

# Masteroppgave

Masterstudium i intensivsykepleie

Mai 2022

## Intensivsykepleiernes erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter

-En kvalitativ studie

Kandidatnavn: Karuna Shrestha

Emnekode: MINT5900

Antall ord: 5180 (artikkel) + 3482 (kappe)

**Fakultet for helsevitenskap**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

## FORORD

En spennende og lærerik skriveperiode ved denne masteroppgaven er endelig over. Jeg kan ikke legge skjul over at det å skrive masteroppgaven ved siden av fulltidsjobb har vært utfordrende og strevsomt.

Arbeidserfaring som sykepleier og praksiskandidat på ulike intensivavdelinger i Norge har vekket interesse om tidlig mobilisering av intensivpasienter. Jeg fikk inntrykk av at det er ulike kulturer på ulike intensivavdelinger angående tidlig mobilisering. Det er få studier gjort her i Norge som belyser intensivsykepleiernes erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter. Derfor valgte jeg å utføre kvalitativ studie og skrive en artikkel om tidlig mobilisering, for sette søkelys på dette viktige tema.

Tusen hjertelig takk til min veileder Kristin Halvorsen, som bidro med alle konstruktive og oppmuntrende tilbakemeldinger, ikke minst som viste meg veien når jeg sto helt stille.

Mange takk til avdelingsledere og deltagere i prosjektet, uten dere hadde jeg ikke klart dette! Jeg kan ikke la være å takke mine kollegaer og seksjonsledere på intensivavdelingen ved Kalnes sykehus som heiet på meg og ga positive tilbakemeldinger under skriveperioden. Jeg er veldig takknemlig for tilbakemeldingene underveis jeg fikk av Brita Fosser Olsen.

Tusen takk til mine bekjente som trådte til med barnevakt når det har vært behov. Til sist og ikke minst vil jeg takke min kjære forståelsesfulle mann for tålmodigheten under hele studieperioden!

## **Innholdsfortegnelse**

Del 1. Presentasjon av artikkel utkast .....	1
Del 2. Presentasjon av kappe.....	23
1.0 Innledning .....	23
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling .....	23
1.2 Kappens avgrensning .....	24
1.3 Kappens oppbygning .....	24
2.0 Teoretisk bakgrunn .....	25
2.1 Tidlig mobilisering.....	25
2.2 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved tidlig mobilisering .....	25
2.3 Intensivsykepleierens ansvar for forskning og fagutvikling .....	26
3.0 Metodisk refleksjon .....	28
3.1 Presentasjon av forskningsmetode i studien .....	28
3.2 Reliabilitet.....	29
3.3 Validitet.....	30
3.4 Refleksivitet .....	30
4.0 Drøfting i lys av min forforståelse og validitet.....	32
5.0 Konklusjon.....	35
6.0 Litteraturliste .....	36
Vedlegg 1: NSD godkjenning .....	39
Vedlegg 2: Forespørsel til avdelingsledelsen .....	40
Vedlegg 3: PVO godkjenning .....	41
Vedlegg 4: Godkjenning fra avdelingsledelsen der studien ble utført.....	42
Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeskriv .....	43
Vedlegg 6: Intervjuguide .....	47
Vedlegg 7: COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist	48

Vedlegg 8: Forfatterveiledning .....	51
--------------------------------------	----

## **Sammendrag for masteroppgaven**

**Bakgrunn:** Det er gjort mange studier om positive effekter av tidlig mobilisering og barriere for tidlig mobilisering, i hovedsak internasjonalt. Det er lite forskning som er gjort i Norge om intensivsykepleiernes erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter. Denne artikkel basert masteroppgaven er to deler, den ene del er artikkel hvor bakgrunn for studien, forskningsprosess og resultatet blir presentert. Den andre del er en kapittel hvor metodiske aspekter og intensivsykepleierens funksjon og ansvar beskrives tydeligere.

**Hensikt:** Hensikten med dette masterprosjektet er å innhente intensivsykepleiernes kunnskap og erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter.

**Metode:** Det er brukt kvalitativ metode og gjennomført semi-strukturerte intervjuer, da dette er mest hensiktsmessig for å få dybdekunnskap om intensivsykepleierens erfaringer. Tematisk analyse i tråd med Braun og Clarke er brukt for dataanalysen.

**Resultat:** Masterprosjektet viser at det er ulike faktorer som er barrierer og tilrettelegger for tidlig mobilisering av intensivpasienter. Dyp sederte og umotiverte pasienter og varierende fokus på tidlig mobilisering sees som barriere for tidlig mobilisering. Økt tilstedeværelse av fysioterapeut, praktiske trening på fagdager og bedre samarbeid med anestesilegene foreslås som tilrettelegger for bedre praksis av tidlig mobilisering.

**Konklusjon:** Studien viser at økt fokus og kompetansehevingstiltak hos intensivsykepleiere kunne bidra til bedre praksis av tidlig mobilisering av intensivpasientene.

**Nøkkelord:** tidlig mobilisering, intensivpasienter, intensivavdeling, intensivsykepleiernes erfaringer og kunnskap.

## **Abstract of master thesis**

**Background:** Many studies shows that early ambulation has many health benefits for the critical ill patients. Most of these studies are performed in international basis, only few studies are performed in Norway, that explores critical care nurses' experiences with early ambulation of critical ill patients. This article-based master's thesis is written as two parts, one part is an article where the background for the study, research process and findings are presented. The second part includes methodological aspects and the intensive care nurse's function and responsibilities.

**Purpose:** The purpose of this master project is to study critical care nurses' experiences with early ambulation of critical ill patients.

**Method:** Qualitative method have been used and half-depth interview have been conducted to collect data about intensive nurse's experience with early ambulation of critically ill patients. Data analysis is performed with thematic analysis method of Braun and Clarke.

**Resultat:** This master project shows that several factors that are barriers to early ambulation as well as many other factors which facilitate for early mobilization. Deeply sedated and unmotivated patients and varying focus on early mobilization are seen as a barrier to early mobilization. Increased presence of physiotherapist, practical training for nurses and better communication with anesthesiologists are proposed for better practice of early mobilization.

**Conclusion:** Study shows that early mobilization could be practiced better if given better focus and skill development trainings to the nurses in critical ward.

**Keyword:** early ambulation, critically ill patients, intensive care units, nurses' experiences and knowledge.

## **Sammendrag for artikkel**

**Bakgrunn:** Forskning innenfor tema viser at tidlig mobilisering har positive helsegevinster for intensivpasienter i form av bedre fysisk status ved utskrivelse. Tross dette viser annen forskning at tidlig mobilisering ikke er praktisert godt nok. Årsakene er økt arbeidsbelastning, tidspress og negative erfaringer med tidlig mobilisering fra tidligere.

**Hensikt:** Å belyse ulike erfaringer, opplevelser og kunnskap intensivsykepleiere har med tidlig mobilisering av intensivpasienter. Funnene skal belyses og bringes videre i praksis for å sette økt søkelys på viktigheten av tidlig mobilisering.

**Metode:** Kvalitativ data er samlet inn ved semi-strukturerte dybdeintervju av sju intensivsykepleiere fra et større sykehus på Østlandet. Intensivsykepleierne ble rekruttert via avdelingsledelsen.

**Resultat:** Det har kommet frem tre ulike hovedtema som påvirker tidlig mobilisering av intensivpasienter; forhold ved pasienten som påvirker tidlig mobilisering, forhold ved intensivsykepleier som påvirker tidlig mobilisering og ytre rammer som påvirker tidlig mobilisering av intensivpasienter.

**Konklusjon:** Intensivsykepleiere på den avdelingen løftet fram mye om aktiv mobilisering, men var lite kjent med passiv mobilisering. Deltakerne mener at bedre teamarbeid, praktisk trening, økt fokus på tidlig mobilisering fra avdelingsledelsen og legene, og en fysioterapeut på heltid tilrettelegger for forbedret praksis av tidlig mobilisering.

**Nøkkelord:** Intensivpasienter, tidlig mobilisering, intensivavdeling og intensivsykepleiernes erfaringer.

## Article summary

**Background:** Previous existing research shows that early mobilization of critical ill patients gives many benefits for these patients such as better functional outcomes. However, much other research shows that early mobilization is not practiced as much as it is recommended. Frequent causes are likely fewer critical nurses at work, lack of time, workload in the ward and negative experiences with other patients during mobilization.

**Purpose:** The purpose of this master thesis is to explore critical care nurses' experience with early mobilization of the critical patients. Findings could be used in the critical care settings to overcome those barriers.

**Method:** Qualitative data were collected by interview of seven critical care nurses from one of the central hospitals in East-Norway. Head nurse of the critical ward recruited those nurses who has been interviewed. The data were analyzed by thematic analysis.

**Results:** Three different main themes have emerged that affect the early mobilization of intensive care patients; conditions in the patient that affect early mobilization, conditions in the intensive care nurse that affect early mobilization and external conditions that affect early mobilization of intensive care patients.

**Conclusion:** Critical care nurses in this study practiced early mobilization just as active mobilization and less known about passive mobilization. These critical care nurses recommend need of practical training for nurses, better daily routine plans, better focus from the doctors and ward-in-charge and physiotherapist in the ward for full time to enhance early ambulation practice.

**Keywords:** Critical care patients, early mobilization, intensive care units, nurses' experiences, nurses' attitude.



## **Del 1. Presentasjon av artikkel utkast**

### **Introduksjon**

Akutt sykdom og komplikasjoner etter kirurgi eller alvorlig traume kan føre til behov for intensivbehandling. Akutt kritisk sykdom vil si at pasientens tilstand er svært alvorlig, i mange tilfeller livstruende, med svikt i ett eller flere livsviktige organer (1). Ifølge årsrapport for 2020 fra Norsk intensivregister (2), ble det behandlet 17147 pasienter på norske intensivavdelinger, hvorav 58,9% fikk respiratorstøtte og 77% var i live 30 dager etter utskrivelse. Mange av pasientene som overlever kritisk sykdom har ofte et betydelig nedsatt funksjonsnivå og livskvalitet i lang tid etter utskrivelse (3, 4). Intensivpasienter kan tape opptil 25% av muskelmasse i løpet av 4 dagers intensivopphold grunnet sengeleie som igjen gir forlenget respiratortid (5, 6). Forskning viser at tidlig mobilisering bidrar til forebygging av komplikasjoner som immobilisering fører til (7-10). Intensivopphold resulterer i forverring av respiratorisk og immune system og gir generell svakhet (11). Tidlig innsats med mobilisering og fysisk aktivitet kan være med på å begrense denne utviklingen hos intensivpasienter (6). Forskning viser at det er økende forekomst av Post- intensive care syndrome (PICS) hos de overlevde intensivopphold (12). Videre viser forskning at minimal sedasjon og tidlig mobilisering av intensivpasienter bidrar til bedre fysisk og kognitiv helse ved utskrivelse fra sykehuset (7, 13).

Mobilisering defineres som intervensjoner som assisterer aktiv eller passiv aktivitet som tar sikte på å opprettholde eller rehabilitere pasientens funksjonsnivå (8). Det er ingen klar definisjon på hva tidlig mobilisering er, men det refereres til intervensjoner som settes i gang innen 72 timer etter innleggelse på intensivavdelingen (13).

Stubberud understreker at øvelser kan gjøres aktivt eller passivt, avhengig av pasientens ressurser og våkenhetsgrad (8). Sengesykkel, for eksempel, kan brukes hos både våkne og sederte pasienter, dette bidrar til økt stimulering av pasientens beinmuskulatur og kognitive funksjon (8, 14). Mikkelsen et al. (12) understreker at mobilisering er et fokusert område i ABCDEF- retningslinje, som viser til en evidensbasert og tverrfaglig tilnærming for rehabilitering av intensivpasienten. E-står for Early mobility og betyr tidlig mobilisering av intensivpasienter (12).

## **Intensivsykepleierens rolle ved mobilisering**

Tidlig mobilisering tilhører intensivsykepleierens forebyggende, behandlende og rehabiliterende funksjonsområde, og er direkte pasientrettet. Å kunne identifisere helserisiko og sette i gang tiltak for å hindre videreutvikling av helsesvikt er forebyggende funksjon. Den behandlende funksjonen omfatter samarbeid med andre faggrupper, hvor intensivsykepleieren må koordinere behandling. Rehabiliterende funksjon innebærer å iverksette tiltak for å opprettholde eller bedre funksjonsnivå til pasienten (8).

Mobilisering av intensivpasienter innebærer god planlegging, forberedelser i forkant og nok ressurser, særlig når pasienten er intubert. Det er fare for aksidentell ekstubering eller dekanylering, og intensivsykepleier må ta forhåndsregler, kontrollere at det er lange nok respiratorslanger, drenslanger, intravenøsledninger til forskjellige infusjoner, arteriekateter, samt tilgjengelig anestesipersonell og intuberingsutstyr i nærheten dersom uhellet skulle være ute (8). Manipulering av tuben kan være svært ubehagelig for pasienten og kan gi hosteanfall, og derfor er det viktig at det er en intensivsykepleier som holder tuben og svivel for å hindre bevegelsen av tuben, likeledes er meget viktig med god informasjon til pasienten. Tidlig mobilisering må gå hånd i hånd med pasientsikkerhet (15,16).

Intensivsykepleieren spiller en nøkkelrolle ved tidlig mobilisering, da hun er hos intensivpasienten 24/7, og kan blant annet være med på å bestemme når mobilisering skal startes. Ut ifra hvilket behov pasienten har og hvilke undersøkelser som er planlagt for dagen, kan intensivsykepleieren planlegge når mobilisering kan utføres(17). Mobilisering av intensivpasienten innebærer at det er tverrfaglig samarbeid med fysioterapeuter (8, 18). Intensivsykepleieren kan planlegge og utføre øvelser og aktiviteter for pasienten, samtidig sørge for hviletid mellom ulike øvelser og prosedyrer. Det er meget viktig med kontinuerlig overvåkning og observasjon under selve mobiliseringen, siden det raskt kan skje endring i pasientens tilstand. Tilstrekkelig forberedelse og god informasjon til pasienten kan øke tryggheten og sikkerheten for pasienten. Oppmuntring og ros underveis av mobilisering for pasienten kan også være motiverende for pasienten (15,19). Studien til Corner et. al (20) avdekket at sykepleierne måtte bygge tillit gjennom samtaler og informasjon for at pasientene ble motivert for mobilisering.

