

Masteroppgave

Intensivsykepleie

Mai, 2021

En kvalitativ studie av intensivsykepleierens erfaringer
knyttet til barrierer rundt tidlig mobilisering av dypt
sederte respiratorpasienter

Anne Kristin Hedvall
Emnekode: MINT5900

Fakultet for helsevitenskap
OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

I praksis ble jeg overasket over hvor stor forskjell det er fra sykepleier til sykepleier når det gjelder mobilisering av intensivpasienten. Dette fikk meg til å reflektere over hva det er som gjør at mange intensivsykepleiere velger å nedprioritere dette i den tidlige fasen.

Inspirasjonen ble hentet fra min gamle arbeidsplass, intensiv på Kongsberg sykehus der mobilisering var høyt prioritert. Her fikk jeg erfare nytteverdien mange pasienter hadde av tidlig mobilisering.

Takk til veilederen min Stein Ove Danielsen for verdensrekord i kjapp svarrespons og god oppfølging.

Takk til kollegaene mine som har stilt opp til intervju i dette forskningsprosjektet, samt samarbeidet med fagsykepleier som skaffet informantene.

Og ikke minst takk til vennene mine som har hjulpet meg gjennom tunge perioder, sett over oppgaven og fått meg over kneika. Dere har heiet meg frem. Her ønskes det å spesielt nevne Marte Kristoffersen og Elin Åsgard, som har brukt av sin fritid på å hjelpe meg.

Sammendrag

Bakgrunn: Det er forsket mye på barrierene til sykepleiere når det kommer til tidlig mobilisering av dypt sederte respirator pasienter og hva som skal til for å endre de. Det er derimot ikke forsket mye på hvilke erfaringer intensivsykepleieren har rundt barrierene til tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter her i Norge.

Hensikt: Hensikten med dette prosjektet er å finne erfaringene intensivsykepleieren har om hvilke barrierer som finnes omkring tidlig mobilisering til dypt sederte respirator pasienter. En slik kunnskap kan brukes i å bryte barrierene og øke fokuset på tidlig mobilisering.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med hva som er barrierene knyttet til tidlig mobilisering av dypt sederte respirator pasienter?

Metode: Dette er en kvalitativ studie hvor det er gjennomført ett fokusgruppeintervju med 4 intensivsykepleiere med minimum to års erfaring fra intensivavdeling. Analyse ble gjort med Malteruds systematisk tekstkondensering.

Resultat: Intensivsykepleiere vet fordelene med tidlig mobilisering, men velger å nedprioritere dette, da de er engstelige for hva som kan oppstå under mobiliseringen. Prosedyrer er sjeldent implementert samt mangel på tid og bemanning gjør det vanskeligere, dette bidrar til å øke barrierene rundt tidlig mobilisering av dypt sederte respirator pasienter

Konklusjon: Erfaringene om hva som er barrierene rundt tidlig mobilisering til dypt sederte respiratorpasienter omhandler i stor grad kunnskap og ressurser. Det trengs mer forskning i Norge på hva som kan bryte ned disse barrierene og øke fokuset på mobilisering.

Nøkkelord: Intensivsykepleie, Intensivavdeling, Tidlig mobilisering, Barrierer, Intubert, Holdninger hos helsepersonell

Abstract

Background: There have been a lot of investigation on the barriers of nurses regarding mobilization of deeply sedated mechanically ventilated patients, and what is needed to change them. On the other hand, there is not done that much research on what experiences the intensive care nurses have got around the barriers of early mobilization of deeply sedated respiratory patients, here in Norway.

Purpose: The purpose with this project is to find the experiences the intensive care nurses have about the barriers that exist about early mobilization of deeply sedated mechanically ventilated patients. This knowledge can be used to break these barriers and increase the focus on early mobilization.

Problem statement: Which experiences does the intensive care nurses have about what the barriers is connected to in early mobilization of deeply sedated mechanically ventilated patients?

Method: This is a qualitative study where a focus group interview has been done, with four intensive care nurses that have got minimum two years' experience from the intensive care department. This analysis was done with Malteruds systematic text condensation.

Results: The intensive care nurses know about the benefits of early mobilization, but choose to downgrade this, as they are anxious of what might happen during the mobilization. Procedures are rarely implemented, and lack of time and personnel makes it harder.

Conclusion: The experiences about what are the barriers around early mobilization of deeply sedated respiratory patients is to a large extent about knowledge and resources. In Norway, more investigation is required on what might break these barriers and increase the focus on mobilization.

Keywords: Critical care nursing, ICU, Early mobilization, Barriers, Intubated, Attitude of health personnel

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	2
1.3 Hensikt.....	2
1.4 Avgrensninger og begrepsforklaring	3
2.0 Kunnskapssøk og kildekritikk	5
2.1 Kunnskapssøk.....	5
2.2 Kildekritikk.....	7
2.3 Presentasjon av sentrale artikler	8
3.0 Teoretisk grunnlag	13
3.1 Lover og forskrifter	13
3.2 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse	14
3.3 Retningslinjer for intensiv virksomhet.....	15
3.4 Kunnskapsbasert praksis.....	16
3.5 Tidlig mobilisering.....	17
3.6 Komplikasjoner ved respiratorbehandling og sengeleie	17
3.7 Fordeler med tidlig mobilisering.....	18
4.0 Design og metode.....	20
4.1 Kvalitativ metode.....	20
4.1.1 Validitet.....	21
4.1.2 Reliabilitet	22
4.2 Datainnsamling	23
4.2.1 Intervjuguide, informanter og adgang til forskningsfeltet	23
4.2.2 Intervjuet	25
4.2.3 Transkribering	26
4.3 Forske i eget miljø.....	27

<i>4.4 Dataanalyse</i>	27
<i>4.5 Forskningsetiske overveielser</i>	31
4.5.1 Informert samtykke og konfidensialitet	31
4.5.2 Forskerens rolle	32
5.0 Resultater	33
<i>5.1 Egen forskning</i>	33
5.2.1 Kunnskap.....	33
5.2.2 Ressurser	35
6.0 Diskusjon	37
<i>6.1 Diskusjon av metode</i>	37
<i>6.2 Diskusjon av resultater</i>	40
8.0 Konklusjon	48
Kildehenvisning	49

Vedlegg

1.0 Introduksjon

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Valgt tema er tidlig mobilisering til dypt sederte respiratorpasienter. Forebygging er en del av intensivsykepleierens funksjons og ansvarsområde. Tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter omhandler i stor grad å forebygge komplikasjoner. Sengeleie kan gi 40 prosent tap av muskelstyrke i løpet av den første uken, og dette kan forsterkes hos kritisk syke pasienter. Dette kan resultere i forlenget sykdomsforløp og det kan gi konsekvenser for intensivpatienten under og etter oppholdet. Respirasjonsmuskulaturen blir rammet som kan gjøre det vanskelig å avvenne pasienten fra respirator. Dysfunksjon i diafragma vanskeliggjør evnen til å kompensere ved økt respiratorisk belastning. Dette sees i sammenheng med økt mortalitet og morbiditet. Oppstart av mobilisering innen de første 48 timene gir funksjonell bedring ved utskrivning og bidrar til forebygging av muskelatrofi. Mobilisering kan starte så raskt som mulig når pasienten er hemodynamisk stabil. Studier viser at kritisk syke pasienter blir mobilisert for lite, tross i at forskning konkluderer med at det er trygt å starte mobilisering tidlig (Chau, Nygaard, & Leonardsen, 2017).

Basert på dette formuleres følgende problemstilling:

«Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med hva som er barrierene knyttet til tidlig mobilisering av dypt sederte respirator pasienter?»

Følgende forskningsspørsmål er formulert med bakgrunn i problemstillingen:

Kan vi sørge for at intensivsykepleiere jobber kunnskapsbasert rundt tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter ved å bryte barrierene?

Kan vi legge til rette slik at dypt sederte respiratorpasienter blir mobilisert tidlig nok ved å bryte barrierene intensivsykepleierne har?

For å besvare problemstillingen benyttes kvalitativ forskningsmetode i form av fokusgruppeintervju.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema er ønske om å rette et større fokus på tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter, i håp om at det kan bryte barrierene og føre til tidligere mobilisering. Både eldre og ny forskning viser at tidlig mobilisering av dypt sederte respirator pasienter minsker respiratordøgn, bedrer sirkulasjonen og respirasjonen, forebygger atelektaser, muskelsvinn og delirium. Til tross for at det finnes flere fordeler ved tidlig mobilisering, viser forskningen at det ikke blir gjort tidlig nok eller hyppig nok. Det blir fort nedprioritert når pasienten har en Richmond Agitation Scale (RASS) minus 3 til minus 5 (Boehm, Lauderdale, Garrett, & Piras, 2020). I tillegg til forskning, sees det også gjennom egen erfaring i utdanning og arbeid at mobiliseringen blir nedprioritert.

Ved mobilisering av respiratorpasienten har intensivsykepleieren en viktig rolle i avgjørelsen. Når beslutningen skal tas må intensivsykepleieren jobbe kunnskapsbasert og vurdere om dette er forsvarlig. Er dette lagt til rette for? Kan avdelingen gjøre noe for at intensivsykepleieren skal jobbe mer kunnskapsbasert? Må intensivsykepleieren ta mer ansvar for å tilnærme seg ny kunnskap? Dette er spørsmål som har ligget til grunnlag for valgt tema. På avdelingen kandidaten jobber på finnes det ingen protokoll eller retningslinje som omhandler tidlig mobilisering til dypt sederte respiratorpasienter. Det kan tenkes at ingen retningslinje eller protokoll bidrar til å gjøre det vanskeligere for intensivsykepleieren å jobbe kunnskapsbasert.

1.3 Hensikt

Hensikten med studien er å kartlegge barrierene hos intensivsykepleiere rundt tidlig mobilisering av den dypt sederte respiratorpasienten. Håpet er at studien kan avdekke barrierene for tidlig mobilisering, og dermed åpne muligheten for å innføre ulike tiltak som kan øke fokuset og kompetansenivået rundt mobilisering til dypt sederte respiratorpasienter. Målet med for eksempel økt kunnskap er at pasienter som er dypt sederte får behandling på lik linje som pasienter som er lettere sedert eller våkne. Dette går under rettferdighetsprinsippet og velgjørhets prinsippet der sykepleieren er pliktet til å gjøre godt (Brinchmann, 2016). Lik behandling er også hjemmel i pasient- og brukerrettighetsloven (Lovdata, 2018).

Tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter innebærer å jobbe kunnskapsbasert. Gjennom studien ønskes det å belyse de ulike barrierer som gjør at intensivsykepleiere velger å ikke jobbe kunnskapsbasert. Fokuset på kunnskapsbasert praksis innen sykepleiefaget har økt de siste 20 årene. Det er en forventning om at sykepleiere anvender det beste fra nyeste

forskning i praksis. På den måten blir kvaliteten på intensivsykepleien og behandlingen som gis optimal, samt at pasientsikkerheten ivaretatt. Målet med kunnskapsbasert praksis er å tette gapet mellom nye forskningsfunn og praksis slik at trygg og sikker tjeneste blir utviklet (Meld.St 10(2012-2013),2013; NSFLIS,2017).

Forskningen gir oss stadig ny kunnskap som fører til nye behandlingsmetoder. Regjeringen ønsker å legge til rette for forskningsbasert kunnskap og at nye måter å levere helsetjenester tas raskere i bruk (Meld.St. 11(2015-2016), 2016; NSF, 2017-2020). Dette krever ansatte med relevant og høy faglig kompetanse.

Ved å belyse og konkretisere opplevde barrierer hos intensivsykepleiere er målet at denne informasjonen kan føre til endring i praksis; At flere dypt sederte respiratorpasienter mobiliseres tidligere og at dette føles trygt for intensivsykepleieren.

1.4 Avgrensninger og begrepsforklaring

Når det gjelder metoden er det visse avgrensninger som er gjort. Det er krav om minimum ett år arbeidserfaring fra intensiv hos informantene. I denne oppgaven skal kandidaten undersøke intensivsykepleierens erfaringer knyttet tidlig mobilisering av den sederte respiratorpasienten, og derfor vil ikke pasient/bruker- perspektivet bli berørt. Grunnet oppgavens omfang er fokuset kun på en intensivavdeling.

Erfaringene skal omhandle voksne respiratorpasienter som er sedert til RASS minus 3 til minus 5. RASS skalaen er en skala fra 4 pluss til 5 minus. 0 til 4 pluss er fra en våken rolig pasient, og til en urolig og lite samarbeidende pasient. Minussiden er fra en søvnig pasient, men gir øyekontakt, til en pasient som ikke reagerer på smerte. Ved RASS minus 3 reagerer pasienten på tiltale, men gir ingen øyekontakt. Pasienten kan for eksempel klemme i hånden, hoste eller lignende på forespørsel. Ved RASS minus 4 reagerer ikke pasienten på tiltale, men reagerer ved smertestimuli. Ved RASS minus 5 reagerer pasienten verken på tiltale eller på smertestimuli. RASS skalaen er den mest brukte skalaen for å vurdere sedasjonsnivå innen intensivmedisin (AMN Healthcare, 2015).

Nevrointensiv pasientene er ikke inkludert i oppgaven da disse pasientene følger en egen veileder for mobilisering

I denne oppgaven menes tidlig mobilisering forflytning til sengekant i løpet av de første 48 timene, eller så raskt som mulig etter at pasienten er stabil. Med stabil menes ikke pågående ischemi eller blødning, ikke økning i vasopressor de siste to timene og ingen ukjent/ farlig arytmi de siste 12 timene. Høye respiratorinnstillinger er ikke tatt med som en kontraindikasjon. Dette er noe intensivsykepleieren i samråd med lege må vurdere før en eventuell mobilisering.

Med barrierer menes ulike komponenter som begrenser eller hindrer at et tiltak blir iverksatt (Olsen, TØI, & Bardal, 2019).

Det er tatt med tidligere forskning på barrierene til intensivsykepleierne når det gjelder tidlig mobilisering av sederte respiratorpasienter, og hvordan disse barrierene kan bli mindre ved hjelp av ulike tiltak. Denne forskningen beskrives i kapittel 2.

2.0 Kunnskapssøk og kildekritikk

Gjennom kunnskapssøket ble det funnet artikler som passet godt til problemstillingen. Det eksisterer mye forskning på barrierene til intensivsykepleiere, når det gjelder tidlig mobilisering til sederte respiratorpasienter. Artiklene både omhandler og konkluderer med mye av det samme. Ut ifra det ble artikler som kunne svare på problemstillingen valgt, og som i tillegg var av den nyeste forskningen. Andre artikler er blitt brukt til å finne ny kunnskap og informasjon om temaet tidlig mobilisering og barrierer. Disse er med i oppgaven, men det er artiklene som beskrives i dette kapittelet det er tatt utgangspunkt i.

2.1 Kunnskapssøk

Det er gjort en del forskning på helsepersonells erfaringer og holdninger til tidlig mobilisering av intensivpatienten. For å systematisere søket satte kandidaten søkeordene inn i et PICO-skjema. PICO er et hjelpemiddel til presis spørsmålsformulering og strukturert litteratursøk (Nordtvet et al., 2012):

Patient/problem – Hvilken pasientgruppe og/eller problem gjelder problemstillingen?

Intervention – Hvilke tiltak eller hvilken intervensjon ønskes vurdert?

Comparison – Skal tiltaket sammenlignes med ett annet?

Outcome – Hvilke utfall eller effekter er interessant? (Thidemann, 2015).

PICO- skjema er brukt som hjelpemiddel i søkeprosessen. Søkeordene i PICO skjemaet er blitt kombinert med «and» mellom ordene. Søkeveiledning hos bibliotekar for å tilegne kandidaten relevant kunnskap angående litteratursøk er blitt benyttet før oppstart av det systematiske søket. Det var ikke behov for å avgrense søket til engelskspråklige tekster da de artiklene som kom opp med disse søkeordene var engelskspråklige.

Tabell 1: Pico-skjema for litteratursøk med søkeord

Patient/problem	Intervention	Comparison	Outcome
Critical care nursing	Early mobilization	Facilitators	Barriers
ICU	Ventilated		Attitude of health personnel
Intubated			

For å se hva slags forskning som er gjort på dette tidligere er det gjort søk i ulike databaser. Kunnskapspyramiden er blitt benyttet for å finne relevant og kunnskapsbasert litteratur. Denne modellen er et godt verktøy for å vite hvor man kan søke etter og hvor man kan finne det. Øverst i pyramiden ligger oppsummert forskning og nederst ligger systematiske oversikter og enkeltstudier. I vedlegg 1 er det oppgitt treff i de ulike databasene og hvordan søkeordene er blitt kombinert.

Vanligvis er et viktig prinsipp i kunnskapsbasert praksis å lete etter oppsummert forskning før man leter etter enkeltstudier. Hvilken kunnskap som ønskes spiller inn på hvor i kunnskapspyramiden det er mest hensiktsmessig å søke (Helsebiblioteket, 2016; Nortvedt et al. 2012). Ved kvalitativ metode vil det være naturlig å starte søket på bunn av pyramiden for å finne primærstudier. På bakgrunn av dette har søket hovedsakelig foregått i databaser som befinner seg i nederste delen av kunnskapspyramiden. Disse kildene er ikke vurdert på samme måte som kildene i de tre øverste nivåene av kunnskapspyramiden. Det forutsettes at man har forståelse for forskning, fortolkning og analyse for at det kritisk skal kunne vurderes hvilke studier man kan bruke i en prosjektbeskrivelse. Noe av det man kan se etter er om forskeren har brukt en systematisk metode for å finne, kritisk vurdere og oppsummere kunnskapen (Nordtvedt et al., 2012; Strømme, 2019). Artikkelen omhandler intensivsykepleierens barrierer og erfaringer til tidlig mobilisering på intensiv.

