å skåne de ansatte bruker avdelingen ofte vikarer

fra vikarbyrå. Når det ikke er mulig å få tilstrekkelig med vikarer kompensere de ansatte med å gå doble vakter.

“Det vi viktigste er at det er nok folk på jobb til at man kan få gjort det man skal. Noen har veldig mange dobbelvakter på en kort periode, det er ikke helt bra” (Intensivsykepleier 2, avdeling B).

4.3.2 Varierende tilfredshet av skåringsverktøyet NAS

Avdelingen har et godt etablert skåringsverktøy som personalet er jevnt over godt fornøyde med. Flere uttaler at skåringsverktøyet er det beste de har hatt, mens andre synes det blir for abstrakt, men flere er enige i at skåringsverktøyet ikke er tilfredsstillende å bruke i det daglige til fordeling av bemanning.

“Jeg synes NAS er super jeg, kjempefint det er mye mer detaljert(...) jeg liker det verktøyet, hvert fall det beste vi har hatt hos oss så langt” (Intensivsykepleier 2, avdeling B).

“For å være helt ærlig så ser jeg den NAS-greiene blir så abstrakt at jeg har mer tro på å prate med de som er der og sånne ting” (Sykepleier 1, avdeling B).

Avdelingen har etter innføring av NAS fått flere stillinger, da avdelingen har klart å vise hvilken pasienttyngde de har. NAS viste videre at en pasient som ikke er intubert og ikke ligger på respirator krever like mye som en intubert pasient. Flere av informantene poengterte at ofte er pasientene mer krevende, da man må være hos de kontinuerlig for at sikre å pasienten fortsatt har frie luftveier, ikke tar av seg masken osv. Dette ble brukt som argumentasjon ved å vise at ikke-intuberte pasienter krever 1:1 for at intensivsykepleier kan utøve faglig forsvarlig sykepleie.

“Skåret NAS på begge avsnittene og da så vi NAS'en var mye høyere på B enn det tenkte. Det viste at det er intensivpasienter mange av dem, men de har ikke tube i halsen(...) Ser at de som ikke er definerte som intensivpasienter skårer nesten like høyt som de som er. Det hjalp oss at økonomene hadde noen tall å se på og det er ikke bare at dere klager over dere har mye å gjøre, men dere har faktisk noe å vise til” (Leder, avdeling B).

Ledelsen i avdelingen følte ofte at de måtte forklare overfor øverste ledelse, hva intensivpasienter var og hva det innebærer og krever for avdelingen å ha denne pasientkategori, både i forhold til økonomi og personaleresurser. Ledelsen uttrykte her at

NAS, som skåringsverktøy var en stor hjelp for å imøtekomme behovet samt møte større forståelse i lederlinjene.

“Måtte bruke det for å argumentere for de som sitter oppe over i lederlinjene(...) Vi føler ofte vi må oversette hva betyr sånn og sånn(...) NAS visste de ikke hva var, men det å ha noen tall å vise til, NAS sånn betyr at man skal bemanne sånn og sånn” (Leder, avdeling B).

4.3.3 God kontinuitet

Avdelingen er veldig opptatt av å fordele ut fra kontinuitet for pasienten. Flere av informantene vurderer at det er viktigere med god kontinuitet fremfor å fordele etter tittel, men oppleves ikke at det går på bekostning av kompetansen. God kontinuitet av pasienten sikrer en god kvalitet i behandlingen og pleien.

“Ser på hvem som kjenner pasienten og hvem som kommer på vakt fremover, spesielt på de dårlige og det er mye pårørendekontakt, prøver å få et team rundt dem(...) og du kanskje kan se de i pasientforløpet litt fremover” (Intensivsykepleier 1, avdeling B).

De ansvarshavende har et bevisst og gjennomtenkt forhold til hvordan de plasserer og omprioriterer ressursene, både i forhold til de ansattes læring og hva de føler seg trygge på.

“Når vi fordeler nye sykepleiere blir de satt på de pasientene de er trygge med” (Intensivsykepleier 1, avdeling B).

En god plan for helg og helligdager er noe avdelingen bruker mye tid på og er gjennomtenkt i forhold til behovet for å leie inne ekstra ressurser, ved å ta en kontinuerlig vurdering om det er behov for å bemanne opp til mer enn 1:1.

“Prøver å legge en plan for hele helgen og så opplever en veldig ofte at de må endres” (Leder, avdeling B).

Fokuset i avdelingen er rettet mot å omprioritere fremfor å nedprioritere fordi alle oppgaver skal gjøres, men det avhenger av når etter hva som brenner mest i avdelingen.

“Vi må nedprioritere eller omprioritere jeg liker bedre det uttrykket. Har noe med at man skal gjøre alt sammen etter hvert, men man må se hva er viktigst” (Intensivsykepleier 2, avdeling B).

4.3.4 Prioriterer god kvalitet på intensivsykepleien til pasienten

God kvalitet er noe avdelingen hele tiden prøver å tilstrebe. Generelt i avdelingen er det en oppfatning om at en heller leier inn en gang for mye enn en gang for lite, fordi sikkerheten er det viktigste. I avdelingen var det bevissthet om når prosentandelen av intensivsykepleiere gikk ned hadde betydning for pasientsikkerheten, da pasientene ikke får rett kompetanse.

“Det er også kvalitet og pasientsikkerhet(...) men når prosentandelen intensivsykepleiere går så pass mye ned så begynner en veldig på “scratch”. Det tar tid å få dem opp(...) Jeg mener absolutt at en kan jobbe som sykepleier på en intensivavdeling, men når andelen blir for høy så blir det for få som kan veilede og det gå ut over pasienten og intensivsykepleieren” (Leder, avdeling B).

Opplæringen har stort fokus i avdelingen. Når man blir ansatt i avdelingen begynner man med seks ukers opplæring på intensivpasientene uten respiratorbehandling, hvis du er sykepleier. Intensivsykepleier begynner på de stabile respiratorpasienter, og har også seks ukers opplæring. Avdelingen har utarbeidet et opplæringsprogram som er likt for alle for å sikre samme kompetanse til slutt.

“Selv om opplæringen er standardisert på en måte, så er der mulighet for å fokusere på mere av det du trenger. Så når man har vært igjennom den biten så er man ny, men vi vet de er gode for noe” (Sykepleier 1, avdeling B).

Ledelsen har argumentert med at det er viktigere å få opp intensivsykepleierkompetansen fremfor å holde på med intern opplæring, da dette er dyre fordi man må ta ut flere ressurser i avdelingen.

“Argumentere med at det er dyrt å drive intern opplæring av sykepleiere fordi de må gå på topp, og du må sette av fagsykepleiere og andre ressurser” (Leder, avdeling B).

I avdelingen er det rikelig med erfaring både godt erfarne intensivsykepleiere og offentlig godkjente sykepleiere, men nyutdannede offentlig godkjente sykepleiere ansettes ikke. Det er videre et fokus på at erfarne intensivsykepleiere skal få gå sammen for å få utvekslet erfaringer og meninger for å utvikle deres kompetanse.

“Flere som ønsker veiledning i hverdagen og de får gå sammen med fagsykepleier, så vi prøver” (Leder, avdelingen).

Når det skal fordeles pasienter ses ikke kun på kontinuitet og kompetanse, men også på erfaringen da det ofte krever en del erfaring ved akutte ustabile pasienter fordi det er flere oppgaver og tiltak som igangsettes.

“Har vi stansberedskapen så er det greit at det er en erfaren sykepleier til å ta imot pasienten for det er en kjede som settes i gang og mye som skal gjøres. Men det kan også være en ekstravakt som vi vet er erfaren og kjenner” (Intensivsykepleier 2, avdeling B).

4.3.5 Ulik oppfatning av kompetanse

Den måten intensivpasienter behandles i dag har gått gjennom en stor endring, så de er i dag i mye større grad våkne, og dermed er kravet for til intensivsykepleierkompetanse også i endring.

“Tenker at det er spesielt viktig nå som trenden er at mange av intensivpasientene er selvpustende i forhold til noen år siden(...) da jeg begynte her for noen år siden lå respiratorpasientene dypt sedert. Etter den akutte fasen var de lang tid på respirator og man skulle være forsiktige med å vekke dem. De var mindre arbeidsbelastende, de var lettere å gå ifra og hjelpe andre steder” (Leder, avdeling B).

Oppfatningen av kompetansen er ulik i avdelingen ut fra hvem du spør, om det er intensivsykepleiere eller offentlig godkjente sykepleier. Offentlig godkjente sykepleier uttaler seg at kompetansen ikke er forskjellig fra om en er utdannet intensivsykepleier eller om en er offentlig godkjent sykepleier som har gjennomgått opplæringsprogrammet i avdelingen.

“Kompetanse er ikke noe jeg tenker mer på utover at de har fått jobb her og vært gjennom samme opplæring, fagdage og simulatortreninger” (Sykepleier 1, avdeling B).

Informanten uttaler videre at kompetansen som intensivsykepleier har kan en opparbeides igjennom jobben, men at det kan tar flere år, og at intensivsykepleiere egentlig bare har tatt videreutdanning for å få en tittel.

“En nyutdannet intensivsykepleier med ikke så mye erfaring og så en sykepleier med 15 års erfaring både fra sengepost og fem-seks-syv års erfaring fra intensiv da er det ikke noen forskjell fordi kompetanse og opplæring, men det blir altså navnet, men da får man heller se på den jobben man gjør(...) Klarer å jobbe seg inn til det over en

periode, det tar nok litt mer tid å komme opp på samme nivå. Men hva er forskjellen mellom en dårlig intensivstudent og en god sykepleier da?” (Sykepleier 1, avdeling B).

Intensivsykepleierne hevder at etter en videreutdanning så har man en økt forståelse og en mer teoretisk bakgrunn. Informantene uttaler at sykepleierne kun kan ivareta de tekniske prosedyrer som de har fått opplæring i, men vet kanskje ikke grunnene og teorien bak valgene i prosedyren.

