

Masteroppgave

Mastergradstudium i intensivsykepleie

September 2021

Forslag til plan for implementering av en fagprosedyre
for klinisk undersøkelse av intensivpasienten

Et kvalitetsarbeid

Kandidatnavn: Annelie Johansson

Emnekode: MINT 5900

Antall ord: 17 512

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

I mine år som intensivsykepleier har systematisering av arbeidet alltid interessert meg. Da jeg fikk vite at de gjennomførte en systematisk klinisk undersøkelse av intensivpasienten på andre sykehus, ønsket jeg å kunne innføre det i egen avdeling. Å få muligheten til å gjøre et eksamensarbeid i form av et kvalitetsarbeid, og dermed ta med noe konkret og praktisk tilbake til egen avdeling, oppleves som inspirerende og positivt.

«Everyone has two jobs when they come to work every day: to do their work and to improve it»

(Batalden & Davidoff, 2007)

Takk til intensivavdelingen ved Drammen sykehus, for å ha fått muligheten til å ta en masterutdanning etter å ha arbeidet mange år i avdelingen. Et spesielt takk til Marit Storli Lentz for engelskspråklig hjelp og Kjersti Eide for grammatisk veiledning og generell støtte. Jeg vil også takke veilederen min, Dag-Gunnar Stubberud, for konstruktiv veiledning og faglige diskusjoner underveis. Sist men ikke minst, tusen takk til familie, venner og kollegaer som har heiet på meg og støttet meg underveis.

Drammen 10.9.2021

Annelie Johansson

Navn: Annelie Johansson	Dato: 15 september 2021
Tittel og undertittel:	
<p>Forslag til plan for implementering av en fagprosedyre for klinisk undersøkelse av intensivpasienten.</p> <p>Et kvalitetsarbeid.</p>	
Sammendrag:	
Bakgrunn:	
<p>Overganger som et vaktskifte eller mottak av ny pasient, er et sårbart punkt i pasientforløpet og kan utfordre pasientsikkerheten. Det anbefales å etablere rutiner for klinisk undersøkelse av pasienten for å identifisere helsesvikt eller forhøyet risiko for helsesvikt i et tidlig stadium.</p>	
Hensikt og problemstilling:	
<p>Hensikten med dette kvalitetsarbeidet er å lage forslag til en plan for implementering av en fagprosedyre for klinisk undersøkelse av intensivpasienten. Ved å implementere en slik prosedyre i avdelingen, kan det bidra til økt pasientsikkerhet ved å redusere uønsket variasjon i helsehjelpen pasienten tilbys.</p> <p>Problemstilling: Forslag til plan for implementering av en fagprosedyre for klinisk undersøkelse av intensivpasienten</p>	
Metode:	
<p>Masteroppgaven er et kvalitetsarbeid. Metodene som er brukt er, Kongsmo og medarbeidere (2015) sin modell for kvalitetsforbedringer og Maher og medarbeidere (2016) sin modell for å skape varige forbedringer. Implementeringsplanen er utarbeidet etter prinsippene for kunnskapsbasert praksis.</p>	
Resultat:	
<p>Resultatet er et forslag til en lokalt tilpasset implementeringsplan for fagprosedyren «Klinisk undersøkelse av intensivpasienten – voksne», for intensivavdelingen ved Drammen sykehus.</p>	
Nøkkelord: Kvalitetsarbeid, implementering, klinisk undersøkelse, barrierer og motstand, implementeringsstrategier, opinionsledere, opplæringsstrategier	

Name: Annelie Johansson	Date: 15 september 2021
<p>Title and subtitle:</p> <p>This proposal is for an implementation plan of a clinical guideline for clinical assessment of the intensive care patient.</p> <p>A quality work</p>	
<p>Abstract:</p> <p>Background:</p> <p>Transitions as a shift change or reception of a new patient is a vulnerable point in the patient course and can be a challenge for patient safety. It is recommended to establish routines for clinical assessment of the patient to identify health failure or increased risk for health failure at an early stage</p> <p>Objective and problem:</p> <p>This quality work aims to propose an implementation plan of a clinical guideline for clinical assessment of the intensive care patient. Implementing such a clinical guideline into the unit may contribute to increased patient safety by reducing the unwanted variation in the health care and treatment the patient is offered.</p> <p>Problem: Proposal for an implementation plan of a clinical guideline for clinical assessment of the intensive care patient.</p> <p>Method:</p> <p>This master's thesis is a quality work. The methods used are Konsmo et al.'s (2015) model for quality improvement and Maher et al.'s (2016) model of creating lasting improvement. The principles of knowledge-based practice prepare the implementation plan.</p> <p>Results:</p> <p>The result is a locally adapted proposal for an implementation plan of the clinical guideline «Clinical assessment of the intensive care patient – adult», in the intensive care unit at Drammen hospital.</p>	
<p>Keywords: Quality work, implementation, clinical assesement, barriers, implementation strategies, opinion leader, education strategies</p>	

Innhold

1.0 Innledning	7
1.1 Presentasjon av valgt tema og problemstilling	7
1.2 Arbeidets målsetting og målgruppe	8
1.3 Oppgavens avgrensning	8
1.4 Oppgavens oppbygging	9
2.0 Tidligere kvalitetsarbeid vedrørende implementering av fagprosedyre	10
3.0 Klinisk undersøkelse av intensivpasienten	11
3.1 ABCDE-prinsippet	11
3.2 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for klinisk undersøkelse av intensivpasienten	12
4.0 Metode	14
4.1 Modell for kvalitetsforbedring	14
4.2 Modell for å skape varige forbedringer	16
4.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid	18
5.0 Forberede og planlegge	19
5.1 Behov for forbedring	19
5.2 Søk etter fagprosedyre for klinisk undersøkelse av intensivpasienten	20
5.2.1 Kvalitetsvurdering av fagprosedyrer omhandlende «Klinisk undersøkelse av intensivpasienten»	20
5.3 Arbeidsgruppe	22
5.4 Kunnskapssøk og kildekritikk	23
5.4.1 Forskningskunnskap	25
5.4.1.1 Søk etter forskningskunnskap om klinisk undersøkelse av intensivpasienten.	26
5.4.1.2 Søk etter forskningskunnskap om metoder for implementering av forbedringsarbeid	28
5.4.2 Erfaringskunnskap	30
5.4.3 Pasientkunnskap	31
5.4.4 Kildekritikk	31
5.4.4.1 Inklusjonskriterier	32
5.4.4.2 Eksklusjonskriterier	34
6.0 Utforming av implementeringsplanen	35
6.1 Prosessen	35
6.1.1 Å få forbedringsarbeidet godkjent i lederlinjen	35
6.1.2 Å sette sammen en arbeidsgruppe	36

6.1.3	Å vurdere ressursbruk for implementering av fagprosedyren	36
6.1.4	Å lage sjekkliste for implementeringsprosessen	37
6.1.5	Å lage interessentanalyse og kommunikasjonsplan	38
6.1.6	Å pilotteste fagprosedyren som skal implementeres	41
6.1.7	Å identifisere barrierer og motstand mot endring	42
6.1.7.1	Holdning til endring	42
6.1.7.2	Holdning og motivasjon til å bruke fagprosedyren	43
6.1.8	Lokal tilpasning av fagprosedyren	45
6.2	Samhandling med ledelse og ansatte	46
6.2.1	Å engasjere ledelsen	46
6.2.2	Utarbeide strategier for å overkomme barrierer og motstand mot endringer	47
6.2.2.1	Praksisbesøk	47
6.2.2.2	Informasjon til personalet	48
6.2.2.3	Bruk av opinionsleder	50
6.2.3	Involvering av personalet	51
6.2.4	Opplæring av personalet	52
6.2.4.1	Opplæringsstrategier	52
6.2.4.2	Innhold i undervisningen	54
6.2.4.3	Plan over opplæringen	55
6.3	Samhandling med organisasjonen	57
6.3.1	Å sikre at forbedringsarbeidet samsvarer med organisasjonens målsetting og kultur	57
6.3.2	Å sende fagprosedyren på høring i sykehuset	58
6.3.3	Å gjennomføre mini-metodevurdering	59
6.3.4	Å sikre infrastrukturen som støtter forbedringsarbeidet	59
7.0	Presentasjon av et forslag til plan for implementering av forbedringstiltaket	61
8.0	Etiske overveielser	79
8.1	Arbeidets bidrag til å ivareta etiske prinsipper i intensivsykepleien	79
8.2	Habilitetsspørsmål og interessekonflikt	81
9.0	Konklusjon	83
Referanser	84
Vedlegg 1	Klinisk undersøkelse av intensivpatienten – voksne: Dokument Id 138985	91

1.0 Innledning

Denne masteroppgaven er et kvalitetsarbeid, der kandidaten har utarbeidet forslag til en plan for implementering av en fagprosedyre i intensivavdelingen ved Drammen sykehus.

1.1 Presentasjon av valgt tema og problemstilling

Fagprosedyren som er tenkt implementert, er en fagprosedyre for klinisk undersøkelse av intensivpasienten. I henhold til funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere, er systematisk observasjon og vurdering av intensivpasienten, en viktig del av intensivsykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon (se kapittel 3.2) (NSFLIS 2017).

Overganger som et vaktskifte eller mottak av ny pasient, er et sårbart punkt i pasientforløpet og kan utfordre pasientsikkerheten. Helsedirektoratet (2019e, 2020) mener derfor at det bør etableres rutiner for klinisk undersøkelse av pasienten. En slik undersøkelse av intensivpasienten blir anbefalt for å identifisere helsesvikt eller forhøyet risiko for helsesvikt i et tidlig stadium (Breivik & Tymi, 2013, Drutz, 2020, Helsedirektoratet, 2020, Smith & Balderrama, 2017, Zambas et al, 2016). Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand er et av satsningsområdene i Helsedirektoratets pasientsikkerhetsprogram *I trygge hender 24-7* (Helsedirektoratet, 2019c, Helsedirektoratet, 2020).

For å fremme pasientsikkerheten er helsemyndighetene opptatt av å redusere uønsket variasjon i helsehjelpen pasienten tilbys (Meld. St. 6 (2017-2018), Meld. St 34 (2015-2016), Meld. St. 10 (2012-2013)). Med uønsket variasjon menes at variasjonen ikke skyldes ulik grad av sykdom eller andre pasientrelaterte årsaker, men blant annet skyldes manglende kompetansen hos helsepersonellet. Stor variasjon kan derfor være en indikasjon på kvalitetssvikt og innebære en fare for pasientsikkerheten (Meld. St 34 (2015-2016)). Helsedirektoratet (2019e) definerer pasientsikkerhet som «vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser».

For å redusere uønsket variasjon i helsehjelpen, ønsker helsemyndighetene at det i størst mulig grad brukes standardisert helsehjelp som blant annet retningslinjer og fagprosedyrer (Helsedirektoratet 2019e, Helsedirektoratet, 2012, Meld. St.10 (2012-2013)). Kunnskapsbaserte fagprosedyrer inneholder råd og anbefalinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging av pasientgrupper innenfor helse- og omsorgstjenestene. Anbefalingene bygger på kunnskapsbasert praksis (Helsedirektoratet, 2012).

I intensivavdelingen ved Drammen sykehus eksisterer det i dag ingen fagprosedyre for klinisk undersøkelse av intensivpasienten. Det er relativt store individuelle forskjeller i hvordan

intensivsykepleiere arbeider og hvordan de starter arbeidet etter overtakelse av intensivpasienten. Det kan avhenge av flere ting, som kultur i avdelingen, opplæring, tidligere erfaringer eller når man tok sin spesialutdanning. I de senere årene har det vært mer fokus på bruk av ABCDE-prinsippene i spesialutdanningen i intensivsykepleie. Kandidaten erfarer at intensivsykepleiere med nyere utdanning bruker dette verktøyet mer aktivt enn de med eldre utdanning.

Det eksisterer fagprosedyrer for klinisk undersøkelse av intensivpasienten ved andre sykehus. Intensivavdelingens ledelse ønsker derfor at en slik fagprosedyre skal implementeres i avdelingen. Kandidaten har fått støtte i avdelingen for å lage forslag til en implementeringsplan.

Kvalitetsarbeidets problemstilling er derfor: *Forslag til plan for implementering av en fagprosedyre for klinisk undersøkelse av intensivpasienten.*

1.2 Arbeidets målsetting og målgruppe

En fagprosedyre kan bidra til å gi lik helsehjelp og øke kvaliteten i helsetilbudet (Fretheim et al., 2015, Healthcare Improvement Scotland, 2019, Jun et al., 2016, Schub & Walsh, 2017, Shekelle, 2020, Spoon et al. 2020), samtidig som det er en hjelp for intensivsykepleieren i hvordan den praktiske helsehjelpen til pasienten bør utføres (Correa et al. 2020, Jordan et al., 2017, Schub & Walsh, 2017, Shekelle, 2020, Stubberud, 2018). Hensikten med dette kvalitetsarbeidet er å lage en implementeringsplan som bidrar til å sette fagprosedyren i et system som skaper varig forbedring i avdelingen og gjennom det bidrar til å redusere uønsket variasjon i helsehjelpen pasienten tilbys, og øke pasientsikkerheten (Helsedirektoratet, 2020). Implementeringen er vellykket først når intensivsykepleierne i avdelingen tar prosedyren i bruk som en naturlig del av arbeidshverdagen (Maher et al, 2016a, Konsmo & Vege, 2015).

Målgruppen kan deles inn i en brukermålgruppe og pasientmålgruppe. Brukermålgruppen for implementeringsplanen er intensivsykepleiere som jobber i intensivavdelingen ved Drammen sykehus og ledelsen ved denne avdelingen. Pasientmålgruppen helsetjenesten retter seg mot, er intensivpasienter. En intensivpasient kan defineres som «*en pasient er intensivpasient når det foreligger truende eller manifest akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel*» (NSFLIS, 2006).

1.3 Oppgavens avgrensning

Dette eksamensarbeidet avgrenser seg til implementering av en fagprosedyre for klinisk undersøkelse rettet mot voksne intensivpasienter. Implementeringsplanen er tilpasset intensivavdelingen ved Drammen sykehus.

På grunn av tidsperspektivet og størrelsen på eksamensarbeidet, er ikke alle trinnene i Konsmo og medarbeideres (2015) modell for kvalitetsforbedring med i dette arbeidet, som:

- å prøve ut og tilrettelegge for ny praksis (trinn 3)
- å evaluere (trinn 4)
- å følge opp (trinn 5)

Av den grunn er heller ikke «å måle utviklingen» i Maher et al. 's modell for varig forbedring (2016), tatt med i eksamensarbeidet.

Modellen til Maher et al. (2016) er brukt etter oppsettet i boken til Stubberud (2018). Oppsettet er noe annerledes enn den originale presentasjonen av Maher et al. Oppsettet fra boken til Stubberud er valgt for sin brukervennlighet i en oppgave som dette.

1.4 Oppgavens oppbygning

Innledningsvis blir valgt tema og problemstilling presentert og det redegjøres for oppgavens avgrensning og oppbygging. I kapittel 2 redegjør kandidaten for om det eksisterer tilsvarende planer for implementering av forbedringsarbeid som en fagprosedyre. Deretter følger teori om klinisk undersøkelse av intensivpasienten og intensivsykepleierens funksjon- og ansvar for klinisk undersøkelse av intensivpasienten. Kapittel 4 presenterer metodene som er brukt i dette kvalitetsarbeidet. Kapittel 5 er strukturert etter Konsmo og medarbeideres modell for kvalitetsforbedring (Konsmo et al., 2015) og redegjør for arbeidsprosessen ved dette kvalitetsarbeidet. I kapittel 6 drøftes utarbeidelsen og innholdet i implementeringsplanen etter Maher et al. 's modell (2016). I kapittel 7 presenteres selve implementeringsplanen og i kapittel 8 drøftes etiske overveielser.

2.0 Tidligere kvalitetsarbeid vedrørende implementering av fagprosedyre

Når man skal starte et kvalitetsarbeid anbefales det å undersøke om det allerede finnes tilsvarende arbeid (Helsedirektoratet, 2012). Hensikten er å unngå dobbeltarbeid, da kvalitetsarbeid er ressurskrevende. Kandidaten valgte å bruke Helsedirektoratets anbefalinger for systematisk søk etter kvalitetsarbeid, se tabell 1 (Helsedirektoratet, 2012). Planer for implementering av kvalitetsarbeid kan presenteres på ulike måter, som blant annet fagprosedyrer eller retningslinjer. Søket startet derfor i databaser for retningslinjer og fagprosedyrer, for deretter å gå over i databasene Medline og Cinahl.

Tabell 1 Oversikt over systematisk søk etter eksisterende kvalitetsarbeid

1.	Funn	Relevante funn
2. Nasjonale retningslinjer fra helsedirektoratet	0	0
3. Helsebibliotekets retningslinjedatabase	0	0
4. Nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer	0	0
5. Andre norskspråklige fagprosedyrer <ul style="list-style-type: none">• Andre helseforetaks nettsider• VAR• Sykepleiehåndboka	0	0
6. Kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer utviklet i andre land <ul style="list-style-type: none">• Center for kliniske retningslinjer• Guidelines International Network• Joanna Briggs• National Institute for Health and Care Excellence / NICE database• National Guideline Clearinghouse• Scottish Intercollegiate Guidelines Network• Sosialstyrelsens nasjonale riktlinjer• Sundhetsstyrelsen, Nationale kliniske retningslinjer	5	0
7. Kvalitetsarbeid publisert i tidsskrifter <ul style="list-style-type: none">• Medline• Cinahl	0	0

Mange interne fagprosedyrer i helseforetakene ligger ikke tilgjengelige på de offentlige databasene eller nettverkene. Kandidaten fikk derfor hjelp av kvalitetsavdelingen ved Drammen sykehus til å sende forespørsel til elleve sykehus, med spørsmål om det eksisterer noen plan for implementering av fagprosedyrer. Fem sykehus responderte på forespørselen, men ingen hadde en slik fagprosedyre.

Det systematiske søket etter tidligere kvalitetsarbeid vedrørende implementering av fagprosedyre resulterte dermed ikke i noe relevant funn.

3.0 Klinisk undersøkelse av intensivpasienten

Klinisk undersøkelse av intensivpasienten innebærer bruk av inspeksjon, auskultasjon, palpasjon og perkusjon, se tabell 2. (Breivik & Tymi, 2013, Smith & Balderrama, 2017, Stubberud, 2020, Tan et al., 2021, VAR Healthcare, 2020, Zambas et al. 2016). Det bør utføres på alle pasienter og krever ikke avansert teknisk utstyr (Drutz, 2020). Gjennom bruk av sansene og faglig kunnskap, får intensivsykepleieren oversikt over pasientens helsetilstand, og et utgangspunkt for å oppdage eventuelle endringer i pasientens tilstand (Breivik & Tymi, 2013, Smith & Balderrama, 2017, Stubberud, 2020, Tan et al., 2021). Klinisk undersøkelse kan bidra til bedre klinisk vurderingsevne og være et redskap for å treffe bedre sykepleiefaglige beslutninger (Breivik & Tymi, 2013, Drutz, 2020, Helsedirektoratet, 2020, Tan et al., 2021, Zambas et al., 2016).

Tabell 2 Metoder for klinisk undersøkelse av intensivpasienten (Stubberud, 2020).

Inspeksjon	Observere pasientens ytre med øynene
Auskultasjon	Lytte på bryst og bukhule med hjelp av stetoskop
Palpasjon	Kjenne på kroppsdeler med hendene
Perkusjon	Banke på kroppsoverflaten

3.1 ABCDE-prinsippet

Den kliniske undersøkelsen kan utføres systematisk etter forskjellige rutiner som for eksempel ABCDE-prinsippene, topp til tå eller etter funksjonsområdene i sykepleiedokumentasjonen. ABCDE-prinsippene, se tabell 3, er ofte brukt innenfor akutt- og intensivsykepleie (Johannessen, 2018), og er generelt anbefalt i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2020). ABCDE-prinsippene gir en standardisert gjennomgang av pasienten slik at tidlige tegn til helsesvikt kan oppdages (Helsedirektoratet, 2020, Stubberud, 2018).

Tabell 3 ABCDE-prinsippene (Helsedirektoratet, 2017, Johansen et al. 2018, Stubberud, 2018)

	Engelsk:	Norsk:	Observasjon:
A	Airway	Luftveier	<ul style="list-style-type: none">• Har pasienten frie luftveier?
B	Breathing	Respirasjon	<ul style="list-style-type: none">• Kartlegge respirasjonen (respirasjonsfrekvens, respirasjonslyder, rytme, dybde, hudfarge)• Sikre adekvat oksygenering og ventilering• Administrere forordnet oksygen og/eller annen legemiddelbehandling
C	Circulation	Sirkulasjon	<ul style="list-style-type: none">• Kartlegge sirkulasjonen (puls, blodtrykk, kapillær fyllingsgrad, hudtemperatur, diurese)• Observere blødning• Sikre venøs tilgang

			<ul style="list-style-type: none"> • Administrere forordnet intravenøs væskebehandling og/eller annen legemiddelbehandling
D	Disability	Bevissthet, neurologi	<ul style="list-style-type: none"> • Kartlegge bevissthet og neurologisk status (bevissthetsnivå, pupiller, blodsukker)
E	Expose / environment	Oversikt og omgivelser	<ul style="list-style-type: none"> • Gjøre ytre vurdering av pasienten (sår, utslett, ødem, kateter, dren) smerter • Måle pasientens kroppstemperatur

3.2 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for klinisk undersøkelse av intensivpasienten

Norsk sykepleieforbund landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS, 2004) definerer intensivsykepleie slik:

Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død. Målet med intensivsykepleie er å etablere en terapeutisk relasjon med intensivpasienter og deres pårørende, og å styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak.

Intensivsykepleierens funksjon og ansvar kan deles inn i pasientrettet og indirekte pasientrettet arbeid, og innebefatter flere funksjonsområder, se tabell 4.

Tabell 4 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde (NSFLIS, 2017, Stubberud, 2020)

Intensivsykepleierens funksjon og ansvar:	Funksjonsområder:
Intensivsykepleierens direkte pasientrettede funksjon og ansvar (kliniskutøvelse av intensivsykepleie)	Forebygging Behandling Rehabilitering Lindring
Intensivsykepleierens indirekte pasientrettede funksjon og ansvar	Undervisning og veiledning Forskning og kvalitetsarbeid Administrasjon og ledelse

Klinisk undersøkelse inngår i den pasientrettede utøvelsen av intensivsykepleie, og fremfor alt i den forebyggende funksjonen. Klinisk undersøkelse av pasienten er en vesentlig del av overvåkingen av pasienten for å oppdage helsesvikt, eller økt risiko for helsesvikt på et tidlig stadium (NSFLIS, 2017, Stubberud, 2020).

Den kliniske undersøkelsen av pasienten er forankret i lovverket. I følge helsepersonelloven, § 4 (1999), skal intensivsykepleieren gi forsvarlig og omsorgsfull hjelp og foreta nødvendige undersøkelser av pasienten. Ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere et ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (NSF 2019). I tillegg sier både forskning og litteratur at klinisk undersøkelse er viktig, og et verktøy til å observere, identifisere og vurdere forandringer i pasientens tilstand, hvilket kan bidra til å forebygge forverring og komplikasjoner hos pasienten gjennom hele pasientforløpet (Breivik & Tymi, 2013, Helsedirektoratet, 2020, Smith & Balderrama, 2017, Stubberud, 2020, Zambas et al., 2016). Det fremkommer også en positiv sammenheng mellom å utføre klinisk undersøkelse av pasienten på en systematisk måte og pasientsikkerhet (Breivik & Tymi, 2013, Drutz, 2020, Helsedirektoratet, 2020, Zambas et al., 2016).

Dette er en kompetanse intensivsykepleieren innehar, men som av erfaring ikke alltid er satt i system. Gjennom implementering av fagprosedyren «klinisk undersøkelse av intensivpasienten – voksne», får intensivsykepleieren et standardisert verktøy som kan bidra til å ivareta intensivsykepleierens funksjon og ansvar (NSFLIS, 2017, NSF, 2019).

4.0 Metode

Kvalitet i helsetjenestene kan defineres som at tjenestene er «virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt» (Helsedirektoratet, 2019e, Meld. St.10 (2012-2013)).

Metoden for dette arbeidet er kvalitetsarbeid, som kan beskrives som «en kontinuerlig prosess for utvikling og forbedring av helse- og omsorgstjenestene med mål om å bidra til pasientsikkerhet» (Stubberud, 2018, Meld.St.10 (2010-2012)). Kvalitetsarbeid er en viktig faktor for pasientens behandlingsresultat (Stubberud, 2018).

Kvalitetsarbeid kan inndeles i kvalitetsforbedring og kvalitetskontroll (Stubberud, 2018). Dette arbeidet kan beskrives som kvalitetsforbedring, hvilket kan defineres som

en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og implementere tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester. (Helsedirektoratet, 2017)

Hensikten med kvalitetsforbedring er ikke å lage ny teoretisk kunnskap, men å utvikle og legge til rette for systemer som gjør kunnskapen lett å praktisere (Helsedirektoratet, 2020, Stubberud, 2018).

4.1 Modell for kvalitetsforbedring

Kvalitetsforbedringsarbeid skal gjøres på en systematisk måte (Folkehelseinstituttet, 2019, Helsedirektoratet, 2020, Spoon et al., 2020). Det er utarbeidet ulike modeller og metoder som kan følges i arbeidsprosessen, både på et overordnet (makronivå) og underordnet (mikronivå) plan. Kandidaten har valgt å bruke modellen til Kongsmo og medarbeidere (2015) som en overordnet metode, fordi modellen er informativ med hensyn til beskrivelse av de overordnede trinnene i arbeidsprosessen, se figur 2. Modellen kan fungere som en huskeliste, og brukes til små og store forbedringsprosesser (Kongsmo et al., 2015).

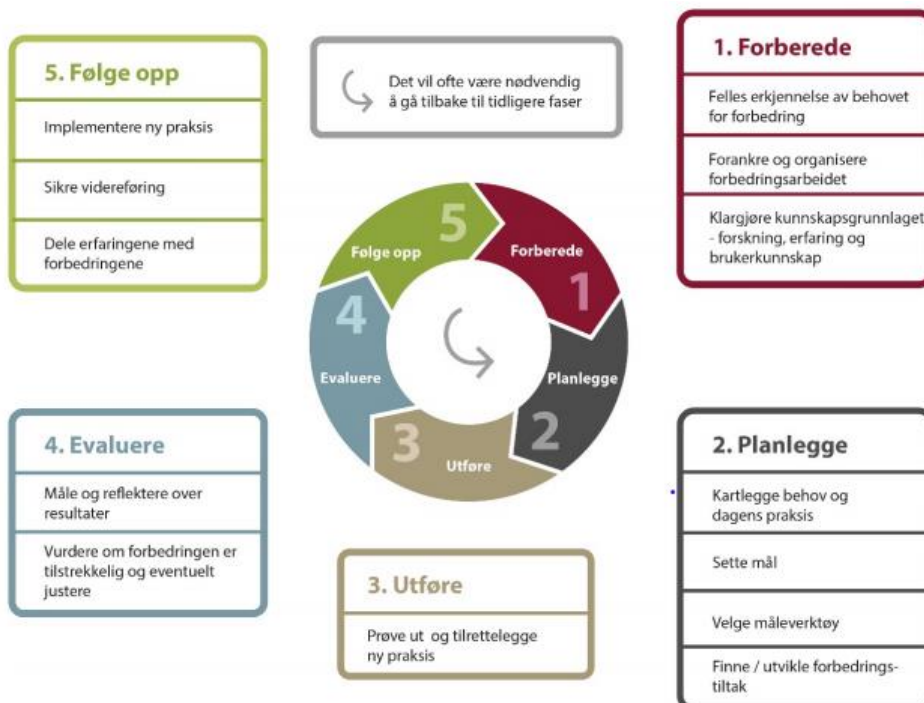
Modellen er en videreutvikling av Demings sirkel, en mye brukt modell for kvalitetsforbedring, både nasjonalt og internasjonalt (se fig. 1). Kongsmo og medarbeidere har supplert Demings sirkel med et femte trinn i beskrivelsen av arbeidsprosessen. Modellen viser at kvalitetsforbedringsarbeid ikke

nødvendigvis er en lineær prosess, men at man under arbeidet kan ha behov for å gå tilbake til tidligere faser i prosessen (Konsmo et al. 2015). Bruken av modellen i eksamensarbeidet er presentert i tabell 5.

Fig. 1 Demings sirkel (Helsebiblioteket, 2010b)



Fig. 2 Modell for kvalitetsforbedring (Konsmo et al., 2015)



Tabell 5 Oversikt over arbeidsprosessen i henhold til Kongsmo og medarbeideres modell for kvalitetsforbedring (2015)

1. Forberede	Felles erkjennelse av problemet	Redegjøres for i kapittel 5.1
	Forankre og organisere forbedringsarbeidet	Redegjøres for i kapittel 5.3, 6.0
	Klargjøre kunnskapsgrunnlaget – forskning, erfaring og brukerkunnskap	Redegjøres for i kapittel 5.2, 5.4
2. Planlegge	Kartlegge behov og dagens praksis	Redegjøres for i kapittel 1.1, 5.1
	Sette mål	Redegjøres for i kapittel 1.2
	Velge måleverktøy	Ikke aktuelt
	Finne / utvikle forbedringstiltak	Redegjøres i kapittel 2.0, 6.0
3. Utføre	Prøve ut og tilrettelegge ny praksis	Da dette er et eksamensarbeid blir kun pilot testing og utarbeiding / forslag til implementeringsplanen gjort rede for, se kapittel 6.0, 7.0.
4. Evaluere	Måle og reflektere over resultater	Da dette er et eksamensarbeid med begrenset tid blir ikke trinn 4 og 5 gjort rede for.
	Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere	
5. Følge opp	Implementere ny praksis	
	Sikre videreføring	
	Dele erfaringene med forbedringene	

4.2 Modell for å skape varige forbedringer

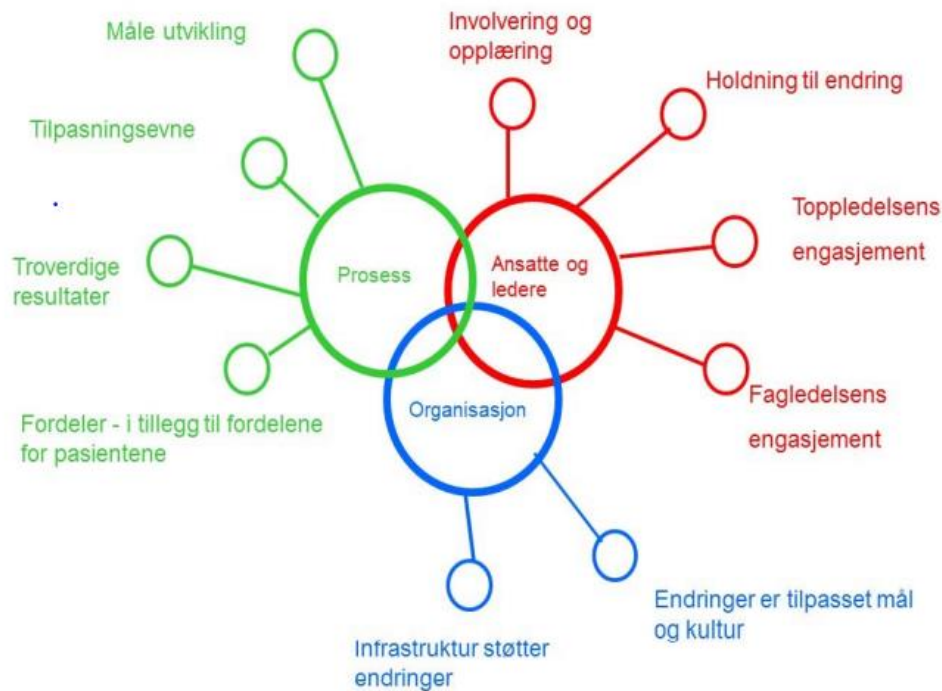
Målet med kvalitetsforbedring, som her å implementere en fagprosedyre, er å skape vedvarende forbedringer av helsehjelpen til pasienten ved å forandre praksis. Kongsmo og medarbeidere (2015) beskriver vedvarende forbedringer som «når nye arbeidsmetoder og forbedringer blir normen, den måten vi gjør tingene her hos oss». Hensikten er at fagprosedyren som implementeres, skal beskrive den fremtidige måten å arbeide på (Helsedirektoratet, 2012).