I det systematiske søket ble databasene Cinahl, Nursing Reference Center Plus, Embase og PubMed benyttet, da disse er relevante for fagområdene for problemstillingen i denne oppgaven. Cinahl, Embase og PubMed ligger på nivå 1 i kunnskapspyramiden og er verdens største databaser innenfor medisin og sykepleie (Helsebiblioteket, 2018). Nursing Reference Center Plus er et klinisk oppslagsverk spesielt for sykepleie (Strømme, 2019). Søket i Nursing Reference Center Plus ble gjort etter råd fra bibliotekar. Dette søket kunne få opp relevant litteratur fra flere nivåer på kunnskapspyramiden. I det systematiske søket i Cinahl og PubMed ble det i tillegg en «snøballprosess». Slik ble det funnet relevante artikler gjennom referanselistene på andre artikler, og gjennom forslag til artikler basert på utvalgte søkeord. Det ble foretatt et søk i UpToDate for å se om det lå noen høyere føringer for tidlig mobilisering av intensivpatienten, men her fantes ingen relevante funn.

I første søk ble det funnet syv artikler kandidaten mente var aktuelle å ha med i studien. Disse er uthevd i tabellen som ligger i vedlegg nr. 1. Alle omhandler barrierer hos sykepleiere for mobilisering av intuberte pasienter. Hvor dypt pasientene er sedert var vanskelig å tolke ut ifra artiklene. Ett nytt kunnskapssøk ble utført høsten 2020, for å se om det var tilkommet ny forskning på temaet. Det ble i tillegg gjort et søk i EMBASE, etter råd fra veileder. Det nye søket førte til syv nye artikler. Artiklene fra begge søk er presentert i dette kapittelet.

2.2 Kildekritikk

Hovedfunnene var oppsummert i alle artiklene. Funnene kan bidra til økt forståelse for utfordringene som er knyttet til tidlig mobilisering, og understreker hvorfor en prosedyre og/eller økt kunnskap kan være nyttig ved å fjerne ulike barrierer rundt tidlig mobilisering. Noen av artiklene er fra anerkjente tidsskrifter som bruker fagfellevurdering, noe som bidrar til kvalitetssikring. Studiene er kvalitetssikret ved kritisk vurdering og ulike sjekklister for forskningsmetoder fra Helsebiblioteket ble brukt (Helsebiblioteket, 2016). Sjekklisten ble punktvis gjennomgått for å sikre at alt ble med. Sjekklisten ligger vedlagt som vedlegg nr.2.

Studiene må ha en klart formulert problemstilling og et velegnet design for å svare på problemstillingen. Videre ble troverdigheten vurdert til resultatene og vurdering om resultatene er overførbare til denne studien (Helsebiblioteket, 2016).

Inklusjonskriterier er artikler skrevet på engelsk eller skandinavisk da det er disse språkene kandidaten behersker. Risikoen for at relevante artikler ikke er tatt med er derfor til stede. Andre inklusjonskriterier var at artiklene hadde tidlig mobilisering av den sederte intensivpatienten som hovedtema og omhandlet personellets barrierer/ erfaringer. Det har de siste årene blitt et større fokus på å mobilisere de sederte intensivpatientene. Derfor ble forskning før 2010 ekskludert. Litteratur som ikke omhandler voksne intensivpasienter, er ekskludert.

Artikkelen til Backer & Norrenberg (2014) er en oversiktsartikkel av studien til Chawla, et al., (2014). Denne oversiktsartikkelen er valgt som en av de sentrale artikler da den tar for seg hvor viktig mobilisering er, tross avansert utstyr i tillegg. De har ikke sammenlignet med andre studier. Studien til Chawla, et al., (2014) har lav svarrespons, men på en annen side sendte de ut spørreskjema til nesten 3000 personer. På tross av lav svarrespons, har de mye data (Backer & Norrenberg, 2014; Chawla, et al., 2014).

Studien til Anekwe, et al., (2017) er gjort på tre ulike sykehus. En svakhet de selv nevner er at flest sykepleierne har svart på denne studien, noe som i denne oppgaven er en styrke. Svarresponsen er 50%, men de kan ikke si om samme person har svart på undersøkelsen flere ganger.

Studien til Negro, et al., (2018) har ikke registrert uønskede hendelser som er skjedd under mobiliseringsprosedyren. Denne er likevel med da barrierene knyttet til tidlig mobilisering ble mindre hos sykepleierne som var med i undersøkelsen.

Castro, Turcinovic, Platz & Law (2015) er en liten studie gjort på en intensivavdeling. En styrke er at de sjekket barrierene hos intensivpersonell etter seks månedene etter intervensjonen, og igjen etter et år.

Fontela, Forgiarini & Friedmann (2017) har lav svarrespons og rett under 100 deltakere. Denne studien blir likevel tatt med i denne oppgaven da den viser at intensivsykepleiere har god kunnskap om hvorfor mobilisering bør bli utført, men at barrierene gjør at de velger å ikke gjøre det.

2.3 Presentasjon av sentrale artikler

«The MOVIN' project (Mobilisation Of Ventilated Intensive care patients at Nepean): A quality improvement project based on the principles of knowledge translation to promote nurse-led mobilisation of critically ill ventilated patients» (2017) er et forbedringsprosjekt som går ut på å undervise sykepleierne slik at eventuelle barrierer brytes. En tidligere studie viste at ca. 9% av ventilerte pasienter ble mobilisert. Flere barrierer ble identifisert. 23 sykepleiere gjennomgikk opplæring i aktivt å mobilisere ventilerte pasienter. Dette økte deres tillitsnivå, og det var reduksjon i rapporterte barrierer. Imidlertid forble frekvensen av aktiv mobilisering lav (9,7%). Deretter ble et program for positiv forsterkning med belønninger og visuelle påminnelser introdusert, som så en økning i antall sykepleierledede mobiliseringer (Hassan, Rajamani, & Fitzsimons, 2017)

Et annet forbedringsprosjekt er "Perceived Barriers to Mobility in a Medical ICU: The Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey for the ICU" (2020). Tidlig mobilisering viser seg å

forbedre pasientens tilstand både under og etter ett intensivopphold, men det finnes likevel barrierer mot dette. Denne studien er et strukturert kvalitetsforbedringsprosjekt som har som mål å øke mobiliseringen. I dette prosjektet ser de at kunnskapen til sykepleieren ofte er god, men at de ikke vet hvordan de skal utføre tidlig mobilisering. De er usikre på hvordan de vurderer hvem som er mobiliseringsklar (Goodson, et al., 2020).

I studien «Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units» (2018) sier forskerne at barrierer som er kommet frem fra tidligere forskning er for lite kompetent personell, dårlige arbeidstider/ for liten tid, ingen kultur rundt tidlig mobilisering, lite kunnskap, ikke prioritert og for dårlig lederskap. De fant ut at tidlig mobilisering hos mekanisk ventilerte pasienter er uvanlig spesielt i sammenheng med endotracheal tube kontra tracheostomi. Andre barrierer er muskelsvakhet, kardiovaskulær ustabilitet og sedasjon. Ut ifra denne informasjonen ønsket de å undersøke kunnskapen tverrfaglig for å identifisere intensivsykepleierens holdninger og opplevde barrierer. Dette ble utført gjennom en spørreundersøkelse. De fant ut at tidlig mobilisering ble oppfattet som en utfordring, hovedsakelig på grunn av mangel på personal, lite tid, unødvendig sedering, delirium, risiko for muskel- og skjelett skader og stress på jobb. De konkluderer med at denne informasjonen viser hvor viktig god kunnskap og opplæring av fagpersoner er, samt innføre protokoller som hjelpemidler. Her er tidlig mobilisering definert som enhver aktivitet utenfor bevegelsesområdet innen 48 timer (Fontela, Forgiarini, & Friedmann, 2018).

For å finne de ulike barrierene har flere benyttet seg av spørreskjemaer. Forskerne som har skrevet artikkelen «Identifying barriers to early mobilization among mechanically ventilated patients in a trauma intensive care unit» (2017) valgte å sende ut spørreskjemaer før og etter opplæring og implementering av mobiliseringsprotokoll, for å se om den hadde hatt noen effekt på barrierene til sykepleierne. Noen av grunnene til at sykepleierne valgte å ikke mobilisere var for lite kunnskap på temaet, lite tid og utrygghet. Det kom frem at den største grunnen for at sykepleierne valgte å ikke mobilisere var «for mye jobb for sykepleierne». Ut ifra denne studien viser det seg at strukturerte undersøkelser for å identifisere barrierer kan hjelpe til med å gi målrettet undervisning. En protokoll kan bidra til at mobiliseringen føles tryggere. Denne studien ble gjort på arbeidsplassen til forskerne, så de understreker at dette kan ha hatt innvirkning på resultatet. Undersøkelsen er kun gjort på en avdeling, så de kan heller ikke svare for om dette gjelder andre avdelinger (Johnson, Petti, Olson, & Custer, 2017).

En annen studie som også har valgt spørreskjema er “Intensive care unit nurses' knowledge, attitudes, and perceived barriers regarding early mobilization of patients” (2020)

I studien kommer det frem at intensivsykepleiere har mye kunnskap om tidlig mobilisering, men at det fortsatt er en del misforståelser og barrierer rundt det. I denne studien er mobilisering til dypt sederte forbeholdt bevegelse av ekstremiteter tre ganger om dagen. Denne blir likevel tatt med da all mobilisering er positiv (Wang, Xiao, Zhang, Jia , & Shi, 2020).

Når barrierene er funnet gjelder det å finne metoder som kan bidra til å bryte disse. Flere av studiene som vises til i denne oppgaven har valgt å gjøre dette med å undervise, implementere mobiliseringsprotokoller eller gjennom økt tverrfagligarbeid.

«Implementation of a progressive mobilization program in a medical- surgical intensive care unit» (2015) er en studie fra en intensivavdeling hvor det ikke var kultur for mobilisering. De hadde nylig implementert bla en oppvåkingsprotokoll, og de ønsket å gjøre det samme med tidlig mobilisering av respiratorpasienter. Denne protokollen skulle inneholde fordelene rundt tidlig mobilisering i tillegg til en instruksjon i hvordan mobilisere kritisk syke pasienter. Ett år etter implementeringen ser man at protokollen er effektiv i å bryte barrierene, samt er det blitt en kultur å mobilisere respiratorpasientene. Undervisning bidrar til økt forståelse for viktigheten av mobilisering. Økt kunnskap bidrar høyere motivasjon for å endre kulturen rundt tidlig mobilisering. Her er «dingling» med bena fra sengekant presisert som mobilisering (Messer, Comer, & Forst, 2015).

Studien til Negro, et al., (2018) ble gjort som en observasjonsstudie. Meningen med denne studien var å se på gjennomførbarheten og tryggheten i å mobilisere kritisk syke respiratorpasienter etter protokoll. Protokollen består at de tre mest avanserte mobiliseringsmulighetene; sitte på sengekant, komme ut av sengen og å gå. Helsepersonellet fikk et fem timers kurs angående risiko og fordeler ved tidlig mobilisering. Det ble sett på hvor mange intensivpasienter som ble mobilisert, samt hvor lenge og hvor ofte. Studien viser at selv med helsepersonell som ikke har spesialutdanning er mobilisering trygt så lenge man har en prosedyre. I denne artikkelen har de definert hva som menes med ustabil pasient, både sirkulatorisk og respiratorisk. Pasientene som ble utelatt var pasienter som ikke hadde pågående ischemi, ingen økning i vasopressor siste to timene og ingen pågående arytmier. Med respiratorisk stabil menes en fio2 under 65% og PEEP under 12 (Negro, et al., 2018).

I “Lets change our behaviors; From bed rest and heavy sedation to awake, spontaneously breathing and early mobilized intensiv care unit patient” (2014) er en oversiktsartikkel der de har tatt utgangspunkt i studien “Current practices of mobilization, analgesia, relaxants and sedation in Indian ICUs: A survey conducted by the Indian Society of Critical Care Medicine” (Chawla, et al., 2014). De undersøker hvordan vi kan endre kulturen fra dypt og immobiliserte pasienter til våkne og mobiliserte. På tross for at det i denne studien fokuseres på mindre sedasjon blir den inkludert, da de selv poengterer at det mest interessante de fant var at mange ikke trodde det var trygt å mobilisere pasienter som lå på respirator. Forskerne sier at det er trygt å mobilisere opp til sengekant innen 48 timer etter intubering, så sant pasienten er stabil (Backer & Norrenberg, 2014; Chawla, et al., 2014).

Castro, Turcinovic, Platz og Law sin studie fra 2015 viser at ved hjelp av tverrfaglig samarbeid, undervisning og planlegging kan man fjerne mange barrierer hos intensivsykepleierne. Denne studien endte med at intensivsykepleierne syntes det var trygt å ta pasienten ut av sengen (Castro, Turcinovic, Platz, & Law, 2015).

«Barriers and strategies for early mobilization of patients in intensive care units» (2016) er en litteraturstudie som er blitt brukt til å finne ulike barrierer hos intensivsykepleiere rundt tidlig mobilisering, samt strategier for å bryte de. Den konkluderer med at systematisk arbeid sammen med tverrfaglig tilnærming er viktige komponenter for å endre kulturen i en intensivavdeling. Det er mulig å endre holdningene til intensivsykepleierne når det gjelder tidlig mobilisering av sederte respiratorpasienter (Dubb R. , et al., 2016).

Forskningen på temaet er samstemt. Tidlig mobilisering er gunstig, men blir gjort for lite. Tidlig mobilisering av intensivpasienten er mulig og tolereres ofte godt, svært få mobiliseringssituasjoner må avbrytes grunnet ustabil pasient (Dubb R. , et al., 2016; Birkeland, 2012). Nyere studier viser at tidlig mobilisering av intensivpasienter reduserer forekomsten av delirium, og reduserer varigheten av tilstanden om den oppstår. En studie beskrevet i Birkelands artikkel (2012) ble 330 intensivpasienter behandlet med fysioterapi innen 48 timer etter intubasjon og ble mobilisert oftere enn en kontrollgruppe. Resultatet av studien viste at pasientene som ble mobilisert hyppigst hadde lavere komplikasjonsrate og var ute av sykehuset seks dager tidligere enn pasientene i kontrollgruppen (Birkeland, 2012).

Litteraturstudien til Dirkes & Kozlowski (2019) viser til at sittende posisjon øker oksygeneringen betraktelig. De understreker at det å ha pasienten sittende i sengen ikke har like god effekt som å sette pasienten på sengekant. De skriver at oppreist posisjonering har vært assosiert med oksygeneringsforbedring hos pasienter med respirasjonssvikt på grunn av økt funksjonell restkapasitet i lungene. Oppreist stillinger har også vært assosiert med en reduksjon i ventilatorassosiert lungebetennelse (VAP) (Dirkes & Kozlowski, 2019).

Selv de pasientene som mottar avansert intensivbehandling er det trygt å mobilisere. I studien «Understanding variability in mobility practises: Do higher performing hospitals mobilize more complex patients?» (2019) inkluderer de pasientene med høy PEEP, som har vært kontraindisert i noen av de andre studiene. De mener det er mulig å starte tidligere med mobilisering til pasienter som mottar høy avansert intensivbehandling. I denne studien var opp på sengekant målet (Weinreich, Caldwell, Jolley, Lokhandwala, & Hough, 2019).

«Interprofessional Survey of perceived barriers and facilitators to early mobilization of critical ill patients in Montreal, Canada» (2019) ønsket å finne kunnskapen og barrierene til intensivsykepleierne og dermed tilrettelegge ut ifra dette for tidlig mobilisering av respiratorpasienter. Studien konkluderer med at det er for lite kunnskap rundt fordelene av mobilisering. Ved økt kunnskap blir sykepleierne tryggere og barrierene mindre. Halvparten har ikke mobilisering som topp prioritet. Over halvparten svarte at de ikke føler seg godt nok trent i å mobilisere respiratorpasienter. Her var det uenighet blant deltakerne om hvor mye aktivitet som var tillatt hos en kritisk syk pasient (Anekwe, et al., 2019).

«A multisite study of multidisciplinary ICU team member beliefs toward early mobility» (2020) viser at lav bemanning går igjen som en faktor til ikke å mobilisere. Fall, hemodynamisk ustabilitet, utilstrekkelig utstyr, mangel på retningslinjer, autoseponering av nødvendig utstyr, liten tid og mye jobb er barrierer samtlige studier viser til. I denne studien kommer det frem at holdningene til sykepleierne var både positive og negative til tidlig mobilisering av respiratorpasienter (Boehm, Lauderdale, Garrett, & Piras, 2020).

Studiene konkluderer med at tidlig mobilisering er gunstig, men blir gjort for lite.

3.0 Teoretisk grunnlag

Det finnes en del teori rundt dette temaet. Det har vært vanskelig å finne ut hvor dypt sederte forskerne mener pasientene er i de ulike studiene. Hva som menes med mobilisering har heller ikke alltid kommet frem.

Mobilisering av den dypt sederte intensivpatienten er for mange utfordrende og uvant. I noen tilfeller er pasientene så ustabile at de ikke tåler leiendring, mens andre tåler mye. Det er intensivsykepleieren sin oppgave å vurdere hver enkelt pasient fra time til time på en faglig og forsvarlig måte, sammen med ansvarlig lege (Birkeland, 2012). Kandidaten har opplevd i praksis at pasienten er vurdert til ikke mobiliseringsklar, hvor neste vakt tar dette som «god fisk» og avventer mobiliseringen, isteden for å ta en ny vurdering.

Intensivsykepleieren jobber ut ifra ulike lover og retningslinjer, og deres funksjons og ansvarsområde er bredt.

3.1 Lover og forskrifter

«Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig», dette er loven som sykepleierfaget er forankret i (Helsepersonelloven, 2019). Ifølge Norsk sykepleierforbund (2019) skal sykepleiere ta avgjørelser som er sykepleierfaglige som er basert på forskningsbasert kunnskap og erfaringer. Pasientens ønsker, og behov i den gitte situasjonen skal også bli tatt i betraktning. Sykepleiere skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis. I utøvelsen av sykepleie har hver og enkelt sykepleier et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger (NSF, 2019)

Helsetjenesten har en forskrift som omhandler ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016). Ifølge denne forskriften har ledelsen et ansvar for å oppdatere nødvendige prosedyrer og rutiner slik at det ligger til rette for å utøve faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Herunder ligger for eksempel rutiner og prosedyrer. Rutiner og prosedyrer har vist seg å ha effekt på hyppigheten av tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter (Messer, Comer, & Forst, 2015; Helsedirektoratet, 2019-2023).