“For å si det kort vi jeg si kunnskap, kompetanse og mer forståelse for den kritisk syke pasienten(...) For noe ekstra når man har gått en videreutdanning, det ser vi, man får liksom mer “kjøtt på beinet”(…) Redde liv er det viktigste vi gjør, ABCDE” (Intensivsykepleier 2, avdeling B).

“En annen bevissthet rundt faget og rollen. Og litt i forhold til å svelge alt du får servert da, det er litt mer kritisk tenkning, har noen sagt det eller er det noe forskningen viser. Det mener jeg er et viktig løft” (Leder, avdeling B).

Til tross for at det både jobber sykepleiere og intensivsykepleiere tett med hverandre, og at begge kompetanse og erfaring verdsettes, er det fortsatt flere offentlig godkjente sykepleiere som føler seg mindreverdige og at de ikke verdsettes på samme måte som de med intensivsykepleierkompetanse.

“For noen av intensivsykepleierne så må vi vise oss verdige fordi de ser veldig ned på oss, som er vanlig sykepleier(...) Vedvarende problem på avdelingen er differensieringen mellom sykepleiere og intensivsykepleiere, det er jo noen som synes intensivsykepleiere er veldig relieff og vanlige sykepleiere da er du ikke noe mer” (Sykepleier 1, avdeling B).

Ledelsen på avdelingen er oppmerksomme på at flere ansatte kan føle seg mindreverdige, og at dette kan ha konsekvenser for å øke kompetansen deres.

“Hvis en går rundt og føler deg mindre dyktig eller mindre viktig enn andre så er det ikke gode omgivelser å vokse i så tør du ikke å spørre. Det er lettere å fremstille deg til du kan mer, blir vanskelig å stille dumme spørsmål” (Leder, avdeling B).

4.4 Avdeling B, tema 2: Viljen er stor for samhandling for pasientens beste

Funnene viser at de ansatte er flinke til å samhandle med hverandre når det er travel og spesielt når det skjer uforutsette akutsituasjoner eller mottak av ny pasient.

4.4.1 Travelhet og overbelegg

I avdelingen skildres det en travelhet ikke bare i pasientens kompleksitet men også det administrative rundt pasienten som tidkrevende. Det ene avsnittet i avdelingen er preget av mye utskiftning av pasienter, flere pasienter som kun blir liggende over en kort periode og dette kan på mange måter føles tidkrevende.

“Veldig mye inn og ut på de pasienten som ikke er kjempedårlige. Det har vært veldig arbeidskrevende(...) spesielt med dokumentasjonen det tar mer tid, det er kjempefint med elektroniske kurver når det fungerer og ikke har store problemer som nå” (Leder, avdeling B).

Det som oppleves som tidkrevende er ved undersøkelser utenfor avdelingen.

“Når du er på lang tur med en pasient som er ustabil bør en være to stykk. Det er ikke alltid vi får med lege, så det er personalekrevende” (Leder, avdeling B).

Overbelegg finnes sjeldent sted på avdeling, fordi avdelingen befinner seg på et stort sykehus er det som regel andre avdelinger å fordele pasientene til. Skjer det at det blir overbelegg er ledelsen veldig opptatt av å leie inn personale for at sikre at pasientens liv og helse ikke blir stillet i fare.

“Selvfølgelig en fordel med et stort sykehus med flere å spille på, hvis det er fullt så prøver man andre steder eller hvis det er fullt andre steder så prøver man her. Prøver ikke å ha overbelegg(...) skjer at vi har overbelegg, når vi vet om det så leier vi inn personale” (Leder, avdeling B).

4.4.2 God samhandling

Avdelingen er fysisk delt, og det resultere i at samhandlingen er redusert da de ikke har oversikt over hva som skjer i de forskjellige deler av avdelingen. Men på tross av dette så oppleves god samhandling i akutte situasjoner, ved veiledning, mottak av ny pasient etc. Fagutviklingssykepleierne går også selv hver sin helg, noe som gir en ressursperson i helgene til å rådføre seg med.

“Det er ikke alltid sann at de har ansvarsvakt når de er på jobb fordi de trenger også å jobbe med pasienten, men da er det en og rådfører seg med” (Leder, Avdeling B).

I avdelingen er det en stor åpenhet om å kontakte lederne hjemme, er i situasjoner hvor det skal treffes store avgjørelser eller hvis ansvarshavende står i diskusjoner, hvor de kunne ha bruk for en leder å rådføre seg med. Lederne ga samtidig uttrykk for at ved de enkelte episoder de var blitt ringet til, visste de at ansvarshavende virkelig trengte hjelp. Flere av lederne påpekte samtidig at de heller at ansvarshavende ringte for å kunne hjelpe i krevende situasjoner, fremfor å få beskjed på mandagen, og spesielt når ordningen ikke blir misbrukt blant personalet.

“Jeg vet når de ringer så trenger de virkelig hjelp, de fleste ganger så handler det om at de bare trenger et råd, så vi ønsker jo at folk skal ringe til oss hvis de trenger hjelp” (Leder, Avdeling B).

Samhandlingen i avdelingen oppleves samtidig som god grunnet stor vilje blant personalet til å hjelpe hverandre samt å lære bort, som flere uttrykker;

“Jeg synes hvert fall vi er flinke til å hjelpe hverandre og vi skal prøve mot en avdeling” (Intensivsykepleier 2, avdeling B).

Det også skulle gå den andre veien, slik at intensivsykepleierne skulle kunne spørre erfarne offentlig godkjente sykepleiere.

“Vil at det skal være slik at intensivsykepleiere kan gå og spørre om hjelp til en som ikke er intensivsykepleiere for de kan ha noe annet å bidra med” (Leder, avdeling B).

“Viljen til å hjelpe er veldig stor, vi ansvarsvakter er egentlig bare med og tar avgjørelsen på hvem som skal ut, og sier ikke noe mer om det for det blir gjort ingen krangler om at pasient skal ut eller ikke” (Sykepleier 1, avdeling B).

4.4.3 Samsvar mellom arbeidsoppgaver og kompetanse

Det virker som ha fokus på de ansattes trygghet er at det å viktig slik en tør og at si ifra. Samtidig er avdeling bevisste på at tryggheten skapes ved å ivareta de nyansatte, som gir en åpenhet om å formidle sine begrensninger, samt har ledelsen erfart at nyansatte ofte følte at de ble presset ut i utrygge situasjoner. Derfor skjermes nyansatte i mye større grad nå, den første tiden.

“Tror en er veldig åpen på at en tør å si ifra om hva en kan å ikke kan(...) Tror de fleste føler seg trygge når de har vært her en stund, man får den opplæringen man behøver” (Intensivsykepleier 1, avdeling B).

5.0 Diskusjon

I det følgende vil resultatene innledningsvis bli diskutert for så å diskutere styrker og svakheter ved metoden.

5.1 Diskusjon av resultater

Resultatene som ble presentert i avsnittet over vil bli diskutert opp imot teoretisk rammeverk, herunder Rasmussens teori (1997) og NSF's figur om faglig forsvarlighet (2018) som anvendes til å diskutere begge forskningsspørsmål for å belyse hvorvidt faglig forsvarlig sykepleie og kravet til minstestandarden er oppnådd. Diskusjonen vil ta utgangspunkt i forskningsspørsmålene og tema, som svarer på hver sitt forskningsmål, og se avdelingene opp imot hverandre for å kunne belyse hensikten; *å beskrive hvordan to medisinske intensivavdelinger planlegger, beregner og anvender sine intensivsykepleierresurser, og på hvilken måte pasientens behov for intensivsykepleierkompetanse legges til grunn for disse beregninger.*

5.1.1 Hvordan beregner og begrunner lederne og ansvarshavende avdelingenes behov for intensivsykepleierkompetanse?

Ut fra funnene viser det seg at begge avdelingene har utfordringer med å nå ønsket nivå av intensivsykepleierkompetanse i grunnbemanningen. Slik tallene viser i resultatavsnittet har begge avdelingene lavere prosentandel av intensivsykepleier enn ønsket. Dette er også et generelt problem i dagens helsevesen, hvor det er et stadig økende behov for intensivsykepleierkompetanse noe som også vil øke de kommende årene (Dolonen, 2017), (NSFLIS, 2015). Som det ser ut finnes det ingen minstestandard for hvor mange intensivsykepleier som skal være ansatt i den enkelte avdeling, men anbefalingen tar utgangspunkt i at det skal være nok intensivsykepleier ansatt i en avdeling slik at faglig forsvarlighet er ivaretatt, og at det er mulig å strebe etter kontinuitet for pasienten (NSFLIS, 2015). På avdeling A kan det tyde på at minstestandarden for bemanningen ikke helt er overholdt, da de ikke klarer å få til tilstrekkelig kontinuitet for pasienten. På den andre avdeling B får de til å imøtekomme tilstrekkelig kontinuitet for pasienten.

Ledelsen i avdelingene bestemmer hvem som kan være ansvarshavende. En konsekvens av at prosentandelen intensivsykepleiere er for lav kan en risikere at det er for lite

intensivsykepleierkompetanse i avdelingen, og at personale som ikke er kompetent blir plassert uhensiktsmessig som i rollen som ansvarshavende. Den lave prosentandelen av intensivsykepleiere kan gi negativ dynamikk i avdelingen, som gir uttrykk i uhensiktsmessig plassering. Om den ansvarshavende er utrygg i rollen grunnet lite erfaring og kompetanse innenfor intensivsykepleien, kan en risikere at det tas uhensiktsmessige valg som kan gi konsekvenser for pasienten og personalet og ende i en utilsiktet hendelse. Det kan tyde på at minstestandarden i figuren til NSF er overholdt, men at man er ute i en risikosone hvor det uforvarlige kan inntreffe, hvis det skjer større uforutsette hendelser enten utenfra eller innad i avdelingen, da kan det diskuteres om den ansvarshavende makter å opprettholde minstestandarden (Norsk sykepleierforbund, 2018). Som Rasmussen figur beskriver vil en uerfaren ansvarshavende med lite kompetanse i rollen ha en økt arbeidsbelastning og økt oppfattet erfart yteevne. Det tyder på at en uerfaren ansvarshavende beveger seg mer ute i periferien av risikosonen med fare for en utilsiktet hendelse (Rasmussen, 1997). Dermed kan det synes at når en uerfaren ansvarshavende, med lite intensivsykepleierkompetanse, blir plassert i denne rollen oppfyller avdelingen ikke sitt systemansvar for at forsvarligheten blir overholdt (Norsk sykepleierforbund, 2018). En feilplassering av personalet kan derved få konsekvenser for pasientens liv og helse.