Kongsmo og medarbeideres modell for kvalitetsforbedring (Kongsmo et al., 2015) beskriver ikke konkret hvordan en implementeringsplan skal utarbeides og hva den skal inneholde. Som modell eller metode på mikronivå, valgte kandidaten å bruke modellen til Maher og medarbeidere (Maher et al., 2016) (se figur 3 og tabell 6). Modellen eller metoden er utviklet av National Health Service i Storbritannia og beskriver prosessen med å få til vedvarende forbedringer som et forhold mellom tre hovedfaktorer:

1. prosess
2. ansatte og ledere
3. organisasjon

Faktorene påvirker hverandre med hensyn til å fremme eller hemme gjennomføring og opprettholdelse av et forbedringsarbeid (Maher et al., 2016, Stubberud, 2018). Kandidaten valgte denne metoden fordi den er presentert i et dokument som informativt beskriver hvordan implementering av forbedringsarbeid kan gjøres og hva en slik plan bør omfatte.

Fig. 3 Modell for varig forbedring (Maher et al., 2016)



Tabell 6 Faktorer for å implementere et forbedringsarbeid (Konsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016, Stubberud, 2018)

Prosess	<ul style="list-style-type: none"> • Å få forbedringsarbeidet godkjent hos ledelsen • Formulere en plan for implementeringen • Gjøre en interessentanalyse og kartlegge hvilke eventuelle barrierer og motstand mot forandringen som kan være tilstede
Ansatte og ledere	<ul style="list-style-type: none"> • Å engasjere ledelsen • Utarbeide strategier for å finne løsninger på eventuelle barrierer eller motstand mot endringer • Det er også viktig å involvere personalet i forbedringsarbeidet for å lykkes
Organisasjon	<ul style="list-style-type: none"> • Samhandle med organisasjonen, her helseforetaket/sykehuset • Å sikre at forbedringsarbeidet samsvarer med helseforetakets og avdelingens målsetting/strategi • Her er det også aktuelt å sikre faglig kvalitet gjennom å sende fagprosedyren som skal implementeres på høring til relevante faglige grupper og instanser • Gjøre fagprosedyren som skal implementeres tilgjengelig i prosedyrenettverket

4.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid

Som nevnt i kapitel 3.2, tabell 4, deles intensivsykepleierens funksjon og ansvarsområder inn i pasientrettet og indirekte pasientrettet arbeid. Kvalitetsarbeid inngår i det indirekte arbeidet sammen med undervisning, veiledning, forskning, administrasjon og ledelse (NSFLIS, 2017, Stubberud, 2020).

I følge lov om spesialisthelsetjenesten (§3-4a, 1999) skal intensivsykepleieren sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedringer og pasientsikkerhet. I funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere, står det at intensivsykepleieren initierer, samarbeider om og tar ansvar for kvalitetsforbedring (NSFLIS, 2017, kap. 3.0). Henhold til de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (NSF, 2019) har sykepleieren «et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig».

5.0 Forberede og planlegge

I dette kapitlet redegjøres arbeidsprosessen med å utarbeide implementeringsplanen.

Arbeidsprosessen følger som nevnt Kongsmo og medarbeideres modell (2015) for kvalitetsforbedring.

5.1 Behov for forbedring

Forskning viser at sykepleiere ikke utfører klinisk undersøkelse på grunn av manglende kunnskap og ferdigheter, og at det tradisjonelt er sett på som en legeoppgave (Breivik & Tymi, 2013, Tan et al., 2021). Faget er i stadig utvikling, og på videreutdanningen i intensivsykepleie har det i de senere år vært et økt fokus på klinisk undersøkelse av intensivpatienten gjennom en ABCDE tilnærming. Som veileder er min erfaring at intensivsykepleierstudentene som regel bruker og/ eller verdsetter å bli opplært til en ABCDE tilnærming til intensivpatienten. Dette for å få en rask og trygg oversikt over pasienten, samtidig som det gir et utgangspunkt for å overvåke eventuelle forandringer i pasientens tilstand. Ikke alle intensivsykepleiere veileder studenter og risikerer dermed ikke å bli gjort oppmerksom på denne utviklingen som har skjedd innenfor intensivsykepleien. Dette skaper et skille mellom de med eldre og yngre utdanning. Opplæringen og kulturen i avdelingen kan også påvirke hvordan intensivsykepleiere arbeider. Ut fra egen erfaring er det store ulikheter i hvordan intensivsykepleieren arbeider etter overtakelsen av en intensivpatient. Dette medfører en slags tilfeldighet for hvordan intensivpatienten ivaretas og hvor raskt eventuelle forandringer i pasientens tilstand blir oppdaget.

Etter overgangen til elektronisk kurvføring er det en utbredd opplevelse blant intensivsykepleierne ved intensivavdelingen i Drammen, at de ikke har den samme oversikten over pasienten som tidligere. Den elektroniske kurvføringen tar mye oppmerksomhet, og fokuset er i stor grad flyttet fra pasienten til pc-en. Dette har medført en del frustrasjon, usikkerhet og følelse av å gjøre et dårligere arbeid. Det har også medført en opplevelse av å måtte finne en annen måte å arbeide på. Implementering av nevnt fagprosedyre kan ved å være et strukturert verktøy, bli en hjelp til å flytte fokuset tilbake til pasienten, i tillegg til å gi alle en mulighet å utvikle seg faglig.

Den administrative og faglige ledelsen i intensivavdelingen ved Drammen sykehus støtter initiativet, og ser behovet og potensialet for et forbedringsarbeid innenfor dette feltet. Det er et konkret, praktisk forbedringsarbeid, med forsvarlig bruk av ressurser, som kan bidra til en kvalitetssikring og økt pasientsikkerhet i intensivavdelingen.

5.2 Søk etter fagprosedyrer for klinisk undersøkelse av intensivpatienten

Som nevnt i kapittel 1.1 er det laget fagprosedyrer for klinisk undersøkelse av intensivpatienten, men avdelingen hadde ingen klar formening om hvilken prosedyre de skulle implementere. En del av arbeidsprosessen var derfor å søke etter relevante fagprosedyrer og kvalitetsvurdere disse. For å gjøre dette søket systematisk, valgte kandidaten å bruke samme metode som beskrevet i kapittel 2.0. Søket er redegjort i tabell 7.

Tabell 7 Oversikt over systematisk søk etter fagprosedyrer vedrørende klinisk undersøkelse av intensivpatienten

	Funn	Relevante funn
1. Nasjonale retningslinjer fra helsedirektoratet	0	0
2. Helsebibliotekets retningslinjedatabase	0	0
3. Nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer	2	Oslo Universitets sykehus (OUS), (2021)
4. Andre norskspråklige fagprosedyrer <ul style="list-style-type: none">- Andre helseforetaks nettsider- VAR Healthcare- Sykepleiehåndboka	2 0 0	0
5. Kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer utviklet i andre land <ul style="list-style-type: none">• Center for kliniske retningslinjer• Guidelines international network• Joanna Briggs• National institute for health and care excellence / NICE database• Scottish intercollegiate Guidelines Network• Sosialstyrelsen nationella riktlinjer• Sundhedsstyrelsen, Nationale kliniske retningslinjer• New Zealand Guideline group (NZGG)• Nursing Reference Center	0 0 0 0 0 0 0 0 1	Smith & Balderrama, (2017)
6. Kunnskapsbaserte retningslinjer publisert i tidsskrifter <ul style="list-style-type: none">• Medline• Cinahl	0 0	0

5.2 .1 Kvalitetsvurdering av fagprosedyrer omhandlende «Klinisk undersøkelse av intensivpatienten»

For å vurdere om en fagprosedyre er valid nok til å brukes, anbefales det å gjøre en kvalitetsvurdering med Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II (AGREE II) (Brouwers et al., 2017, Helsedirektoratet 2012, Stubberud, 2018). Det er et internasjonalt anerkjent verktøy som består av 6

domener med 23 spørsmål som skal besvares, se tabell 8 (Brouwers et al., 2017, Nortvedt et al, 2012). Kvalitetsvurderingen av de to aktuelle fagprosedyrene som ble funnet, er presentert i tabell 8.

Tabell 8 Kvalitetsvurdering av fagprosedyrer vedrørende klinisk undersøkelse av intensiv pasienten med AGREE II (Kunnskapsbasertpraksis.no, 2018)

Forfattere av fagprosedyre:		OUS (2021) (Nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer)	Smith & Balderrama, (2017), (Nursing Reference Center)
1. Avgrensning og formål	1. Fagprosedyrens overordnede mål er klart beskrevet.	Ja	Ja
	2. De(t) kliniske spørsmålet i fagprosedyren er klart beskrevet.	Ja	Ja
	3. Populasjonen (pasienter, brukere, befolkning) fagprosedyren omfatter er klart beskrevet.	Ja	Ja
2. Involvering av interessenter	4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet fagprosedyren har med personer fra alle relevante faggrupper.	Ja	Kommer ikke frem.
	5. Synspunkter og ønsker fra populasjonen fagprosedyren omhandler (pasient) er forsøkt inkludert.	Ja	Kommer ikke frem.
	6. Fagprosedyrens målgruppe er klart formulert.	Ja	Ja
3. Metodisk nøyaktighet	7. Systematiske metoder ble brukt for å søke etter kunnskapsgrunnlaget.	Ja	Nei , det fremkommer ikke.
	8. Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet.	Ja	Nei , det fremkommer ikke.
	9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet.	Ja	Nei , det kommer ikke klart frem.
	10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet.	Ja	Nei , det fremkommer ikke.
	11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelsen av anbefalingene.	Ja	Noen er presentert.
	12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget.	Ja	Nei, kommer ikke klart frem.
	13. Fagprosedyren er blitt vurdert eksternt av eksperter før publisering.	Ja	Kommer ikke klart frem.
	14. Prosedyre for oppdatering av fagprosedyren er beskrevet.	Ja	Nei, kommer ikke frem.
4. Klarhet og presentasjon	15. Anbefalingene er spesifikke og entydige.	Ja	Ja
	16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden er klart beskrevet.	Ja	Nei, det fremkommer ikke tydelig.
	17. De sentrale anbefalingene er lette å identifisere.	Ja	Ja

5. Anvendbarhet	18. Faktorer som kan hemme eller fremme bruk av fagprosedyren er klart beskrevet.	Ja	Nei, ikke beskrevet.
	19. Fagprosedyren er støttet av råd og/eller verktøy for bruk i praksis.	Ja	Ja
	20. Potensielle ressursmessige implikasjoner ved å følge anbefalingene er tatt i betraktning.	Ja	Ja
	21. Fagprosedyren inneholder vurderingskriterier for monitorering og/eller evaluering.	Ja	Kommer ikke klart frem
6. Redaksjonell uavhengighet	22. Fagprosedyren er redaksjonelt uavhengig av den bidragsytende instans.	Ja	Ikke beskrevet
	23. Det er redegjort for interessekonflikter for arbeidsgruppens medlemmer.	Ja	Ikke beskrevet

Fagprosedyren av Smith & Balderrama (2017) oppfyller domene avgrensning og formål og de fleste punktene under klarhet, presentasjon og anvendbarhet. Når det kommer til metodisk nøyaktighet og redaksjonell uavhengighet oppfylles ikke kravene. Her er det mye som ikke er redegjort, hvilket fører til store mangler. Prosedyren er vurdert av Nursing Practice Council og publisert i databasen Nursing Reference Center som er på trinn fire i kunnskapspyramiden. Fagprosedyren omhandler pasienter generelt, ikke intensivpasienter spesielt. Kandidaten vurderer den til å være meget praksisrettet og omfattende, men ikke så oversiktlig og brukervennlig. Prosedyren kan brukes som bakgrunnsmateriale i arbeidsprosessen, men ikke som en fagprosedyre til implementering i avdelingen.

Fagprosedyren til OUS (2021) oppfyller alle domene i kvalitets-vurderingen. Den har et oversiktlig og brukervennlig format, i tillegg til å være tilpasset til intensivavdeling og norske forhold.

På bakgrunn av dette vurderes denne fagprosedyren til å oppfylle kravene til AGREE II, og kan derved implementeres i avdelingen, se vedlegg 1.

5.3 Arbeidsgruppe

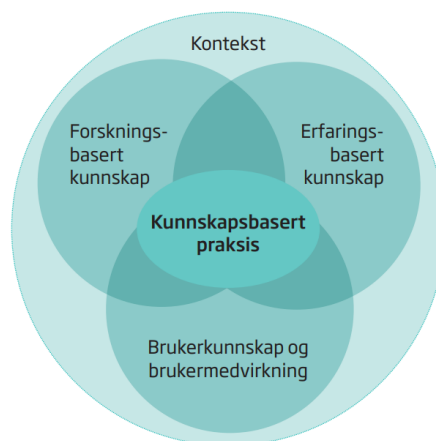
Det anbefales at arbeidsgruppen ved et kvalitetsarbeid er tverrfaglig og bestående av fire til syv personer (Correa et al., 2020, Helsedirektoratet, 2019a.). For å få faglig tyngde og signalisere betydningen av arbeidet, er det viktig at fagutviklingssykepleier er med i arbeidsgruppen (Mahler et al., 2016). Andre aktuelle personer er anestesilege eller intensivmedisinere og intensivsykepleiere fra avdelingen. Hvis det er lite erfaring med forbedringsarbeid i gruppen, kan det være lurt å ha med seg en lokal veileder i arbeidet (Amundsen & Kongsvik, 2016, Helsedirektoratet, 2019a, Jordan et al., 2017, Konsmo et al., 2015, Schub & Walsh, 2017). Mer om arbeidsgruppen blir redegjort for i kapittel 6.

I og med dette er et eksamensarbeid med definerte tidsfrister for levering av arbeidet, har det ikke vært mulig å sette sammen en tverrfaglig arbeidsgruppe. Arbeidsgruppen har derfor bare bestått av kandidaten. For ar planen skal kunne brukes i sykehuset, bør en sammensatt tverrfaglig gruppe kvalitetsvurdere planen.

5.4 Kunnskapssøk og kildekritikk

Søk etter relevant kunnskap til bruk i arbeidsprosessen, er en omfattende del av kvalitetsarbeidet. Kvalitetsarbeid skal utføres etter prinsippene for kunnskapsbasert praksis. Det vil si å bruke systematisk innhentet forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasient kunnskap, i den faglige avgjørelsen man tar (se fig. 4) (Helsedirektoratet, 2012, Nortvedt et al., 2012, Stubberud, 2018).

Figur 4 Modell for kunnskapsbasert praksis (Helsedirektoratet, 2012)



For å få en oversikt over temaet, problemstillingen og aktuelle metoder for arbeidet, ble det gjort usystematiske søk etter relevant litteratur som fagbøker, fagartikler, lover og forskrifter og stortingsmeldinger (se tabell 9).

Tabell 9 Oversikt over litteratur som er funnet og lest for økt bakgrunnskunnskap

Forfatter	Tittel
Lover:	
Helsepersonelloven, 1999	
Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999	
Spesialisthelsetjenesteloven, 1999	
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016	

Stortingsmeldinger:	
Meld. St. 10 (2012-2013) Helse- og omsorgsdepartementet	God kvalitet- trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten
Meld. St. 12 (2015-2016) Helse- og omsorgsdepartementet	Kvalitet og pasientsikkerhet 2014
Meld. St. 34 (2015-2016) Helse- og omsorgsdepartementet	Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering
Meld. St. 13 (2016-2017) Helse- og omsorgsdepartementet	Kvalitet og pasientsikkerhet 2015
Meld. St. 6 (2017-2018) Helse- og omsorgsdepartementet	Kvalitet og pasientsikkerhet 2016
Meld. St. 7 (2019-2020) Helse- og omsorgsdepartementet	Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023
Meld. St. 9 (2019-2020) Helse- og omsorgsdepartementet	Kvalitet og pasientsikkerhet 2018
Meld. St. 11 (2020-2021) Helse- og omsorgsdepartementet	Kvalitet og pasientsikkerhet 2019
Retningslinjer / veiledere / nasjonale råd / handlingsplaner / rapporter:	
Helsedirektoratet, 2012	Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer
Helsedirektoratet, 2017	Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. IS -2620.
Helsedirektoratet, 2016	Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus. Undersøkelser gjennomført i 2012 og 2014. IS-2406.
Helsedirektoratet, 2019	Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023
Helsedirektoratet, 2019	Forbedringsguiden
Helsedirektoratet, 2020	Nasjonale faglige råd; Tidlig oppdagelse av rask respons ved forverret somatisk tilstand
Helsebiblioteket, 2012	Verktøykasse implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer
Folkehelseinstituttet, 2014	Prosedyreprosjektet (prosjektbeskrivelse) - prosjektbeskrivelse
Folkehelseinstituttet, 2019	Forbedringsarbeid i helsetjenesten
Rapport fra kunnskapssenteret nr. 10-2015 (Fretheim, Flottorp & Oxman, 2015)	Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer
Helsedirektoratet, 2016	Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus. Undersøkelser gjennomført i 2012 og 2014
Norsk sykepleierforbund, 2019	Yrkesetiske retningslinjer
NSFLIS, 2017	Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere
Vestre Viken	Utarbeidelse, høring, godkjenning og implementering av dokumenter i eHåndbok. Dokument ID: 1087
Vestre Viken	Dokument til høring i eHåndbok. Dokument ID: 564
Litteratur:	
Amundsen & Kongsvik, 2016	Endringskynisme og kunsten å skape god endringspraksis
Brinchmann, 2016	Etikk i sykepleien
Dalland, 2020	Metode og oppgaveskriving
Gulbrandsen & Stubberud, 2020	Intensivsykepleie
Johansen et al., 2018	Legevakt håndboken, ABCDE-primer-og sekundærundersøkelse
Konsmo et al., 2015	Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid
Konsmo & Vege, 2015	Verktøy for vedvarende forbedring
Maher et al., 2016	Model for implementering og fastholdelse af ny praksis
Maher et al., 2016	Model for implementering og fastholdelse af ny praksis
Nortvedt et al., 2012	Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok

Stubberud, 2018	Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid
Fag-, forskningsartikler:	
Bang, 2013	Organisasjonskultur. En begrepsavklaring
Batalden & Davidoff, 2007	What is «quality improvement» and how can it transform healthcare?
Brandrud et al., 2011	Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members
Fischer et al., 2016	Barriers and Strategies in Guideline Implementation-A Scoping Review
Gordon, J., 2003	ABC of learning and teaching in medicine: One to one teaching and feedback
Gunawan & Hariyati, 2019	The implementation of patient safety culture in nursing practice
Haugh, K. H., 2015	Head-to-toe: Organizing your baseline pasient
Henneman et al., 2012	Surveillance: A strategy for Improving Pasient Safety in Acute and Critical Care Units
Masiello & Mattsson, 2015	Simulering och klinisk träning. Uppdrag från Utredningen om högspecialiserad vård (S 2014:11). Stockholm
Murphy et al. 2019	Systematiske pasientundersøkelser avdekker forverring og kan redde liv
Sackett, D.L 1992	A primer on the precision and accuracy of the clinical examination
Schoeber et al., 2020	Healthcare professionals knowledge of the systematic ABCDE approach
Thim. T et al. 2010	ABCDE – systematisk tilgang til pasienter med kritisk sykdom
Von Thiele Schwarz & Hansson, 2019	Implementering – Verktøyet som ser til at innovation och kontext fungerer ihop
Wallace, 2019	Strategies to effect change in the ICU
Wu et al., 2018	Do educational interventions aimed at nurse to support the implementation of evidence based practice improve patient outcomes? A systematic review

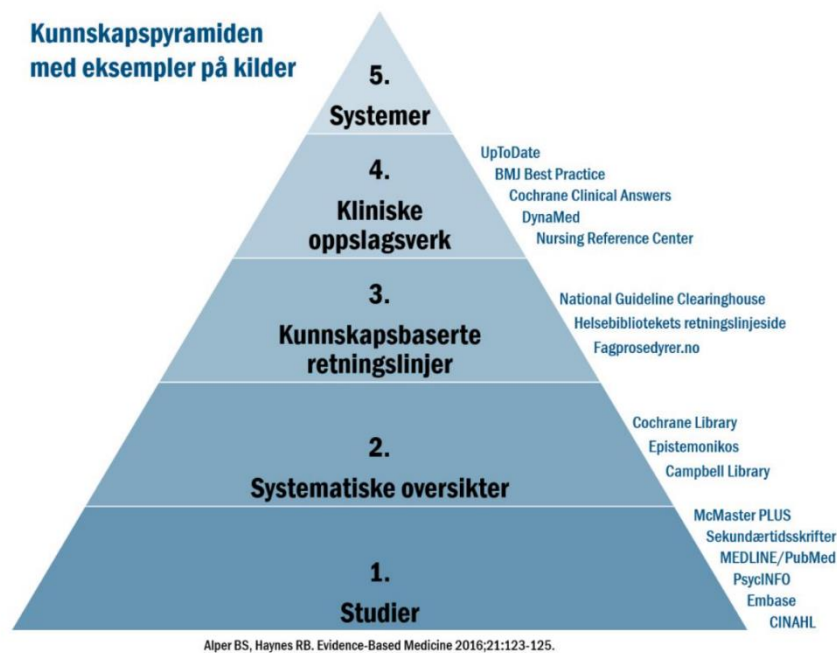
5.4.1 Forskningskunnskap

Forskning kan defineres som «kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap». Den deles inn i grunnforskning og anvendt forskning. Grunnforskning retter seg mot fenomener eller fakta, uten mål om direkte bruk. Anvendt forskning retter seg mot direkte praktiske mål eller bruk. I kvalitetsarbeid og annen kunnskapsbasert praksis, er det anvendt forskning som brukes, og resultatene påvirker hvordan vi utøver faget (Nortvedt et al., 2012).

Det er viktig at søket etter forskningskunnskapen gjøres systematisk, har en klar problemstilling, og tydelige kriterier for inklusjon og eksklusjon (Helsedirektoratet, 2012, Stubberud, 2018). I kvalitetsarbeid er det viktig å basere kliniske avgjørelser på mest mulig oppsummert og allerede kvalitetsvurdert forskning. Det anbefales derfor å bruke kunnskapspyramiden til hjelp i søkeprosessen (se fig. 5). Dette systemet er utviklet ved McMaster universitetet i Canada (Alper & Haynes, 2016, Helsebiblioteket, 2016a, Nortvedt et al., 2012, Stubberud, 2018).

Kunnskapspyramiden er bygget opp i fem trinn, hvor søket foregår systematisk ovenfra og ned. Det øverste trinnet er ikke utviklet enda. Kunnskapssøket starter derfor på kliniske oppslagsverk, trinn fire. Poenget med å bruke dette systemet er at kunnskapen på trinnene 2-4 er oppsummert og kvalitetsvurdert. På trinn 1 må kunnskapen kvalitetvurderes ved bruk av sjekklister for kvalitetsvurdering av forskningsartikler (Alper & Haynes, 2016, Helsebiblioteket, 2016b, Nortvedt et al., 2012, Stubberud, 2018).

Figur 5 Kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket, 2016a)



For å gjennomføre et systematisk kunnskapssøk er det anbefalt å bruke PICO-skjema som hjelp til å formulere problemstillingen og strukturere søkeordene. Bokstavene i PICO (se tabell 10) står for bestemte elementer i kliniske problemstillinger (Helsedirektoratet, 2012, Nortvedt et al., 2012, Stubberud, 2018). Det bør brukes søkeord på norsk, engelsk og med mesh-termer. Medical Subject Headings (MeSH) er helsefaglige termer på engelsk og norsk, hvilket er til hjelp i den medisinske fagterminologien og underletter kunnskapssøket (Helsebiblioteket, 2020). MeSH ordene ble funnet med hjelp av termbasene MeSH browser og Svensk MeSH.

5.4.1.1 Søk etter forskningskunnskap om klinisk undersøkelse av intensivpatienten

Kandidaten startet søkeprosessen med å søke etter forskningskunnskap om det overordnede temaet. Det vil si klinisk undersøkelse av intensivpatienten. Når man skal implementere et forbedringsarbeid, trenger man valid kunnskap om hensikten med forbedringen.

Det ble laget et PICO - skjema, se tabell 10, og søkeordene under P og I ble brukt i kunnskapssøket. Det ble gjort søk med kombinasjoner av and og or for bedre treff mulighet. Horisontalt i PICO-skjemaet ble ordene kombinert med and og vertikalt ble de kombinert med or. Det innebærer at *and* avgrenser søket mens *or* utvider søket (Helsebiblioteket, 2016c). Det ble søkt på enkelt ord, enkelt setninger og ulike kombinasjoner av ord. Søkeordene *physical examination* og *clinical assesement* gav flest relevante treff. Søkehistorikken er presentert i tabell 11.

Tabell 10 Pico skjema for søk etter forskningskunnskap om klinisk undersøkelse av intensivpasienten

	P Pasient /problem / populasjon	I Intervensjon / tiltak	C Sammenligning av tiltak	O Outcome / utfall
Norske ord	Intensivsykepleier Intensivpasient Intensivsykepleie	Systematikk undersøkelse ABCDE Klinisk undersøkelse		
Engelske ord	Nurse practitioners Critical care nurse Intensive care pasient ICU pasient Critically ill pasient ICU nursing	ABC ABCDE ABCDE approach Clinical examination Clinical assesement Systematic observation Physical assesement		
Mesh ord	Nurses Nurse practitioners Critical care nursing	Physical examination		

Tabell 11 Oversikt over kunnskapssøk om klinisk undersøkelse av intensivpasienten

4. Kliniske oppslagsverk	Databaser	Antall treff	Relevante funn
	UpToDate	1	Drutz, (2020)
	BMJ Best practice	0	
	Cochrane Clinical Answers	0	
	DynaMed	16	0
	Nursing Reference Center	286	Smith & Balderrama, (2017)
	Norsk elektronisk legehåndbok	1	Johannessen, (2018)
3. Kunnskapsbaserte retningslinjer	Nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet	0	
	Helsebibliotekets retningslinjebase	0	
	Nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer	2	Oslo universitetssykehus, (2021)
	Andre norskspråklige fagprosedyrer	1	VAR Healthcare, (2020)
	Kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer utviklet i andre land	6	0

	Kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer i tidsskrifter	0	
2. Systematiske oversikter	Cochrane Library	57	0
	Epistemonikos	514	Tan et al., (2021)
	Campbell Library	1	0
	SveMed+	2	Drutz, (2020), Breivik & Tymi, (2013)
1. Studier	PDQ - Evidence	1	0
	Embase	80	0
	British Nursing Index	0	
	SveMed+	6	0
	Cinahl	68	0
	Medline	145	0
	PubMed	60	0

I referanser til annen kilde ble det gjort relevant funn av, Zambas et al., (2016).

5.4.1.2 Søk etter forskningskunnskap om metoder for implementering av forbedringsarbeid

Søket etter forskningsbasert kunnskap fortsatte, og rettet seg mot kunnskap om metoder for implementering av forbedringsarbeid. Det ble laget et nytt PICO - skjema, se tabell 12. Søkordene *implementation, barriers, implementation strategies, opinion leader og education strategies*, gav flest relevante treff. Oversikt over kunnskapssøket er presentert i tabell 13. Oversikt over kunnskap funnet på respektive tema presenteres i tabell 14.