Pasientsikkerheten styrkes ved at ledere og ansatte har eierskap til forbedringsprosesser og deler ambisjon om å stadig bli bedre (Helsedirektoratet, 2019-2023)

3.2 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse

Som intensivsykepleier har man et personlig sykepleiefaglig ansvar om å handle forsvarlig, ivareta pårørende og sikre pasientens autonomi, integritet og rettigheter. Intensivsykepleie er kunnskapsbasert og favner helsefremmende, forebyggende funksjon, behandlende og rehabiliterende funksjon, og lindrende og palliativ funksjon. Ved tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter er den helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende funksjonen til stede (NSFLIS, 2017).

Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen er forankret iblant annet helselovgivningen, rammeplaner for utdanning og etiske og faglige retningslinjer. Den stiller krav til kompetanse og bidrag på en rekke områder. For å klare å opprettholde denne kompetansen er det i tillegg til oppdaterte fagprosedyrer og retningslinjer viktig å holde seg oppdatert om ny forskning for å klare å jobbe kunnskapsbasert (NSFLIS, 2017).

I den helsefremmende og forebyggende funksjonen innebærer ansvaret å anvende systematisk observasjon og vurderinger for å indentifisere helsesvikt eller forhøyet risiko for helsesvikt på et tidlig stadium. Intensivsykepleieren skal iverksette tiltak som forebygger videre utvikling av helsesvikt og sykdom. Intensivsykepleieren skal også beskytte pasienten mot komplikasjoner og skade i forbindelse med undersøkelser og behandling. Det skal også tilrettelegges for helsefremmende omgivelser som fremmer velvære, håp og livsmot hos intensivpasienten (NSFLIS, 2017). Observasjoner og tiltak intensivsykepleieren kan gjøre her er; vurdere om pasienten tolererer å bli mobilisert, observere slim og eventuelt vurdere mobilisering for å forebygge ventilator assistert pneumoni (VAP). Vurdere om nok kompetent personell er tilgjengelig (Bakkelund & Thorsen, 2016).

Mobilisering går også på den behandlende og rehabiliterende funksjonen. Den behandlende og rehabiliterende funksjonen innebærer å vurdere pasientens ressurser og gjennomføre systematiske tiltak for å bevare, styrke eller gjenopprette funksjonell kapasitet. Utføre tiltak ved svikt i pasientens vitale funksjoner, samt gjennomføre medisinsk behandling i samarbeid med legeteam og håndtere avansert medisinsk teknisk utstyr. Som intensivsykepleier skal man sikre

kontinuitet og kvalitet i pasientens behandling gjennom tverrfaglig samarbeid og tilrettelegge for rehabilitering i det akutte stadiet (NSFLIS, 2017).

Mobilisering er både helsefremmende, forebyggende, behandlende og rehabiliterende i form av at man får ventilert pasienten bedre og forebygger blant annet atelektaser, muskelsvinn og delirium (Elsby & Gallapate- Edvardsen, 2019; Bakkellund & Thorsen, 2016). For å kunne mobilisere pasienten på en trygg og hensiktsmessig måte er det viktig at intensivsykepleieren jobber kunnskapsbasert. Intensivsykepleieren må observere under mobiliseringen slik at pasienten ikke blir påført unødig smerte, og utfører tiltak slik at pasienten kan håndtere den smerten, ubehaget og stresset som kan oppstå under mobilisering (Elsby & Gallapate-Edvardsen, 2019). Som artiklene underbygger er det mange sykepleiere som føler seg utrygge av alt som kan skje under mobilisering. Derfor er det interessant å se hvilke barrierer intensivsykepleieren har, og ut ifra de, se om man kan gjøre noe med de for at intensivsykepleieren skal føle seg trygg rundt mobiliseringen. På den måten kan det tenkes at mobilisering kan bli høyere prioritert.

3.3 Retningslinjer for intensiv virksomhet

En intensivenhet er bemannet av spesialutdannet personell. På en intensivavdeling behandler man pasienter med svikt i ett eller flere organsystemer. Her er tett samarbeid mellom intensivsykepleiere, leger og annet helsepersonell ønsket for å sikre best mulig pasientbehandling. Intensivenhetene i Norge skal ha et dokumentert fagutviklingsprogram som omhandler sertifiseringer og tverrfaglig simuleringstreninger. Individuelle kompetanseplaner bør utarbeides på bakgrunn av erfaring og nivå av kompetanse. På mange intensivavdelinger jobber det personell uten spesialutdanning, og det er derfor av betydning å gi disse god nok opplæring slik at forståelsen av å jobbe kunnskapsbasert ligger til rette. (NSFLIS 2014). Flere av studiene som er med i denne oppgaven viser til at fagutviklingsprogram og kompetanseplaner bryter ned barrierene til intensivsykepleieren når det gjelder tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter. Også når det gjelder sykepleierne uten spesialutdanning. Slike planer kan også bidra til at mobiliseringen øker (Messer, Comer, & Forst, 2015; Castro, Turcinovic, Platz, & Law, 2015; Hassan, Rajamani, & Fitzsimons, 2017; Negro, et al., 2018).

3.4 Kunnskapsbasert praksis

Det er en forventning om at sykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert i sitt daglige arbeid. Å jobbe kunnskapsbasert fører til bedre behandling, pleie og pasientutfall og det styrker pasientsikkerheten. Det finnes flere definisjoner på kunnskapsbasert praksis. Ifølge Helsebiblioteket (2016) er kunnskapsbasert praksis å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon (Helsebiblioteket, 2016).

Åse Renolen (2019) har skrevet en doktorgrad om integrering av kunnskapsbasert praksis og hun skriver at det finnes mye forskning på kunnskapsbasertpraksis og hvordan man kan øke bruken av det, men det er likevel ikke blitt tilstrekkelig integrert i sykepleien. Ifølge funnene hennes, kom kunnskapsbasert praksis i andre rekke av prioriteringer. Sykepleierne som lærte å jobbe kunnskapsbasert fikk en økt bevissthet i forhold til hvilken kunnskap de brukte. De erfarte også at det var vanskelig å ta i bruk ny kunnskap i daglig arbeid. Sykepleiere var selektive i bruken av kunnskapsbasert praksis, de var samtidig selektive på når de var villige til å søke svar på et problem de ikke visste svaret på (Renolen, 2019). Tidlig mobilisering av dypt sedert respiratorpasient er tidkrevende og krever mye av intensivsykepleieren, noe som kan ha betydning av hvorfor intensivsykepleiere velger å ikke jobbe kunnskapsbasert når det kommer til mobiliseringen. For å integrere kunnskapsbasert praksis er det en fordel at ledere etablerer et handlingsrom for kunnskapsbasert praksis uten å overbelaste sykepleierne. For å klare dette på best mulig måte viste det seg mest effektivt å involvere seg og gå i dialog sammen med sykepleierne (Renolen, 2019).

Det finnes et evidensbasert verktøy for å redusere eventuelle komplikasjoner forårsaket av intensivbehandling. Dette verktøyet omtales som ABCDEF bundle (The Awakening and Breathing Coordination, Delirium monitoring/management, and Early exercise/mobility). ABCDEF- bundle bidrar til å kunne jobbe kunnskapsbasert når det kommer til å kontrollere smerte, sedasjon, kognitiv adferd og fysisk adferd. Det blir lettere å utnytte ressursene man har tilgjengelig når det er skrevet inn i et verktøy. Dette verktøyet ønskes å nevnes i denne oppgaven da tidlig mobilisering har vært den eneste intervensjonen som har resultert i reduksjon av dager med delirium (Marra, Ely, Pandharipande, & Patel, 2017).

3.5 Tidlig mobilisering

Hva de ulike studiene som er med i denne oppgaven mener med tidlig mobilisering er noe de definerer ulikt. Derfor er definisjonen fra studien til Bein et al. (2015) tatt med, «intervensjoner som involverer pasienten og som introduserer eller assisterer passive eller aktive bevegelsesøvelser og som har til hensikt å bedre eller opprettholde pasientens fysiske funksjon» (Bein et al., 2015). Tidlig mobilisering blir hyppig brukt i litteraturen, men det er ingen samlet definisjon på hva som menes med begrepet «tidlig».

Negro, et al. (2018) og Anekwe, et al. (2017) mener at pasienter bør mobiliseres så snart de oppnår gitte kriterier og er hemodynamisk stabile. Dette innebærer som oftest innen 24-48 timer (Negro, et al., 2018; Anekwe, et al., 2019) Hva som er de gitte kriteriene må hver enkelt intensivavdeling stå for. Johnson, et al. (2017) mener så lenge pasienten har fått innført fysisk aktivitet innen de to til fem første dagene av kritisk sykdom kan det betegnes som tidlig mobilisering (Johnson, Petti, Olson, & Custer, 2017). Til tross for forskjellige definisjoner av tidlig mobilisering, er litteraturen og fagmiljøene enige om at tidlig mobilisering er trygt og gir større fordeler enn ulemper for pasientene. Tidlig kan forstås som et intervall som starter med fysiologisk stabilisering av intensivpatienten og som fortsetter gjennom hele intensivoppholdet (Hassan, Rajamani, & Fitzsimons, 2017; Johnson, Petti, Olson, & Custer, 2017). Det finnes ulike metoder å utføre tidlig mobilisering av intensivpatienten. Noen eksempler er: elevasjon av hodet, manuell snuing og kontinuerlig rotasjonsterapi, passiv og aktiv gjennombevegelse av ledd, passiv og aktiv overflytting til stol, motstandstrening, mobilisering til sittende i seng og på sengekant med og uten støtte og mobilisering til gående (Negro, et al., 2018). I denne oppgaven er målet opp på sengekant, noe studien til Weinreich, et al. (2019) mener er trygt selv om pasienten mottar avansert intensiv behandling. (Weinreich, Caldwell, Jolley, Lokhandwala, & Hough, 2019)

3.6 Komplikasjoner ved respiratorbehandling og sengeleie

Respiratorbehandling kan medføre en rekke plager og komplikasjoner. Det gir risiko for lungeskader, respiratorasynkroni, aspirasjon av ventrikelinnhold, ventilatorassosiert pneumoni, sirkulasjonsforstyrrelser, gastrointestinale forstyrrelser, muskelsvinn og delir. Risikoen øker med lengden på behandlingen, tiden på respirator bør derfor begrenses så mye som mulig (Bakkeland & Thorsen, 2016).

Det å ligge på respirator medfører immobilisering som igjen kan føre til muskelatrofi av både respirasjonsmuskler og muskler i ekstremitetene. Kontrakturer, feilstillinger, muskelsmerter, nerveskader, decubitus, obstipasjon, sekretstagnasjon i lungene er komplikasjoner som har en direkte årsak av immobilitet. I mange tilfeller oppleves nevromuskulær svakhet. Dette går som regel over, men gir som oftest forlenget intensivopphold og sykehusopphold. Feilstillinger, kontrakturer og generell nedsatt funksjon er bivirkninger pasienten kan slite med resten av livet (Stubberud, 2016; Bakkelund & Thorsen, 2016).

3.7 Fordeler med tidlig mobilisering

Tidlig mobilisering kan bedre pasientens respiratoriske og hemodynamiske funksjon, og redusere utviklingen av kognitiv og nevromuskulær svikt (Bakkelund & Thorsen, 2016) Det er få ulemper og liten risiko forbundet med å mobilisere respirator pasienter (Negro, et al., 2018; Messer, Comer, & Forst, 2015)

Selv om det er bred enighet om at mobilisering av respiratorpasienter anbefales, ser man at det ikke alltid følges opp i praksis. Det finnes mange ulike barrierer mot at respiratorpasientene mobiliseres. Det er gjort ulike tiltak for å bidra til økt mobilisering, noe som i de fleste studier viser seg å være svært effektivt. Ett av tiltakene er mobiliseringsprosedyrer/ protokoller. Ved implementering av dette viser det seg at pasienten blir mobilisert tidligere (Dubb R. , et al., 2016; Messer, Comer, & Forst, 2015; Negro, et al., 2018).

Mobilisering opp av sengen vil øke respiratorisk minuttvolum, reduserte dødrom, øke sekrettransporten, motvirke nedbryting av muskler og skjelett derfor er tidlig mobilisering svært viktig. Mobilisering bedrer pasientens sanser og immunapparat noe som igjen kan motvirke critical illness neuromuscular abnormality. Pasienten skal ikke presses for hardt, men tilpasset hver og enkelt pasient. Om pasienten blir presset for hardt kan dette øke respirasjonsarbeidet, som kan ses i sammenheng med økte tidalvolumer og økt respirasjonsfrevens. (Stubberud, 2016).

Det amerikanske Society of Critical Care Medicine vurderte i 2018 flere studier om dette, og fant at pasienter som var mobilisert tidlig hadde forbedret muskelstyrke ved utskrivelse, redusert respiratorvarighet og noe bedring i livskvalitet etter utskrivelse. Weinreich, et al.(2018) hevder at mobilisering i tillegg er et oppnåelig, trygt og rimelig tiltak. De konkluderte derfor med at tidlig mobilisering av kritisk syke voksne anbefales, fordi fordelene ved dette overgår

eventuelle uønskede konsekvenser (Weinreich, et al.2018). Å mobilisere pasienten kan redusere liggetiden og det er få ulemper og liten risiko ved det (Boehm, Lauderdale, Garrett, & Piras, 2020; Weinreich, Caldwell, Jolley, Lokhandwala, & Hough, 2019; Wang, Xiao, Zhang, Jia , & Shi, 2020; Dubb R. , et al., 2016). I følge Doroy (2018) ser både pasienter og pårørende på mobilisering som noe positivt i form av håp. Samtidig opplever pasientene mobilisering som en standardisert behandling og ikke noe de tenker over i ettertid. Når det gjelder smerte under mobilisering har pasientene i denne studien sett på det som «noe de må tåle», men at de har folk en trygghet hos sykepleierne (Doroy, 2018).

4.0 Design og metode

Forskningsdesign er en betegnelse der forskeren gjør rede for hvem og/eller hva som skal undersøkes, og hvordan det er tenkt at undersøkelsen skal gjennomføres (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016). For å få svar på problemstillingen benyttes forskningsdesign som den overordnede prosessen (Polit & Beck, 2017).

Ifølge Brottveit (2018) kjennetegnes et forskningsdesign ved 6 punkter:

1. Undersøkelsens tema og problemstilling må utarbeides, og man må finne et overordnet mål med forskningsprosjektet.
2. Begrunne valg av valgt datainnsamlingsmetode(r).
3. Redegjøre for hvordan man vil rekruttere utvalget og hvem som er målgruppen(e).
4. Lage en fremdriftsplan som forklarer de ulike fasene i forskningsarbeidet.
5. Gjøre rede for hva slags kunnskap undersøkelsen kan tilføre det aktuelle faget.
6. Gjøre rede for hvordan man planlegger å fortolke, fremstille og analysere datamaterialet (Brottveit, 2018).

Hovedsakelig avgjør forskningsprosjektets problemstilling om det er hensiktsmessig å benytte seg av kvalitative eller kvantitative tilnæringer (Brottveit, 2018; Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016). Johannessen, Tufte & Christoffersen (2016) sier at kvantitativ forskning kartlegger at noe skjer, mens kvalitativ forskning avdekker hvorfor noe skjer (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016). Derfor er det i denne oppgaven benyttet kvalitativ forskningsdesign. Kvalitative metoder utdypes i neste avsnitt.

4.1 Kvalitativ metode

Kvalitative metoder har forankring i hermeneutikken og fenomenologien. Hermeneutikken knyttes til studier av menneskelige handlinger, erfaringer og opplevelser i vitenskapelig sammenheng. En fenomenologisk tilnærming i kvalitativ metode beskrives som et begrep hvor det fokuseres på informantens eget perspektiv og beskrivelse av menneskers opplevelse av sin livsverden (Kvale & Brinkmann, 2017). Disse metodene brukes når man ønsker å gå i dybden på et felt i forsøk på å forstå virkeligheten vi omgir oss med (Brottveit, 2018; Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015). Kvalitative metoder er en forskningsstrategi for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter hos fenomenet som blir studert. Ved å bruke kvalitative metoder kan vi få innsikt i menneskelige egenskaper som

erfaringer, opplevelser, forventninger, tanker, motiver og holdninger. En kvalitativ tilnærming kan bidra til å presentere nyanser, mangfold og subjektive erfaringer. Kvalitative data bygger på tekst som kommer fra samtaler eller observasjoner (Malterud, 2017). Fordi hensikten er å fremskaffe informasjon og kunnskap om bestemte fenomener, enkeltindivider eller grupper på et detaljrikt nivå er utvalget i kvalitativt forskningsarbeid som regel lite (Brottveit, 2018). Strategier for å innhente dataene som skal analyseres utføres ved systematisk innhenting av data gjennom for eksempel intervju og/eller observasjon. Kvalitative metoder egner seg når man ønsker forståelse fremfor en forklaring (Johannessen, Tufte, Christoffersen, 2016).

I en fenomenologisk tilnærming i kvalitativ metode ønsker forskeren å forstå verden gjennom mennesket. Fenomenologi utforsker det subjektive perspektivet hos individene og gir forskeren en økt forståelse av og innsikt i folks livsverden. I slike studier er det vanlig å analysere meningsinnhold (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016; Christoffersen, Johannessen, Tufte & Utne, 2015).

Denne studien skal se på hvilke erfaringer intensivsykepleiere har rundt barrierer med tidlig mobilisering av den dypt sederte respiratorpasienten. Jeg må derfor innhente informasjon om intensivsykepleierens subjektive erfaringer, opplevelser og holdninger. I kvalitativt forskningsarbeid er det sentralt at man arbeider med en stor grad av transparens for at leserne skal kunne kritisk vurdere kvaliteten og styrken av de funn man presenterer.

4.1.1 Validitet

Validitet i kvalitative studier handler om troverdighet og overføringsverdi. Troverdigheten sier noe om forskeren har undersøkt det den skulle undersøke. I denne oppgaven er det samlet inn data som er relevant for problemstillingen slik at grunnlaget er valid for å bekrefte funnene og de slutningene som blir trukket ut ifra disse. Når man skal fortolke det som studeres, slik man gjør i kvalitative metoder er det viktig at fortolkningene er gyldige for den virkeligheten som er studert. Dette sier noe om fortolkningene er troverdige (Larsen, 2017). Kvalitative undersøkelser har som mål å være overførbare. Altså om funnene som blir funnet i denne studien kan ha overføringsverdi til andre grupper enn de deltakerne som har vært med på studien (Larsen, 2017). Det finnes flere former for validitet, noen av disse er begrepsvaliditet, intern og ekstern validitet.