Begge avdelinger har utfordringer med å nå ønskelig nivå av intensivsykepleierkompetanse som kan medføre økt arbeidsbelastning for de intensivsykepleier som jobber i avdelingen. Den økte arbeidsbelastning skjer fordi at intensivsykepleier ofte må gå ekstra vakter, og ha ansvar og veilede sykepleiere med mindre kompetanse i den akutte kritisk syke intensivpasient. Sett ut fra Rasmussens figur kan det tyde på at avdeling A er ute i en normalisering hvor mangelen på intensivsykepleierkompetanse er akseptert. Dermed er avdeling A i en risikosone for uønskede hendelser på bakgrunn av for lite intensivsykepleierkompetanse (Rasmussen, 1997), (Braute & Holmboe, 2015). En måte å motvirke normaliseringen på er å anvende et validert skåringsverktøy som NAS, slik at en får et bevisst forhold til samsvaret mellom pasienttyngden og tilgjengelig intensivsykepleierkompetanse. Dette kan underbygges av anbefalingen om bemanningsstandarder av norske intensivavdelinger, hvor det viser seg at det er store nasjonale ulikheter i måten intensivavdelinger organiseres og ledes på (NSFLIS, 2015). Dette kom også tydelig frem i funnene, hvor det kan tyder på at avdeling A er styrt av

økonomi, mens på avdeling B er pasientsentret styring mest dominerende. I følge Rasmussens figur kan det tyde på at når fokuset blir for stort på økonomi og innsparing beveger man seg i en risikosone for at det kan skjer en utilsiktet hendelse. Sykehuset som organisasjon skal ha forholdsregler for å beskytte personalet og avdelingen mot at det skjer større utilsiktet hendelse. Det kan diskuteres om sykehuset og avdelingen har oppfylt sitt systemansvar, da mangelen på intensivsykepleierkompetanse kan øke risikoen for uforsvarlighet (Norsk sykepleierforbund, 2018).

Funnene viser at systemansvaret ved avdeling B er oppfylt, da de har fått til flere stillinger ved å implementere NAS i avdelingen. Samtidig tyder på at det på avdeling A ikke er oppfylt. En årsak til dette kan være at implementering av NAS krever en del arbeide, som innebærer både opplæring og implementering. En annen årsak kan være at når nye tiltak, prosedyrer og rutiner skal implementeres kan det virke skremmende og nytt for personalet, og ofte en ekstra belastning i en allerede travel hverdag. For det tredje kan det være at avdelingen er styrt for mye av økonomi, og har ikke ressurser til å implementere NAS. Det tyder på at dette er en kortsiktig vurdering, da det har vist at NAS er et godt hjelpemiddel på langsikt til å få mer personale i avdelingen. Et lang siktet mål for å investere tid og ressurser i et validert skåringsverktøy som NAS kan gi gevinster i fremtiden som økt kvalitet i pleien til pasienten, økt fokus på rett kompetanse til rett pasient, og en økonomisk fortjeneste, liggedøgn, infeksjoner og sykemeldinger blant personalet kan bli redusert. Til tross for at NAS er det mest validerte og anbefalte verktøyet har det sine utfordringer, som informantene på avdeling B uttalte er det for et abstrakt og uoversiktlig verktøy til bruk for å fordele bemanningen i det daglige for ansvarshavende sykepleier.

Flere av informantene hevder at måten en “driver” en intensivavdeling har endret seg gjennom tiden. Intensivpasientene i dag er mer komplekse ved at det er mer utstyr og at tendensen blant intensivpasienter er at de skal være mer “våkne” fremfor tidligere. Intensivavdelinger i Norge er også preget av at intensivsykepleierne gjør det meste fra stell til avanserte prosedyrer, mens det i andre land er mye mer hjelpepersonell (Stafseth, Solms, & Bredal, 2011). Derfor kan NAS som skåringsverktøy på mange måter bidra med å avdekke behovet for intensivsykepleierkompetanse. På avdeling A kan det se ut til at feil handlinger blir roset og at de har mistet gnisten, som kan skyldes latskap, usikkerhet og manglende

kompetanse. Dette handler mye om ledelsen som bestemmer hvilke handlinger det blir gjort i avdelingen.

Funnene viser at NAS kunne øke bemanningen i avdeling B slik det oppnås en minstestandard ved at alle pasientene skal ha 1:1. I motsetning er det på avdeling A noe varierende hvilke pasienter som har 1:1, her er det mer avhengig av hvilke ressurser og kompetanse som er tilgjengelig på den aktuelle vekten. Grunnbemanningen legger ikke til rette for at pasienter skal ha 1:1, og man skal i grunnbemanningen kunne ivareta for eksempel en pasient med NIV behandling eller en ustabil pasient med sepsis som har behov for avansert medikamentell behandling uten ekstra personale. Det blir uttalt på avdelingen A at en 1:1 pasient er en pasient som har behov for en sykepleier i mer enn to vakter kontinuerlig. Her kan det da diskuteres hvorvidt en pasient med NIV behandling er en pasient som trenger kontinuerlig overvåkning eller ikke. Ut fra anbefalingen fra NSF og tabellen til NAS bør pasienten ha 1:1, når pasient har en skår mellom 50-80 som tilsvarer en intensivsykepleier pr vakt (NSFLIS, 2015), (Stafseth & Solms, 2014). Dermed kan det tyde på at en pasient som ligger på avdeling A og B vil falle inn under denne kategorien, da hovedvekten av deres pasientkategori vil befinne seg på en slik skår.

Avdeling B forsøker å holde seg innenfor minstestandarden ved å gjøre ulike tiltak for å opprettholde kompetansen på de ulike vaktene ved å ta i bruk og leie inn ressurser både fra vikarbyrå og fra eget personal i form av dobbelvakter. På denne måten klarer de å opprettholde sitt systemansvar og holder seg innenfor en god praksis. Avdeling B har som mål at det skal være nok intensivsykepleierkompetanse på hver vakt. I motsetning kan det tyde på at de har større utfordringer på avdelingen A med å få dekket vaktene opp med tilstrekkelige intensivsykepleierkompetanse. Ulikhetene på de to avdelingene er at avdeling A ikke har lov til å leie inn intensivsykepleiere fra vikarbyrå, bestemt fra øverste ledelse i organisasjonen. På avdeling B er normen at en leier inn. Ved at det leies inn kan man høyne nivået av kompetanse i avdelingen, og sikre at hele pasienten er ivaretatt. Sett ut fra figuren til NSF om faglig forsvarlighet kan en på mange måter oppnå kravet til faglig forsvarlighet, fordi avdeling B leier inn og imøtekommer behovet for intensivsykepleierkompetanse, slik at det kan antas at de holder seg innenfor god praksis. På avdeling A kan det derimot tyde på at de beveger seg ute i en risikosone som resulterer ut i uforsvarlig yrkesutøvelse og

uforsvarlig tjenestetilbud, da de er styrt av sykehusets ledelse og drift. Grunnen til at de beveger seg i risikozonen er at de ikke oppfyller kravet om faglig kompetent personale, og de ulike myndighetskrav (Norsk sykepleierforbund, 2018). Det kan dermed konkluderes, sett ut fra figuren til NSF at avdeling A beveger seg ut mot uforsvarlighetsgrensen, da avdelingen ikke evner å overholde kravet om faglig forsvarlighet jf. Helsepersonelloven §16 og §4 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018), (Norsk sykepleierforbund, 2018).

Avdeling A er bevisste på sin mangel på intensivsykepleierkompetanse, og har forsøkt ulike metoder for å øke intensivsykepleierkompetansen men har i en lengre periode hatt vanskelighet med rekruttering. Det er blitt forsøkt å øke rekrutteringen ved å sette i gang tiltak som betalt lønn under videreutdanning, forsøkt å motivere sykepleiere til å ta videreutdanning med traineestillinger og kompetansehevingsprosjektet for offentlig godkjente sykepleiere. Vanskelig rekruttering kan forverre bemanningen og kompetansen i avdelingen og bidra til en normalisering, som gjør at avdelingen kan ende opp med utilsiktet hendelser grunnet uforsvarlig drift. På den andre side har fokuset på å løfte de offentlige godkjente sykepleiere gått på bekostning av de ansatte intensivsykepleiere i avdeling A. Funnene over viser at føler de seg tilsidesatt og ikke verdsatt som gruppe. En konsekvens av dette kan være at intensivsykepleierne søker andre intensivavdelinger hvor de kan bli verdsatt, som resulterer i et enda større behov for intensivsykepleierkompetanse. Det kan diskuteres om den lave prosentandel av intensivsykepleierkompetanse i en avdeling kan hemme videre utvikling og kompetanse blant personalet. For slik som NSFLIS sin funksjons- og ansvarsbeskrivelse og som Helsepersonelloven §4 påpeker skal intensivsykepleieren holde seg faglig oppdatert og strebe etter utvikling av ny kunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2018), (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Dette blir vanskelig når intensivsykepleieren hele tiden skal bruke tid på å lære opp og veilede andre opp på et akseptabelt kompetansenivå.