Tabell 12 PICO - skjema for kunnskapssøk om metoder for implementering av forbedringsarbeid

	P Pasient /problem / populasjon	I Intervensjon / tiltak	C Sammenligning av tiltak	O Outcome / Utfall
Norske ord	Retningslinje Fagprosedyre Prosedyre Best praksis Implementering Implementeringsstrategi	Implementering Implementeringskunnskap Implementeringsvitenskap Barrierer og motstand Hemmende og fremmende faktorer. Implementeringsstrategier Opplæring Opplæringsstrategier Pilottesting Pilot prosjekt Småskaletesting Praksisbesøk Opinionsleder Ferdighetstrening		
Engelske ord	Clinical practice guidelines Clinical procedure Implementation	Implementation Systematic assessment Barriers Facilitators Determinants factors Implementation strategies Education		

	Implementation strategy	Education strategies Educational interventions Pilot project Educational outreach visits Opinion leader Champion leader One-on-one teaching Simulation Skill training Interactiv training In-situ simulation		
Mesh ord	Guideline Practice guideline Policy Methods Implementation science	Implementation science Learning Teaching materials Education continuing Pilot projects Simulation training		

Tabell 13 Oversikt over kunnskapssøk etter metoder for implementering av forbedringsarbeid

4. Kliniske oppslagsverk	Databaser	Antall treff	Relevante funn
	UpToDate	402	Shekelle, (2020), Evans & Mints, (2020)
	BMJ Best practice	152	0
	Cochrane Clinical Answers	59	0
	Nursing Reference Center	360	Schub & Walsh, (2017), Hegland et al., (2017)
3. Kunnskaps baserte retningslinjer	Nasjonale retningslinjer fra Helsedirektoratet	0	
	Helsebibliotekets retningslinjebase	0	
	Nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer	1	0
	Andre norskspråklige fagprosedyrer	1	0
	Kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer utviklet i andre land	465	Sundhetsstyrelsen, (2019a, 2019b), Socialstyrelsen, (2012), Healthcare Improvement Scotland, (2019)
	Kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer i tidsskrifter	56	0
2. Systematiske oversikter	Cochrane Library	223	Giguère et al. (2020), Flodgren et al., (2019)
	Epistemonikos	599	Jun et al., (2016), Correa et al., (2020), Spoon et al., (2020), Häggman-Laitila et al., (2017), Borgert et al., (2015), Ebben et al., (2018), Jordan et al., (2017), Chan et al., (2017), Miech et al., (2018), Hegland et al., (2017)
	Campbell Library	163	0
	SveMed+	434	0
	ACP Journal Club	8	Chan et al., (2017)
	Medline	240	Ebben et al., (2018), Jordan et al., (2017), Connell et al., (2016), Häggman-Laitila et al., (2017), Giguère et al., (2020)
	Cinahl	177	Spoon et al., (2020), Beets et al., (2020), Chan et al., (2017), Jordan et al., (2017), Häggman-Laitila et al., (2017)
	PubMed	432	Häggman-Laitila et al., (2017), Jordan et al., (2017), Chan et al., (2017), Hegland et al.,

		(2017), Orique & Phillips., (2017), Connell et al., (2016)
--	--	--

I kvalitetsarbeid er det viktig å basere kliniske avgjørelser på mest mulig oppsummert og allerede kvalitetsvurdert forskning, hvilket befinner seg på trinn to og oppover. Det ble funnet kunnskap på alle temaene og søket ble derfor avsluttet etter trinn to (Stubberud, 2018).

Tabell 14 Oversikt over kunnskap funnet på respektive tema

Tema:	Kunnskap funnet på tema:
Generell implementeringskunnskap	Shekelle, (2020), Evans & Mints, (2020), Schub & Walsh, (2017), Jun et al., (2016), Jordan et al., (2017), Ebben et al., (2018), Correa et al., (2020), Häggman-Laitila et al., (2017) Spoon et al., (2020), Chan et al., (2017), Healthcare Improvement Scotland, (2019), Sosialstyrelsen, (2012), Sundhedsstyrelsen, (2019a, 2019b)
Barrierer og motstand	Shekelle, (2020), Jun et al. (2016), Correa et al. (2020), Sundhedsstyrelsen, (2019a), Sosialstyrelsen, (2012), Healthcare Improvement Scotland, (2019)
Implementeringsstrategier	Shekelle, (2020), Giguère et al., (2020), Flodgren et al., (2019) Häggman-Laitila et al., (2017), Wu et al., (2018), Spoon et al., (2020), Chan et al., (2017), Healthcare Improvement Scotland, (2019), Sundhedsstyrelsen, (2019a)
Opplæring	Shekelle, (2020), Giguère et al., (2020), Flodgren et al., (2019) Correa et al., (2020), Borgert et al., (2015), Häggman-Laitila et al., (2017), Chan et al., (2017), Spoon et al., (2020), Ebben et al., (2018), Sosialstyrelsen, (2012)
Pilottesting	Shekelle, (2020), Beets et al., (2020)
Praksisbesøk	Shekelle, (2020), Jordan et al., (2017), Chan et al., (2017) Ebben et al., (2018), Häggman-Laitila et al., (2017), Sundhedsstyrelsen, (2019a)
Opinionsleder	Shekelle, (2020), Flodgren et al., (2019), Häggman-Laitila et al., (2017), Giguère et al. (2020), Miech et al., (2018), Sundhedsstyrelsen, (2019a), Healthcare Improvement Scotland, 2019, Sosialstyrelsen, 2012
Ferdighetstrening	Häggman-Laitila et al., (2017), Orique & Phillips, (2018), Connell et al., (2016), Hegland et al., (2017)

Usystematisk søk i enkelte tidsskrifter gav relevant funn i Sykepleien forskning, Evenstad et al. (2020).

5.4.2 Erfaringskunnskap

Intensivsykepleierens erfaring har stor betydning i den praktiske hverdagen. Erfaringskunnskapen er kunnskap som erverves gjennom yrkeslivet og er en viktig del av kunnskapsbasert praksis (Nortvedt et al., 2012, Stubberud, 2018). Det kan også betegnes som klinisk blick, ekspertise, skjønn, eller taus kunnskap (Nortvedt et al., 2012).

Min erfaring av overtakelse av intensivpasienten, er at det gjøres veldig forskjellig som nevnt i kapittel 5.1. Vedrørende bruk av fagprosedyrer er kandidatens erfaring positiv. Kandidaten opplever det som

trygt å ha en mal å forholde seg til, og ser nytteverdien av å standardisere arbeidet. Kandidaten har ingen erfaring med å lage implementeringsplan for fagprosedyrer.

5.4.3 Pasientkunnskap

Det har skjedd en utvikling fra at helsepersonell bestemte helt og fullt, til at pasienten deltar aktivt i beslutninger relatert til egen helse (Brinchmann, 2017, Nortvedt et al., 2012). Helsepersonell må ta hensyn til i hvilken grad den enkelte pasienten har mulighet å delta i avgjørelser omkring egen helse (Meld. St. 7, 2019-2020), men det er lovfestet at pasienten har rett til medvirkning og at tjeneste tilbudet skal utvikles og forbedres i samarbeid med pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Myndighetene sier også at det er essensielt med pasientmedvirkning på systemnivå i utvikling av helse- og omsorgstjenester (Meld. St. 7, 2019-2020).

Når det kommer til pasientkunnskap vedrørende klinisk undersøkelse av intensivpasienten og implementering av en fagprosedyre, har ikke pasienten forutsetning eller faglig kompetanse til å vite hva som bør undersøkes, på hvilken måte, eller hvordan implementeringen bør foregå. Det blir derfor ikke inkludert pasientkunnskap i dette kvalitetsarbeidet.

5.4.4 Kildekritikk

Kildekritikk kan beskrives som å fastslå at opplysningene er gyldige og troverdige (Dalland, 2020). Det er viktig å kunne vurdere gyldigheten, den metodiske kvaliteten, resultatene og overførbarheten for å kunne stole på og bruke kilden (Nortvedt et al., 2012). Kilder valgt til dette eksamensarbeidet blir redegjort for i dette kapittelet.

Erfaringskunnskapen må også kritisk vurderes og gjøres rede for (Dalland, 2020). I dette eksamensarbeidet er den ervervet gjennom 17 år som intensivsykepleier, i tillegg til 10 år som sykepleier. Av de yrkesaktive årene er 25 år fra intensivavdelinger ved Drammen sykehus. Å bare ha arbeidet på et sykehus kan begrense nyanseringen i refleksjonene. Styrken ved å være godt kjent i egen avdeling, kan være at det er lettere å identifiserer hemmende og fremmende faktorer. Faren for å være forblindet og lite nytenkende er også tilstede. Med de styrkene og svakhetene er det allikevel vurdert at kandidatens erfaringskunnskap i dette kvalitetsarbeidet er viktig, da det omhandler implementering i egen avdeling, og hvor forskning viser at det er viktig med lokal tilpasning og skreddersydde tiltak (Correa et al., 2020, Ebben et al., 2018, Fretheim et al., 2015, Jordan et al., 2017, Shekelle, 2020, Stubberud, 2018, Sundhetsstyrelsen, 2019a).

5.4.4.1 Inklusjonskriterier

Kunnskapssøket rettet mot kliniske undersøkelser ble begrenset til å omhandle voksne pasienter på sykehus, og ferdig utdannede sykepleiere / spesialsykepleiere, ikke sykepleierutdanningen. På bakgrunn av overføringsverdien ble søket vedrørende implementeringskunnskap begrenset til implementering av fagprosedyre på sykehus, men ikke utelukkende på intensivavdeling. Implementeringskunnskap ble vurdert å være relevant i mange fagspesialiteter.

På trinn fire i kunnskapspyramiden, kliniske oppslagsverk, ble det gjort syv relevante funn (Drutz, 2020, Evans & Mints, 2020, Johannessen, 2018, Schub & Walsh, 2017, Shekelle, 2020, Smith & Balderrama, 2017). Dette er oppsummert forskning og anbefalinger, som allerede er systematisk kvalitetsvurdert. Vurderes dermed som trygge og pålitelige kilder. Fagprosedyren fra Nursing Reference Center (Smith & Balderrama, 2017) ble i tillegg kvalitetsvurdert i kapittel 5.2.1.

På trinn tre, kunnskapsbaserte retningslinjer, ble det gjort seks relevante funn. Den kunnskapsbaserte fagprosedyren fra OUS (2021) ble kvalitetsvurdert og godkjent til bruk i kapittel 5.2.1. Funnet i VAR Healthcare (2020) omhandlet klinisk undersøkelse. Resterende funn var relatert til metoder for implementering og vurdert som relevante (Healthcare Improvement Scotland, (2019), Sosialstyrelsen, 2012, Sundhedsstyrelsen 2019a, 2019b). Spesielt funnene i Sundhedsstyrelsen (2019a, 2019b) var meget brukervennlige, oppdaterte og med stor overføringsverdi til norske forhold.

De systematiske oversiktene funnet på trinn to, er publisert i fagfelleverderte tidsskrifter og allerede kvalitetsvurdert, men kandidaten har gjort en tilleggsvurdering. Grunnen var at artiklene hadde ulike benevninger, som intergrative-, scoping-, rapid-, i tillegg til systematisk review og systematisk metareview. Dette ble uklart for kandidaten. Kandidaten valgte derfor å bruke punktene fra Helsedirektoratet (2012) som en kvalitetskontroll, se ramme 1.

Ramme 1 Systematiske oversikter (Helsedirektoratet, 2012)

- Innholdet har et klart definert formål
- Det er brukt en omfattende og systematisk søkestrategi
- Det er definert klare inklusjon- / eksklusjons kriterier
- De inkluderte studiene er kvalitetsvurdert
- Det er brukt gode metoder for å sammenstille resultatene

De systematiske oversiktene til Correa et al. (2020), Spoon et al. (2020), Ebben et al. (2018), Chan et al. (2017), Jun et al. (2016), Jordan et al. (2017), Flodgren et al. (2019), Giguère et al. (2020), Miech et al. (2018), Beets et al. (2020), Tan et al. (2021), Breivik & Tymi (2013), Orique & Phillips (2018),

Connell et al. (2016), Hegland et al. (2017), Häggman-Laitila et al., (2017) og Borgert et al., 2015 oppfyller Helsedirektoratets kriterier og hadde et relevant innhold for arbeidet, og ble derfor vurdert som relevante.

Evenstad et al. (2020) og Zambas et al. (2017) er forskningsartikler fra trinn en i kunnskapspyramiden. På dette trinnet anbefales det å kvalitetsvurdere forskningsartiklene. Kvalitetsvurderingen ble utført med bruk av sjekklister for kvalitative studier fra kunnskapsbasertpraksis.no (Helsebiblioteket, 2016b), se tabell 15. Oppbyggingen etter IMRAD-prinsippet (introduksjon, metode, resultat og diskusjon), og publisering i fagfelleverderte tidsskrifter, styrker troverdigheten ytterligere (Nordtvedt et al., 2012).

Tabell 15 Kvalitetsvurdering av kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2016b)

	Zambas et al. (2017)	Evenstad et al. (2020)
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja, konsekvensen av sykepleieres bruk av avansert pasientundersøkelse.	Ja, helsepersonells egne erfaringer med etterlevelse av faglige retningslinjer.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja	Ja
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja, ustrukturert intervju. Valg av metoden er forklart og diskutert.	Ja, fokusgruppeintervju med semistrukkert intervjuguide. Valg av metode er forklart og diskutert.
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja, strategisk utvalg. Sykepleiere, fra forskjellige avdelinger. Kjønn og alder og erfaring i antall år er beskrevet. Inklusjons kriteriet for bruk av avansert pasientundersøkelse ble oppfylt av utvalget. Hvem som valgte de ut og hvorfor de ble valgt er beskrevet.	Ja, strategisk utvalg. Tverrfaglig med totalt seks informanter, to leger, to jordmødre og to barnepleiere. Over 10 års erfaring og gjennomsnittlig 13 års erfaring fra føde/ barselavdeling. Rekrutteringen er beskrevet.
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja, innsamlingsmetoden kommer tydelig frem, ustrukturert intervju 2-3 timer, 5 deltakere og 13 case. Bruk av lydopptak. Kandidaten vurderte det til passende metode for problemstillingen.	Ja, innsamlingsmetoden kommer tydelig frem. To tverrfaglige fokusgruppe intervjuer med en fra hver spesialitet i hver gruppe i 1,5 time. Semistrukkert intervjuguide (utarbeidet etter pilottesting). Bruk av digitalt lydopptak.
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Det kommer ikke tydelig frem om noen bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data eller om det er gjort endringer underveis i prosessen. Konteksten hvordan datainnsamlingen foregikk er beskrevet.	Det kommer ikke tydelig frem om noen bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data. Det er endringer underveis som blir nevnt er utarbeidingen av intervjuguiden etter pilottestingen.
7. Er etiske forhold vurdert?	Ja, godkjent av etisk komite både lokalt og sentralt. Etter ha blitt valgt ut tok potensielle deltakere kontaktet med forskerne og fikk informasjon om studiens mål og utvalgsriterier.	Ja, godkjent av avdelingsledelsen og norsk senter for forskningsdata (NSD). Informantene ble informert om studiens hensikt og mulighet for å trekke seg. Innhentet frivillig skriftlig informert samtykke. Data er behandlet konfidensielt og persondata anonymisert.
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja, det er brukt pragmatisk hermeneutisk tilnærming. Trinnene i analysen og sammenhengen mellom sitater og kategorier er beskrevet.	Ja, bruk av Tjoras stegvise deduktive-induktive metode. Alle stegene er beskrevet på en forståelig og tydelig måte.

Basert på svarene dine på punkt 1-8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?	Ja, kandidaten vurderer at resultatene er til å stole på.	Ja, kandidaten vurderer at resultatene er til å stole på.
9. Er funnene klart presentert?	Ja, det kommer klart frem av funnene at avansert klinisk undersøkelse påvirker hva som blir observert og påvirker hvilke tiltak som blir gjort videre, til pasientens beste. De diskuterer opp mot problemstillingen.	Ja, det kommer klart frem hvordan de har kommet frem til resultatene og de er tydelig presentert. Det blir diskutert mot andre kilder og problemstillingen. Flere barrierer mot etterlevelse av retningslinjer ble presentert.
10. Kan resultatene være til hjelp i praksis?	Ja, kandidaten vurderer at resultatene kan være til hjelp i praksis. Det kommer frem at avansert klinisk undersøkelse er viktig for å tidlig oppdage endring i pasientens tilstand.	Ja, kandidaten vurderer at resultatene kan være til hjelp i praksis. Norsk, fersk studie med overføringsverdi til andre spesialiteter, da tema ikke er fagspesifikt.

Zambas et al. (2016) omhandler den systematiske undersøkelsen utført av sykepleiere, hvordan den påvirker hva sykepleieren observerer, hvilke handlinger det leder til, og at det påvirker pasientsikkerheten. Artikkelen poengterer viktigheten av sykepleierens kunnskap og ferdigheter. Kasuset er et barn, men artikkelen inkluderes allikevel da det er sykepleierens systematiske undersøkelse som er i fokus. Studien til Evenstad et al. (2020) er en fersk norsk studie vedrørende barrierer mot etterlevelse av retningslinjer i sykehus. Studien er utført i en føde- og barselavdeling, men implementering av faglige retningslinjer vurderes til å være et generelt tema og overføringsverdien er stor til andre fagspesialiteter. At den er norsk styrker overføringsverdien ytterligere. På bakgrunn av disse kriteriene ble artikkelen inkludert. Begge artiklene oppfylder kravene til sjekklisten for kvalitative studier, tabell 15, og vurderes til å være av god kvalitet og relevante for eksamensarbeidet.

5.4.4.2 Eksklusjonskriterier

Artikler ble ekskludert i løp av prosessen på grunn av at de ikke var forskningsartikler, var av for dårlig kvalitet eller uten relevans. Artikler publisert før 2011 ble ekskludert, da det ble funnet relevant forskning av nyere dato. Språk ble avgrenset til engelsk, norsk, svensk og dansk.

Forskningsartikler relatert til barn og nyfødte ble ekskludert. Studier omhandlende klinisk undersøkelse av enkelte sykdommer eller organ, utført av leger, ble ansett som ikke relevante. NEWS (National Early Warning Score) eller MEWS (Modified Early Warning Score) ble ekskludert da det ble vurdert til å være et enklere scoringsverktøy med fokus på vitale parameter, enn det som var aktuelt i dette kvalitetsarbeidet. Artikler vedrørende primærhelsetjenesten og sykepleierutdanningen ble vurdert til å ha mindre overføringsverdi. Implementeringskunnskap rettet mot lavinntektsland ble også ekskludert, på grunn av liten overføringsverdi.

Det kan være fare for at kunnskap har gått tapt på grunn av disse avgrensningene.

6.0 Utforming av implementeringsplanen

Drammen sykehus har ingen mal for hvordan implementeringsplaner skal struktureres. Kandidaten har derfor, som beskrevet i kapittel 4.2, valgt å bruke Maher og medarbeideres (Maher et al., 2016) metode for å skape varige forbedringer. Innholdet i planen skal beskrive prosessen med å implementere fagprosedyren i avdelingen, som et forhold mellom tre hovedfaktorer:

- Prosess
- Ansatte og ledere
- Organisasjon

6.1 Prosessen

Hovedfaktoren prosessen beskriver den forberedende delen av prosessen med å implementere fagprosedyren i avdelingen. Anbefalte tiltak i dette stadiet av implementeringen er (Maher et al., 2016, Stubberud, 2018):

- Å få forbedringsarbeidet godkjent i lederlinjen
- Å vurdere ressursbruk ved implementering av fagprosedyren
- Å sette sammen en arbeidsgruppe
- Å lage sjekklister for implementeringsprosessen
- Å lage interessentanalyse og kommunikasjonsplan
- Å pilotteste fagprosedyren som skal implementeres
- Å identifisere barrierer og motstand mot endring
- Lokal tilpasning av fagprosedyren

6.1.1 Å få forbedringsarbeidet godkjent i lederlinjen

Det første som må gjøres er å få arbeidet godkjent av ledelsen i avdelingen. Det er helt avgjørende for et kvalitetsarbeid som dette at nærmeste leder er involvert, ser behovet og godkjenner prosjektet (Helsedirektoratet, 2019a, Helsedirektoratet, 2020, Konsmo et al., 2015, Maher et al., 2016, Meld. St. 10 (2012-2013), Schub & Walsh, 2017, Stubberud, 2018). Er det flere profesjoner involvert i forbedringsarbeidet, må hver profesjon få godkjent arbeidet med sin respektive leder (Konsmo et al., 2015) I dette forbedringsarbeidet innebærer det avdelingssykepleier og avdelingsoverlege for intensivavdelingen.

Etter at forbedringsarbeidet er godkjent, anbefales det å legge arbeidet inn i avdelingens målsetting for gitt periode. Muligheten for å lykkes med forbedringsarbeid øker hvis prosjektet samsvarer med avdelingens mål og visjoner (Correa et al., 2020, Helsedirektoratet, 2019a, Konsmo et al., 2015,

Konsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016, Sosialstyrelsen, 2012, Stubberud, 2018). Erfaringen er at forbedringsarbeid blir prioritert og gjennomført når det legges inn i års-hjulet over planlagt aktivitet.

6.1.2 Å sette sammen en arbeidsgruppe

Når arbeidet med planen skal fortsette i avdelingen, bør det settes sammen en arbeidsgruppe som er ansvarlig for gjennomføringen. Som nevnt i kapitel 5.3 bør den bestå av 4-7 personer og fagutviklingssykepleier, anestesilege / intensivmedisiner og intensivsykepleiere bør inngå. Med forskjellige profesjoner får man utnyttet de ulike organisatoriske posisjonene til teamet, og det gir et signal til de ansatte om betydningen av arbeidet når flere er involvert (Häggman-Laitila et al., 2017, Mahler et al., 2016, Miech et al., 2018). Intensivsykepleierne som skal delta i arbeidsgruppen, bør ha forskjellig ansiennitet og erfaring, se kapitel 6.2.2.3.

En tydelig og engasjert leder for arbeidsgruppen er viktig for et vellykket resultat (Correa et al., 2020, Meld. St. 10(2012-2013), Sosialstyrelsen, 2012). Roller og arbeidsoppgaver bør fordeles og målet med arbeidet må være klart for alle (Helsedirektoratet, 2019a). Erfaringen tilsier at engasjement er svært viktig for å få til forandring. Medlemmene i arbeidsgruppen må ha tro på prosjektet, se hensikten og ha lyst til å få til en forandring.

Lokal veileder nevnes i kapitel 5.3. På bakgrunn av størrelsen og utformingen på dette prosjektet, vurderes det til at dette ikke trengs. Forbedringsarbeidet gjøres på avdelingsnivå og går ikke på tvers av avdelinger i sykehusorganisasjonen. Skulle det oppstå utfordringer kan dette vurderes pånytt.

6.1.3 Å vurdere ressursbruk for implementering av fagprosedyren

For at arbeidet skal godkjennes og organiseres av ledelsen, anbefales det å gjøre en vurdering av ressursene som skal til, både med hensyn til implementeringsarbeidet og bruken av fagprosedyren. Når forbedringsarbeidet er godkjent, er det ledelsens ansvar å sørge for at det blir satt av nok tid og ressurser til hele prosessen (Helsedirektoratet, 2019a, Konsmo et al., 2015, Sosialstyrelsen, 2012, Stubberud, 2018).

Det er viktig å kartlegge og formidle til ledelsen hva som trengs av ressurser (Stubberud, 2018). I dette kvalitetsarbeidet blir det en forandring i arbeidsrutinen og tilnærmingen til pasienten, som krever opplæring slik at intensivsykepleierne opplever kompetanse og trygghet til å gjennomføre den nye rutinen. For å øke intensivsykepleiernes kompetanse, er det aktuelt med undervisning i de ulike momentene i den kliniske undersøkelsen av pasienten og i fagprosedyren som helhet. Tid og ressurser til dette må ledelsen prioritere og planlegge, og det bør komme frem i implementeringsplanen. I tillegg kommer den tiden som arbeidsgruppen trenger for å gjennomføre forbedringsarbeidet. De må bli

frigjort fra sine vanlige arbeidsoppgaver for at implementeringen skal få et vellykket resultat (Stubberud, 2018). Erfaring er at det er vanskelig å få gjennomført ekstra oppgaver ved siden av det daglige pasientarbeidet. Det er svært viktig at det blir satt av tid i vaktplanen for både effektiviteten og kvaliteten på forbedringsarbeidet.

Nye oppgaver kan være tidskrevende i starten, men hensikten med fagprosedyren er å spare tid. Gjennom å arbeide mer systematisk oppdages forandringer i pasientens tilstand raskere og komplikasjoner kan forebygges (Breivik & Tymi, 2013). I oppstarten, før man har kommet dit hen at fagprosedyren er blitt innarbeidet, kan det kreves ekstra personalressurser. I de to første ukene kan dette forslagsvis gjøres gjennom at arbeidsgruppen fordeles på vakter og er tilgjengelige over neste vaktskifte mot kompensasjon av overtid eller avspasering.

Forskning viser at brist på tid og utstyr i helsevesenet er en stor utfordring ved implementering av fagprosedyrer (Correa et al., 2020, Jun et al., 2016). For å gjennomføre klinisk undersøkelse av pasienten trengs det cuffmåler, pupillelykt, stetoskop og doppler. Det er utstyr som i utgangspunktet finnes i de fleste intensivavdelinger. Av erfaring anbefales det at man sikrer tilgang til stetoskop av god kvalitet. Cuffmåler, pupillelykt og stetoskop bør være tilgjengelig på hver pasientstue, slik at den kliniske undersøkelsen kan gjennomføres enkelt og effektivt. Dette støttes i forskningen, som viser at hvis ikke utstyr er lett tilgjengelig blir ikke fagprosedyren fulgt (Jun et al., 2016). Doppler er ikke noe som trengs for hver kliniske undersøkelse, bare der det er vanskelig å finne pulsen. Det trengs derfor ikke så mange.

I tillegg til tid og utstyr bør ressursbruken ved et eventuelt praksisbesøk tas med i beregningen. Både kostnad for reisen og personal bruken (se kapittel 6.2.2.1).

For å markere starten på bruken av fagprosedyren kan det bli servert kake eller lunsj til personalet. Det er tiltak som av erfaring blir satt pris på i personalgruppen og, man får opplevelse av å bli verdsatt av ledelsen. Det er tiltak som kan gjentas lengre ut i forløpet, for eksempel å feire bruken av fagprosedyren etter to måneder. Slike tiltak bør tas med i oversikten over det totale ressursbruket.

6.1.4 Å lage sjekkliste for implementeringsprosessen

Det anbefales å ta i bruk en sjekkliste for implementering. Den fungerer som en huskeliste både for arbeidsgruppen og ledelsen (Stubberud, 2018). Sjekklisten fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet, *I trygge hender 24-7*, se tabell 16, må ses i forhold til størrelsen på både forbedringstiltaket og virksomheten den skal brukes i, og bør dermed brukes som veiledende (Helsedirektoratet, 2019f). Det innebærer at alle punktene i sjekklisten ikke er aktuelle til alle

prosjekter. Sjekklisten vurderes som et praktisk hjelpemiddel for å kvalitetssikre at alle forberedelsene er gjort, og planlegges å tas i bruk i dette forbedringsarbeidet. Sjekklisten i tabell 16 er blitt tilpasset til dette kvalitetsarbeidet og det blir under kolonnen Ja / Nei, henvist til hvor i kapittel 6 hvert enkelt punkt blir redegjort for.

Tabell 16 Sjekkliste for implementering av fagprosedyren «Klinisk undersøkelse av pasienten – voksne» (Helsedirektoratet, 2019f)

Forutsetninger som bør være til stede der tiltakene skal implementeres.	Ja / Nei
Alle endringer / tiltak er testet ut i praksis gjennom tester, hos relevante målgrupper.	Kapitel: 6.1.6
Vi har gjennom testing samlet kunnskap om hvordan endringene /tiltakene best bør gjennomføres, og har oversikt over hva som må på plass for at disse skal kunne rulles ut og implementeres til alle ansatte i enheten.	Kapitel: 6.1.6
Vi har gjennom testing fått oversikt over hva tiltaket eller tiltakene krever av materiell, utstyr og kunnskap hos involverte aktører for å kunne gjennomføres etter hensikt	Kapitel: 6.1.6, 6.1.3
Tiltakene er forankret hos og er støttet av ledelsen og er nedfelt og gitt prioritert i avdelingens målsetting.	Kapitel 6.1.1
Tiltakene er forankret hos de ansatte, og deres tiltro til at dette er endringer som kan gjennomføres og er til beste for pasienten, er høy. En slik tiltro kan avdekkes gjennom systematisk småskaletesting.	Kapitel 6.1.6, 6.2.2, 6.2.3, 6.2.4
Det er utarbeidet en plan for hvordan implementeringsprosessen skal gjennomføres. Planen bør inkludere: <ul style="list-style-type: none"> • Hvem som har ansvar for at tiltakene skal implementeres • Hvilke ressurser som kreves • Hvem som blir involvert, i hvilken rekkefølge • Fordeling av ansvar underveis • Tidsplan • Hvordan prosessen skal kommuniseres underveis (kommunikasjonsplan) 	Kapitel: 5.3, 6.1.2 6.1.3 6.1.1, 6.1.5 6.1.2, 6.1.5 7.0 6.1.5

6.1.5 Å lage interessentanalyse og kommunikasjonsplan

Interessenter er alle som påvirker eller påvirkes av implementeringen (Maher et al., 2016, Sundhedsstyrelsen, 2019a). For å få oversikt og ha orden over de forskjellige, kan det lages en interessentanalyse. Det innebærer å systematisk kartlegge interne og eksterne interessenter som har krav på å bli informert og komme med tilbakemeldinger. Det er viktig å tenke gjennom hvilke interessenter som er sentrale, hvilke holdninger de har til forandringen og hva som skal til for at de er positive til arbeidet (Helsedirektoratet, 2019b, Helsedirektoratet, 2019a, Konsmo et al. 2015, Maher et al. 2016, Sundhedsstyrelsen, 2019a). Aktuelle interessenter i dette arbeidet er presentert i tabell 17.