## **Hensikt med studien**

Studien (21) viser 28 ulike barrierer og utfordringer til at tidlig mobilisering ikke blir praktisert på intensivavdelinger, til tross for at forskning har vist at tidlig mobilisering gir positive utfall for intensivpasientene (12, 19). En annen studie (5) viser at tidlig mobilisering forebygger delirium og atelektase og gir kortere sykehusopphold og bedre funksjonsstatus ved utskrivelse fra sykehuset. Mange andre studier viser ulike barrierer og utfordringer til tidlig mobilisering tross ulike helsegevinster for intensivpasienten(21-26) . Derimot er det ikke mange studier som er utført i Norge innenfor tema. På bakgrunn av forskning og egen erfaring ønsker kandidaten å undersøke intensivsykepleiernes erfaringer og kunnskap tilknyttet hva som er barrierer og hva som tilrettelegger for tidlig mobilisering. Kandidaten ønsker å videreformidle denne kunnskapen ut i praksis for å overkomme utfordringer ved tidlig mobilisering og forsøke å bidra til positiv endring i praksis.

På bakgrunn av studiens hensikt stilles følgende forskningsspørsmål:

*«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med tidlig mobilisering av intensivpasienter?»*

## **Metode**

I denne studien er det benyttet kvalitativ metode som er hensiktsmessig for å få dybdekunnskap om intensivsykepleierens erfaringer ved tidlig mobilisering av intensivpasienter (27, 28). For å besvare studiens forskningsspørsmål er det benyttet semistrukturerte dybdeintervjuer (27, 29).

## **Kontekst**

Intensivavdelingen hvor studien er utført er en generell intensivavdeling på Østlandet som tar imot ulike pasientkategorier som krever intensivavdelingen. Pasientgruppen varierer fra pasienter med hjertestans, komplikasjoner etter kirurgiske inngrep, sepsis, intoks og/eller pasienter som av ulike årsaker har svikt i en eller flere organfunksjoner og trenger intensivbehandling.

## **Utvalg og rekruttering:**

Det er benyttet strategisk utvalg for å sikre rikt datamateriale (30). Seksjonsledere ved den aktuelle avdelingen rekrutterte 8 deltakerne og bidro til tilretteleggelse for intervju.

Inklusjonskriterier var intensivsykepleiere med minst 2 års erfaring fra intensivavdelingen.

Intensivsykepleiere som jobbet kun nattstilling ble ekskludert siden mobilisering fortrinnsvis skjer på dag eller kveldstid. En av deltakerne kunne ikke delta i intervju grunnet uforutsatte hendelse på avdelingen. Utvalget besto av 2 mannlige og 5 kvinnelige intensivsykepleiere som hadde fra 2 til 20 års erfaring.

### **Datasamling**

Det ble benyttet semi-strukturerte dybdeintervjuer da dette er hensiktsmessig for å komme i dybden på de erfaringene deltakerne har (27,30). Det ble utarbeidet en intervjuguide ut ifra studiens hensikt og forskningsspørsmål. Intervjuguiden ble vurdert av en forskningssykepleier i avdelingen og veileder, for å sikre spørsmål som dekket tema. Intervjuene ble utført av første forfatter på møterom i arbeidstiden til deltakerne og varte i 20-45 minutter. Underveis ble det notert hvor lang erfaring deltakerne hadde. I studien ble det benyttet en intervjuguide (tabell 1). Det ble stilt oppfølgingsspørsmål der det var behov for mer oppklaring eller utdyping av svarene deltakeren ga. Det ble benyttet lydopptak av intervjuet på nettskjema med diktafon app på telefon tilknyttet Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved Universitet i Oslo (31). Denne metoden er sterkt anbefalt av universitetet for å sikre trygg lagring av personopplysninger, da ingen andre enn kandidaten har tilgang og alle data er kryptert og passord beskyttet (32). Intervjuene ble transkribert ordrett og aidentifisert.

### **Intervjuguide:**

*Tabell 1: Intervjuspørsmålene.*

1. Fortell om dine erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter. Hvor tidlig har de blitt mobilisert etter innleggelse på intensivavdelingen?
2. Hva mener du skal til for å lykkes med tidlig mobilisering? Fortell om en slik situasjon.
3. Har du hatt noen utfordringer med å mobilisere intensivpasienter, evt. Hvilke og hvordan?
4. Hvordan opplever du at mobilisering blir prioritert/fokusert på intensivavdelingen du jobber?
5. Hva tenker du, skal til for hvordan vi som intensivsykepleiere kan bidra til økt tidlig mobilisering av intensivpasienter?
6. Da nærmer intervjuet seg slutten, men har du noe du vil legge til før vi runder av?

### **Etiske vurderinger og godkjenninger**

Studien er meldt og vurdert klart til å igangsettes av Norsk Senter for forskningsdata, NSD. (ref. no. 281131), se vedlegg 1. Deretter ble godkjenning hentet fra personvernombudet på sykehuset og avdelingsledelsen på den aktuelle avdelingen. Informasjonsskrivet og samtykkeerklæringen til å delta i studien ble utarbeidet i forkant av studien. Frivillig deltagelse, konfidensialitet og det å kunne trekke seg fra studien når som helst uten å måtte forklare, ble presisert i informasjonsskriv og ved muntlig informasjon om studien. Informert samtykke ble innhentet før intervjuene startet. Konfidensialitet er ivaretatt. Samtykkeskriv og transkripter oppbevart separat fra hverandre. Studien er også registrert ved OsloMet sin forskningsdatabase, etter gjeldende regler og det er gjennomført en Risiko og Sårbarhetsanalyse (ROS) med hensyn til datalagring (33). Studien er rapportert i samsvar med Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) (34). Se vedlegg 7.

### **Dataanalyse**

Datamaterialet er analysert ved tematisk analyse ved bruk av Braun, Hayfield, Clarke og Terry sin modell (35,36). Denne analysemetoden er vurdert som hensiktsmessig måte å analysere på for nybegynnere. Kandidaten har samarbeidet med veilederen i analyseprosessen. Viktigste kjennetegn ved tematisk analyse er fleksibiliteten i forhold til forskningsspørsmål og forskningsdesign og denne metoden brukes til å utforske respondentenes erfaringer, opplevelser, atferd og praksis (35, 36). Analysen er gjort ved seks ulike trinn for å tolke deltakernes erfaringer og opplevelser. I trinn 1 som omhandler å bli kjent med data, ble transkriptene lest gjennom flere ganger og kandidaten begynte å se etter temaer som befinner seg innenfor datamaterialet. I trinn 2 startet kandidaten koding av data ut ifra foreløpig tema, men var også åpen for nye tematiseringer. I trinn 3 fortsatte kandidaten kodingen og kodene ble sortert innenfor ulike tema. I trinn 4 og trinn 5 ble ytterligere arbeid gjort med å få temaer som virkelig beskriver data. Temaene ble kontrollert opp mot transkriptene for å sikre temaene og data stemmer godt overens. Trinn 6 er rapportering, som blant annet denne artikkelen representerer, der studiens funn gjøres kjent for omverdenen.

Tabell 2: Analyseeksempel: Fra sitat til tema.

Sitat	Hva handler dette om?	Tema
Min erfaring er at vi ikke er så flinke til å mobilisere intensivpasient tidlig nok. Her må vi hvertfall ha trach før vi begynner med mobilisering, føler jeg.	Prioriterer ikke mobilisering tidlig nok.	Forhold ved intensivsykepleieren som påvirker tidlig mobilisering.
Adipøse pasienter har blitt utfordringer, blir mer uhåndterlig, krever flere folk, vi selv kvier oss for å mobilisere de pasientene.	Pasienter med høy kroppsvekt anses som utfordring til tidlig mobilisering.	Forhold ved pasienten som påvirker tidlig mobilisering.
Å være litt pådrivere for å ha mer våkne pasienter, bevisst gå ned på sedasjon i samarbeid med legene, selvfølgelig sørge for at de er godt smertelindret. Vi må minne legen på å lette litt på sedasjon, og etterspørre dem om vi skal rekvirere fysioterapi.	Ønske om å lette sedasjon. Samarbeid med legene.	Ytre faktorer som påvirker tidlig mobilisering.

## Resultat:

### Intensivsykepleiernes erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter

Gjennom analysen har det kommet frem tre hovedtemaer, og alle de temaene har ulike undertemaer som går på intensivsykepleiernes erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter. Funnene presenteres i tre hovedtemaer:

Tabell 3: Funn.

Hovedtema	Undertemaer
1. Forhold ved pasienten som påvirker tidlig mobilisering	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Pasientsituasjonen er med på å bestemme grad av mobilisering.</li> <li>*Sedasjonsnivå bestemmer hvor tidlig mobilisering settes i gang.</li> <li>* Pasienter med høy kroppsvekt anses som utfordring for tidlig mobilisering.</li> <li>* Mental status til pasientene er med på å bestemme grad av mobilisering.</li> </ul>
2. Forhold ved intensivsykepleiere som påvirker tidlig mobilisering	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Kompetanse og motivasjon som barriere og mulighet for tidlig mobilisering.</li> <li>* Ønske om økt fokus på tidlig mobilisering.</li> <li>* Intensivsykepleierens initiativ for tidlig mobilisering</li> </ul>
3. Ytre faktorer som påvirker tidlig mobilisering	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Omorganisering av sykepleiergruppe.</li> <li>* Behov for økt tilstedeværelse av fysioterapeut.</li> <li>* Samarbeid med anestesilegene for økt tidlig mobilisering.</li> <li>*Tilgang på ulike utstyr for mobilisering.</li> </ul>

### **Forhold ved pasienten som påvirker tidlig mobilisering**

Dette første hovedtema berører forhold knyttet til pasienten som intensivsykepleieren opplever som barriere for å få til mobilisering. Til tema er det fire undertema som differensierer ulike barrierer.

*Pasientsituasjon er med på å bestemme grad av mobilisering.*

Deltakerne beskriver at mobilisering vurderes ettersom hvilken klinisk tilstand pasienten er i. Mobilisering anses som et viktig tiltak etter individuelle faglige vurderinger for hver enkelt pasient. Deltakerne forteller at enkelte ganger er pasientene for syke til mobilisering og de opplever videre at det ikke er lett å anslå hvor tidlig mobilisering settes i gang.

*«Vi har ulike pasienter, fra dårlig sepsis pasienter, hjertestanspasienter, nyopererte kirurgiske pasienter, så det er vanskelig å si i gjennomsnitt hvor tidlig de blir mobilisert.»*

*Sedasjonsnivå bestemmer hvor tidlig mobilisering settes i gang.*

De fleste deltakerne forteller at intensivpasientene er ofte dyp sederte og tidlig mobilisering blir derfor ikke praktisert. De mener at daglig vekking bør praktiseres av intensivsykepleiere i samarbeid med visittgående anestesilege. Deltakerne er innforstått med at lett sedasjon tillater våkne pasienter og dermed økende grad av mobilisering. Sedasjon er et av de feltene intensivsykepleierne ønsker å jobbe med for å fremme tidlig mobilisering.

*«Det med sedering er også et problem, pasientene våre er jo ofte veldig sederte. Å være litt pådrivere for å ha mer våkne pasienter, bevisst gå ned på sedasjon i samarbeid med legene.»*

*Pasienter med høy kroppsvekt anses som utfordring for tidlig mobilisering.*

Deltakerne forteller at de kvier seg for å mobilisere pasienter med høy kroppsvekt. De anser denne pasientgruppen som utfordring til tidlig mobilisering. Videre forteller de at alt blir mye tyngre og trenger ekstra personale, og kan ende opp med at de ikke blir mobilisert. Deltakerne presiserer at det fort kan bli utrygt både for pasienten og sykepleierne når pasienter med høy kroppsvekt skal mobiliseres på sengekant.

*«Mer risiko for å få stor person på sengekant med alt utstyr, klart det blir mer belastning på oss, vi står i en vanskelig posisjon, er redd for at noen skal skli på gulvet.»*

*Mental status til pasientene er med på å bestemme grad av mobilisering.*

Ifølge deltakerne er pasienter med delir, utfordrende å mobilisere i form av at de ikke samarbeider og ikke forstår hva som kommer til å skje. De legger til at når pasientene blir utagerende, må mobilisering avbrytes.



*«Den psykiske tilstanden til pasienten, at pasienten blir urolig og ikke samarbeider, da må man bare stoppe.»*

### **Forhold ved intensivsykepleierne som er med på å bestemme mobiliseringsgrad**

Dette andre hovedtema beskriver forhold ved intensivsykepleierne som er med på å sette søkelys på hva som hemmer og fremmer tidlig mobilisering. Tema har tre undertema. De understreker at alle dagene ikke er like med tanke på om de får til å bidra til tidlig mobilisering eller ikke.

*Kompetanse og motivasjon som barriere og mulighet for tidlig mobilisering.*

Deltakerne har mange ulike arbeidsoppgaver som skal gjøres i løpet av en arbeidsdag, og innrømmer at mobilisering ofte havner nederst på liste. De sier også at de kunne planlagt dagen annerledes, for eksempel, tydelig kommunikasjon med andre kollegaer angående organisering av dagen, slik at de kan få prioritert å mobilisere pasienten.

*«Vi har det ofte travelt og mobilisering blir rett og slett glemt. Det er så mange arbeidsoppgaver vi fyller inn i tillegg til å være intensivsykepleiere.»*

*«Mobilisering er litt mer sånn. hvis det er ekstra tid! Alt annet må være på plass først.»*

Det kommer også frem at det er varierende kunnskap angående helsegevinster av tidlig mobilisering av intensivpasienter. Noen fremstår som uvitende til hvilke positive utfall tidlig mobilisering har for intensivpasientene.

*«Jeg synes ofte at det finnes overtro på, at når pasienten settes opp i en stol, er da han eller hun mobilisert. Jeg tror ikke at det gir noen ting ut av det. Jeg tror ofte det er mye bedre å ha pasienten sittende på sengekanten for å aktivere muskulatur»*

*Ønske om økt fokus på tidlig mobilisering.*

Deltakerne forteller om varierende fokus på tidlig mobilisering i avdelingen. De fleste deltakerne påpekte viktigheten av tidlig mobilisering av intensivpasienter, og opplevde at fokus på tidlig mobilisering er blitt bedre gjennom årene. Likevel er flesteparten enige i at det burde vært økt oppmerksomhet på tidlig mobilisering i avdelingen slik at sykepleierne er mer

årvåkne til det. Deltakerne opplevde i perioder at fokus på tidlig mobilisering var fraværende. En av de deltakerne foreslo at tidlig mobilisering kunne bli tatt opp på avdelingens ukentlige møter som gjør at alle ansatte får en påminnelse om betydningen. Deltakerne ønsket også undervisning om tidlig mobilisering på undervisningsdagene for å øke kunnskapen på dette tema.

*«Det må være på agendaen til avdelingen en sånn naturlig ting som en gjør.. at det hører med i stedet. Det går i perioder når vi har fokus på det! Så blir det glemt når vi ikke har fokus på det lenger.»*

#### *Intensivsykepleiernes initiativ for tidlig mobilisering.*

Som intensivsykepleier er en hos pasienten kontinuerlig, og derfor mener deltakerne at de skal ta tidlig ansvar selv og begynne og gjennombevege leddene selv om fysioterapeuten ikke er til stede. Deltakerne understreker at intensivsykepleiere skal utøve faglig forsvarlig praksis.

*«Vi kan bli flinkere til å begynne å bevege litt sånn konkret på leddene og bøye på armer og bein, vi må ikke være fysioterapeuter for å gjøre det. Vi sykepleierne kan gjøre mye selv hos pasienten ved å gjennombevege. Det kan vi gjøre under stell.»*

Deltakerne i studien forteller mye om aktiv mobilisering, men er lite kjent med passiv mobilisering. De fokuserer lite på hva de selv kan gjøre for å mobilisere pasienten passivt før pasienten er våken nok til å være aktiv selv i mobilisering.

#### ***Ytre rammer som påvirker tidlig mobilisering***

Dette tredje hovedtema omhandler ytre rammer og betingelser som også har betydning for tidlig mobilisering av intensivpasienter. Til tema er det knyttet fire undertema.

#### *Omorganisering av sykepleiergruppe.*

Deltakerne mener at organisering av intensivsykepleiere kan ha betydning for tidlig mobilisering. En av de deltakerne foreslo primærsykepleiergruppe og mener at det kunne ha bidratt til at det er flere intensivsykepleiere som skal jobbe sammen for en pasient. De mener at dette legger til rette for å diskutere og planlegge forløpet for pasienten og dermed bidrar til økt fokus på tidlig mobilisering av pasienten. Deltakerne forteller at det blir vanskelig å ha

oversikt over en intensivpasient når sykepleieren blir plassert hos forskjellige pasienter i løpet av kort tid.

*«Jeg tror at det hjelper veldig med primærsykepleiegruppe, da er vi flere rundt samme pasient, kan man diskutere det sammen, det blir en felles oppgave at pasienten skal komme seg ut av intensivopphold. Alt tar jo så mye lenger tid når man ikke kjenner pasienten fra før»*

*Behov for økt tilstedeværelse av fysioterapeut.*

Ifølge deltakerne, er fysioterapeuten tilgjengelig kun på dagtid på hverdager, og på formiddagen i helgene kun i nødvendige tilfeller. Deltakerne ytrer ønske om økt tilstedeværelse av fysioterapeut på heltid og som kun tilhører intensivavdelingen. De mener at det kunne ha bidratt til at intensivpasientene ble mer mobilisert enn de blir per dags dato.

*«Det å ha fysioterapeut som tilhører avdelingen, som kjenner intensiv er kjempeviktig, det blir en pådriver til å starte med mobilisering. Kanskje en fysioterapeut på kvelden også, som kunne bidratt til mobilisering når det er lite folk på jobb!»*

*Samarbeid med anestesilegene for økt tidlig mobilisering.*

Anestesilegene er en viktig samarbeidspartner på intensivavdelingen. Det er anestesilegene som rekvirerer fysioterapeut til intensivpasientene. De ønsker å ha en rutine på å sende fysiorekvisisjon ved innleggelse på intensivavdelingen slik at det tas daglig vurdering for mobilisering så lenge pasientene er innlagt på intensivavdelingen.

*«Vi burde hatt en regel at alle som blir lagt inn på intensivavdelingen skal henvises til fysioterapi med en gang for å sette i gang prosess og heller daglig vurdering etter det.»*

*Tilgang på ulike utstyr for mobilisering.*

Ifølge deltakerne, er mangel på utstyr for mobilisering også en av de utfordringene som fører til at intensivpasienter blir mobilisert i mindre grad. Deltakerne legger til at de ikke har sengesykkel, noe fagsykepleierne har jobbet intenst for å anskaffe. De skal få det i nærmeste

framtid. Dette er deltakerne veldig positive til. En av de deltakerne legger til at de ikke har gode mobiliseringstoler eller «Sara combilizer» som er en mobiliseringsseng og kan brukes til å dra til og fra pasientens seng og som kan brukes som seng og stol for intensivpasienter med mulighet for ulike stillingsendringer.

*«Vi har ikke nok gode stoler til å sette opp pasienten, sengesykkel har vi ikke fått ennå, men den er i prosess nå».*

## **Diskusjon**

Denne studien utforsker intensivsykepleierens erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter. Studien avdekker at det ikke praktiseres noe mobiliseringsprotokoll eller guidelines på avdelingen undersøkelsen er utført. Deltakerne er positive til tidlig mobilisering, men opplever samtidig at tidlig mobilisering mister fokus når det er for mange andre arbeidsoppgaver på avdelingen. Den pågående pandemien har også gjort at deltakerne ikke har fått fokusert på tidlig mobilisering av intensivpasienter grunnet stort arbeidspress. Sykepleiernes individuelle vurderinger er også noen av de utfordringene til tidlig mobilisering på avdelingen. De vurderer ulikt med hensyn til betydningen av tidlig mobilisering. Studien viser at deltakerne er opptatt av at det skal være tilstrekkelig med ressurser, i form av personale og utstyr, for at det skal være både faglig forsvarlig og trygt for pasientene. Funnt fra denne studien samsvarer med Hodgson et al. (19) som også presiserer viktigheten av nok ressurser i form av både utstyr og personale. I lik linje mener Dubb et al. (21) et. al og Chaplin(37) at tidspress, få personale og manglende utstyr og protokoll er hoved barrierer for tidlig mobilisering. Det er bekymringsfullt at tidlig mobilisering blir gitt såpass lite oppmerksomhet, når forskning viser hvor betydningsfullt det er for pasienten (38, 39). I funksjonsbeskrivelse for intensivsykepleiere (40), presiseres det også om intensivsykepleiernes ansvar for en faglig forsvarlig praksis, noe som også innebærer å sette i gang tidlig mobilisering der det er forsvarlig og mulig.

Deltakerne forteller om ulike utfordrende pasientsituasjoner ved tidlig mobilisering. De hevder at alt av overvåkningsutstyr blir utfordrende. Derimot presiserer Crowe (41) at tidlig mobilisering er trygt og gjennomførbart hos intensivpasienter som får kontinuerlig dialyse. En svensk studie avdekker overvåkningsutstyr, umotiverte og sederte pasienter som barriere til mobilisering på intensivavdelingen (23). Det samme funn kom frem i min studie hvor

deltakerne forteller at umotiverte pasienter er en utfordring til tidlig mobilisering. Deltakerne presiserer at det må jobbes fra starten av for å motivere aktuelle intensivpasienter til mobilisering. Studien av Corner et. al (20) viser at intensivpasienter opplever delirium, søvnmangel og hukommelsestap som sterke mediatorer for deres evne til å takle sin fysiske funksjonsnedsettelse og dette gir nedsatt evne til å engasjere seg i rehabilitering. Det kan tenkes at pasienter med delir er noen av de pasientene intensivsykepleieren i min studie opplevde som umotiverte og vanskelig å mobilisere, men på bakgrunn av resultatene kan ikke det sies med sikkerhet.

En av de deltakerne presiserte viktigheten av motivasjon til intensivpasientene for å få økt pasientdeltakelse. I studien til Laerkner et al.(42) kom det frem at for pasientene var det kortsiktige mål viktige som det å kunne sitte oppe i stolen og drikke kaffe sammen med sin pårørende, men sykepleierne var mer opptatt av langsiktige mål. Jeg vil hevde at en viktig del av intensivsykepleiernes forebyggende funksjon vil være å bidra til å motivere pasienten for tidlig mobilisering (40). Det å bygge tillit og skape trygghet rundt mobiliseringen vil også være svært viktig for å motivere pasienten. Pasienten kan føle seg godt ivaretatt når sykepleieren gir støtte og ros under mobiliseringen.

Motivasjon hos intensivsykepleieren til tidlig mobilisering viste seg å være en utfordring i min studie. Forskning viser at godt teamarbeid og kommunikasjon, regelmessig tilbakemelding angående tidlig mobilisering på avdelingen og deling av positive mobiliseringsmomenter og historier kan gi motivasjon til intensivsykepleierne (21, 43). Samme tiltakene er også foreslått av Liew et al. (11), og kan være en måte å motivere intensivsykepleierne på.

Deltakerne i denne studien diskuterte også manglende kommunikasjonsmulighet grunnet den kognitive funksjonen til enkelte intensivpasienter, som en utfordring til tidlig mobilisering. For eksempel, en deltaker forteller om en delirisk pasient som ikke var orientert for tid eller sted, og som motsetter seg bevegelsene når intensivsykepleiere skulle mobilisere intensivpasienten. Noe av lignende funn er hevdet i studien til Falk mfl. (23), hvor intensivpasientens kognitive funksjon, manglende kommunikasjonsmulighet med pasienten er barriere til pasientdeltakelse i tidlig mobilisering. Her vil det også være en etisk utfordring for intensivsykepleieren å mobilisere, der pasientens autonomi kan trues. Det vil være en fin balanse mellom prinsippene av ikke skade og velgjørenhet ved det å tidlig mobilisere pasienten og pasientens autonomi hvis han motsetter seg mobiliseringen (44).

En av de deltakerne forteller at avdelingen har stort fokus på forebygging av delirium, men samtidig at fokus på tidlig mobilisering i forhold til å forebygge delir er lav. En ny studie gjort av Nydahl et. al (45) viser at mobilisering av intensivpasienter på kveldstid bidro til færre deliriske pasienter, og muligens kunne behandle eksisterende delirium hos pasientene. Studien avdekket at mobilisering av intensivpasienter på kveldstid var trygt og gjennomførbart (45). Det er studier som viser at oppstart av mobilisering innen 2-3 dager etter innleggelse på intensivavdelingen kan være bedre enn senere oppstart (46). Forskning har vist at tap av muskelmasse er størst den første uken på intensivavdelingen og er mer uttalt hos pasienter med multiorgansvikt enn hos de med en organsvikt (47). Tidlig mobilisering er meget viktig for intensivpasienter og det er derfor det er så essensielt å jobbe hardt for å implementere dette. Dette er kunnskap som det kan synes viktig at deltakerne i mins studie tilegner seg, da det synes som deres kompetanse innenfor tema var begrenset.

De fleste deltakerne i min studie uttrykte bekymring for å mobilisere pasienter med høy kroppsvekt. De fleste kviet seg til å mobilisere en overvektig pasient på sengekant grunnet de utfordringene dette innebærer. De forteller at det blir mer uhåndterlig å mobilisere en stor pasient på sengekant. En annen kvalitativ studie gjort av Robstad et. al (48) i Norge viser også at sykepleierne kviet seg til å mobilisere pasienter med høy kroppsvekt på sengekant med alt overvåkningsutstyr. Dette er urovekkende, at pasienter med høy kroppsvekt får mindre grad med mobilisering, da det kanskje nettopp er de som trenger det aller mest.

Rettferdighetsprinsippet kan bli truet hvis pasienter med høy kroppsvekt ikke får samme grad av mobilisering som de pasienter med normal kroppsvekt (44). På den andre siden må man også alltid vurdere ikke skade prinsippet. Ved risikabel mobilisering kan pasienten utsettes for skade, men han kan også utsettes for skade ved å unnlate mobilisering. Dette er avveielser som intensivsykepleieren alltid må gjøre i samråd med ansvarlig lege (44).

Deltakerne i denne studien er kritiske til tidlig mobilisering av dyp sederte pasienter. De mener at det er nærmest umulig å mobilisere en tungt sedert intensivpasient. Studien til Hickmann, et al.(43) konkluderer også med at dyp sedasjon er relatert til mindre grad av mobilisering hos intensivpasienter. For å forebygge PICS, er det anbefalt lite sedasjon for å mobilisere intensivpasienter så fort de er stabile nok, og helst innen 72 timer etter innleggelsen på intensivavdelingen (12). Det ble rapportert at mobilisering utført innen 72 timer etter innleggelsen på intensivavdelingen ga bedre fysisk funksjonsstatus hos pasientene (12). Deltakerne i min studie ønsket et bedre samarbeid med anestesilegene for daglig

sedasjonslette for å fremme tidlig mobilisering. Studien til Hickmann med fl.(43) kom frem til at det var mindre aktiv mobilisering av intensivpasienter som har Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) under -1.

Funnene fra min studie tyder på at det er et varierende fokus og prioritering på tidlig mobilisering av intensivpasienter. Deltakerne selv ønsker økt fokus gjennom avdelingens ukentlige møter og praktisk trening på avdelingen. Deltakerne ønsker at fagsykepleierne holder undervisning om viktigheten av tidlig mobilisering på fagdage. Studien til Hodgson et al. (12) viser at å ha en mobiliseringsgruppe på intensivavdelingen som kan holde undervisning og kurs for de andre ansatte og koordinere mobilisering med andre faggrupper er også en viktig strategi (19). På grunn av sin 24 timers tilgjengelighet har intensivsykepleierne en sentral rolle i vurdering, observasjon og mobilisering av intensivpasientene (17, 41). Dette samsvarer med deltakerne i denne studien også. De beskriver sin rolle som den sentrale for tidlig mobilisering av intensivpasienter, og mener de kan påvirke mye. Deltakerne oppfordrer sine kollegaer til å ta initiativ for tidlig mobilisering så fort pasientene er stabile nok. En av deltakerne foreslo å ha primærsykepleiegruppe på sin avdeling. Det kan tenkes at flere sykepleiere innenfor den samme primærgruppen kan legge plan for pasientens beste med hensyn til mobilisering og tilrettelegge for kortest mulig intensivopphold.

Funnene i min studie avdekker at deltakerne forstår mobilisering som kun aktiv mobilisering, men er lite kjent til passiv mobilisering. De løftet frem passiv mobilisering i mindre grad og beskrev mange utfordringer, men også tilretteleggende faktorer for aktiv mobilisering. Deltakerne oppgir at de ikke har sengesykkel som de kunne ha brukt på intensivpasientene. Med sengesykling kan pasienten få beveget hofteldd, kne og ankel uten egen deltakelse, slik at kontrakturer forebygges og bevegelse opprettholdes (49). Forskning har vist at tidlig mobilisering med sengesykling på intensivavdelingen økte den subjektive følelsen av funksjonelt velvære 6 måneder etter utskrivning (14). Dette gir inntrykk av at det er varierende kunnskap og kompetanse angående tidlig mobilisering på avdelingen min undersøkelse ble gjennomført. Manglende kunnskap og kompetanse blant sykepleiere er en potensiell barriere til tidlig mobilisering av intensivpasienter (22, 26, 37). Joseph et. al (9) fremhever at kunnskap og kompetanse gjennom kurs og praktisk trening til sykepleiere bidrar til å overkomme barriere for tidlig mobilisering. Det fremheves i Crowe (41) sin studie at grad

av mobilisering bestemmes ut ifra pasientens ressurser og tilstand. Videre er det anbefalt å vurdere intensivpasientens tilstand for mobilisering oftere enn kun en gang daglig (41).