I motsetning kan også sykepleieren føle seg mindre verdsatt av intensivsykepleiere, da de ikke føler at de har nok kompetanse i forhold til det som forventes av dem. På den ene side kan man påstå at når man jobber på en intensivavdeling så er det en forventning om at en har høyere kompetanse enn på sengepost (NSFLIS, 2015). På den andre side kan forventningen ikke imøtekommes grunnet utilstrekkelig opplæringsystem, som sikrer at nyansatte får den nødvendige kompetanse som forventes. Det er derfor viktig at avdelingen

er bevisst på differensieringen mellom sykepleiere og intensivsykepleieren for å sikre et godt arbeidsmiljø og pasientens liv og helse. Avdelingen sikrer også at personalet tør å si fra, når de er inkompetente på et område, samt sikre seg faglig forsvarlig yrkesutøvelse og at systemansvar er ivaretatt. Avdeling B har en formening om at en kan gjøre alt uavhengig av tittel, men at det avhenger av erfaring og kompetanse hvilke pasienter du blir tildelt. Ved å anerkjenne denne formeningen at det akseptabelt for en intensivavdeling, er man da på vei ut i en normalisering om at en offentlig godkjent sykepleier kan gjøre en like god jobb som intensivsykepleier med videreutdanning eller mastergrad? Kan dette ikke bidra med at spesialkompetansen til intensivsykepleierne ikke blir verdsatt og anerkjent? Hvorfor ønsker en å ha en minstestandard hvor offentlig godkjente sykepleiere gjør jobben til intensivsykepleierne, når en bør holde seg innenfor god praksis, som er at majoriteten av personalet på en intensivavdeling faktisk er intensivsykepleiere. Hvorfor skal vi nøye oss med noe mindre enn dette? Ut fra NSFLIS sin bemanningsstandard (2015) skal en bemanne en intensivavdeling på følgende måte: *“Alle sykepleiere i intensivenheter skal ha videreutdanning eller master i intensivsykepleie med minimum 90 studiepoeng. Sykepleiere på postoperative og medisinske overvåkingsenheter skal ha videreutdanning eller master i intensivsykepleie”*. Bør en ikke være bevisst på kompetanseløftet mellom offentlig godkjent sykepleiere og intensivsykepleiere?

5.1.2 Hvordan begrunner ledere og ansvarshavende intensivsykepleiere pasientens behov for intensivsykepleierkompetanse når plutselig endringer skjer?

Funnene viser at økt travelhet i avdelingen A kan komme som en konsekvens av for lite personale, samtidig som flere må gå doble vakter da det er vanskelig å få tak i personal til neste vakt. Flere av informantene uttaler at det kan resultere i at folk blir syke, stresset og at det generelt ikke er bra for kroppen. Flere føler at de må overgi seg å ta ekstra vakter og dobbelvakter, som de ikke er komfortable med grunnet mangel på personalet. Dette kan igjen resultere i at personalet på avdeling A blir utbrent og det blir langtidssykemelinger. På avdeling A kan det synes som at en har kortsiktig tenkning hvor en hurtig løsning er det som er hovedfokuset. Det kan tyde på at avdeling B har en mer langsiktig tenkning om bruken av personalet til ekstra vakter, da de anvender vikarbyrå for å skåne eget personale. Sett i forhold til Rasmussens figur kan dette resultere i at det skjer en økt arbeidsbelastning for den enkelte på jobb, samt hele personalgruppen. Personalet kan over kortere periode, som for eksempel vintermånedene hvor det er generelt mer sykdom og derved en travlere periode

akseptere en økt arbeidsbelastning. Men hvis personalet skal gå i en lengere periode, og med en uvisshet om når det blir bedre, strekkes gradvis grensen for hva som er akseptabel yteevne. En normalisering av hva som er akseptabel yteevne skjer, men når normaliseringen blir for stor kan det resultere i en utilsiktet hendelse. Grensen for hvor travelt og hvor lite personale man kan ha over en periode kan diskuteres, men som det viser i resultatene kan det kan det tyde på at avdelingen As grensen er nådd (Rasmussen, 1997). Flere uttaler seg: *“Jeg tar bare det jeg har, har ikke så mange andre valg”*. Dette kan tyde på at flere har resignert over at det er for lite bemanning og travelhet på jobb. I motsetning skjer det ikke en normalisering på B, da de har fått flere stillinger i grunnbemanningen, samt leier inn ved behov for ekstra personale, som gjør at gradientene ikke strekker seg ut mot grensene (Rasmussen, 1997).

Sett ut fra NSF sin figur kan dette utdypes videre med at normaliseringen som er i avdeling A kan føre til at en beveger seg lengre ut i risikozonen mot uforsvarlig yrkesutøvelse og uforsvarlig tjenestetilbud. Den enkelte intensivsykepleier klarer dermed ikke å overholde sitt individuelle ansvar som en konsekvens av for høy arbeidsbelastning (Norsk sykepleierforbund, 2018), (Rasmussen, 1997). Dette kan for eksempel innebære at intensivsykepleieren bevisst nedprioriterer oppgaver som kan sette pasientens liv og helse i fare, eller forlenge pasientens opphold på intensivavdelingen. Til forskjell beveger avdeling B seg innenfor god praksis da de evner å holde en god kompetanse og faglig standard og de er videre bevisste på å overholde aktuell lovgivning med tanke på å innleie og dobbelvakter.

Ut fra funnene forekom overbelegg på begge avdelingene, men i større grad på avdeling A enn på avdeling B. Dette kan skyldes den geografiske plassering i landet, hvor avdeling B har flere intensivavdelinger i nærheten som kan deles på pasientene og avdeling A må ta imot alle pasientene. Grunnet overbelegget må den ansvarshavende ofte prioritere eller omprioritere bemanningen. Funnene viste videre at overbelegget på avdeling A kunne resultere i at det ble plassert menn og damer sammen pga. manglende overvåkningsplass. Angående dette var det ulike meninger, hvor flertallet ikke syntes dette var i orden, men at de var et nødvendig tiltak pga. plassmangel. Ut fra modellen til NSF kan det diskuteres om det å plassere begge kjønn på samme rom er i risikozonen for uforsvarlig tjenestetilbud, eller om det kun kan regnes som uetisk. På den ene side kan det være uforsvarlig, da det skjer en overtredelse av de yrkesetiske retningslinjer, men på andre siden kan det argumenteres med

at hvis pasienten ikke plasseres på denne her, da er det også uforvarlig fordi pasienten ikke får den nødvendige helsehjelp som de har krav på (Norsk sykepleierforbund, 2018). Videre kunne overbelegget resultere i at det ble nødvendig å overflytte pasienter til andre sykehus, men det forekom sjelden.

Begge avdelingene fremsto som travle, og de så tilsynelatende ut til å håndtere travelheten ulikt. På avdeling A var det mye usikkerhet rundt hvem en kunne spørre om hjelp, grunnet utilstrekkelig med intensivsykepleierkompetanse på de ulike vaktene. Dette kom også til uttrykk når det plutselig skjedde uforutsette hendelser eller akutte situasjoner, fordi det kom synlig frem at det var mangel på kompetanse og beredskap på den aktuelle vekten. På den andre side var det på avdeling B også til tider svært travelt, her kom det i akutt situasjonene frem hvor mange ressurspersoner avdelingen hadde å spille på. Lederne var flinke til å ta i et tak, men var åpne om sine begrensinger i forhold til hva de kunne hjelpe med. Noen av ressurspersonene som ble tatt i bruk var MIS'en, som egentlig er en ressurs som deles på flere avdelinger. Ved å ta i bruk denne ressursen kan konsekvensen bli at pasientene og personalet ute på sengeposten ikke får den nødvendige helsehjelp i tide, og derved ender pasienten som intensivpasient. Noe som igjen kan øke travelheten og overbelegget ytterligere. Ut fra Rasmussen figur kan dette resultere i at det kan skje en utilsiktet hendelse, da det skjer en normalisering av hva som er akseptabelt overbelegg og travelhet, som medfører at det ikke er mulig å opprettholde beredskapen for nye pasienter på et høyt kvalitetsnivå (Rasmussen, 1997). Det kan føre til at pasienter fra andre sengeposter og nyankomne pasienter i avdelingen ikke får den nødvendige helsehjelp, som de er berettiget til jf Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Avdelingen og sykehuset legger derfor ikke til rette for at den faglig forsvarlighet og tjenestetilbud blir overholdt (Norsk sykepleierforbund, 2018), (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

For at en skal få til en tilfredsstillende prioritering og omprioritering kan samhandling være en avgjørende faktor for å få det til på en hensiktsmessig eller uhensiktsmessig måte. Begge avdelingene hadde samhandling i varierende grad. På avdeling A var det noe varierende samhandling, som en konsekvens av den til tider lave bemanningen og travelheten i avdelingen måtte ansvarshavende til tider stole blindt på dem som var ute i avdelingen. Konsekvensen av dette var da at ansvarshavende måtte ta ulike avgjørelser uten selv å ha sett pasienten som hun skulle ta avgjørelser angående. Både overbelegg og travelhet gjør det

vanskelig å samhandle. Ut fra funnene våre observerte vi at avdeling A samhandlet godt i akutte eller uforutsette situasjoner med det resultat at andre pasienter lå alene uten oppsyn. Ansvarshavende må derfor være i stand til å kunne ta de viktige krevende avgjørelsene og omprioritere, hvis det skjer uforutsette hendelser eller sykdom med behov for ekstra ressurser. Vanskelige prioriteringer og omprioriteringer, som ansvarshavende står overfor, kan ha sitt utspring i at det er overbelegg i avdelingen.