Tabell 17 Oversikt over aktuelle interessenter

Avdelingsleder	Avdelingsleder er svært viktig for kvalitetsarbeidet, fra det blir godkjent og gjennom hele prosessen (Helsedirektoratet, 2019a, Helsedirektoratet, 2020, Konsmo et al., 2015, Stubberud, 2018). Vedkommende må holdes jevnlig oppdatert, slik at engasjementet vedlikeholdes og ser fremdriften i arbeidet (Mahler et al., 2016). Kandidaten anbefaler at vedkommende er med på et møte med arbeidsgruppen helt i starten, og holdes deretter informert via e-post og inviteres til møte når det er behov.
-----------------------	---

Daglig leder	Daglig leder er en viktig brikke i forhold til den daglige driften i avdelingen. Vedkommende bør tas med tidlig i prosessen for å ha forståelse av hva kvalitetsarbeidet innebærer og hvordan det kommer til å påvirke driften. Kandidaten anbefaler at vedkommende blir invitert til et møte tidlig, holdes oppdatert med e-post underveis og inviteres til deltakelse på møte som er driftsrelatert.
Avdelingssjef AIO	Avdelingssjef AIO (anestesi/intensiv/operasjon), vurderes som en interessent på bakgrunn av den tverrfaglige tilnærmingen. Avdelingsoverlegen er ønsket i arbeidsgruppen, og det er viktig at hver profesjon får arbeidet godkjent hos sin leder (Konsmo et al., 2015). Det vurderes som hensiktsmessig at avdelingsoverlege har ansvaret for kommunikasjonen med avdelingssjefen AIO, både gjennom dialog og e-post. Relatert til størrelsen på forbedringsarbeidet vurderes det ikke til at avdelingssjefen trenger å delta på møter når avdelingsoverlegens deltakelse i arbeidsgruppen er godkjent. Endelig vurdering av dette har avdelingsoverlegen ansvar for.
Fagutviklings-sykepleier (som ikke deltar i arbeidsgruppen)	Den fagutviklingssykepleier som ikke deltar i arbeidsgruppen trenger oppdatering og informasjon gjennom prosessen. Det gir signal til de ansatte om den faglige viktigheten av forbedringsarbeidet når fagutviklingssykepleier engasjerer seg (Maher et al., 2016). Fagutviklingssykepleieren som deltar i arbeidsgruppen har ansvar for informasjon til avdelingens andre fagutviklingssykepleier.
Intensivsykepleierne i avdelingen	Intensivsykepleierne i avdelingen trenger informasjon fra starten av og gjennom hele prosessen. Det er svært viktig for å påvirke deres holdning og motivasjon til bruk av den nye fagprosedyren. Som nevnt tidligere, viser forskning og erfaring at de foretrekker aktiv informasjon fremfor passiv (Evenstad et al., 2020). På bakgrunn av det, planlegger kandidaten at det blir prioritert å gi informasjon på internundervisning og fagdag, hvor det er mulighet for dialog. I tillegg til passiv informasjon via e-post fra avdelingsleder og fagutviklingssykepleier. Informasjon til intensivsykepleierne blir mer omtalt i kapittel 6.2.2.2.
Primærgruppeledere	Primærgruppeledere er intensivsykepleiere som leder de tre primærgruppene i avdelingen. De får den samme informasjonen som alle andre intensivsykepleiere. I forkant av fagdager er det møte mellom dem og den administrative-, og faglige ledelsen. Kandidaten vurderer det som hensiktsmessig at fagutviklingssykepleier fra arbeidsgruppen informere om innholdet på fagdagen som er aktuell for implementeringen av fagprosedyren.
Intensivsykepleiere i pilotgruppen	Intensivsykepleiere i pilotgruppen er de som har respondert på forespørselen om å være med i pilottestingen av fagprosedyren. De har fra starten fått den samme informasjonen som alle andre intensivsykepleiere. Etter at de har takket ja til å være med, får de informasjon i forkant av den praktiske gjennomføringen av testen.
Anestesilegene	Anestesilegene er alle anestesileger som arbeider ved intensivavdelingen. Forskning viser at tverrfaglighet øker mulighetene for vellykket implementering og anestesilegene bør derfor være informert om innholdet i den nye fagprosedyren og oppstartstidspunktet for bruken av prosedyren (Correa et al., 2020, Helsedirektoratet, 2019a, Jun et al., 2016, Shekelle, 2020). Det blir nevnt mer om dette i kapittel 6.2.4.1, opplæring av personalet.

Når interessentanalysen er gjennomført kan det lages en kommunikasjonsplan. Det innebærer en plan over hvem, hvordan, hvorfor og når informasjon om implementeringsarbeidet skal formidles (Helsedirektoratet, 2012, Helsedirektoratet, 2019a, Helsedirektoratet, 2019d, Sundhedsstyrelsen, 2019a). Forslag til kommunikasjonsplan til interessenter i dette kvalitetsarbeidet vises i tabell 18. De forskjellige interessentene kan ha behov for ulik informasjon, på forskjellige måter og tidspunkter. Ved tilpasset informasjon øker sannsynligheten for involvering og motivasjon hos interessentene og dermed muligheten til et vellykket resultat. Både en interessentanalyse og en kommunikasjonsplanen

kan forandres underveis. (Helsedirektoratet, 2019a, Helsedirektoratet, 2019d, Mahler et al., 2016, Stubberud, 2018).

Kandidaten tenker at arbeidsgruppen tidlig må kartlegge hvordan de enkelte interessentene ønsker informasjon og hvor ofte de ønsker å holdes oppdaterte. Det kan være aktuelt å kombinere flere kommunikasjonsformer for å sikre at informasjonen når alle og påvirker motivasjonen positivt. Det anbefales å bruke jevnlig kommunikasjon via for eksempel e-mail, personalmøter, internundervisning og fagdager (Mahler et al., 2016). Kommunikasjon ansikt til ansikt som for eksempel på personalmøte kan oppleves mer positivt enn via skriftlig informasjon på mail (Evenstad et al., 2020).

Erfaringen er at intensivsykepleiere setter pris på aktiv informasjon i direkte møter, slik som forskningen til Evenstad et al. (2020) viser. Mange intensivsykepleiere opplever det vanskelig å holde seg oppdatert / lese mail, samtidig som det pasientrelaterte arbeidet skal gjennomføres.

Ledere har ofte stor møteaktivitet og mottar store informasjonsmengder. Av erfaring kan det derfor være aktuelt å bare invitere ledere til møte når det er påkrevd. Ellers holdes de oppdatert gjennom kortfattet informasjon via e-post. Det er selvfølgelig individuelle forskjeller her som bør tas hensyn til. I kapittel 6.2.1 blir det redegjort for viktigheten av informasjon til ledelsen for å holde deres engasjement vedlike.

Budskapet til interessentene er å få informasjon om implementeringen av fagprosedyren og deretter holdes jevnlig oppdatert om prosessen, tilpasset den enkelte målgruppe. Interessenter og hvordan informasjonen til dem kan planlegges å gjennomføres i starten vises i tabell 18. Den er tilpasset organisasjonsstrukturen i intensivavdelingen ved Drammen sykehus.

Tabell 18 Kommunikasjonsplan for implementering av fagprosedyren «Klinisk undersøkelse av pasienten - voksne (Helsedirektoratet, 2019d)

Kommunikasjonsplan					Enhet: Sist oppdatert:	
Målgruppe	Hva?	Hvordan?	Hvorfor?	Når?	Aktivitet?	Ansvar?
Hvilken interessent gruppe er målet for budskapet?	Hva er hovedbudskapet til denne målgruppen?	På hvilken måte skal budskapet leveres?	Hva ønsker vi oppnå ved å rette oppmerksomheten mot denne målgruppen?	Når skal kommunikasjonen foregå, hva er deadline?	Hva må konkret gjøres for at budskapet skal kommuniseres godt?	Hvem har ansvar for at dette gjøres? *

Interne:						
Avdelingsleder	Informasjon Oppdatering	Møte E-post	Vedlikeholde engasjementet		Faglig informativt Kortfattet	Leder i arbeids- gruppen
Daglig leder	Informasjon Oppdatering	Møte E-post	Engasjement Aktiv deltakelse relatert til drift		Faglig Informativt Kortfattet	Leder i arbeids- gruppen
Avdelingssjef AIO	Informasjon Oppdatering	Møte E-post	Engasjement Tverrfaglig involvering		Faglig informativt Kortfattet	Avd. overlege
Fagutviklings- sykepleier (som ikke deltar i arbeids- gruppen)	Informasjon Oppdatering	Samtale E-post Fagdag Intern undervisning	Involvering Positiv holdning		Faglig Informativt Kortfattet	Fagutv. spl. i arbeids- gruppen
Intensiv- sykepleiere i avdelingen	Informasjon Oppdatering	Intern- undervisning Fagdag E-post	Involvering Eierskap Engasjement Positiv holdning Motivasjon		Informativt Faglig Engasj- erende Dialog	Avd.leder Fagutv.spl Arbeids- gruppen
Primær- gruppe ledere	Informasjon Oppdatering	E-post Primærgruppe ledermøte	Involvering Engasjement Forberedt til fagdager		Informativt Faglig Engasj- erende Dialog	Fagutv.spl i arbeids- gruppen
Intensiv- sykepleiere i pilotgruppen	Informasjon Oppdatering	E-post	Involvering Engasjement Positiv holdning		Informativt Faglig Engasj- erende Dialog	Avd. leder Fagutv.spl Arbeids- gruppen
Anestesi- legene	Informeres om kvalitets- arbeidet og oppstarts tidspunkt	E-post Morgenmøte	Engasjement Faglige diskusjoner		Informativt Faglig	Avd.- overlege
* Fagutv. spl. = Fagutviklingssykepleier, Avd. overlege = Avdelings overlege, Avd. leder = Avdelingsleder						

6.1.6 Å pilotteste fagprosedyren som skal implementeres

Tidlig i prosessen kan fagprosedyren prøves ut på en liten gruppe intensivsykepleiere, såkalt pilottesting eller småskaletesting. Dette for å prøve ut og få erfaringer om hvordan implementeringen bør gjennomføres når det gjelder informasjon, innhold i undervisningen, valg av opplæringsstrategier og opplæringsplan (Beets et al., 2020, Helsedirektoratet, 2019a, Helsedirektoratet, 2020, Konsmo et al., 2015, Stubberud, 2018).

Forskning viser at pilottesting kan ha effekt (Beets et al., 2020). Kandidaten vurderer tiltaket som hensiktsmessig og ser på det som at svært viktig informasjon kan synliggjøres, og dermed underlette selve implementeringen. Hvis man velger å ikke teste ut prosedyren i forkant, risikerer man å bli overrasket over steg i prosessen som mangler eller ikke fungerer optimalt. Mulighet for et ikke så vellykket resultat blir større, og det kan lede til at de ansatte mister tillit og tro på fagprosedyren /

prosjektet. Ønsket er at de ansatte skal oppleve involvering og eierskap til forbedringsarbeidet, hvilket tilbakemeldinger fra en pilottesting kan bidra til mener kandidaten.

Ved den første informasjonen og i første informasjonsmailen til personalgruppen vedrørende fagprosedyren, planlegges det å etterspørre om noen er interessert å delta i pilotgruppen. Planlegger å velge ut 3-4 engasjerte intensivsykepleiere med variert erfaring. Det er viktig å få innspill fra både de med lang og kort erfaring. Det kan i tillegg være hensiktsmessig å ha med en intensivsykepleier som er skeptisk til forbedringstiltaket. Kandidaten tenker at innspill og tilbakemeldinger kan gjennom det bli mer nyanserte, enn hvis det kun er med deltakere som er positive til forbedringen. Gjennom å være med å bidra til utvikling av forbedringsarbeidet kan i tillegg skepsisen bli mindre, utdypes mer i kapittel 6.2.3 (Maher et al, 2016). Pilottesting kan eventuelt gjentas med en ny gruppe etter man gjort seg erfaringer fra første gruppen.

6.1.7 Å identifisere barrierer og motstand mot endring

Forskning viser at mange implementerte fagprosedyrer ikke blir brukt (Evenstad et al., 2020, Jun et al., 2016, Spoon et al., 2020). Implementering er en krevende prosess, hvor det anbefales at barrierer og motstand mot eventuelle endringer, også kalt hemmende og fremmede faktorer, identifiseres (Correa et al., 2020, Helsedirektoratet, 2012, Jordan et al., 2017, Jun et al., 2015, Konsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016, Schub & Walsh, 2017, Shekelle, 2020). Faktorene er forskjellig fra avdeling til avdeling og arbeidsgruppen bør kartlegge og identifisere hvilke som er aktuelle i dette forbedringsarbeidet. For å gjøre implementeringen mer effektiv anbefales det deretter å skreddersy tiltak som støtter eller motvirker de faktorene man har kommet frem til, (Correa et al., 2020, Ebben et al., 2018, Fretheim et al., 2015, Jordan et al., 2017, Shekelle, 2020, Spoon et al., 2020, Sundhetsstyrelsen, 2019a, Stubberud, 2018). Det kan handle om for eksempel holdninger blant personalet eller hvor engasjert ledelsen er i den enkelte avdeling (Maher et al., 2016). Hvis man lar vær å gjennomføre denne kartleggingen, risikeres det at det blir lagt vekt på implementeringstiltak som ikke har så gunstig effekt eller virker mot sin hensikt. Videre presenteres fremmede og hemmende faktorer som vurderes som essensielle ved implementering av fagprosedyren ved intensivavdelingen i Drammen.

6.1.7.1 Holdning til endring

Endring kan innebære vekst, mer kunnskap og økt kompetanse. Det er noe vi ønsker og har behov for og opplever som positivt, men endring kan også oppleves som negativt og vekke motstand. Økte kompetansekrav og økt arbeidsbyrde kan bidra til motstand. Endringen kan betraktes som unødvendig, det finnes ikke kapasitet for den i avdelingen eller den er ikke fordelaktig for de ansatte (Amundsen & Kongsvik, 2016).

Fagutvikling er sentralt i utviklingen av helsetjenesten, men omorganiseringer og endringer kan av mange oppleves som tungt (Konsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016). Det bør kartlegges hvilken erfaring avdelingen har med tidligere endringer (Konsmo & Vege, 2015). Det kan bli en utfordring hvis det skjer endringer ofte, og det kan skape demotivasjon hos de ansatte. Negativ holdning fører til negativt resultat, derfor er det viktig å forebygge at det skjer (Jun et al. 2016, Konsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016, Stubberud, 2018). Det viser seg at der det er motstand mot forandringer er det mindre bruk av fagprosedyrer (Jun et al., 2016).

Holdninger til en ny forandring kan være en av de største hemmende faktorene i implementeringsprosessen i intensivavdelingen i Drammen. Intensivsykepleierne har vært igjennom store forandringer siste året, med innføring av elektronisk kurve, startet med sedering med gass (Anakonda) og fått mange nyansatte, i tillegg til COVID-19. Det er en fare for at de ansatte er lei av forandring. Intensivsykepleiere har uttalt at, nå må det ikke skje noe nytt på lang tid, nå har vi fått nok. Timingen for når den nye fagprosedyren implementeres blir dermed viktig. Både litteraturen og forskning viser at det kan være vanskelig å forholde seg til nye fagprosedyrer hvis det implementeres mange samtidig eller det er andre endringer som skjer, og at dårlig timing er en hemmende faktor (Chan et al., 2017, Stubberud, 2018).

Skulle motstanden mot nye endringer komme svært tydelig frem kan en mulighet være å utsette oppstarten til noe senere slik at de ansatte får mulighet til stabilitet før neste forandring kommer. Erfaringsmessig er oppstart like før ferieavvikling ugunstig og bør tas hensyn til i timingen av oppstartstidspunkt.

6.1.7.2 Holdning og motivasjon til å bruke fagprosedyren

Holdninger og brist på motivasjon er en av de største barrierene mot å ta i bruk fagprosedyrer (Jun et al., 2016). Når intensivsykepleiere ser nytteverdien av fagprosedyren øker det motivasjonen og muligheten for at de bruker den (Evenstad et al., 2020, Jun et al., 2016, Mahler et al., 2016, Shekelle, 2020, Stubberud, 2018). Opplever de at den nye fagprosedyren ikke samsvarer med egen erfaring eller ikke er relevant, øker sjansen for at prosedyren ikke brukes (Correa et al., 2020, Evenstad et al., 2020, Jun et al., 2016, Shekelle, 2020). Det viser seg også at de med lang erfaring kan ha større tiltro til egen kompetanse enn det å bruke fagprosedyrer (Correa et al., 2020, Jun et al., 2016, Schub & Walsh, 2017). Når de ser fordelene oppfordrer de også kollegaer til å bruke den (Jun et al., 2016) Dette overensstemmer med kandidatens egen erfaring i bruk av fagprosedyrer i egen avdeling. Hvis intensivsykepleieren ikke ser hensikten med fagprosedyren eller at den er til hjelp blir den som regel ikke brukt. Da er det lettere å stole på sin egen erfaring som oppleves ha fungert godt tidligere, eller

konferere med en kollega. En fagprosedyre som fungerer godt i praksis, gir ofte positive holdninger og intensivsykepleierne anbefaler den videre til andre kollegaer.

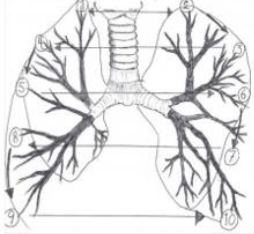
Tidsbruken er en viktig komponent erfarer kandidaten, hvilket også vises i forskningen der tidsbrist er en av de største barrierene mot å bruke fagprosedyrer (Correa et al., 2020, Jun et al., 2016). På grunn av arbeidsbelastningen trenger intensivsykepleieren å ha flyt i sitt daglige arbeid, hvis det er en forandring som er tidskrevende eller lite praktisk i sin gjennomføring, erfarer kandidaten at det fort blir negativ holdningen og lite motivasjonen til å ta i bruk fagprosedyren. Kommer tidsbruken i tillegg til at de ikke ser nytteverdien blir det svært vanskelig å få gjennomført forandringen.

En annen barriere ved tid som kan skape negative holdninger, er i form av ressurser (Correa et al., 2020, Jun et al., 2016). I dette forbedringsarbeidet er det aktuelt som tid til opplæring. Ledelsen må vise forståelse for at det i begynnelsen er mer tidskrevende (Konsmo & Vege, 2015, Mahler et al., 2016). Her er det viktig at det er nok personell på hver vakt slik at det er rom for å bruke den nye fagprosedyren, og få den etablert i sin nye arbeidshverdag. Det kan ikke komme i tillegg til de ordinære arbeidsoppgavene og forventes at intensivsykepleieren skal rekke det i tillegg i startfasen. Av erfaring vet kandidaten at det ofte skaper negativ holdning til forandringen.

I begynnelsen av en prosess er det oftere interesse og engasjement fra ledelsen, men risikoen for at det er minsker underveis er tilstede. Det fører lett til at engasjementet hos personalet avtar. Gjennom å bevilge tid gjennom hele implementeringsprosessen viser ledelsen sitt engasjement og det gir et signal om at dette er prioritert (Maher et al., 2016). Kandidaten erfaring tilsier at det å få avsatt tid til implementeringen påvirker holdninger til fagprosedyren og motivasjonen til å bruke den, og ser på det som særdeles viktig.

Holdninger til fagprosedyren og motivasjonen for å bruke den avhenger ikke bare av innholdet i fagprosedyren eller tilrettelegging av implementeringsprosessen, formatet den er laget i er i tillegg av betydning. Et brukervennlig format som er tydelig, enkelt og kortfattet gir en positiv holdning og økt motivasjonen for å bruke den (Correa et al., 2020, Healthcare Improvement Scotland, 2019, Helsedirektoratet, 2012, Jun et al., 2016, Shekelle, 2020). Fagprosedyren i dette kvalitetsarbeidet har akkurat det formatet, hvilket var en avgjørende faktor i valget av den, se figur 6. Den kan gjøres lett tilgjengelig, utformet i lommeformat eller hengt opp bedside, hvilket også trekkes frem som en fordel (Correa et al., 2020, Evans & Mints, 2020, Jun et al., 2016, Stubberud, 2018). Er den innenfor rekkevidde i nærheten av pasienten eller må intensivsykepleieren logge seg på en pc og søke etter fagprosedyren kan ha avgjørende betydning for om den brukes, er erfaringen.

Figur 6. Fagprosedyren «Klinisk undersøkelse av intensivpatienten – voksne» (OUS, 2020)

KLINISK UNDERSØKELSE AV INTENSIVPASIENTEN <small>Dokument id: 138985</small>	KLINISK UNDERSØKELSE AV INTENSIVPASIENTEN <small>Dokument id: 138985</small>
<p>1. Luftveier og respirasjon</p> <p>Inspiser om pasienten har frie luftveier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prater ubesværet? • Ufri luftvei? Fremmedlegemer, dysfagi, obstruksjon • Lytt: snorking, gurgling, heshet <p>Tilleggsundersøkelser ved kunstig luftvei (trakeostomi/endotrakealtube):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Knekk på trakeostomi/endotrakealtube, størrelse, dybde, fiksasjon (tape, bånd, sutur), cuffkontroll (cufftrykk ved luft, antall ml ved vann), innerkanyle? <p>Inspiser pasientens respirasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekvens, rytme (hjelpemuskulatur, asymetri?) <p>Auskulter over pasientens lungeavsnitt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auskulter fra side til side over alle lungeavsnitt (se illustrasjonsbilde) <p>Palper pasientens hud over thoraxområdet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subkutant emfysem/krepitasjoner? <p>2. Sirkulasjon</p> <p>Inspiser pasientens hud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Farge, utslett, skade/sår, kapillær fylningstid <p>Palper pasientens puls:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentralt og perifert • Frekvens, kvalitet, rytme (doppler ved vanskelig palpasjon) <p>Palper pasientens hud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatur, fuktighet, perifere ødem 	<p>3. Nevrologi</p> <p>Undersøk pasientens sedasjonsnivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RASS <p>Undersøk pasientens bevissthetsnivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GCS <p>Undersøk om pasienten har smerter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommuniserende pasient: NRS eller VAS • Ikke-kommuniserende pasient: CPOT eller BPS <p>Inspiser pasientens pupiller:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Størrelse, lysreaksjon, sidelighet, symmetri, form, lysrefleks <p>Undersøk om pasienten har delirium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Våken pasient med verbal kommunikasjon: CAM • Våken pasient uten verbal kommunikasjon: CAM-ICU <p>Undersøk om pasienten har kramper:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Type, varighet <p>4. Abdomen</p> <p>Inspiser pasientens abdomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flat, utspilt, utbulinger, innsunken, symmetri, adipos, spent <p>Auskulter pasientens tarmlyder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 min (eventuelt 2-5 min) • Høyfrekvente, gurglende, hyperaktive (klirrende, høye, høyfrekvente), hypoaktive, fraværende <p>Palper pasientens abdomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spent, bløt <p>Perkuter pasientens abdomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perkuter systematisk lett over alle fire kvadranter etter dempede lyder og trommelyd <p>5. Tilleggsundersøkelser?</p> <p><small>Utviklet av Stine Rosok Dahl, Caroline Bjørknes, Silje Sarheim Bjørn</small></p>

6.1.8 Lokal tilpasning av fagprosedyren

Erfaringen tilsier at det lett blir negativ holdning mot en fagprosedyre som ikke er tilpasset egen avdeling. At den aktuelle fagprosedyren er tatt i bruk på intensivavdelinger på universitetssykehus i Oslo, er ikke ensbetydende med at den direkte kan innføres i Drammen. Det må vurderes hva som er hensiktsmessig og gjennomførbart på intensivavdelingen i Drammen. De er ikke alltid de store tilpasningene som trengs, men det er en viktig fremmede faktor (Maher et al., 2016). På intensivavdelingen i Drammen brukes smerteskårings verktøyet Behavioral Pain Scale (BPS) istedenfor Critical Care Pain Observation Tool (CPOT). På bakgrunn av det vurderer kandidaten at CPOT bør fjernes i fagprosedyren. Både forskning og litteratur viser at det er viktig å la seg inspirere og ta lærdom av hva andre har utviklet i lik situasjon, men det må tilpasses til de lokale forholdene man befinner seg i (Evans & Mints, 2020, Helsedirektoratet 2012, Konsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016, Shekelle, 2020, Sosialstyrelsen, 2012, Sundhedsstyrelsen, 2019a, Stubberud, 2018).

6.2 Samhandling med ledelse og ansatte

Hovedfaktoren samhandling med ledelse og ansatte beskriver tiltak som skal fremme lederes og ansattes eierskap til prosjektet. Målet er å utvikle pasientsikkerhetskulturen i avdelingen. Med pasientsikkerhetskultur menes:

Hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten og gjenspeiler de delene av organisasjonskulturen som har betydning for risiko i pasientbehandlingen. Den gjenspeiles i verdier, holdninger, handlinger, oppfatninger, adferdsmønstre, rutiner, organisering og kompetanse i helsetjenesten. Kultur kommer til uttrykk i hvordan uønskede hendelser vurderes, og hva som anses for å være innenfor og utenfor grensene for akseptabel klinisk og organisatorisk praksis. (Helsedirektoratet, 2016)

Anbefalte tiltak i dette stadiet av implementeringen er (Maher et al., 2016, Stubberud 2018):

- Å engasjere ledelsen
- Å utarbeide strategier for å overkomme barrierer og motstand mot endringer
- Praksisbesøk
- Informasjon til personalet
- Å ta i bruk opinionsledere
- Involvering av personalet
- Opplæring av personalet

6.2.1 Å engasjere ledelsen

Det er svært viktig at ledelsen viser sitt engasjement for å få til et godt implementeringsresultat (Correa et al., 2020, Helsedirektoratet, 2019a, Jun et al. 2016, Kongsmo et al., 2015, Kongsmo & Vege, 2015, Mahler et al., 2016). Det er større mulighet for engasjement hos ledelsen hvis fordelene med kvalitetsarbeidet for både pasientene, personalet og organisasjonen blir presentert (Kongsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016, Stubberud, 2018).

I begynnelsen av en forbedring er det ofte entusiasme fra ledelsens side, men det er vanlig at den avtar lengre ut i selve implementeringen. Konsekvensen blir ofte at engasjementet minsker blant personalet. Alle trenger anerkjennelse, også ledelsen. Ledelsen trenger jevnlig informasjon fra arbeidsgruppen for å beholde engasjementet og opplevelsen av at deres arbeid er en viktig del av prosessen (Maher et al., 2016). Som nevnt i kapittel 6.1.5 bør arbeidsgruppen kartlegge hvordan og når ledelsen ønsker å få informasjon. Foretrekker de for eksempel muntlig informasjon, skriftlig eller e-post. Hvor lang tid i forkant ønsker de beskjed, hvis de skal komme med en tilbakemelding. Den regelmessige informasjonen bør være kortfattet. De bør holdes fortløpende informert gjennom hele prosessen

(Mahler et al., 2016), og inngå i kommunikasjonsplanen som arbeidsgruppen utarbeider (se kapittel 6.1.5) (Helsedirektoratet, 2019a, Helsedirektoratet, 2019d).

6.2.2 Utarbeide strategier for å overkomme barrierer og motstand mot endringer

Implementeringsstrategier er forskjellige tiltak som brukes for å gjennomføre implementeringen (Jordan et al., 2017). For en mer effektiv implementering anbefales det å tilpasse tiltakene etter de hemmende og fremmende faktorene som er blitt identifisert (Correa et al. 2020, Jordan et al., 2017, Jun et al., 2015, Helsedirektoratet, 2012, Konsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016, Shekelle, 2020, Sundhedsstyrelsen, 2019a). Det er stor usikkerhet rundt hvilke tiltak eller strategier som fungerer (Correa et al., 2020, Fretheim et al. 2015, Healthcare Improvement Scotland, 2019, Shekelle, 2020, Spoon et al, 2020), men det anbefales å bruke flere strategier (Chan et al., 2017, Ebben et al, 2018, Healthcare Improvement Scotland, 2019, Jordan et al., 2017). Det har også vist seg at det er viktig at strategiene tilpasses lokale forhold i den enkelte avdeling (Correa et al., 2020, Ebben et al., 2018, Fretheim et al., 2015, Healthcare Improvement Scotland, 2019, Jordan et al., 2017, Shekelle, 2020, Stubberud, 2018, Sundhedsstyrelsen, 2019a). Forskning viser at skriftlig opplæringsmateriale, lokale opinionsledere, praksisbesøk, påminnere, opplæring og tele/video konferanse er de mest brukte strategiene i intensivavdelinger (Jordan et al., 2017).

Ved intensivavdelingen i Drammen er hemmende og fremmende faktorene blitt identifisert i kapittel 6.1.7. Der fremkommer det at fare for endringstretthet og holdninger og motivasjon for bruk av fagprosedyrer er hemmende faktorer som må tas med i valg av implementeringsstrategier. Kandidaten velger flere strategier, da det har vist seg være mer effektivt (Ebben et al., 2018, Jordan et al., 2017). I dette kapitlet blir det presentert praksisbesøk / videokonferanse, informasjon til personalet og bruk av opinionsledere. Opplæringsstrategier blir redegjort for i kapittel 6.2.4.

6.2.2.1 Praksisbesøk

Praksisbesøk er ofte brukt og har vist seg å kunne være hensiktsmessig å gjennomføre tidlig i implementeringsprosessen. Det innebærer at personer fra arbeidsgruppen drar på besøk til et sykehus hvor fagprosedyren praktiseres. Hensikten er å innhente og dele informasjon som bidrar positivt til forbedringen (Fretheim et al., 2015, Jordan et al., 2017, Maher et al. 2016, Sundhedsstyrelsen, 2019a). Forskning viser at det kan påvirke pasientens behandling og utfall positivt (Chan et al. 2017, Fretheim et al, 2015).

Kandidaten vurderer dette på bakgrunn av forskning som viser at det å dra nytte av andres erfaringer er et tiltak som kan være hensiktsmessig for prosessen. Den negative siden som fremkommer er at å gjennomføre praksisbesøk har vist seg å kunne koste mye i tid og penger (Fretheim et al., 2015,

Sundhedsstyrelsen, 2019a). I vår situasjon med nærheten til Oslo Universitetssykehus, hvilket ikke medfører kostnader for overnatting og med lave reiseutgifter, vurderes det allikevel til å være et relevant tiltak. I tillegg er erfaringen av praksisbesøk at det kan gi økt teamfølelse og engasjement for en arbeidsgruppe, hvilket kandidaten ser på som verdifullt.

Sett i lys av den pågående pandemien vurderer kandidaten at dette må ses i forhold til smitten i samfunnet på gjeldende tidspunkt. Et alternativ er å gjennomføre en videokonferanse med den intensivavdelingen på Oslo Universitetssykehus som tok i bruk fagprosedyren først. Det vurderes som et godt alternativ for å få informasjon og innhente erfaringene fra implementeringen og bruken av fagprosedyren. Video konferanse er en av de mest brukte implementeringsstrategiene i intensivavdelinger (Jordan et al., 2017). Erfaringen med undervisning via nett i andre situasjoner under pandemien er positiv. Når det planlegges i forbindelse med et møte med arbeidsgruppen blir det i tillegg ingen ytterligere bruk av ressurs. Videokonferanse sparer både tid og penger i forhold til et praksisbesøk.

6.2.2.2 Informasjon til personalet

Skepsis kan reduseres ved å styrke tilliten til resultatet av forandringen og gjennom at personalet får eierskap til den. Måter det kan gjøres på er gjennom regelmessig dialog med personalet for å kartlegge barrierer og gjennom å formidle informasjon og erfaringer om den positive effekten forandringen innebærer (Maher et al., 2016).

Informasjon er en ofte brukt implementeringsstrategi (Jordan et al., 2017). Kandidaten vurderer det slik at informasjon og dialog blir helt avgjørende gjennom hele prosessen for å påvirke holdninger, motivasjon og endringstretthet. Informasjon blir nevnt i dette kapitlet og dialog kommer kandidaten tilbake til i kapittel 6.2.3, involvering av personalet.

Mulighet for å skape varig forbedring øker betraktelig hvis de ansatte opplever at det er fordeler ved forandringen. Her er informasjon helt essensielt, og det er viktig å få frem den ønskede effekten for pasientene i forhold til lik helsehjelp, kvalitetssikring og pasientsikkerhet (Evenstad et al., 2020, Jun et al. 2016, Konsmo & Vege, 2015, Mahler et al., 2016). Det er av stor betydning å kunne vise til troverdige resultater om at forandringen fører til bedre resultater, og det må presenteres på en forståelig måte, for at intensivsykepleierne skal delta og engasjere seg i implementeringen av ny praksis. Forskjellen mellom den eksisterende og den nye praksisen må komme frem, og at det er til fordel for både pasienten, intensivsykepleierne og avdelingen (Amundsen & Kongsvik, 2018, Correa et al., 2020, Evenstad et al 2020, Jun et al., 2016, Konsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016, Shekelle, 2020, Stubberud, 2018, Sundhedsstyrelsen, 2019a).