Deltakerne foreslår en rekke med tilretteleggende tiltak for bedre praksis av tidlig mobilisering, utover økt bemanning på avdelingen. Deltakerne med lang erfaring foreslår at nyansatt opplæringsprogram bør inneholde fokus på tidlig mobilisering. Liknende funn er gjort i studien til Bilodeau et al.(25) hvor sykepleierne med lite eller ingen opplæring i mobilisering ikke praktiserte mobilisering selv. Deltakerne ønsker økt tilstedeværelse av fysioterapeut på avdelingen, helst også på kveldstid og helgene, for å vurdere og assistere i tidlig mobilisering av intensivpasienten. Forskning viser at tilstedeværelse av fysioterapeuter i intensivavdelingen i helgen viser seg å være gunstig siden pasientene fikk kontinuitet og oppfølging av mobilisering (18). Mine funn samsvarer med funnene i studien til Liew, et al.(11) hvor intensivsykepleierne ønsker mer involvering av andre faggrupper som blant annet fysioterapeut. Liew et al. (11) understreker også at tidlig mobilisering ikke skal være ansvar kun for intensivsykepleierne, siden de ofte har mange andre arbeidsoppgaver. Det ikke er alltid lett å ta initiativ til tidlig mobilisering(11). Duncan(18) vektlegger fysioterapeut som en viktig samarbeidspartner i en intensivavdeling, noe deltakerne i min studie også understreker. Tidlig mobilisering er et teamarbeid og det skal være faglig forsvarlig å praktisere (26). Studiene vektlegger (19, 50, 51) også betydning av økt tverrfaglig fokus på tidlig mobilisering og anbefaler god planlegging, samarbeid og kommunikasjon mellom sykepleiere, behandlende leger og fysioterapeuter for bedre praksis av tidlig mobilisering av intensivpasienter.

### **Metodisk diskusjon**

Et begrenset utvalg på sju deltakere kan være en svakhet ved studien, økt antall av informanter kunne ha økt studiens troverdighet. Samtidig hadde deltakerne lang erfaring fra 2 til 20 år fra intensivavdelingen som har bidratt til rikt datamateriale med god informasjonsstyrke. Malterud (27) understreker at det ikke er antall deltakere, men informasjonsstyrken datamaterialet gir, knyttet til et tema som er avgjørende. At informasjonsstyrken var god erfarte jeg gjennom at i de siste intervjuene så kom mye av det samme frem som i tidligere intervjuer. Data synes å være tilstrekkelig mettet.

Det er førsteforfatter som intervjuet og transkribert ordrett samme dag, dette kan styrke pålitelighet (27). Det ble utført pilotintervju i forkant av datasamling i studien min for å



eliminere mulige utfordringer som kunne oppstått med datasamling for eksempel, lyd kvalitet. Intervjuguiden ble også testet av to ulike personer med faglig forankring innenfor intensivsykepleie før pilotintervjuet.

Deltakerne i min studie er fra en intensivavdeling ved samme sykehus og det kan gi refleksjon på felles intern praksis, men representerer derved nødvendigvis ikke samme praksis av tidlig mobilisering ved andre sykehus. Dette kan være med på å svekke studiens overførbarhet. På den annen siden var flere av funnene samsvarende med funn fra internasjonal forskning.

Siden avdelingsledelsen rekrutterte deltakerne for studien, kan det tenkes at de kan ha valgt intensivsykepleiere med god kunnskap og kompetansen innenfor tema. Dette kan også ha påvirket resultatene i studien.

Grunnet førsteforfatter sin forforståelse og nærhet til feltet, kan det ha medført færre utdypende spørsmål til deltakerne under intervju. Noe av dette vil jeg argumentere for at det ble motvirket gjennom å gjennomføre pilotintervju. Det kan også tenkes at datasamling ved bruk av fokusgruppe intervju av intensivsykepleiere kunne ha gitt mer nyansert og faglig diskusjon. Men på grunn av pågående pandemien har det vært meget vanskelig å ta ut flere intensivsykepleiere fra drift samtidig siden datasamling skjer under arbeidstiden til deltakerne. Gjennom individuelle intervjuer har det også blitt mer personlige erfaringer, noe som har bidratt til nyanserte funn.

## **Konklusjon**

Resultatene fra min studie tyder på at det er varierende fokus og prioritering på tidlig mobilisering av intensivpasienter. Gjennom ulike tilnærminger beskriver deltakerne at de kan praktisere tidlig mobilisering av intensivpasienter på avdelingen. På grunn av sin kontinuerlige tilgjengelighet har intensivsykepleiere en sentral rolle i vurdering, observasjon og mobilisering av intensivpasientene. Som deltakerne i min studie mener og annen forskning anbefaler, kan det tenkes at økt fokus på tidlig mobilisering, opplæring og praktisk trening for de nyansatte, daglig screening for vurdering av tidlig mobilisering og å ha mobiliseringsteam på avdelingen vil bidra til økt praksis av tidlig mobilisering av intensivpasienter.

## **Implikasjoner i klinisk praksis**

Denne studien kan bidra til økt bevissthet blant intensivsykepleiere for tidlig mobilisering av intensivpasienter. Det kan tenkes at økt tilstedeværelse av fysioterapeut på intensivavdelingen

bidrar til kontinuiteten og oppfølging ved mobilisering av intensivpasienter.

Kompetansehevingstiltak som praktisk øvelse og undervisning om tidlig mobilisering av intensivpasienter bidrar til økt mobilisering av intensivpasienter. Avdelingsledelsen bør øke og opprettholde faglig fokus på tidlig mobilisering på intensivavdelingen.

### **Videre forskning**

Denne gjennomførte studien er en relativt liten studie. Det kan derfor tenkes mer forskning innenfor tema i Norge er nødvendig for å kunne undersøke mer om tema mer bredt. Det kunne ha vært interessant å undersøke erfaringer med mobiliseringspraksis på ulike sykehus hvor det brukes mobiliseringsprotokoll eller retningslinjer. Erfaring med bruk av sengesykkel fra både et pasient- og sykepleieperspektiv vil også være interessant å få mer kunnskap om.

### **Takksigelse**

Vi ønsker å takke hver og en som bidro til gjennomføringen av denne studien og særlig deltakerne som stilte til intervju.

## Litteraturliste

1. Stubberud D-G. Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I: Stubberud D-G, Gulbrandsen T., red. Intensivsykepleie. 4 utgave. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2020a. s.27-38.
2. Buanes EA, Kvåle R, Barrat-Due A. Norsk intensiv- og pandemiregister Årsrapport for 2020 med plan for forbedringstiltak versjon 1.0.2021 Lastet ned 20.09.2021 fra <https://helse-bergen.no/norsk-intensivregister-nir/arsrapportar>.
3. Parry SM, Puthuchery ZA. The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. *Extrem Physiol Med.* 2015;4(1):16. <https://doi.org/10.1186/s13728-015-0036-7>
4. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long terms complications of critical care. *Critical care medicine*, 2011-02, Vol.39 (2) <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3181fd66e5>.
5. Dirkes SM, Kozlowski C. Early Mobility in the Intensive Care Unit: Evidence, Barriers, and Future Directions. *Crit Care Nurse.* 2019;39(3):33-42. <https://doi.org/10.4037/ccn2019654>
6. Marra A, Ely EW, Pandharipande PP, Patel MB. The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Crit Care Clin.* 2017;33(2):225-43. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>
7. Denehy L, Lanphere J, Needham DM. Ten reasons why ICU patients should be mobilized early. *Intensive Care Med.* 2017;43(1):86-90. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4513-2>
8. Stubberud D-G. Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I: Stubberud D-G, Gulbrandsen T, red. Intensivsykepleie. 4 utgave. Oslo: Cappelen Damm AS; 2020b. s.42-70.
9. Joseph I, McCauley R. Impact of Early Mobilization in the Intensive Care Unit on Psychological Issues. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2019;31(4):501-505. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.07.005>
10. Schaller SJ, Anstey M, Blobner M, Edrich T, Grabitz SD, Gradwohl-Matis I, et al. Early, goal-directed mobilisation in the surgical intensive care unit: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2016;388(10052):1377-88. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31637-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31637-3)
11. Liew SM, Mordiffi SZ, Ong YJA, Lopez V. Nurses' perceptions of early mobilisation in the adult Intensive Care Unit: A qualitative study. *Intensive Crit Care Nursing.* 2021;65. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103039>
12. Mikkelsen ME, Netzer G, Iwashyna T. Post-intensive Care Syndrome (PICS). *UpToDate.* mars 2022.
13. Fuest K, Schaller SJ. Recent evidence on early mobilization in critical-ill patients. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2018;31(2):144-50. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000568>

14. Halvorsen K, Jensen JF, Collet MO, Olausson S, Lindahl B, Sætre Hansen B, et al. Patients' experiences of well-being when being cared for in the intensive care unit-An integrative review. *J Clin Nurs*. 2022;31(1-2):3-19. <https://doi.org/10.1111/jocn.15910>
15. Stubberud D-G, Bakkelund J, Thorsen BH. Intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt respirasjonsvikt. I: Stubberud D-G, Gulbrandsen T, red. *Intensivsykepleie*. 4 utgave. Oslo: Cappelen Damm AS; 2020. s.305-325.
16. Parry SM, Nydahl P, Needham DM. Implementing early physical rehabilitation and mobilisation in the ICU: institutional, clinician, and patient considerations. *Intensive Care Med*. 2018;44(4):470-3. <https://doi.org/10.1007/s00134-017-4908-8>
17. Stollendorf DP, Dietrich MS, Chidume T, McIntosh M, Maxwell CA. Nurse-Initiated Mobilization Practices in 2 Community Intensive Care Units: A Pilot Study. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2018;37(6):318-23. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000320>
18. Duncan C, Hudson M, Heck C. The impact of increased weekend physiotherapy service provision in critical care: a mixed methods study. *Physiotherapy Theory and Practice*. 2015;31(8):547-55. <https://doi.org/10.3109/09593985.2015.1060657>
19. Hodgson CL, Schaller SJ, Nydahl P, Timenetsky KT, Needham DM. Ten strategies to optimize early mobilization and rehabilitation in intensive care. *Critical Care*. 2021;25:324 <https://doi.org/10.1186/s13054-021-03741-z>
20. Corner EJ, Murray EJ, Brett SJ. Qualitative, grounded theory exploration of patients' experience of early mobilisation, rehabilitation and recovery after critical illness. *BMJ Open*. 2019;9(2) <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026348>
21. Dubb R, Nydahl P, Hermes C, Schwabbauer N, Toonstra A, Parker AM, et al. Barriers and Strategies for Early Mobilization of Patients in Intensive Care Units. *Ann Am Thorac Soc*. 2016;13(5):724-730. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201509-586CME>
22. Wang J, Xiao Q, Zhang C, Jia Y, Shi C. Intensive care unit nurses' knowledge, attitudes, and perceived barriers regarding early mobilization of patients. *Nursing in Critical Care*. 2020;25(6):339-345. <https://doi.org/10.1111/nicc.12507>
23. Falk AC, Schandl A, Frank C. Barriers in achieving patient participation in the critical care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2019;51:15-9. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.11.008>
24. Parry SM, Remedios L, Denehy L, Knight LD, Beach L, Rollinson TC, et al. What factors affect implementation of early rehabilitation into intensive care unit practice? A qualitative study with clinicians. *Journal of Critical Care*. 2017;38:137-43. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.11.005>
25. Bilodeau C, Gallagher F, Tanguay A. Early mobilization of mechanically ventilated patients: Nursing practice in Quebec intensive care units. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*. 2018;29(4):21-8.

26. Cooper D, Gasperini M, Parkosewich JA. Nurses' Perceptions of Barriers to Out-of-Bed Activities Among Patients Receiving Mechanical Ventilation. *American Journal of Critical Care*. 2021;30(4):266-74. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021801>
27. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utgave: Universitetsforlaget; 2017.
28. Polit D. F. & Beck C. T. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11. utgave. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
29. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3 utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
30. Johannessen A, Tuft, P.A., Christoffersen L. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 6. utgave. Oslo: Abstrakt forlag; 2021.
31. Universitet i Oslo. Tjenester for Sensitive Data (TSD) [updated mars 2022. Available from: <https://www.uio.no/tjenester/it/forskning/sensitiv/>.
32. OsloMet storbyuniversitet. *Behandling av lydfiler i forskning 2016* [updated 31.03.2022. Available from: <https://ansatt.oslomet.no/behandling-lydfiler-forskning>.
33. OsloMet storbyuniversitet. *Forskningsetikk 2020* [Available from: <https://ansatt.oslomet.no/forskningsetikk>.
34. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57.
35. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
36. Braun V., Clarke V., Hayfield N., Terry G.(2019) *Thematic analysis I*: Liamputtong P. red. *Handbook of research methods in Health Social science*. Springer, Singapore. s. 843-860. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4\\_103](https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103)
37. Chaplin T, McLuskey J. What influences nurses' decision to mobilise the critically ill patient? *Nurs Crit Care*. 2020;25(6):353-9. <https://doi.org/10.1111/nicc.12464>
38. Cassina T, Putzu A, Santambrogio L, Villa M, Licker MJ. Hemodynamic challenge to early mobilization after cardiac surgery: A pilot study. *Annals of Cardiac Anaesthesia*. 2016;19(3):425-32.
39. Li Z, Peng X, Zhu B, Zhang Y, Xi X. Active mobilization for mechanically ventilated patients: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2013;94(3):551-61. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.10.023>
40. NSF's Landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. vedtatt 20. september 2017.

41. Crowe S, Brook A, Haljan G. Continuous Renal Replacement Therapy and mobilization: Yes, it is possible. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*. 2019;30(1):12-6.
42. Laerkner E, Egerod I, Olesen F, Toft P, Hansen HP. Negotiated mobilisation: An ethnographic exploration of nurse-patient interactions in an intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2019;28(11-12):2329-2339. [https://doi 10.1111/jocn.14828](https://doi.org/10.1111/jocn.14828)
43. Hickmann CE, Castanares-Zapatero D, Bialais E, Dugernier J, Tordeur A, Colmant L, et al. Teamwork enables high level of early mobilization in critically ill patients. *Annals of Intensive Care*. 2016;6(1):80. [https://doi 10.1186/s13613-016-0184-y](https://doi.org/10.1186/s13613-016-0184-y)
44. Nortvedt P. *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk*. 3 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2021.
45. Nydahl P, McWilliams D, Weiler N, Borzikowsky C, Howroyd F, Brobeil A, et al. Mobilization in the evening to prevent delirium: A pilot randomized trial. *Nurs Crit Care*. 2021. <https://doi.org/10.1111/nicc.12638>
46. Lang JK, Paykel MS, Haines KJ, Hodgson CL. Clinical Practice Guidelines for Early Mobilization in the ICU: A Systematic Review. *Crit Care Med*. 2020;48(11):1121-1128 [https://doi:10.1097/CCM.0000000000004574](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000004574)
47. Puthuchery ZA, Rawal J, McPhail M, Connolly B, Ratnayake G, Chan P, et al. Acute Skeletal Muscle Wasting in Critical Illness. *JAMA*. 2013;310(15):1591-600. [https://doi 10.1001/jama.2013.278481](https://doi.org/10.1001/jama.2013.278481)
48. Robstad N, Söderhamn U, Fegran L. Intensive care nurses' experiences of caring for obese intensive care patients: A hermeneutic study. *Journal of Clinical Nursing*. 2018;27(1-2):386-95. [https://doi 10.1111/jocn.13937](https://doi.org/10.1111/jocn.13937)
49. Gamst L, Moutafi MB, Jensen Hi. Pasienter på intensivt afsnitt er glade for sengecykling. *Sykeplejersken*. 2015;7.
50. Krupp AE, Ehlenbach WJ, King B. Factors Nurses in the Intensive Care Unit Consider When Making Decisions About Patient Mobility. *American Journal of Critical Care*. 2019 Jul, doi:<https://doi.org/10.4037/ajcc2019624>
51. Hunter OO, George EL, Ren D, Morgan D, Rosenzweig M, Tuite PK. Overcoming nursing barriers to intensive care unit early mobilisation: a quality improvement project. *Intensive and Critical Care nursing*. 2017;40: 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.10.005>

## **Del 2. Presentasjon av kappe**

### **1.0 Innledning**

Min masteroppgave er artikkel basert masteroppgaven i henhold til gitt rammeplan (Oslomet, 2020). Det betyr at hele kappen som denne delen utgjør, må leses i sammenheng med artikkelen. Kappen utdyper noen utvalgte temaer som kan knyttes til mitt masterprosjekt og derfor kan noen tema være overlappende i kappe og artikkel. Hensikten med kappen er å reflektere om egen forforståelse tilknyttet tidlig mobilisering og beskrive intensivsykepleierens ansvar for fagutvikling og forskning, som ikke belyses godt nok i artikkelen grunnet artikkelens ordramme. Intensivsykepleierens forebyggende og behandlende funksjon som er essensielt i forhold til tidlig mobilisering beskrives også i denne kappen.

#### *1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling*

Kandidaten er nyutdannet intensivsykepleier og jobber på en generell intensivavdeling med både medisinske og kirurgiske intensivpasienter. Interesse for tema, egen erfaring og ulik praksis for tidlig mobilisering observert på ulike typer intensivavdelinger under praksisperioden danner grunnlag for valg av tema. Til tross for at forskning viser at tidlig mobilisering gir bedre fysisk og kognitivt funksjonsnivå ved endt sykehusopphold (Dirkes & Kozlowski, 2019), viser annen forskning at tidlig mobilisering ikke er praktisert godt eller ofte nok grunnet ulike barrierer og utfordringer (Barber et al., 2015; Dubb et al., 2016; Wang et al., 2020). Gjennom grundige artikkelsøk i forskjellige databaser er det funnet studier innenfor tematikk som er internasjonale empiriske studier, men få nasjonale studier, noe som underbygger behovet for å gjøre en slik studie i Norge.

Målet med denne masteroppgaven var i tillegg å tilegne meg kunnskap om vitenskapelig metode, som i dette tilfelle er kvalitativ metode. Jeg ønsker å belyse erfaringer intensivsykepleiere har med tidlig mobilisering av intensivpasienter. Videre ønsker jeg å bringe resultatene ut i praksis i håp om å kunne forbedre dagens praksis og sette mer fokus på viktigheten av tidlig mobilisering av intensivpasienter. Derfor velger jeg å skrive en vitenskapelig forskningsartikkel til tidsskriftet, «Inspira» som er et aktuelt tidsskrift for å formidle funnene fra studien til intensivsykepleiere og sykepleiere som jobber på en intensivavdeling. Artikkelen er skrevet etter retningslinjer til tidsskriftet og fulgt forfatterveiledningen (Inspira, 2020) Se vedlegg no. 9.

Forskerrollen var helt nytt for meg, og hele prosessen har vært både spennende, lærerikt og krevende. Utfordringene som oppsto underveis prosessen er også tatt opp på masterseminarer, og medstudenter og lærere har bidratt med viktige innspill i prosessen. I kvalitativ metode kan forforståelse spille en vesentlig rolle, i og med at forskeren selv er instrumentet og at data utvikles i samspill mellom forsker og deltagere (Malterud, 2017). I denne kappen ønsker jeg derfor å reflektere over hvordan bevissthet om egen forforståelse, refleksivitet og validitet er ivaretatt gjennom studien. På bakgrunn av dette er hovedproblemstillingen i kappen stilles slik:

*«Hvordan er bevissthet om egen forforståelse, refleksivitet og validitet ivaretatt gjennom studien?»*

### *1.2 Kappens avgrensning*

I denne kappen kommer jeg til å reflektere rundt egen forforståelse, blant annet hvordan jeg har gått frem for at studien i minst mulig grad skal bli påvirket av min forforståelse. Jeg kommer til å beskrive hvordan refleksivitet og validitet ivaretas under hele prosjektet. Teori tilknyttet tidlig mobilisering er presentert i artikkelen, og redegjøres derfor ikke tilstrekkelig i kappen grunnet kappens ordramme.

### *1.3 Kappens oppbygning*

Kapittel 2 innledes med kort presentasjon om tidlig mobilisering, og deretter beskrives intensivsykepleierens ulike funksjonsområder tilknyttet tidlig mobilisering av intensivpasienter og samt intensivsykepleierens ansvar for fagutvikling og forskning.

Utdypning av valgt forskningsmetode i studien, reliabilitet, validitet og refleksivitet er gjort i kapittel 3. Videre i kapittelet 4 drøftes studiens validitet i lys av min forforståelse og kappens problemstilling. Kappen avsluttes i kapittel 5 med refleksjon over hvilken betydning studien kan ha for praksis.



## **2.0 Teoretisk bakgrunn**

### *2.1 Tidlig mobilisering*

Tidlig mobilisering er mobilisering som iverksettes innen 72 timer etter innleggelse på intensivavdelingen (Bein et al., 2015; Fuest & Schaller, 2018). Intensivpasienter kan tape opptil 25% av muskelmasse i løpet av 4 dagers intensivopphold grunnet sengeleie (Marra et al., 2017). Tap av muskelmasse er større hos intensivpasientene med multiorgansvikt enn hos de med kun en organsvikt (Puthuchearry et al., 2013). Tidlig innsats med mobilisering og fysisk aktivitet kan være med på å begrense denne utviklingen hos intensivpasienter (Denehy et al., 2017)). En systematisk oversikt fra år 2013 konkluderte med at tidlig aktiv mobilisering har positive utfall på intensivpasienter og viste at intensivpasienter som mottok mekanisk ventilasjonsstøtte hadde bedring i funksjonsstatus (Li et al., 2013).

Andre studier har vist at tidlig mobilisering i form av sengesykling under intensivopphold har gitt bedre subjektiv følelse av velvære seks måneder etter utskrivelse fra sykehuset (Halvorsen et al., 2022). Muskelvenepumpen i underekstremitetene stimuleres, som igjen øker pasientens blodtrykk og dermed bedre kroppens sirkulasjon. I tillegg kan sengesykling ha en lindrende effekt på smerter i underekstremitetene og hjelpe med å forebygge obstipasjon og tarmparalyse (Gamst et al., 2015).

### *2.2 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved tidlig mobilisering.*

Intensivsykepleierens yrkesutøvelse styres av både yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (NSF,1983), funksjon og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (NSFLIS, 2017), lov om pasient- og brukerrettighetsloven ( pasient-og brukerrettighetsloven, 2001), lov om helsepersonelloven (helsepersonelloven,2001) og lov om spesialisthelsetjeneste (Spesialisthelsetjenesteloven, 2001). Tidlig mobilisering kan knyttes til både rehabiliterende, behandlende og forebyggende funksjonsområde til intensivsykepleieren og er direkte pasientrettet (Stubberud, 2020). Gjennom tidlig mobilisering prøver en å hjelpe pasienten til å gjenvinne funksjonene pasienten hadde før pasienten ble rammet av sykdom eller skade, det kan knyttes til rehabiliterende funksjonsområde til intensivsykepleieren (Denehy et al., 2017). Intensivsykepleierens behandlende funksjon innebærer å kontinuerlig vurdere pasientens ressurser og gjennomfører systematiske tiltak for å bevare, styrke eller gjenopprette funksjonell kapasitet (NSFLIS, 2017). I den behandlende funksjonen omfatter

også samarbeid med andre faggrupper, for eksempel, fysioterapeut, anestesileger og radiograf, hvor intensivsykepleieren må koordinere behandling.

Intensivsykepleierne jobber for å forebygge ytterligere forverring av intensivpasientens tilstand. Tidlig mobilisering faller derfor også under intensivsykepleierens forebyggende funksjon siden gjennom den prøver intensivsykepleieren å minske eller hindre komplikasjoner som kunne ha oppstått grunnet sengeleie (Stubberud, 2020, s.52).

Intensivsykepleieren er hos intensivpasienten gjennom hele døgnet (24/7), og kan dermed planlegge og tilrettelegge for mobilisering ut ifra hvor stabil pasienten er, hvilke undersøkelser som er planlagt og samtidig legge til rette for hvile. Min forforståelse er at intensivsykepleieren kjenner pasienten best, nettopp fordi vi er hos pasienten hele tiden og kan påvirke både oppstart, planlegging og gjennomføring av mobilisering. Våre observasjoner før, under og etter tidlig mobilisering er meget viktig og skal dokumenteres. Vi skal være varsomme med overvåkningsutstyr, koble av unødvendige utstyr og samtidig sikre godt overvåkningsutstyr og annet utstyr som er tilkoblet pasienten under mobilisering (Stolldorf et al., 2018). Vi skal utøve faglig forsvarlig praksis og skal ikke påføre mer skade av de tiltakene vi iverksetter (Nortvedt, 2021). Ved mobilisering av en intubert pasient, skal det alltid være intuberingsutstyr klart og lett tilgjengelig. Dersom det gjelder trakeostomerte pasienter, skal det være en trakealkanyle som er en størrelse mindre, lett tilgjengelig (Stubberud et al., 2020). Det kan være svært ubehagelig og kan utløse bronkospasme dersom det blir mye drag i tuben, derfor er det viktig at det er en personell som holder på tuben og svivel for å forhindre mye drag og bevegelse.

### *2.3 Intensivsykepleierens ansvar for forskning og fagutvikling.*

Norsk sykepleierforbunds Landsgruppe for intensivsykepleiere (NSFLIS) beskriver at intensivsykepleier skal initiere, samarbeide om og ta ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning (NSFLIS, 2017; Stubberud, 2018). Både helsepersonelloven og etiske retningslinjer til sykepleiere pålegger intensivsykepleieren krav om faglig forsvarlighet og samtidig bidra til fagutvikling og forskning (Stubberud, 2020). Intensivmedisin er i stadig utvikling og det utvikler stadig mer avansert medisinsk behandling, og det stilles store krav til oss intensivsykepleierne for å holde seg faglig oppdatert parallelt med skjerpet krav til kvalitet og pasientsikkerhet (Stubberud, 2018). Lovverket stiller krav om at vår yrkesutøvelse skal være faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, Specialisthelsetjenesteloven; 2001). Det

stilles større krav til å jobbe kunnskapsbasert og bidra til økt pasientsikkerhet.

Intensivsykepleie innebærer å kontinuerlig ha pasienten i fokus, og ethvert helsepersonell skal jobbe pasientorientert. Vår kliniske erfaring, samt kunnskap fra vitenskapelige publikasjoner bidrar til at kunnskap blir praktisert på en kunnskapsbasert måte (Nortvedt et al., 2021). For å kunne jobbe selvstendig som intensivsykepleier og kunne begrunne de valgene vi tar på en faglig forsvarlig måte, skal praksisutøvelsen være kunnskapsbasert. Intensivsykepleieren skal kunne anerkjenne flere kunnskapsformer og inkluderer pasienters og pårørendes erfaringskunnskap i sin utøvelse (NSFLIS, 2017).

Under min praksisperiode reflekterte jeg over at erfarne intensivsykepleiere hadde en forventning til å få oppdatert kunnskap fra vi som var studenter. Studenter innhenter kunnskap fra vitenskapelige artikler og lærebøker. Intensivsykepleiernes arbeidshverdag er ofte preget av travelhet og derfor kan det være liten plass for å innhente kunnskap gjennom oppdatert forskning, hvilket medfører at det kan være lettere og mindre tidskrevende å fortsette gjøre som man er vant til å gjøre. Derfor ønsker jeg at min artikkel kan bidra til bevisstgjøring og nytenking av de valgene som intensivsykepleiere gjør i sin arbeidshverdag.

### 3.0 Metodisk refleksjon

#### 3.1 Presentasjon av forskningsmetode i studien

Hensikten med masterprosjektet er å belyse intensivsykepleierens erfaringer og kunnskap med tidlig mobilisering av intensivpasienter. Derfor er det benyttet kvalitativ tilnærming ved semi-strukturerte individuelle dybdeintervjuer, da dette ble vurdert som mest hensiktsmessig for gitt problemstilling (Malterud, 2017). Tjora (2021, s.114) mener at dybdeintervjuer er egnet metode når man skal undersøke informantenes meninger, erfaringer og holdninger. Data ble innhentet i form av intensivsykepleierens erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter. Det kan være sårbar informasjon for den enkelte deltakeren dersom det har vært vanskelig pasientsituasjon. Dette er reflektert over sammen med veileder i forkant av studien, og vurdert som ikke sårbar og kritisk informasjon i forskningsetisk sammenheng. Regional Etisk Komitee (REK) godkjenning, er derfor ikke innhentet ( Den nasjonale forskningsetiske komite`, 2009).