Begrepsvaliditet handler om en god relasjon mellom fenomenet jeg skal studere og de konkrete dataene som kommer frem. Det er vesentlig at forskeren har en god operasjonalisering av problemstillingen for at dataene skal bli valide representasjoner av fenomenet som blir undersøkt. Gjennom hele forskningsprosessen bør man reflektere over og sette spørsmål ved validiteten for å systematisk forebygge feil og på den måten øke begrepsvaliditeten (Johannesen, Tuft & Christoffersen, 2016; Larsen, 2017). Det er derfor viktig at det blir gjort gode forberedelser før intervjuet og planlegge intervjuguiden slik at fenomenet som ønskes å studere kommer frem.

Intern validitet sier noe om man har brukt en egnet metode for å studere fenomenet man ønsker informasjon om. Spørsmål forskeren kan stille seg selv her er om det er blitt brukt relevante begreper og kartleggingsmetoder. En risiko kan være at et begrep som blir brukt i intervjuet ikke blir oppfattet på samme måte av intervjupersonene og risikoen for feilaktige svar er større til stede. Det er derfor viktig å gå igjennom intervjuet på forhånd og avdekke om det er begrep som trengs begrepsavklaring før intervjuet (Malterud, 2017). Før intervjuet er det nødvendig å for eksempel avklare hva som menes med dypt sederte pasienter. Dersom metoden i undersøkelsen er lite egnet vil man ikke få svar på problemstillingen og den interne validiteten blir lav (Malterud, 2017).

Ekstern validitet handler om overførbarhet. Kan resultatene i studien generaliseres til å gjelde flere enn den gruppen man har undersøkt. Overførbarheten til funnene i kvalitative studier er som regel knyttet til utvalgets størrelse samt antall steder studien er utført på (Malterud, 2017; Larsen, 2017).

4.1.2 Reliabilitet

Reliabilitet viser til om undersøkelsen er pålitelig og at nøyaktighet har ligget til grunn i prosessen. Sikring av høy reliabilitet i kvalitative analyser kan være vanskelig da det er flere menneskelige faktorer som ligger til grunn for svarene man får til sin dataanalyse. Tolker forskeren observasjonene slik en annen forsker ville gjort? Påvirkes informanten av situasjonen og/eller av intervjueren? Derfor knyttes ofte reliabiliteten til kvalitative undersøkelser til troverdighet. For å sikre troverdigheten er det viktig at datainnsamlingen er gjort systematisk og i samsvar med vanlige forutsetninger. Gjennomsiktighet er også en faktor i kvalitative studier. Altså at innsamlingsmetoder og analysemetoder er godt beskrevet slik at andre kan

vurdere måten undersøkelsen er gjort på. For å øke troverdigheten er det tre punkter som er viktige for å kunne utføre en kritisk gjennomgang av datamaterialet på ulike tidspunkt:

1. Spørsmålene er klare og tydelige i datainnsamlingen. De skal være forståelige og ikke ledende.
2. Transkripsjonen foregår på en nøyaktig måte.
3. I dataanalysen er en nøyaktig i koding av tekst.

4.2 Datainnsamling

I denne studien er det valgt fokusgruppeintervju som metode til datainnsamling. Fokusgruppeintervju gir mye informasjon på kort tid, og gruppedynamikken kan fremskape ulike syn og tolkninger på samme tema. Det blir større rom for diskusjon enn om forskeren skulle intervjuet en og en. Her må intervjueren sørge for at alle er med og hindre at noen passiviserer andre (Kvale & Brinkmann, 2015).

Under intervjuet ønskes det å få informantene til å fortelle, drøfte og reflektere sammen. Her kan ulike poeng komme frem både verbalt og non verbalt i form av håndbevegelser, ansiktsuttrykk og nikk. Her kan tolkningen fra intervjueren påvirkes, så det er viktig å etterspørre og få tolkningen enten bekreftet eller avkreftet. Ut ifra disse begrunnelsene kan det anses at fokusgruppeintervju som den metoden som passer best i å finne de ulike erfaringene intensivsykepleieren har om temaet.

4.2.1 Intervjuguide, informanter og adgang til forskningsfeltet

Intervjuguiden bør inneholde en oversikt over emner og forslag på spørsmål ved et semistrukturertintervju (Kvale & Brinkmann, 2017). Bevissthet rundt hvordan man stiller oppfølgingsspørsmål er viktig for å få mest mulig informasjon ut av intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2017). På forhånd er det hensiktsmessig å ha en intervjuguide i stikkordsform, med ulike tema som man ønsker data om:

Utfordringer/ barrierer

Opplevelser

Erfaringer

Intervjuguiden inneholder forslag til spørsmål for å få flyt i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Intervjuguiden er vedlagt i vedlegg nr. 3. Intervjuguiden ble holdt åpen slik at den var til hjelp for å holde en rød tråd gjennom intervjuet.

Først ble avdelingslederen på avdelingen intervjuene skulle foregå kontaktet, og det ble søkt om tilgang til deres sykepleiere. For ikke å påvirke den potensielle intensivsykepleieren til å føle seg pliktig til å delta var ønsket å ikke finne informantene selv. Dette påtok avdelingslederen ansvaret for. Avdelingslederen delegerte oppgaven videre til fagutviklingspsykeleier. En strategisk utvelgelse er hensiktsmessig, fordi informanten da velges ut fra kunnskaper og erfaringer på området. Et variert utvalg av informanter kan belyse flere nyanser av temaet og gi et informasjonsrikt materiale (Malterud, 2017). Fagsykepleier har kjennskap til hvilke intensivsykepleiere som har erfaring om dette temaet. Informantene i denne studien er intensivsykepleiere som har minimum to års erfaring fra en intensivsenhet. Både mannlige og kvinnelige deltakere. To av deltakerne hadde to års erfaring, mens den eldste hadde over 15 års erfaring.

Det ble sendt en søknad til NSD. Svaret fra NSD ligger vedlagt i vedlegg nr.4. Søknaden ble godkjent med forbehold om:

«I intervjuguiden blir informantene dine bedt om å komme med eksempler på situasjoner i praksis. Siden utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

- Vi vil også minne deg om at selv om du arbeider som helsepersonell vil du ikke ha tilgang til taushetsbelagte opplysninger om pasienter når du inntreer i rollen som forsker. Vi ber deg derfor være særlig forsiktig med å stille spørsmål som går på informantens erfaringer med denne typen pasienter (særlig når og hvor), eller andre særlige (uønskede) hendelser som kan gjøre enkeltpasienter identifiserbare i datamaterialet».

Dette ble informert om før intervjuet og det var ingen sårbare opplysninger som ble nevnt.

I tillegg ble det søkt til personvernombudet og forskningsansvarlig på Lovisenberg før intervjuene, og det ble gitt tillatelse fra lokal ledelse til å utføre forskningen.

4.2.2 Intervjuet

Tid og sted for intervjuet ble avtalt med fagutviklingssykepleier. Intervjuet varte i 1.5 time. Under intervjuet satt vi rundt ett rundt bord, det ble satt frem forfriskninger for å bidra til en sosial og åpen atmosfære. Det ble brukt båndopptaker under intervjuet. Dette ble det informert om både ved utvelgelsen av informanter og i forkant av intervjuet. Informasjon om studien var sendt til fagutviklingssykepleieren, som videresendte dette ut til informantene forhånd, slik at de visste hva det handlet om og eventuelle spørsmål intervjuobjektene hadde til prosjektet kunne bli besvart. Dette informasjonsskrivet ligger vedlagt i vedlegg nr. 5. Under intervjuet kunne det tyde på at noen var usikre på hva som mentes med dypt sedert og hva som mentes med mobilisering. Dette var det derfor behov for å konkretisere i starten av intervjuet. På tross av dette hendte det innimellom at informantene snakket om problemstillinger som var noe utenfor feltet. Noen ganger ble de stoppet, andre ganger ikke.

Spørsmålene fikk de ikke utdelt på forhånd. Det hadde blitt lagt en plan for hvordan spørsmålene skulle stilles, samt oppfølgingsspørsmål om vi havnet utenfor temaet eller stoppet opp. Tidvis ble noen av de planlagte spørsmålene besvart, uten at de ble behøvd å stille. Da dette kunne ødelegge flyten i intervjuet ble det valgt å ikke avbryte selv om samtalen fløt litt utover planlagt skjema. Dette førte til at noen av spørsmålene ble besvart i en annen vinkling enn antatt. Her hjalp oppfølgingsspørsmålene godt til å innhente tråden.

For å fange opp sykepleierens barrierer med tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter ble det stilt intervju spørsmål ut ifra ett semistrukturert intervju. Dette blir ofte brukt når ett tema skal forstås ut ifra intervju personenes egne perspektiver (Kvaale og brinkmann 2009). Intervjuguiden besto av ni intervju spørsmål. Intervju spørsmålene gikk ut på hvilke erfaringer de hadde når det gjaldt tidlig mobilisering av den dypt sederte respiratorpasienten. Spørsmål som innebar å finne ut hvilken kunnskap de hadde når det gjaldt fordeler av tidlig mobilisering ble tatt med, og hvilke utfordringer som finnes og eller oppleves

rundt mobilisering. Spørsmål om eventuelle negative hendelser rundt tidlig mobilisering ble også tatt med, da tidligere forskning viser at det skjer svært sjeldent alvorlige hendelser ved tidlig mobilisering av dypt sederte respirator pasienter.

Under intervjuet undersøkte kandidaten i tillegg hva de syntes var utfordrende med mobilisering og hva som gjorde at mobilisering ikke var en høy prioritet. På denne måte ble barrierene de hadde rundt tidlig mobilisering belyst uten å spørre de for direkte og lede dem i samtalen om dette. Da kandidaten intervjuet egne kollegaer ble spørsmålene stilt på en måte hvor kandidaten ikke virket dømmende, men heller åpne spørsmål hvor de kunne reflektere rundt temaet selv for å undersøke hva de som gruppe samlet hadde av opplevelser og erfaringer rundt temaet.

Intervjuet ble gjort i arbeidstiden, noe som gjorde at det ble forstyrrelser underveis. To telefonsamtaler, og en som måtte forlate rommet ved en anledning. Denne personen kom straks inn igjen, og det så ikke ut til å ha noen negativ innvirkning på intervjuet. En mulighet er at personen ikke fikk sagt noe den hadde på hjertet under temaet vi var på. Det var en kort periode hvor intervjuet ble mer en diskusjon der intervjuer også var delaktig. Dette kan være fordi intervjueren har nærhet til feltet og samtidig kjenner intervjuobjektene.

4.2.3 Transkribering

For å få intervjusamtalene egnet for analyse må intervjuene transkriberes fra muntlig til skriftlig form. Dette vil si å oversette talespråk til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2017). Ved å utføre transkriberingen selv ble det lettere for kandidaten å huske hvordan samtalen foregikk. På denne måten var det mulig å oppklare uklarheter som kan oppstå i etterkant.

Selve transkriberingen var tidkrevende. Intervjuet var ikke langt, men å klare å skille de ulike personene fra hverandre, da de ofte avbrøt hverandre var vanskelig. Her var det nyttig at alle hadde ulike dialekter, som gjorde det lettere. Alle som deltok i intervjuet gjorde dette i sin egen arbeidstid, derfor ble noen avbrytelser underveis, blant annet telefoner som ringte midt i setninger. I disse hendelsene er det blitt forsøkt å få ned det som ble sagt, men det var vanskelig å høre ordrett. Noen av tilfellene ble det husket hva som ble sagt og andre ikke. De stedene det er vanskelig å høre eller huske hva som ble sagt er det blitt satt flere punktum etter hverandre i

teksten. Det er lite sannsynlig at dette har utgjort noen forskjell i tolkningen videre, da meningsinnholdet i setningen er med.

4.3 Forske i eget miljø

Nærhet til stoffet kan gjøre det vanskelig å få det tilstrekkelig objektivt og uten noen form for bias. Som forsker er det lett å identifisere seg med forskningen, slik at det kan være vanskelig å se sin egen innflytelse. Som Malterud (2017) beskriver kan nærhet til stoffet gjøre intervjuene målrettet og relevante, på den andre siden kan man miste det kritiske blikket (Malterud, 2017).

At valget landet på egen arbeidsplass baserte seg blant annet på at denne intensivavdeling ofte behandler for eksempel intokspasienter som er friske fra tidligere, men trenger å være dypt sedert over tid på grunn av uro. På de større intensivavdelingene ser man ikke denne pasientgruppen så ofte, da de blir prioritert sendt til lokalsykehus. Når en pasient er dypt sedert er det ofte grunnet ustabilitet, og da er ikke mobilisering til sengekant aktuelt i denne studien.

Grunnet Covid-19 er det å intervju på egen arbeidsplass gunstig for å få tiden til å strekke til. Det var i tillegg vanskelig å få til intervjuer på andre sykehus i denne tiden. Det er blitt sendt en forespørsel til to andre intensivavdelinger hvor forespørselen ble avslått. De mente at intensivsykepleierne ikke skulle bli belastet noe mer enn det de ble på jobben, og hadde derfor ikke lyst til å legge opp til en ekstra faktor til stress.

Da det var avdelingsleder som skulle finne informantene til denne studien påvirket ikke dette den frivillige deltakelsen, om informantene skulle følt at de måtte stille opp for en kollega. Det blir presisert i informasjonsskrivet at deltakerne kan trekke seg fra studien når som helst uten å oppgi grunn, og at dette ikke vil påvirke det kollegiale forholdet.

Kandidaten er klar over at å forske på egen avdeling kan påvirke resultatet, men mener at med dette temaet vil erfaringene rundt barrierene til tidlig mobilisering av dypt sedert respiratorpasient bli belyst på tross av dette.

4.4 Dataanalyse

Da kandidaten har noe erfaring og kunnskap rundt det å mobilisere respiratorpasienten møtes temaet med en viss forståelse og oppfatning. Tolkningen startet allerede før transkribering, da kunnskapen som allerede er til stede vil bidra til å oppfatte og analysere temaet på egen måte.

Dette kan gjenspeile seg i teksten når det informantene sier og beskriver skal tolkes. Her er det viktig å prøve å være så nøytral som mulig, da det er informantene som gir informasjonen. Dette blir beskrevet ytterligere i forskerens rolle (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016). Etter at opptakene fra intervjuet er transkribert, gjenstår store mengder rådata, her ble de elementene som beskriver problemstillingen best ut ifra informantens opplevelser og erfaringer valgt. All vitenskapelig analyse krever en eller annen form for reduksjon. Denne prosessen med å redusere og velge ut tekst kaller Malterud (2017) å filtrere tekstmaterialet (Malterud, 2017; Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016).

Analysen av et intervju består av flere trinn:

Trinn 1 - Helhetsinntrykk: Lese gjennom alt med fugleperspektiv og med problemstillingen i bakhode gjennom lesningen. Når jeg har lest gjennom alt vil jeg sitte igjen med et innrykk av innholdet. Nå fjerner jeg irrelevant informasjon og beholder det jeg mener er sentralt. Dette er foreløpig ikke utviklet gjennom systematisk refleksjon og tolkning, men er dette jeg intuitivt mener kan gi meg svaret på problemstillingen (Malterud, 2017; Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016).

Trinn 2 - Meningsbærende enheter: Her blir funnene drøftet fra forrige trinn og ser etter hva som er mest sentralt og relevant for min problemstilling. Tekstelementer som omhandler de mest sentrale elementene markeres med ett eller flere kodeord som beskriver hva disse elementene inneholder. En slik prosess kalles koding. Denne prosessen gjør jeg for å organisere og redusere datamaterialet slik at analysen av teksten blir lettere å gjennomføre. Denne prosessen er nødvendig for å få tak i meningsinnholdet, men kan ikke erstatte tolkningsarbeidet (Malterud, 2017; Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016).

Et eksempel på koding kan være barrierer for tidlig mobilisering.

Trinn 3 - Kondensering: Hensikten med kondensering er å trekke frem meningsinnholdet som er i de etablerte kodene slik at vi kan gi rom for flere tolkninger og tilnærmelser. Derfor vil jeg lage subgrupper under de ulike temaene. Et eksempel på subgruppe til kodingen barriere for tidlig mobilisering kan være underbemanning. Før man går videre i kondenseringsprosessen bør jeg, i følge Malterud, sortere materialet i to til tre subgrupper. Om man lager mange subgrupper kan man miste oversikten raskere, så her må jeg være streng med meg selv og velge det jeg mener besvarer problemstillingen min best (Malterud, 2017; Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016)

Trinn 4 - Syntese: I de tidligere trinnene har jeg forholdt meg til løse tekstbiter. Nå skal jeg samle disse tekstbitene og se om resultatene er sammenlignbart med det det opprinnelig var hentet ut ifra. Hvis dette ikke er sammenlignbart, går jeg tilbake og ser hvor jeg har mistolket eller gjort feil.

Her vil omtalen av hver subgruppe få sitt avsnitt, og bruke materialet til å utforme nye begreper og beskrivelser (Malterud, 2017; Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2016)

Tabell 2. Eksempler på analyse fra meningsenhet til kategori:

Kode med meningsbærende innhold/meningsenhet	Subgrupper	Hovedkategori
<i>Vanskelig å kommunisere med en ikke våken pasient.</i>	Kommunikasjon	Kunnskap
<i>Får ikke forberedt pasienten på hva som skal skje</i>	Kommunikasjon	Kunnskap
<i>Hvem skal passe på hva og hvem skal holde hvor</i>	Planlegging/ kommunikasjon	Kunnskap
<i>Et krevende sykepleietiltak, som tar tid man ikke har.</i>	Prioriteringer/kultur	Ressurser
<i>Krever minst 4 kvalifiserte personer</i>	Planlegging	Ressurser

Analysen og kondenseringen kunne vært lettere om kandidaten ikke kjente intervjuobjektene fra før. Da kandidaten hadde en intim kjennskap og relasjon til disse personene, og deres kompetanse før analysedelen ble påbegynt, ble dette vanskeligere enn antatt. Som en del av den iterative prosessen i analysearbeidet, inkludert samtale med veileder, så ble dette arbeidet tidkrevende for at ikke kandidatens forutinntatte meninger skulle få styre tolkningene om hva dette handlet om. Tekstformatet ble 21 sider. Stoffet var godt kjent da det var kandidaten som var intervjuer og transkriberte. Etter å ha lest alt gjennom fugleperspektiv ønskes det å finne setninger som evt. kunne besvare problemstillingen, og luke ut det som var irrelevant. Etter dette ble tekstformatet fra 21 sider til 10 sider. Disse setningene ble koder. Eksempel på dette kan man se i tabell 2.