Kvaliteten i de to avdelingene var noe varierende, på avdeling A var kvaliteten pasientene fikk på den enkelte vakt veldig avhengig av personale som var på jobb den aktuelle vekten, som en konsekvens av at det ikke er nok intensivsykepleierkompetanse på avdelingen. Noen vakter kunne en ende ut med å kun ha en intensivsykepleier tilgjengelig på avdelingen. På avdeling B visste seg at det var noe varierende kvalitet når andelen av intensivsykepleierkompetanse var for lav. Dette gikk utover kvaliteten til intensivpasienten, samtidig som det ble vanskeligere for intensivsykepleier å veilede. Den manglende bemanning av intensivsykepleierkompetanse kan ha betydning for ivaretagelsen av pasienten. På avdelingen A kan det tyde på at kvaliteten i pasientpleien og -behandlingen ikke imøtekommes og derved er mindre enn på B, da de har større utfordringer med manglende intensivsykepleierkompetanse. Dette kan underbygges av NSF sin bemanningsstandard for intensivvirksomhet (2015), hvor det fremkommer at for å oppnå best mulig kvalitet må det være tilstrekkelig med intensivsykepleierkompetanse. Sett ut fra figuren til NSF kan det tyde på at avdelingens kvalitet til pasienten er tilfeldig og avhengig av ressursene som er tilgjengelig. Noe som kan føre til at flere vakter i uken vil holde seg på minstestandard hvor det kan være hårfin margin før en går over til det som er uforvarselig (Norsk sykepleierforbund, 2018). Det kan diskuteres om det er akseptabel at det er tilfeldigheter som avgjør hvor intensivsykepleierkompetansen plasseres, og ikke i forhold til pasientens behov. På den ene siden kan det argumenteres med at dette ikke er akseptabel kvalitet, da pasientens liv og helse kan stå i fare. På den andre side kan det argumenteres med alle har rett til lik behandling, og derved har en ikke mer rett til intensivsykepleierkompetansen enn en annen. Slik som det er i dag, må det prioriteres hvem av pasienten som skal ha den rett kompetanse til tid og sted. For det tredje kan det argumenteres med at alle pasienten som plasser på en intensivavdeling er ustabile og har et økt behov for overvåkning i pleie og behandling, slik at det er nødvendig med intensivsykepleierkompetanse for å kunne ivareta og imøtekomme den akutte kritisk syke

intensivpasients behov (Norsk sykepleierforbund, 2018), (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Intensivsykepleieren må ofte omprioritere for å kunne redde liv, men når nedprioritering blir en akseptabel adferd er man i en normalisering. Ved fravær av tilfredsstillende intensivsykepleierkompetanse strekkes samtlige grenser i Rasmussens figur som medfører at det vil forekomme økende fravær av kontinuitet, som kan resultere i en utilsiktet hendelse med skade på pasienten eller i ytterste konsekvens mors (Rasmussen, 1997).

Ved å sikre at seg det er tilstrekkelig intensivsykepleierkompetanse i avdelingen er det lettere å plassere rett kompetanse på rett sted. Funnene fra avdeling A viser at de har en utilfredsstillende plassering av sine tilgjengelige ressurser, men det var bevissthet rundt viktigheten av kontinuiteten som de fant det vanskelig å gjennomføre. På den andre side kan det ut fra funnene på avdeling B tyde på at de har tilfredsstillende plassering, da plasseringen av den enkelte sykepleiere ble tilsynelatende nøye gjennomtenkt for å sikre god kontinuitet for pasienten. Ved å sikre god kontinuitet sikres det også god kvalitet i behandling og pleien av pasienten, da intensivsykepleier er kjent og bevisst på pasientens og de pårørendes behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012), (Lakanmaa, et al., 2013). Fravær av kontinuitet kan for pasienten og personalet virke som en stor påkjenning ved at de hele tiden må starte på nytt, og det kan samtidig fører til at det er tiltak som ikke iverksettes og feil behandling. Dette kan føre til store konsekvenser for pasienten som lengere innleggelsestid (NSFLIS, 2015), (Dolonen, 2017). På den andre side kan en god kontinuitet over lengere tid hos en komplisert langliggende pasient fører til at personalet blir utbrent, samt den kontrollen som er ved hvert vaktskifte mistes og man kan derved miste overblikket over pasienten. For det tredje kan det også være ulemper med kontinuitet ved dobbelvakter, hvor man har samme pasient, da dette kan det gi dårligere pleie og behandling fordi det blir iverksatt mindre tiltak grunnet trøtthet og utmattelse.

Som en konsekvens av at det ikke er rett kompetanse til rett tid på rett sted kan føre til at pasientene ikke blir i varetatt tilstrekkelig på alle punkter. Dette kan da videre gi økt kostnader og forlenget liggetid og ventilatorassosierte pneumonier, fordi pasienten ikke har hatt 1:1 (NSFLIS, 2015), (Dolonen, 2017). På de andre side kan en derfor tenke seg at avdeling A tenker kortsiktig, bare dag for dag, mens det kan tenkes at hadde en et bredere

syn kunne en sett at avdelingen i det lange løpet kan vinne på å bruke de ekstra kostnadene for å få opp intensivkompetansen. Dette kunne fort vært inntjent ekstra sykepleierstillinger ved å unngå ekstra liggedøgn på intensivavdelingen eller at pasienten blir snudd i tide, samt mindre sykefravær blant personalet grunnet bedre bemanning og arbeidsforhold.

5.2 Diskusjon av metode

Metodediskusjonen tar utgangspunkt i troverdighetskriteriene til Graneheim og Lundman (2017), prosjektets troverdighet avhenger om den har oppfylt kriteriene innenfor *gyldighet*, *pålitelighet* og *overførbarhet*.

5.2.1 Gyldighet og pålitelighet

I prosjektet var utfordringen at det var en langvarig og tidkrevende prosess å få innpass i de to sykehusene, dette grunnet ny Personvernforskrift (Justis- og beredskapsdepartementet, 2018) som medførte uklarheter i søkeprosessen. Lederne på de respektive avdelingene inkluderte informanter til prosjektet ut fra inklusjons- og eksklusjonskriterier for å sikre et hensiktsmessig utvalg. De var kjent med hvem som var på jobb av ansvarshavende i perioden datainnsamlingen fant sted for å styrke gyldigheten. Av de inkluderte informantene var det en som valgte å trekke seg grunnet personlige årsaker. Det medførte ingen konsekvenser for prosjektet, da lederen valgte ut en ny informant. Variasjonen i utvalgets alder, kjønn, erfaring og kompetanse er med på å styrke gyldigheten til de innsamlede dataene. På bakgrunn av dette ble det også inkludert både intensivsykepleiere og offentlig godkjente sykepleiere.

Antallet informanter anses tilstrekkelig da det etter åtte informanter var oppnådd en metning og styrke i innholdet fra intervjuene til å belyse hensikten (Malterud, Siersma, & Guassora, 2016), (Graneheim, Lundman, & Lindgren, 2017).

Det å forske på eget fagfelt kan skape utfordringer som gjør at en må være ekstra bevisst sin egen forforståelse. Samtidig er det viktig å være bevisst ikke å motargumentere informantene ved eventuelle uenigheter. Kvaliteten og troverdigheten på prosjektet styrkes ved å være bevisst sin egen forforståelse og synspunkter (Polit & Beck, 2012). I prosjektet ble det valgt å benytte både intervju og observasjoner for å oppnå større innsikt og forståelse i handlinger, erfaringer til informantene samt deres reaksjoner på handlingene for å belyse hensikten best og dermed kunne benytte våre erfaringer herfra til å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål for å få informantene til å reflektere ytterligere, noe som bidro til å øke gyldigheten.

Utfordringen ved å velge intervju og observasjoner var at en endte ut med store mengder data, som ble ganske uoversiktlig i starten, men samtidig gir det muligheten for at en kan være selektive i utvelgelsen av dataene. En velger ut de dataene som har mest mening og styrke i innholdet for å belyse og besvare hensikten best. En kunne ha valgt å benytte en av metodene, men da kunne en ikke forsikre seg om at det som ble sagt i intervjuene var det som ble gjort i praksis. Ved å observere hva som skjedde i selve fordelingen av personalet kunne en delta i selve fordelingen. Intervju kombinert med observasjon gjorde det mulig for oss å få utdypet og forklart uklårheter. Vi fikk både bekreftet og utvidet vår forståelse i forhold til det som ble sagt og observert. Troverdigheten økes dermed ved at en velger å anvende både intervju og observasjon.

Derfor ble det valgt å forta observasjoner tre til fire dager før intervjuene fant sted på de aktuelle respektive avdelingene. Dette for å gjøre oss kjent med konteksten i de to avdelingen samt skape et "forhold" til informantene, slik at en lettere kunne få informantene til å dele meninger og erfaringer, da de var tryggere på oss som intervjuere. Begge forfatterne var med på alle intervjuene for å styrke troverdigheten, men en var bevisst på at ikke begge skulle intervjuer da dette kunne være med å styrke det asymmetriske maktforholdet (Kvale & Brinkmann, 2010). Derfor ble en av forfatterne intervjuer og den andre sekretær. Før oppstart av alle intervjuene forsikret vi oss om at informasjonsskrivet var blitt lest godt gjennom på forhånd ved at vi startet med dette innledningsvis samt at samtykket var underskrevet før igangsetting av intervjuet og at dette var frivillig. Det var ønskelig med rom utenfor avdelingen, men på begge avdelingene var dette vanskelig å få gjennomført pga. mangel på tilgjengelige rom. Av alle de foretatte intervjuene ble et intervju avbrutt hvor informanten måtte forlate intervjuet for senere å komme tilbake for å fullføre intervjuet. Konsekvensen kan være at viktige meninger dermed kunne gå tapt og en brukte også ekstra tid på å komme inn igjen i den gode samtalen ved intervjuet som var både utfordrende for intervjuere og informant. Noe som kanskje viser igjen i det ferdige intervjuer ved at en ikke kom dypt nok inn i de enkelte spørsmålene. I noen av intervjusituasjonene var det tilfeller hvor det var vanskelig å få informantene til å åpne seg, og noen spørsmål var vanskelig for dem å svare på, som kan ha innvirkning på påliteligheten grunnet eventuelt begrenset svar. Men for å kompensere ble det stilt ulike oppfølgingsspørsmål eller endret formulering. I etterkant ser vi at i noen av intervjuene var det noen svar en kunne gått enda dypere inn på, og vi var litt i tvil om spørsmålene ble besvart tilstrekkelig. Etter å ha fullført alle intervjuene, så vi at det

var lengre besvarelser på avdeling B kontra avdeling A. Grunnen kan være at intervjuerne var sikrere i sin rolle da intervjuene på avdeling B ble foretatt etter alle intervjuene på avdeling A. Samt at avdeling B hadde en mer åpenhet rundt temaet og mindre travelhet i avdelingen. En annen grunn, og svakhet, kan være at forfatterne hadde et “forhold” til informantene på avdeling A, etter å ha vært der i tidligere praksis. I etterkant kan en se at det kunne vært hensiktsmessig å utføre et pilotintervju for å forsikre seg om at spørsmålene var gode nok, men grunnet tidsbegrensing ble det ikke gjennomførbart. Til tross for at dette ikke ble gjennomført ble alle spørsmålene besvart av alle informantene, noe som styrker at spørsmålene var utfyllende. En stor styrke ved prosjektet var at de to forfatterne var med i hele prosessen fra intervju til ferdig resultat. Båndopptaker ble benyttet, for å forsikre seg om at alt som ble sagt kom med, samt at en hadde en stor fordel ved å kunne høre gjennom det gjentatte ganger. Ulempen med båndopptaker var at det kunne virke truende for informantene (Malterud, 2011). Noen av informantene var i starten noe truet av båndopptakeren, denne nervøsiteten forsvant fort når intervjuet kom i gang.