Kriteriene for en god kvalitativ forskning er at forskningen skal være relevant og viktig, og gjennomføres ved hjelp av metoder som er mest passende for den gitte problemstillingen (Lofthus, 2019). Jeg har opparbeidet godt kunnskapsgrunnlag om temaet før intervjuene skulle startes. Litteratursøk i kunnskapspyramiden er gjort grundig. Det er tatt kvalitetsvurdering av artiklene som er inkludert (Helsebiblioteket, 2016).

Reliabilitet, validitet og forskerens evne til refleksivitet og åpenhet bør komme til synet gjennom forskningsprosessen (Lofthus, 2019; Polit & Beck, 2020). Jeg kommer til å presentere disse kriteriene i kapitlene 3.2, 3.3 og 3.4 henholdsvis.

Strategisk utvalg er benyttet for å sikre mest mulig relevante datamateriale (Johannessen et al., 2021). Problemstillingen vil bli belyst ved at deltagerne i denne masterstudien hadde erfaring av dels å være utdannet som intensivsykepleiere samt å ha erfaring av å utføre tidlig mobilisering av intensivpasienter. Studien er utført på en intensivavdeling med sju intensivplasser på Østlandet. Avdelingsledelsen på avdelingen hvor studien ble gjennomført, fikk skriftlig informasjon om studien (vedlegg 6) som var opparbeidet av meg i samråd med veilederen. Deretter rekrutterte avdelingsledelsen deltakere ut ifra inklusjonskriterier i studien. Inklusjonskriterier var at deltakerne skulle være intensivsykepleiere med minst 2 års arbeidserfaring fra intensivavdeling. Intensivsykepleiere som kun jobbet i nattstilling, ble

ekskludert siden den type mobilisering som er aktuell for denne studien, foregår på dagtid eller kveldstid.

Etter at avdelingsledelsen var ferdig med rekruttering av deltagerne til studien, ble jeg kontaktet av avdelingsledelsen. Deltakerne i studien fikk både skriftlig og muntlig informasjon om studien av meg i forkant av intervju. Det ble presisert hvordan intervjuene skulle bli lagret og at alle intervjuene ville bli transkribert og at identifiserbar data ble aidentifisert. Informantene godkjente sin deltagelse gjennom å signere på et samtykkeskjema før intervju startet (vedlegg 6). Intervjuene ble gjennomført på møterom i arbeidstiden til de enkelte informantene. I kvalitative studier ønsker man at datamateriale skal reflektere deltagerne og deres meninger i størst mulig grad (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017; Postholm & Jacobsen, 2018). Semistrukturerte intervjuer, som er brukt i denne studien, tillater forskeren til å stille åpne spørsmål samtidig som deltakerne kan selv forme svarene (Johannessen et al., 2021). Intervjuguiden hjelper både intervjueren og informanten til å holde orden på de mange spørsmålene (Tjora, 2021).

Forskeren må også være åpen for uventede fenomener som deltagerne knyttet til tema og samtidig fokusere på tema som undersøkes (Malterud, 2017; Postholm & Jacobsen, 2018). Intervju hadde varighet på 30-40 minutter. Etter samråd med veilederen ble det første intervjuet transkribert innen den neste intervjuet ble gjennomført. Dette bidro til at jeg ble bedre forberedt innen neste og kunne reflektere over innholdet i intervjuet.

### *3.2 Reliabilitet*

Reliabilitet betyr pålitelighet, dvs. hvorvidt vi kan stole på funnene fra forskning (Johannessen et al., 2021). I kvalitativ forskning kan man si at forskeren selv er instrumentet (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved intervju er det mange observasjoner som forskeren bør tolke, mye data som skal tolkes og transkriberes, det er viktig at dette blir gjort av den som intervjuer for å sikre høy reliabilitet (Larsen, 2017). Johannessen et. al (2021) råder forskerne til å gjøre datasamling grundig og systematisk for å sikre høy reliabilitet. Jeg valgte derfor å ikke utføre mer enn ett intervju per dag. Påliteligheten styrkes vet at kandidaten har intervjuet informantene selv og transkribert like i etterkant samme dag mens intervjuene er ferskt i minne (Tjora, 2021). Det er transkribert ordrett første gang, men uten gjenkjennende navn og andre informasjon. I neste omgang ble intervjuene ytterligere anonymisert ved blant annet å erstatte dialekter med bokmål, og/eller fjerne gjenkjennende ord og uttrykk. For å kontrollere transkripter opp mot lydfiler ble de transkriberte intervjuene gjennomgått en gang til mens

intervjuet ble spilt av, som anbefalt av blant annet Malterud (2017). Dataene er behandlet systematisk under hele analyseprosessen i tråd med Braun og Clarke (2006) sin tematiske analyse.

### *3.3 Validitet*

Validitet handler om gyldighet, helt fra begynnelsen av studiet ved tematisering til endelig rapportering, gjennom hele intervju undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2015, s.278). Kvale & Brinkmann (2015) mener at validering skal gjøres i syv stadier fra tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysing, validering og rapportering. Det første trinn er ved tematisering hvor studiens gyldighet er avhengig av teoretisk forankring. Det andre trinnet er ved planlegging som der på metoden som er brukt eller planlagt for datasamling ut ifra studiens problemstilling. Det tredje trinnet mener Kvale & Brinkmann (2015) at selve intervju skal også valideres kontinuerlig ved å bekrefte meningen om det som blir sagt av intervjupersonen. Samtidig kvaliteten av lyd og troverdigheten av intervjupersonen bør også tas til betraktning. Det fjerde trinnet er ved transkribering, kan det reises spørsmål om hvorvidt de var gyldige ved valg av språkstil når det muntlige skal gjøres om til det skriftlige. Det femte trinnet, er ved analysing, skal fortolkningene være logiske. Jeg har benyttet Braun, Hayfield, Terry & Clarke sin modell (2019) for tematisk analyse for data analysing i tillegg til modellen fra (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse metoden er brukt strukturert og trinnvis i samarbeid med veilederen under hele analyse prosessen. Det sjette trinn som er validering hvor det skal gjennomføres valideringsprosedyre ved å gjøre en reflektert vurdering av hele prosessen. Det syvende og sist trinn handler om rapportering hvor funnene fra studien skal gis som en rapport til leserne (Kvale & Brinkmann, 2015) .

### *3.4 Refleksivitet*

Refleksivitet innebærer at vi erkjenner og overveier betydningen av forskerens ståsted i forskningsprosessen (Malterud, 2017). Lofthus (2019) mener at forskeren bør være refleksiv i alle avgjørelser en tar i forskningsprosessen. Malterud (2017) sier også at nærhet til feltet kan vanskeliggjøre refleksivitet i forskning, derfor skal man alltid tenke over hvilke briller man har på seg når man leser over dataene og gjennom hele tolkningsprosessen. Det er ekstra viktig å konsentrere seg om egen forforståelse i kvalitative forskningsprosessen, da empiriske data på best mulig måte skal reflektere deltakernes erfaringer og meninger. Forskeren har alltid forkunnskaper om feltet som er relatert til både personlige og profesjonelle erfaringer,

som kan påvirke forskningsresultatet. Refleksivitet handler ikke om å fjerne disse, men være ærlig på hva disse forkunnskapene innebærer (Lofthus, 2019). Videre fremhever Lofthus viktigheten av forskerens evne til å se seg selv, være åpen og ærlig gjennom hele forskningsprosessen. Refleksivitet innebærer å kunne reflektere over sin egen rolle som forsker, og dette styrker forskningens kvalitet.

#### **4.0 Drøfting i lys av min forforståelse og validitet.**

Malterud skriver at forforståelse er den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet, før prosjektet starter (Malterud, 2017, s.44). Denne forforståelse påvirker måten vi samler, leser og tolker våre data på. Min forforståelse er basert på teoretisk kunnskap fra lærebøker, litteratur og forelesninger, og praktisk arbeidserfaring fra ulike sykehusavdelinger. Jeg har tilegnet meg teoretiske kunnskap fra vitenskapelig artikler og lærebøker at tidlig mobilisering gir rekke med helsegevinster for pasientene, men ofte blir pasientene liggende på intensivavdelingen liggende uten noen form av aktiviteter. Jeg har fortalt om min nysgjerrighet til mine kontaktsykepleiere, der svaret ofte er manglende ressurs og tid. Svaret fra praksisveiledere har også preget min forforståelse. Forforståelsen min har vært en viktig del for min motivasjon for å forske på tidlig mobilisering.

Det er ekstra viktig å konsentrere seg om sin forsker rolle når man har nærhet til feltet (Malterud, 2017), og jeg har reflektert over hvordan mitt kunnskapsgrunnlag kan påvirke analyseprosessen. Derfor her jeg samarbeidet med min veileder under analyseprosessen, slik at jeg ikke faller i fallgruven hvor min forforståelse overdøver budskapet fra deltakernes erfaringer og meninger slik som Malterud (2017, s.45) påpeker. Jeg har stilt åpne spørsmål fra intervjuguiden, og brukt «hva mener du med...?» der det var behov for mer oppklaring, istedenfor å spørre, « du mener vel...?». Kvale & Brinkmann (2015) ønsker forskeren å reflektere over mulige konsekvenser for både de deltakerne og den gruppen deltakerne representerer (Kvale & Brinkmann, 2015, s.107).

Under intervjuet innledet jeg samtale med dagligdags spørsmål, for eksempel, jeg spurte hvor lenge de hadde jobbet på den avdelingen og hvordan de hadde det, dette for at informantene skal føle seg komfortabel og imøtekommet. Tjora anbefaler også å prate litt vidt til å begynne med og mener at dette kan føre til en mer avslappet situasjon og det er en viktig forutsetning for å lykkes med dybdeintervjuer (Tjora, 2021). Ivaretagelse av anonymitet og konfidensialitet, og deltagerens mulighet til å trekke seg fra studien uten å måtte forklare, ble presisert en gang til før intervju startet. Det første intervjuet var relativt kort og varte kun i 20 minutter, og berodde på at deltaker ikke hadde mye erfaringer med tidlig mobilisering, å fortelle. Jeg merket at det ble litt stille og intervju ble kortere enn forventet og som følge av at intervjuerens rolle var ny for meg, så var jeg troligvis ikke nok oppmerksom på det å stille oppfølgingsspørsmål underveis. Det ble stilt spørsmål ut ifra intervjuguiden og ikke flere enn dette. Deltageren fortalte heller ingen egne og spontane eksempler om



mobiliseringssituasjonen. Dette reflekterte jeg over etter intervjuet var avsluttet, og ble bedre forberedt for neste intervju. Jeg spurte etter konkrete eksempler som deltaker kunne dele, «Fortell dine erfaringer om mobiliseringssituasjoner?» Avslutningsvis ved hvert intervju ble tingene som ble sagt rundet av, og fikk bekreftet innholdet i intervjuet. Dette bidrar også til økt validitet av studie. Deltagerne fikk mulighet til å legge til mer på slutten av intervju dersom noe var usagt.

Deltakerne hadde muligens følt seg mer komfortabel dersom intervju fant sted utenfor avdelingen. På grunn av pandemien og høyt belegg på den intensivavdelingen, fikk vi ikke mulighet til å dra fra avdelingen. I to av syv intervjuer fikk jeg inntrykk av at det hastet for deltakerne å bli ferdig med intervjuene. De måtte forlate pasientansvaret til annen kollega for å delta i intervjuet, eller at vi ble avbrutt fordi det ble meldt ny pasient til avdelingen. Man kan stille seg kritisk til kvaliteten på akkurat de to intervjuene, det kan tenkes at deltakerne hadde mer å fortelle enn de fikk sagt i intervjuet siden de ble avbrutt. Dette kan ha svekket validiteten på studien. Likevel fikk kandidaten rundet av intervjuet og fikk inntrykk av at viktige kunnskap og erfaringer kom frem. På annen side kan det tenkes kvaliteten på intervjuene blitt bedre dersom deltakerne hadde stilt opp på sin fritid. Dette er noe, Malterud også beskriver, at man må være oppmerksom på omstendigheter slik at deltakere ikke blir påført ekstra belastning for deltakere under datasamlingsprosess (Malterud, 2017).

Jeg har reflektert over utsagnene som har blitt sagt i intervjuene. Jeg har kjent meg selv igjen i situasjoner som ble fortalt under intervjuene. Jeg måtte sette egenforståelse til side så godt det lot seg å gjøre og bare lytte til informantene hele veien under intervju. Jeg tok imot alt av informasjon og ga tid til refleksjon og ettertanke. Kunnskapen som jeg har innhentet kunne ha blitt påvirket av oppfatning og kunnskap jeg har fra før, slik som Malterud (2017) også mener.

Jeg hadde nærhet til feltet, så det er ekstra viktig å stille åpne spørsmål for å bidra til validitet i studien. Forskningssykepleier på avdelingen hvor intervjuene ble gjennomført og veileder for masteroppgaven var med på å vurdere om intervjuguiden var dekkende til å få intensivsykepleierne til å dele sine erfaringer om tidlig mobilisering av intensivpasienter. Malterud (2017, s.42) anbefaler også å gjennomgå intervju spørsmålene sammen med en annen forsker for å identifisere egne blinde flekker slik at det underveis kan gjøres noe med.

Det ble gjennomført et pilotintervju med en kollega, for å teste intervjuguiden, intervjuteknikk, lyd kvalitet på diktafon og lagringsprosess. Gjennomføringen av pilotintervju bidro til å teste om spørsmålene var forståelige. Dette kan ha bidratt til å styrke indre validiteten i studien (Johannessen et al., 2021). Johannessen et al. (2021) skriver om ekstern validitet som betyr overførbarhet. Dersom det er andre mottakere som kjenner seg i de funnene, øker dette ekstern validitet (Kvale & Brinchmann, 2015). Funnene fra denne studien, kan med forsiktighet være overførbar til andre avdelinger, i den grad mottakerne kjenner seg i de funnene. Overføringsverdi er muligens grei til like avdelinger med samme pasientgruppe.

Kvale & Brinkmann (2015) er skeptiske til å generalisere funnene i kvalitativ forskning med intervjuundersøkelsen, grunnet få intervjupersonene. På denne bakgrunnen har funnene fra min studie ikke samme overføringsverdi til andre fagspesifikke intensivavdelinger som hjertekirurgisk hvor det er åpne hjerteopererte intensivpasienter, eller nevrokirurgisk hvor pasientene har behov for ro grunnet fare for økt intrakraniell trykk. Jeg har forsøkt å gjøre mitt forskningsarbeid transparent, for å kunne fremme studiens overførbarhet (Postholm & Jacobsen, 2018).

## **5.0 Konklusjon**

I denne kappen er det redegjort hvordan bevissthet om egen forforståelse, refleksivitet og validitet er ivaretatt gjennom studien. Jeg har fått økt kompetanse og forståelse for forskningsarbeid og tilegnet meg økt kunnskap og kompetanse angående tidlig mobilisering av intensivpasienter. Jeg håper at funnene fra denne studie kan bidra til økt kunnskap og ha positiv betydning for dagens praksis innenfor masteroppgavens tematikk, og jeg vil dele og formidle den videre til mine kollegaer. Derfor har jeg håp om å få artikkelen publisert i tidsskriftet «Inspira». Samtidig håper jeg at denne studien vil åpne for nye forskning innen samme tema.

## 6.0 Litteraturliste

- Barber, E. A., Everard, T., Holland, A. E., Tipping, C., Bradley, S. J., & Hodgson, C. L. (2015). Barriers and facilitators to early mobilisation in Intensive Care: a qualitative study. *Aust Crit Care*, 28(4), 177-182; <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2014.11.001>
- Bein, T., Bischoff, M., Brückner, U., Gebhardt, K., Henzler, D., Hermes, C., Lewandowski, K., Max, M., Nothacker, M., Staudinger, T., Tryba, M., Weber-Carstens, S., & Wrigge, H. (2015). S2e guideline: positioning and early mobilisation in prophylaxis or therapy of pulmonary disorders : Revision 2015: S2e guideline of the German Society of Anaesthesiology and Intensive Care Medicine (DGAI). *Anaesthesist*, 64 Suppl 1, 1-26. <https://doi.org/10.1007/s00101-015-0071-1>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun V., Clarke V., Hayfield N., Terry G.(2019) Thematic analysis I: Liamputtong P. red. *Handbook of research methods in Health Social science*. Springer, Singapore. s. 843-860. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4\\_103](https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103)
- De nasjonale forskningsetiske komiteene, for medisin og helsefag (NEM). (2009). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/publikasjoner/veiledning-kvalitative-forskningsprosjekt-medisin-og-helsefag/>
- Denehy, L., Lanphere, J., & Needham, D. M. (2017). Ten reasons why ICU patients should be mobilized early. *Intensive Care Med*, 43(1), 86-90. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4513-2>
- Dirkes, S. M., & Kozlowski, C. (2019). Early Mobility in the Intensive Care Unit: Evidence, Barriers, and Future Directions. *Crit Care Nurse*, 39(3), 33-42. <https://doi.org/10.4037/ccn2019654>
- Dubb, R., Nydahl, P., Hermes, C., Schwabbauer, N., Toonstra, A., Parker, A. M., Kaltwasser, A., & Needham, D. M. (2016). Barriers and Strategies for Early Mobilization of Patients in Intensive Care Units. *Ann Am Thorac Soc*, 13(5), 724-730. <https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201509-586CME>
- Fuest, K., & Schaller, S. J. (2018). Recent evidence on early mobilization in critical-III patients. *Curr Opin Anaesthesiol*, 31(2), 144-150. <https://doi.org/10.1097/aco.0000000000000568>
- Gamst, L., Moutafi, M. B., & Jensen, H. I. (2015). Pasienter på intensivt afsnitt er glade for sengecykling. *Sygeplejersken*, 7.
- Halvorsen, K., Jensen, J. F., Collet, M. O., Olausson, S., Lindahl, B., Saetre Hansen, B., Lind, R., & Eriksson, T. (2022). Patients' experiences of well-being when being cared for in the intensive care unit-An integrative review. *J Clin Nurs*, 31(1-2), 3-19. <https://doi.org/10.1111/jocn.15910>
- Helsebiblioteket (2016). Kunnskapsbasert praksis. *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie*. Hentet fra: [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

- Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell m.v. *Lovdata*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- INSPIRA (2020). Inspira : tidsskrift for anestesi- og intensivsykepleiere. *Inspira : tidsskrift for anestesi- og intensivsykepleiere*. <https://inspiratidsskrift.no/index.php/inspira/guidelines>
- Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (6. utgave) Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3 utgave.). Gyldendal akademisk.
- Larsen, A. K. (2017). *En enklere metode: veiledning i samfunnsvitenskapelig forskningsmetode* (2. utgave.). Fagbokforlaget.
- Li, Z., Peng, X., Zhu, B., Zhang, Y., & Xi, X. (2013). Active mobilization for mechanically ventilated patients: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil*, 94(3), 551-561. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.10.023>
- Lofthus, L. G. (2019). Bruk av teori for økt refleksivitet i praksis. . In *Metode mellom forskning og læring: Refleksjon i praksis*.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utgave.). Universitetsforlaget.
- Marra, A., Ely, E. W., Pandharipande, P. P., & Patel, M. B. (2017). The ABCDEF Bundle in Critical Care. *Critical care clinics*, 33(2), 225-243. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2016.12.005>
- Norsk Sykepleier Forbund (NSF) (1983) Yrkesetikeretningslinjer for sykepleiere. revidert 2019. Hentet fra : <https://www.nsf.no/etikk/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt G.& Gundersen, M.W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert !* (3 utgave) Oslo: Cappelen Damm Akademisk
- Nortvedt, P. (2021). *Omtanke: Innføring i sykepleieetikk* (3. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- NSFs Landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier., (2017). <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxIgGckwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>
- OsloMet Storbyuniversitet. (2020). *Masterhåndboken*. Fakultet for helsevitenskap.
- Pasient-og brukerrettighetsloven. (2001) Lov om pasient og brukerrettigheter. *Lovdata*. Hentet fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Polit, D. F. og Beck, C. T. (2020) *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*.(11.utgave). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Postholm, M. B., & Jacobsen, D. I. (2018). *Forskningsmetode for masterstudenter i lærerutdanning* (1 utgave.) Cappelen damm Akademisk.

Puthuchearry, Z. A., Rawal, J., McPhail, M., Connolly, B., Ratnayake, G., Chan, P., Hopkinson, N. S., Padhke, R., Dew, T., Sidhu, P. S., Velloso, C., Seymour, J., Agle, C. C., Selby, A., Limb, M., Edwards, L. M., Smith, K., Rowleron, A., Rennie, M. J., Moxham, J., Harridge, S. D. R., Hart, N., & Montgomery, H. E. (2013). Acute Skeletal Muscle Wasting in Critical Illness. *JAMA*, *310*(15), 1591-1600. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.278481>

Spesialisthelsetjenesteloven (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. *Lovdata*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> spesialisthelsetjenesteloven

Stolldorf, D. P., Dietrich, M. S., Chidume, T., McIntosh, M., & Maxwell, C. A. (2018). Nurse-Initiated Mobilization Practices in 2 Community Intensive Care Units: A Pilot Study. *Dimens Crit Care Nurs*, *37*(6), 318-323. <https://doi.org/10.1097/dcc.0000000000000320>

Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal. '

Stubberud, D.-G. (2020). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I: D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (red.), *Intensivsykepleie* (4.utgave) Cappelen Damm AS s. 42-74

Stubberud, D.-G., Bakkelund, J., & Thorsen, B. H. (2020). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av akutt respirasjonsvikt. I: D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (red.), *Intensivsykepleie* (4.utgave). Cappelen Damm AS. s.305-325

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder* (4 utgave.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Wang, J., Xiao, Q., Zhang, C., Jia, Y., & Shi, C. (2020). Intensive care unit nurses' knowledge, attitudes, and perceived barriers regarding early mobilization of patients. *Nursing in Critical Care*, *25*(6), 339-345. <https://doi.org/10.1111/nicc.12507>

## **Vedlegg 1: NSD godkjenning**

(se neste side)

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## NSD sin vurdering

### Prosjekttittel

Tidlig mobilisering av intensivpasienter

### Referansenummer

281131

### Registrert

13.09.2021 av Kristin Halvorsen - kgroethe@oslomet.no

### Behandlingsansvarlig institusjon

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

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Kristin Halvorsen, kristin.halvorsen@oslomet.no, tlf: 92216250

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Karuna Shrestha, s191278@oslomet.no, tlf: 41290093

### Prosjektperiode

15.08.2021 - 31.12.2022

### Status

16.09.2021 - Vurdert

## Vurdering (1)

---

### 16.09.2021 - 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 med vedlegg den 16.09.2021 samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022.



## 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.

## 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 behandles 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: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen 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).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

## 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>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 2: Forespørsel til avdelingsledelsen

Til seksjonsledere ved Intensivavdelingen,

████████████████████

Jeg er masterstudent i intensivsykepleie ved OsloMet-storbyuniversitet. Jeg viser til tidligere samtale og henvender meg herved formelt til dere for å spørre om det er mulig å få gjennomføre prosjektet «Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med tidlig mobilisering av intensivpasienter?» Prosjektet er i forbindelse med min masteroppgave i intensivsykepleie ved OsloMet. Vedlagt er også informasjonsskriv om prosjektet for mer detaljert informasjon. Prosjektet er registret i prosjektregister på sykehuset for godkjenning og meldt NSD, Meldeskjema ref nr. 281131.

Hvis dere tillater at jeg kan få gjennomføre prosjektet ved dere intensivavdeling hadde jeg satt pris på om dere kan hjelpe meg med å rekruttere seks til åtte intensivsykepleiere for en-til-en intervju. Inklusjonskriterier er det skal være intensivsykepleier som har jobbet i minst 2 år på intensivavdelingen.

Deltagelse innebærer at deltagerer blir intervjuet om deres erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter. Intervjuet vil vare i ca. 45-60 minutter. Intervju foregår på et egnet rom på sykehuset i det tidsrommet som passer for den enkelte deltakeren.

Alt informasjon og data blir anonymisert og behandlet med konfidensielt i henhold til gjeldende prosedyrer for personvern ved OsloMet-storbyuniversitet. Jeg viser igjen til informasjonsskriv for mer om taushetsplikt og samtykke. Jeg håper på positivt svar.

På grunn av reglene ved OsloMet må jeg ha svaret skriftlig, men det kan gjerne gis på epost. Svaret vil lagres kryptert og passordbeskyttet, sammen med annen informasjon og vedlegges anonymisert med min masteroppgave.

Med vennlig hilsen

Karuna Shrestha

(masterstudent, e-post: [s191278@oslomet.no](mailto:s191278@oslomet.no))

Prosjektansvarlig og veileder er Kristin Halvorsen, professor, OsloMet-storbyuniversitet

E-post: [kristin.halvorsen@oslomet.no](mailto:kristin.halvorsen@oslomet.no)

### **Vedlegg 3: PVO godkjenning**

Hei Karuna,

Beklager noe sen tilbakemelding. PVO har ingen personvernmessige innvendinger mot at prosjektet gjennomføres slik som det er beskrevet i Prosjektregisteret. Videre sier PVO at data i utgangspunktet skal lagres ved OsloMet, ettersom det er de som er dataansvarlig. En forutsetning for overstående er at intervjuene er knyttet til helsepersonell og ikke pasienter ved [REDACTED]

Lykke til med prosjektet!

Med vennlig hilsen

[REDACTED]

Rådgiver, Ph.D

[REDACTED]

Forskningsavdelingen

Postboks [REDACTED]

Besøksadresse: [REDACTED]

Telefon [REDACTED]

[REDACTED]

## Vedlegg 4: Godkjenning fra avdelingsledelsen der studien ble utført

Karuna Shrestha

*6.1.1 Kopi til*

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

### Godkjenning av arbeidet med masteroppgaver i intensivseksjonen

Intensivseksjonen ved [REDACTED] er positive til å bistå studenten med å gjennomføre sin studie hos oss. Hun skal gjennomføre 6-8 intervjuer med intensivsykepleiere.

Vi synes oppgaven har en spennende problemstilling, og gleder oss til resultatet!

Mvh

[REDACTED]

Seksjonsleder intensiv [REDACTED]

Intensivavdelingen

[REDACTED]

[REDACTED]

## **Vedlegg 5: Informasjonsskriv og samtykkeskriv**

### Vil du delta i forskningsprosjektet **«Tidlig mobilisering av intensivpasienter»**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske intensivsykepleierens erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter. I dette skrevet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette forskningsprosjektet er en masteroppgave prosjekt. Formålet med dette prosjektet er å belyse hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med tidlig mobilisering av intensivpasienter. Forskningsstudier viser at tidlig mobilisering ikke er praktisert godt nok selv om tidlig mobilisering har mange positive helsegevinster til intensivpasienter. Hensikten med dette prosjektet er å få frem tilrettelegginger som intensivsykepleiere har fra sine erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

OsloMet-storbyuniversitetet er ansvarlig for dette forskningsprosjektet. Kristin Halvorsen som er professor ved OsloMet er prosjektleder.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får forespørsel om å delta fordi du er intensivsykepleier som jobber på en intensivavdeling og du kan bidra med rikt datamateriale. Du har erfaring i tidlig mobilisering av intensivpasienter. Det er innhentet tillatelse fra avdelingsledelsen for å utføre dette prosjektet. Det er ønskelig med 6-8 deltagere.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Å delta i dette forskningsprosjekt vil si at du vil bli intervjuet i ca.30- 45 minutter. Det skal utføres et dybdeintervju. Intervju vil bli tatt opp i et godkjent lydopptak/båndopptaker. Jeg skal skrive noen notater underveis intervjuet. I intervjuet vil du bli spurt om dine erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter. Intervjuet/Lydropptak skal transkriberes aidentifisert, så snart som mulig etter intervjuet. Du kan få lese transkriptet om du ønsker det. Lydropptaket blir slettet etter at analysen er utført. Dataene blir anonymisert slik at det ikke er gjenkjennbare på noen måte og konfidensielt ivaretas.

### **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 og data fra deg vil ikke bli benyttet i prosjektet, dersom de ikke allerede har inngått i analyse. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

Min veileder Kristin Halvorsen og jeg (Karuna Shrestha) ved OsloMet- storbyuniversitetet har tilgang til informasjon. Alt av informasjon blir behandlet med anonymitet og konfidensielt.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 31.05.2023. Alt av dokumentasjon vil da bli makulert.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

## Dine rettigheter

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

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

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

Kristin Halvorsen, prosjektveileder ved OsloMet. Tlf: 92216250, e-post:

[kristin.halvorsen@oslomet.no](mailto:kristin.halvorsen@oslomet.no)

Karuna Shrestha, masterstudent ved OsloMet. Tlf: 41290093, e-post: [s191278@oslomet.no](mailto:s191278@oslomet.no)

Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen, personvernombud, OsloMet, tlf. +47 67 23 55 34, e-post: [personvernombud@oslomet.no](mailto: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](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Kristin Halvorsen

(Forsker/Veileder)

Karuna Shrestha

( Masterstudent)

-----

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, «tidlig mobilisering av intensivpasienter», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i dybdeintervju.

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## **Vedlegg 6: Intervjuguide**

### **Forberedelse:**

- Presentere meg selv og gjenta kort informasjon om prosjektet og dets hensikt. Viser til informasjonsskriv.
- Gjenta at deltagelse er frivillig og at de har rett til å trekke seg underveis uten å måtte oppgi grunnen. Det hentes skriftlig samtykke.
- Informere om anonymitet og konfidensielt.
- Informere om at det kun er jeg og veilederen min som er prosjektansvarlig som har tilgang til informasjon og dokumentasjon. Intervju blir tatt opp på lydopptaker og jeg skriver noen notater underveis. Intervjuet blir skrevet ned i etterkant, men så snart som mulig etter intervju samme dag. Lydopptaket blir slettet etter at analysen er utført. Alt materialet blir makulert når prosjektet avsluttes.

### **Selve intervju:**

- Fortell om dine erfaringer med tidlig mobilisering av intensivpasienter. Hvor tidlig har de blitt mobilisert etter innleggelse på intensivavdelingen.
- Hva mener du skal til for å lykkes med tidlig mobilisering? Kan du fortelle om en slik situasjon?
- Har du hatt noen utfordringer med å mobilisere intensivpasienter, evt. hvilke og hvordan?
- Hvordan opplever du at mobilisering blir prioritert/fokusert på intensivavdelingen du jobber?
- Hva tenker du at skal til for hvordan vi som intensivsykepleiere kan bidra til økt tidlig mobilisering av intensivpasienter.
- Da nærmer intervjuet seg slutten, men har du noe du vil legge til før vi runder av?

### **Avslutning:**

Takker for deltagelsen og ber å ta kontakt om det skulle være noe i forhold til dette prosjektet.

## Vedlegg 7: COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	4, 17
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	4
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	3
Gender	4	Was the researcher male or female?	NA
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	3
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	3
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	3
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	3-4
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	5
<i>Participant selection</i>			

Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	3
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	4
Sample size	12	How many participants were in the study?	4
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	4
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	4, 17
Presence of nonparticipants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	4
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	3-5
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	17
Repeat interviews	18	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	NA
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	4-5
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the inter view or focus group?	4
Duration	21	What was the duration of the inter views or focus group?	4
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	16
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	NA
<b>Topic</b>	<b>Item No.</b>	<b>Guide Questions/Description</b>	<b>Reported on Page No.</b>
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	5

Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	5
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	5-7
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	NA
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	NA
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	8-11
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	12-15
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	7
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	12-15

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

**Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.**

## **Vedlegg 8: Forfatterveiledning**

(se neste side)

# Forfatterveiledning

*Inspira* er et vitenskapelig tidsskrift som publiserer fagfelleverderte artikler på norsk og engelsk. Fagfellevurdering gjennomføres dobbelt blindet. Tidsskriftet ønsker også å publisere tekster som ikke er fagfelleverderte, som for eksempel fagartikler eller caserapporter. Forfattere som ønsker å formidle fagstoff i annet format enn en vitenskapelig artikkel bes kontakte ansvarlig redaktør per mail: [inspira789@gmail.com](mailto:inspira789@gmail.com)

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen er ansvarlig redaktør i *Inspira*. Hun har laget en video der hun forklarer hvordan du forbereder og sender inn en artikkel til tidsskriftet. Se den her:

Slik sender du inn artikkel

Vi ser frem til å motta ditt bidrag!

## INNHOOLD

1. [Før innsending av manuskript](#)
2. [Innsending av manuskript](#)
  - [Følg brev til redaktør](#)
  - [Tittelside](#)
  - [Sammendrag](#)
  - [Sjekkliste for rapportering](#)
3. [Artikkelens struktur og innhold](#)
4. [Formatering av manuskript](#)
5. [Figurer](#)
6. [Referanser](#)
7. [Forslag til fagfeller](#)
8. [Vurderingsprosessen](#)
9. [Plagiatkontroll](#)
10. [Innsending av revidert manuskript](#)
11. [Godkjenning av manuskript](#)

## 1. FØR INNSENDING AV MANUSKRIFT

- Manuskripter sendes inn elektronisk via [tidsskriftets elektroniske plattform](#).
- Ved innsending skal manuskriptet være gjennomarbeidet og språkvasket.
- Vitenskapelige artikler skal være anonymisert og et følgebrev og en tittelside for artikkelen skal lastes opp separat under innsendelsen. Dersom anonymisering krever endringer i teksten i manuskriptet bør du laste opp ett fullstendig manus, og ett anonymisert manuskript. Se retningslinjer for [anonymisering](#).
- Det forutsettes at artikkelen ikke er sendt til andre vitenskapelige tidsskrift samtidig. Artikkelen skal heller ikke være tidligere publisert. Deler av artikkelen

kan ha vært publisert som abstract eller poster på konferanser. For artikler som er påbegynt i forbindelse med en masteroppgave gjelder at oppgaven skal være reservert mot offentliggjøring.

- Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis når manuskriptet sendes inn. Økonomisk støtte til gjennomføring av studien må oppgis.
- Alle oppførte forfattere må tilfredstille kriteriene for forfatterskap. Se oversikt over [kriterier](#).
- Manuskripter kan være på norsk eller engelsk.
- Antall ord er maksimalt 3000 for kvantitative artikler, maksimalt 5000 ord for kvalitative artikler og kunnskapsoppsummeringer/reviewer (sammendrag, figurer, tabeller og referanser ikke inkludert).
- Alle manuskripter skal følge oppsatte kriterier i denne forfatterveiledningen.

## 2. INNSENDING AV MANUSKRIFT

### Følg brev til redaktør

I følgebrevet må forfatterne oppgi hva artikkelen tilfører av ny kunnskap, om tematikken er interessant for anestesi- og intensivsykepleiere, samt en redegjøring for hvorvidt resultatene er publisert tidligere (for eksempel som poster eller foredrag/abstract på en vitenskapelig konferanse). Videre skal eventuelle økonomiske interesser eller andre interessekonflikter oppgis. Følgebrevet bør ikke overskride en A4 side.

### Tittelside

- Tittel på manuskriptet
- Forfatterens (forfatternes) navn, tittel, arbeidssted og adresse til arbeidssted

Hvis det er flere forfattere presenteres i tillegg kontaktpersonens

- For- og etternavn, tittel (RN, MNsc, PhD el)
- Postadresse, E-postadresse
- Telefonnummer
- Antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser)
- Antall figurer og tabeller

### Sammendrag

Sammendraget struktureres etter følgende overskrifter:

- Bakgrunn
- Hensikt
- Metode
- Resultater
- Konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord.

Sammendraget skal være på engelsk og artikkelspråket.

3–5 nøkkelord oppgis direkte etter sammendraget. Nøkkelord skal være på engelsk og artikkelspråket.

### **Sjekkliste for rapportering**

Inspira oppfordrer forfattere om å følge aktuelle retningslinjer for rapportering av forskning fra <https://www.equator-network.org/>

Som innledning til artikkelens metodedel (se under) oppgis hvilken retningslinje som er fulgt. Utfylt sjekkliste legges ved som vedlegg ved innsending.

### **3. ARTIKKELENS STRUKTUR OG INNHOLD**

Artikler som bygger på empiriske studier struktureres etter IMRAD prinsippet som Introduksjon, hensikt, metode, resultater, diskusjon, konklusjon, kliniske implikasjoner og referanser:

**Introduksjon/Bakgrunn:** Bakgrunn for valg av emne/tematikk. Start generelt og spisse deretter mer inn mot studiens hensikt

**Hensikt:** Hensikt med studien/problemstilling(er)/forskningsspørsmål/hypoteser.

**Metode:** Forskningsdesign, datainnsamlingsmetode, gjennomføring/prosedyre (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), analyse. Eventuelle godkjenninger (REK/Personvernombudet/andre relevante instanser) inkluderes under metodekapittelet. Dersom godkjenning(er) ikke er innhentet bør det beskrives hvorfor ikke. Det samme gjelder eventuelle *etiske betraktninger*. Som innledning til artikkelens metodedel oppgis hvilken retningslinje for rapportering av forskning fra <https://www.equator-network.org/> som er brukt (se også [Sjekkliste for rapportering](#)).

**Resultater:** Beskrivelse av resultatene, uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Det er en fordel for forfattere som bruker kvantitativ metode, at de får studien vurdert av statistiker før den sendes inn. Tabeller og figurer må være lett lesbare, selvforklarende, og ikke strekke seg over ½ side.

**Diskusjon:** Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Validitets/reliabilitetsdiskusjon *kan* inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat (evt under metodekapittel), men gjerne under egen underoverskrift. Studiens begrensinger/svakheter settes til slutt i kapittelet, og angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene, i tillegg til hva som evt er gjort for å utjevne disse.



**Konklusjon:** Kort oppsummering av artikkelen, implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

#### 4. FORMATERING AV MANUSKRIFT

- Artikkelmanuskript med vedlegg sendes inn som Word-dokument (.doc).
- Teksttypen skal være enten Cambria eller Times New Roman, skriftstørrelse 12. Linjeavstand skal være 1,5 cm.
- Manuskriptet skal ha løpende linjenumre. Se hvordan du legger til det i manus hos [Support Microsoft](#).
- Overskriftene markeres med fete bokstaver, underoverskrifter i kursiv. Unngå for mange underoverskrifter.
- Det anbefales også ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understreking, innrykk, deling av ord og lignende.
- Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten- på samme dokument som selve artikkelteksten (se under Figurer og tabeller).
- Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort (maks 20 ord), informativ og vekke interesse. Det skal ikke benyttes forkortelser i selve tittelen.
- Fremmedord og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.
- Artikkelmanuskriptet skal følge Vancouver systemet (se under Referanser).
- Redaksjonen språkvaser antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.
- Antall ord er maksimalt 3000 for kvantitative artikler, maksimalt 5000 ord for kvalitative artikler og kunnskapsoppsummeringer/reviewer (sammendrag, figurer, tabeller og referanser ikke inkludert).

#### 5. FIGURER OG TABELLER

Artikkelen kan inneholde maksimalt 5 figurer og tabeller til sammen. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og enkle å forstå.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Overskriften plasseres over tabellen og under figuren. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen. Ønsket plassering av figurer/tabeller markeres i fortløpende tekst med fet skrift, eksempel: (Vennligst plasser tabell 1 her). Endelig vurdering av plassering gjøres av redaktør.

#### 6. REFERANSER

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i referanselisten. Se fullstendig veiledning hos [NTNU](#).

- Det angis opptil fem forfattere, deretter "et al."
- Alle tidsskrift skal føres opp i kortform, se oversikt [her](#).
- Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettsideadresse samt nedlastingsdato.
- Referanser skal anføres med DOI (digital object identifier) der dette er tilgjengelig. Denne skrives inn som full lenke, uten punktum til slutt: <https://doi.org/xxxxx>

Eksempler på korrekt føring av referanser i referanselisten:

1. de Witt L, Ploeg J. Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *J Adv Nurs* 2006;55:215–29.
2. Fraser DM, Cooper MA. *Myles Textbook for Midwives*. London: Churchill Livingstone; 2003.
3. Dahl K, Heggdal K, Standal S. Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). *Grunnleggende Sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2005.
4. Foucault M. Truth and power. I: Gordon C. (red). *Power/Knowledge: Michel Foucault*. New York: Pantheon Books; 1980 (s. 78–101).
5. Sosialdepartementet. Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
6. Lov av 2. juli 1999 nr. 4 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 15.11.2007).
7. Karterud D. Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art (doktoravhandling). Åbo: Åbo Akademis Förlag; 2006.
8. Leonardsen ACL, Grøndahl VA, Ghanima W, Storeheier E, Løken TA, et al. Evaluating patient experiences in decentralised acute care using the Picker Patient Experience Questionnaire; methodological and clinical findings. *BMC Health Services Research* 2017; 17:685. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2614-4>

Sitater og referanser i teksten:

Direkte sitater på inntil 3 linjer markeres med anførselstegn (foran og bak). Sitater på over 3 linjer skrives som et eget avsnitt med innrykk, uten anførselstegn. Se eksempler her: [Vancouver-stilen \(NTNU\)](#)

Eksempler på korrekt føring av referanser i teksten: Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og referanse nummer i rund parentes etter forfatter, eksempel:

Morse (1) eller Redmond (2) asserts that the [...]

Henvisninger til flere verk føres i nummerert rekkefølge på følgende måte: (1-5)

Eller hvis rekkefølgen brytes adskilles med komma, for eksempel: (1,3,8) eller (2-5,8,10)

Flere studier (2-4,9) viser .....

**Merk:** Forfattere anmodes om kritisk å vurdere referansene både mht antall og at disse er av nyere dato, der dette er relevant.

## 7. FORSLAG TIL HABILE FAGFELLER

Artikkelforfatterne kan oppgi forslag til minst to habile fagfeller. For å unngå tvil om habilitet kan ikke fagfeller arbeide ved samme institusjon som artikkelforfatter(ne). Fagfeller kan heller ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan innebære tvil om habilitet.

## 8. VURDERINGSPROSESSEN

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes inn. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees/reviewers) for nærmere vurdering. InspirA bruker blindet fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er ukjent for hverandre. Det er likevel en viss mulighet for gjenkjenning av forfattere siden fagmiljøene er relativt små.

Forfattere holdes fortløpende informert om prosessen via mail fra ansvarlig redaktør.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, bedømmes først ut fra følgende kriterier:

- Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?
- Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?
- Holder manuskriptet ønsket kvalitet for en forskningsartikkel?

Redaktøren og/eller redaksjonen kan forkaste artikkelmanuskriptet på innsendingstidspunktet. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle, sendes til fagfellevurdering. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, må følge denne veiledningen. Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen, blir returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

## 9. PLAGIATKONTROLL

Vi gjør oppmerksom på at NOASP – Cappelen Damm Akademisk benytter plagiatkontrolltjenesten «iThenticate», som kontrollerer innholdet i innsendte bidrag opp mot allerede publisert forskningsarbeid og webmateriale.

## 10. INNSENDING AV REVIDERT MANUSKRIFT

1. Etter fagfellevurdering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(e) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør.

2. Endringer markeres av forfatter med “spor endringer” eller annen tydelig markering i et dokument markert “Artikkel med spor endringer”. Forfatternavn må ikke fremkomme.
3. Det sendes også inn et renskrevet dokument av forfatter, markert “Revidert artikkel”
4. Revidert artikkel skal følges av et brev til fagfeller og redaktør som nøye beskriver endringene og besvarer eventuelle kommentarer fra fagfellene/redaktør.

## **11. GODKJENNING AV MANUSKRIFT**

Forfatter får beskjed fra redaktøren om og når artikkelen er godkjent for publisering.