Kandidatens erfaring stemmer med funn i litteraturen og forskningen, dersom intensivsykepleiere ikke ser hensikten eller fordelen ved en forandring er motivasjonen til å gjøre forandringen mindre. For å styrke troverdigheten kan det informeres om at fagprosedyrer er arbeidet frem gjennom kunnskapsbasert praksis og at det er et satsningsområde for I trygge hender 24/7. Det bør i tillegg trekkes frem at fagprosedyrer brukes ved Oslo Universitets sykehus. Erfaringer fra (praksisbesøk) videokonferansen som planlegges å gjennomføres tidlig i prosessen kan formidles. Det kan også med fordel brukes fortellinger fra kollegaer som har positive erfaringer fra lignende arbeid (Amundsen & Kongsvik, 2016, Kongsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016). I avdelingen er det flere som har positive erfaringer fra tidligere som kan brukes som er ressurs. I den motsatte situasjonen der kollegaer har negative erfaringer eller de ansatte ikke tror på fremvist dokumentasjon, blir det en hemmende faktor som fort sprer negative holdninger i en avdeling.

Tidsmangel er en av de største barrierene mot å bruke fagprosedyrer (Correa et al., 2020, Jun et al., 2016). I informasjonen som blir gitt må det komme tydelig frem at målet er at intensivsykepleierne ikke kommer bruke mer tid når det er innarbeidet, enn per i dag. Målet er også å vinne tid på å ha den fulle oversikten over pasienten, hvis det skulle bli en forandring i tilstanden (Breivik & Tymi, 2013). Det må også informeres om at det kommer å bli satt av ressurser til opplæring. Kandidaten har erfart at det blir mer positiv holdning til nye tiltak, når det blir avsatt tid for implementering. Personalet opplever å ha forståelse fra ledelsen, når det blir satt av tid. Det gir et signal om at dette er en forandring vi må bruke ekstra tid på for å få til, det kan ikke bare legges opp på alle andre oppgaver å forventes å bli gjennomført. Det støttes av forskningen som sier at tidsmangel er en av de største hemmende faktorene (Correa et al., 2020, Jun et al., 2016).

Forskning viser at ansatte ønsker informasjon om fagprosedyrer på rapporter, fag- eller tavlemøte, fremfor e-post (Evenstad et al., 2020). Det fremkommer også at kurs og møter fører til økt etterlevelse av fagprosedyrer (Fretheim et al., 2015). Forskning vedrørende utsendelse av e-post eller annet utskrevet materiale, viser at det sannsynligvis har effekt på helsepersonells kliniske arbeid (Evans & Mints, 2020, Fretheim et al., 2015, Giguère et al., 2020, Schub & Stone, 2017). Annen forskning viser til at passiv formidling som e-post, kan i tillegg til aktiv formidling være hensiktsmessig (Sundhedsstyrelsen, 2019a). Det styrker valget om at informasjonen planlegges å gjennomføres på internundervisning og fagdag. Noe av informasjon gjennomføres i tillegg på mail, men hovedvekten legges på fysiske møter.

6.2.2.3 Bruk av opinionsleder

Det anbefales å bruke opinionsleder for å øke muligheten for en vellykket forandring (Amundsen & Kongsvik, 2016, Evans & Mints, 2020, Flodgren et al., 2019, Fretheim et al., 2015, Healthcare Improvement Scotland, 2019, Helsedirektoratet, 2012, Jun et al., 2016, Miech et al., 2018, Schub & Walsh, 2017, Stubberud, 2018, Sundhedsstyrelsen, 2019a). Det er en person med faglig autoritet, innflytelse i avdelingen og et smittende engasjement som påvirker holdninger til fagprosedyren positivt (Flodgren et al., 2019, Healthcare Improvement Scotland, 2019, Jun et al., 2016, Miech et al., 2018, Schub & Walsh, 2017, Stubberud, 2018). En opinionsledere kan ses på som en brobygger mellom kunnskapsbasert praksis og klinisk praksis (Flodgren et al., 2019, Häggman-Laitila et al., 2017). Forskning kan ikke fastslå om team med opinionsledere har bedre effekt en bruk av enkeltpersoner (Flodgren et al., 2019). Ved implementeringen i egen avdeling tenker kandidaten det er hensiktsmessig å bruke flere, for å få større gjennomslagskraft i personalgruppen.

Kandidaten vurderer det til at hele arbeidsgruppen kan ses på som et team av opinionsledere i et forbedringsarbeid av denne størrelsen. Som nevnt tidligere (kapitel 6.1.2) består arbeidsgruppen av ulike profesjoner og intensivsykepleiere med forskjellig erfaring / ansiennitet.

I utvelgelse av intensivsykepleiere til arbeidsgruppen / som opinionsledere, vektlegges faglig tyngde og et smittende engasjement for å motvirke de hemmende faktorene som for eksempel motstand til forandring og negative holdninger mot fagprosedyrer (Jun et al., 2016). Gjennom å bruke en opinionsledere med lang erfaring og faglig tyngde vurderer kandidaten det som større mulighet for å få med de intensivsykepleierne som stoler mer til egen kompetanse enn nye fagprosedyrer, hvilket er nevnt som en hemmende faktor (Evenstad et al., 2020, Häggman-Laitila et al., 2017). Gjennom i tillegg velge en med kortere erfaring, som er yngre og nyere i avdelingen ønsker kandidaten å få med seg den yngre generasjonen av intensivsykepleiere (Häggman-Laitila et al., 2017). Kandidaten ser på disse intensivsykepleierne som en meget viktig del av arbeidsgruppen / opinionsteamet. Av erfaring er det positivt når forandringer ikke bare kommer fra ledelsen, men også fra likestilte kollegaer. De kan bidra med uvurderlige innspill fra den praktiske hverdagen som øker muligheten for en vellykket implementeringen.

Forskning kan ikke fastslå hvordan bruken av opinionsledere bør gjennomføres for å ha best effekt (Flodgren et al., 2019). Kandidaten vurderer det som hensiktsmessig at teamet av opinionsledere / arbeidsgruppen gjennomfører opplæringen og fungerer som ressurspersoner i avdelingen under hele prosessen. Opplæringen blir mer forklart i kapitel 6.2.4. Hvordan opinionsledere kan brukes gjennom andre deler av prosessen, er gjennom å delta ved informasjon om planer for implementeringen. Kandidaten tenker det er viktig at de frem-snakker forbedringen og bidrar til å spre positive holdninger

i avdelingen fra starten. Når tiden er inne for å ta i bruk fagprosedyren kan de fordeles i turnusen de to første ukene slik at en av dem er tilstede i de aller fleste vaktskiftene. Kandidaten har erfart det som positivt å ha en tilgjengelig for å svare på spørsmål, det øker muligheten for å komme i gang med forandringen.

6.2.3 Involvering av personalet

God kvalitet og pasientsikkerhet utvikles best der ansatte og ledere har et eierskap til kvalitetsforbedring, og et faglig ønske om å utvikle seg (Helsedirektoratet (2019e). Godt lederskap, fra både ledelsen og arbeidsgruppen, med åpen kommunikasjon, positiv holdning, tilbakemeldinger til personalet og tro på at den nye fagprosedyren utgjør en forskjell, skaper entusiasme og positivt arbeidsklima (Correa et al., 2020, Healthcare Improvement Scotland, 2019, Jun et al. 2016).

Involvering kan defineres som det å motivere, informere og gi medarbeiderne den kompetansen som setter dem i stand til bidra og delta aktivt i forandringsarbeidet (Maher et al., 2016). For et vellykket resultat er det svært viktig at personalet gjennom hele prosessen, føler seg inkludert og verdsatt, ellers kan det få motsatt effekt (Amundsen & Kongsvik, 2016, Evenstad et al., 2020, Kongsmo & Vege, 2015, Mahler et al., 2016).

Som nevnt tidligere har kandidaten tenkt på at holdninger til en ny forandring kan være en av de største hemmende faktorene i implementeringsprosessen.

For at intensivsykepleierne skal føle seg involvert kan det i forbindelse med at fagprosedyren blir presentert, og videre i prosessen være hensiktsmessig at etterspørre hvilke tanker og ideer de har rundt implementeringen. Det anbefales å ta direkte kontakt med de medarbeiderne som er mest skeptiske og de som er mest engasjerte. Avklar bakgrunnen til hvorfor de er skeptiske, og anerkjenn deres perspektiv som viktige innspill til implementeringsprosessen. De mest engasjerte intensivsykepleieren kan føle seg verdsatt og viktige i prosessen hvis de blir spurt om hvorfor de er engasjerte og hvordan deres engasjement kan spre seg til de andre intensivsykepleierne. I tillegg anbefales felles informasjon og møte med mulighet for dialog, med alle de ansatte, hvor de blir bedt om å komme med innspill (Maher et al., 2016). Er det noe spesielt de ønsker og / eller trenger opplæring i? Hvordan ønsker de opplæringen og informasjonen? På hvilken måte lærer de best? På den måten føler de seg involvert, og at de har mulighet å påvirke prosessen. Det fremmer eierskap til forbedringsarbeidet og endringsmotstanden reduseres (Amundsen & Kongsvik, 2016, Mahler et al., 2016, Stubberud, 2018). Viktig å lytte til hvilke innspill de ansatte har og handle ut ifra det for å vise at ledelsen er interessert og støtter forandringsarbeidet. Faren for at personalet mister motivasjon er

stor hvis ikke tilbakemeldinger tas på alvor (Evenstad et al., 2020, Konsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016).

Som nevnt tidligere ønsker sykepleiere dialog om fagprosedyrer på rapporter, fag- eller tavlemøter, fremfor passiv kommunikasjon via e-post (Evenstad et al., 2020). Kandidaten har den samme erfaringen, det er mer stimulerende og vekker mer engasjement å kunne være i dialog, spørre direkte og få svar, Faren for misforståelse er også større i det skrevne ordet en i en dialog. Erfaringsmessig settes det pris på å få mulighet å komme med innspill og tilbakemeldinger underveis i en prosess enn å bare bli presentert et sluttprodukt uten påvirkningsmulighet. Liten påvirkningskraft kan fort føre til motstand og negativ holdning er erfaringen. Å ha denne dialogen mellom ledelse – personell – arbeidsgruppe mener kandidaten en svært viktig for et vellykket resultat, hvilket også støttes av både forskningen og litteraturen (Amundsen & Kongsvik, 2016, Evenstad et al., 2020, Maher et al., 2016).

Første informasjonen planlegges til en fagdag på bakgrunn av at det er obligatorisk oppmøte og alle intensivsykepleieren nås. På et personalmøte er det mer variert deltakelse, hvilket gjør formidlingen mer usikker. Innholdet i informasjonen ble nevnt i kapittel 6.2.2.2, i tillegg trekkes pilottesten frem, og det blir spurt etter deltakere til den. Det blir viktig å synliggjøre at hensikten med pilottesten er å utvikle et «produkt» i fellesskap som fungerer optimalt med tanke på opplæringen og bruken av fagprosedyren. Planlegger å legge opp til dialog, for å signalisere at det er ønskelig at intensivsykepleierne er involvert i prosessen, og at deres innspill er svært viktige.

6.2.4 Opplæring av personalet

Forskning viser at kunnskap er en fremmede faktor for å redusere motstand mot endringen som den nye fagprosedyren innebærer (Correa et al., 2020, Jun et al., 2016, Spoon et al., 2020). Det er viktig at de ansatte får det de trenger av opplæring for å øke sin kompetanse (Breivik & Tymi, 2013, Healthcare Improvement Scotland, 2019, Helsedirektoratet 2019e, Konsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016, Meld. St. 10 (2012-2013), Sundhedsstyrelsen, 2019a). For å gjennomføre de nye anbefalingene må intensivsykepleierne oppleve at de har kompetanse, ellers blir ikke fagprosedyren brukt (Breivik & Tymi, 2013, Correa et al., 2020, Jun et al., 2016, Stubberud, 2018, Tan et al., 2020).

Som nevnt tidligere er det viktig å be om innspill og tilbakemeldinger for å fremme eierskap til forbedringsarbeidet. Det påvirker også muligheten for at endringsmotstanden reduseres (Mahler et al., 2016, Stubberud, 2018). Dette er også aktuelt vedrørende opplæringen rundt fagprosedyren. Erfaringene fra pilottesten og andre tilbakemeldinger vil ha stor betydning, og bli tatt med i utarbeiding av opplæringsplanen. På bakgrunn av dette er materialet som blir presentert i de neste avsnittene ikke endelige, men kan tilpasses.

6.2.4.1 Opplæringsstrategier

Opplæring er en av de mest brukte implementeringsstrategiene (Borgert et al. 2015, Spoon et al., 2020). Det anbefales å ta i bruk minst en opplæringsstrategi ved implementering av fagprosedyre som denne (Helsedirektoratet, 2020, Häggman-Laitila et al., 2017, Spoon et al., 2020).

På bakgrunn av funn i forskningen, litteraturen og egne erfaringer, velger kandidaten å legge stor vekt på opplæring i denne implementeringsprosessen (Borgert et al., 2015, Breivik & Tymi, 2013, Correa et al., 2020, Ebben et al., 2018, Jun et al., 2016, Spoon et al. 2020, Stubberud, 2018). Det planlegges å blande undervisningsformene, gjennom teori og praktisk øvelse, hvilket sannsynligvis gir bedre læring (Connell et al., 2016, Fretheim et al., 2015, Helsedirektoratet, 2020, Häggman-Laitila et al., 2017, Sundhedsstyrelsen, 2019a). Legger opp til å ta i bruk flere opplæringsstrategier, som skriftlig undervisningsmateriale, undervisning på fagdag med både klasseromsundervisning og med aktiv deltakelse. Den aktive deltakelsen planlegges i form av ferdighetstrening/opplæring i liten gruppen, av deler av fagprosedyren og den i sin helhet.

Skriftlig informasjon har sannsynligvis effekt på læringen (Fretheim et al., 2015, Giguère et al., 2019). Erfaringsmessig liker mange intensivsykepleiere å få utdelt materiale med mulighet til å notere underveis. Klasseromsundervisning viser seg å trolig ha effekt, og ved å kombinere det med aktiv undervisning øker muligens effekten i læringen (Hegland et al., 2017, Fretheim et al., 2015). Aktiv deltakelse påvirker generelt den positive effekt av læringen (Connell et al., 2016, Healthcare Improvement Scotland, 2019, Helsedirektoratet, 2020, Hegland et al., 2017, Orique & Phillips, 2018, Schub & Walsh, 2017, Sosialstyrelsen, 2012, Sundhedsstyrelsen, 2019a). På bakgrunn av dette legger kandidaten vekt på ferdighetstrening og opplæring i liten gruppe, hvilket medfører aktiv deltakelse. Det samstemmer i tillegg med kandidatens erfaringen, det man praktisk har utført, husker man og lærer best av.

Forskning viser at mange fagprosedyrer ikke blir fulgt (Correa et al., 2020, Evans & Mints, 2020, Evenstad et al., 2020, Jun et al., 2016, Spoon et al., 2020), og at implementering er vanskelig (Correa et al., 2020, Shekelle, 2020). Både kandidatens erfaring og forskning viser at opplæring er svært viktig gjennom hele prosessen når nye fagprosedyrer skal tas i bruk (Correa et al., 2020, Jun et al. 2016, Schub & Walsh, 2017). Det kan være utfordrende å holde fokus og engasjementet oppe gjennom implementeringsprosessen (Maher et al., 2016). For å minske muligheten for at implementeringen skli ut og fagprosedyren ikke blir brukt, planlegges det å gjøre ferdighetstrening av fagprosedyren med simuleringsdukke, i grupper med to intensivsykepleiere, under ledelse av en fra arbeidsgruppen. Dette gjennomføres når fagprosedyren har vært tatt i bruk en stund. Dette er i tillegg en opplæringsstrategi som innebærer aktiv deltakelse. Av erfaring får den som leder ferdighetstreningen /

opplæringen når det foregår i liten gruppe på en til to personer, en god oversikt over om intensivsykepleierne innehar kompetansen eller trenger mer oppfølging. Av ressurs hensyn planlegges det grupper på to personer fremfor en til en. Kandidaten ser ikke dette som noe negativt da erfaringen tilsier at fordelene med to og to er at man kan utveksle erfaringer man har opparbeidet seg, hvilket oppleves å gi økt læringsutbyttet (Orique & Phillips, 2018).

Det er hensiktsmessig at anestesileger som inngår i arbeidsgruppen, bidrar i undervisningen. Tverrfaglig involvering er en fremmede faktor (Correa et al., 2020, Helsedirektoratet, 2019a, Jun et al. 2016, Shekelle, 2020, Stubberud, 2018). Det anbefales i tillegg fra myndighetenes side at det kan foregå gjennom slik tverrfaglig ferdighetstrening som det planlegges til på fagdagen (Helsedirektoratet, 2020). Forskning viser også at fagprosedyrer blir mer brukt i avdelinger der sykepleiere blir oppmuntret til å bruke dem fra et tverrfaglig hold (Jun et al., 2016). Kandidaten vurderer det som positivt hvis anestesilegene er involvert og informert i at intensivsykepleierne skal ta i bruk en ny fagprosedyre og hva den innebærer. Det kan gi gode lærings situasjoner ved for eksempel visitten, der man kan diskutere og reflektere over funn. Forskning viser at bruk av en ekspert på visitten, som en anestesilege, kan brukes som en pasient nær implementeringsstrategi (Evans & Mints, 2020, Jordan et al., 2017). Forskning rettet mot klinisk undersøkelse beskriver også den dialogen og bekræftelsen omkring funn i undersøkelsen som viktig (Breivik & Tymi 2013, Tan et al., 2021)

6.2.4.2 Innhold i undervisningen

Forskning viser at det er behov for økt kompetanse i undersøkelse av lunger, perifer sirkulasjon og mage (Breivik & Tymi, 2013). Det stemmer godt med kandidatens erfaring. Lungene blir som regel auskultert, men opplevelsen er at mange er usikre på hva de hører og hva det innebærer. Vedrørende perifer sirkulasjon, er kapillær fylningstid blitt mer vanlig å observere de siste årene. Erfaringen er at de med nyere utdanning bruker det mer enn de med en eldre utdanning. Palpere etter pasientens puls eller perkutere / palpere pasientens mage blir ikke utført rutinemessig per i dag. Kandidaten ser det som naturlig at de nevnte område får ekstra fokus i opplæringen.

Mange av de momentene som opplæringen skal inneholde, er oppgaver / observasjoner som er velkjent for intensivsykepleierne, men som allikevel ikke alltid blir utført. Av erfaring er det alltid ny kunnskap å finne i de kjente og enkle oppgavene / observasjonene. Det kan oppstå fruktbare diskusjoner som leder til ny kunnskap, og at oppgavene / observasjonene i ettertid blir mer regelmessig utført. På bakgrunn av dette blir det lagt vekt på hele innholdet i fagprosedyren, men i forskjellig grad. I tabell 19 presenteres en oversikt over innholdet i undervisningen som planlegges.

Tabell 19 Oversikt over innhold i opplæringen av fagprosedyren «Klinisk undersøkelse av intensivpasienten - voksne», i henhold til ABCDE-prinsippet (OUS, 2021)

A Airway + B Breathing	Inspiser	<ul style="list-style-type: none"> • Frie luftveier • Ved kunstig luftvei: Knekk på endotrakealtube / trakeostomi, tube størrelse, tubedybde, tubefiksasjon, cuffkontroll, innerkanyle • Respirasjonsstatus: Frekvens, rytme, (bruk av hjelpemuskler, asymmetri)
	Auskulter	<ul style="list-style-type: none"> • Lokalisasjon – hvor lyttes det? • Respirasjonslyder: Sidedforskjeller Normale lyder: Mellom skulderbladene, lungeavsnittene, trakeallyd, Avvikende lyder: Knatrelyd, gnidning, gisp, inspiratorisk / ekspiratorisk hvesing, skraping, knirking, svulping, dempede, ralling, bobling, inspiratorisk / ekspiratorisk stridor eller blåst
	Palper	<ul style="list-style-type: none"> • Thorax området: Subcutant emfysem / krepitasjoner
C Circulation	Inspiser	<ul style="list-style-type: none"> • Hud: Farge, utslett, skade, sår, kapillær fylningstid
	Palper	<ul style="list-style-type: none"> • Puls: Perifert / sentralt, frekvens, rytme, kvalitet, doppler • Hud: Temperatur, fuktighet, ødem
D Disability	Undersøke	Nevrologi / Bevissthetsnivå: <ul style="list-style-type: none"> • Pupiller: størrelse, lysreaksjon, sidelighet, symmetri, form, lysreflex • Smerter: NRS (Numeric Rating Scale), VAS (Visual Analog Scale) • Delir: CAM (Confusion Assessment Method), CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) • Kramper: Fokale, generelle, varighet • RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) • GCS (Glasgow Coma Scale)
E Expose / environment	Inspiser	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen: Form / avvikende form (utspilt, utbulinger, innsunken, adipøs, spent)
	Auskulter	<ul style="list-style-type: none"> • Tarmlyder: Normale (høgfrekvente, gurglende), avvikende (hyperaktive, hypoaktive, fraværende)
	Palper	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen: Spent eller bløt
	Perkuter	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen: Fire kvadranter (dempede lyder, trommelyder)

6.2.4.3 Plan over opplæringen

Det er viktig å lage en plan over opplæringen for de ansatte (Helsedirektoratet, 2012, Helsedirektoratet, 2019a). Kandidaten planlegger å gjennomføre den etter opplæringsplanen i tabell 20. Den viser hvilke temaer som planlegges å undervises i, når, av hvem og hvilket utstyr som trengs. Bakgrunn for valg av opplæringsstrategier fremkommer i kapittel 6.2.4.1.

Tabell 20 Opplæringsplan

Tema:	Tidspunkt:	Hvordan:	Foreleser / instruktør:	Utstyr:
A - Airway B - Breathing	Fagdag	Klasseroms undervisning + Ferdighets-trening	Anestesilege Intensivsykepleier fra arbeidsgruppen	Simuleringsdukke, cuffmåler, cuffsprøyte, endotrakealtube, tubetape, trakeostomi, stetoskop, lyttvideoper
C - Circulation	Fagdag			Doppler
D - Disability	Fagdag			Pupillelykt

E – Expose / environment	Fagdag			Stetoskop
Praktisk gjennomføring – Klinisk undersøkelse	Fagdag + Ferdighets-trening	Simulerings øvelse	Intensivsykepleier fra arbeidsgruppen	Simuleringsdukke, cuffmåler, cuffsprøyte, tubetape, endotrakealtube, stetoskop, doppler, pupillelykt

I tabell 21 fremkommer den praktiske gjennomføringen av fagdagen som planlegges. Tradisjonen i avdelingen er at personalet er delt i tre, etter hvilken primærgruppe de tilhører. Fagdagene avvikles dermed i tre dager, med cirka 20-25 ansatte på hver fagdag. Det planlegges at anestesilege underviser i klasseromsundervisningen sammen med intensivsykepleier fra arbeidsgruppen. I gruppene med ferdighetstrening, prioriteres det å ha med anestesilege på de stasjonene der det fokuseres på B og E områdene. Dette for å sikre høyeste kompetanse på auskultasjons og palpasjon / perkusjons ferdigheter, hvilket forskningen som nevnt tidligere, viser økt behov for (Breivik & Tymi, 2013, Tan et al., 2021). Fra et ressurs perspektiv prioriteres ikke anestesilege på stasjonene for D og gjennomførelse av den kliniske undersøkelsen. Det er lite sannsynlig å få frigjort tre anestesileger til undervisning en hel ettermiddag. Opplæring i de områdene vurderer kandidaten som relevantt og intensivsykepleiere fra arbeidsgruppen gjennomfører.

Tabell 21 Fagdag – praktisk gjennomføring

Tidspunkt:	Tema:				Foreleser:
07.30 - 08.15	A airway + B breathing				Anestesilege + en intensivsykepleier (int.spl) fra arbeidsgruppen
08.30 – 09.15	C circulation + E expose/ environment				
09.30 – 10.15	D disability				
Ferdighetstrening i grupper à 5 intensivsykepleiere	A + B	D	C + E	Klinisk undersøkelse (KU)	A+B: anestesilege D: int.spl fra arbeidsgruppen C+E: anestesilege KU: int.spl fra arbeidsgruppen
10.30 – 11.45	1 (gruppe)	2	3	4	
Lunsj 11.45 – 12.30					
12.30 - 13.45	2	1	4	3	
13.50 - 14.30	3	4	1	2	
14.35 – 15.15	4	3	2	1	

Kandidaten hadde i slutfasen av eksamensarbeidet ute forslaget til implementeringsplan (kapitel 7.0) til gjennomsyn hos fagutviklingssykepleier i avdelingen. Tilbakemelding gikk på ressursbruken. Det ble satt spørsmål om det å bruke en hel fagdag til implementering av denne fagprosedyren. Det er mange fagområder / tema som personalet skal gjennomgå i løp av et år, og avdelingen har fire fagdager. Kandidaten ser den praktiske siden av det spørsmålet og tenker at det er svært viktig at ledelsen er klar over hva de sier ja til når de godkjenner forbedringsarbeidet, som nevnt i kapitel 6.1.1. Implementering er som nevnt tidligere krevende, og forslaget til implementeringsplanen er utarbeidet etter anbefalinger i litteraturen / forskningen, for å legge til rett for varig forbedring (Maher et al.,

2016). Vedrørende opplæringen anbefales det som nevnt tidligere, for eksempel å bruke forskjellige opplæringsstrategier, blande teori og praktisk trening, samt bruke tverrfaglig involvering for å oppnå et best mulig resultat (Correa et al., 2020, Helsedirektoratet 19a, Helsedirektoratet, 2020, Haggman-Laitila et al., 2017, Jun et al. 2016, Shekelle, 2020, Spoon et al., 2020, Stubberud, 2018). I tillegg viser forskning at intensivsykepleierne trenger å oppleve at de har kompetansen for å bruke fagprosedyren (Breivik & Tymi, 2013, Correa et al., 2020, Jun et al., 2016, Tan et al., 2020). Dette medfører ressurs krevende tiltak, men samtidig viser det seg å ha best effekt for varig forbedring. Kandidaten presenterer et forslag som ledelsen i avdelingen får vurdere. Man får i tillegg ta med i betraktningen at det kan komme innspill fra personalet underveis i prosessen (kapitel 6.2.3, 6.2.4) og fra erfaringene fra pilotprosjektet (kapitel 6.1.6) som påvirker opplæringsplanen og utformingen av implementeringsplanen.

6.3 Samhandling med organisasjonen

Hovedfaktoren «samhandling med organisasjonen» beskriver tiltak som sikrer at kvalitetsarbeidet samsvarer med sykehusets strategiske målsetting, verdigrunnlag og kultur.

Anbefalte tiltak er (Maher et al., 2016, Stubberud, 2018):

- Å sikre at forbedringsarbeidet samsvarer med organisasjonens målsetting og kultur
- Å sende fagprosedyren på høring i sykehuset
- Å gjennomføre mini-metodevurdering
- Å sikre infrastrukturen som støtter forbedringsarbeidet

6.3.1 Å sikre at forbedringsarbeidet samsvarer med organisasjonens målsetting og kultur

Vestre Viken som overordnet organisasjon har stort fokus på kvalitet og pasientsikkerhet, og skal tilby pasienter og pårørende helsehjelp av god kvalitet. De følger opp nasjonale strategier og kampanjer for kvalitetsforbedring i helseforetak. Vestre Vikens målsettingen er å skape god kvalitet gjennom system og kultur for orden i eget hus, kunnskapsbasert praksis, godt arbeidsmiljø, kunnskap om hvordan tjenesten fungerer og gjennom kontinuerlig forbedring (Vestre Viken, 2021). Dette er forplantet nedover i organisasjonen, til intensivavdelingen.

Det er vurdert at kvalitetsarbeidet er i tråd med visjonen og målsettingen både til intensivavdelingen ved Drammen sykehus og Vestre Viken som overordnet organisasjon. Som nevnt tidligere er muligheten for å lykkes med et kvalitetsarbeid større, hvis prosjektet samsvarer med avdelingens mål og visjoner (Correa et al., 2020, Helsedirektoratet, 2019a, Konsmo et al., 2015, Konsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016, Sosialstyrelsen, 2012, Stubberud, 2018). Vestre Viken følger opp nasjonale strategier og kampanjer for kvalitetsforbedring, og fagprosedyren har det samme fokuset som et av

satsningsområdene i Helsedirektoratets pasientsikkerhetsprogram: tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand (Helsedirektoratet, 2019b, Helsedirektoratet 2020). I tillegg er både fagprosedyren som skal implementeres og forslaget til implementeringsplanen utarbeidet etter prinsippene for kunnskapsbasert praksis og bidrar til det lokale forbedringsarbeidet i intensivavdelingen.

Kulturen i organisasjonen har betydning i forbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2019e, Maher et al, 2016, Meld. St. 10 (2012-2013)). Organisasjonskultur kan defineres som «et sett av felles normer, verdier og virkelighetsoppfatninger som utvikles i en organisasjon når medlemmene samhandler med hverandre og omgivelsene, og som kommer til uttrykk i medlemmenes handlinger og holdninger på jobben» (Bang, 2013).

Erfaringen av forbedringsarbeid i egen avdeling er at det er en åpen og positiv kultur rundt forbedringsforslag. Når kandidaten har kommet med forslag, og ønsket å ta ansvar for forbedring, har det blitt tatt godt imot. Utfordringen er ofte relatert til arbeidsbelastningen, pasientbehandling og tidsressurser, hvilket gjør det utfordrende som intensivsykepleier å komme med forbedringsforslag, og følge det opp i det daglige. Erfaringen er at det er avhengig av at det blir satt av tid, borte fra pasientbehandlingen, for å kunne gjennomføres.