Under de ulike kodene ble det valgt ut subgrupper. Disse gruppene ble kommunikasjon, personell, prioriteringer, tid, utstyr og kultur. Da Malterud anbefaler kun to til tre subgrupper legges kommunikasjon, utstyr og prioriteringer under hovedkategori «kunnskap». Og under hovedkategori «ressurser» plasseres personell, tid og kultur. I starten mente kandidaten at kommunikasjon ikke passet inn under gruppen kunnskap. Grunnen til dette var mest sannsynlig kjennskap til sykepleieren som hadde nevnt at kommunikasjon var en av barrierene for tidlig mobilisering. Da kandidaten vet at dette er en sykepleier med god kunnskap generelt, og syntes derfor det var vanskelig å sette hens utsagn under kunnskap. Den samme personen sier likevel i starten av intervjuet at hen aldri har vært med på å mobilisere dypt sederte opp på sengekant, så denne analysen stemmer tilsynelatende godt. Et annet sentralt tekstelement er *«jeg syntes det er vanskelig å vite hvem som skal gjøre hva, det er viktig at alle har det samme målet, ellers kan det bli kaotisk»*. Denne passer under både ressurser og kunnskap. Resurser fordi det handler om å være nok folk, men også kunnskap fordi denne delen er enklere hvis man har erfaring og kunnskap knyttet til mobilisering. Derfor ble det plassert under kunnskap.

En annen sentral setning som ble plassert under hovedkategorien «kunnskap» er *«jeg trodde jeg lærte at man ikke skulle mobilisere dypt sederte pasienter»*. Denne setningen kan tyde på en ikke kunnskapsbasert praksis. Om dette handler om at avdelingen ikke legger til rette for dette eller om det er andre grunner som ligger til grunn er ikke undersøkt, derfor havner denne inn under kunnskap. Om det var tid/ mulighet til å undersøke mer rundt hvordan ledelsen håndterer og-/ eller legger til rette for å jobbe kunnskapsbasert, kan det være at den hadde havnet under ressurser. Da dette er en oppgave om barrierene til intensivsykepleieren og deres erfaringer rundt det plasseres denne under «kunnskap».

Analysen fortsatte med å ta hver tekstbit som omhandler de mest sentrale elementene og analysere og gjøre ferdig en før neste ble påbegynt. Dette gjorde at jeg klarte å holde mer fokus.

Til slutt ble det forsøkt å validere funnene, beskrivelsene og de eventuelle nye begrepene i forhold til den sammenhengen/ tekstbiten de er hentet ut ifra, samtidig som det ble sjekket opp mot litteraturen på området. I følge Malterud skal man lete etter data som motsier det man har kommet frem til. Denne delen var krevende. Subgrupper og hovedkategorier er blitt byttet ut underveis, men sluttresultatet opplever jeg at samsvarer med dataene.

4.5 Forskningsetiske overveielser

Etikk handler om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om handlinger er riktige eller gale. Hva kan vi, og hva kan vi ikke gjøre mot hverandre. Det å intervju mennesker for å forske på noe kan skape etiske problemer. Derfor er det viktig at forskeren tenker gjennom hva forskningen formidler og hvordan temaet blir lagt frem. Det skal ikke få etisk uforsvarlige konsekvenser for andre (Johannessen, Tuft, & Christoffersen, 2016). For å få til dette er det viktig å være kjent med de etiske utfordringene denne forskningen kan møte på og at regelverket for medisinsk forskning følges. Denne forskningen er underlagt etiske standarder. Dette skal fremme respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter, men også norsk lovverk og retningslinjer, som er i tråd med Malteruds (2017) forskningsmetode (Malterud, 2017).

Som forsker er det viktig å prøve å gjenskape informantens situasjon, handlinger eller utsagn slik at vedkommende kan kjenne seg igjen i dette. Om dette oppfattes på en helt annen måte kan det oppleves som et tillitsbrudd (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Derfor ble spørsmålene forsøkt konkretisert slik at rom for misforståelser ble minnet og eventuelle oppfølgingsspørsmål ble stilt. På den måten kan informantens perspektiv ivaretas samtidig som forskningens formål også ivaretas.

I henhold til lov om behandling av personopplysninger utløses meldeplikt eller konsesjonsplikt hvis studien omfatter personopplysninger og/eller om opplysningene skal lagres elektronisk (Norsk senter for forskningsdata, 2018). Intervjuene ble dokumentert med lydopptak og må derfor meldes til Norsk Senter for forskningsdata og personvernombudet. Ettersom studien forsker på intensivsykepleierens erfaringer, og intensivsykepleiere ikke anses for å være en sårbar gruppe er det ikke behov for å sende inn en søknad til Regional etisk komité (REK) (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2015)

4.5.1 Informert samtykke og konfidensialitet

Informert samtykke er grunnsteinen for deltagelse i forskning. Dette innebærer at deltakeren har rett på informasjon om prosjektet, formålet og designen i undersøkelsen. Både positive og negative sider av deltagelsen skal legges frem slik at informantene er innforstått og har mulighet til å trekke seg fra forskningen (Brinchmann, 2016). Deltagelsen er frivillig og de skal ha rett til å trekke seg før, under og etter deltakelse. Det er sørget for at informantene er godt informert om at intervjuet blir gitt i fortrolighet og at dataene vil bli anonymisert og behandlet

konfidensielt. Informantene vil ha adgang til transkripsjonen og resultatene fra studien vil bli publisert (Hummelvoll, Andvig, & Lyberg, 2010; Kvale & Brinkmann, 2016). Det ble delt ut et skriftlig samtykkeformular som informantene skrev under på. Dette samtykkeformularet ligger i vedlegg nr.6. Avtalen inneholdt punktene forklart over, på den måten ble det sørget for trygghet og klarhet ovenfor informantene.

4.5.2 Forskerens rolle

Det er viktig at forskerne er kompetente nok, eller har veiledere som sitter med nok kompetanse slik at forskningen blir forsvarlig. For å klare å beskrive data på en relevant måte er det viktig å være bevisst rundt sin rolle som forsker (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

Kandidaten har vært bevisst sin rolle som mastergradsstudent, og ikke en profesjonell forsker. Dette vil gå utover studiens kvalitet og kan påvirke flere deler av forskningsarbeidet. En annen bias kan være at kandidaten ikke er flink nok til å skille ulike roller fordi kandidaten selv er intensivsykepleier og derfor kan vanskeliggjøre refleksivitet. Det er viktig at man har et åpent sinn slik at forskningen kan få frem noe annet enn hva kandidaten allerede visste og/- eller trodde eller har tatt for gitt. Det er vesentlig å være åpen for at forutinntatte hypoteser er feil. En sak kan ha flere sider og flere muligheter for tolkning. Her er kandidatens oppgave å argumentere for at resultatene er gode nok (Malterud, 2017).

Som intervjuer ble det forsøkt å ha en fremtoning som opplevdes ydmyk og hadde en evne til å vise åpenhet, slik at intervjuprosessen ble deretter og kvaliteten på dataene ble best mulig. Jeg lot informantene tale sin sak uten for mye innvendinger. Ifølge Kvaale & Brinkmann (2015) er viktig at kandidaten kommer på banen om samtalen faller bort fra temaet, men ellers skal deres opplevelser og erfaringer møtes åpent (Kvale & Brinkmann, 2015).

Da det er kollegaer som ble intervjuet kunne dette brukes som en fordel for kandidaten når beskrivelsene ble tolket. Samtidig var det en utfordring å ikke bruke egen erfaring til å farge besvarelsen. Kandidaten hadde en klar mening rundt temaet, så det var viktig å være bevisst rundt dette, og ikke lage føringer under intervjuet. Det har vært nyttig å søke råd hos andre slik at det har vært mulig å utvikle og korrigere intervjuteknikken, og dermed forebygge at innhentet data kun ble brukt for å avkrefte eller bekrefte egne meninger. Dette har veileder gjort tydeliggjort, samt at medstudenter har bidratt til diskusjon rundt dette. På denne måten håper kandidaten at metoden og resultatene så objektivt som mulig.

5.0 Resultater

Intensivbehandling er komplekst, og det er vanskelig å skille ut hvilken rolle akkurat mobiliseringen har på pasientutfallet. Det er erfaringsmessig stor variasjon i hva slags mobilisering som utføres, hvor tidlig man starter og hvilke parametere som blir målt. Hva slags barrierer som eventuelt ligger til grunn for den erfarte variasjon i praksis og hvorfor intensivsykepleierne slik sett ikke jobber tilstrekkelig kunnskapsbasert er derfor interessant å se nærmere på. I dette kapitlet presenteres resultatene fra fokusgruppeintervjuet med utvalgte intensivsykepleiere.

5.1 Egen forskning

Første spørsmål til intervjuobjektene var for å undersøke hvor god kunnskap de hadde rundt fordelene ved tidlig mobilisering av dypt sederte respirator pasienter. Som forsker tolkes disse kunnskapene som gode, da de nevner de fleste fordelene med tidlig mobilisering. De med minst erfaring visste ikke at det var mulig å mobilisere dypt sederte pasienter opp til sengekant. Ut ifra funnene kan det tyde på at barrierene setter en stopper for å jobbe kunnskapsbasert. Etter analyse av datamaterialet var det to barrierer som utpekte seg som hovedfunn, disse blir presentert som kunnskap og ressurser. Innunder hovedfunnene fremkom det relevante subtemaer som støtter hovedfunnene. I dette kapitlet blir disse hovedfunnene redegjort for.

5.2.1 Kunnskap

Det nevnes i intervjuet at kulturen ved intensivavdelingen er at dypt sederte ikke skal mobiliseres, men de er alle enige i at ved økt kunnskap og kompetanse kan denne kulturen endres. Prioritering er i tillegg noe som blir hyppig nevnt. Skal man velge å prioritere mobilisering fremfor stell? En av intensivsykepleierne sier «*Den vasken på ryggen har aldri reddet livet til noen, mens mobilisering faktisk bidrar til det*». De legger frem at de klarte å mobilisere alle Covid-19 pasientene sine til mageleie da dette var en prioritet, og de visste hvor god effekt dette hadde på pasientene. De hadde hele tiden tilgang på ny forskning på feltet og ble oppdatert daglig fra ledere om hva som var det nyeste. Her kan det tyde på at det ble lagt til rette for kunnskapsbasert praksis.

Alle er enige i at de ser positive resultater etter mobilisering. Det blir lettere å få tak på slim og man kan ofte redusere respiratorinnstillingene. Informantene sier at innstillingen hos intensivsykepleieren kan være negativ i forkant av mobiliseringen, men i ettertid har de opplevd

situasjonen som positiv både for seg selv og pasienten. De sier det er usikkerheten på hva som kan gå galt, og hvordan de skal utføre mobiliseringen som gjør at man tenker negativt rundt mobiliseringen. *«Plutselig kan pasienten våkne mer opp, og man vet ikke hva slags bevegelser hos pasienten det utgjør»*. Frykten for å auto seponere nødvendig utstyr nevner intensivsykepleierne er den største barrieren.

En av informantene sa følgende: *«Jeg trodde jeg lærte at man ikke skulle mobilisere dypt sederte pasienter»*. Dette er et relevant funn hvor manglende kunnskap om hvilke pasienter som kan mobiliseres tydeliggjøres. Det kan også tenkes å ha en sammenheng med at pasientene ikke kan bidra med noe selv, og det derfor føles utrygt både for pasienten og sykepleieren.

En barriere som blir nevnt er kommunikasjon. Intensivsykepleierne som ble intervjuet syntes det å ikke kunne kommunisere med pasienten er vanskelig, men under selve mobiliseringen nevner de at det kan være vanskeligere med kommunikasjonen i selve teamet. Det er viktig at alle forstår oppgavene sine og at det er en som gir tydelige beskjeder og tilbakemeldinger. Om alle vet hva man skal gjøre og hvorfor man gjør det kan lette kommunikasjonen mener intervjuobjektene.

Manglende eller i periodevis ingen mulighet til å kunne kommunisere med pasienten syntes to av informantene var utfordrende. *«Det kan være vanskelig å vite om pasienten har smerter eller annet ubehag som forverres ved mobiliseringen»*. De var usikre på om et slikt tiltak var riktig å gjøre når pasienten ikke kunne uttrykke følelser.

«Det er vel litt den følelsen at man ikke har helt den kontrollen når man ikke har pasientkontakt, altså om de vet hva som skal foregå ikke sant. Kanskje man er redd for å få en plutselig urolig pasient, som plutselig blir løftet opp. Jeg tror jeg kjenner på det at man ikke har kontroll og at man ikke har fått forberedt pasienten på hva som skal skje. Da må man i tilfelle ha en plan». Intervjuobjektet setter godt ord på hva hen er redd for, men personen sier også at med en god plan tror hen at det vil fungere. Dette skjedde hyppig under intervjuet. Intensivsykepleierne fortalte hva som var barrierene deres, men kom også opp med en løsning. Dette la ikke kandidaten merke til under selve intervjuet eller transkriberingen, men da det ble lest over med «fugleperspektiv» i etterkant.

Det ble en diskusjon om hvem som skal forordne mobiliseringen, er dette en lege som skal legge frem eller er det sykepleierens ansvar. Her er kommunikasjonen før selve mobiliseringen viktig slik at det i første omgang blir en handling og prioritet. En av informantene fremhevet at dersom sykepleieren vet fordelene og er trygg i sin beslutning vil det virke mindre skummelt å ta opp mobilisering under en visitt.

5.2.2 Ressurser

I fokusgruppeintervjuet kommer det frem at tanken på å mobilisere en dypt sedert pasient ofte er negativt fordi det fører til bruk av tid man ikke har. I etterkant av mobiliseringen oppleves det likevel som positivt, både for pasient og sykepleier. Logistikk, planlegging og nok personell er ett gjennomgående tema. De er alle enige i at med god planlegging og nok folk føles det trygt å mobilisere en dypt sedert pasient. Med logistikk frembringes det at alle blir tildelt oppgaver, så de vet hva de skal gjøre under mobiliseringen og om noe går galt. Det kan tenkes at det er viktig å tenke høyt gjennom hva man skal gjøre om tuben auto seponeres eller annet nødvendig utstyr. Videre bør det bli gitt pasienten det den trenger av smertestillende, sedering og annen nødvendig behandling. Og har dette i bakhånd om noe uforutsett skjer mener informantene kan bidra til at uforutsette hendelser blir enklere å håndtere.

Intensivsykepleierne nevner at det kan være vanskelig å prioritere mobilisering da det er så mye annet som skal gjøres på dagtid. *«Intensivdøgnet har for få timer, og spesielt dagvaktene hvor man skal rekke over så mye»*. Informantene forklarer at «Flinkpike- syndromet» gjør at man ikke vil utsette andre gjøremål til kveldsvakten. Kulturen er å gjøre alt ferdig på dagvaktene, slik at kveldsvakten kan starte uten nye oppgaver ventende. Derfor følte noen av informantene mobilisering på dagtid kan føre til ytterligere stress. Andre syntes det var helt greit å overføre oppgaver som for eksempel stell til kveldsvaktene.

Planlegge å gjøre mobiliseringen på dagtid hvor man har mest personell på vakt er noe informantene likevel mener er overkommelig, om man klarer å prioritere vekk andre ting og overlate arbeid til kveldsvaktene. En intensivsykepleier sier her at det også handler om å være kollegiale mot hverandre. Hen mener at det trengs ingen forklaring på hvorfor noe ikke er blitt gjort.

«Og så spørres det jo veldig på om det er ei 27-årig jente på 47 kg eller om det er en mann på 111 kg. Jeg og ei til kan jo nesten ha mobilisert ei ung jente alene, men vi er nødt til å være 5

stykker hvis det er en stor mann. Det er stor forskjell der. Hvis det er en overvektig pasient, tenker man seg om en gang ekstra før man mobiliserer».

Ved svært tunge pasienter blir barrierene for å mobilisere enda større, mye fordi man trenger ytterligere med kompetent bemanning. Intensivsykepleieren forteller at det er tyngre å mobilisere tunge pasienter, det kan være vanskeligere å sikre frie luftveier om tube/trach autoseponeres, de kan trenge mer sedasjon og smertelindring enn en liten pasient og det kan ta lengre tid før dette gir effekt. Alt i alt er det mer ressurskrevende å mobilisere tyngre pasienter. En bekymring for belastningsskader hos intensivsykepleieren blir nevnt.

6.0 Diskusjon

6.1 Diskusjon av metode

Under søkeprosessen valgte kandidaten å holde seg til få og spesifikke søkeord på grunn av oppgavens omfang. Kandidaten erkjenner at dette betyr at det kan være relevant forskning som ikke er blitt tatt med i denne oppgaven. Samtidig er de nødvendige begrepene knyttet til problemstillingen brukt. «Or» ble ikke brukt i kombinasjonen av søkeordene, det ble likevel funnet relevant og ny forskning på området. Det som har vært vanskelig med tidligere forskning er å vite hvor sederte pasientene som er blitt mobilisert har vært. Hva som menes med mobilisering i den ulike forskningen har også vært utfordrende. Dette kan gjøre at forskningen opp mot funnene i denne studien kan vike i større grad enn antatt.

Utover i oppgaven kan det tenkes at problemstillingen kunne omhandlet sedering generelt, da det er erfaringene rundt barrierene som er fokuset i denne studien.