I følge Graneheim og Lundman (2012, 2017) er det viktig at metoden vurderes i forhold til hensikten. Fordelen ved å anvende kvalitativ innholdsanalyse er at den kan tilpasses dataenes kvalitet og forfatternes erfaring og kunnskap om forskningsprosessen. Polit og Beck (2012) hevder at det er viktig å forholde seg til analysemodellen gjennom hele analysen for å øke troverdigheten til den analysen som er gjort av dataene. Forfatterne var tro mot analysemodellen til Graneheim og Lundman (2012, 2017), ved å holde seg til det manifeste innholdet helt frem til temaene, hvor det heretter er fortolkning for å fremme det latente innholdet.

Det var noen utfordringer med å finne passende tema og kategorier for alle kodene, som resulterte i at det i første omgang ble seks temaer og opp til ti kategorier under noen av temaene. Senere ble de redusert til færre temaer og kategorier for bedre å belyse forskningsspørsmålene. Dataene ble flere ganger gjennomlyttet og gjennomlest slik at ikke viktig informasjon gikk tapt samt drøftet med veileder og på seminar. Veileder var med i analyseprosessen i tillegg til at data og deler av analysen ble fremlagt på masterseminarer hvor medstudenter opponerer på hverandre under veiledning.

5.2.2 Overførbarhet

Prosjektet ble gjennomført med hensikten og planlegging, beregningen og anvendelsen av intensivsykepleierkompetansen. Kunnskapen som kommer frem i prosjektet gjennom funnene håper vi kan anvendes av andre intensivavdelingen. Vi har forklart alle stegene i forskningsprosessen så nøyaktig som mulig for å gjøre det lettere for leserne å bedømme prosjektets overførbarhet til andre intensivavdelinger (Graneheim & Lundman, 2012), (Polit & Beck, 2012). Helsepersonell med ansvar for planlegging og beregning av intensivsykepleierkompetansen i avdelingen vil forhåpentlig se overføringsverdien for å kunne anvende og overføre til sine avdelinger.

6.0 Konklusjon

Det konkluderes at planlegging og beregning av intensivsykepleierkompetansen kan gjøres på ulike måter. På den ene avdelingen er kompetansen og kontinuiteten i hovedfokus ved planlegging. Den andre avdelingen er tydelig fokusert på hvem og hvilke som er på jobb. De gir uttrykk for at en prøver å fordele ut fra kontinuitet, men at det er vanskelig å få til. Prosjektet viser nytteverdien av å bruke et validert skåringsverktøy som systematiserer bruken av intensivsykepleierkompetanse i forhold til pasientenes behov for behandling og pleie samt fokuset flyttes over på pasienten. Ved ikke å bruke et validert skåringsverktøy kan det få konsekvenser for kontinuitet i pleie og behandling samt arbeidstilfredsheten hos de ansatte. Det blir også lettere for lederne å dokumentere avdelingens behov for intensivsykepleierkompetanse når man bruker et validert skåringsverktøy til beregningene. Opplever intensivsykepleiere at pasientfokuset nedprioriteres, og at kompetansen de har ervervet seg ikke verdsettes og brukes til pasientenes beste, påvirkes arbeidskultur og trivsel. Dette kan få uheldige konsekvenser for pasientene og for arbeidskulturen i avdelingen. Det har altså stor betydning både for pasientene og for arbeidskulturen i avdelingen at intensivpasienten møtes med rett intensivsykepleiefaglig kompetanse til rett tid på rett sted.

6.1 Implikasjoner for praksis

Funnene i dette prosjektet anses å kunne forveføres til andre avdelinger. Det som er kommet frem i dette prosjektet gjennom funnene anses å kunne overføres til andre avdelinger for å øke bevisstheten rundt bruken og plasseringen av intensivsykepleierkompetanse. Skåringsverktøy kan være et godt hjelpemiddel. Videre implikasjon for praksis kan være å sende ledelsen fra avdeling A på hospitering til en annen avdeling som anvender et skåringsverktøy, for å øke bevisstheten på å bruke sine ressurser på en mer hensiktsmessig måte, samt få en innsikt i de mulighetene et skåringsverktøy gir til å styrke bemanningen og intensivsykepleierkompetansen. Prosjektet avdekket at det var viktig å ha fokus på god opplæring, veiledning og videreutvikling av intensivsykepleier i avdelingen, for å sikre at intensivsykepleierkompetansen blir værende i avdelingen.

6.2 Videre forskning på området

Prosjektet avdekket at det finnes lite forskning på hva rett kompetanse til rett tid og sted er, og hvilken gevinst dette kan gi på lang sikt ved å minimere tiden til intensivpasienten. Et intensivdøgn koster samfunnet dyrt, men på tross av dette er det ingen som bryr seg. Det vurderes at videre forskning på rett kompetanse til rett tid på rett sted har betydning for å øke bevisstheten rundt kostnad og helsegevinstene for pasientene, som mindre dager på intensivavdeling samt redusere antall respiratordøgn og ikke minst kanskje unngå innleggelse på intensivavdeling.

Referanser

- Aiken, L., Rafferty, A. M., & Sermeus, W. (2014, April 30). Caring nurses hit by a quality storm. *Nursing Standard*, ss. 22-25.
- Aase, K. (2015). Introduksjon. I K. Aase, *Pasientsikkerhet - Teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Birkler, J. (2011). *Videnskabsteori - en grundbog*. København: Munksgaard.
- Braute, G. S., & Holmboe, J. (2015). Pasientsikkerhet - dagens strukturer. I K. Aase, *Pasientsikkerhet - teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Carmona-Monge, F. J., R., R. G., Herranz, C. Q., & Gómez, S. G.-M. (2013, Mars 13). Evaluation of the nursing workload through the nine equivalents for nursing manpower use scale and the nursing activities score: A prospektive correlation study. *Intensive and Critical Care Nursing*, ss. 228-233.
- Dalen, M. (2004). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dolonen, A. K. (2017, mai 12). Kritisk mangel på intensivsykepleiere. Hentet mai 4, 2018 fra <https://sykepleien.no/2017/05/kritisk-mangel-pa-intensivssykepleiere>
- Ducci, A. J., & Padliha, K. G. (2007, August 27). Nursing activities score: A comparative study about retrospektive and prospektive application in intensiv care units. *Acta Paul Enferm*, ss. 581-587.
- Goncalves, L. A., Padilha, K. G., & Cardoso de Sousa, R. M. (2007, April 14). Nursing Activities Score (NAS): A proposal for practical application in intensive care units. *Intensive and critical care nursing*, ss. 355-361.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-nielsen, *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (ss. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H., Lundman, B., & Lindgren, B.-M. (2017, Juni 23). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, ss. 29-34.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012, Desember 7). *Meld. St. 10 (2012-2013)*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018, Juli 20). *Lovdata*. Hentet fra Lov om helsepersonell m.v (helsepersonellloven): https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A74
- Helsedirektoratet. (2012). *Behovet for spesialisert kompetanse i helsetjenesten. En status-, trend- og behovsanalyse fram mot 2030*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/190/Behovet-for-spesialisert-kompetanse-i-helsetjenesten-en-status-trend-og-behovsanalyse-fram-mot-2030-IS-1966.pdf>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lakanmaa, R.-L., Suominen, T., Perttilä, J., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., & Leino-kilpi, H. (2013). Basic competence in intensive and critical care nursing: development and psychometric testing of a competence scale. *Journal of Clinical Nursing*(23), ss. 799-810.

- Lieungh, M., & Birkenes, H. I. (2013). *Observerte arbeidsinnhold og tidsbruk hos sykepleiere på intensivavdelinger - En sammenligning med Nursing Activities Score*. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.
- MA, K. (2018, August 9). *Predictive scoring systems in the intensive care unit*. Hentet August 2018 fra UpToDate: <https://www.uptodate.com/contents/predictive-scoring-systems-in-the-intensive-care-unit>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, ss. 1753-1760. doi:10.1177/1049732315617444
- Moloney-Harmon, P. (2010, Juli 30). Retaining a most valuable resource in a healthcare crisis - Critical care nurses. *Australian Critical care*, ss. 2-3.
- Norsk anesthesiologisk forening; NSFLIS. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. NAF, NSFLIS.
- Norsk sykepleierforbund. (2008). Sykepleie - Et selvstendig og allsidig fag. *Sykepleien* .
- Norsk sykepleierforbund. (2018, April). *Hva er faglig forsvarlighet*. Hentet fra NSF.no: https://www.nsf.no/Content/3851110/cache=20181604104115/NSF%20Forsvarlighetshefte-april_2018..pdf
- NSFLIS. (2015). *Bemanningsstandard for intensivsykepleie*. NSFLIS. Hentet mai 3, 2018 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2681018/10504/NSFLIS-Bemanningsstandard>
- NSFLIS. (2017, September 20). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. Hentet Mai 2018 fra NSF.no: <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20170512210950/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%20september2017.pdf>
- NSFLIS. (2017, September 20). *Norsk sykepleierforbund*. Hentet Mai 2018 fra nsf.no: <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20170512210950/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%20september2017.pdf>
- Padilha, K. G., Cardoso de Sousa, R. M., Garcia, P. C., Bento, S. T., Finardi, E. M., & Hatarashi, R. H. (2009, Desember 8). Nursing workload and staff allocation in an intensive care unit: A pilot study according to Nursing Activities Score (NAS). *Intensive and Critical Care Nursing*(26), ss. 108-113.
- Padilha, K. G., Stafseth, S., Solms, D., Hoogendoorn, M., Monge, F. J., Gomaa, O., . . . Miranda, D. (2015). Nursing Activities Score: an updated guideline for its application in the Intensive Care Unit. *Journal of school of Nursing*, ss. 131-137.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research - Generating and Assesing Evidence for Nursing Practice* (9. utg.). Lippincott Company.
- Qrs international. (2019, mars). *Nvivo*. Hentet fra QSR international Pty Ltd: <https://www.qsrinternational.com/nvivo/what-is-nvivo>
- Rasmussen, J. (1997). Risk management in a dynamic society: A modelling problem. *Safety science*, 27(2/3), ss. 183-213.
- Stafseth, S. K. (2011). *Aktivitetsregistrering i intensivavdeling, Nursing Activities Score - NAS*. Oslo: NSFLIS.
- Stafseth, S. k., & Solms, D. (2014, Desember). Hva er Nursing Activities Score - NAS, og hva viser forskningen om nytten av NAS? *Inspira*, 4, ss. 24-27.

- Stafseth, S. k., Solms, D., & Bredal, I. S. (2011). The characterisation of workloads and nursing staff allocation in intensive care units: A descriptive study using the Nursing Activities Score for the first time in Norway. *Intensive and Critical Care Nursing*(27), ss. 290-294.
- Stuedahl, M., Vold, S., Klepstad, P., & Stafseth, S. K. (2015, August 21). Interrater reliability of Nursing Activities Score among Intensive Care Unit health professionals. *Journal of School of Nursing*, ss. 117-122.
- Sykepleiernes Samarbeide i Norden. (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*. Allservice AS.
- Thagaard, T. (2010). *Systematik og innlevelse - en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2014). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjelmeland, K. M., & Holten, J. S. (2012). *Nursing Activities Score (NAS) som ledelsesverktøy ved bemanningsplanlegging*. Oslo: Universitet i Oslo.
- Visma. (2019). *Visma Gat ressursstyring*. Hentet Januar 2019 fra Visma.no: <http://www.visma.no/ressursstyring-wfm/gat/>
- Vold, S. (2014). *Litteraturstudie av Nursing Activities Score Deskriptive analyser av undervisning til sykepleietjenesten ved Hovedintensiv med Inter- Rater Reliabilitet av case*. Oslo: Universitet i Oslo.
- World Medical Association. (2013, Oktober). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects* . Hentet fra The World Medical Association, Inc. : https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/?fbclid=IwAR0IKaxrBbpJJ9gIEs8sPtYFzL340nZB6UqmZD7w7mi2Sc_I Zfk82m7ohos

Vedlegg

Vedlegg 1: PICO-Skjema

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Observasjonsguide

Vedlegg 4: Godkjenning fra Personvernombudet, Helse Stavanger

Vedlegg 5: Godkjenning fra Personvernombudet, Helse

Vedlegg 6: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til avdelingene

Vedlegg 7: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene

Vedlegg 8: Eksempel på innholdsanalyse

Vedlegg 9: Master i spesialsykepleie, spesifisering av studentbidrag

Vedlegg 1: PICO-skjema

Tittel/arbeidstittel på oppgaven			
Retts kompetanse til rett tid på rett sted			
Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:			
<p>Hvordan planlegges og beregnes intensivsykepleierkompetanse i to medisinske intensivavdelinger?</p>			
Hva slags type spørsmål er dette?		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter: JA	
Diagnose			
<p>P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet:</p> <p>Mangel på Intensivsykepleier Lack of</p> <ul style="list-style-type: none"> - ICU- nurse - Critical care Nurse - Nurse(s) - Nursing <p>Mangelen erfaring Lack of experience Mangelen Kompetanse Lack of competence Arbeidsbelastning Workloads</p>	<p>I Beskriv intensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for):</p> <p>Nursing Activities Score NAS Ledelsesverktøy Bemanningsplanlegging Bemanningsstandard Skåringssystem for ressursbruk</p>	<p>C Skal tiltaket sammen-lignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket</p>	<p>O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå</p> <p>Hensiktsmessig bruk av Intensivressurser Pasientsikkerhet Patient safety Tilstrekkelig: - Bemanning - Erfaring - Kompetanse - Faglig forsvarlighet</p>

Vedlegg 2: Intervjuguide

Innledningsvis

- Presentasjon av intervjuere
- Informasjon om prosjektet
- Informasjon om informert samtykke

Spørsmål til leder angående organiseringen i avdelingen

Følgende spørsmål under stilles kun til leder:

- *Hvor mange offentlig godkjente sykepleiere er det på den aktuelle avdelingen?*
- *Hvordan er opplæring på avdelingen med hensyn til opplæringstid og videre veiledning?*
- *Hvor mange intensivsykepleiere og hvor mange besatte stillinger er det på den aktuelle avdelingen?*
- *Hvor mange av intensivsykepleierne er fast på avdelingen eller leid inn som vikarer? (Inklusiv traineestillinger), offentlig godkjente sykepleiere*
- *Hvor mange avdelingsledere og fagutviklingssykepleiere har avdelingen, samt hvor mange har kompetanse til at ivareta den ansvarshavende vakt?*
- *Hvordan er pleietyngden på den aktuelle avdeling? Herunder pasientkapasiteten for avdelingen?*
- *Hvordan argumenterer avdelingen for sitt intensivsykepleiebehov (hvilke data)?*
- *Hvordan bemannes avdelingen? NAS eller evt. annen metode?*

Spørsmål til alle informanter (inkl. Leder)

1. Hvordan beregner og begrunner lederne/ansvarshavende avdelingenes behov for intensivsykepleiekompetanse?
 - Pleietyngde og kompleksitet?
 - For eksempel sss, tis, his, pleie
 - Novise vs. ekspert?
 - Erfaring, hvilken opplæring?
2. Hvordan begrunner ledere/ansvarshavende intensivsykepleiere pasientens behov opp mot pasientansvarlig sykepleie kompetanse?
 - Hvordan/hos hvem plasseres
 - o Nyansatte uten spesialkompetanse
 - o Erfarne sykepleiere uten spesialkompetanse
 - o Intensivsykepleiere, og hva er løftet fra off. Godkjent sykepleiere.
 - o Hvordan planlegges det for evt ny pasient/akutte situasjoner?
 - o Når for eksempel alle ressurser er bruk?

3. Hvordan prioriterer/omprioriterer ledere/ansvarshavende intensivsykepleiere bemanningen i helger, i ferier, når plutselige endringer skjer, å hvordan begrunnes disse?

- Ny pasient prioriteres?
- Rådfører seg med kolleger/ledelse
- Slår sammen (en passer flere) og nedprioriterer pleietiltak
- Ringer inn ekstra ressurser,
 - o fra eget personale
 - o har bakvakt system
 - o fra byrå
 - o sender pasient til annet sykehus
 - o og skriver synergi

Observasjonsskjema

	Dagsvakt	Kveldsvakt	Nattevakt
Ansvarshavende: - År, Utdannet intensivsykepleier: - År, arbeidet på avdelingen:			
Antall ansatte på vakt:			
Antall med intensivkompetanse - Plassering av intensivkompetansen - Begrunnelse for intensivkompetanse			
Avvik fra grunnbemanningen			
Antall pasienter - Hvordan beregnes/vurderes pleietyngden? (SSS, HIS)			
Smitte:			
Antall syke ansatte - Hvilke tiltak - Innleie <ul style="list-style-type: none"> ○ Egne ansatte ○ Vikarer - Omplussing av ansatte - Dobbeltvakt - Forskjøvet vakt			
Fastvakt/ 1:1: - Hvem? Ufaglært? - Kompetanse?			
Stabile / Ustabile pasienter: - Respirasjonsstøtte - Vasoaktive infusjoner			

Hvordan tenkes bemanningen inn? Oppfølging? Kontinuitet?			
Nedprioritering av pleie- og behandlingstiltak			
Antall tilsyn ut av avdeling <ul style="list-style-type: none"> - Stanscalling, MIT tilsyn, Bronchialsugning etc. - Hvem går ut? Sertifisering - HLR 			
Transporter ut av avdelingen: - Hvem følger hvem? Portør?			
Planlegging av evt. ny pasient/akutte situasjoner:			
Behov for kontakt med avdelingsleder:			

Kommentar:

Vedlegg 4: Godkjenning fra Personvernombudet, Helse Stavanger



Notat

Til:

Britt Sætre Hansen

Fra:

Fagsjef Kirsten Lode

Kopimottakere:

Klinikkisjef Geir Lende, Juridisk rådgiver Ina Trane

Dato: 21.12.2018

Arkivref: 2018/9497 - 119496/2018

Godkjent Masterprosjekt - MA181 (Jonna Hedegaard Christensen og Ingeborg Vathne Innbjo)

Masterprosjektet: «Intensivsykepleier kompetansen; Planlegging og anvendelse i to norske intensiv avdelinger»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet er vurdert av forskningsansvarlig og registrert i vår database med intern id: MA181.

De nødvendige tillatelser foreligger og basert på disse og forskningsprotokollen godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Som ved alle forskningsprosjekter minner vi om at:

- Ved endringer må endringsmelding sendes Forskningsavdelingen.
- Data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt.

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. En kort rapport med sluttdato sendes forskning@sus.no når prosjektet er avsluttet.

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 sykehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Vedlegg 5: Godkjenning fra Personvernombudet, Oslo Universitetssykehus

 SV: Søknad masterprosjekt 2019



OUSHF PB Personvern <personvern@oslo-universitetssykehus.no>

Jonna Hedegaard Christensen

fredag den 28. december 2018 kl. 13.49

[Vis detaljer](#)

→ Du har videresendt denne meddelelse den 28/12/2018 14.04.

↩ Du besvarede denne meddelelse den 03/04/2019 14.36.

Hei!

Takk for henvendelsen.

Prosjektet skal ikke vurderes av oss, da UIS er dataansvarlig, prosjektet kun involverer ansatte og dere har meldt det til PVO ved UIS.

Det forutsettes herfra av avdelingsleder i tillegg til seksjonsleder har godkjent prosjektet.

Ønsker dere lykke til med masteroppgaven!

mvh

Annika Mortensen

Personvernrådgiver

Avdeling for informasjonssikkerhet og personvern | Stab pasientsikkerhet og kvalitet

Oslo universitetssykehus HF

Telefonnummer: 22 11 80 80

Besøk: Kirkeveien 166 (Ullevål sykehus)

www.oslo-universitetssykehus.no/personvern

Vedlegg 6: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til avdelingene

INFORMASJONSSKRIV OM MASTERPROSJEKT:

INTENSIVSYKEPLEIER KOMPETANSEN; PLANLEGGING OG ANVENDELSE I TO NORSKE INTENSIV AVDELINGER.

Dette er et spørsmål om å få tillatelse til å samle inn data ved Mottaksklinikken til et kvalitetsforbedringsprosjekt hvor formålet er å kartlegge og beskrive hvordan avdelingens leder/ansvarshavende planlegger og anvender intensiv sykepleieres spesialkompetanse i to medisinske intensivavdelinger i Norge, hvor den ene bruker Nursing Activity Score som bemanningsverktøy og den andre bruker GAT.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Vi ønsker å intervju en leder og 3 ansvarshavende intensivsykepleiere. Intervjuene vil vare ca. 30-45 minutter. Vi ønsker også å observere situasjonene hvor bemanningen fordeles og evt. omfordeles som ved mottak av ny pasient eller sykefravær blant personalet. Intervjuene blir registrert via lydopptak og under observasjonene tas det notater. Intervju og notater transkriberes for videre analyse.

I prosjektet vil vi ikke innhente og registrere personopplysninger om verken ansatte eller avdelingens pasienter.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Vi ser ingen ulemper i forhold til vår data innsamling annet enn at det til tider er travelt i avdelingene. Vi vil selvfølgelig ta hensyn til dette og planlegge tidspunkt for datasamling nøye i forhold til bemannings og pasientsituasjonen i avdelingene. Vi tror det er et viktig tema vi har valgt og at avdelingene vil dra nytte av å delta.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. De som ønsker å delta, undertegner et samtykkeerklæringen (på siste side). De kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke sitt samtykke. Dersom de trekker deg fra prosjektet, kan de kreve å få slettet alle opplysninger.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenne opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Dataene vil bli slettet ved prosjektslutt prosjekt slutt (senest 01.08.2019).

FORSIKRING

Det behøves ingen forsikring i forhold til dette prosjektet.

GODKJENNING

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Stavanger universitetssykehus og prosjektledere Jonna H. Christensen og Ingeborg V. Innbjo et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6a og artikkel 9 nr. 2 og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med:

Jonna H. Christensen: 40487654

Ingeborg V. Innbjo: 93005679

Veileder: Britt Sætre Hansen Mobil 99021954

Personvernombud ved institusjonen er Rafal Yeisen

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 7: Informasjonsskriv og samtykkeerklæring til informantene

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

INTENSIVSYKEPLEIER KOMPETANSEN; PLANLEGGING OG ANVENDELSE I TO NORSKE INTENSIV AVDELINGER.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et kvalitetsforbedringsprosjekt hvor formålet er å kartlegge og beskrive planlegging og anvendelse av intensivsykepleieres spesialkompetanse i 2 medisinske intensivavdelinger i Norge. Du blir spurt om å delta fordi du er leder eller ansvarshavende intensivsykepleier i en av de aktuelle avdelingen vi ønsker å samle data på i forbindelse med prosjektet vårt. Vi ønsker å vite mer om *hvordan avdelings ledere planlegger og anvender intensivsykepleierkompetansen i to medisinske intensivavdelinger, hvor den ene bruker Nursing Activity Score som bemanningsverktøy og den andre bruker GAT. Din erfaring er derfor viktig for oss.*

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar i intervju. Det vil ta deg ca. 30-45 minutter. Vi ønsker også å observere og stille spørsmål når endringer i planene må gjøres som i forbindelse med mottak av ny pasient eller sykefravær blant personalet. Intervjuet blir registrert via lydopptak og notater, og transkribert.

I prosjektet vil vi ikke innhente og registrere opplysninger om verken deg eller avdelingens pasienter.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Vi ser ingen ulemper i forhold til vår data innsamling annet enn at det til tider er travelt i avdelingene. Vi vil selvfølgelig ta hensyn til dette og planlegge tidspunkt for datasamling nøye i forhold til bemannings og pasientsituasjonen i avdelingene. Vi tror det er et viktig tema vi har valgt og at avdelingene vil dra nytte av å delta.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Jonna H. Christensen eller Ingeborg V. Innbjo.

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med prosjektet. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Opplysningene om deg vil bli slettet ved prosjektslutt prosjekt slutt (senest 01.08.2019).

FORSIKRING

Det behøves ingen forsikring i forhold til dette prosjektet.

GODKJENNING

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig Stavanger og prosjektleder Jonna H. Christensen og Ingeborg V. Innbjo et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6a og artikkel 9 nr. 2 og ditt samtykke.

Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med:

Jonna H. Christensen: 40487654

Ingeborg V. Innbjo: 93005679

Veileder: Britt Sætre Hansen Mobil 99021954

Personvernombud ved institusjonen er Rafal Yeisen.

JEG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Vedlegg 8: Eksempel på innholdsanalyse

Kondensert meningsenhet	Kode	Underkategori	Kategori	Team
Jeg må ta de folkene jeg har, har ikke annet valg	Må ta folkene jeg har	Manglende resurser	Utilfredsstillende og uhensiktsmessig bruk av resurser	Resignasjon; "man tar det man har"
Plutselig hvis du har for lite folk å mange dårlige, så blir de satt på ting de ikke kan skikkelig	For lite folk			
Det er kompetansen de sitter på, men målet med alle intensivsykepleiere er at de skal gå inn i den rollen, men de skal få lov til å være nye og skal ikke tvinges inn i den rollen	Alle intensivsykepleiere skal inn i rollen	Tilgjengelige resurser		
På dagtid er det lederen som leier inn hvis det er noe sykdom, men i helgene ser vi på bemanningen	Innleie ved sykdom	Få tak i folk		
Vi har en intensivsykepleier fra intensivten, som går litt ekstra, men eller hvis trenger ekstra intensivsykepleiere så er det vår egne som blir leiet inn	Vår egne som leies inn			
Ut fra den ordinære bemanningen vår skal vi kunne håndtere en Bipap pasient, men der flere må vi leie inn ekstra. Blir der trach pasienter så leier vi inn ekstra. Så sant vi klarer å få det til.	Skal håndtere en Bipap pasient	Grunnbemanningen		
Ja, 45,75 for at være nøyaktige. Pr. nå har vi 23 årsverk dekket med intensivsykepleiere. Resten er da off. Godkjente sykepleiere	23 årsverk med intensivsykepleiere			
Folk ofre seg hvis de ikke får inn noen «Javel jeg kan gå jeg» Jeg har prøvd selv, men blir helt utbrent, så gjør ikke det. Det er ikke heldig for kroppen	Ofre seg og utbrenthet	Tretthet og mye mas		
Må bare få dem en får tak i, for det er så mye sykdom. Folk begynner å bli trøtte pga. Mye mas om å gå ekstra. Unge og nye tør ikke å si nei	Trøtthet og mye mas			
Lenge siden jeg har sett noen fra bemanningssenter	Ingen fra bemanningssenter	Innleie utenfra		
Ingen vikarer nå	Ingen vikarer			
Det er det som er vanskelig å vurdere når vi ikke har noe instrument å måle det med	Ikke noe instrument		Mangel på skåringsverktøy	
Egentlig går det utover pasienten, for det er jo greit at den samme sykepleieren har langtids, da de er ganske komplekse. Men de blir utbrent hvis de skal ha den samme hele tiden.	Kompleksitet og utbrenthet	Plassering av personale	Manglende kontinuitet	

Vedlegg 9: Master i spesialsykepleie, spesifisering av studentbidrag

UNIVERSITETET I STAVANGER

Studentene som skriver sammen forplikter seg til å bidra likt. Den enkeltes bidrag skal spesifiseres, og signeres av studentene og veileder ved innlevering av masteroppgave.

STUDENT 1

Navn: Jonna Hedegaard Christensen

Spesialisering i: Intensivsykepleie

Bidrag: Deltatt på Litteratursøk, Sekretær og stillet oppfølgingsspørsmål samt vært observatør på alle vaktskift i to uker. Transkribert halvdelen av intervjuene, lyttet og lest igjennom alle sammen med medstudent. Hele oppgaven; forord, sammendrag, abstrakt, innledning, teoretisk rammeverk, metode, funn, diskusjon, konklusjon og vedlegg ble skrevet sammen med medstudent. Korrekturlesning ble gjort individuelt, for seinere å rette sammen.

STUDENT 2

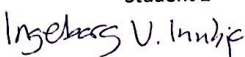
Navn: Ingeborg Vathne Innbjø

Spesialisering i: Intensivsykepleie

Bidrag: Deltatt på Litteratursøk, Intervjuer og observatør på alle vaktskift i to uker. Transkribert halvdelen av intervjuene, lyttet og lest igjennom alle sammen med medstudent. Hele oppgaven; forord, sammendrag, abstrakt, innledning, teoretisk rammeverk, metode, funn, diskusjon, konklusjon og vedlegg ble skrevet sammen med medstudent. Korrekturlesning ble gjort individuelt, for seinere å rette sammen.

Signatur:

Student 1


Student 2


Veileder: 