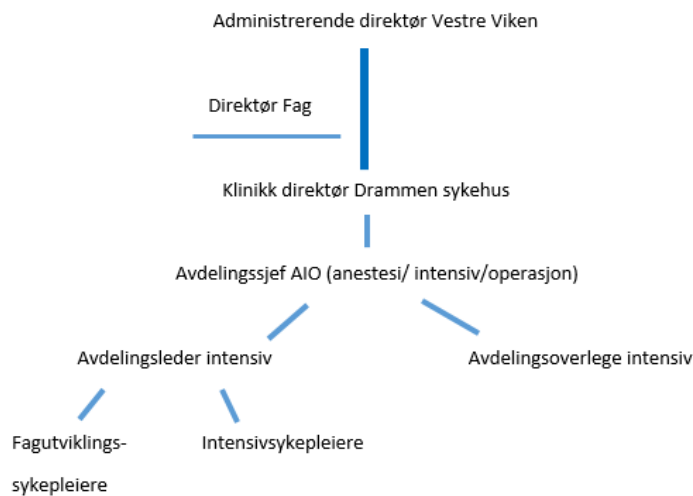
6.3.2 Å sende fagprosedyren på høring i sykehuset

For å sikre faglig kvalitet er det viktig at fagprosedyren sendes på høring til relevante grupper og instanser. Hvilke konsekvenser fagprosedyren kan ha for helsehjelpen, ressursutnyttelse og en overordnet vurdering, er det som høringsinstansene oppfordres til å gi tilbakemelding på (Helsedirektoratet, 2012, Stubberud, 2018).

Figur 7, viser organisasjonskartet over intensivavdelingen ved Drammen sykehus, Vestre Viken. I et kvalitetsarbeid av denne størrelsen er det naturlig å sende fagprosedyren til avdelingsleder, fagutviklingssykepleier, avdelingsoverlege på intensiv og de intensivsykepleierne som er primærgruppelederne for avdelingens tre primærgrupper. Primærgruppelederne vurderes som viktige i et faglig perspektiv, og i tillegg, vedrørende involvering av personalet som nevnt i kapittel 6.2.3.

Fagutviklingssykepleier har i henhold til intern prosedyre ansvar for å sende fagprosedyren til høring (Vestre Viken, 2019).

Fig. 7 Organisasjonskart over intensivavdelingen, Drammen sykehus, Vestre Viken.



6.3.3 Å gjennomføre mini-metodevurdering

Når et fagmiljø skal innføre en ny metode, som en helsefaglig prosedyre, bruker sykehusene en mini-metodevurdering. Det er aktuelt når et forbedringsarbeid betyr stor endring av klinisk praksis. Det foregår i en prosess med metodevarsling, metodevurdering, prioritering, beslutning og implementering (Folkehelseinstituttet, 2021b, Stubberud, 2018).

Metodevarsel er en kort beskrivelse av den nye metoden, inklusive dokumentasjon. Varslene er ment å bidra til raskere tilgang til nye og nyttige metoder (Folkehelseinstituttet, 2021a).

Metodevurderingen innebærer systematisk gjennomgang av forskningen som ligger til grunnlag. Både det etiske, juridiske, organisatoriske og kostnadseffektive blir vurdert. Det kan skje på både lokalt, regionalt eller nasjonalt nivå. Denne vurderingen ligger som grunnlag for en beslutning om å innføre metoden eller om problemstillingen skal løftes til et høyere nivå. Implementeringen kan gjennomføres når beslutningen er tatt (Stubberud, 2018). Hensikten er å styrke pasientsikkerheten, likebehandlingsprinsippet og bidra til utfasing av gamle eller ineffektive og skadelige metoder. Samt sikre fornuftig bruk av ressurser og systematisk introduksjon av nye metoder (Stubberud, 2018).

Det vurderes som ikke nødvendig å gjennomføre en mini-metodevurdering ved implementering av nevnt fagprosedyre på i intensivavdelingen på Drammen sykehus. Kriteriene som ligger til grunn for å gjennomføre en slik vurdering er klinisk relevant usikkerhet, faglig uenighet vedrørende effekten eller ved etiske utfordringer. Ingen av de kriteriene skaper utfordringer vedrørende dette forbedringsarbeidet. Metoden vurderes heller ikke som ny når den allerede er tatt i bruk på Oslo universitetssykehus. Dette støttes av Folkehelseinstituttets (2020) kriterier for bruk, hvis metoden er godt etablert i klinisk praksis og med veldokumentert kunnskapsgrunnlag vedrørende effekt og

sikkerhet trengs det ikke gjøres i forkant av implementering i eget foretak. Høring blir vurdert som god nok kvalitetskontroll ved innføring av denne fagprosedyren.

6.3.4 Å sikre infrastrukturen som støtter forbedringsarbeidet

For et vellykket resultat av forbedringsarbeidet må infrastrukturen være tilrettelagt for endringen. Det kan være i form av kommunikasjonssystemer som intranett, e-læringssystemer eller lokale prosedyrenettverk hvor fagprosedyren blir publisert (Jun et al., 2016, Healthcare Improvement Scotland, 2019, Konsmo & Vege, 2015, Maher et al., 2016, Schub & Walsh, 2017, Stubberud, 2018).

Dagens helsevesen er avhengig av et fungerende system hvor det går an å slå opp og finne svar på kliniske problemstillinger. Uten slike systemer hadde det ikke vært mulig å møte dagens krav til forsvarlighet og kvalitetssikkerhet. På Drammen sykehus finnes det et fungerende prosedyrenettverk, e-håndbok. Erfaringen er at det ikke alltid er lett å finne det man leter etter, og at fremstillingen av fagprosedyrer kan være uoversiktlige. For å underlette søkefunksjonen er valg av logisk overskrift, og plassering i mappe, særdeles viktig. Formatet er av betydning for bruken, nevnt i kapittel 6.1.7.2. I e-håndboken bør den være enkel, brukervennlig og lett å finne (Correa et al., 2020, Jun et al., 2016, Sundhedsstyrelsen, 2019a, Stubberud, 2018). I dette kvalitetsarbeidet finnes det ikke tidligere versjoner, men ellers er det viktig å slette de slik at bare den nye versjonen av fagprosedyren er tilgjengelig i e-håndboken (Helsedirektorat, 2019a, Maher et al., 2016, Sundhedsstyrelsen, 2019a). Fagutviklingspsykepleier er dokumentansvarlig og publiserer i henhold til intern prosedyre i e-håndbok (Vestre Viken, 2019).

Det finnes ikke tilsvarende overordnet prosedyre for «Klinisk undersøkelse av intensivpasienten» i Vestre Viken. På bakgrunn av dette, kan det vurderes om fagprosedyren skal sendes til vurdering i Utvalget for fagprosedyrer og pasientforløp (Vestre Viken, 2020). Hvis den blir publisert som en foretaksomfattende prosedyre blir den gjeldende for hele Vestre Viken. Fordelen ved dette er at andre intensivavdelinger kan bruke fagprosedyren uten å måtte lage en egen. Som nevnt tidligere bør dobbeltarbeid unnvikes i kvalitetsarbeid (Helsedirektoratet, 2012).

Ved publisering bør det også vurderes om fagprosedyren skal publiseres på internett og dermed gjøres tilgjengelig utenfor Vestre Viken (Vestre Viken, 2020) Den blir da å finne i app'en for e-håndbok, og dermed lett tilgjengelig, hvilket er en fremmede faktor for implementering (Correa et al., 2020, Jun et al., 2016, Sundhedsstyrelsen, 2019a, Stubberud, 2018). Det bidrar i tillegg til å underlette søkeprosessen og unngå dobbeltarbeid for andre som søker etter tilsvarende fagprosedyre.

7.0 Presentasjon av et forslag til plan for implementering av forbedringstiltaket

Dette er forslag til plan for å implementere en fagprosedyre for klinisk undersøkelse av intensivpasienten, i intensivavdelingen ved Drammen sykehus.

Proessen

Dette er den forberedende delen av arbeidsprosessen med å implementere fagprosedyren i avdelingen (4,9).

Tabell 1 Oversikt over tiltak i den forberedende delen av arbeidsprosessen

Proessen	<ul style="list-style-type: none">• Å få arbeidet godkjent i lederlinjen• Å sette sammen en arbeidsgruppe• Å vurdere ressursbruk ved implementering av fagprosedyren• Å lage sjekklister for implementeringsprosessen• Å lage interessentanalyse og kommunikasjonsplan• Å pilotteste fagprosedyren som skal implementeres• Å identifisere barrierer og motstand mot endring• Lokal tilpasning av fagprosedyren
-----------------	---

Å få forbedringsarbeidet godkjent i lederlinjen

Det første som må gjøres er å få arbeidet godkjent av ledelsen i avdelingen (1-7). I dette forbedringsarbeidet innebærer det avdelingssykepleier og avdelingsoverlege for intensivavdelingen.

Når arbeidet er godkjent i lederlinjen, legges forbedringsarbeidet inn i avdelingens årshjul for planlagte aktiviteter (1,3,4,7-10)

Å sette sammen en arbeidsgruppe

Når forbedringsarbeidet er godkjent i lederlinjen, må det settes sammen en arbeidsgruppe som skal utføre implementeringsarbeidet. Arbeidsgruppen bør bestå av sentrale personer i avdelingen som kan bidra med både faglig og organisatorisk kompetanse (4,11,12). Arbeidsgruppen bør bestå av 4-7 personer (1,8). Aktuelle personer for denne arbeidsgruppen bør være:

- Fagutviklingssykepleier
- Intensivsykepleiere med ulik arbeidserfaring
- Anestesilege/intensivmedisiner

Det anbefales å vektlegge engasjement for forbedringstiltaket hos de som blir spurt om å delta i arbeidsgruppen. Roller og arbeidsoppgaver bør fordeles mellom medlemmene i arbeidsgruppen og målet med arbeidet må være klart for alle (1).

Å vurdere ressursbruk for implementering av fagprosedyren

For at avdelingens ledelse skal kunne organisere forbedringsarbeidet, anbefales det at arbeidsgruppen gjør en vurdering av ressursene som skal til, både med hensyn til implementeringen og den daglige bruken av fagprosedyren (1,3,7,10).

Arbeidsgruppen må presentere en oversikt over antatt ressursbruk for avdelingens ledelse (7).

Oversikten bør inneholde:

- Antall timer arbeidsgruppen skal bruke på arbeidet
- Ekstra personalressurser for å frigjøre medlemmer i arbeidsgruppen
- Ressurser for informasjon og opplæring av personalet
- Behov for innkjøp av nytt medisinsk utstyr som cuffmåler, pupillelykt, stetoskop og doppler
- Studiebesøk
- Kake / lunsj

Å lage sjekklister for implementeringsprosessen

Det anbefales å lage en sjekklister for arbeidsprosessen. Sjekklisten brukes som en huskeliste for å kvalitetssikre at alle forberedelser er gjort, se tabell 2 (13).

Tabell 2 Sjekklister for arbeidsprosessen (13).

Forutsetninger som bør være til stede der tiltakene skal implementeres.	Ja / Nei
Alle endringer / tiltak er testet ut i praksis gjennom tester, hos relevante målgrupper.	
Vi har gjennom testing samlet kunnskap om hvordan endringene / tiltakene best bør gjennomføres, og har oversikt over hva som må på plass for at disse skal kunne ruller ut og implementeres til alle ansatte i enheten.	
Vi har gjennom testing fått oversikt over hva tiltaket eller tiltakene krever av materiell, utstyr og kunnskap hos involverte aktører for å kunne gjennomføres etter hensikt	

Tiltakene er forankret hos og er støttet av ledelsen og er nedfelt og gitt prioritert i avdelingens målsetting.	
Tiltakene er forankret hos de ansatte, og deres tiltro til at dette er endringer som kan gjennomføres og er til beste for pasienten, er høy. En slik tiltro kan avdekkes gjennom systematisk småskaletesting.	
Det er utarbeidet en plan for hvordan implementeringsprosessen skal gjennomføres. Planen bør inkludere: <ul style="list-style-type: none"> • Hvem som har ansvar for at tiltakene skal implementeres • Hvilke ressurser som kreves • Hvem som blir involvert, i hvilken rekkefølge • Fordeling av ansvar underveis • Tidsplan • Hvordan prosessen skal kommuniseres underveis (kommunikasjonsplan) 	

Å lage interessentanalyse og kommunikasjonsplan

Interessenter er alle som påvirker eller påvirkes av implementeringen (4,14). For å få oversikt og ha orden over de forskjellige, bør det lages en interessentanalyse. Det innebærer å systematisk kartlegge interne og eksterne interessenter som har krav på å bli informert og komme med tilbakemeldinger (1,3,4,14,15).

Aktuelle interessenter for dette arbeidet er:

- Avdelingsleder
- Daglig leder
- Avdelingssjef AIO (anestesi, intensiv, operasjon)
- Fagutviklingssykepleier (som ikke deltar i arbeidsgruppen)
- Intensivsykepleierne
- Primærgruppeledere
- Intensivsykepleiere i pilotgruppen
- Anestesilegene

Det anbefales i tillegg å lage en kommunikasjonsplan over hvem, hvordan, hvorfor og når informasjon om implementeringsarbeidet skal formidles (1,14,16,17).

De forskjellige interessentene kan ha behov for ulik informasjon på forskjellige måter og tidspunkter. Ved tilpasset informasjon øker sannsynligheten for involvering og motivasjon hos interessentene og dermed muligheten til et vellykket resultat. Både interessenter og kommunikasjonsplanen kan forandres underveis i prosessen (1,4,7,17). Forslag til mal for kommunikasjonsplan for dette arbeidet er presentert i tabell 3.

Tabell 3 Kommunikasjonsplan (Helsedirektoratet, 2019d)

Kommunikasjonsplan					Enhet: Sist oppdatert:	
Målgruppe	Hva?	Hvordan?	Hvorfor?	Når?	Aktivitet?	Ansvar?
Hvilken interessent gruppe er målet for budskapet?	Hva er hovedbudskapet til denne målgruppen?	På hvilken måte skal budskapet leveres?	Hva ønsker vi oppnå ved å rette oppmerksomheten mot denne målgruppen?	Når skal kommunikasjonen foregå, hva er deadline?	Hva må konkret gjøres for at budskapet skal kommuniseres godt?	Hvem har ansvar for at dette gjøres? *
Interne:						
Avdelingsleder	Informasjon Oppdatering	Møte E-post	Vedlikeholde engasjementet		Faglig informativt Kortfattet	Leder i arbeidsgruppen
Daglig leder	Informasjon Oppdatering	Møte E-post	Engasjement Aktiv deltakelse relatert til drift		Faglig Informativt Kortfattet	Leder i arbeidsgruppen
Avdelingssjef AIO	Informasjon Oppdatering	Møte E-post	Engasjement Tverrfaglig involvering		Faglig informativt Kortfattet	Avd. overlege
Fagutviklings-sykepleier (som ikke deltar i arbeidsgruppen)	Informasjon Oppdatering	Samtale E-post Fagdag Intern undervisning	Involvering Positiv holdning		Faglig Informativt Kortfattet	Fagutv.spl i arbeidsgruppen
Intensiv-sykepleiere i avdelingen	Informasjon Oppdatering	Intern-undervisning Fagdag E-post	Involvering Eierskap Engasjement Positiv holdning Motivasjon		Informativt Faglig Engasjerende Dialog	Avd.leder Fagutv.spl Arbeidsgruppen
Primærgruppe ledere	Informasjon Oppdatering	E-post Primærgruppe ledermøte	Involvering Engasjement Forberedt til fagdager		Informativt Faglig Engasjerende Dialog	Fagutv.spl i arbeidsgruppen
Intensiv-sykepleiere i pilotgruppen	Informasjon Oppdatering	E-post	Involvering Engasjement Positiv holdning		Informativt Faglig Engasjerende Dialog	Avd. leder Fagutv.spl Arbeidsgruppen
Anestesi-legene	Informeres om kvalitetsarbeidet og oppstarts tidspunkt	E-post Morgenmøte	Engasjement Faglige diskusjoner		Informativt Faglig	Avd.-overlege

* Fagutv. spl. = Fagutviklingssykepleier, Avd. overlege = Avdelings overlege, Avd. leder = Avdelingsleder

Å pilotteste fagprosedyren som skal implementeres

For å få kunnskap om hva som trengs av informasjon og opplæring for å bruke fagprosedyren, bør arbeidsgruppen pilotteste prosedyren (1,2,3,7,18).

Pilottesten gjennomføres

- Etter at deltakere til pilottesten er blitt rekruttert på fagdag og via e-post
- I gruppe av 3-4 intensivsykepleiere
- Med intensivsykepleiere med ulik erfaring
- Med eventuell deltakelse av intensivsykepleier som er skeptisk til forbedringsarbeidet
- Etter planlagt opplæringsplan, (se kapittel opplæring av personalet)

I etterkant evalueres informasjon, innhold i undervisningen, valg av opplæringsstrategier og opplæringsplanen (1,2,3,7,18). Pilottesten kan gjentas med ny gruppe hvis det er behov for videre kartlegging.

Å identifisere barrierer og motstand mot endring

For å gjøre prosessen mer effektiv anbefales det at arbeidsgruppen identifiserer barrierer og motstand mot endringen som er tilstede i avdelingen (4,6,8,9,16,19,20,21). Når de er identifisert anbefales det å skreddersy tiltak som støtter eller motvirker de faktorene som forventes å påvirke prosessen (7,8,14,19,21,22,23,24).

I dette arbeidet er det identifisert barrierer og motstand vedrørende

- Holdning til endring
- Holdning og motivasjon til å bruke fagprosedyren

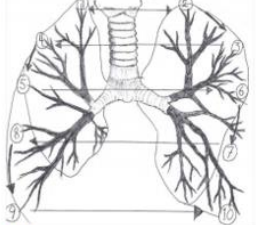
Omorganiseringer og endringer kan oppleves tungt, og vekke motstand i personalgruppen. Det bør kartlegges hvilke erfaringer avdelingen har med tidligere endringer (3,4,9,16). Tidspunktet for oppstart av implementeringsprosessen bør vurderes slik at det ikke kommer for tett opp under andre endringer / aktiviteter som foregår i avdelingen, inklusive ferieavvikling (4,7,9,20,26).

For å påvirke holdninger og motivasjonen til bruken av fagprosedyren er det viktig å formidle til personalgruppen.

- Nytteverdien og hensikten med fagprosedyren (4,7,8,20,21,27)
- Hvor lang tid fagprosedyren tar å gjennomføre i praksis (8,20)

- At det kommer til å bli satt av ressurser til opplæring i fagprosedyren (3,4,8,20)
- At fagprosedyren har et brukervennlig format: tydelig, enkelt og kortfattet (Fig.1) (8,16,20,21,29)
- At fagprosedyren blir gjort lett tilgjengelig i lommeformat og/ eller bedside, slik at den er lett å finne (7,8,21)

Fig. 1 Fagprosedyren «Klinisk undersøkelse av intensivpasienten – voksne» (OUS, 2020)

KLINISK UNDERSØKELSE AV INTENSIVPASIENTEN <small>Dokument id: 138985</small>	KLINISK UNDERSØKELSE AV INTENSIVPASIENTEN <small>Dokument id: 138985</small>
<p>1. Luftveier og respirasjon</p> <p>Inspiser om pasienten har frie luftveier:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prater ubesværet? • Ufri luftvei? Fremmedlegemer, dysfagi, obstruksjon • Lytt: snorking, gurgling, heshet <p>Tilleggsundersøkelser ved kunstig luftvei (trakeostomi/endotrakealtube):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Knekk på trakeostomi/endotrakealtube, størrelse, dybde, fiksasjon (tape, bånd, sutur), cuffkontroll (cufftrykk ved luft, antall ml ved vann), innerkanyle? <p>Inspiser pasientens respirasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekvens, rytme (hjelpemuskulatur, asymetri?) <p>Auskulter over pasientens lungeavsnitt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auskulter fra side til side over alle lungeavsnitt (se illustrasjonsbilde) <p>Palper pasientens hud over thoraxområdet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subkutant emfysem/krepitasjoner? <p>2. Sirkulasjon</p> <p>Inspiser pasientens hud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Farge, utslett, skade/sår, kapillær fylningstid <p>Palper pasientens puls:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentralt og perifert • Frekvens, kvalitet, rytme (doppler ved vanskelig palpasjon) <p>Palper pasientens hud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatur, fuktighet, perifere ødem 	<p>3. Neurologi</p> <p>Undersøk pasientens sedasjonsnivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RASS <p>Undersøk pasientens bevissthetsnivå:</p> <ul style="list-style-type: none"> • GCS <p>Undersøk om pasienten har smerter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommuniserende pasient: NRS eller VAS • Ikke-kommuniserende pasient: CPOT eller BPS <p>Inspiser pasientens pupiller:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Størrelse, lysreaksjon, sidelikhet, symmetri, form, lysrefleks <p>Undersøk om pasienten har delirium:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Våken pasient med verbal kommunikasjon: CAM • Våken pasient uten verbal kommunikasjon: CAM-ICU <p>Undersøk om pasienten har kramper:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Type, varighet <p>4. Abdomen</p> <p>Inspiser pasientens abdomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flat, utspilt, utbulinger, innsunken, symmetri, adipøs, spent <p>Auskulter pasientens tarmlyder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 min (eventuelt 2-5 min) • Høyfrekvente, gurglende, hyperaktive (klirrende, høye, høyfrekvente), hypoaktive, fraværende <p>Palper pasientens abdomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spent, bløt <p>Perkuter pasientens abdomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perkuter systematisk lett over alle fire kvadranter etter dempede lyder og trommelyd <p>5. Tilleggsundersøkelser?</p> <p><small>Utviklet av Stine Rosok Dahl, Caroline Bjørknes, Silje Sorheim Bjørn</small></p>

Lokal tilpasning av fagprosedyren

Det anbefales at fagprosedyren tilpasses de lokale forhold der den skal implementeres (3,4,7,10,14,16,21,28). I dette arbeidet er det aktuelt å fjerne smerteskårings verktøyet Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) og kun beholde Behavioral Pain Scale (BPS).

Samhandling med ledelse og ansatte

Denne delen av planen beskriver tiltak som må gjøres for å engasjere ledelsen og ansatte i avdelingen, og for å overkomme barrierer og motstand mot å ta i bruk fagprosedyren, se tabell 4 (4,9).

Tabell 4 Oversikt over tiltak for å engasjere ledelsen og ansatte i avdelingen

Samhandling med ledelse og ansatte	<ul style="list-style-type: none">• Å engasjere ledelsen• Å utarbeide strategier for å overkomme barrierer og motstand mot å ta i bruk fagprosedyren• Involvering av personalet• Opplæring av personalet
---	---

Å engasjere ledelsen

For et få til et vellykket forbedringsarbeid er det viktig å holde ledelsen engasjert gjennom prosessen. Avtar ledelsens engasjement kan det forplante seg til personalet (1,3,4,8,9,20). Når ledelsen ser fordelene forbedringsarbeidet har for pasientene, personalet og organisasjonene, øker muligheten for å holde engasjementet vedlike (4,7,9).

Ledelsen bør få jevnlig informasjon og inngå i arbeidsgruppens kommunikasjonsplanen, hvor det er kartlagt hvordan / når de ønsker å få informasjonen (1,4,17).

Utarbeide strategier for å overkomme barrierer og motstand mot endringer

Implementeringsstrategiene som velges bør tilpasses de hemmende og fremmende faktorene som er blitt identifisert i avdelingen der forbedringsarbeidet skal gjennomføres (4,7,8,14,9,16,19,20,21,22,29). Det er usikkerhet knyttet til hvilke strategier som har effekt, men det anbefales å bruke flere (8,19,21,22,23,24,26,29).

Aktuelle i dette forbedringsarbeidet er:

- Praksisbesøk
- Informasjon til personalet
- Bruk av opinionsledere
- Opplæring (kommer i avsnittet om opplæring av personalet)

Praksisbesøk

For å innhente og dele informasjon kan det være hensiktsmessig å dra på praksisbesøk til en avdeling / sykehus hvor fagprosedyren er i bruk, i dette tilfelle Oslo Universitetssykehus. Å dra nytte av andres erfaringer kan lede til en mer vellykket implementeringsprosess (4,14,19,23,26). Erfaringsmessig kan praksisbesøk i tillegg bidra til økt opplevelse av teamfølelse, hvilket kan bidra til større engasjement hos arbeidsgruppen.

På bakgrunn av pandemi og smittevern hensyn kan videokonferanse vurderes som et alternativ.

Informasjon til personalet

Informasjon og dialog med personalet er grunnleggende for at de ansatte skal få et eierforhold til forandringen som planlegges. Innholdet i informasjonen og hvordan det formidles kan være med på å redusere skepsis til fagprosedyren (4,7,8,9,20,21,25,27).

Fokuset i informasjonen bør være:

- Hensikten med fagprosedyren (4,9,20,27)
- Troverdige resultater som forandringen gir (4,7,8,9,20,21,25,27)
- Fordelerne ved forandringen for pasienten, intensivsykepleierne og avdelingen (4,7,8,9,20,21,25,27)
- Forskjellen mellom ny og eksisterende praksis (4,7,8,9,20,21,25,27)
- Tidsbruken ved gjennomføring av fagprosedyren (8,20,30)
- At det er satt av ressurser til opplæring i bruken av fagprosedyren (8,20)

Informasjonene bør presenteres på en slik måte at den er lett å forstå (4,7,8,9,20,21,25,27).

Erfaringer fra praksisbesøk, eller ansatte som har positiv erfaringer i å bruke fagprosedyren på andre sykehus, anbefales å få hjelp av (4,9,25).

Informasjonene bør formidles både skriftlig og på fagdag / internundervisning men med mest fokus der informasjonen kan gis muntlig og med mulighet for dialog (4,6,14,23,27,28,31).

Bruk av opinionsleder

For en vellykket implementeringsprosess anbefales det å ta i bruk opinionsledere. Det er personer / personer med faglig autoritet, innflytelse i avdelingen og med et smittende engasjement som påvirker holdninger og motivasjonen til fagprosedyre positivt (6,7,12,14,16,20,23,25,28,29,32).

I dette forbedringsarbeidet kan arbeidsgruppen brukes som opinionsledere (7,11,27). De kan i praksis brukes til å:

- Gjennomføre opplæringen
- Delta ved informasjon om implementeringen
- Være ressurspersoner i avdelingen gjennom hele prosessen
- Frem-snakke forbedringen og bidra til å spre positive holdninger (20)
- Fordeles i turnusen for å sikre kompetanse på vaktene i oppstarten i bruken av fagprosedyren

Involvering av personalet

For et vellykket resultat er det svært viktig at personalet føler seg inkludert og verdsatt (4,9,25,27).

Arbeidsgruppen anbefales å legge opp til åpen kommunikasjon med personalet, og spre positive holdninger for å skape entusiasme og positivt arbeidsklima (8,20,29). Det anbefales å ta kontakt med de mest skeptiske og de mest engasjerte medarbeiderne, i tillegg til alle ansatte, og be om innspill (4).

Hovedvekten av informasjon anbefales å legges til fagdag og internundervisning, for å nå ut til flest. Oppfordre til dialog og be om innspill / tilbakemeldinger. Svært viktig å lytte til / følge opp de tilbakemeldingene som kommer for at personalet skal oppleve at de er involvert (4,7,9,25,27).

Pilottesting av fagprosedyren er et tiltak som fremmer involvering og eierskap til forbedringen og det anbefales å oppfordre til deltakelse i den (1,2,3,7).

Opplæring av personalet

For at personalet skal ta i bruk fagprosedyren, er det svært viktig at de opplever å ha kompetansen de trenger (1,4,5,8,9,14,20,29,30,33). Det anbefales å be om innspill / tilbakemeldinger fra personalet, om hva de trenger av opplæring, og å bruke erfaringene fra pilottesten i planlegging av opplæringen (4,7,9).

Opplæringsstrategier

Det anbefales å blande undervisningen med teori og praktisk øvelser, og ta i bruk flere opplæringsstrategier (2,11,14,23,24,40).

I dette forbedringsarbeidet anbefales følgende strategier:

- Skriftlig undervisningsmateriale (23,31)
- Klasseromundervisning på fagdag (23)
- Ferdighetstrening i gruppe på fagdag, med aktiv deltakelse (2,6,10,14,23,29,39,40)

- Ferdighetstrening i gruppe med to intensivsykepleiere, etter at fagprosedyren har vært i bruk en stund, for å unngå at implementeringen sklir ut (4,6,8,20,39)

Tverrfaglig involvering av anestesilege bidrar positivt i bruken av fagprosedyrer, både i opplæringen og i den praktiske utøvelsen (1,7,8,20,21). Anbefales at anestesilege deltar i undervisningen og i tillegg oppfordres til å ta del i aktiv samspill med intensivsykepleier på visitt / pasientnære situasjoner, hvor funn/ observasjoner kan diskuteres og dermed gi økt læring (1,7,8,19,20,21,28,30,33).

Innhold i undervisningen

Store deler av innholdet i fagprosedyren er kjent for intensivsykepleiere, men erfaringsmessig finnes det alltid nye vinklinger som fører til ny læring. På bakgrunn av dette anbefales undervisning av hele innholdet i fagprosedyren, men med økt fokus på lunger, perifer sirkulasjon og mage (se tabell 7) (30,33).

Tabell 7 Forslag til innhold i opplæringen av fagprosedyren «Klinisk undersøkelse av intensivpatienten - voksne», i henhold til ABCDE-prinsippet (OUS, 2020).

A Airway + B Breathing	Inspiser	<ul style="list-style-type: none"> • Frie luftveier • Ved kunstig luftvei: Knekk på endotrakealtube / trakeostomi, tube størrelse, tubedybde, tubefiksasjon, cuffkontroll, innerkanyle • Respirasjonsstatus: Frekvens, rytme, (bruk av hjelpemuskler, asymmetri)
	Auskulter	<ul style="list-style-type: none"> • Lokalisasjon – hvor lyttes det? • Respirasjonslyder: Sidedforskjeller Normale lyder: Mellom skulderbladene, lungeavsnittene, trakeallyd, Avvikende lyder: Knatrelyd, gnidning, gisp, inspiratorisk / ekspiratorisk hvesing, skraping, knirking, svulping, dempede, ralling, bobling, inspiratorisk / ekspiratorisk stridor eller blåst
	Palper	<ul style="list-style-type: none"> • Thorax området: Subcutant emfysem / krepitasjoner
C Circulation	Inspiser	<ul style="list-style-type: none"> • Hud: Farge, utslett, skade, sår, kapillær fylningstid
	Palper	<ul style="list-style-type: none"> • Puls: Perifert / sentralt, frekvens, rytme, kvalitet, doppler • Hud: Temperatur, fuktighet, ødem
D Disability	Undersøke	Nevrologi / Bevisstetsnivå: <ul style="list-style-type: none"> • Pupiller: størrelse, lysreaksjon, sidelikhet, symmetri, form, lysreflex • Smerter: NRS (Numeric Rating Scale), VAS (Visual Analog Scale) • Delir: CAM (Confusion Assessment Method), CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit) • Kramper: Fokale, generelle, varighet • RASS (Richmond Agitation-Sedation Scale) • GCS (Glasgow Coma Scale)
E Expose / environment	Inspiser	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen: Form / avvikende form (utspilt, utbulinger, innsunken, adipøs, spent)
	Auskulter	<ul style="list-style-type: none"> • Tarmlyder: Normale (høgfrekvente, gurglende), avvikende (hyperaktive, hypoaktive, fraværende)
	Palper	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen: Spent eller bløt
	Perkuter	<ul style="list-style-type: none"> • Abdomen: Fire kvadranter (dempede lyder, trommelyder)

Plan over opplæringen

Det anbefales å lage en plan over hvordan og når opplæringen skal gjennomføres, se tabell 5 (1,16). Her fremkommer i tillegg hvem som har ansvar og hvilket utstyr det er behov for.

Tabell 5 Forslag til opplæringsplan

Tema:	Tidspunkt:	Hvordan:	Foreleser / instruktør:	Utstyr:
A - Airway B - Breathing	Fagdag	Klasseroms undervisning + Ferdighets-trening	Anestesilege Intensivsykepleier fra arbeidsgruppen	Simuleringsdukke, cuffsprøyte, cuffmåler, endotrakealtube, tubetape, trakeostomi, stetoskop, lyttevideoer
C - Circulation	Fagdag			Doppler
D - Disability	Fagdag			Pupillelykt
E – Expose / environment	Fagdag			Stetoskop
Praktisk gjennomføring – Klinisk undersøkelse	Fagdag + Ferdighets-trening	Simulerings øvelse	Intensivsykepleier fra arbeidsgruppen	Simuleringsdukke, cuffmåler, cuffsprøyte, tubetape, endotrakealtube, stetoskop, doppler, pupillelykt

Hvordan undervisningen praktisk kan gjennomføres på fagdag, vises i tabell 6. Det anbefales spesielt økt kompetanse i B og E områdene, på bakgrunn av det bør anestesilege prioriteres til den undervisningen (30,33)

Tabell 6 Forslag til praktisk gjennomføring av opplæring på fagdag

Tidspunkt:	Tema:				Foreleser:
07.30 - 08.15	A airway + B breathing				Anestesilege + en intensivsykepleier (int.spl) fra arbeidsgruppen
08.30 – 09.15	C circulation + E expose/ environment				
09.30 – 10.15	D disability				
Ferdighetstrening i grupper à 5 intensivsykepleiere	A + B	D	C + E	Klinisk undersøkelse (KU)	A+B: anestesilege D: int.spl fra arbeidsgruppen C+E: anestesilege KU: int.spl fra arbeidsgruppen
10.30 – 11.45	1 (gruppe)	2	3	4	
Lunsj 11.45 – 12.30					
12.30 - 13.45	2	1	4	3	
13.50 - 14.30	3	4	1	2	
14.35 – 15.15	4	3	2	1	

Samhandling med organisasjonen

Denne delen av planen beskriver tiltak som sikrer at forbedringsarbeidet samsvarer med sykehusets strategiske målsetting, verdigrunnlag og kultur se tabell 8 (4,9).

Tabell 8 Oversikt over tiltak i planen som omhandler organisasjonen (4,9)

Samhandling med organisasjonen	<ul style="list-style-type: none">• Å sikre at forbedringsarbeidet samsvarer med organisasjonens målsetting og kultur• Å sende fagprosedyren på høring i sykehuset• Å gjennomføre mini-metodevurdering• Å sikre infrastrukturen som støtter forbedringsarbeidet
---------------------------------------	--

Å sikre at forbedringsarbeidet samsvarer med organisasjonens målsetting og kultur

Det anbefales at forbedringsarbeid samsvarer med organisasjonens målsetting og visjon (1,3,4,7,8,9,10). Dette kvalitetsarbeidet er i tråd med både intensivavdelingen på Drammen sykehus og Vestre Viken som overordnet organisasjon. De følger nasjonale strategier og kampanjer og har pasientsikkerhet, kvalitet og kunnskapsbasert praksis i fokus (2,15,34).

Å sende fagprosedyren på høring i sykehuset

Som en kvalitetssikring anbefales det at fagprosedyren blir sendt på høring til relevante personer / grupper i sykehuset (7,16).

I dette forbedringsarbeidet er det aktuelt å sende høringen til (35):

- Avdelingsleder
- Avdelingsoverlege
- Fagutviklingssykepleiere
- Primærgruppeledere

Å gjennomføre mini-metodevurdering

Når det skal innføres en fagprosedyre som innebærer stor endring i den kliniske praksisen anbefales det å gjennomføre en mini-metodevurdering (7,36). Dette forbedringsarbeidet fyller ikke kriteriene for klinisk relevant usikkerhet, faglig uenighet vedrørende effekten eller etiske utfordringer, og det er derfor vurdert til at mini-metodevurdering ikke trenger å gjennomføres (37).

Å sikre infrastrukturen som støtter forbedringsarbeidet

For å legge til rette for opplæring og bruken av fagprosedyren anbefales det å publisere den i prosedyrenettverk, som e-håndbok (4,6,7,9,20,29). Det er viktig å fokusere på brukervennligheten, med et enkelt, oversiktlig format på prosedyren, og med logiske overskrifter for optimal søkefunksjonen (7,8,14,20). Ved oppdateringer av fagprosedyren er det viktig at det bare er den siste versjonen som ligger tilgjengelig (1,4,14). Fagutviklingssykepleier er dokumentansvarlig og har ansvar for publisering i e-håndbok (35). Ved publisering i e-håndbok bør det samtidig vurderes om den skal gjøres tilgjengelig på internett i tillegg til intranett (Vestre Viken, 2020).

Det kan før publisering vurderes om fagprosedyren skal sendes til vurdering til Utvalg for fagprosedyrer og pasientforløp, for å lages som en foretaksomfattende prosedyre for Vestre Viken (41).

Forslaget til implementeringsplan oppsummeres i en oversikt over arbeidsprosessen.

Tabell 9 Forslag til oversikt over arbeidsprosessen

2022	Aktivitet	Hvem har ansvar?	Formål:
	Innhente fagprosedyren og vurdere den med AGREE II (Utføres i 2021)		Kvalitetssikring av valgt fagprosedyre.
Januar	Møte med avdelingsleder og avdelingsoverlege		Få godkjent forbedringstiltaket i lederlinjen
	Etabler en arbeidsgruppe	Avdelingsleder	Ha ansvar for forbedringstiltaket
	Legge implementeringen i årshjul for planlagt aktivitet i avdelingen	Avdelingsleder	Forbedringstiltaket samsvarer med avdelings mål og visjon
	Første møte med arbeidsgruppen	Fagutviklings-sykepleier	Fordele roller og arbeidsoppgaver Klargjøre målsetting Kartlegge ressursbruken Begynne å formulere en implementeringsplan Lage en interessentanalyse Lage en kommunikasjonsplan Vurdere / planlegge praksismøte / videokonferanse
	Møte med arbeidsgruppen	Leder i arbeidsgruppen	Lage oversikt over hva som finnes, og hva som må kjøpes inn av utstyr Identifisere hemmende og fremmede faktorer mot endring i avdelingen Gjøre lokale tilpasninger av fagprosedyren Vurdere om fagprosedyren skal sendes inn til vurdering for å være foretaksomfattende
	Praksisbesøk til intensivavdeling på OUS Alternativt: videokonferanse	Arbeidsgruppen	Innhente og dele informasjon vedrørende implementeringen og bruken av fagprosedyren i en avdeling hvor fagprosedyren er i bruk.
	Fagprosedyren legges inn i E-håndbok	Fagutv.spl	Gjøre lokale tilpasninger av fagprosedyren

	Sende fagprosedyren til høring	Fagutv.spl	Kvalitetssikring av fagprosedyren internt i Vestre Viken
Februar	Møte med arbeidsgruppen	Leder i arbeidsgruppen	Vurdere / planlegge innhold i undervisningen, valg av opplæringsstrategier og opplæringsplan
	Fagdag	Arbeidsgruppen	Informere om fagprosedyren og planen for implementeringen Legge opp til dialog med personalet, be om innspill og følge opp tilbakemeldinger Spørre etter deltakere til pilottesting
	E-post til intensivsykepleiere og andre interessenter	Avdelingsleder / Arbeidsgruppen	Informere om fagprosedyren og planen for implementeringen. Spørre etter deltakere til pilottesting Be om innspill fra personalet og følge opp tilbakemeldinger
Mars	Pilottesting	Arbeidsgruppen	Test av fagprosedyren i praksis Test av: Innhold i undervisningen Valg av opplæringsstrategier Opplæringsplan
	Møte med arbeidsgruppen	Leder i arbeidsgruppen	Evaluere pilottesten Vurdere oppstarts tidspunktet av opplæringen i fagprosedyren Vurdere om fagprosedyren skal publiseres på internett i tillegg til internt
	Fagprosedyren godkjennes og publiseres i E-håndbok	Fagutv.spl	Gjøre den lett tilgjengelig
	Internundervisning / e-post	Arbeidsgruppen	Informasjon om oppstarts tidspunkt Be om innspill fra personalet / følge opp tilbakemeldinger
April	Fagdag	Arbeidsgruppen	Sikre kompetansen i bruken av fagprosedyren - undervisning og opplæring relatert til fagprosedyren
	Oppstart av bruken av fagprosedyren	Arbeidsgruppen	Legge til rette for bruken av fagprosedyren: Henge opp fagprosedyren bedside + lage den i lommeutgave Fordele arbeidsgruppen i turnusen for å sikre kompetanse på vaktene i oppstarten
	Servere kake/lunsj på oppstarts dagen	Avdelingsleder	For å markere starten av bruken av fagprosedyren
Sept-ember	Ferdighetstrening i grupper med to intensivsykepleiere	Arbeidsgruppen	Bibeholde fokus og engasjementet på fagprosedyren

Referanser til implementeringsplanen

1. Helsedirektoratet. (2019). *Forbedringsguiden*. I trygge hender 24/7. Hentet 14.1.21 fra: https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/forbedringskunnskap/forbedringsarbeid/her-kan-du-laste-ned-forbedringsguiden/_/attachment/inline/c4726dfa-407b-49c8-b141-6ee3ff384871:c32236efd604d926b9803254ff6ca25121108570/forbedringsguiden-juli-2018-lavoppl.pdf
2. Helsedirektoratet. (2020). *Nasjonale faglige råd: Tidlig oppdagelse av rask respons ved forverret somatisk tilstand*. Hentet 5.1.21 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>
3. Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M., Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet 13.1.21 fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>
4. Maher, L, Gustavson, D. & Evans. A. (2016). Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis. (4.utgave). Defactum. Hentet 26.2.21 fra: [file:///C:/Users/johan/Downloads/Guide_2016_ImplementeringFastholdelse%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/johan/Downloads/Guide_2016_ImplementeringFastholdelse%20(2).pdf)
5. Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 3.1.21 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>
6. Schub, E. & Walsh. (2017). Evidence-Based Nursing Practice: Implementering. *Cinahl Nursing Guide*. Hentet 8.3.21 fra: <http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=T707822&S=L&D=nup&EbscoContent=dGJyMMv17ESeprY4y9fwOLCmsEmeprJSsqm4TLOWxWXS&ContentCustom er=dGJyMOzprlG2qrZLuePfgeyx7I3u>
7. Stubberud, D-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal.
8. Correa, V.C., Lugo-Agudelo, I. H., Aguirre-Acevedo, D. C., Contreras, J. A. P., Borrero, A. M. P., Patino-Lugo, D. F. & Valencia, D. A. C. (2020). Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: a systematic metareview. *Health Research Policy and System*. 2020(18), 74. <https://www.epistemonikos.org/en/documents/ca115d9018ae53988820d0689999383451696e27view>.
9. Konsmo. T. & Vege. A. (2015). *Verktøy for vedvarende forbedring*. Kunnskapssenteret.no. Hentet 13.1.21 fra: file:///C:/Users/johan/Downloads/Verkt%C3%B8y%20for%20vedvarende%20forbedring_141120.pdf
10. Sosialstyrelsen. (2012). *Om implementering*. Hentet 19.2.21 fra: <https://www.sosialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikkelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>
11. Häggman-Laitila, A., Mattila, L-R. & Melender, H-L. (2017). A systematic review of the outcome of educational interventions relevant to nurses with simultaneous strategies for guideline implementation. *Journal of Clinical Nursing*. 2016(26), 320-340.

- <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27240188/>
12. Miech, J.E., Rattray, A.N., Flanagan, M.E., Damschroder, L., Schmid, A.A. & Damush M.T. (2018). Inside help: An integrative review og champions in healthcare-related implementation. *SAGE Open Medicine*, 2018, (6), 1-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29796266/>
 13. Helsedirektoratet. (2019). *Sjekkliste og plan for implementering*. I trygge hender 24/7. Hentet 18.2.21 fra: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/sjekkliste-og-plan-for-implementering>
 14. Sundhedsstyrelsen. (2019). *Implementering af Nationale kliniske retningslinjer. Håndbog med hjælpværktøjer*. Hentet 19.2.21 fra: <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Patientforloeb-og-kvalitet/Nationale-kliniske-retningslinjer-NKR/Implementeringshaandbog>
 15. Helsedirektoratet. (2019). *Interessentanalyse*. I trygge hender 24/7 Hentet 17.2.21 fra: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/interessentanalyse>
 16. Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. IS 18-70. Hentet 6.1.21 fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)
 17. Helsedirektoratet. (2019). *Kommunikasjonsplan*. I trygge hender 24/ 7. Hentet 17.2.21 fra: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/kommunikasjonsplan>
 18. Beets, M.W., Weaver, R.G., Ioannidis, J.P.A., Geraci, M., Brazendale, K., Decker, L., Okely, A.D., Lubans, D., van Sluijs, E., Jago, R., Turner-McGrievy, G., Thrasher, J., Li, X. & Milat, A.J. (2020). Identification and evaluation of risk of generalizability biases in pilot versus efficacy/effectiveness trials: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2020(17), 19. <https://doi.org/10.1186/s12966-020-0918-y>
 19. Jordan, P., Mpasa, Ferestas., Ham-Baloyi, W & Bowers, C. (2017). Implementation strategies for guidelines at ICUs: a systematic review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 2017(4), 358-372. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28470131/>
 20. Jun, J., Kovner, C. T. & Stimpfel, A. W. (2016). Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 2016,(60), 54-68. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748916000894>
 21. Shekelle, P. (2020). Overview of clinical practice guidelines. *UpToDate*. Hentet 30.12.20 fra: https://www.uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/overview-of-clinical-practice-guidelines?search=implementation&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6
 22. Ebben, R.H.A., Siqeca, F., Madsen, U.R., Vloet, L.C.M. & van Achterberg, T. (2018). Effectiveness of implementation strategies for the improvement of guideline and protocol adherence in emergency care: a systematic review. *BMJ Open* 2018(8). DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017572 <https://www.epistemonikos.org/en/documents/6656507116deb335e819ca22c2d6ae33d90049d9>
 23. Fretheim, A., Flottorp, S & Oxman, A.D. (2015). *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer*. (Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 10–2015). Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. Hentet 9.1.21 fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/rapport_2015_10_implementering_retningslinjer.pdf

24. Spoon, D., Rietbergen, T., Huis, A., Heinen, M., van Dijek, M., van Bodegom-Vos, L. & Ista, E. (2020). Implementation strategies used to implement nursing guidelines in daily practice: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2020(111), 103748. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748920302340?token=EFD3062D248EDF6778E0C9BAC1B2444559B72AA2F22B1B9DCB63B36C8141BAAE654EBDC325F269B17F47AF319E9E0619>
25. Amundsen, O. & Kongsvik, T., (2016). *Endringskynisme og kunsten å skape god endringspraksis* (2.utg.). Gyldendal Akademiske.
26. Chan, W.V, Pearson, T.A., Bennett, G.C., Cushman, W.C., Gaziano T. A., Gorman, P.N., Handler, J., Krumholz, H.M., Kushner, R.F., MacKenzie, T.D., Sacco, R.L., Smith, S.C., Stevens, V.J. & Wells, B.L. (2017). ACC/AHA Special Report: Clinical Practice Guideline Implementation Strategies: A Summary of Systematic Reviews by the NHLBI Implementation Science Work Group. *Circulation*, 2017, (135), e122-e137. <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000481>
27. Evenstad, B., Sverresdatter, L.L., & Gravningen, K. (2020). Barrierer mot etterlevelse av retningslinjer for helsepersonell i sykehus. *Sykepleien Forskning* 2020(15) DOI: 10.4220/Sykepleienf.2020.82573 <https://sykepleien.no/forskning/2020/10/barrierer-mot-etterlevelse-av-retningslinjer-helsepersonell-i-sykehus>
28. Evans, A.T. & Mints, G. (2020). Evidence-based medicine. *UpToDate*. Hentet 30.12.20 fra: https://www.uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/evidence-based-medicine?search=evidence-based-%20medicine&source=search_result&selectedTitle=1~28&usage_type=default&display_rank=1#H370352045
29. Healthcare Improvement Scotland. (2019). SIGN 50 A guideline developer's handbook. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*. (5.utg.). Hentet 13.4.21 fra: https://www.sign.ac.uk/media/1050/sign50_2019.pdf
30. Breivik, S., & Tymi, A. (2013). Hva innebærer systematisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien Forskning* 2013 (8), 324–332. <https://sykepleien.no/forskning/2013/10/hva-innebaerer-systematisk-klinisk-undersokelse-i-sykepleie>
31. Giguère, A., Zomahoun, H.T.V., Carmichael, P-H., Uwizeye, C.B., Légaré, F., Grimshaw, J.M., Gagnon, M-P., Auguste, D.U. & Massougbdji, J. (2020). Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD004398. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004398.pub4/full>
32. Flodgren, Gerd., O'Brien, M., Parmelli, E. & Grimshaw, J.M. (2019). Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*,(2), CD000125. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000125.pub5/full>
33. Tan, M.W., Lim, F.P., Siew, A.L., Levett-Jones, T., Chua, W.L. & Liaw, S.Y. (2021). Why are physical assessment skills not practiced? A systematic review with implications for nursing education. *Nurse Education Today*(2021), 99. <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.oslomet.no/science/article/pii/S0260691721000162>
34. Vestre Viken. (2021, 22.april). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Vestre viken. Hentet 22.4.21 fra: <https://vestreviken.no/fag-og-forskning/kvalitet-og-pasientsikkerhet>

35. Vestre Viken. (2019). KMD Dokumentstyring – styrende og beskrivende dokumenter i eHåndbok. Vestre viken. Dokument-ID 1085. Hentet 3.5.21.
36. Folkehelseinstituttet. (2021). *Mini-metodevurdering*. Hentet 25.3.21 fra: <https://www.fhi.no/kk/metodevurdering/mini-metodevurdering/>
37. Folkehelseinstituttet. (2020). *Mini-metodevurdering. Den nasjonale databasen for mini-metodevurdering*. Hentet 25.3.21 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/minimetodevurdering/veileder>
38. Brouwers, M., Browman, G P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Davis, D., Feder, G., Fervers, B., Graham, I., Grimshaw, J., Hanna, S.E., Kho, M.E., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L. (2017). *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II AGREE II instrument*. Hentet 16.2.21 fra: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
39. Orique, S.B. & Phillips, J.L. (2018). The effectiveness of Simulation on Recognizing and Managing Clinical Deterioration: Meta-Analyses. *Western Journal of Nursing Research*, 2018(40), 582-609. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945917697224>
40. Connell, C.J., Endacott, R., Jackman, J.A., Kiprillis, N.R., Sparkes, L.M. & Cooper, S.J. (2016). The effectiveness of education in the recognition and management of deteriorating patients: A systematic review. *Nurse Education Today*, 2016(44), 133-145. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S026069171630096X>
41. Vestre Viken. (2020). Utarbeidelse, høring, godkjenning og implementering av dokumenter i eHåndbok. Vestre viken. Dokument-ID: 1087. Hentet 3.5.21.

8.0 Etiske overveielser

Intensivsykepleiere har gjennom sin profesjon et etisk ansvar (Brinchmann, 2017). Det etiske ansvaret er forankret i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som beskriver at sykepleieren har ansvar for å arbeide etisk forsvarlig og bidra til etisk refleksjon i hverdagen (NSF, 2019). Det kommer også frem i intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse at den formelle kompetansen innebærer et selvstendig sykepleiefaglig ansvar til å handle forsvarlig, ivareta pårørende og sikre pasientens autonomi, integritet og rettigheter (NSFLIS, 2017).

Økonomi og ressursbruk er av stor betydning i helsevesenet. Det er et stadig press på ledere og ansatte i forhold til hvordan ressursene blir brukt. Før oppstart av et kvalitetsarbeid er det viktig å reflektere over om bruken av ressurser til kvalitetsarbeidet er etisk forsvarlig og hensiktsmessig, sett i forhold til hvilke resultater man ønsker å oppnå. Går det på bekostning av andre tiltak som har større innflytelse på kvaliteten og pasientsikkerheten? I dette tilfelle vurderes gevinsten opp mot ressursbruken som etisk forsvarlig.

Intensivsykepleierens ønske om å overholde sitt etiske ansvar er ikke ensbetydende med et ukomplisert forhold til endringer. Holdninger til kvalitetsarbeid har hatt stor betydning i dette arbeidet. Identifisering av barrierer og motstand til endring, og utarbeiding av strategier til det som ble identifisert, har vært grunnleggende i planleggingen for et mest mulig vellykket resultat av implementeringen, se kapittel 6.1.6, 6.2.2.

8.1 Arbeidets bidrag til å ivareta etiske prinsipper i intensivsykepleien

Sentralt i etikken i pasientbehandlingen står de etiske prinsippene, ikke skade, velgjørhets-, likebehandling/rettferdighets-, og autonomi prinsippet, se tabell 22 (Brinchmann, 2017).

Tabell 22 Etiske prinsipper i helse- og omsorgstjenesten (Brinchmann,2017, Stubberud, 2018)

Ikke skade prinsippet	Plikten til å ikke skade andre.
Velgjørhets prinsippet	Plikten til å gjøre godt mot andre.
Likebehandlings / rettferdighets prinsippet	Plikten til å behandle pasienter likt og fordele ressurser rettferdig.
Autonomi prinsippet	Plikten til å respektere pasientens autonomi, integritet og verdighet.

Dette kvalitetsarbeidet vurderes til å bidra til å kvalitetsforbedre helsehjelpen pasienten tilbys, samtidig som de etiske prinsippene blir ivaretatt. Gjennom å bedre pasientsikkerheten mener

kandidaten at implementering av den aktuelle fagprosedyre ivaretar ikke-skade prinsippet, velgjørhetsprinsippet og likebehandlingsprinsippet. I tillegg blir fagprosedyren et konkret redskap og en hjelp for intensivsykepleieren til å ivareta de etiske prinsippene.

Helsemyndighetene ønsker at det skal tas i bruk standardiserte verktøy, som fagprosedyrer, for å redusere uønsket variasjon i helsehjelpen, og gjennom det øke kvaliteten og pasientsikkerheten (Helsedirektoratet 2019e, Helsedirektoratet, 2012, Meld. St.10 (2012-2013)). I praksis er det mange fagprosedyrer som skal følges. Opplevelsen og meningene er delte i yrkesgruppen rundt temaet. Noen opplever det som trygt, og som et hjelpemiddel, mens andre opplever det som ineffektivt å behandle alle likt uansett situasjonen / tilstanden pasienten befinner seg i. Noen mener det kan være en fare for at den individuelle tilpasningen til den enkelte pasientens behov kan bli borte. At fagprosedyrer kan hemme den individuelle sykepleiefaglige refleksjonen, og at de faglige vurderingene som utføres ligger i kompetansen vi har fra utdanning og erfaringskunnskap, og ikke trenger være nedfelt i en fagprosedyre. Både myndighetene og litteraturen sier at utførelsen av fagprosedyren ikke må bli automatisert uten alltid må bygge på faglig skjønn og refleksjoner over den enkelte. Intensivpasienter er forskjellige, alder, legemidler og psykiske forandringer kan skjule symptomer. Det er viktig at intensivsykepleieren har kunnskap og kompetanse til vurdering og observasjon av det spesielle ved den enkelte intensivpasienten (Helsedirektoratet, 2012, Stubberud, 2018).

Den uønskede variasjon i helsehjelpen som myndighetene ønsker å redusere kan som nevnt i kapittel 1.1 skyldes manglende kompetanse hos helsepersonell. Kandidatens erfaring er at det er forskjeller i kompetansen blant intensivsykepleiere, avhengig av utdanning og erfaring. For å motvirke og kvalitetssikre disse forskjellene, er kandidaten av den oppfatningen at fagprosedyrer er et godt hjelpemiddel, men at faglig skjønn naturligvis er viktig å ha med seg. Kandidaten mener videre at likebehandling-/ rettferdighetsprinsippet om å tilby lik helsehjelp der det er faglig forsvarlig ivaretas gjennom at intensivpasienten får den samme helsehjelpen uansett hvilken intensivsykepleier som har ansvaret. Implementeringen av aktuell fagprosedyren imøtekommer der med myndighetenes ønske om å redusere uønsket variasjon, samtidig som de etiske prinsippene ivaretas.

Den kliniske undersøkelsen som fagprosedyren i dette kvalitetsarbeidet omhandler, gjennomføres med ønsket om å handle til pasientens beste. Kandidaten mener at ved å tidlig oppdage forandringer i pasientens helsetilstand, før det utvikler seg til noe mer alvorlig, ivaretas velgjørhetsprinsippet. Dette innebærer å handle til pasientens beste, medføre nytte, og veie nytten mot risiko og kostnader (Stubberud, 2018). Å handle til pasientens beste oppleves av kandidaten som helt grunnleggende i yrkesutførelsen som intensivsykepleier, alt annet er uaktuelt.

Kritikk mot aktuell fagprosedyre kan være at å gjennomføre rutinemessige observasjoner / undersøkelser på pasienter som ikke vurderes å ha behov for det der og da, tar verdifull tid fra intensivsykepleieren, som kunne vært benyttet til andre oppgaver i en hektisk hverdag. Det utsetter i tillegg pasienten for avbrytelser / ubehag som strengt tatt ikke alltid er nødvendig og kan ses på som uetisk. Kandidaten på sin side mener at den kliniske undersøkelsen utføres gjennom observasjon og bruk av enkle hjelpemiddel, hvilket innebærer at pasienten ikke blir påført ekstra risiko ved bruk av utstyr som kan skade, og dermed ivaretas ikke skade prinsippet. Det hadde vært svært uetisk å gjøre undersøkelser av pasienten flere ganger i døgnet hvis det medførte fare for komplikasjoner eller ikke hadde en klar hensikt som var til pasientens beste, etter kandidatens oppfatning. Kandidaten mener at når fagprosedyren er innarbeidet er ikke tidsbruken stor. Både tidsbruken og det eventuelle ubehaget pasienten utsettes for i den kliniske undersøkelsen, mener kandidaten veier opp mot viktigheten av å tidlig oppdage forandringer i pasientens tilstand som i sin tur kan spare pasienten for større ubehag og risiko for komplikasjoner. Sett fra kandidatens perspektiv blir både ikke skade- og velgjørhets prinsippet ivaretatt ved implementering og bruken av fagprosedyren.

Det er i ikke bare i pasientens interesse at en eventuell forverrelse i tilstanden blir raskt oppdaget, men også hvordan den kliniske undersøkelsen blir gjennomført. Kvalitet er ikke bare effekten av behandlingen, det handler også om empati, respekt, verdighet og å bli involvert (Meld. St. 10 (2012-2013)). Intensivpasienten kan stå i fare for å oppleve seg mer som et objekt enn som menneske. Det kan oppstå når verdigheten, autonomien og integriteten trues eller reduseres (Stubberud, 2020). Det er viktig at intensivsykepleieren reflekterer rundt hvordan den kliniske undersøkelsen bør gjennomføres for å minske faren for dette. Gjennom å henvende seg til pasienten, forklare hva som kommer å skje, involvere pasienten i undersøkelsen og ikke blottlegge pasientens kropp mer en nødvendig, ivaretas autonomiprinsippet. Det er viktig å være klar over hvilken utrygg og sårbar situasjon mange intensivpasienten opplever å være i. De har behov for kontinuitet og å oppleve forutsigbarhet (Stubberud, 2020). Kandidaten gjør seg tanker om at gjenkjenneligheten i utførelsen av den kliniske undersøkelsen kanskje kan oppleves som trygt for intensivpasienten.

8.2 Habilitetsspørsmål og interessekonflikt

Habilitet omhandler å unngå sammenblanding av roller og relasjoner som kan gi mistanke om interessekonflikt (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Det er viktig å klarlegge habilitet blant arbeidsgruppens medlemmer i oppstarten av et kvalitetsarbeid. Dette for å sikre troverdighet, objektivitet og faglig uavhengighet til prosjektet. Interessekonflikter kan være finansielle og/eller av andre intellektuelle interessen som deltager i arbeidsgruppen innehar (Helsedirektoratet, 2012, Stubberud, 2018).

Kandidaten i dette eksamensarbeidet arbeider ikke med andre prosjekter som kan medføre interessekonflikt. Kandidaten har ikke mottatt økonomiske ytelser for å implementere den aktuelle fagprosedyren.

9.0 Konklusjon

Målet med dette eksamensarbeidet har vært å gjøre et kvalitetsarbeid hvor resultatet er et forslag til plan for implementering av en fagprosedyre i intensivavdeling ved Drammen sykehus. Bakgrunnen for valg av tema er interessen for klinisk undersøkelse av intensivpasienten, og ved funn av en aktuell fagprosedyre falt valget på å lage et forslag til implementeringsplan for den.

Intensivsykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert og holde seg faglig oppdatert. Gjennom utvikling av en implementeringsplan for fagprosedyren ivaretas funksjonen og ansvaret vi har til å utføre kvalitetsarbeid. Fagprosedyrer har til hensikt å minimere uønsket variasjon i helsehjelpen pasienten tilbys og øke kvaliteten på helsetilbudet og pasientsikkerheten. Implementering av fagprosedyrer er utfordrende, og implementeringen har ikke vært vellykket før den nye arbeidsrutinen har blitt en del av intensivsykepleierens nye hverdag. Hensikten med dette kvalitetsarbeidet har vært å lage en implementeringsplan som bidrar til å sette fagprosedyren i et system som skaper varig forbedring i avdelingen og gjennom det bidrar til økt pasientsikkerhet.

Dette eksamensarbeidet har gitt meg en helt ny innsikt og kompetanse i hva kvalitetsarbeid innebærer. Det blir spennende å ta arbeidet videre med å sette implementeringsplanen ut i den praktiske hverdagen i intensivavdelingen på Drammen sykehus.

Referanser

- Alper, B. & Haynes, B. (2016). EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. *BMJ Evidence-Based medicine*. 2016(21), 123-125.
<https://ebm.bmj.com/content/ebmed/21/4/123.full.pdf>
- Amundsen, O. & Kongsvik, T., (2016). *Endringskynisme og kunsten å skape god endringspraksis* (2.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Bang, H., (2013). Organisasjonskultur. En begrepsavklaring. *Tidsskriftet for Norsk Psykologiforening*. 2013(50), 326-336.
<https://www.traumebevisst.no/program/romforalle/filer/Organisasjonskultur.pdf>
- Beets, M.W., Weaver, R.G., Ioannidis, J.P.A., Geraci, M., Brazendale, K., Decker, L., Okely, A.D., Lubans, D., van Sluijs, E., Jago, R., Turner-McGrievy, G., Thrasher, J., Li, X. & Milat, A.J. (2020). Identification and evaluation of risk of generalizability biases in pilot versus efficacy/effectiveness trials: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2020(17), 19.
<https://doi.org/10.1186/s12966-020-0918-y>
- Breivik, S., & Tymi, A. (2013). Hva innebærer systematisk undersøkelse i sykepleie? *Sykepleien Forskning* 2013 (8), 324–332.
<https://sykepleien.no/forskning/2013/10/hva-innebaerer-systematisk-klinisk-undersokelse-i-sykepleie>
- Brinchmann, B.S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Brouwers, M., Browman, G P., Burgers, J.S., Cluzeau, F., Davis, D., Feder, G., Fervers, B., Graham, I., Grimshaw, J., Hanna, S.E., Kho, M.E., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L. (2017). *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II AGREE II instrument*. Hentet 16.2.21 fra: <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>
- Borgert, M.J, Goossens, A., & Dongelmans, D. (2015). What are effective strategies for the implementation of care bundles on ICUs: a systematic review. *Implementation science*. 2015 (10), 119. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26276569/>
- Chan, W.V, Pearson, T.A., Bennett. G.C., Cushman, W.C., Gaziano T. A., Gorman, P.N., Handler, J., Krumholz, H.M., Kushner, R.F., MacKenzie, T.D., Sacco, R.L., Smith, S.C., Stevens, V.J. & Wells, B.L. (2017). ACC/AHA Special Report: Clinical Practice Guideline Implementation Strategies: A Summary of Systematic Reviews by the NHLBI Implementation Science Work Group. *Circulation*, 2017(135), e122-e137.
<https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIR.0000000000000481>
- Connell, C.J., Endacott, R., Jackman, J.A., Kiprillis, N.R., Sparkes, L.M. & Cooper, S.J. (2016). The effectiveness of education in the recognition and management of deteriorating patients: A systematic review. *Nurse Education Today*, 2016(44), 133-145.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S026069171630096X>
- Correa, V.C., Lugo-Agudelo, I. H., Aguirre-Acevedo, D. C., Contreras, J. A. P., Borrero, A. M. P., Patino-Lugo, D. F. & Valencia, D. A. C. (2020). Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: a systematic metareview. *Health Research Policy and System*, 2020(18),

74.
<https://www.epistemonikos.org/en/documents/ca115d9018ae53988820d0689999383451696e27view>.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal Akademisk.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019). *Generelle forskningsetiske retningslinjer*. Hentet 30.8.21 fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>
- Drutz, J.E. (2020). The pediatric physical examination: General principles and standard measurements. *UpToDate*. Hentet 03.01.21 fra:
https://www-uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/the-pediatric-physical-examination-general-principles-and-standard-measurements?search=The%20pediatric%20physical%20examination:%20General%20principles%20and%20standard%20measurements&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Ebben, R.H.A., Siqeca, F., Madsen, U.R., Vloet, L.C.M. & van Achterberg, T. (2018). Effectiveness of implementation strategies for the improvement of guideline and protocol adherence in emergency care: a systematic review. *BMJ Open*, 2018(8). DOI: 10.1136/bmjopen-2017-017572
<https://www.epistemonikos.org/en/documents/6656507116deb335e819ca22c2d6ae33d90049d9>
- Evans, A.T. & Mints, G. (2020). Evidence-based medicine. *UpToDate*. Hentet 30.12.20 fra:
https://www-uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/evidence-based-medicine?search=evidence-based-%20medicine&source=search_result&selectedTitle=1~28&usage_type=default&display_rank=1#H370352045
- Evenstad, B., Sverresdatter, L.L., & Gravningen, K. (2020). Barrierer mot etterlevelse av retningslinjer for helsepersonell i sykehus. *Sykepleien Forskning* 2020(15) DOI: 10.4220/Sykepleienf.2020.82573
<https://sykepleien.no/forskning/2020/10/barrierer-mot-etterlevelse-av-retningslinjer-helsepersonell-i-sykehus>
- Flodgren, Gerd., O'Brien, M., Parmelli, E. & Grimshaw, J.M. (2019). Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000125.
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000125.pub5/full>
- Folkehelseinstituttet. (2019). *Forbedringsarbeid i helsetjenesten*. Hentet 31.1.21 fra:
<https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/>
- Folkehelseinstituttet. (2021a). *Metodevarsling*. Hentet 25.3.21 fra:
<https://www.fhi.no/kk/metodevurdering/metodevarsling/>
- Folkehelseinstituttet. (2021b). *Mini-metodevurdering*. Hentet 25.3.21 fra:
<https://www.fhi.no/kk/metodevurdering/mini-metodevurdering/>
- Folkehelseinstituttet. (2020). *Mini-metodevurdering. Den nasjonale databasen for mini-metodevurdering*. Hentet 25.3.21 fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/minimetodevurdering/veileder>

- Fretheim, A., Flottorp, S & Oxman, A.D. (2015). *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer*. (Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 10–2015). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hentet 9.1.21 fra:
https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/rapport_2015_10_implementation_retningslinjer.pdf
- Giguère, A., Zomahoun, H.T.V., Carmichael, P-H., Uwizeye, C.B., Légaré, F., Grimshaw, J.M., Gagnon, M-P., Auguste, D.U. & Massougbdji. J. (2020). Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD004398.
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004398.pub4/full>
- Healthcare Improvement Scotland. (2019). SIGN 50 A guideline developer's handbook. *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*. (5.utg.). Hentet 13.4.21 fra:
https://www.sign.ac.uk/media/1050/sign50_2019.pdf
- Hegland, P.A., Aarlie, H., Strømme, H. & Jamtvedt, G. (2017). Simulation-based training for nurses: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 2017(54), 6-20.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691717300734>
- Helsebiblioteket. (2010b). *Hvordan skape forbedring?* Hentet 13.1.21 fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/om-kvalitetsforbedring/hvordan-skape-forbedring>
- Helsebiblioteket. (2016a). *Kildevalg*. Hentet 6.1.21 fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helsebiblioteket. (2020). *Medisinske og helsefaglige termer på norsk og engelsk*. Hentet 10.1.21 fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/om-oss/artikkelarkiv/mesh-medical-subject-headings-pa-norsk-og-engelsk>
- Helsebiblioteket. (2016b). *Sjekklistor*. Hentet 11.1.21 fra
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2016c). *Søketeknikker*. Hentet 11.1.21 fra
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/soketeknikker>
- Helsedirektoratet. (2019a). *Forbedringsguiden*. I trygge hender 24/7. Hentet 14.1.21 fra:
https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/forbedringskunnskap/forbedringsarbeid/her-kan-du-laste-ned-forbedringsguiden/_/attachment/inline/c4726dfa-407b-49c8-b141-6ee3ff384871:c32236efd604d926b9803254ff6ca25121108570/forbedringsguiden-juli-2018-lavoppl.pdf
- Helsedirektoratet. (2019b). *Interessentanalyse*. I trygge hender 24/7 Hentet 17.2.21 fra:
<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/interessentanalyse>
- Helsedirektoratet. (2019c). *I trygge hender 24/ 7*. Hentet 13.1.21 fra:
<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7>
- Helsedirektoratet. (2019d). *Kommunikasjonsplan*. I trygge hender 24/ 7. Hentet 17.2.21 fra:
<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/kommunikasjonsplan>

- Helsedirektoratet. (2020). *Nasjonale faglige råd: Tidlig oppdagelse av rask respons ved forverret somatisk tilstand*. Hentet 5.1.21 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>
- Helsedirektoratet. (2019e). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. Hentet 12.1.21 fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
- Helsedirektoratet. (2016). *Pasientsikkerhetskultur i norske helseforetak og sykehus. Undersøkelser gjennomført i 2012 og 2014. IS-2406. Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram I trygge hender 24-7*. Hentet 10.5.21 fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientsikkerhetskultur-i-norske-helseforetak-og-sykehus/Pasientsikkerhetskultur%20i%20norske%20helseforetak%20og%20sykehus.pdf/_/attachment/inline/bc6ef5ff-0a45-4a1c-a7fb-69d884f1008f:e0c8b8c0e68ddeba2568efb8d9724365068358bf/Pasientsikkerhetskultur%20i%20norske%20helseforetak%20og%20sykehus.pdf
- Helsedirektoratet. (2019f). *Sjekkliste og plan for implementering*. I trygge hender 24/7. Hentet 18.2.21 fra: <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/aktuelt/nyheter/sjekkliste-og-plan-for-implementering>
- Helsedirektoratet. (2017). *Tidlig oppdagelse av forverret tilstand*. I trygge hender 24/7. Hentet 24.1.21 fra: https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand/_/attachment/inline/c5b50258-517d-475e-8145-d128f8fe483c:c7b323ea3ad23f3a581e0c6ce0e5a47260b387b2/news2-kort-20-04-2018-fargekorrigert.pdf
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. IS 18-70. Hentet 6.1.21 fra: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. IS -2620. Hentet 5.5.21 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. (FOR-2020-02-04-119). Lovdata. Hentet 5.5.21 fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Helsepersonelloven. (1999). *Loven om helsepersonell m.v.* (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. Hentet 6.2.21 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Häggman-Laitila, A., Mattila, L-R. & Melender, H-L. (2017). A systematic review of the outcome of educational interventions relevant to nurses with simultaneous strategies for guideline implementation. *Journal of Clinical Nursing*. 2016(26), 320-340. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27240188/>

- Johannessen, T. (2018). *Akuttmedisinsk behandling av hardt skadet person*. Norsk elektronisk legehåndbok, Norsk helseinformatikk AS. Hentet 5.1.21 fra: <https://legehandboka-no.ezproxy.oslomet.no/handboken/kliniske-kapitler/forstehjelp/rad-til-helsepersonell/forstehjelpsprinsipper-ved-store-ulykker/stort-traume-forstehjelp-skadested/#fagmedarbeidere>
- Johansen, I.H., Blinkenberg, J., Arentz-Hansen, C. & Moen, K. (2018) *ABCDE-primær- og sekundærundersøkelsen*. LEGEVAKT håndboken. Gyldendal akademisk. Hentet 24.1.21 fra: https://www.lvh.no/naar_det_haster/abcde__primaer-og_sekundaerundersoekelsen/sekundaerundersoekelsen__topp_til_taa
- Jordan, P., Mpsa, Ferestas., Ham-Baloyi, W & Bowers, C. (2017). Implementation strategies for guidelines at ICUs: a systematic review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 2017(4), 358-372. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28470131/>
- Jun, J., Kovner, C. T. & Stimpfel, A. W. (2016). Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 2016(60), 54-68. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748916000894>
- Konsmo, T., de Vibe, M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S., Norheim, G., Brudvik, M., Vege, A. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid*. Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten. Hentet 13.1.21 fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>
- Konsmo, T. & Vege, A. (2015). *Verktøy for vedvarende forbedring*. Kunnskapsenteret.no. Hentet 13.1.21 fra: file:///C:/Users/johan/Downloads/Verkt%C3%B8y%20for%20vedvarende%20forbedring_141120.pdf
- Kunnskapsbasert praksis.no. (2018). *Sjekkliste for vurdering av en faglig retningslinje eller fagprosedyre*. Hentet 15.2.21 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/faglige-retningslinjer>
- Maher, L., Gustavson, D. & Evans, A. (2016). Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis. (4.utgave). Defactum. Hentet 26.2.21 fra: [file:///C:/Users/johan/Downloads/Guide_2016_ImplementeringFastholdelse%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/johan/Downloads/Guide_2016_ImplementeringFastholdelse%20(2).pdf)
- Meld. St. 6 (2017-2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2016*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 14.2.21 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/49a6fabd659744dda11b5f2afb00c3a3/no/pdfs/stm201720180006000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 6.2.21 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 3.1.21 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

- Meld. St. 34 (2015-2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste. Melding om prioritering*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 20.1.21 fra:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf>
- Miech. J.E., Rattray. A.N., Flanagan. M.E., Damschroder. L., Schmid. A.A. & Damush M.T. (2018). Inside help: An integrative review of champions in healthcare-related implementation. *SAGE Open Medicine*, 2018, (6), 1-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29796266/>
- NSFLIS. (2004). Fag, utdanning og forskning. Hentet 5.2.21 fra:
<https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/fg/intensivsykepleiere/fag-utdanning-og-forskning>
- NSFLIS. (2006). Fag, utdanning og forskning. Hentet 5.2.21 fra:
<https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/fg/intensivsykepleiere/fag-utdanning-og-forskning>
- NSFLIS. (2017). Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Hentet 29.12.20 fra:
<https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxIgGCKwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>
- NSF. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet 29.12.20 fra:
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M., Jamtvedt, G., Graverhot, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Akribe.
- Oriq, S.B. & Phillips, J.L. (2018). The effectiveness of Simulation on Recognizing and Managing Clinical Deterioration: Meta-Analyses. *Western Journal of Nursing Research*, 2018(40), 582-609. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945917697224>
- OUS. (2021). Klinisk undersøkelse av intensivpasienten – voksne. Oslo universitetssykehus Helsebiblioteket. Hentet 4.5.21 fra: <https://ehandboken.ous-hf.no/document/138985>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) Lov om pasient- og brukerrettighetsloven (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. Hentet 6.2.21 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3
- Schub, E. & Walsh. (2017). Evidence-Based Nursing Practice: Implementering. *Cinahl Nursing Guide*. Hentet 8.3.21 fra:
<http://content.ebscohost.com/ContentServer.asp?T=P&P=AN&K=T707822&S=L&D=nup&EbscoContent=dGJyMMv17ESeprY4y9fwOLCmsEmeprJSsqm4TLOWxWXS&ContentCustom er=dGJyMOzpr1G2qrZLuePfgeyx7I3u>
- Shekelle, P. (2020). Overview of clinical practice guidelines. *UpToDate*. Hentet 30.12.20 fra:
https://www-uptodate-com.ezproxy.oslomet.no/contents/overview-of-clinical-practice-guidelines?search=implementation&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6
- Smith, N. & Balderrama, D. (2017). Physical Assessment: Head-to-Toe-Performing. *Cinahl Nursing Guide*. Hentet 16.1 21 fra:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T704424&site=nuplive&scope=site>
- Socialstyrelsen. (2012). *Om implementering*. Hentet 19.2.21 fra:
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikkelkatalog/ovrigt/2012-6-12.pdf>

- Sundhedsstyrelsen. (2019a). *Implementering af Nationale kliniske retningslinjer. Håndbog med hjælpeværktøjer*. Hentet 19.2.21 fra: <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Patientforloeb-og-kvalitet/Nationale-kliniske-retningslinjer-NKR/Implementeringshaandbog>
- Sundhedsstyrelsen. (2019b) *Udarbejd implementeringsplan*. Hentet 19.2.21 fra: <https://www.sst.dk/da/Opgaver/Patientforloeb-og-kvalitet/Nationale-kliniske-retningslinjer-NKR/Implementeringshaandbog/Model-for-implementering/Udarbejd-plan>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-2020-12-04-134)*. Lovdata. Hentet 9.1.21 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/KAPITTEL_3#%C2%A73-6
- Spoon, D., Rietbergen, T., Huis, A., Heinen, M., van Dijek, M., van Bodegom-Vos, L. & Ista, E. (2020). Implementation strategies used to implement nursing guidelines in daily practice: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2020(111), 103748. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0020748920302340?token=EFD3062D248EDF6778E0C9BAC1B2444559B72AA2F22B1B9DCB63B36C8141BAAE654EBDC325F269B17F47AF319E9E0619>
- Stubberud, D-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D-G. (Red.). (2020). *Intensivsykepleie* (4. utg.). Cappelen Damm.
- Tan, M.W., Lim, F.P., Siew, A.L., Levett-Jones, T., Chua, W.L. & Liaw, S.Y. (2021). Why are physical assessment skills not practiced? A systematic review with implications for nursing education. *Nurse Education Today*(2021), 99. <https://www.sciencedirect.com.ezproxy.oslomet.no/science/article/pii/S0260691721000162>
- VAR Healthcare. (2020). *Undersøkellesmetoder*. Hentet 17.1.21 fra: <https://www.varnett.no/portal/content/13211/15>
- Vestre Viken. (2019). KMD Dokumentstyring – styrende og beskrivende dokumenter i eHåndbok. Vestre viken. Dokument-ID 1085. Hentet 3.5.21 fra Vestre Vikens intranett.
- Vestre Viken. (2021, 22.april). *Kvalitet og pasientsikkerhet*. Vestre Viken. Hentet 22.4.21 fra: <https://vestreviken.no/fag-og-forskning/kvalitet-og-pasientsikkerhet>
- Vestre Viken. (2020). Utarbeidelse, høring, godkjenning og implementering av dokumenter i eHåndbok. Vestre viken. Dokument-ID: 1087. Hentet 3.5.21.
- Zambas, S.I., Smythe, E.A., Koziol-Mclain, J. (2016). The consequences of using advanced physical assessment skills in medical and surgical nursing: *A hermeneutic pragmatic study*. *International Journal of Quality Studies on Health & Well-Being*, 2016(11), 1-13. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/qhw.v11.32090>

Prosedyre



Klinisk undersøkelse av intensivpasienten - voksne



1. Hensikt og omfang ⁱ

Målgruppen er intensivsykepleiere. Ved å tilpasse og individualisere kan fagprosedyren ha overføringsverdi til overvåkningsavdeling eller postoperativ avdeling.

Den kliniske undersøkelsen er forventet utført ved vaktstart, ved mottak av ny pasient eller ved endring i pasientens helsetilstand.

Fagprosedyrens mål er å tidlig oppdage endringer i pasientens helsetilstand og øke pasientsikkerhet gjennom standardisering av helsehjelp. Anbefalingene baseres på ABCDE-prinsippene.

Fagprosedyren er ikke en fullstendig undersøkelse av intensivpasienten.

Tilleggsundersøkelser og individualisering kan være aktuelt. Undersøkelsen må sees i sammenheng med vitale parametre, organstøttende behandling og pasientens diagnose og tilstand. Vurderinger av funn og forslag til nødvendige tiltak eller handlingsberedskap inngår ikke. Undersøkelser knyttet til medisinsk teknisk utstyr, invasivt utstyr, medikamenter, vitale parametre eller større kartlegginger vil ikke inngå i denne fagprosedyren.

2. Fremgangsmåte ⁱ

1. Undersøkelse av pasientens luftveier (A-Airways) og respirasjon (B-Breathing)

Inspiser om pasienten har frie luftveier:

- Selvpustende pasient som er våken og snakker ubesværet har frie luftveier ¹
- Ved mistanke om ufri luftvei: inspiser munnhulen for fremmedlegemer, undersøk om eventuell dysfagi eller obstruksjon^{1,2}
- Ved mistanke om ufri luftvei: lytt etter fremmedlyder som snorking, gurgling eller heshet ^{2,3}

Tilleggsundersøkelser ved kunstig luftvei (trakeostomi/endotrakealtube)

- Knekk på trakeostomi/endotrakealtube, størrelse, dybde, fiksasjon (tape, bånd, sutur), cuffkontroll (cufftrykk ved luft, antall ml ved vann), innerkanyle^{2,4,5,6,7}

Inspiser pasientens respirasjon

- Normal respirasjon: frekvens (normofrekvent), rytme (regelmessig) ^{8,9}

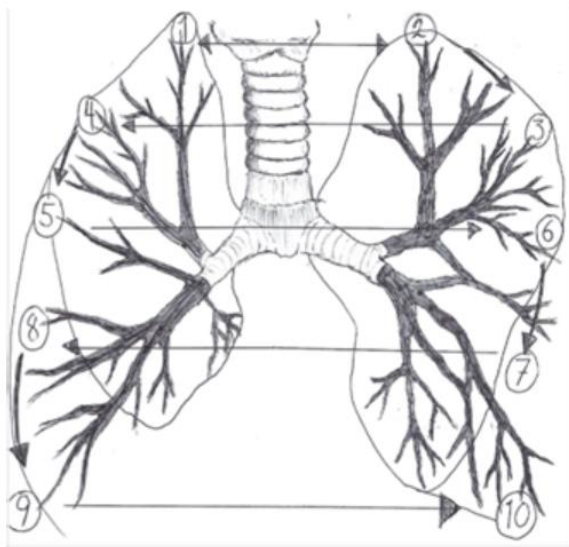
- Avvikende respirasjon: frekvens (takypné, bradypné), rytme (uregelmessig, dyp, overflatisk, bruk av hjelpemuskulatur, abdominale bevegelser, asymmetri)^{1, 2, 3, 4, 8, 9, 10}

Palper pasientens hud over thoraxområdet

- Palper etter subcutant emfysem/krepitasjoner^{1, 10}

Auskulter over pasientens lungeavsnitt

- Auskulter fra side til side over alle lungeavsnitt (se figur 1). Lydene varierer ut fra lokalisasjon^{8, 11}
 - Normallyder: Mellom skulderbladene eller i 1. og 2. intrakostalrom høres middels frekvent lyd. Over trakea høres hul, høy og høyfrekvent lyd. Over lungeavsnittene høres lavfrekvent, bløt eller susende lyd^{8, 11}
 - Avvikende lyder: Knatring (fine eller grove), gnidning, gisp, dempede, inspiratorisk/ekspiratorisk hvesing/pipelyd, skraping, knirking, bobling, svulping, ralling, inspiratorisk/ekspiratorisk stridor eller blåst^{2, 3, 4,}



Figur 1 Auskultasjon lungeavsnitt. Illustrasjon: Espen Bjøru

2. Undersøkelse av pasientens sirkulasjon (C-Circulation)

Inspiser pasientens hud:

- Farge^{13, 14}
- Utslett, skade eller sår¹⁴
- Kapillær fylningstid^{13, 15}

Palper pasientens hud:

- Temperatur, fuktighet, ødem^{13, 14}

Palper pasientens puls:

- Perifert (a. radialis eller a. dorsalis pedis) og eventuelt sentralt (a. carotis eller a. femoralis)^{13, 15}
- Frekvens (bradykardi, normofrekvent, takykardi), kvalitet (fylde) og rytme (regelmessig, uregelmessig)^{13, 15}
- Bruk eventuelt doppler ved behov¹⁵

3. Undersøkelse av pasientens nevrologi (D-Disability)

Undersøk pasientens sedasjonsnivå:

- Richmond agitation-sedation scale (RASS)^{16, 17}

Undersøk pasientens bevissthetsnivå:

- Glasgow Coma Scale (GCS)¹⁸

Undersøk om pasienten har smerter:

- Kommuniserende pasient: Numeric rating scale (NRS) eller Visual analog scale (VAS)^{17, 19}
- Ikke-kommuniserende pasient: Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) eller Behavioral pain scale (BPS)^{17, 19}

Inspiser pasientens pupiller:

- Størrelse, lysreaksjon, sidelikhet, symmetri, form og tilstedeværelse av lysrefleks^{18, 20}

Undersøk om pasienten har delirium:

- Våken pasient med verbal kommunikasjon: The Confusion Assessment Method (CAM)¹⁶
- Våken pasient uten verbal kommunikasjon (for eksempel kunstig luftvei): The Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU)^{16, 21, 22}

Undersøk om pasienten har kramper:

- Type (fokale kramper eller generaliserte kramper) og varighet²³

4. Undersøkelse av pasientens abdomen (E-Exposure and Environment control)

Inspiser pasientens abdomen:

- Normal form: flat og symmetrisk¹¹
- Avvikende form: utspilt, utbulinger, innsunken, adipøs eller spent^{24, 25, 26}

Auskulter pasientens tarmlyder:

- Auskulter i midten over navlen i 1 min²⁴
 - Normalt tarmlyder hvert 5-10 sek (kan variere)²⁵
 - Auskulter i 2-5 min ved fravær av eller sparsomme lyder¹¹
- Normale lyder: Høyfrekvente og gurglende¹¹
- Avvikende lyder: Hyperaktive (klirrende, høye, høyfrekvente), hypoaktive eller fraværende^{11, 25}

Perkuter pasientens abdomen:

- Perkuter systematisk lett over alle fire kvadranter etter dempede lyder og trommelyd^{11, 26, 27}

Palper pasientens abdomen:

- Lett palpasjon (håndflate)²⁵
 - Spent eller bløt^{11, 26}

3. Referanser

1. Raja, A. & Zane, R. D. (2019). Initial management of trauma in adults. Hentet 29. juni 2020, fra UpToDate https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-trauma-in-adults?search=trauma&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
2. Santacruz, J. F. & Folch, E. (2018). Central airway obstruction. Hentet 16. oktober 2018, fra BMJ Best Practice <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/1069/pdf/1069.pdf>
3. Wittels, K. A. (2019). Basic airway management in adults. Hentet 29. juni 2020, fra UpToDate https://www.uptodate.com/contents/basic-airway-management-in-adults?search=airway%20management&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
4. Fedorowicz, Z. (2018). Assessment of respiratory distress in the mechanically ventilated patient. Hentet 16. oktober 2018, fra DynaMed Plus <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T921316/Assessment-of-respiratory-distress-in-the-mechanically-ventilated-patient>
5. Hyzy, R. C. (2020). Complications of the endotracheal tube following initial placement: Prevention and management in adult intensive care unit patients. Hentet 29. juni 2020, fra UpToDate https://www.uptodate.com/contents/complications-of-the-endotracheal-tube-following-initial-placement-prevention-and-management-in-adult-intensive-care-unit-patients?search=complication%20of%20the%20endotracheal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H955533658
6. Dawson, D. (2014). Essential principles: tracheostomy care in the adult patient, *Nursing in critical care*, 19(2), 63-72. Hentet 06. januar 2021, fra PubMed, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24529106/>
7. Everitt, E. (2016). Caring for patients with a tracheostomy. *Nursing Times*, 112 (19). 16-20. Hentet 06. januar 2021 fra Nursing Times, <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/respiratory-clinical-archive/tracheostomy-1-caring-for-patients-with-a-tracheostomy-09-05-2016/>
8. Caple, C. (2017). Physical Assessment: Performing a Respiratory Assessment in Adults. Hentet 16. oktober 2018, fra CINAHL Nursing Guide

- <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T706545&site=nup-live&scope=site>
9. Caple, C. & Balderrama, D. (2017). Mechanical Ventilation: Performing Patient Assessment. Hentet 16. oktober 2018, fra CINAHL Nursing Guide <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T706391&site=nup-live&scope=site>
 10. Smith, N. & Balderrama, D. (2017). Physical Assessment: Head-to-Toe -- Performing. Hentet 16. oktober 2018, fra CINAHL Nursing Guide <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T704424&site=nup-live&scope=site>
 11. Jarvis, C. (2016). *Physical examination & health assessment* (7. utg.). St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
 12. Kuzniar, T. J. (2019). Assessment of dyspnoea. Hentet 30. juni 2018, fra BMJ Best Practice <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/862/pdf/862.pdf>
 13. DeVesty, G. & Schub, T. (2017). Physical Assessment: Performing a Cardiovascular Assessment in Adults. Hentet 30. oktober 2018, fra CINAHL Nursing Guide <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T706516&site=nup-live&scope=site>
 14. Schub, T. & DeVesty, G. (2017). Skin Assessment: Performing. Hentet 30. oktober 2018, fra CINAHL Nursing Guide <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T703887&site=nup-live&scope=site>
 15. Schub, E. & Schub, T. (2018). Arterial (Radial) Pulse: Taking. Hentet 30. oktober 2018, fra CINAHL Nursing Guide <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T703867&site=nup-live&scope=site>
 16. Francis, J. & Young, B. (2020). Diagnosis of delirium and confusional states. Hentet 29. juni 2020, fra UpToDate https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states?search=CAM%20icu&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 17. Fuchs, B. & Bellamy, C. (2020). Sedative-analgesic medications in critically ill adults: Selection, initiation, maintenance, and withdrawal. Hentet 29. juni 2020, fra UpToDate https://www.uptodate.com/contents/sedative-analgesic-medications-in-critically-ill-adults-selection-initiation-maintenance-and-withdrawal?search=sedation%20in%20icu&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 18. Richards, S. & Schub, E. (2017). Neurological Assessment: General Considerations. Hentet 30. oktober 2018, fra CINAHL Nursing Guide <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T704323&site=nup-live&scope=site>
 19. Pandharipande, P. & McGrane, S. (2020). Pain control in the critically ill adult patient. Hentet 29. juni 2020, fra UpToDate https://www.uptodate.com/contents/pain-control-in-the-critically-ill-adult-patient?search=pain%20control%20in%20the%20critically&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 20. Gelb, D. (2018). The detailed neurologic examination in adults. Hentet 30. oktober 2018, fra UpToDate https://www.uptodate.com/contents/the-detailed-neurologic-examination-in-adults?search=neurologic%20examination&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 21. Pisani, M. A. (2019). Delirium in the intensive care unit (ICU). Hentet 5. juni 2020, fra DynaMed Plus <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T917314/Delirium-in-the-intensive-care-unit-ICU>

22. Woten, M. & Schub, T. (2019). Confusion Assessment Method of Screening for Delirium in the Intensive Care Unit (CAM-ICU): Using. Hentet 22. juli 2020, fra CINAHL Nursing Guide <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nup&AN=T903892&site=nup-live&scope=site>
23. Schachter, S. C. (2019). Evaluation and management of the first seizure in adults. Hentet 29. juni 2020, fra UpToDate https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-management-of-the-first-seizure-in-adults?search=seizure&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
24. Aabakken, L. & Bendz, B. (2016). *Turnuslegeboka* (6. utg.). Oslo: Legeforlaget AS.
25. Knott, L. (2015). Abdominal Examination. Hentet 6. februar 2018, fra <https://patient.info/doctor/abdominal-examination>
26. Leath, C. A. & Lowery, W. J. (2020). Evaluation of acute abdomen. Hentet 30. juni 2020, fra BMJ Best Practice <http://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/503/pdf/503.pdf>
27. Rather, A. A. (2019). Acute abdominal pain in adults - approach to the patient. Hentet 5. juli 2020, fra DynaMed Plus www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T912361/Acute-abdominal-pain-in-adults-approach-to-the-patient#Physical