En annen svakhet med oppgaven er forskningsspørsmålene som er valgt. Ser i ettertid at disse kunne vært omformulert på en måte slik at problemstillingen lettere ble besvart. På en annen side kan det bidra til å få frem erfaringene rundt barrierene ved å belyse hvordan man eventuelt kan bryte de samtidig. Funnene bidrar, på tross av dette, til å svare på problemstillingen, men kunne mulig vært ytterligere besvart om forskningsspørsmålene var mer åpne.

Det endte med totalt fire deltakere med i intervjuet. Det var ønskelig med seks stykker, men en havnet i karantene og den siste kunne ikke forlate avdelingen. Det er mulig at problemstillingen kunne blitt ytterligere besvart med to ekstra intensivsykepleiere. På en annen side var det intensivsykepleiere med både lite og mye erfaring med, noe som anses som en styrke.

Det ble med både mannlige og kvinnelige informanter noe som anses som positivt da de kan ha ulike barrierer. Under intervjuet virket de dog ganske samkjørte om hva som var barrierene, selv om de med mest erfaring opplevde barrierene i noe mindre grad enn de med mist erfaring. Informasjonsskriv vedlegg nr. 5 og intervjuguide vedlegg nr. 3 ble sendt til fagutviklingspsykepleier som hadde fått i oppgave å finne informanter og informere disse av avdelingsleder. Det kan diskuteres om det var en riktig avgjørelse at fagutviklingspsykepleier tok seg av forespørselene til eventuelle deltakere da det kan frembringe resultater etter avdelingens ønske. Etter mange overveielser anses dette som den mest riktige avgjørelsen med

tanke på at dette var på eget arbeidssted. Det hadde blitt feil om kandidaten sendte ut forespørselene.

Informasjonsskrivene kunne blitt sendt ut av kandidaten når informantene var blitt valgt ut, for å sikre at alle fikk den informasjonen de trengte. Som nevnt kunne det virke på noen av informantene at de ikke hadde fått god nok informasjon om hva som mentes med de ulike termene. Dette ble forklart under intervjuet. Det kan ha hatt en innvirkning på hvordan informantene svarte, da de muligens har forberedt seg på en annen retning enn den intervjuet tok. Da disse termene ble forklart etter første spørsmål kan det tyde på at dette ikke var av stor betydning.

To av informantene hadde lite erfaring med mobilisering opp til sengekant av dypt sederte respiratorpasienter. Disse to beskrev barrierene godt, og gav gode forklaringer på hvilke barrierer de hadde og hvorfor. Derfor ses ikke lite erfaring på som noe negativt. Det kan tenkes at dette er en styrke da det utfra kandidatens erfaringer tyder på at få intensivsykepleierne med lite erfaring har vært med på å mobilisere en dypt sedert respiratorpasient.

Derfor kan det tenkes at deres erfaringer rundt hva som er barrierene styrker studien. Som beskrevet tidligere er denne studien gjort på egen avdeling. Kandidaten er innforstått med at det kan være uheldig å intervju kollegaer da intervjuet ikke vil være tilstrekkelig objektivt, men det kan skape en tryggere intervjusituasjon da deltakerne føler seg trygge hos intervjueren. Temaet er heller ikke sårbart i den forstand at det nødvendigvis går på sykepleiernes kunnskap eller kompetanse, da deres erfaringer rundt barrierene ble undersøkt. Hva kandidaten tolker som ikke sårbart kan kollegaen tolke som sårbart. Om noen reaksjoner oppsto ved enkelte spørsmål kunne vi stoppe opp og heller komme tilbake til temaet senere. På dette punktet vil det å kjenne intervjuobjektet være en fordel da man raskt kan se om et spørsmål er ubehagelig.

Som intervjuer skal man ikke ha noen rolle i intervjuet annet enn at man skal veilede de inn på temaet og stille hovedspørsmål. Da det ved en anledning ble en diskusjon mellom intervjuer og informantene ses ikke dette på som negativt, da vi fikk frem god dialog og engasjement. Det ble raskt hentet inn igjen med ett av oppfølgingsspørsmålene.

Kandidaten forstår at kollegaer kan ønske å forme svarene sine i lojalitet, men av den grunn har kandidaten valgt å ikke prate om masteroppgaven i avdelingen, ei heller meninger rundt dette har vært ytret til kollegaer. På bakgrunn av at kandidaten er kjent med hvordan mobiliseringen foregår i avdelingen og har en mening rundt dette temaet fra tidligere, kan dette ha påvirket

dataen og tolkningen i en annen retning. På en annen side vil kandidaten lettere kunne spørre om noe er uklart, og kunne se andre aspekter enn en som ikke kjenner intervjuobjektene ville gjort.

En negativ side som ikke kandidaten innså før kondenseringen av rådataen var frykten for å sette kollegaene i dårlig lys. Dette var en side av det å forske på egen avdeling som ikke var tenk igjennom. Det ble grundig reflektert igjennom hvordan det ville oppfattes for intervjuobjektene, men ikke hvordan kandidaten selv skulle håndtere det. Ved hjelp av veileder innså kandidaten hvordan dette hadde påvirket analysen, og måtte som nevnt tidligere gjøre analysen fra meningsenhet til kategori på nytt. Forutinntatte meninger og holdninger om å ikke såre noen ble lagt vekk da denne analysen ble gjort på nytt. At analysen ble utført to ganger kan bidra til å styrke validiteten på oppgaven da all rådata er sett nøye gjennom med «nye øyne».

Kandidaten har ikke med en andre person som kunne gå igjennom dette med. I følge Malterud(2019) er dette en svakhet fordi det ikke er noen som stiller spørsmålsteget, er kritisk eller uenig med kandidatens tolkninger og synspunkter. Ønsket og planen var å ha med en til i dette forskningsprosjektet. Da ville analysen muligens blitt vurdert på en annen måte og det hadde blitt rom for flere tolkninger. Ettersom det ikke ble en mulighet håper kandidaten likevel at analysemetoden som er blitt brukt vil kunne vise at dette arbeidet er gjort på en grundig og gjennomtenkt måte.

Da det i denne studien er fokus på erfaringene til intensivsykepleieren, er fokusgruppeintervju passende. Et fokusgruppeintervju egner seg da dette ikke er et spesielt sensitivt tema.

Det var ett stort spenn i erfaringene til intensivsykepleierne, vi fikk gode diskusjoner og mange ulike barrierer knyttet opp mot tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter. Alle deltok i samtalen og dynamikken i gruppen opplevdes god.

At en informant måtte forlate rommet ved en anledning kan ha svekket datamaterialet. Det var kun kandidaten som var med under intervjuet. Dette kan bidra til å minske troverdigheten i funnene da kandidaten kan overse funn og analyser noen andre ville fått med seg. Det kunne vært en fordel og hatt med seg en person som kunne passet på tid, observert non- verbale uttrykk slik at intervjueren kunne ha fullt fokus på egen rolle. På en annen side har kandidaten godt kjennskap til råmaterialet da det er kandidaten som har intervjuet, transkribert og kodet materialet.

Forskningen har en rekke begrensninger ettersom den er gjort på et lite utvalg av intensivsykepleiere på samme avdeling. At intervjuet kun er på en avdeling kan svekke validiteten. Selv om intervjuet var kort ble det belyst tydelige barrierer som også blir bekreftet av tidligere forskning, noe som igjen styrker validiteten. Resultatene i studien kan muligens overføres til å gjelde andre intensivsykepleiere ved andre avdelinger.

Viktig informasjon kan ha blitt oversett som ikke ble dekket i intervjuet, og den konteksten hvor kandidaten gjorde undersøkelsen er ikke helt sammenlignbar med for eksempel større intensivavdelinger. Et annet forhold som kunne styrket validiteten av oppgaven er om en annen uavhengig av meg hadde analysert dataene. Kandidaten har fulgt Malterud sin veiledning av dataanalyse fra start til slutt, og mener at det på den måten er tilstrekkelig kvalitetssikret og slik har gitt valide resultater

6.2 Diskusjon av resultater

Når det gjelder hvilke barrierer intensivsykepleierne har viser forskningen som er med i denne studien at det er bemanning, tid, redsel for å auto seponere medisinsk utstyr som står høyest (Johnson, Petti, Olson, & Custer, 2017). Dette er barrierer enhver avdeling kan jobbe med å fjerne. Andre pasient relaterte barrierer er smerte, hemodynamisk ustabil pasient og dyp sedasjon. Om pasienten ikke er hemodynamisk stabil etter korrigerings med væske eller annen medikamentell behandling er ikke disse pasientene med i forskningen. På den andre siden er smerte og sedasjon tilstander det er mulig å gjøre noe med. Agitasjon, delirium og ingen motivasjon fra pasientens side er også barrierer som kommer frem i tidligere studier, men disse er ikke tatt med her da pasienten har RASS minus 3 til minus 5 (Dubb R. , et al., 2016). Stille delirium kan være aktuelt hos en pasient med RASS minus 3, men da dette ikke er nevnt hos informantene som en barriere vil ikke dette bli diskutert her. Gjennom analyseringen av intervjuet kommer det frem at barrierene intensivsykepleierne nevner omhandler kunnskap og ressurser.

Utstyret som følger med en dypt sedert pasient er ofte mer enn hos en våken pasient, og derfor kan det bringes mer usikkerhet rundt dette. Komplikasjoner som høyt blodtrykk, høy puls, fall i oksygenmetning og stress mener mine informanter er såpass kortvarig at det ikke spiller noen rolle, og det kan gjøres noe med om planleggingen er god. Mulige løsninger på slike

komplikasjoner kan for eksempel være pre- oksygenering, gi nok smertestillende og tid til at den skal virke og eventuelt skru opp eller ned noradrenalin etter behov. Fordelen med mobiliseringen er større enn ulempene kommer det frem i intervjuet.

Det er ved svært få anledninger viktig utstyr har blitt autoseponert under mobilisering (Birkeland, 2012; Dubb R. , et al., 2016). Det er tre av sykepleierne i intervjuet som nevner uønskede hendelser, og bekrefter at dette kunne vært unngått med bedre kunnskap rundt kommunikasjon og planlegging. Det var blant annet en CVK som ble autoseponert under mobilisering av en dypt sedert respiratorpasient. Hadde ikke denne pasienten hatt perifere innganger kunne dette blitt katastrofalt. Grunnet god planlegging og godt samarbeid fikk ikke dette noen alvorlige konsekvenser. Uten en prosedyre vil denne kunnskapen muligens bli vanskeligere å tilegne seg for en nyutdannet intensivsykepleier enn en som har jobbet i flere år og tilegnet seg kunnskap gjennom erfaringer. En annen negativ hendelse var autoseponering av tuben. Da de hadde med anestesilege under mobiliseringen ble pasienten bagget en kort stund, før det ble lagt ned en ny tube. En konsekvens her er at aspirasjonsfaren er stor og man kan dermed ha påført en pneumoni til pasienten. Her blir spørsmålet om risikoen for pneumoni er til stede i like stor grad om pasienten ikke blir mobilisert? Dette er teorien tydelig på, om pasienten ikke blir mobilisert er risikoen for en pneumoni stor (Bakkeland & Thorsen, 2016). Her må man veie fordelene mot ulempene. Med tanke på hvor sjeldent for eksempel autoseponering av tuben skjer, bør ikke dette være en grunn til ikke å mobilisere pasienten. Studien til Weinreich, et al (2020) viser til at det er trygt å starte mobilisering til pasienter som mottar høyt avansert intensivbehandling tidlig (Weinreich, Caldwell, Jolley, Lokhandwala, & Hough, 2019). To av intensivsykepleierne som ble intervjuet hadde mye og gode erfaringer rundt mobilisering og de kunne bekrefte at det var ytterst få tilfeller hvor negative hendelser skjedde under mobilisering. Disse to opplevdes å ha minst barrierer rundt tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter. Det kan tenkes at med lengre erfaring vil barrierene bli mindre.

I artikkelen «identifying barriers to early mobilization among mechanically ventilated patients in a trauma intensive care unit» (2017) vises det til at økt kunnskap rundt tidlig mobilisering er positivt i form av at barrierene brytes, men om denne endringen holder over tid undersøkte de ikke. I denne studien var intensivsykepleierne klar over fordelene rundt mobiliseringen, men her kom det frem at hovedgrunnen var «for mye jobb for intensivsykepleieren» (Johnson, Petti, Olson, & Custer, 2017). Det er oppsiktsvekkende at til tross for at man vet fordelene blir det

likevel ikke gjort. Man kan derfor stille spørsmål til om intensivsykepleieren har gode nok kunnskaper rundt mobilisering og viktigheten av det. Hos informantene som ble intervjuet i denne studien virket kunnskapen rundt fordelene med å mobilisere dypt sederte respirator pasienter tilsynelatende høy. Hvordan de skulle arbeide kunnskapsbasert i praksis virket å være utfordringen. Det samme sier studien til Goodson et al (2020). Selv om kunnskapen rundt fordelene av tidlig mobilisering var gode kom det frem i intervjuet at to av intensivsykepleierne ikke visste at pasienter som er dypt sederte kunne mobiliseres opp til sengekant. Dette kan ha noe med å gjøre at i de fleste tilfeller hvor pasienten trenger å være dypt sedert er pasienten ustabil enten sirkulatorisk eller respiratorisk. Det var behov for å understreke at ustabile pasienter ikke var med i denne forskningen. Stabile pasienter kan trygt mobiliseres opp til sengekant (Messer, Comer, & Forst, 2015; Dirkes & Kozlowski, 2019). Fokuset på raskest mulig reduksjon på sedasjon har gjort at disse pasientene er mindre vanlige. Her kan kandidaten vise til egen erfaring som intensivsykepleier. På avdelingen kandidaten jobber på ser man stadig disse pasientgruppene, og derfor er det viktig å belyse viktigheten av mobilisering av disse pasientene. I studien Birkeland (2012) beskriver viser de til at pasienter som blir mobilisert får mindre komplikasjoner og er ute av sykehuset seks dager tidligere enn de som ikke blir mobilisert (Birkeland, 2012). Pasientene som også kan være aktuelle er de som i utgangspunktet var planlagt å ha et kortvarig intensivopphold, men på grunn av for eksempel tilkomne atelektaser, aspirasjonspneumoni eller ventilatorassistert pneumoni blir liggende lengre. Noe som kanskje kunne vært unngått ved tidlig mobilisering. At dette blir gjort for lite og for sent er forskningen enige om. Det kommer frem i intervjuet at sykepleierne vet det er en fordel, men syntes det er vanskelig å vite hvem som kan og hvem som ikke kan mobiliseres. I studien til Wang, Xiao, Zhang, Jia, Shi (2020) vises det også til at sykepleierne har god kunnskap rundt fordelene av tidlig mobilisering, men at barrierene og kunnskapen rundt gjennomførelsen gjør at det ikke blir gjort (Wang, Xiao, Zhang, Jia, & Shi, 2020).

Pasientene blir mye tyngre når de er dypt sederte, og det vil si at man trenger ytterligere ressurser enn om pasienten hadde klart og holdt for eksempel kjernemuskulaturen sin selv. Det er interessant å se at denne oppgaven viser mange av de samme erfaringene rundt barrierene. Informantene i denne studien hadde ikke «for mye jobb» som en barriere. Likevel nevnte de at terskelen for mobilisering var lavere om pasienten veide mindre. At denne terskelen blir høyere ved tyngre pasienter kan dog tyde på redselen for merarbeid. Alle pasienter har rett på lik behandling, dette går under rettferdighetsprinsippet og velgjørenhetsprinsippet (Brinchmann, 2016). Når det kommer til overvektige pasienter kan det tenkes at spesielt disse

bør mobiliseres nettopp på grunn av overvekt som presser på lunger. Studien «Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units» (2018) viser også at sykepleierne syntes det er for mye jobb med tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter (Fontela, Forgiarini, & Friedmann, 2018). Det kan også tenkes at man er engstelig for egen helse. Dess tyngrer det er å mobilisere pasienter, dess mer går det utover rygg, armer og lignende hos intensivsykepleieren. På en annen side kan det være så enkelt som at man trenger flere mennesker enn om pasienten veier mindre. Dette ble også presisert av sykepleieren som beskrev dette. Det tar mer tid og det trengs flere mennesker, noe som kan være utfordrende å få til. Å være engstelig for å få belastningsskader hos intensivsykepleieren er en barriere tidligere forskning støtter (Anekwe, et al., 2019). Informantene vet at risikoen for en belastningsskade er til stede når man mobiliserer en intensivpasient. Kanskje skjer det noe akutt og man velger å ikke bruke de tilgjengelige hjelpemidlene man har. På intensivutdanningen lærer man å håndtere det mest kritiske først, og i dette tilfelle kan det være å få pasienten trygt tilbake i sengen heller enn å passe på at sengen er i riktig høyde for intensivsykepleierne, før man får pasienten tilbake. Det kan tenkes at sjansen for å få belastningsskader øker jamfør med antallet slike situasjoner man står i.

Å ha nok personell generelt har vært og er et stort problem i helsevesenet generelt. For å kunne gjennomføre tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter trengs det mange ressurser. Dette er nok en av barrierene som er vanskeligst å gjøre noe med for den enkelte sykepleier, men også for ledelsen. Her gjelder det å bruke de ressursene og hjelpemidlene man har. Informantene nevner det kan være verdt å prioritere mobiliseringen på dagtid, hvor man har fysioterapeuter og flere folk på jobb. Kan man derfor se på muligheten for å utsette noe annet fra dagvakt for å gjøre plass til mobiliseringen på dagtid? Ifølge mine informanter er dette noe som er overkommelig og mulig.

Å få samlet nok ressurser til mobilisering kan være utfordrende nok i seg selv, spesielt hos pasienter med mye utstyr. En annen utfordring rundt dette er om noe uforutsett skjer ett annet sted, og personell må bli prioritert dit. Slike hendelser er sjeldne, men bør være tenkt gjennom før en mobilisering skjer. På en annen side kan man ikke ta høyde for alt, og slike risikoer må man ta. Her kan det være nyttig å planlegge og ha en beredskapsplan som er blitt informert om i teamet. Dette kan sees i sammenheng med god kommunikasjon i teamet.

Kommunikasjon i teamet er en barriere som har stått sentralt i tidligere forskning. Det konkluderes med at god kommunikasjon er nøkkelen til trygg mobilisering. Samt viktigheten av at alle har forstått oppgavene sine, og at det finnes en tydelig leder. Her ble det en diskusjon blant informantene hvor det var ulik oppfatning av hvem som skulle lede mobiliseringen. En intensivsykepleier mente fysioterapeuten ville vært en god leder under mobilisering, mens en annen mente at intensivsykepleierne selv var de beste lederne under en mobilisering, da de kjente pasienten best. En annen nevnte anestesilege. Denne typen manglende kommunikasjon kan tyde på for liten kunnskap rundt tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter. Sett i lys av tidligere erfaring var de enige om at det ikke spiller så stor rolle hvem som er leder, bare lederen er tydelig og gir klare beskjeder til resten av teamet. En intensivsykepleier med god kjennskap til det å jobbe kunnskapsbasert under tidlig mobilisering vil mest sannsynlig ta en naturlig lederrolle mente en av informantene. Intensivsykepleieren kjenner pasienten best og kan derfor styre teamet godt. Dette er vurderinger som man må ta før mobiliseringen skal skje. For informantene med lengst erfaring falt denne typen kommunikasjon seg naturlig, mens de med mindre erfaring syntes dette kunne være et problem. De mente dette kunne tydeliggjøres bedre med en prosedyre.

I intervjuet blir det nevnt at kommunikasjonen er vanskelig også med tanke på fra sykepleier til pasient. Pasienten får ikke sagt ifra om det som blir utført er føles greit. Dette bidrar til at mobiliseringen blir ett større usikkerhetsmoment. Dette er interessant da denne problemstillingen ikke har vært fokusert på i annen forskning som er tatt med, men det er likevel en problemstilling som bør bli nevnt. Det er viktig å huske på at det er et menneske man mobiliserer, og det kan fort glemmes blant utstyr og prosedyrer. Da det er utført intervju på kun en intensivavdeling kan dette være gjeldene for denne avdelingen og ikke nødvendigvis andre. Når det gjelder kommunikasjonen til pasientene er disse dypt sedert, og med riktig sedering og smertelindring vil man kunne optimalisere mobiliseringen til tross for liten kommunikasjon. Her kan det handle om å være trygg i at man gjør det beste for pasienten. Fra tidligere forskning sier de pasientene som husker noe fra det, at det som oftest var fint å komme å bli mobilisert, da det gav en opplevelse av håp. Det som også blir nevnt i studien til Doroy (2018) er at smertene de opplever under mobilisering blitt opplevd som en del av behandlingen. Når pasientene har blitt spurt i ettertid om hvordan det var å bli mobilisert opp med respirator er det ikke smertene de har hatt behov for å prate om. Pasientene følte i tillegg en trygghet i sykepleieren. Det kan tenkes at informasjon som dette vil bidra til å senke barrierene (Doroy, 2018).

God kommunikasjon handler i tillegg om hvem som bringer mobiliseringen frem. Hvem foreslår og bestemmer at pasienten er mobiliseringsklar? Er dette sykepleierens ansvar, eller ligger det hos legen? Så lenge det ikke finnes noen prosedyre på dette er det vanskelig å komme frem til et tydelig svar. Informantene var enige om at det er viktig å ha med legen på laget og derfor kan man legge det frem på en eventuell visitt. De fleste av informantene hadde ett inntrykk av at legene var positivt innstilt til mobilisering. Det som er viktig er at det ikke blir glemt, da ingen føler et ansvar for å ta det opp som tema i første omgang. Dette kan tyde på at om man har en kunnskapsbasert praksis vil kommunikasjonen kunne bli bedre.

Studien til Fontela, Forgiarini & Freidmann (2018) viser til muskelsvakhet som en barriere (Fontela, Forgiarini, & Friedmann, 2018). Dette kan sees i sammenheng med sitatet fra en av informantene «*Jeg trodde jeg lærte at man ikke skulle mobilisere dypt sederte pasienter*». Det paradoksale ved dette er at det er nettopp muskelsvakhet man blant annet ønsker å forebygge. Pasientene kan være såpass sederte at man trenger en person til å holde hodet. Ved å komme på sengekant kan man aktivere kjernemuskulaturen, i stedet for at pasienten blir mobilisert inaktivt opp i en intensivstol eller seng, her må man ta individuelle vurderinger. Ofte våkner pasientene mer til når de kommer opp, og kroppens reflekser kjenner de må holde kroppen oppe. En motsatt vurdering kan være at pasienten virker våken og klar til sengekant, men pasienten er så sliten at man vurderer det til ikke hensiktsmessig. Litt viser seg å være bedre enn ingenting til tross for at høyest mulig intensitet på mobiliseringen er nødvendig for å oppnå best mulig resultat (Elsby & Gallapate- Edvardsen, 2019).

Hvordan ledelsen forholder seg til mobilisering er ikke undersøkt. Det kan være nødvendig å forstå ledelsens holdninger til tidlig mobilisering med tanke på ressurstildeling og bemanning. Både resultater fra denne studien og fra tidligere forskning viser at ressurser i form av bemanning er en barriere for å ikke få pasienter mobilisert (Anekwe, et al., 2019; Castro, Turcinovic, Platz, & Law, 2015).

Ved å øke kunnskapen rundt tidlig mobilisering kan man gjøre det til en prioritet. Under intervjuet kom det frem at selv om Covid-19 pasientene var dårligere enn dem de hadde i avdelingen fra før, og situasjonen krevde mer av intensivsykepleieren, fikk de alltid tid til å mobilisere disse pasientene. Dette viser at økt kunnskap rundt fordelene ved mobilisering vil kunne føre til at mobiliseringen av dypt sederte respiratorpasienter økes. Man vet at

mobilisering og leieendring hos Covid-19 pasienter er svært viktig og ett effektivt tiltak, og med denne kunnskapen i bunn klarte de på denne intensivavdelingen å mobilisere Covid-19 pasientene sammen med anestesilege to ganger i døgnet på kohort- stuene. At denne rutinen ble bygd og gjennomført kan være et resultat av god og tilgjengelig kunnskap samt økte ressurser. Det kan tyde på at ved å ha ny forskning og ressurser tilgjengelig velger intensivsykepleierne å jobbe kunnskapsbasert.

På avdelingen intervjuet ble utført på jobber det en del ikke spesialiserte sykepleiere, det kan bidra til at det ikke er noen kultur eller prioritet. Ikke fordi de ikke ønsker eller vil være med, men grunnet, ifølge informantene, en utrygghet i ikke opplært personell. Det kjennes utrygt å stå med ansvaret hos en dårlig pasient når man i tillegg er den eneste som vet hva som skal gjøres om noe går galt. I tillegg kan det også føles utrygt for sykepleieren som skal hjelpe til. Dette støtter studien “Early progressive mobilization in the intensive care unit without dedicated personnel” (2018). For at mobilisering skal bli en prioritert kan en mulighet være å øke kunnskapen til de uten spesialisering også. «Early progressive mobilization in the intensive care unit without dedicated personnel» (2018) viser at økt kunnskap reduserer barrierene også hos sykepleierne uten spesialutdanning. Studien viser også at økt kunnskap gjør mobiliseringen trygg, forsvarlig og gjennomførbar (Negro, et al., 2018). Dette kan være nyttig for spesialsykepleierne å ha i tankene når de har med personell uten spesialisering under mobiliseringen, slik at vi kan videreføre denne kunnskapen for å gjøre situasjonen tryggere.

I intervjuet kom det frem at det ikke var noen kultur for tidlig mobilisering av sederte respiratorpasienter på den aktuelle intensivavdelingen. Den ene intensivsykepleieren hadde aldri vært med på å ta en sedert respiratorpasient opp på sengekanten. Om det er en kultur i avdelingen for å mobilisere respiratorpasientene vil barrierene antakelig kunne brytes raskere (Goodson, et al., 2020). Ifølge en av informantene vil man med endret kultur mobilisere mer. Ved økt mobilisering vil man muligens kunne se at selve mobiliseringen oftest går bra, og at pasientene har positiv effekt av det i etterkant. Men hvordan endre en slik kultur? Studien til Messer, Comer & Forst viser at bevissthet i form av økt kunnskap gjennom en mobiliseringsprotokoll gjorde at selve mobiliseringen ble utført oftere, men ikke ofte nok. Studien viser at ved innføring av belønning til de som mobiliserte respiratorpasientene økte hyppigheten betydelig (Messer, Comer, & Forst, 2015).

Det som i tillegg er viktig som intensivsykepleier er vurderingen av nok aktivitet og nok hvile. Dette kan være vanskelig da det ofte skjer mye rundt en intensivpasient, særlig på dagtid. Da handler det igjen om prioriteringer. Er nytten av mobiliseringen viktigere enn denne innleggelsen av CVK? Mest sannsynlig ikke. I så fall må man planlegge, og se om det er andre muligheter for mobilisering denne dagen. Intensivsykepleieren må også vurdere og overveie balansen mellom aktivitet og «hands of» tid for pasienten. Vil disse vurderingene vanskeliggjøre mobiliseringen og dermed øke barrierene? Det kan tenkes at jo vanskeligere noe føles jo lettere er det å nedprioritere. At man har ett behov for å gjøre unna alt stell av både pasient og utstyr på dagtid gjør at mobilisering kan bli nedprioritert. Her ble «flinkpik syndromet» nevnt hos informantene. Man ønsker ikke å overlate noe til kveldsvaktene. Denne holdningen kunne kanskje endret seg om man da tenkte at ved å gjøre alle disse prosedyrene vil mobiliseringen bli utsatt til kveldsvaktene. Om mobilisering ikke er en kultur i avdelingen vil denne tanken muligens være vanskeligere å forandre på. Om denne tanken var lettere å snu om bemanningen var lik på kveldstid som på dagtid kunne vært nyttig og undersøkt nærmere. Når det er sagt kan det tenkes at samvittigheten for å overlate arbeid til kveldsvaktene kan bli lettet. Her kunne kandidaten se en forskjell på holdningen mellom intervjuobjektene. En mannlig intensivsykepleier syntes det var lettere å overlate arbeid som stell eller annet til kveldsvaktene, for å få tid til å mobilisere. De kvinnelige intervjuobjektene nevnte viktigheten av stell mtp infeksjonsrisiko. Dette er prioriteringer som må tas av hver enkelt intensivsykepleier, men en interessant observasjon som kunne vært undersøkt nærmere.

En styrke med denne studien er at det ikke er blitt funnet noen andre studier som er blitt utført her i Norge som omfatter sykepleierens erfaringer rundt barrierene til tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter. Erfaringene rundt barrierene til tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter er mange. De er ulike når det kommer til ulik erfaring. Alle studiene som er tatt med konkluderer med at ved å finne barrierene til helsepersonell kan man deretter bryte mange av de ned med ny kunnskap, opplæring og prosedyrer. Etter at barrierene er brutt blir mobilisering av sederte respiratorpasienter økt.

8.0 Konklusjon

Intensivsykepleierne har flere erfaringer knyttet til barrierene rundt tidlig mobilisering. Tidligere forskning og egen forskning viser at barrierene intensivsykepleieren har knyttet til tidlig mobilisering av dypt sedert respirator pasient er samstemt. Barrierene omhandler kunnskap og ressurser, men intensivsykepleierne er enige om at de fleste barrierene er mulig å gjøre noe med. Bemanning er ett problem vi som intensivsykepleiere vanskelig får gjort noe med, men selv denne barrieren viste seg likevel mulig å overkomme med god planlegging, prioritering og god kommunikasjon.

Selv om det er økende bevis for at tidlig mobilisering kan føre til bedre behandlingsresultat for intensivpasientene, har det vist seg at det kan være vanskelig å implementere og anvende mobiliseringspraksisen. Hva som skal til for at intensivsykepleierne skal jobbe kunnskapsbasert når det kommer til tidlig mobilisering av dypt sederte pasienter trengs det ytterligere forskning rundt. Kandidatens og vedlagt forskning kan tyde på at ved å bryte barrierene kan man sørge for at respiratorpasienten blir mobilisert tidligere. Ved å bryte barrierene trengs økt kunnskap, mobiliserings protokoller, endring i kultur og holdninger og nok bemanning.

Det er lite forskning som sier hvor dypt sedert pasientene er, derfor kunne dypt sedert vært modifisert til sedert. Med dagens kultur er minst mulig sedering foretrukket så tidlig det lar seg gjøre.

Det viser seg at selv om det er utført mange studier på tidlig mobilisering av intensivpasienter, er det fortsatt behov for mer forskning på feltet. Hvordan bryte disse barrierene, og se om dette har effekt på hyppigheten av tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter her i Norge hadde vært interessant å sett videre forskning på.

Det er blitt ett økt fokus på tidlig mobilisering av dypt sederte pasienter på avdelingen jeg jobber på, derfor har denne studien vært svært interessant for egen del.

Kildehenvisning

- AMN Healthcare. (2015). *The Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS): Is Your Patient in the Zzzzone?* Retrieved Mars 2020, from: RN.com. <https://www.rn.com/nursing-news/richmond-agitation-sedation-scale-rass/>
- Anekwe, D. E., Koo, K. K.-Y., De Marchie, M., Goldberg, P., Jayaraman, D., & Spahija, J. (2019, Mars). *Interprofessional Survey of perceived barriers and facilitators to early mobilization of critically ill patients in Montreal, Canada*. Retrieved Desember 2020, from Journal of Intensive Care Medicine.
- Anekwe, D., De Marchie, M., & Spahija, J. (2015, oktober). *Mobilizing the patient in the ICU: Survey of the barriers in translating knowledge to practice*. Chest Journal.
- Backer, D. D., & Norrenberg, M. (2014, September). *Lets change our behaviors; From bed rest and heavy sedation to awake, spontaneously breathing and early mobilized intensiv care unit patient*. Indian journal of critical care medicine.
- Bakkelund, J., & Thorsen, B. H. (2016). *Respiratorbehandling*. In T. Gulbrandsen, & D.-G. Stubberud, Intensivsykepleie.
- Bein, T., Bischoff, M., Brückner, U., Gebhardt, K., Henzler, D., Hermes, C., . . . Wrigge, H. (2015). S2e guideline: positioning and early mobilisation in prophylaxis or therapy of pulmonary disorders. *German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine*.
- Birkeland, B. (2012, Desember). *I hvilken grad kan tidlig mobilisering av intensivpasienten bidra til å begrense utviklingen av delirium?* Inspira.
- Boehm, L. M., Lauderdale, J., Garrett, A. N., & Piras, S. E. (2020, Januar). *A multisite study of multidisciplinary ICU team member beliefs toward early mobility*. Retrieved Januar 2021, from Heart and Lung: Journal of Acute and Critical Care: <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.09.021>
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (Vol. 2017). (B. S. Brinchmann, Ed.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brottveit, G. (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder*. (G. Brottveit, Ed.) oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cameron, S., Ball, I., Cepinskas, G., Choong, K., Doherty, T. J., Ellis, C. G., . . . Fraser, D. D. (2015, august 4). *Early mobilization in the critical care unit: A review of adult and pediatric literature*. Journal of Critical Care, pp. 664-672.
- Castro, E., Turcinovic, M., Platz, J., & Law, I. (2015, August 4). *Early Mobilization: Changing the Mindset*. CriticalCareNurse, 35.

- Chau, L. M., Nygaard, A.-M., & Leonardsen, A.-C. L. (2017, 11 7). *Polynevromyopati hos intensivpasienter*. Sykepleien.no.
- Chawla, R., Myatra, S. N., Ramakrishnan, N., Todi, S., Kansal, S., & Dash, S. K. (2014, September). *Current practices of mobilization, analgesia, relaxants and sedation in Indian ICUs: A survey conducted by the Indian Society of Critical Care Medicine*. Indian J Crit Care Med.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Dammeyer JA, Baldwin N, Packard D, Harrington S, Christofferson B, Christopher. *Mobilizing Outcomes: Implementation of a Nurse-led multidisciplinary mobility program*. Crit Care Nurs Q, 2013;36(1): 109.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, Januar 15). *De nasjonale forskningsetiske komiteene*. Retrieved August 2019, from Etikkom.no.
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. C., Pandharipande, P. P., & Alhazzani, W. (2018). *Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU*. Critical Care Medicine.
- Dikkema, Y., Nieuwenhuis, M. K., van der Schans, C. P., & Mouton, L. J. (2020). *Questionnaires to Assess Facilitators and Barriers of Early Mobilization in Critically Ill Patients; Which One to Choose? A Systematic Review*. Clinical Nursing Research.
- Dirkes, M. S., & Kozlowski, C. (2019, Juni). *Early Mobility in the Intensive Care Unit: Evidence, Barriers, and Future Directions*. Critical Care Nurse.
- Doroy, A. (2018). *Exploring the lived experiences of patients who have participated in an early mobility program* (doctoral thesis). American Assosiation of critical- care nurses, California.
- Dubb, R., Nydahl, P., Hermes, C., Schwabbauer, N., Toonstra, A., Parker, A. M., . . . Needham, D. M. (2016, mai). *Barriers and strategies for early mobiization of patients in intensive care units*. Annals of the American Thoracic Society.
- Elsby, L., & Gallapate- Edvardsen, I. B. (2019). *Tidlig mobilisering av voksne intensiv pasienter*. Universitetet i Stavanger, Norge.

- Fanelli, D., Costas, R., & Ioannidis, J. P. (2017, april 4). *Meta-assessment of bias in science*. PNAS.
- Fontela, P. C., Forgiarini, L. A., & Friedmann, G. (2018). *Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units*. *Rev Bras Ter Intensiva*.
- Fraser D, Spiva L, Forman W, Hallen C. Original Research: *Implementation of an Early Mobility Program in an ICU*. *Am J Nurs*. 2015;115(12): 49-58.
- Goodson, C. M., Friedman, L. A., Manthey, E., Heckle, K., Lavezza, A., Parker, A. M., . . . Outten, C. (2020, Oktober 1). *Perceived Barriers to Mobility in a Medical ICU: The Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey for the ICU*. Retrieved November 2020, from *Journal of Intensive Care Medicine*.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hassan, A., Rajamani, A., & Fitzsimons, F. (2017, oktober). *The MOVIN' project (Mobilisation Of Ventilated Intensive care patients at Nepean): A quality improvement project based on the principles of knowledge translation to promote nurse-led mobilisation of critically ill ventilated patients*. *Intensive and Critical Care Nursing*.
- Helsebiblioteket. (2016, Juni 7). *Kildevalg*. Retrieved August 2019, from Helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>
- Helsebiblioteket. (2016). *Kunnskapsbasert praksis*. Retrieved 2021, from Helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebiblioteket. (2016, Juni 3). *Sjekklistor*. Retrieved August 2019, from Helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2018, November 12). *Litteratursøk*. Retrieved August 2019, from Helsebiblioteket.no: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/litteratursok>
- Helsepersonelloven. (2019). *Lov om helsepersonell m.v*. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hodgson CL, Berney S, Harrold M, Saxena M, Bellomo R. Clinical review: *Early patient mobilization in the ICU*. *Crit Care (London, England)*, 2013;17(1): 207

- Hummelvoll, J. K., Andvig, E., & Lyberg, A. (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. (A. Lyberg, Ed.) Oslo: Gyldendal Akademisk .
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Johnson, K., Petti, J., Olson, A., & Custer, T. (2017). Identifying barriers to early mobilisation among mechanically ventilated patient in a trauma intensive care unit. *Intensiv and critical care nursing*(42).
<https://www.sciencedirect.com/science/journal/09643397>. Elsevier.
- Klein K, Mulkey M, Bena JF, Albert NM. *Clinical and Psychological Effects of Early Mobilization in Patients Treated in a Neurologic ICU: A Comparative Study*. Crit Care Med. 2015;43(4): 865- 873.
- Kram SL, DiBartolo MC, Hinderer K, Jones RA. *Implementation of the ABCDE bundle to improve patient outcomes in the intensive care unit in a rural community hospital*. Dimens Crit Care Nurs. 2015;34(5): 250-258.
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget .
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode*. Bergen: Fagbokforlaget .
- Lovdata. (2018, August 6). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Retrieved August 2019, from Lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Lykke, P. M. (2017, Desember 5). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. Retrieved August 2019, from NSF.no: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3637056/10504/FUNKSJONS--OG-ANSVARSBESKRIVELSE-FOR-INTENSIVSYKEPLEIER>
- Magret, M., Perello, P., Manrique, S., Gomez, J., Marine, J., Moya, D., . . . Bodi, M. (2019). *Early mobilization reality*. Retrieved November 2020, from Intensive Care Medicine Experimental. Conference: 32nd European Society of Intensive Care Medicine Annual Congress, ESICM 2019.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

- Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017, April). *The ABCDEF Bundle in Critical Care*. Critical Care Clinics.
- Meld. St. 10 (2012–2013). (2013). *God kvalitet – trygge tjenester — Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Meld. St. 11 (2015–2016). (2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
- Messer, A., Comer, L., & Forst, S. (2015, Oktober). *Implementation of a progressive mobilization program in a medical- surgical intensive care unit*. Retrieved 2020, from Critical Care Nurse.
- Negro, A., Cabrini, L., Lembo, R., Monti, G., Dossi, M., Perduca, A., . . . Zangrillo, A. (2018). *Early progressive mobilization in the intensive care unit without dedicated personnel*. Retrieved 2020, from The Canadian journal of critical care nursing.
- Norsk senter for forskningsdata. (2018, Oktober 3). *Personverntjenester*. Retrieved August 2018, from nsd.no: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html
- Norsk sykepleierforbund. (2017-2020). *Politisk plattform for forskning*. Retrieved from <https://www.nsf.no/Content/3339295/cache=20171804141037/Politisk%20plattform%20Forskning%20revidert%20utgave%20endelig%20versjon..pdf>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert !* Oslo: Akribe AS.
- NSFLIS. (2017, September). *FUNKSJONS- OG ANSVARSBESKRIVELSE FOR INTENSIVSYKEPLEIER*. Retrieved 2021, from Norsk Sykepleierforbund: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxIgGCkwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>

- NSFLIS & Norsk anesthesiologisk forening. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge* Retrieved from https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNO_RGE_23.10.2014.pdf
- Olsen, S., TØI, & Bardal, K. G. (2019). *Ulike typer barrierer*. Retrieved Mai 2021, from Tiltak.no: <https://www.tiltak.no/0-overordnede-virkemidler/0-3-organisering-og-gjennomfoering/o-3-6/>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2015, Juni 26). *REK-Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk*. Retrieved August 2018, from Helseforskning.etikk.no: https://helseforskning.etikk.no/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerikkerek?p_dim=34999&_ikbLanguageCode=n
- Renolen, Å. (2019, November). *Integration of evidence-based practice in hospital nursing practice*. Department of Nursing Science Faculty of Medicine University of Oslo.
- Rodriguez, R. M. (2017). *Implementation of an early progressive mobility program in the intensiv care units*. Walden University.
- Strømme, H. (2019, Mars 26). *Kilder til forskningsbasert kunnskap*. Sykepleien.no.
- Stubberud, D.-G. (2016). *Utskrivning fra intensivavdeling*. In T. Guldbrandsen, & D.-G. Stubberud, *Intensivsykepleie*. Cappelen Damm Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Wang, J., Xiao, Q., Zhang, C., Jia, Y., & Shi, C. (2020, april 13). *Intensive care unit nurses' knowledge, attitudes, and perceived barriers regarding early mobilization of patients*. British Association of Critical care nurses.
- Weinreich, M., Caldwell, E., Jolley, S. E., Lokhandwala, S., & Hough, C. L. (2019, Mai). *Understanding variability in mobility practises: Do higher performing hospitals mobilize more complex patients?* American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.

Vedlegg 1

Søkehistorikk

Kunnskaps- pyramiden	Database	Antall treff	Antall relevante funn	Relevante funn - artikler
Oppslagsverk	UpToDate	0	0	
	Nursing Reference Center Plus	53	2	Messer, Comer, Forst, 2015
	Utførte ikke nytt søk.			Negro, Cabrini, Lembo, Monti, Dossi, Perduca, Colombo, Marazzi, Villa, Manara, Landoni, Zangrillo, 2018
Kunnskapsbaserte retningslinjer				
Systematiske oversikter				
Primærstudier	Cinhal Søkeord: Early mobilizatin AND ICU	19 19	1 0	Wang, Xiao, Zhang, Jia, Shi, 2020
	Nytt søk vinter 2021: Søkeord: Early mobilizatin AND ICU			
	PubMed Søkeord: Early mobilizatin AND ICU	587		
	Early mobilizatin AND ICU AND barriers	90	3	Fontela, Forgiarini, Friedman, 2018 Johnson, Petti, Olson, Custer, 2017 Backer&Norrenberg(2014) Hassan, Rajamani, Fitzsimons, 2017

				Castro, Turcinovic, Platz, Law, 2015
	Nytt søk vinter 2021: Søkeord: Early mobilizatin AND ICU AND barriers	90	2	Dirkes, Kozlowski, 2019
		14	0	
	Tilleggs søkeord: intubated AND facilitators AND mobilization	12	0	
	Early mobilization AND Barriers AND ICU AND Attitude of health personell	2	0	
	Intubated AND mobilization AND Facilitator AND barriers	15	0	
	Critical care nursing AND Early mobilization AND icu AND Attitude of health personnel	9	0	
	Early mobilization AND ventilated AND barriers AND			
	Embase			
	Søkeord: Early mobilization AND barriers AND ICU	55	4	Boehm, Lauderdale, Garrett, & Piras, 2021
				Goodson, et al., 2020
				Anekwe D.E., Koo K.K.-Y., De Marchie M., Goldberg P., Jayaraman D., Spahija J,

				2019 Weinreich, Caldwell, Jolley, Lokhandwala, & Hough, 2019
	SweMed	0	0	
	Snøball			Dubb R. , et al., 2016 Chawla, et al., 2014

Vedlegg 2

Forenklet sjekkliste for vurdering av artikler

A: Er formålet med studien klart formulert?

B: Er metoden hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

C: Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

D: Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

E: Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

F: Ble det gjort rede for forhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

G: Er etiske forhold vurdert?

H: Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Artikler	A	B	C	D	E	F	G	H
The MOVIN' project (Mobilization Of Ventilated Intensive care patients at Nepean): A quality improvement project based on the principles of knowledge translation to promote nurse-led mobilization of critically ill ventilated patients	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA
Identifying barriers to early mobilization among mechanically ventilated patients in a trauma intensive care unit	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
Implementation of a progressive mobilization program in a medical- surgical intensive care unit	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
Early progressive mobilization in the intensive care unit without dedicated personnel	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA
Intensive care unit nurses' knowledge, attitudes, and perceived barriers regarding early mobilization of patients	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
A multisite study of multidisciplinary ICU team member beliefs toward early mobility	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA
Perceived barriers to mobility in a medical ICU: The patient mobilization attitudes & beliefs survey from the ICU	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA
Interprofessionals survey of perceived barriers and facilitators to early mobilization og critically ill patients in Motereal, Canada	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA
Understanding variability in mobility practies: Do higher performing hospitals mobilize more complex patients?	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
Early mobilization: Changing the mindset	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	NEI	JA
Barriers and strategies for early mobilization of patients in intensive care units.	Litteraturstudie.							
Early Mobility in the Intensive Care Unit: Evidence, Barriers, and Future Directions	Litteraturstudie							

Let's change our behaviors; From bed rest and heavy sedation to awake, spontaneously breathing and early mobilized intensive care unit patient

Oversiktsartikkel/ sammendrag av studien "*Current practices of mobilization, analgesia, relaxants and sedation in Indian ICUs: A survey conducted by the Indian Society of Critical Care Medicine*".
(Chawla, et al., 2014)

Vedlegg 3

Intervjuguide

Problemstilling:

«Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med hva som er barrierene knyttet til tidlig mobilisering av dypt sederte respirator pasienter?»

Informasjon:

Velkommen og takk for at du tar deg tid til å delta i denne undersøkelsen.

Som nevnt i samtykkeskjema dere har fått utdelt vil intervjuet bli tatt opp elektronisk, men vil bli transkribert snarest mulig etter at det er gjennomført. Deretter vil lydfilene bli slettet. Det skriftlige dokumentet vil bli oppbevart i samsvar med gjeldende regelverk og deretter bli slettet.

Jeg forventer at intervjuet vil ta ca. 1 time. Det er ordinert ikke satt av tid til pause, med ved behov kan du selvfølgelig få dette.

Dette er ett semistrukturert intervju. Dvs at dere forteller meg om deres erfaringer, også følger jeg opp med oppfølgingsspørsmål om vi trenger dette og sørger for at vi holder oss innenfor temaet.

Begrepsavklaringer:

Dypt sedert er RASS -3 til -5

Ved mobilisering menes opp til sengekant

Tema	Tematiske spørsmål	Stikkord for mulige oppfølgingsspørsmål
Tidligere erfaring	Kan dere fortelle meg om fordelene rundt mobilisering?	
	Kan du fortelle meg om dine erfaringer/ opplevelser med tidlig mobilisering av dypt sederte respiratorpasienter?	Trygghetsfølelse Stressende situasjoner Når og hvor?
	Hvilke erfaringer har du fått etter mobiliseringen?	Slimmobilisering Respirator innstillinger Medikamenter

Stress	Kan du beskrive hvordan opplever situasjonen rundt mobilisering?	Bemanning Tid Ikke kontroll
	Hva syntes du er det vanskeligste rundt mobilisering?	Kontroll Tid
	Jeg vil gjerne høre om deres erfaringer med uønskede hendelser rundt tidlig mobilisering	CVK, Art.kran, tube blitt seponert Pas. Sirk./resp. påvirket?
Strategi	Hvordan planlegger du mobiliseringen?	Vurdering av pas. Tilstand før mobilisering
	Har du/dere noen tanker om hvordan vi kan øke fokuset rundt tidlig mobilisering?	
Avsluttende spørsmål	Er det noe du har tenkt på under intervjuet som viktig, som du ønsker å legge til? Hvordan opplevde du det å bli intervjuet?	

Vedlegg 4



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Master Intensivsykepleie AKH

Referansenummer

198424

Registrert

07.01.2021 av Stein Ove Danielsen - steinove@oslomet.no

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for helsevitenskap / Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Stein Ove Danielsen, steinove@oslomet.no, tlf: 41368255

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Anne Kristin Hedvall, annki_hedvall@hotmail.com, tlf: 93099668

Prosjektperiode

08.02.2021 - 31.12.2021

Status

08.01.2021 - Vurdert

Vurdering (1)

08.01.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 08.01.2021 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5ff6b885-b654-4fc1-b2a7-d8b85df4d8be> 1/3

1/8/2021 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT

I intervjuguiden blir informantene dine bedt om å komme med eksempler på situasjoner i praksis. Siden utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate,

relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn
nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5ff6b885-b654-4fc1-b2a7-d8b85df4d8be 2/3>

1/8/2021 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbø Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17
(tast 1)

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5ff6b885-b654-4fc1-b2a7-d8b85df4d8be 3/3>

Vedlegg nr 5

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med hva som er barrierene knyttet til tidlig mobilisering av dypt sederte respirator pasienter?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut om intensivsykepleieren har barrierer rundt tidlig mobilisering hos den dypt sederte respirator pasienten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Hensikten med studien er å kartlegge erfaringene intensivsykepleierne har når det gjelder barrierene rundt tidlig mobilisering av den dypt sederte respiratorpasienten.

Jeg ønsker å øke fokuset rundt tidlig mobilisering, og bryte ned barrierene mange sykepleiere har for tidlig mobilisering av dypt sederte pasienter.

Dette er en forholdsvis liten masteroppgave og opplysningene/ funnene som blir oppgitt her vil bli brukt til å øke fokuset rundt mobilisering på egen arbeidsplass. Ingen direkte sitater eller annet som kan spore tilbake til enkelt individer vil bli brukt.

Med tidlig mobilisering menes opp på sengkant de første 48 timene, eller så snart pasienten er stabil. Ustabile pasienter er ikke med.

Med dypt sedert menes RASS -3 til -5.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Anne Kristin hedvall ved medisinsk intensiv Lovisenberg er ansvarlig for prosjektet. Grethe Enga karlsen har gitt samtykke til intervjuer, i tillegg til forskningsavdelingen ved Lovisenberg sykehus.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg har valgt å fokusere på intensivsykepleiere ved egen avdeling, men om rekruttering vil bli ett problem velger jeg å kunne ta med sykepleierne som har jobbet ved avdelingen i minst 2 år, med respirator kompetanse da de ofte er med i mobilisering. Det er avdelingsleder som velger ut sykepleierne. Denne prosessen er ikke forsker med på.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg har valgt fokusgruppeintervju som metode til datainnsamling. Fokusgruppeintervju (FGI) gir meg mye informasjon på kort tid. Ved FGI kan gruppedynamikken fremskape ulike syn og tolkninger på samme tema. Det blir større rom for diskusjon enn om jeg skulle intervjuet en og en. Det er 8 hovedspørsmål som vil bli stilt, og ut ifra disse er det noen underkategorier for å sørge for at intervjuet holder seg til temaet. Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk for at jeg skal kunne gå tilbake å transkribere det som er blitt sagt. Intervjuet vil ta ca 1 times tid. I utgangspunktet er ikke pauser inkludert, men dette er det selvfølgelig rom for om noen skulle trenge. Lydfilene vil bli slettet og du blir anonymisert.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Jeg som forsker og din kollega ønsker at dette gjøres helt frivillig og er helt innforstått med at om noe skulle oppstå av en eller annen grunn vil ikke vårt forhold påvirkes på noe som helst grunnlag. Uansett når i prosessen dette skjer.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun jeg som vil ha tilgang til opptaket av intervjuet. Hverken avdelingsleder eller andre kollegaer vil høre dette. Min veileder vil kunne bli spurt mtp tolkning el. forsker eventuelt trenger hjelp til. Navnet ditt vil ikke bli brukt under intervjuet, dere vil bli utdelt ett nummer som skal være deres identitet under intervjuet.

Opplysninger som eventuelt vil bli publisert er kun barrierene rundt mobilisering som kommer frem under intervjuet disse kan IKKE kobles opp mot enkelt individ.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 15 mai. Intervjuene blir slettet så fort transkriberingen og tolkningen er slutt. Dette begynnes på rett etter intervjuene og derfor vil dette bli slettet mye tidligere enn 15 mai. Ca 2 uker etter intervju slutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
å få rettet personopplysninger om deg,
å få slettet personopplysninger om deg, og
å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Oslomet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Oslo Met ved Anne Kristin Hedvall, Tlf 93099668. Mail: annki_hedvall@hotmail.com.

Veileder Stein Ove Danielsen, mail: steinove@oslomet.no .

Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen, Tlf 67235534. Mail:

Personvernombud@oslomet.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med: NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anne Kristin Hedvall/ Stein Ove Danielsen
(Forsker/veileder)

Vedlegg nr 6

Samtykke til å delta på studien: Hvilke erfaringer har intensivsykepleieren med hva som er barrierene knyttet til tidlig mobilisering av dypt sederte respirator pasienter?

Mitt navn er Anne Kristin Hedvall, jeg tar en mastergrad i intensivsykepleie ved OsloMet. Jeg ønsker å finne ut av problemstillingen min ved hjelp av fokusgruppe intervju. Intervjuet vil bli tatt opp elektronisk, men vil bli transkribert snarest mulig etter at det er gjennomført. Deretter vil lydfilene bli slettet. Det skriftlige dokumentet vil bli oppbevart i samsvar med gjeldende regelverk og deretter bli slettet. Jeg er underlagt taushetsplikt og dere som intervjuobjekt vil bli anonymisert.

Dere kan når som helst trekke dere fra studien, og behøver ikke å oppgi grunn for dette. Det går på ingen måte utover vårt kollegiale forhold. Oppgaven skal være ferdig 15 mai 2021, og dere vil få oppgaven tilsendt om dere ønsker dette.

Har du spørsmål rundt deltakelsen kan du kontakte meg på Annki_hedvall@hotmail.com. Nederst på siden finner du samtykkeskjemaet, dette er fint om du signerer og leverer på intervju dagen.

Jeg har mottatt og lest informasjonsskrivet om masterstudien med intervju v. Jeg vet hva det innebærer å være deltaker i studien.

Jeg samtykker til å delta på intervju i masterstudien.

Ditt navn:

Arbeidssted:

Signatur:

