

Uhøflighet på operasjonsstua

– en forskningsartikkel

Mobilisering av intensivpasienter



Safety flows
through

me

Snakk sikkerhet med oss!

BD er et verdensledende medisinskteknisk selskap som arbeider innenfor flere områder for å øke sikkerheten for både pasienter og helsepersonell gjennom visjonen *Advancing the world of health*.

BDs program for venetilgang er en helhetsløsning for valg og plassering av IV-katetre. Det kombinerer produkter av høy kvalitet – bransjens største utvalg av IV-katetre og innleggingsteknologier – med kliniske vurderinger, konsulent-ekspertiser, ekspertopplæring og fordypende opplæringsprogrammer. Helhetsløsningen er omfattende, evidensbasert og utviklet for å gi helsepersonell mulighet til å velge riktig IV-kateter og legge inn katetret korrekt på første forsøk.

Vi tar gjerne en prat om våre utdannings- og kvalitetskonsepter og viser hvordan våre produkter og løsninger kan bidra til å hjelpe til i deres hverdag. Send oss en email på bdnorge@bd.com eller ring 64 00 99 00.

bd.com/no

©2019 BD, BD, and the BD Logo are trademarks of Becton, Dickinson and Company and its subsidiaries. All rights reserved.



Innhold i artikler står for forfatterens egen mening. Dette samsvarer ikke nødvendigvis med synet til styrene i Anestesisykepleierne NSF og NSFLIS eller redaksjonen.

All redaksjonell korrespondanse til Anestesisykepleierne NSF og NSFLIS sendes til:

Ansvarlig redaktør
Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen
Tørkopp 4, 1679 Kråkerøy
Mobil: 41668797
Mail: dleo@online.no

Anestesisykepleierne NSF's redaksjonsutvalg
Redaksjonsmedlem
Arvid Steinar Haugen
arvid.steinar.haugen@helse-bergen.no

NSFLIS redaksjonsutvalg
Redaksjonsmedlem
Anne Mette Nygaard
Mobil: 995 52 152
Jobb: 69 86 05 60
Mail: anne.m.nygaard@hiiof.no
Brita Fosser Olsen
Mail: brita.Fosser.Olsen@so-hf.no

Abonnement
Gratis distribuert til medlemmene av
NSFLIS og Anestesisykepleierne NSF.
Andre abonnenter i Norge: 200,-
Abonnenter i andre nordiske land: 250,-

Bestilling av abonnement:
inspira@akuttjournalen.com

Annonser
Kjell O. Hauge
koh@akuttjournalen.com
M: +47 932 41 621

Design
Gunnarshaug Trykkeri AS

Materiellfrister 2019
Nr 1 22. februar
Nr 2 15. mai
Nr 3 30. september
Nr 4 22. november

Utgivelsesdato 2019
Nr 1 8. mars
Nr 2 6. juni
Nr 3 21. oktober
Nr 4 12. desember

Forsidefoto
David Leonardsen

Anestesisykepleierne NSF på internett
www.alnsf.no

NSFLIS på internett
www.nsflis.no

04
19



Redaktøren uttaler seg

Ann-Chatrin Leonardsen

4

Ambulanseoverføring av pasienter mellom sykehus

Raymond Kvalfors Omnø

5

Mobilisering av intensivpasienter

Tine Fjerdingby, Vivian Nystrom, Ann-Chatrin Leonardsen

12

Delirium hos intuberte intensivpasienter – intensivsykepleieres erfaringer

Hedda Teig Halvorsen, Sandra Karoliussen Hammer, Vivian Nystrom, Ann-Chatrin Leonardsen

17

Fagfellevurdert artikkel

Uhøflighet på operasjonsstua – anestesisykepleieres erfaringer

Linda Bailey, Simen A. Steindal, Alfild Dihle

23

Anestesisykepleierne NSF-styret

Leder
Nestleder, medlemsarbeid
Kasserer
Sekretær
Styremedlem
Styremedlem, kongressansvarlig
1. varamedlem
2. varamedlem
Leder utdanningsutvalget

Therese Jenssen Finjarn
Jannicke Skodjereite
Øyvind Andreas Olsen
Ann-Chatrin Leonardsen
Andreas Forwald
Ine Hotvedt Kjærra
Cathrine Saltnes
Karianne Bævre Sumstad
Rita Stenseth

leder@alnsf.no / therese.finjarn@gmail.com
jannickes@hotmail.com
oyvind.a.olsen@gmail.com
dleo@online.no
andreza@mac.com
ine.kjerra@siv.no
cath.sal@gmail.com
rita.stenseth@uit.no

NSFLIS-styret

Leder
Nestleder og kongressansvarlig
Kasserer
So/Me, web og Inspira ansvarlig
Internasjonal kontakt
Sekretær og lokalgruppelederansvarlig
1. vara og leder utdanningsutvalget
2. vara og medlemsansvarlig

Paula Lykke
Kari Bue
Berit Langset
Ine Myren Nesbo
Mathilde Elsa Christensen
Helene Foss
Haakon Hovde
Ola Sund-Derås

paula.lykke@icloud.com
kbue73@yahoo.no
berit.langset@ahus.no
ine.myren.nesbo@nsf.no
christensen.mathilde@gmail.com
el-esop@online.no
haakonhovde@hotmail.com
olabruheim.deras@helse-nordtrondelag.no

Redaktøren uttaler seg

Ann-Chatrin Leonardsen

Første uken i november deltok jeg på Landsmøtet i Norsk Sykepleierforbund (NSF). NSF er "moderorganisasjonen" for oss anestesi- og intensivsykepleiere, medlemmer i Anestesisykepleierne NSF og NSFLIS. Landsmøtet satt fokus på viktigheten av fagutvikling og forskning, og på formidling av eget fag. På denne arenaen var det mange sykepleiere som fikk presentert sitt arbeid- med fokus på konsekvenser for pasienten, pårørende og helsepersonell.

Det er viktig at vi formidler forskningsfunn. Publisering internasjonalt er et krav innen akademien. Likevel tror jeg de fleste anestesi- og intensivsykepleiere setter pris på å kunne lese forskning på norsk også. Det viktigste for min del er at mine funn når tilbake til de det angår. Dette innebærer at jeg publiserer internasjonalt i noen anledninger, nasjonalt i andre, og eventuelt at funn fra en internasjonal publisering refereres i en fagartikkel eller en kronikk.

InspirA er etterspurt, som måltidsskrift for nasjonal publisering av anestesi- og intensivsykepleieres forskning, og spesielt med tanke på de mange masterprosjektene som nå gjennomføres. Vi kan også publisere på engelsk om dette er et ønske. Det viktigste er at vi tas i bruk som måltidsskrift for din publisering! Vi er på nivå 1, med fagfellevurdering, og samme publiseringspoeng som andre vitenskapelige tidsskrift.

Til nå har vi mottatt 7 forskningsartikler, hvorav 2 er publisert. Fagfellevurdering og revisjonsarbeid er tidkrevende- men gir høyere kvalitet på produktet.

Fremdeles inneholder InspirA en blanding av fagartikler og fagfellevurderte artikler.

Jeg håper du finner noe du synes er interessant lesing i denne utgaven.

Med ønske om en riktig god jul til alle lesere!

Ambulanseoverføring av pasienter mellom sykehus

Raymond Kvalfors Omnø
Anestesisykepleier ved Dagkirurgisk
avdeling, Sykehuset Østfold, Moss.

Transportmedisin er ikke et eget medisinsk fagfelt i Norge og faller gjerne under kategorien ambulansetjeneste/prehospital tjeneste, til tross for at den korrekte benevnelsen er interhospital. Å flytte pasienter fra ett sykehus til et annet innebærer å utsette dem for masse påkjenninger. Én dimensjon er det psykiske stress og ubehag den enkelte pasient måtte oppleve. Den andre dimensjonen er det fysiske. Bevegelser i form av risting, svingning, bremsing og akselerasjon, lyder, temperaturforandringer, og ikke minst tid på døgnet. For en pasient som er underlagt intensivbehandling fungerer forsvarsmekanismene mot dette stresset dårligere (1)

Pasienter overføres mellom sykehus fordi kritisk kompetanse eller behandling ikke er tilgjengelig ved det aktuelle sykehuset, eller fordi de skal tilbakeføres til lavere omsorgsnivå når behandling er gjennomført. Uavhengig om pasienten skal til høyere eller lavere behandlingsnivå er det mange som krever avansert overvåking og behandling under transporten. Derfor følger det ofte med ekstra personell fra sykehuset. Anestesisykepleierne NSF beskriver anestesisykepleieren som en del av teamet som ivaretar pasienter ved overføringer mellom sykehus. Anestesisykepleieren er ment å være



en forsterkning av teamet og skal bidra med medisinsk faglig kompetanse, anesthesiologisk erfaring og kompetanse i luftveishåndtering. Anestesisykepleieren skal håndtere potente medikamenter og avansert medisinsk materiell i ambulansen og tar egne beslutninger ut fra stående retningslinjer som angår dem. Når anestesisykepleieren står i situasjoner som utfordrer pasientsikkerheten eller sin kompetanse er det forventet at vedkommende skal konsultere relevant personell for veiledning eller assistanse (2).

Det interhospitalt feltet er en arbeidsplass med mange usikkerhetsmomenter. Både menneskelige, faglige og materielle ressurser er begrenset i en bilambulanse. Når uønskede eller uventede hendelser skjer under transport krever det personell med kunnskap, handlingskompetanse og gjerne en solid erfaringsbase til å takle disse. Jeg har selv utdanning og arbeidserfaring i sanitetstjeneste i forsvaret, og har jobbet som ambulansarbeider og sykepleier i ambulansetjeneste i mange år. Jeg har observert og fått jobbet sammen med mange dyktige og erfarne anestesisykepleiere som har hentet pasienter ved lokalsykehus i Nord-Norge. Dette har vekket min nysgjerrighet omkring deres vurderinger før og under transport. Hva er viktig å vite før du starter en overføring? Når går det erfaringsmessig galt? Hva er kritiske faktorer når man flytter pasienter som er alvorlig skadet eller syke mellom sykehus? Når går det bra?

Med utgangspunkt i dette søker denne artikkelen å belyse hvordan anestesisykepleiere ved et større sykehus i Østlandsområdet ivaretar pasientens sikkerhet i forbindelse med overflytting til andre sykehus i bilambulanse.

Artikkelen tar ikke for seg akutte hendelser hvor ambulans- eller primærhelsetjenesten har rykket ut, selv om anestesisykepleiere bistår i behandlingen. Artikkelen fokuserer utelukkende på pasienter som allerede mottar behandling i spesialisthelsetjenesten. Overføringer med helikopter og fly er heller ikke et fokus.



Metode

Ved det aktuelle sykehuset ble det i 2017-18 overført cirka 330 pasienter med ambulans, hvor anestesisykepleier bistod.

Studien hadde et kvalitativt design, med bruk av individuelle dybdeintervjuer ($n=4$). Eneste inklusjonskriterium var at deltageren var anestesisykepleier som jobbet med transportmedisin. Alle ble intervjuet i arbeidstiden inne på selve operasjonsavdelingen. Intervjuene varte fra 25 til 35 minutter. Digital lydopptaker ble benyttet. Transkriberingen ble utført iht Malteruds beskrivelse av «slightly verbatim mode». Setninger som inneholder masse lyder, dialektord eller blir særdeles upresise i sin tekstform ble korrigert til det jeg mente informanten ønsket å formidle.

Malteruds (3) systematiske tekstkondensering ble valgt som analysemetode. Systematisk tekstkondensering ble gjennomført i fire trinn: 1) Gjennomlesing av intervjuene for å få inntrykk av temaer som er relevante, 2) Identifisering av meningsbærende enheter og vurdering inn i kodegrupper, 3) Kondensering og abstraksjon av tekstbiter fra alle informantene, og til slutt rekontekstualisering til en ny tekst, og 4) Analysering av den kondenserte teksten som har oppstått.

Det aktuelle sykehuset, Regional Etisk komite, lokalt personvernombud og Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) hadde ingen innvendinger til prosjektbeskrivelsen. Alle deltagerne fikk et informasjonsskriv med standardisert oppsett fra NSD. I dette skrevet ble

problemstilling, anonymisering og intervjuformen presentert. Dette skrevet var også en samtykkeerklæring som de fire som valgte å delta måtte underskrive.

Funn

Analyse av intervjuene identifiserte 2 kategorier med tilhørende subgrupper. Kategoriene var: «Sykepleierenes utøvende kunnskap og erfaring» og «Samarbeid, kommunikasjon og informasjon mellom helsepersonell»

Sykepleierens utøvende kunnskap og egenerfaring

Å være forberedt

Anestesisykepleierne beskrev at den kanskje viktigste fasen av et transportoppdrag ikke er selve transporten men tiden før pasienten havner i ambulansen. Den tiden de har til å planlegge og forberede selve overføringen. Planleggingen går blant annet i å analysere pasientens situasjon og se fremover hvordan dette kan utvikle seg under de påkjenningene en transport kan påføre pasienten. Deltagerne vurderte for eksempel faren for dislocering av tube – hvilke tiltak må til for å unngå det? Hva skjer hvis tuben faktisk dislocerer? En deltager sa følgende:

«Pasienter som skal til høyere behandlingsnivå er som regel ustabile. Du må tenke over hva som hva skjer underveis og være forberedt på det» (Anspl2)

Anestesisykepleierne hadde en egen akuttsekk med standardutstyr og medisiner for enkelte overføringer. Likevel kunne det hende at pasienten var påkoblet spesialutstyr eller fikk en type behandling som krevde medisiner ut over det som er i sekken. Dermed ble en del av planleggingen å klargjøre ekstra utstyr og medikamenter som skulle være med under overføringen. En fortalte:

«Jeg har ikke hatt dramatiske overføringer fordi jeg har vært godt forberedt på de sykeste pasientene» (Anspl3)

Det var ikke bare pasienten som kunne fallere men også materiellet som anvendes, og anestesisykepleierne måtte vurdere om ekstra batterier skulle være med, eller om det var nok oksygen til å drive respirator. Deltagerne tok slike faktorer med i sin forberedelse av pasienten allerede ved sengekanten. Som en fortalte:

«Jeg tenker at jeg alltid skal ha tre ganger medisin av det jeg regner med å bruke. Jeg har opplevd å få motorstopp i ambulansen, det er kø og det er rushtrafikk og omkjøringer» (Anspl2)

Stole på egen kunnskap og kompetanse

Som en del av forberedelsen og planleggingen til transport fortalte anestesisykepleierne at man må besitte en kunnskap til å vurdere pasientens medisinske situasjon. En deltager uttrykte:

«Alt kan ikke være ferdigbehandlet eller optimalisert når man skal overføre en pasient. Det er en grunn til at vedkommende skal overføres til et høyere nivå. Så man må akseptere hva som er «godt nok» og starte transport tidlig nok» (Anspl 4)

Anestesisykepleierne fortalte at de selv mener de har god kunnskap og kompetanse til å gi pasientene den behandlingen de trenger under transport. De velger fortløpende om tiltak er nødvendig eller om det er tryggere å utsette dem til de enten er fremme eller mottar assistanse. For eksempel er det å utføre en intubasjon en grunnleggende kompetanse alle anestesisykepleiere skal besitte. Likevel uttrykte alle at dette unngår de i det lengste mens de er ute. Pasientene er i utgangspunktet kritiske syke når de er i bilen, og i tillegg føler anestesisykepleierne seg alene om prosedyren. De har ofte ingen rundt seg som kan bistå hvis intuberingen går galt.

«Jeg kan intubere i bilen men når pasienten er skikkelig dårlig og du sitter der alene uten det utstyret du trenger for å gjøre det trygt så gjør du det helst ikke.

Det skal gjøres under kontrollerte forhold inne» (Anspl2)

I slike situasjoner ville derfor anestesisykepleierne alltid vurdere tiltak som har betraktelig mindre risiko men potensielt stor effekt, som for eksempel støtteventilering. Slike avgjørelser måtte de kunne ta, uten mulighet for konferering. Kunnskapen og kompetansen må utøves selvstendig og anestesisykepleierne understreket at dette er en forutsetning for å jobbe ute. Man må tørre å ta avgjørelser og stå for dem. To deltagere fortalte:

«Det er mye vi har lov til å gjøre uten å konferere lege. Likevel gjør jeg det. Jeg er ingen cowboy og er ansvarlig som anestesisykepleier. Jo mer kunnskap du har jo mindre flaut er det å spørre. Jeg har med årene, utdanning og erfaring blitt mer klok på å konferere om behandling som kan ramme pasienten» (Anspl3)

«Ute så har du deg selv å stole på. Du har ikke noe hjelp rundt deg. Alt du gjør bør forberedes mye bedre. Du må stå ved de beslutningene du tar, handle og være sikker på at du gjør det riktig. Du har ikke noe støtteapparat som kan fange opp feilene dine» (Anspl2)

Å lære av erfaring

Deltagerne fortalte at det kliniske blikket som kan identifisere problemer for transporten naturlig nok kommer med mengdetrening og erfaring. Å bygge seg opp denne modenheten må sees i sammenhengen med den selvstendigheten anestesisykepleierne mente er påkrevd for å kunne jobbe ute. Det å ha jobbet med kritisk syke pasienter på mange forskjellige avdelinger i sykehuset bygget også opp en god erfaringsbase. Derfor synes de det var en akseptabel utfordring, og generelt trygt, å ta på seg ansvaret med å transportere meget syke pasienter mellom sykehus. Som en deltager sa:

«Enkelte transporter er fortsatt spennende fordi pasientene faktisk er skikkelige dårlige, men det går alltid bra. Jeg gjør det jeg kan og det har gått bra til nå» (Anspl 2)

Selv om anestesisykepleierne mente de hadde mye erfaring fra andre avdelinger som hjelper dem i transportoppdrag beskriver enkelte en noe trang fødsel i faget. De måtte ikke gjennom noe formell opplæring eller læretid sammen med en anestesisykepleier som hadde erfaring med pasienttransport. De fikk oppgaven og ble satt på bil uten videre innføring. Dette førte til at anestesisykepleierne verken visste bedre rundt planlegging, informasjon eller materiellet i ambulansen før avreise. Dermed fikk noen en bratt læringskurve med de feilene som kommer raskt, som for eksempel for lite oksygen til å drive en ventilator eller for lite informasjon til å forutse potensielle hendelser underveis. En av de erfarne anestesisykepleierne uttrykte:

«Så da må du trække sporene selv, og det er skummelt og litt unødvendig. Man kunne heller skapt mer trygghet ved å overføre de erfaringene eldre anestesisykepleierne har» (Anspl 4)

Samarbeid, kommunikasjon og informasjon mellom helsepersonell

Å kunne si fra og få informasjon gir trygghet

Anestesisykepleierne opplevde at det er rom for å si fra når de ikke er trygge på en pasient. En viktig dimensjon var å få lov til å vurdere selv om man føler seg komfortabel med oppdraget. Vurderte de at det trengs ekstra følgepersonell for å gjennomføre transporten trygt så var kulturen slik at det er greit å be om det og de får som regel det de spør om. Hindringen for å kunne identifisere om man føler seg trygg på pasienten er avhengig av at rett helsepersonell er tilstede som kan gi en god rapport. Siden konkret informasjon om pasientens tilstand er viktig for både forberedelse, planlegging og gjennomføring av transporten kan hele oppdraget settes på vent inntil informasjon er blitt tilgjengelig. To deltagerne beskrev dette forskjellig:

«Er ikke rette legen tilstede kan jeg finne på å gå rundt og lete til jeg finner

vedkommende. Jeg gir meg ikke. Jeg skal ha rett informasjon før jeg føler meg trygg til å gjennomføre transport» (Anspl 1)

Anestesisykepleier 1 hadde betraktelig mindre erfaring med transportmedisin enn Anestesisykepleier 3, og sa:

«Henter vi pasient fra sengepost opplever vi at medisinerer ikke har kunnskap om hva som kan skje med deres pasient under transport. Dermed blir ikke informasjonen like god og det blir min erfaring og kunnskap som avgjør forberedelsen av pasienten» (Anspl 3)

Behandlerne påvirker transporten mer enn de tror

Når pasienter flyttes mellom sykehus utsettes de for påkjenninger som kan forverre deres tilstand. Anestesisykepleierne forteller at når behandlerne ikke har forståelse for dette eller har tatt hensyn til dette i sin behandling av pasienten påvirker dette oppdraget i form av at forberedelse til transport forlenges unødvendig. Deltagerne opplevde dette som viktig faktor som kan utløse uønskede hendelser; At det behandlerne faktisk ikke skjønner hva transport går ut på og derfor får anestesisykepleierne heller ikke til å gi den informasjonen de trenger. Der hvor behandlingsteamet er til stede og forbereder pasienten sammen med anestesisykepleieren var de beste overføringene, ifølge deltagerne selv. Da blir de sammen enige om hva som er best behandlingsforløp og hvilke kritiske hendelser som er normalt å forvente. Sengeposter og akuttmottak skilte seg, i følge deltagerne, ut i negative retning når det gjaldt forberedelser. Sengepostene manglet tidvis rett personell til å gi informasjon. I akuttmottaket kunne det være så kritisk med å komme seg av gårde at pasienten verken hadde påkoblet rett utstyr eller at spesifikk informasjon var tilgjengelig. Som en sa:

«De skumleste pasientene er de som kommer dårlig forberedt fra mottaket som brått skal til Oslo. De som ikke er

forberedt med innganger, sprøytepumper eller der det er vurdert intubasjon eller tilsett av de ferskeste anestesilegene. Ingenting er på stell. De blir fort en utfordring» (Anspl3)

Deltagerne uttrykte stor tillit og respekt for intensivavdelingens forberedelse av pasienten. Denne avdelingen er vant med at pasienter skal fraktes videre, dermed er ofte både behandling, informasjon og materiell tilpasset transport når anestesisykepleieren får oppdraget. I tillegg er anestesilegene tilknyttet denne avdelingen. Dermed ble det lettere for anestesisykepleierne å avtale relevant behandling på de mest syke pasientene.

En faktor som ikke var like verbalt tydelig, men som kom tydeligere frem under analysen var tillit til anestesilegene. Anestesisykepleierne ytret generelt stor tillit til sine anestesileger. Så lenge de kjente legen bak seg og hadde god mulighet for konferering underveis, var pasientens tilstand nærmest av mindre betydning. Én anestesisykepleier tok opp frykten for at legen på telefon ikke vil være enig i vedkommende vurdering, mens det kun nevnes et konkret eksempel av en annen deltager på at slikt har forekommet. Stort sett var anestesisykepleierne og legene enige om hva som er potensielle farer for transporten og hvordan man skal forebygge de.

«Jeg skrev før jeg dro at dette var mot min vilje å transportere denne pasienten uten at han var intubert, slik at jeg hadde mitt på det tørre, men det var ingen andre til å transportere så jeg måtte være med. Jeg kunne ikke overprøve en overlege, som også var en vikar og kanskje ikke like kjent med transportmedisin heller. I alle fall gikk det nesten dårlig på vei innover» (Anspl2)

Samarbeid og kommunikasjon i transportteamet

Anestesisykepleierne fortalte om et godt samarbeid med øvrig helsepersonell som skal følge pasienten og med ambulansetjenesten. Likevel beskrev det et behov for å tidlig kartlegge kompetansen til de som

følger med. Anestesisykepleierne følte at ansvaret for pasienten hvilte hos dem. Derfor gjorde de seg ganske tidlig opp en vurdering av teamets samlede kompetanse og erfaring med intensivpasienter. Virket det som om at erfaringen var begrenset, beskrev anestesisykepleierne en tydeligere kommunikasjon og en mer verbal planlegging med de andre i teamet for å bli enige om tiltak som kan bli nødvendige underveis. Dette gjaldt både ambulansepersonell, intensivsykepleiere eller anestesileger som følger med. Anestesisykepleierne tok det nesten som en forutsetning at erfaringene til de som følger med kan være sterkt varierende og at dette er noe man bare må justere seg etter.

«Når jeg merker at personell ikke er vant med det vi gjør kommuniserer jeg tydeligere med dem. Jeg blir mer konkret på hvilken hjelp jeg trenger og hva som f.eks skal trekkes opp og hvordan. Man må bare vite forkunnskapen til den man kjører med så går det fint» (Anspl4)

Deltagerne var bevisste på at dårlig kommunikasjon og «ufine kommentarer» fort kan snu arbeidsmiljøet under transporten. Blir arbeidsmiljøet dårlig fokuserer man på det negative og feil kan forekomme lettere. De mente hele teamet er avhengig av hverandre for at transporten skal bli bra. Generelt beskrev anestesisykepleierne et godt arbeidsmiljø med ambulansetjenesten, hvor ambulansepersonellet er meget interesserte i pasientens situasjon og hvordan overføringen skal gjøres best mulig.

«De beste turene er hvis du har en hyggelig tone med de du jobber sammen med og kan si ting på en ok måte hele veien fra du henter pasienten, i bilen og når du leverer» (Anspl 3)

Diskusjon

Alle deltagerne fokuserte på å forstå pasientens situasjon, forutse hva som kan gå galt og innhente informasjon fra det behandlende teamet, om å planlegge, og om viktigheten av god kommunikasjon og samarbeid. Disse elementene er kjent

fra tankegangen rundt Non-Technical Skills (ikke-tekniske ferdigheter, NTS) (4). Non-Technical skills kan defineres som «evne til kognitive, sosiale og personlige ressurser som kombinert med tekniske kunnskaper fører til en trygg og effektiv oppdragsløsning» (4) (min oversettelse).

Dette handler om å skaffe seg situasjonsforståelse - å skjønne hva er det som skjer. Når anestesisykepleierne fortalte om å planlegge, forberede og ta avgjørelse om når optimalisering er godt nok, handler dette om beslutningstaking - å skjønne hva som skal skje fremover, og ikke minst forebygge det som ikke skal skje. Anestesisykepleierne fortalte videre om kommunikasjon, teamsamarbeid og evne til å ta avgjørelser under oppdraget. Alt dette er godt kjente prinsipper innenfor Nurse Anesthetists Non-Technical Skills (NANTS). NANTS er et verktøy for å vurdere hvor godt anestesisykepleiere samarbeider og utfører oppgaver i simuleringssituasjoner. Verktøyet er delt opp i fire hovedkategorier: situasjonsforståelse, beslutningstaking, oppgavefordeling og teamsamarbeid. Hver kategori har sine underkategorier som beskriver tydeligere hva som menes. Bruk av NANTS i utdanning og simuleringer har visst effekt i form av bedre teamsamarbeid (5). Siden anestesisykepleierne anvender dette mer eller mindre ubevisst burde det være rimelig å anta at dette er med på å øke pasientsikkerheten under oppdrag.

Anestesisykepleiernes beskrivelser av mer tekniske forberedelser omkring pasient og materiell samsvarer med en norsk artikkel av Eiding, Kongsgaard og Braarud (6) hvor man intervjuet både ambulansepersonell, spesialsykepleiere og leger som jobber med transportmedisin. De fant at personalet bruker mye tid på å skape marginer for pasienten før selve transporten. Med marginer menes å behandle pasienten til å tåle påkjennningene under transport bedre, men også forberede og forenkle materiell slik at behandling underveis kan gis på mest effektive måte. Eiding et.al skriver at det er kun de erfarne legene

i deres intervjuer som understreker dette å skape marginer. I min studie er dette noe alle anestesisykepleierne la stor vekt på og understreket viktigheten av. Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere poengterer slike forberedelser som en del av grunnkunnskapen til anestesisykepleiere. Siden anestesi er et kritisk fagfelt er det en viktig del av pasientsikkerheten å gjøre grundige vurderinger, preanestetisk vurdering, og forberede pasienten til å tåle de prosedyrene/behandlingen pasienten skal utsettes for.

For å eksemplifisere evne til å stole på egen kunnskap ble intubering av pasient nevnt av flere deltagere. Intubasjon er en grunnkompetanse hos anestesisykepleiere, likevel er dette noe de vegrer seg i det lengste for å gjøre ute fordi de er alene med sin anestesikompetanse. Dette kan være forståelig da det bryter med det som regnes som faglig forsvarlig i Norge, hvor minst to anestesikompetente personell skal være tilstede ved intubering, og ikke minst at intubering utenfor sykehus uten anestesilegebistand er betraktelig mer risikofyllt (7, 8). Av egen erfaring vet jeg at ambulansepersonell i Norge har kunnskap og ferdigheter i grunnleggende luftveishåndtering, men det er ingen opplæring i bruk av de medikamentene anestesipersonell anvender ved luftveishåndtering. Basert på egen erfaring er det ingen kunnskap blant ambulansepersonell om uønskede/kompliserende hendelser rundt intubasjon. Anestesisykepleierne følte seg derfor etter min mening med rette alene ved en eventuell intubering av kritisk syk pasient i ambulansen. Når anestesisykepleiere valgte å avstå fra intubasjon og heller for eksempel støtteventilene vitner dette om en kompetanse og pasientsikkerhetstankegang som er viktig å ha utenfor sykehus. Man skal vite når man bør avstå fra tiltak, snarere enn å gjøre dem fordi man kan (9).

Det at anestesisykepleierne ikke måtte gjennom egen utdanning, kurs eller utsjekk før de begynte med transportmedisin sammenfaller med funnene

til Eiding et al. (6). Transportmedisin er noe de fleste begynner med uten verken kurs eller annen organisert erfarings-overføring. I Skottland kan det ofte være en LIS-lege (doctors in training) som følger kritisk syke pasienter på overføringer. Også her beskrives en virkelighet om å bli «kastet ut i det» uten verken kursing, relevant prosedyretrening eller erfarings-overføring fra mer erfarent personell (10). Anestesisykepleierne beskrev altså en introduksjon til faget som ikke er unik. Mens det i Storbritannia og Australia finnes guidelines som beskriver hvordan transportmedisin som fag skal utøves, med tanke på utdanning, utsjekk, personellsammen-setning og gjennomføring, viser det seg i praksis at disse retningslinjene ikke alltid følges. Det er i mange tilfeller uerfarne leger som blir satt til jobben (9, 11). Dette skiller seg fra Norge hvor det i bilambulanser som oftest er spesialisykepleiere som følger pasient. Det skiller seg også fra Storbritannia/Australia at anestesisykepleierne fortsetter med transporter når de har blitt erfarne. Ved sykehuset hvor deltagerne ble intervjuet er det fortsatt slik at anestesivdelingen kun gjør en generell vurdering av egnethet som godkjennes av avdelingsleder før man begynner med overføringer. Det kan være derfor alle deltagerne nevner erfaring som viktig for den enkelte anestesisykepleier som skal jobbe ute.

I en studie fra Canada har man sett på hvilke uønskede hendelser er mest vanlig i ambulansene under overføringer. De ser blant annet en klar sammenheng mellom å identifisere hemodynamisk ustabilitet før transport og muligheten til å motvirke kritiske blodtryksfall under transport. Tid til slik kartlegging og forebygging av behandlende helsepersonell er viktig i et pasientsikkerhetsperspektiv for anestesisykepleierne er gjort for avreise (12). Overtakelse av syke pasienter og informasjonsflyten som hører til er en meget kritisk periode. Jo sykere pasienten er jo mer kompleks blir overføringen av ansvar til annet

helsepersonell. Det har vært et kjent problem at kritisk informasjon kan forsvinne f.eks mellom overføring av pasient fra operasjonsstuer til post-op. Bruk av sjekklister har visst seg å være ett effektivt middel for å øke pasientsikkerhet i slike situasjoner (13). Bruk av sjekklister er også anbefalt i helsebibliotekets prosedyreforslag til overføring av pasienter (14). Selv om sjekklister, som ISBAR, er implementert ved det aktuelle sykehuset, nevner ingen av deltagerne aktiv bruk av slike sjekklister ved klargjøring til transport.

En annen faktor som går igjen i intervjuene er betydningen av anestesisykepleierens tillit til anestesilegene. Om ikke konkret sagt så var det underforståtte budskapet utvilsomt; Så lenge anestesilege og sykepleier har en god kommunikasjon og tillit til hverandre så skal det mye til for at anestesisykepleierne føler seg utrygg ute. Leonardsen (15) beskriver at anestesileger og anestesisykepleiere oftere ser på hverandre som et team i samarbeid, enn det mer hierarkiske samarbeidet mellom kirurg og operasjons-sykepleier. Mulig er det denne samarbeidsformen som henger igjen helt ut i ambulansen og som gjør at anestesisykepleierne kun trenger å vite at «jeg har legen på tråden». En gjennomtenkt sammensetning av personellet som skal flytte pasient er hensiktsmessig når alle i teamet respekterer og kjenner hverandres spesialiteter (9, 11). Kanskje er dette en sunn holdning i et ukontrollerbart arbeidsmiljø: «Jeg stoler ikke på deg før jeg vet hva du kan». Samtidig inneholder det en viss skepsis som mange muligens tenker er noe uforenlig med tillit. Leonardsen (15) presenterer videre at i operasjonsteamet er anestesilege og kirurg mer fokusert på det tekniske samarbeidet mellom helsepersonellet, mens sykepleierne er mer opptatt av det mellommenneskelige samarbeidet. I ambulansen har muligens anestesisykepleierne tatt til seg denne «vis meg hva du kan» tankegangen mot samarbeidende helsepersonell.

Anestesisykepleierne fremhevet et

arbeidsmiljø som er avhengig av at man kan prate med hverandre og unngå negative faktorer som tar fokuset vekk fra pasienten. Dette er velkjent tankegang for både alle som jobber sammen i team. Klar og bekreftende kommunikasjon (closed loop), respekt for hverandres profesjoner, ledelse og situasjonsforståelse er elementer som forsterker teamarbeid og dermed gjør det enklere å ivareta pasientsikkerhet. (1, 11).

Konklusjon

Anestesisykepleierne bruker sin kunnskap og erfaring aktivt til å planlegge, forebygge uønskede hendelser og ivareta pasienters sikkerhet ved transport mellom sykehus. De er bevisste på egne begrensninger og kommuniserer og tar avgjørelser de mener er til pasientens beste. De anvender med dette prinsipper fra NANTS; anestesisykepleiers ikke-tekniske ferdigheter.

To fokusområder for kvalitetsforbedring er blant annet et organisert system for opplæring, og ikke minst erfarings-overføring for nye anestesisykepleiere som kommer inn i fagfeltet. Sjekklister synes å være et pasientsikkerhets-forbedrende tiltak som burde vært mer aktivt anvendt av anestesisykepleiere som deltar under transportoppdrag.

Det har vært virkelig tillitsvekkende og takknemlig å få samtale med anestesisykepleierne som delte mye av seg selv i intervjuene. Takk til dere.

En spesielt stor takk til Hanne i Helgelandssykehuset for teknisk hjelp

Referanser

1. Low A, Hulme J, Aneman A. *Abc of transfer and retrieval medicine*. Chichester, England: BMJ Books; 2015.
2. Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere, (2016).

3. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.

4. Flin RH, O'Connor P, Crichton M. Safety at the Sharp End: A Guide to Non-technical Skills: Ashgate; 2008.

5. Flynn FM, Sandaker K, Ballangrud R. Aiming for excellence – A simulation-based study on adapting and testing an instrument for developing non-technical skills in Norwegian student nurse anaesthetists. 2017. p. 37-46.

6. Eiding H, Kongsgaard UE, Braarud AC. Interhospital transport of critically ill patients: experiences and challenges, a qualitative study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2019;27(1):1-9.

7. Norsk Standard for anestesi, (2016).

8. Crewdson K, Lockey DJ, Røislien J, Lossius HM, Rehn M. The success of pre-hospital tracheal intubation by different pre-hospital providers: a systematic literature review and meta-analysis. Critical Care. 2017;21(1):31.

9. Kennedy M, Elcock M, Ellis D, Tall G. Pre-hospital and retrieval medicine: Clinical governance and workforce models.(Report). Emergency Medicine Australasia. 2017;29(4):467.

10. Paton L, Stenhouse J, Ruddy J, Howie N. Still Preparing to Fail by Failing to Prepare? A Survey of Trainees' Experience of and Training in Interhospital Transfers. Journal of the Intensive Care Society. 2014;15(1):43-7.

11. Hearn S, Shirley PJ. Retrieval medicine: a review and guide for UK practitioners. Part 2: safety

in patient retrieval systems. BMJ Publishing Group Ltd and the British Association for Accident & Emergency Medicine; 2006. p. 943.

12. Singh JM, Macdonald RD, Ahghari M. Critical Events During Land-Based Interfacility Transport. Annals of Emergency Medicine. 2014;64(1):9-15.e2.

13. Aase K. Pasientsikkerhet : teori og praksis. 3. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2018.

14. Mæhlum EH, Thomassen R, Ledel L, Amundgaard TK. Transport av intensivpasienter mellom sykehus. 2014.

15. Leonardsen A-CL. Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet. Nordisk sygeplejeforskning. 2015;5(02):218-27 ER.



HAMILTON-T1

En fullverdig intensiv respirator for transport



Teleflex

Intranasal legemiddeladministrering leveres på en sikker, smertefri og effektiv måte



Teleflex

EZ-IO systemet gir hurtig, sikker og enkel intraossøs adgang



ZOLL

Ultra lett og kompakt monitor med sofistikerte og avanserte funksjoner

MAKING A DIFFERENCE

Vår oppgave og grunnlaget for vår tilstedeværelse, er å utgjøre en forskjell - hver eneste dag.

Sammen med våre partnere arbeider vi for å redde liv og forbedre livskvaliteten for folk som er i kontakt med våre produkter.

Medidyne

Tel. +47 67 53 01 400 | www.medidyne.no

Mobilisering av intens

Tine Fjerdingsby
t.i.fjerdingsby@gmail.com

Vivian Nyström
vivian.nystrom@thiof.no

Ann-Chatrin Leonardsen
ann.c.leonardsen@thiof.no

Introduksjon

Mobilisering av intensivpasienter kan gi mange gunstige effekter, som forebygging av delir, styrking av muskler, skjelett, sanser og immunapparat, samt forebygging av nevromuskulær dysfunksjon. Dette medfører blant annet redusert liggetid i intensivavdeling og i sykehus (1-3). Komplikasjoner til mobilisering oppstår sjeldent, men når de oppstår er desaturasjon og hemodynamiske komplikasjoner de vanligste (4, 5). Mobilisering innenfor intensivbehandling er definert som alt fra passiv bevegelse ved sengeleie, leieendringer i seng / forflytning, og til aktiv mobilisering der pasienten er deltagende i forbindelse med aktivisering, forflytning eller er stående/ gående (6). Det er internasjonal konsensus om at mobilisering innen 48 timer er trygt og gjennomførbart, også for intensivpasienter (4). Likevel viser studier at intensivpasienter sjelden mobiliseres (1, 3).

Internasjonalt er det utarbeidet ulike retningslinjer som kan bistå behandlingsteamet ved vurdering av om mobilisering er trygt for den enkelte pasient. Det påpekes i retningslinjene at disse må brukes med utgangspunkt i klinisk skjønn og/ eller individuell tilpasning (4, 7). De fleste retningslinjene omhandler hovedsaklig den intuberte intensivpasienten, og ingen av dem forholder seg kun til ikke-intuberte pasienter.

Det finnes lite forskning på mobilisering av ikke-intuberte intensivpasienter.



Mobilisering hos disse pasientene er essensielt for å forebygge intubasjon, i tillegg til andre kjente komplikasjoner relatert til intensivoppholdet (8). Med utgangspunkt i sin tilstedeværelse 24/7 spiller intensivsykepleiere en sentral rolle ved observasjon, vurdering og mobilisering av intensivpasientene.

Hensikt

Hensikten med denne studien var å utforske hvilke vurderinger intensivsykepleiere gjør relatert til aktiv mobilisering av den ikke-intuberte intensivpasienten med akutt respirasjonssvikt.

Metode

Studien hadde et kvalitativ design, med gjennomføring av individuelle dybdeintervjuer. Kvalitativ metode er godt egnet for forskning som vil sette nye spørsmål på dagsorden, eller ved problemstillinger der man ikke har oversikt over relevante svaralternativer på forhånd (9).

Setting og utvalg

Studien ble gjennomført ved et middels stort sykehus i Sør-øst Norge. Intensivavdelingen ved dette sykehuset har 8 intensivsenger og 12 postoperative senger, hvor personalet ruller på tvers av områdene. Det ble benyttet et strategisk utvalg, hvor leder ved den aktuelle intensivavdelingen sto for rekruttering av deltagere (n=4). Inklusjonskriterie var intensivsykepleiere med over 5 års erfaring, da disse har gode forutsetninger for å komme inn på viktige nyanser i vurderingen. Alle intensivsykepleierne som ble forespurt av leder samtykket til å delta i studien.

Refleksivitet og forforståelse

Refleksivitet beskrives som vilje og evne til å stille spørsmål ved egne fremgangsmåter og konklusjoner. Forskerens nærhet til stoffet kan vanskeliggjøre refleksivitet. Forforståelse handler om forutsetninger og erfaringer man har med

ivpasienter

seg som bevisste eller ubevisste deler av tolkningsgrunnlaget (9). Forskerne har i denne studien mye erfaring fra pasientgruppen studien omhandler. Dette vil kunne påvirke hvilke mønstre som blir lagt merke til, og prege studiens vinkling. Forforståelsen er videre preget av en tanke om at konsekvensene kanskje vil være større hos pasienter som ikke er intubert, samt at vurderingene rundt mobilisering gjøres ulikt. Dette er faktorer som kan sette sitt preg på hva som blir observert eller hvordan noe blir tolket.

Datasamling

En semi-strukturert intervjuguide ble utarbeidet med utgangspunkt i teori om intensivsykepleie, intensivpasienter og mobilisering. Det ble valgt å åpne med brede spørsmål for å få refleksjonene i gang hos deltagerne. Spørsmålene fokuserte på hvilke faktorer som er viktige i forbindelse med vurderingen av om man skal mobilisere pasienten sin eller ikke, hvilke faktorer som er viktige i forbindelse med når man velger å trappe ned eller avslutte mobilisering av pasienten, samt betraktninger rundt hvordan mobilisering blir gjennomført på arbeidsplassen

Intervjuene ble gjennomført i et møterom utenfor intensivavdelingen, i deltagerens arbeidstid. Intervjuene hadde en varighet på 25-40 minutter

Det ble benyttet digital lydopptaker, og intervjuene ble transkribert ordrett (TF). Tenkepauser og tenkelyder ble utelatt i transkripsjonen for å gjøre det videre arbeidet mer oversiktlig.

Analyse

Data ble analysert ved systematisk tekstkondensering, i tråd med anbefalinger fra Malterud (9). Først ble transkripsjonen gjennomlest i sin helhet, for å få et inntrykk av hvilke temaer som gikk igjen. Deretter ble transkripsjonsmaterialet satt inn i et skjema, og gjennomgått linje for linje, for å identifisere meningsbærende enheter. Deretter ble de meningsbærende enhetene sortert og fortettet i hver sine grupper. De meningsbærende enhetene ble sammenlignet med et ukodet eksemplar av transkriptene. Til slutt ble de fortettede meningsbærende enhetene gjort om til en sammenhengende tekst, og materialet ble bearbeidet for å få frem det som var mest relevant. Tabell 1 illustrerer analyseprosessen.

Forskningsetikk

Godkjenning til å gjennomføre studien ble innhentet fra Norsk Senter for Forskningsdata (NSD, referansenr 104775). Deltagelse var frivillig, og basert på skriftlig informert samtykke. Anonymisering og konfidensiell behandling av intervjumaterialet ble vektlagt. Lydfilen ble slettet umiddelbart etter at den var ferdig transkribert. Deltagerens alder og kjønn er utelatt for å beskytte mot eventuell gjenkjenning.

Resultater

Gjennom analysen ble to hovedkategorier med tilhørende subgrupper identifisert: 1) Vurdering av reserver, med subgruppene a) Vitale parametre, b) Pasientens kraft og balanse og c) Pasientens klinikk, samt 2) Vurdering av tiltak, med subgruppen a) Optimalisering.

Vurdering av reserver

Hos ikke-intuberte pasienter med akutt respirasjonssvikt, oppga deltagerne vurdering av pasientens reserver som en sentral del av vurderingen av hvor mye pasienten kan mobiliseres. Flere deltagere nevnte at disse pasientene

Tabell 1. Eksempel på analyseprosessen

Transkribert tekst	Meningsbærende enheter	Subgrupper	Kategori
Hvis det er en pasient som liksom klarer å sitte, har egen kraft i stol, også begynner å helle litt, så er det jo liksom tydelig tegn på at "nå er du kanskje for sliten". Men da har det kanskje gått for langt egentlig. Noen kan du spørre "er du sliten, vil du legge deg?" Men om dem da legger seg for tidlig eller for sent,,vet ikke...	Det er tydelig tegn på at en pasient er for sliten når en pasient som til vanlig greier å sitte i en stol begynner å helle i stolen Da har det kanskje gått for langt Enkelte pasienter kan man spørre om de er slitne Noen gir seg for tidlig, noen for sent	Kraft/balanse Klinikk	Vurdering av reserver

kan være marginale, og at en liten anstrengelse kan være nok til at de blir hypoksiske eller får en forverring i sykdomstilstanden.

Vitale parametre

Alle informantene snakket om vitale parametre og blodgass som en viktig del av vurderingen av hvor mye reserver pasientene har. Parametrene som ble fremhevet var oksygenmetning og pO_2 , mens respirasjonsfrekvens, blodtrykk, puls og laktat også ble nevnt. Alle deltagerne sa at de vurderer parametrene individuelt, og ikke forholder seg til en fast grense. En deltager sa:

“hvilke verdier som tolereres, kommer an på hvilken pasient du har, hvor syk pasienten er fra før, om pasienten har noen kroniske sykdommer, lungesykdommer eller er lungefrisk, samt alder på pasienten”

For å vurdere pasientens reserver før mobilisering, sammenholdt deltagerne pO_2 og oksygenmetning med pasientens oksygenbehov, altså oksygenprosenten som ble gitt i forkant av mobiliseringen (FiO_2). En deltager sa:

“Jeg ser på pO_2 og oksygenprosenten vi gir. Hvis jeg ikke har noe å gå på, så er det litt tråkig hvis pasienten faller til 50% i metning, hvis jeg ikke kan gi mer”

Parametrene ble også vurdert ut fra hvordan de utviklet seg før og under mobiliseringen. Flere deltagere nevnte at pasienter som desaturerer under mindre anstrengelser som snuing, hoste og stell i perioden før mobilisering, har lite eller ingen reserver. Hvor lang tid pasienten bruker på å bygge seg opp igjen etter snuingen, ble trukket frem som en del av vurderingen. Alle deltagerne sa også at de ser etter endringer i parametrene under mobiliseringen, for å vurdere om mobiliseringen kan fortsette. De påpekte likevel at denne endringen må være stor før mobiliseringen avbrytes. Endringene tolkes også i lys av pasientens alder, sykdomsforløp og kjennskap til pasienten.

Pasientens kraft og balanse

En deltager nevnte at man kan få en indikasjon på hvor mye krefter en pasient har til å utføre mobilisering, ved å teste kraft i ekstremiteter mens pasienten ligger i sengen. To av deltagerne snakket om dette i sammenheng med hvor sliten pasienten er. En deltager uttalte:

“Hvis det er en pasient som liksom klarer å sitte, har egen kraft i stol, også begynner å helle litt, så er det jo liksom tydelig tegn på at nå er du kanskje for sliten. Men da har det kanskje gått for langt egentlig”

På en annen side ble det også sagt at man ikke vil gå videre til neste steg i mobiliseringen hvis pasienten har dårlig balanse, men at pasienten heller kan sitte på sengekanten noen minutter. Dette kan tyde på at det ikke alltid vil føre til at mobiliseringen avbrytes, men at den ikke trappes ytterligere opp.

Pasientens klinikk

I forbindelse med pasientens klinikk sa en deltager:

“Men, det er jo en del av vurderinga det selvfølgelig, hvor slitne dem er da. Er dem helt utslitt sånn på vippen til å krøsje liksom”

Flere deltagere sa noe om at sykdomsbildet kan påvirke hvordan pasientens klinikk blir tolket. Det ble videre nevnt at pasienter som er vant til å være hypoksiske kan virke klinisk ubesværet.

Mange av deltagerne påpakte at de spør pasienten hvordan de har det underveis i mobiliseringen for å finne ut om de er for slitne. Dette kan tyde på at de bruker pasientens subjektive opplevelse for å vurdere gjenværende reserver. En deltager sa:

“noen vil sikkert strekke seg lenger, og overstrekke seg, mens andre er sliten, føler seg sliten før de er det egentlig, mens de kanskje hadde klart litt lengre da”

Dette indikerte at pasientens egen-vurdering kanskje ikke alltid gir en god indikasjon på pasientens reserver. Dette ble støttet av en annen deltager som sa at:

“det ikke er alltid pasientens følelse av hypoksi og faktisk hypoksi korrelerer”.

Dersom pasienten viste tegn til angst eller stress under mobilisering kunne også dette si noe om mobiliseringsevne.

Vurdering av tiltak

Optimalisering

Flere deltagere snakket om å optimalisere forhold eller å skape best mulig forutsetninger for pasientene før mobilisering. De nevnte, med forskjellige formuleringer, at pasienten må være uthvilt før mobilisering starter. For å få til dette fremhevet de å samle opp gjøremål, begynne med de viktigste gjøremålene først, samt å gi forstøver og øke oksygenet i forkant av mobiliseringen. En deltager sa:

“...at man har en liten reserve og vet at man har muligheten til å kunne hjelpe pasientene da ved enten å øke oksygen, øke trykkinnstillinger... I en periode kanskje når man mobiliserer, eventuelt for eksempel. Prøve å optimalisere”

I tillegg til å understøtte pasientens egne reserver og eventuelt gi reserver utenfra, kunne optimalisering av forhold omfatte andre faktorer.

Blant annet nevnte deltagerne dette i sammenheng med kvalme, ubehag og smerter. At pasienten ikke villde gjennomføre mobilisering kunne også være en barriere mot mobilisering. To av de fire deltagerne snakket om hvordan man kan få pasienten med på mobiliseringen. De nevnte faktorer som å gi informasjon om viktighet av mobilisering, avtale tidspunkt, trygge pasienten i at pusten skal avhjelpes underveis, og gi en god opplevelse av mobiliseringen for å lettere få pasienten med neste gang.

Diskusjon

Resultatene viser at intensivsykepleierne vurderte pasientens vitale parametre, kraft og balanse, samt klinikk for å vurdere pasientens reserver til å kunne mobiliseres. Videre fokuserte de på å optimalisere reservene i forkant av eventuell mobilisering.

Vurdering av reserver

Deltagerne påpekte at de vurderte pasientens reserver i forbindelse med mobilisering. Flere studier vektlegger at mobilisering skal være trygt for pasienten, og at pasienter kanskje ikke har nok reserver til å tolerere anstrengelser (5, 10-12). Gosselink et al. (11) påpeker for eksempel at pasientens respiratoriske og sirkulatoriske reserver bør kartlegges i forkant av mobilisering. Nyere flytskjemaer nevner derimot ikke pasientens "reserver", selvom de fokuserer på ulike grenseverdier (7, 10, 12). Dog omhandler disse studiene primært den intuberte intensivpasienten. Den ikke-intuberte pasienten kan kanskje ha mindre reserver å gå på, da han/hun er avhengig av nok krefter til eget respirasjonsarbeid. På den annen side er den intuberte pasienten kanskje mer marginal.

Det later til å være enighet om at vitale parametre kan bli brukt som en sentral del i å vurdere hvorvidt og hvor lenge intensivpasienten kan mobiliseres (10-13). Det kan tenkes at vitalia utenfor normale grenseområder kan handle om andre ting enn reserver. For eksempel vil en pasient med malign hypertensjon være utsatt for å få hjerneblødning ved ytterligere blodtrykksøkning. Da vil mobilisering være kontraindisert først og fremst på grunn av denne risikoen, mer enn at pasienten ikke har reserver til å imøtekomme økt metabolisme (14).

Flere studier viser til flytskjemaer (7, 10-12). Skjemaene har mange likheter i form av at alle viser til parametre som vitalia, blodgass, FiO₂ og PEEP i vurderingen av pasientens mobiliseringsevne. Skjemaene forholder seg til spesifikke grenser på verdiene. Dette skiller seg fra funnene i

denne studien, der deltagerne sier at de vurderer parametrene individuelt.

Deltagerne sa at de ser etter endring i parametre når mobilisering må avbrytes. Endringens størrelse, varighet og karakter er avgjørende. Dette støttes av tidligere forskning (10, 11). Det kan likevel virke som man har gått bort fra dette, da nyere retningslinjer ikke tar med utvikling av parametre som relevant, men forholder seg til de samme grensene som før mobilisering (7).

Resultatene viser også at pasientens kraft og balanse kan gi en indikasjon på pasientens evne til å utføre mobilisering. Hodgson et al. påpeker også at mobiliseringsnivå kan bestemmes ut fra pasientens muskelstyrke og utholdenhet (12). Campbell et al. (13) fokuserer også på at fysioterapeuten skal overvåke pasientens balanse, styrke og toleranse av aktivitet. Kraft og/eller balanse blir ikke spesifikt nevnt i noen av flytskjemaene i forbindelse med vurdering av reserver eller trygghet under mobilisering. Det er også forskjell på "evne til å utføre mobilisering" og "vurdering av mobiliseringsnivå", og det er ikke sikkert at det ene er overførbart til det andre.

En deltager testet kraft i ekstremiteter før mobilisering. Måling av håndstyrke er benyttet som parameter på utvikling av generell styrke i etterkant av intensivoppholdet (10). Imidlertid kan det være flere forhold som gjør at en pasient er svak i hendene, men ikke i resten av kroppen. For eksempel kan en pasient med polynevropati være svak perifert, men sterkere i andre deler av kroppen (15). Det er derfor ikke sikkert håndstyrke er noe godt parameter på måling av reserver.

Studien indikerer også at pasientens klinikk kan si noe om pasientens reserver. Pasientens klinikk må tolkes i lys av pasientens sykdomsbilde. Kliniske parametre som går igjen i litteraturen, er fatigue, bevissthetsnivå, dyspné, angst, uro, stress og smerter (7, 10-12). Når det kommer til bevissthetsnivå nevner flere artikler Richmond Agitation Sedation Scale

(RASS) for å dette. Det er nevnt spesifikke grenser på RASS i forhold til vurdering av mobiliseringsevne, men dette gjelder også hos intuberte pasienter. Grensene på RASS som er satt i flytskjemaene er relevante for å gjøre en generell vurdering av mobiliseringsevne (10, 12).

Vurdering av tiltak

Deltagerne fokuserte på problemområder som kvalme, ubehag, smerte og manglende samarbeid med pasient. For å gjøre mobilisering mulig i slike tilfeller, fokuserte deltagerne på optimalisering i forkant av mobilisering. Denne strategien støttes også av nyere forskning der det er fremstilt konkrete løsninger på årsaker til at pasienten ikke blir mobilisert (4, 16-18). Preoksygenering kan være ett tiltak (16-18). Imidlertid kan økt oksygenering bidra til CO₂ opphopning hos pasienter med kronisk respirasjonssvikt, samt at svært høy FiO₂ kan bidra til atelektaseutvikling og skader på lungeparenkymet (2). Det er likevel nærliggende å tro at det er lurt å øke oksygen i forkant dersom pasienten har begrensede O₂ reserver, da han/hun vil være avhengig av flere reserver for å utføre mobilisering.

Flere studier tar opp betydningen av å kunne tilby non-invasiv ventilering (NIV) under mobilisering (11, 19). NIV kan avlaste pasientens respirasjonsarbeid, og dermed O₂ forbruk. I tillegg åpner NIV opp atelektaser og sørger for at den respiratoriske kapasiteten øker (2). Av erfaring er det også mange pasienter som føler seg bedre så fort de får forstøveren i hånda, og det kan godt tenkes at det optimaliserer et psykisk aspekt også.

Deltagerne påpekte også at pasientene må være uthvilt før mobilisering. Dette innebærer at mobilisering bør planlegges grundig, og at mobilisering for eksempel bør være avsluttet før andre utmattende prosedyrer utføres (16, 18). Å utarbeide et godt regime for å fremme søvn blir også nevnt (16).

Videre påpekte deltagerne at manglende samarbeid med pasient er et hinder for

mobilisering. Flere studier trekker frem betydningen av å undervise pasientene i de tilfeller der pasienten nekter mobilisering (4, 16). Det er nærliggende å tro at undervisningen skal dreie seg om fordeler og ulemper rundt mobilisering og immobilisering. Erfaringsmessig er imidlertid ofte intensivpasientene så slitne at de ikke evner å ta imot mye informasjon. Informasjonen må derfor gis i korte og tydelige setninger.

Styrker og svakheter ved studien

Svakheter ved studien er at utvalget er lite, alle deltagerne jobber ved samme avdeling, og er av samme kjønn. I tillegg er intervjuene av relativt kort varighet. Alle deltakerne er erfarne intensivsykepleiere med lang erfaring med pasientgruppen, noe som styrker funnenes validitet.

Valg av en annen analysemetode, som for eksempel en fenomenologisk eller narrativ analysek, kunne ha avdekket andre temaer eller sammenhenger.

Konklusjon

Pasientens reserver anses som et sentralt ledd i vurderingen av om og hvor mye pasienten kan mobiliseres. Dette inkluderer pasientens vitale parametre, kraft og balanse, samt klinikk. I de tilfeller der det er mangel på reserver, bør intensivsykepleierne tilstrebe å øke disse.

Referanser

1. Green M, Marzano V, Leditschke A, Mitchell I, Bissett B. Mobilization of intensive care patients: a multidisciplinary practical guide for clinicians. *J Multidiscip Healthc*. 2016;9:247–256. Doi: 10.2147/JMDH.S99811.
2. Bakkelund J, Thorsen BH. Ikke-invasiv overtrykksventilering: Innledning. I: Gulbrandsen T, Stubberud DG. (red.). *Intensivsykepleie*. (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm; 2015.

3. Tipping CJ, Harrold M, Holland A, Romero L, Nisbet T, Hodgson CL. The effects of active mobilisation and rehabilitation in ICU on mortality and function: a systematic review. *Intensive Care Med*. 2017;43:171–183. Doi: 10.1007/s00134-016-4612

4. Hodgson CL, Capell E, Tipping CJ. Early mobilization of patients in intensive care: organization, communication and safety factors that influence translation into clinical practice. *Critical Care*. 2018;22(1):77. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13054-018-1998-9>.

5. Nydahl P, Ewers A, Brodda D. Complications related to early mobilization of mechanically ventilated patients on Intensive Care Units. *Nurs Crit Care*. 2014;7. Doi: 10.1111/nicc.12134.

6. Fröjd C, Larsson IM, Wallin E. Omvårdnad av intensivvårdspasienter: Mobilisering av intensivvårdspasient. I: Larsson A, Rubertsson S. (Red.). *Intensivvård* (2.oppl.). Stockholm: Liber AB; 2012.

7. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, Needham DM, Slooter AJ, Pandharipande PP, ... Balas MC. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(9):825–873.

8. Blomqvist H, Larsson A, Freden F, Linden V, Nellgård P. Respiratorstöd: Noninvasiv ventilasjon. I: Larsson A, Rubertsson S. (red.). *Intensivvård*. (2.oppl.). Stockholm; Liber AB: 2012.

9. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (4.utgave). Oslo: Universitetsforlaget; 2017.

10. Adler J, Malone D. Early mobilization in the intensive care unit: a systematic review. *Cardiopulm Phys Therapy J*. 2012;23(1):5.

11. Gosselink R, Bott J, Johnson M, Dean E, Nava S, Norrenberg M, ... Vincent JL. Physiotherapy for adult patients with critical illness: recommendations of the European Respiratory Society and European Society of Intensive Care Medicine Task pForce on physiotherapy for critically ill patients. *Intensive Care Med*. 2008;34(7):1188–1199. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00134-008-1026-7>.

12. Hodgson CL, Stiller K, Needham DM, Tipping CJ, Harrold M, Baldwin CE.... Green M. Expert consensus and recommendations on safety criteria for active mobilization of mechanically ventilated critically ill adults. *Crit Care*. 2014;8(6):658. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13054-014-0658-y>.

13. Campbell MR, Fisher J, Anderson L, Kreppel E. Implementation of early exercise and progressive mobility: steps to success. *Crit Care Nurse*. 2015;35(1): 82–88. Doi: 10.4037/ccn2015701.

14. Mostad V, Gulbrandsen T. Nevrointensivpasienten: Hjerneslag. I: Gulbrandsen T, Stubberud DG. (Red.). *Intensivsykepleie*. (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm; 2015.

15. Rutkove SB. Overview of polyneuropathy. I J.M. Shefner (red.). UpToDate. 2018. Hentet fra: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-polyneuropathy?search=polyneuropathy&adult&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.

16. Dubb R, Nydahl P, Hermes C, Schwabbauer N, Toonstra A, Parker AM, ... Needham DM. Barriers and strategies for early mobilization of patients in intensive care units. *Annals of the American Thoracic Society*. 2016;13(5):724–730. Doi:<https://doi.org/10.1513/AnnalsATS.201509-586CME>.

17. Needham D M, Korupolu R. Rehabilitation quality improvement in an intensive care unit setting: implementation of a quality improvement model. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2010;17(4):271–281. Doi: <https://doi.org/10.1310/tsr1704-271>.

18. Zanni J, Needham D. Promoting early mobility and rehabilitation in the intensive care unit. *PT in Motion*. 2010;2(4):32–38.

19. Carvalho L, Brandao DC, Campos SL, de Souza Vidal TM, Remigio MI, Martins S M, de Andrade AD. Noninvasive ventilation before maximum exercise test increases exercise tolerance in subjects with heart failure: a crossover study. *Arc Phys Med Rehab*. 2017; 98(5):849–855. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2016.09.129>.

Delirium hos intuberte intensivpasienter

– intensivsykepleieres erfaringer

Hedda Teig Halvorsen

Intensivsykepleier, Hovedintensiv på St. Olavs Hospital, Trondheim.

Sandra Karoliussen Hammer

Intensivsykepleier, Intensivavdelingen, Sykehuset Østfold, Kalnes.

Vivian Nystrøm

Stipendiat, Høgskolen i Østfold, avdeling for helse og velferd.

Ann-Chatrin Leonardsen

Førsteamanuensis Høgskolen i Østfold/
Forsker Sykehuset Østfold

Introduksjon

Delirium oppstår oftest etter kirurgi og under intensivbehandling, og er en akutt forvirringstilstand på grunn av forstyrrelser i hjernens funksjoner. Patofysiologien er uklar, men delirium har en identifiserbar organisk årsak. Forløpet er fluktuerende og kan utvikle seg over tid. Symptomene kan være desorientering, hukommelsessvikt, hallusinasjoner og persepsjonsforstyrrelser (1). Pasientene blir svært sårbare fordi de har redusert evne til å ta del i, påvirke, eller kontrollere egen situasjon (2).

Intensivmiljøet inneholder fysiske, psykiske og miljømessige faktorer som kan utløse et delirium, for eksempel respiratorbehandling, sedasjon, alvorlighetsgrad av kritisk sykdom, mangel på døgnrytme og farmakologisk påvirkning. Predisponerende faktorer som demens eller kognitiv dysfunksjon, depresjon, alvorlig sykdom eller

komorbiditet er også tilstede hos pasienten før sykehusinnleggelse (3, 4). Det er rapportert om delirium hos nær 87% av alle respiratorbehandlede pasienter. Ubehandlet delirium kan påvirke pasientens kliniske tilstand, og føre til redusert kontinuitet i behandlingen, lengre behandlingstid, økte kostnader og i verste fall økt mortalitet (5).

Pasientens adferd deles inn i hyperaktivt og hypoaktivt delirium, eller en kombinasjon av begge tilstandene. Hyperaktivt delirium er klassisk beskrevet som at pasienten er aggressive og utagerende, og ute av stand til å samarbeide. Hypoaktivt delirium viser seg ved svekket oppmerksomhet og bevissthet, og nedsatt psykomotorisk aktivitet. Det er høyest forekomst av pasienter i hypoaktivt delirium. På grunn av vage symptomer er det vanskeligere å avdekke. Dette fører til at langtidsprognosen for pasienter med hypoaktivt delirium er dårlig (5, 6).

Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) er et validert kartleggingsverktøy som benyttes for å avdekke tilstanden hos intuberte pasienter som ikke kan kommunisere verbalt (4, 7, 8). Rutinemessig screening med et slikt kartleggingsverktøy for å avdekke delirium er anbefalt. Likevel viser forskning at tilstanden er underdiagnostisert (9, 10).

Hensikt med studien

Intensivsykepleiere er til stede hos

pasienten døgnet rundt, og er i en særstilling til å observere, vurdere, identifisere og iverksette tiltak ovenfor intensivpasientene. Studien tar sikte på å belyse den erfaringsbaserte kunnskapen intensivsykepleiere tilegner seg i arbeid med voksne deliriske pasienter i intensivavdelingen. Funnene kan bidra til å sette søkelys på viktigheten av observasjoner og tiltak relatert til utvikling av delirium, for å kunne forebygge denne tilstanden.

Det fokuseres på den intuberte pasienten som respiratorbehandles, og har stemmeløshet uavhengig av intubasjonsmåte. Intensivsykepleiere omtales som «hun» igjennom studien, mens intensivpasienten omtales som «han», for språkvariasjon.

Metode

Studien har et kvalitativt design, med individuelle intervjuer. Metoden egner seg når man ønsker å gi deltakerne tid og rom til å hente frem erfaringer og overveielser som krever trygghet og ettertanke for å deles (11).

Studien ble gjennomført ved et middels stort sykehus i Sør-øst Norge. Det ble gjennomført seks individuelle dybdeintervjuer av erfarne intensivsykepleiere.

Forforståelse og refleksivitet

Forforståelsen kan påvirke analysen, og viser seg gjennom hvordan forskeren ser på og tolker det empiriske materialet. Forfatterne har erfaring fra arbeid



Foto: Anne-Britt Mathisen

på ulike sykehusavdelinger, samt intensivavdeling, livserfaring og et teoretisk grunnlag fra skolegang og praksis. Vi har mer erfaring med delirium hos ikke-intuberte pasienter, enn med delirium hos intuberte intensivpasienter. Dette har vært en fordel under intervjuene fordi erfaringene i mindre grad har kunnet farge informasjonen. Deltagerne har måttet utdype utsagnene sine for at vi skal forstå hva de mener. Vi har tilstrebet refleksivitet gjennom prosessen ved å være bevisst vår forforståelse og holdning, og ved å redegjøre for dette tidlig i prosessen. Underveis i arbeidet har vi stilt spørsmål og reflektert over egen fremgangsmåte (12).

Intervjuguide

Det ble utarbeidet en semi-strukturert intervjuguide som la vekt på å stille åpne spørsmål. Intervjuguiden tok utgangspunkt i teori om intensivsykepleie, delirium og kartleggingsverktøy, samt egne erfaringer. Deltagerne ble bedt

om å utdype svarene, og det ble stilt oppfølgende spørsmål som “kan du gi ett eksempel på dette?”. Eksempler på spørsmål er: “Hvilke tanker får du når vi setter fokus mot delir hos den intuberte intensivpasienten?”, “Hva kjennetegner en pasient i delir på intensivavdelingen?”, og “Hvilke tiltak mener du er viktig i håndtering og behandling av delir?”

Uvalg

Fagsykepleier på intensivavdelingen foretok et strategisk utvalg av seks informanter, og la til rette for gjennomføringen i praksis. Inklusjonskriteriene var at deltageren måtte ha videreutdanning eller master i intensivsykepleie, jobbe 75% stilling eller mer, og ha minimum 5 års erfaring fra intensivavdeling.

Datasamling

Intervjuene ble gjennomført på deltagerens arbeidsplass, i arbeidstiden, på et møterom adskilt fra intensivavdelingen

(HT, SKH). Intervjuene hadde en varighet på ca. 30 minutter. Det ble benyttet digital båndopptaker. Opptakene ble transkribert ordrett, linje for linje. Resultatet ble 39 sider transkribert materiale. Direkte etter hvert intervju ble det nedtegnet notater med initiale inntrykk fra intervjuet.

Analyse

Analyseprosessen ble gjennomført i tråd med Malteruds fire trinn for systematisk tekstkondensering: 1) helhetsinntrykk, 2) meningsbærende enheter og koding, 3) kondensering og 4) syntese – fra kondensat til resultat (11).

I trinn 1 ga transkribering og gjennomlesing et helhetsinntrykk av det empiriske materialet. Fokuset på dette stadiet var å få oversikt, arbeide mest mulig åpent, og legge forforståelsen til side.

I trinn 2 ble materialet gjennomgått linje for linje, og meningsbærende enheter ble identifisert og inndelt i subgrupper.

Resultatet ble mange subgrupper. Disse ble sortert ytterligere en gang med fargekoding, og dette resulterte i fire kategorier, hvorav tre var relevante for studiens hensikt. I de tre kategoriene ble det empiriske materialet komprimert til 11 subgrupper. Tabell 1 gir et eksempel på den systematiske tekstkondenseringen

I trinn 3 ble dannet et kondensat ved å gjøre en tverrgående analyse av det empiriske materialet. Alle de meningsbærende enhetene ble sortert i subgrupper i hver av de tre kategoriene. De ble også sortert etter informant for å enklere finne tilbake i den transkriberte teksten ved utarbeidelse av resultatdelen. 150 sider analysert materiale ble til 15 sider kondensat.

I Malteruds siste trinn syntetiseres kunnskapen fra kondensat til resultat. Etter utarbeidelse av resultatdelen ble denne rekontekstualisert opp mot det transkriberte materialet for å etterstrebe at forfatterne ikke tolket, beskrev eller brukte begreper som ikke tilhørte opprinnelige rådata.

Forskningsetiske hensyn

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, referansenummer 659152), samt intensivavdelingen intervjuene er utført. Prosjektet ble vurdert til å ikke være meldepliktig til

Tabell 2. Kategorier og subgrupper		
Identifisering og avdekking	Ikke-medikamentell tilnærming	Medikamentell tilnærming
• Predisponerende og utløsende faktorer • Utfordringer • Symptomer • Kartleggingsverktøy	• Søvn og hvile • Miljømessige faktorer • Pasientopplevelse • Intensivsykepleierens opplevelse	• Forebygging • Sedasjon • Behandling

Regional etiske komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK). Deltagelse var frivillig, og basert skriftlig og muntlig informert samtykke. Data er anonymisert, og deltagerne har kunnet trekke seg når de vil uten å oppgi grunn. Materialet behandles konfidensielt og i samsvar med personvernreglementet.

Intervjuene ble tatt opp på lydfil ved hjelp av diktafon. Lydfilen ble deretter overført til USB minnepenn som har vært innelåst i låsbart skap på låst kontor underveis. Lydfilene slettes ved prosjektslutt.

Resultater

Tre kategorier ble identifisert:

- 1) Identifisering og avdekking,
- 2) Ikke-medikamentell tilnærming, og
- 3) Medikamentell tilnærming.

Tabell 2 gir en oversikt over de tre kategoriene med tilhørende subgrupper

Identifisering og avdekking

Deltagerne erfarte høy forekomst av delirium, og fremhevet at «det skal mye til for å ikke få delirium som intensiv-pasient». Flere av deltagerne bemerket at egen kompetanse spiller en rolle for vurdering av delirium, og at en økt andel ny-ansatte med lite erfaring er en utfordring.

Deltagerne påpekte at det er vanskelig å vurdere om det er delirium eller andre årsaker til pasientens uro, som for eksempel forbigående forvirring under oppvåkning, eller om uroen kom av smerte eller ubehag. En av deltagerne fremhevet at det er stor variasjon i hvordan pasientene fremstår, særlig blant eldre pasienter. Predisponerende faktorer som psykiske lidelser, opioidavhengighet og geriatri, ble sett i sammenheng med utvikling av delirium. Noen deltagere uttrykte at det er en fordel å kjenne pasi-

Tabell 1. Eksempel på systematisk tekstkondensering.

Transkript	Meningsbærende enhet	Subgruppe	Kategori
Inn med medikamenter...Altså beroligende medikamenter, om det er sedering eller antipsykotika, eller...Det er jo litt opp til legene. Det har jeg ikke alltid en formening om...Og ro rundt, prøve å la pasienten få ro innimellom. Og søvn...Prøve å la pasienten få god søvn på natten, og være våken på dagen. Tilstrebe god døgnrytme...Og ikke hele tiden holde på med pasienten...Det er noe med å si at "nå har vi holdt på en time, og så la pasienten få en time uten at vi må bort og ta på hele tiden"	Medikamentelle tiltak: sedering, antipsykotika, sederende.	Medikamentelle tiltak	Medikamentell tilnærming
	Forskjellig fra lege til lege	Tverrfaglig samarbeid	Ikke-medikamentell tilnærming
	Ro i miljøet rundt pasienten, tilstrebe god døgnrytme og søvn.	Miljø	
	Samle arbeidsoppgavene og tilstrebe hviletid	Søvn og hvile	Ikke-medikamentell tilnærming
		Planlegge dagen	
		Søvn og hvile	

enten godt for å ha et vurderingsgrunnlag.

Deltagerne mente det er vanskelig å vurdere pasientene når de ikke kan kommunisere verbalt. En deltager sa:

«Når pasientene er intuberte får de ikke snakket så mye, men det hender du skjønner at de ser ting som vi ikke ser».

Dette, sammen med sedasjon, var faktorer som påvirket vurderingen. Hyperaktivt delirium ble ansett som lettere å avdekke fordi symptomene kom tydeligere frem. I tillegg påpekte deltagerne at det er viktig å være oppmerksom på pasienter som «bare ligger der», og ikke gir kontakt, som tegn på hypoaktivt delirium.

Deltagerne fortalte at kartleggingsverktøy ble lite brukt. En av deltakerne hevdet at bruk av kartleggingsverktøy er avgjørende for å identifisere delirium, men at verktøy er vanskelig å bruke når pasientene ikke kan kommunisere verbalt. En annen deltager fortalte at vedkommende brukte kartleggingsverktøyet CAM-ICU når det var fokus på dette i avdelingen, men at det blir glemt når fokuset avtar.

Ikke-medikamentell tilnærming

Samtlige deltagere erfarte at søvn er essensielt i forebygging og behandling av delirium, og at for lite søvn kan utløse tilstanden. De opplevde at det er vanskelig å etterstrebe god døgnrytme hos pasientene. I følge en deltager kan hvile for eksempel etterstrebes ved legevisitt og pauseavvikling:

«Du er ingen dårlig sykepleier selv om du lar pasienten ligge i fred en time. På intensiv er det bevisst. Det kan være lurt».

Flere av deltagerne bemerket at det å planlegge dagen var viktig. Pasienten burde ifølge deltagerne sove mest mulig på natten, og slippe konstant stimuli og morgenstell på nattevakten. For å få til dette foreslo de å samle arbeidsoppgavene, som å administrere medisiner, suge i luftveier eller andre prosedyrer når man samtidig gjør leieendringer, eller når pasienten selv er våken. Flere påpekte

at «Vi bør unngå konstant plukking» og «skal bare». Ved å ha en dagsplan som disponerer tiden godt, kunne man unngå unødvendige forstyrrelser på grunn av rutiner og planlagte gjøremål.

Deltagerne omtalte også ro i miljøet som en svært viktig faktor. De erfarte at det kan være mye støy rundt pasientene, som alarmer på medisinsk-teknisk utstyr, høylytt kommunikasjon blant personalet, særlig på flersengsrom, og påpekte at det er intensivsykepleierens ansvar å tenke over egen opptreden og sørge for rolige omgivelser. En deltager uttalte:

“Noen ganger må man lukke døra og be kolleger på utsiden være stille; Si i fra at her må vi ha ro”.

Flersengsrom ble fremhevet som positivt for erfaringsutveksling og refleksjon, mens fordelene med enerom handlet om muligheten for skjerming og døgnvarierte lystilpasning.

De fleste deltagerne opplevde at delirium kan forebygges med ikke-medikamentelle tiltak, men at når pasienten er i et delirium må det behandles med en kombinasjon av ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak.

Medikamentell tilnærming

Deltagerne erfarte at medikamentell tilnærming i intensivmedisin er utfordrende. Intensivpasienter kan stå på flere ulike medikamenter over tid, og deltagerne pekte på en tendens til bråseponering. Flere av deltagerne erfarte at en viktig faktor for å forebygge delirium, blant annet var nedtrapping av analgosedasjon. Noen deltagere erfarte at bruk av Catapressan og Dexdor i kombinasjon med tilpasset nedtrapping kunne redusere smerte, angst og abstinenser, og dermed forebygge delirium.

Deltagerne uttrykte et ønske om å sette sammen en god behandling for hver pasient, men erfarte at pasientene kan bli så urolig at man «må ty til sedasjon som eneste utvei». En deltager sa:

«På grunn av manglende ressurser tyr vi til medikamenter fremfor å holde pasienten i hånda og gjøre situasjonen trygg. Sedasjon hjelper sykepleieren, men ikke nødvendigvis pasienten».

Propofol opplevdes som et godt hjelpemiddel som bidro til å unngå risikofylte situasjoner. Deltagerne framhevet Haldol som et svært gunstig medikament i behandlingen av delirium, men at det tar tid før man oppnår effekt. Dexdor ble omtalt som relativt nytt, og deltagerne opplevde at dette kan gi beroligende effekt, og at det kan holde pasienter våkne og samarbeidende på respirator.

Diskusjon

Intensivsykepleierne erfarte høy forekomst av delirium, og at kontinuerlig vurdering og bruk av kartleggingsverktøy kreves for å avdekke tilstanden. Intensivsykepleierne fremhevet videre at det er vanskelig å vurdere om det er delirium, og at det bør iverksettes både ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak for å forebygge og behandle delirium.

Å avdekke delirium

Intensivsykepleierne viste kunnskap om predisponerende og utløsende faktorer, men uttrykte likevel at det er utfordrende å avdekke delirium. Noen av dem mente at bruk av CAM-ICU er essensielt for å avdekke delirium. Flere ulike kartleggingsverktøy er utprøvd, men CAM-ICU anses å være et av de mest valide (4, 7). En studie viser likevel at verktøyet oppleves utfordrende å bruke på grunn sedasjonsnivå, og at verktøyet er komplekst fordi pasientene ikke kan kommunisere verbalt (5).

Intensivsykepleierne erfarte at det er vanskelig å vurdere mental status fordi stemmeløshet og sedasjonsnivå gjør det vanskelig å avdekke vage symptomer. Dersom pasienten har vage symptomer eller hypoaktivt delirium kan de fremstå rolige, og samarbeide med respiratoren. Når skjønnsmessige vurderinger baseres på fremtredende symptomer kan man gå glipp av vage symptomer som

hallusinasjoner, uorganisert tankegang, søvnforstyrrelser og hypoaktivt delirium (5). Dette, sammen med lite bruk av CAM-ICU, kan være en årsak til at delirium, og særlig hypoaktivt delirium, er underdiagnostisert i intensivavdelingen.

Tiltak for å forebygge delirium

Intensivsykepleierne hadde forslag til hvordan søvnbehov og optimal døgnrytme kan ivaretas, blant annet ved å jobbe strukturert, samle arbeidsoppgaver, tilstrebe hviletid, og optimalisere miljøet rundt pasienten. Søvnmangel kan forårsake sanseforstyrrelser og videre utvikle seg til delirium (4, 7). Å jobbe strukturert, samle arbeidsoppgaver og optimalisere miljøet rundt pasienten, understøttes av internasjonale retningslinjer (7). Barr et al. legger frem at søvnsyklusen til intensivpasienter ofte blir brutt, og at konsekvensen av søvnmangel kan føre til utvikling av delirium og forlenget tilhelingsprosess. De anbefaler bruk av strategier for å kontrollere lyd og lys, og å redusere stimuli om natten for å fremme søvn (7). Van Rompaey et al. (13) hevder at øreplugg er assosiert med lavere forekomst av forvirring hos intensivpasienter. Dette understøttes av Litton, Carnegie, Elliott og Webb (14), som samtidig trekker frem at bruk av øyemaske kan være et godt tiltak for lysregulering. Erfaringsmessig er det få pasienter som får øyemaske eller ørepropper. Derimot erfarer at intensivsykepleiere er flinke til å tilstrebe ro om natta, og at de er bevisste på lysregulering for å regulere pasientenes døgnrytme. Det kan være utfordrende å jobbe i mørket, men man kan for eksempel benytte seg av hjelpemidler som lommelykt i stedet for å skru på lyset i taket.

Videre påpekte deltagerne at intensivpersonellet må være bevisst egen oppførsel. Barr et al. (7) påpeker at faktorer i miljøet kan bidra til å utløse delirium. Stubberud (4) begrunner dette med at de psykologiske og miljømessige belastningene intensivpasienter utsettes for, kan føre til økt produksjon av stresshormoner, blant annet kortisol. Økt produksjon av stresshormoner kombinert med de

fysiske faktorene kan bidra til utvikling av delirium. Intensivpersonellet har derfor ansvar for å skape ro, struktur, trygghet og tydelighet for å redusere negativt stress.

Intensivsykepleierne trakk frem at tilstedeværelse av pårørende kan være en ressurs for å skape trygghet for pasienten. Francis (15) utdyper at pårørende kan være en ressurs for å skape et trygt miljø, blant annet ved at pasienten hører kjente stemmer. Nester et al. (3) anbefaler også å skape et trygt miljø gjennom å bruke pårørende til å innhente fotografier, og avklare pasientens musikkpreferanser og verdsette aktiviteter. I følge Barr et al. (7) kan kjent musikk virke beroligende, og flytte fokuset bort fra sykdomssituasjonen. Musikk kan skape kontakt med omverdenen og gi sammenheng hos pasienter med kognitiv svikt. Studier omtaler balansegang i kognitiv stimulering som en utfordring, og at intensivmiljøet er støyete. Det trekkes frem at faktorer som høylytt kommunikasjon, tv, radio og opprørte pårørende, kan bidra til overstimulering. Motsatt at understimulering, og det å føle seg alene og isolert, kan være en utløsende faktor for delirium (3, 15). Colombo et al. (16) konkluderer med at realitetsorientering er med på å redusere forekomsten av delirium. Rivosecchi, Smith Burger og Cambell (17) understøtter dette, men trekker også frem at nøkkelkomponenter i realitetsorientering blant annet kan være å fastslå hvilket navn pasienten ønsker å omtales med; fornavn, mellomnavn eller etternavn, og at man bør kommunisere med pasienten på en måte som trigger hukommelsen.

Medikamentell behandling av delirium

Intensivsykepleierne påpekte at det ved oppstått delirium mest sannsynlig er behov for medikamentell behandling. Dette støttes av blant annet Barr et al. (7), som fremhever behovet for medikamentelt å behandle symptomer på predisponerende og utløsende faktorer som blant annet angst, smerte og søvn.

Intensivsykepleierne opplevde også en tendens til bråseponering av analgesedasjon, og reflekterer over

om dette kan være en utløsende faktor for delirium. I følge Devabhakthuni, Armahizer, Dasta og Kane-Gill (18) er analgesedasjon potensielt assosiert med delirium. De anbefaler klinikere å bruke sedativa (dexmedetomidin) for å redusere symptomene analgesedasjon gir. Samtidig anbefaler de å trappe ned sedasjon først, og deretter smertestillende. Effektiv smertebehandling reduserer utvikling av delirium, og dermed behovet for sedasjon (19).

Intensivsykepleierne uttrykte et ønske om å sette sammen en god behandling i kombinasjon av medikamentelle og ikke-medikamentelle intervensjoner for hver enkelt pasient, for å regulere døgnrytmen, og redusere pasientens psykomotoriske symptomer og uro. De opplevde haloperidol (Haldol) som et godt medikament, både for behandling av symptomer på delirium, og for å fremme søvn, men at det tar tid før det virker. Kortvarig bruk av Haldol er beskrevet som førstevalget i behandling av delirium, særlig ved symptomer som angst, hallusinasjoner og agitasjon (7, 8, 15).

Styrker og svakheter ved studien

Under intervjuene var det vanskelig å forstå om informantene snakket om intuberte eller ikke-intuberte pasienter. Dette kan ha betydning, og være en svakhet for resultatet fordi studien omhandler den intuberte pasienten.

Studien har et relativt lite utvalg, fra samme intensivavdeling. Ved å inkludere flere deltagere, for eksempel frem til metning, eller med en maksimum variasjon tilnærming, kunne resultatene blitt annerledes og mer valide. Av pragmatiske hensyn ble det kun utført seks intervjuer. Erfaringene som presenteres anses likevel overførbare til andre intensivsykepleiere som arbeider i intensivavdelinger. Mange faktorer ved studien kan også være overførbare til andre pasientgrupper og profesjoner, uavhengig av arbeidssted og geografi. Dette ansees som en styrke.

En annen analysemetode, som for

eksempel narrativ eller fenomenologisk analyse kunne medført mer dybdeinnsikt i temaet. Alle trinnene i analysen er presentert, noe som gjenspeiler studiens transparens. Resultatene er diskutert opp mot relevant litteratur for å avdekke resultatenes gyldighet.

Konklusjon

Intuberte intensivpasienter med delirium er utfordrende og stiller store krav til intensivsykepleieres kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Mange faktorer påvirker situasjonen og gjør det vanskelig å finne en balansegang som tilfredsstiller den enkelte pasient. Pasientens mentale status observeres, men å vurdere kognitiv funksjon, er utfordrende. Økt bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU kan anbefales.

Implikasjoner

Fokus bør i større grad rettes mot predisponerende og utløsende faktorer for delirium, og alle pasienter i intensivavdelingen bør systematisk risikoscreenes på bakgrunn av disse faktorene ved inntak. Informasjonen om at en pasient har risiko for å utvikle delirium, kan være en del av den muntlige rapporten. Intensivsykepleiere bør bevisstgjøres på å iverksette forebyggende tiltak, og minnes på at pasientene bør kartlegges ofte med for eksempel CAM-ICU.

Referanser

1. Géline C, Bérubé M, Chevrier A, Pun BT, Ely EW, Skrobik Y, Barr J. Delirium assessment tools for use in critically ill adults: a psychometric analysis and systematic review. *Crit Care Nurs*. 2018;38(1):38-49.
2. Bélanger L, Ducharme F. Patients' and nurses' experiences of delirium: a review of qualitative studies. *Nurs Crit Care*. 2011;16(6):303-315.
3. Nester M, Fossøy J, Ellingsen KM, Strand K, Busch M. Delirium - ikke- farmakologisk forebygging og identifisering av delirium hos intensivpasienter. 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/delirium-ikke-farmakologisk-forebygging-og-identifisering-av-delirium-hos-intensivpasienter> (nedlastet 01.05.2019).
4. Stubberud DG. Delirium. I: Gulbrandsen T, Stubberud DG (Red.). *Intensivsykepleie* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2015.
5. Devlin JW, Fong JJ, Howard EP, Skrobik Y, McCoy N, Yasuda C, Marshall J. Assessment of delirium in the intensive care unit: nursing practices and perceptions. *Am J Crit Care*. 2008;17(6):555-565.
6. Ranhoff AH. Delirium (akutt forvirring). I: Kirkeveid M, Brodtkorb K, Ranhoff AH. (Red.). *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk; 2010.
7. Barr J, Fraser GL, Puntillo K, Ely EW, Géline C, Dasta JF, ... Joffe AM. Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*. 2013;41(1):263-306.
8. Devlin JW, Skrobik Y, Géline C, Needham DM, Slooter AJ, Pandharipande PP, ... Rochwerf B. Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Crit Care Med*. 2018;46(9):825-873.
9. Baptista Faria RdS, Moreno RP. Delirium in intensive care: an under-diagnosed reality. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2013;25(2): 137-147. Doi: 10.5935/0103-507X.20130025.
10. Arumugam S, El-Menyar A, Al-Hassani A, Strandvik G, Asim M, Mekhodithal A, Mudali I, Al-Thani H. Delirium in the intensive care unit. *J Emerg Trauma Shock*. 2017;10(1):37-46. Doi: 10.4103/0974-2700.199520.
11. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
12. Del Busso LA. Å bli en etisk forsker. I: Brottveit G. (red.). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder - Om å arbeide forskningsrelatert*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
13. Van Rompaey B, Elseviers MM, Van Drom W, Fromont V, Jorens PG. The effect of earplugs during the night on the onset of delirium and sleep perception: a randomized controlled trial in intensive care patients. *Crit Care*. 2012;16(3):78.
14. Litton E, Carnegie V, Elliott R, Webb SA. The efficacy of earplugs as a sleep hygiene strategy for reducing delirium in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*. 2016;44(5):992-999.
15. Francis J. Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis. 2019. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis?search=delirium%20in%20icu&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 (nedlastet 07.05.2019).
16. Colombo R, Corona A, Praga F, Minari C, Giannotti C, Castelli A, Raimondi F. A reorientation strategy for reducing delirium in the critically ill. Results of an interventional study. *Minerva Anestesiol*. 2012;78(9):1026.
17. Rivosecchi RM, Smithburger PL, Svec S, Campbell S, Kane-Gill SL. Nonpharmacological interventions to prevent delirium: an evidence-based systematic review. *Crit Care Nurs*. 2015;35(1):39-49.
18. Devabhakthuni S, Armahizer MJ, Dasta JF, Kane-Gill SL. (2012). Analgo-sedation: a paradigm shift in intensive care unit sedation practice. *Ann Pharmacother*. 2012;6(4):530-40. Doi: 10.1345/aph.1Q525.
19. Chen K, Lu Z, Xin YC, Cai Y, Chen Y, Pan SM. Alpha-2 agonists for long term sedation during mechanical ventilation in critically ill patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;1.

Uhøflighet på operasjonsstua – anesthesisykepleieres erfaringer

Artikkelen har gjennomgått blindet vurdering av to fagfeller

Linda Bailey, anesthesisykepleier, master i anesthesisykepleie
Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet, Postadresse: Sognsvannsveien 20, 0372 Oslo
OsloMet - Storbyuniversitetet, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Studiested Pilestredet, Postboks 4 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: +4790057739, Epost: frkbailey@gmail.com

Simen A. Steindal, sykepleier, master i sykepleievitenskap, ph.d. Førsteamanuensis,
Lovisenberg diakonale høyskole, Oslo
Telefon: +4792660422, Epost: simen.alexander.steindal@ldh.no

Alfhild Dihle, anesthesisykepleier, hovedfag i sykepleievitenskap, ph.d. Førsteamanuensis,
OsloMet - Storbyuniversitetet, Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,
Studiested Pilestredet, Postboks 4 St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: +4797968047, Epost: alfhild.dihle@oslomet.no

arbeidet. Flere mente at slike situasjoner ble hengende igjen i en tid etterpå. Informantene beskrev det som et sjokk å være nyutdannet eller student da de som ferske i faget oftere opplevde uhøflig oppførsel på jobb.

Konklusjon

Resultatene tyder på at anesthesisykepleiere er velkjent med temaet uhøflighet på operasjonsstua. Det er indikasjoner for at det er et røft arbeidsmiljø, men informantene mener kulturen er i endring. Uhøflighet oppleves som ubehagelig og anesthesisykepleiere stiller spørsmålsteget ved hvorfor det må være slik på jobb. Informantene var samstemte i at dette er noe de blir vant til etterhvert, men at dette likevel er problematisk.

Sammendrag

En stor takk til anesthesisykepleierne som deltok i studien, og til avdelingslederne som gjorde det mulig å gjennomføre datasamlingen.

Bakgrunn

Anesthesisykepleiere jobber daglig tett på andre yrkesgrupper i et høyteknologisk miljø og under tidvis krevende omstendigheter. Godt samarbeid er essensielt for å gjennomføre arbeidet inne på en operasjonsstue. En arbeids-situasjon som i utgangspunktet oppleves som stressende, vil kunne få negative konsekvenser. Arbeidsmiljø, arbeids- glede, kommunikasjon og samarbeid blir markant redusert av uhøflig oppførsel.

Hensikt

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hvilke erfaringer og opplevelser anesthesisykepleiere har vedrørende uhøflighet og samarbeidsklima på operasjonsstuene.

Metode

I studien er det benyttet kvalitativ metode med et deskriptivt, utforskende design. Data er samlet inn via to fokus-gruppeintervjuer med totalt 8 anesthesisykepleiere. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultater

Fire temaer ble identifisert: 'varierende høflighet blant medarbeidere', 'uhøflighet ødelegger arbeidsgleden', 'uhøflig kommunikasjon skaper konflikter' og 'mestringsstrategier ved uhøflighet'. Samtlige informanter hadde rike beskrivelser av egne erfaringer med uhøflighet. Når de ble stående i slike situasjoner, følte de ubehag og reagerte med sjokk, apati, sinne og et ønske om å komme seg videre med

Nøkkelord

Uhøflighet, arbeidsmiljø, påvirkning, samarbeid, anesthesisykepleie

Introduksjon

Anesthesisykepleiere jobber daglig tett på forskjellige yrkesgrupper i et høyteknologisk miljø og under tidvis krevende omstendigheter. Anesthesisykepleierne i Norsk Sykepleierforbund sitt "Grunn-lagsdokument for anesthesisykepleiere" påpeker at anesthesisykepleier skal utarbeide strategier for konflikthåndtering (1). For at anesthesisykepleiere skal kunne ivareta et godt samarbeid med operasjons-sykepleiere, anestesileger og kirurger forutsettes gode kommunikasjons- og samarbeidsevner.



Uhøflighet (engelsk: incivility) kan defineres som «frekk og forstyrrende oppførsel som ofte resulterer i psykologisk eller fysiologisk stress for mottaker. Uhøflig oppførsel viser tydelig mangel på respekt for andre» (2). Stress kan defineres som «manglende overensstemmelse mellom individets mestrings-evne og de utfordringer individet står ovenfor» (2). Lazarus (3) beskriver stress som opplevelsen av muligheter og trusler individet oppfatter som viktige, og som det opplever å ikke kunne håndtere. Uhøflighet på arbeidsplassen forekommer i alle yrker og på alle arbeidsplasser, men for helsepersonell er risikoen 16 ganger høyere enn i andre yrker (4). Lærebøker i organisasjonspsykologi poengterer at destruktiv kritikk i form av uhøflighet anses som svært uheldig (5). En italiensk undersøkelse fant at 69% av sykepleiere rapporterte negativ påvirkning i form av angst, søvnproblemer, depresjon og lavere selvfølelse som direkte resultat av uhøflig oppførsel på arbeidsplassen (6).

Anestesisykepleiere arbeider i tverrfaglige team, der ulike profesjoner kombinerer kunnskaps- og ferdighetsområder som ingen enkeltperson alene besitter. Kunnskap fra ulike fagområder integreres

gjennom medlemmenes kommunikasjon med hverandre til en felles tverrfaglig innsikt (7). Uhøflighet i team kan ha negativ påvirkning på samarbeidsprosesser, og kan i stor grad påvirke hvordan hvert medlem av teamet utfører sine oppgaver. Det å bevitne uhøflighet, eller å være i nærheten av det, kan trigge reaksjoner som gjør det vanskeligere å håndtere oppgaver og løse problemer. Uhøflighet øker også sannsynligheten for at mennesker går glipp av viktig informasjon (8). En randomisert studie fra Israel fant at team som eksponeres for frekke og uhøflige kommentarer kunne føre til signifikant dårligere utfall for pasientene, og teamene viste dårligere samarbeid, oppgaveløsning, feilsøking og kommunikasjon (9). Flere studier beskriver viktigheten av respektfull kommunikasjon mellom mennesker som jobber i tverrfaglige team (10-13).

Studier har vist at anestesisykepleiere som opplevde uhøflighet på arbeidsplassen rapporterte økt forekomst av utbrenthet, angst, depresjon og forhøyet stressnivå (2, 13, 14). En studie rapporterte at 80% av anestesisykepleierne opplevde uhøflighet og aggresjon på jobben (13). En annen studie fant at anestesisykepleiere mente den viktigste helsefremmende faktoren i

arbeidsmiljøet var oppførselen til nære kollegaer, spesielt deres personlighet og evner til å samarbeide (15). Stressende hendelser i samarbeidet med andre medarbeidere av forbigående natur påvirker i mindre grad anestesisykepleiernes helse, forutsatt at det er tid og anledning til å bearbeide opplevelsene (16).

Det har ikke lyktes å identifisere kvalitative studier som tar for seg opplevelsen av uhøflighet blant norske anestesisykepleiere. Kunnskap og bevissthet om dette temaet kan bidra til et bedre samarbeidsklima i en stressende arbeidshverdag, og dermed styrke pasientsikkerheten.

Hensikt

Hensikten med studien var å få kunnskap om hvilke erfaringer og opplevelser anestesisykepleiere har vedrørende uhøflighet og samarbeidsklima på operasjonsstua. Følgende forskningsspørsmål ble stilt:

- 1) Hvilke erfaringer har anestesisykepleiere med samarbeid på operasjonsstua?
- 2) Hvilke erfaringer har anestesisykepleiere med uhøflighet på operasjonsstua?
- 3) Hvordan påvirkes anestesisykepleiere av eventuell uhøflighet?

Design og metode

Studien hadde et deskriptivt, utforskende design, der data ble samlet via to fokusgruppeintervjuer. En viktig målsetting ved kvalitative tilnærminger er å oppnå en forståelse av sosiale fenomener og hvordan personer opplever og reflekterer over sin situasjon (17). Kvalitative metoder egner seg godt for utforskning av erfaringer og mening (18).

Fokusgruppeintervju kan være en god datasamlingsmetode for å studere følsomme temaer, da gruppesamspillet kan gjøre det lettere å uttrykke synspunkter som vanligvis ikke er tilgjengelige. Samtidig er det viktig å være bevisst på at gruppedynamikken kan begrense deltakernes vilje til å dele sensitive opplevelser (19). Fokusgruppeintervjuer anses som effektivt for å tilegne seg synspunkter fra flere personer på kort tid. En annen fordel er at informantene kan reagere på hva de andre sier, noe som kan føre til utdypende meningsutvekslinger (20).

Rekruttering og utvalg

Avdelingsleder ved ett helseforetak ble kontaktet for tillatelse til å gjennomføre studien. Seksjonsledere ved to avdelinger ble kontaktet med forespørsel om tillatelse, samt praktisk hjelp til gjennomføring og strategisk utvelgelse

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget	
Kjønn	
Kvinne	4
Mann	4
Alder	
30 - 40 år	5
41 - 50 år	2
51 - 60 år	1
Yrkeserfaring	
1 - 5 år	3
6 - 10 år	2
11 - 15 år	2
16 - 20 år	1

Tabell 2. Intervjuguide

1	Kan du fortelle om en episode der du opplevde å bli behandlet uhøflig?
2	Med utgangspunkt i denne historien: • hvordan følte du deg etterpå? • hvordan ble du som person påvirket? • ble arbeidet ditt påvirket? Evt hvordan? • hvordan reagerer du på dette? • hvilke erfaringer har du med samarbeid på operasjonsstua?
3	Diskuter hva dere legger i begrepet høflighet versus uhøflighet.

av informanter basert på studiens inklusjonskriterier (21). Inklusjonskriteriene for deltagelse var anestesisykepleier som jobbet klinisk/på operasjonsstua, og erfaring med uhøflighet. Av 7 inviterte anestesisykepleiere til hvert intervju takket 4 ja til deltagelse i respektive grupper (n=8). Frafall ble begrunnet med vaktbytter, sykdom og overtidarbeid. Endelig utvalg er beskrevet i tabell 1.

Intervjuguide

En semistrukturert intervjuguide ble utformet på bakgrunn av litteratur og tidligere forskning på uhøflighet blant helsepersonell (se tabell 2). Spørsmålene ble formulert enkle og åpne for å fremme diskusjon innad i gruppen og for å forankre diskusjonen i tråd med studiens hensikt. Kombinasjonen av generelle spørsmål og spørsmål om konkrete hendelser ga muligheter til å forstå informantenes vurderinger og meninger i lys av deres erfaringer (17). For å kontrollere at spørsmålene var representative med hensyn til studiens hensikt, ble intervjuguiden gjennomgått på masterseminar.

Prosedyre

Fokusgruppeintervjuene ble utført på informantenes arbeidsplass ved to syke-

hus høsten 2018. I forkant fikk informantene utdelt informasjonsskriv om studien. Skriftlig informert samtykke ble innhentet på intervjudispunkt, og innlåst i brannsikket skap. Førsteforfatter hadde rollen som moderator, mens sisteforfatter var assisterende moderator. Innledningsvis ble det understreket overfor informantene at det verken var rette eller gale svar. I tillegg til intervjuguiden ble det stilt oppfølgingsspørsmål underveis for mer utfyllende svar.

Intervjuene varte i ca 60 minutter, og ble tatt opp på digital lydopptaker med innebygget minnekort. Lydfilene ble ikke overført til PC, da lydopptakeren hadde egen avspillingsfunksjon. Lydfilene ble slettet etter fullstendig transkribering. Transkriberingen ble gjennomført ad verbatim direkte etter intervjuene. Konfidensialitet ble ivarettatt ved at informantene ble bedt om å unngå å bruke navn på kollegaer og/eller arbeidssted under intervjuet. Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (ref.nr 893228) (22).

Analyse

Datamaterialet ble analysert i tråd med Graneheim og Lundmans trinn for kvalitativ innholdsanalyse (23):

I første analysetrinn ble den transkriberte teksten lest flere ganger for å få en overordnet forståelse om hva materialet omhandlet. Meningsbærende enheter ble identifisert og deretter markert med ulike farger. I andre analysetrinn ble den markerte teksten grundig gjennomgått og redusert til kondensert tekst uten at budskapet ble endret. I tredje analysetrinn ble de kondenserte enhetene kodet ut fra hva de handlet om. Hver kode fikk sin egen farge. De meningsbærende enhetene og kodene tok utgangspunkt i det ordrette og synlige informantene sa, og representerte materialets manifeste innhold (23). I fjerde analysetrinn ble de kondenserte enhetene tolket ut fra hva førsteforfatteren mente de handlet om, deretter abstrahert og samlet i underkategorier og kategorier. Siste trinn i analysen innebar å utvikle temaer.

Tabell 3. Eksempler fra analysen: Fra meningsbærende enhet til tema					
Meningsbærende enhet (trinn 1)	Kondensert menings-enhet (trinn 2)	Kode (trinn 3)	Underkategori (trinn 4a)	Kategori (trinn 4b)	Tema (trinn 5)
«...og da tenkte jeg gud hvor mye man skal oppleve i dette faget. Jeg sier jo aldri i fra men når jeg først prøvde å si fra så var det jo... da fikk vi 'den'. Så sånn får du når du er ny og kvinne. Du venner deg til mye rart, men ikke det der. Det grorsser nedover ryggen på meg».	Hvor mye skal man oppleve i dette faget. Når jeg først prøvde å si fra så fikk jeg 'den'. Sånn får du når du er ny og kvinne. Du venner deg til mye rart.	Egen reaksjon	Man blir vant til det	Sårbare som ny, men aksepterer delvis uhøflighet	Mestrings-strategier ved uhøflighet ved uhøflighet
«...sånn er hverdagen uansett om man jobber med mange forskjellige folk, man må jo bare tilpasse seg hverandre da... det handler om hvem man er sammen med».	Man må jo bare tilpasse seg hverandre. Det handler om hvem man er sammen med.	Tilpasning	Alle tilpasser seg	Forberedt på alt og tilpasser seg	

Analyseprosessen resulterte i 4 temaer som representerer materialets latente innhold, altså forfatternes samstemmige tolkning av materialet (23) (se tabell 3).

Resultater

Gjennom analyseprosessen ble anestesisykepleiernes erfaringer og opplevelser sammenfattet i fire temaer med tilhørende kategorier. De fire temaene som fremkom var: 'varierende høflighet blant medarbeidere', 'uhøflighet ødelegger arbeidsgleden', 'uhøflig kommunikasjon skaper konflikter' og 'mestringsstrategier ved uhøflighet'. Temaene underbygges med sitater, hvor tall angir fokusgruppeintervju, mens bokstav angir informant.

Varierende høflighet blant medarbeidere

Dette temaet inkluderte to kategorier som omhandlet anestesisykepleiernes beskrivelser av samarbeidet på operasjonsstua, deriblant erfaringer med stress, arbeidsmiljø og kommunikasjon.

Uhøflighet blir akseptert i stressende situasjoner

Samtlige informanter mente stress var viktig og interessant å diskutere da arbeidshverdagen besto av mange stressende situasjoner. Uhøflig oppførsel

ble akseptert i stressende situasjoner, og det var stor takhøyde for å godta slik adferd fra kollegaer. En informant (1D) illustrerte dette slik: «... når de er stressa er det lettere å tolerere.»

Flere informanter mente at stress handlet mye om trygghet og erfaring hos seg selv og hos kollegaer. En informant (1B) fortalte: «Det handler om trygghet, jo tryggere man er, jo mer fleksibel er man for andre måter å jobbe på».

Flere informanter reflekterte over egen oppførsel rundt det å føle seg stresset. Noen fortalte at de ble slått av en veldig iver etter å komme i gang med arbeidet, og at de da kunne glemme vanlig kollegial høflighet, som å hilse på andre i operasjonsteamet:

«...flere ganger har jeg kommet inn på stua og det første jeg sier er "skal vi ta inn der..?" Man har fått full briefing på gangen og så må man ta inn der og så hopper man over høflighetsfrasene» (1D).

Andre fortalte at de kunne oppføre seg uhøflig hvis stressnivået opplevdes som for høyt: «Når jeg har nådd metninga mi i forhold til stress, så kan jeg endre tonefall og bli krass, miste litt respekt for hierarkiet. Det kan ses på som uhøflig» (1A).

Videre ble det diskutert at flere

kollegaer oppførte seg respektfullt og profesjonelt uansett hvor hektisk situasjonen kunne være, og at det derfor var vanskelig å akseptere at noen oppførte seg kritikkverdig hvis de ble stresset. Informantene fremhevet at stressfylte arbeidssituasjoner ikke burde være ensbetydende med uhøflighet og respektløs opptreden.

Uhøflighet sett med nye øyne

Flere informanter snakket om at det sett utenfra er et ganske røft miljø på anesesiavdelingen og på operasjonsstua. Tempoet er høyt, man samarbeider med personer man ikke kjenner fra før og står ofte i krevende og akutte situasjoner der man må reagere raskt. Informantene erfarte at omgangstonen kunne være krass og skarp, og de måtte være på hugget og i forkant av eventuelle akutte situasjoner som potensielt kunne oppstå. Informantene fortalte at de som ferske anestesisykepleiere tenkte: «Er det sånn dere snakker til hverandre» (2B)?

Førsteinntrykket fra praksis ble gjerne negativt, da miljøet og omgangstonen var ukjent. Flere mente at det var forskjell innenfor og utenfor sykehusets fire vegger og at det handlet om perspektiv. En informant (1D) illustrerte dette ved å fortelle om en akutt hendelse der en kollega hadde ropt at han måtte gjøre

noe han også, ikke bare stå ved data-maskinen:

«...og det er riktig det, det er en del av jobben. I en sånn situasjon kan du ikke begynne med 'kan du være så vennlig'. Det hadde vært uhøflig ute på gata, men på gata er ikke en stressa jobbsetting».

En informant bemerket at det var akkurat som om noen tok på seg en «rolle» i det de gikk inn i heisen på sykehuset. Alle informantene poengterte at det stort sett dreide seg om enkeltpersoner som var uhøflige, at noen bare «var sånn», men at hvis alle bare fikk «være sånn» så sumet miljøet veldig for alle involverte. Flere informanter understreket likevel at miljøet var i endring. Nye og yngre kollegaer brakte med seg andre holdninger. En informant (1B) beskrev det slik:

«Vi har sett et generasjonsskifte. Det er mange gamle og sure som har slutta. De har blitt erstattet med yngre som trives bedre og som ler og koser seg. Det er en veldig annerledes stemning».

Uhøflig kommunikasjon skaper konflikter

Informantene hadde varierte erfaringer rundt samarbeidet på operasjonsstua. Samtlige erfarte samarbeidet på arbeidsplassen som jevnt over godt, men i tilfeller der teamet opplevde uhøflig eller ubehagelig oppførsel led kommunikasjonen medlemmene imellom og det kunne skape konflikter og dårlig stemning. Som en informant (2B) bemerket: «Vi er så mange konstellasjoner av folk, dagsform, arbeidsoppgaver. Av og til er det jo rart at det går».

Flere informanter nevnte at dager med godt samarbeid skapte god stemning og et hyggelig miljø: «Mye hyggeligere å jobbe en dag med bra teameffort. Ingen tvil om det» (1D).

I situasjoner der informantene erfarte at samarbeidet ble påvirket av uhøflighet, kunne viktige beskjeder risikere ikke å bli oppfattet, noe som kunne føre

til farlige situasjoner og redusert pasientsikkerhet. En av informantene (2A) beskrev en episode slik:

«Kirurgen mumlet en beskjed som ikke anestesisykepleieren fikk med seg. Da det ble oppdaget sprakk det fullstendig for kirurgen og han skjelte henne ut. Det verste for anestesisykepleieren var at assisterende kirurg hang seg på utskjellinga. Det ble ingen konsekvens for pasienten, heldigvis».

Alle informantene var enige om at det var viktig å oppføre seg høflig og respektere hverandres arbeid. En informant understreket at det var spesielt viktig å ta seg tid til en briefing innad i teamet før pasienten ankom operasjonsstua: «Det gir en helt annen følelse av samarbeid hvis man har sett på hverandre og hatt fokus på at man jobber sammen» (2B).

Noen diskuterte at det også handlet om perspektiv og at i visse situasjoner og settinger så kan kommunikasjonen være skarp uten at den er uhøflig.

Uhøflighet ødelegger arbeidsgleden

Samtlige informanter hadde selv erfart episoder med uhøflighet på operasjonsstua. Alle var samstemte i at uhøflighet opplevdes svært ubehagelig. Flere presiserte at det oftest dreide seg om enkeltpersoner og at det var individuelt hva som opplevdes som uhøflig. Informanter fortalte innledningsvis om opplevelser der de hadde bevitnet uhøflig oppførsel rettet mot andre. De fortalte at det var ubehagelig og flaut å være tilskuer i slike situasjoner og hadde stor medfølelse med de som ble behandlet dårlig. En informant fortalte (1A):

«Vi hadde en ny LIS (lege i spesialisering) på stua som fokuserte på noe kirurgen var uenig i ... det var litt kjeftbruk og hu løp gråtende ut av stua».

Etter flere bevitnede eksempler på uhøflig oppførsel kom informantene med egenopplevde hendelser der de delte erfaringer de selv hadde vært mottakeren av uhøflig

oppførsel. Alle informantene var enige i at uhøflig oppførsel skaper dårlig samarbeidsklima på operasjonsstua. En informant illustrerte det slik (1D):

«Jeg gjorde som jeg pleier og ble skjelt ut for at jeg løfta feil. Jeg ble så perpleks at jeg ikke greide å si noe tilbake».

Flere informanter diskuterte engasjert hva de selv la i begrepet uhøflighet versus høflighet, og det var mange individuelle forskjeller. Flere kommenterte at det egentlig handlet om vanlig folkeskikk. Det var bred enighet om at det ofte handlet om hvordan man snakket til hverandre, altså i forhold til tonefall og formulering. En informant beskrev det slik (2D): «Det er forskjell på å si «HENT DEN!», kontra «kunne du vært så vennlig å hente den...»».

Mange mente at det var flere nyanser her, som en informant forklarte (1A): «Det er forskjell på å ikke være utpreget høflig og uhøflig. Det er ikke høflig å ikke si hei, men ikke veldig uhøflig heller».

Det ble en livlig diskusjon blant informantene rundt de individuelle oppfatningene av sjargong og omgangstone på jobb. Flere mente at en sleivete sjargong på operasjonsstua kunne være positiv, et tegn på humor og at dette var en del av arbeidskulturen. Alle var enige i at den vanlige omgangstonen og sjargongen man hadde på jobb ikke var spesielt uhøflig. En informant fortalte (1A):

«Men jeg oppfatter jo ikke den sjargongen som vi noen ganger kan ha på operasjonsstua som uhøflig. Så det har vel litt med hvor man står selv... eller ganske mye tenker jeg...».

Det ble også diskutert episoder med fysisk uhøflighet, av typen dasking på hender, dytting og knuffing. Alle informantene var enige om at slik oppførsel var uakseptabel. En informant (1C) fortalte om en episode der anestesilegen hadde slått vekk hånden til vedkommende på grunn av en bagatell

i en situasjon der pasienten var våken. I ettertid reflekterte informanten:

«Pasientene føler seg ikke veldig trygge hvis vi står og slår hverandre...».

Flere av de kvinnelige informantene hadde opplevd nedlatende gester og kallenavn fra mannlige kollegaer. En informant beskrev følgende hendelse (2C): «Jeg ba legen om å være stille, da strøk han meg på kinnet og sa ”du er så søt når du er sint”. Det er en fryktelig hersketeknikk». Disse og liknende historier genererte rasende utrop fra de andre informantene i gruppa.

Mestringsstrategier ved uhøflighet

Dette temaet omhandlet to kategorier, og fokuserte på tilpasning av eget arbeid for å unngå uhøflighet samt egne reaksjoner hos informantene.

Sårbar som ny, men aksepterer delvis uhøflighet

Informantene fortalte at når de som nye først hadde opplevd en uhøflig episode meldte flere reaksjoner seg. Apati, sinne, og ikke å klare og svare tilbake ble nevnt av flere. En informant (2C) beskrev det slik:

«Jeg reagerer med å bli helt apatisk og stum. Jeg tenker mitt, men gidder ikke lage noen reaksjoner».

Flere informanter sa seg enige i dette, de reagerte med å bli stumme, ikke si noe og fortsette arbeidet. Noen argumenterte med at tempoet ofte var høyt (2D): «Man rekker ikke å ta det opp, man blir vant til det. Det er ikke greit, men akseptabelt. Det er sånn vi jobber». Andre erfarte at de ble hengende ved slike episoder og ikke helt klare å riste det av seg. De fortalte at det var irriterende når de gikk og tenkte på uhøflige episoder i etterkant, hva som skjedde og hva man burde ha sagt. Flere uttrykte at påvirkningen var størst når de var nyansatte eller studenter men at de vente seg til det etter hvert. En informant (2B) beskrev på denne måten:



«Hvor mye skal man oppleve i dette faget? Du venner deg til mye rart».

Det var verst når de var helt nye for da visste de ikke hva de kunne forvente:

«Jeg trodde jo at det var det her som var faget, da hadde jeg ikke giddi å drive med dette!» (2C). Noen informanter mente at dette ofte kunne skyldes at kollegaer ikke helt vet hvem du er når du er helt ny, de vet ikke noe om bakgrunnen din eller hva du kan. En informant beskrev det slik:

«Hvis man tenker over alle gangene man har blitt behandla dårlig så er det fordi den du jobber med ikke helt vet hvem du er. Noen personer takler ikke det, og det er spesielt da det kan bli veldig dårlig» (2D).

Alle var enige i at de heldigvis aldri

mistet fokuset, at de klarte å gjennomføre jobben, men at de ekstraordinære hendelsene aldri var innenfor grensene for hva som er akseptabel oppførsel på jobb.

Forberedt på alt og tilpasser seg

Tilpasning for å unngå konflikter eller uhøflig oppførsel var et gjennomgangstema i fokusgruppeintervjuene. Informantene beskrev hvordan de forberedte seg på ulike ubehagelige situasjoner, som kunne oppstå med kollegaer på operasjonsstua, for å kunne være i forkant. Et eksempel var å pugge kollegaers særegne ønsker for forskjellige typer utstyr, eller rekkefølge av medikamenter. En informant (2D) illustrerte dette slik:

«Rollen vår i enkelte situasjoner er å ha alt klart til enhver tid og ikke si så veldig mye. Men da vet man det».



Det å ta igjen med samme mynt ble også diskutert. Flere informanter fortalte om kollegaer som nærmest forventet å bli behandlet som de selv behandlet andre. De som «bjeffet» litt forventet at du bjeffet tilbake. De som kunne dytte eller knuffe forventet at du dyttet tilbake. Informantene reflekterte rundt dette som en måte å opparbeide seg respekt på hos andre. Som en informant (2B) fortalte:

«Han ene var kjent for å være sleivete, arrogant og kverulerende, så jeg tok igjen med samme mynt og han begynte å le».

Denne tilpasningen var noe de lærte seg med erfaring, og de visste etterhvert hvilke personer som krevde særlig tilpasning. En informant (1B) beskrev det slik: «Hvis du skal innlede med en anestesilege kontra en annen så er det to forskjellige settinger du går inn i. Og det

forbereder vi oss på. Vi vet jo at med den ene så kommer det bjeffing og da må man være forberedt på å stå opp litt mer. Det er ulike dager». Likevel mente noen at dette var nødvendig på enhver arbeidsplass (1B): «Det er en sosial greie som gjelder overalt. Man prøver å tilpasse seg omgivelsene. Man kan ikke være så firkanta». Flere reflekterte rundt dette med enkeltpersoner og at det i interaksjon med disse individene var nødvendig å forberede seg og tilpasse seg. Det ble ytret at det alltid er «vi» som tilpasser oss, og da var det flere som mente at andre også tilpasser seg (2C):

«Jeg ser jo at andre yrkesgrupper tilpasser seg oss, nå maser vi ikke med det armbordet midt i intuberinga».

Diskusjon

Studiens hensikt var å innhente kunnskap om anestesisykepleieres opplevelser og erfaringer med uhøflighet på operasjonsstua. Studien viste at anestesisykepleierne ofte opplevde eller bevitnet uhøflighet på operasjonsstua, og at det var flere områder ved arbeidet på en operasjonsstue som ble berørt. Disse områdene var blant annet samarbeid, arbeidsmiljø og stress.

Funn fra denne studien tyder på at godt samarbeid på operasjonsstua ga informantene en positiv følelse av mestring. Pasienten var i fokus, kommunikasjonen fløt lett og det var god stemning. I situasjoner der samarbeidet led grunnet uhøflighet og respektløs kommunikasjon fortalte informantene om parallelljobbing uten samarbeid, de holdt seg på «sin» side av pasienten og stemningen føltes trykket. De unngikk å stille spørsmål og de arbeidet i stillhet. Flere studier har fokusert på samarbeid blant helsepersonell på operasjonsstua (24-27). Funn kan tyde på at et godt samarbeid er en kombinasjon av både individuelle og organisatoriske faktorer. Ekte samarbeid oppnås om teammedlemmene ser forbi egne oppgaver og oppmuntres til å bygge tverrfaglige relasjoner. Arbeidsmiljø og

godt samarbeid med kollegaer er også vist å ha stor betydning for sykepleieres jobbtilfredshet (28).

Flere informanter trakk frem gleden ved å oppleve et godt og meningsfylt samarbeid på operasjonsstua. Tillit og respekt ble trukket frem som essensielt for et optimalt samarbeid. Informantene mente at uhøflig oppførsel ofte skyldtes usikkerhet og mangel på tillit. Tillit på operasjonsstua ble bygd ved å jobbe sammen med de samme kollegaene over tid slik at en god teamfølelse og en opplevelse av tilhørighet ble utviklet. En studie som undersøkte helsefremmende faktorer på arbeidsplassen blant norske anestesisykepleiere fant at samarbeid var en avgjørende faktor for at arbeidsmiljøet skulle oppleves som meningsfylt (15). Informantene i vår studie beskrev situasjoner der teamet på operasjonsstua praktiserte flat struktur som spesielt positive. I disse situasjonene følte de seg sett og respektert. I andre situasjoner der deres kompetanse ikke ble anerkjent bidro det til lav tilfredshet med arbeidet. Mangel på respekt kan være en alvorlig barriere til meningsfylt samarbeid, og det er avgjørende at alle medlemmer av teamet erkjenner andres kompetanse og bidrag i pasientbehandlingen (26). Funnene i vår studie understøtter dette.

Anestesisykepleierne i denne studien beskrev episoder der beskjeder hadde gått tapt i forbindelse med uhøflige episoder, noe som kunne resultere i potensielt farlige situasjoner. Likevel mente de at de aldri hadde opplevd alvorlige eller fatale feil på grunn av dette. Kommunikasjon er alfa omega i alt samarbeid, og funn fra flere studier tyder på at uhøflige utbrudd er noe av det som skader kommunikasjonen mest (24, 29, 30).

Informantene beskrev sine egne strategier for å mestre stresset som meldte seg i krevende situasjoner med opplevd uhøflighet. Der kollegaer hadde oppført seg særlig uhøflig mestret de dette ved å fokusere på å huske den enkelte situasjonen til neste gang, og jobbe hardere for å unngå en gjentakelse i fremtiden. Funn fra en studie av

sykepleieres erfaringer med uhøflighet støtter dette (31). Informanter i vår studie fortalte videre at de luftet frustrasjoner med nære kollegaer. Slike mestringsstrategier gjorde uhøfligheten lettere å akseptere. De verste situasjonene informantene erfarte kunne henge i lenge i etterkant, men stort sett hadde de fleste informantene en strategi som tilsa at de bare skulle komme seg i gang med arbeidet igjen, børste det av seg og komme seg videre. Det ble fremhevet flere ganger at det ikke var tid til å ta opp ting der og da og at det var liten vits i å ta opp ting lenge etterpå. Dette stemmer overens med funn fra en studie der rapporterte mestringsstrategier fra over 7000 anestesisykepleiere var å jobbe smartere for å forebygge uhøflighet, samt å søke emosjonell støtte hos kollegaer eller familie (2). En klassisk mestringsstrategi med hensyn til stressmestring er emosjonell kontroll (3). I en norsk studie fra 2007 fant Hustad (16) at anestesisykepleiere anser stress som en helt naturlig og sentral del av jobben, og at hvis du ikke fungerer under stress så er du ikke egnet i yrket.

Informantene i denne studien reflekterte mye rundt hvordan uhøflighet påvirket dem. Påvirkningen ble i all hovedsak opplevd som mild. Ingen av informantene beskrev symptomer på utbrenthet, depresjon eller angst, som er sentrale funn i annen forskning på området (32, 33).

Funn fra vår studie kan tyde på at informantene erfarte det som spesielt utfordrende å være helt fersk i faget. De fortalte at de følte seg ekstra sårbare som nye anestesisykepleiere siden de ikke kjente til avdelingskulturens uskrevne regler. Hadde det vært slik til enhver tid hadde ingen villet stå i yrket. Informantene beskrev følelser av inkompetanse og verdiløshet. Dette er funn som understøttes i andre studier (4, 13, 31). Å være nyutdannet og usikker på egen rolle på operasjonsstua kan være krevende. Det å være helt ny kan være en katalysator i seg selv for å befinne seg på mottakersiden av uhøflighet (4). En amerikansk studie fra 2011 fant at praksissituasjonen kunne være krevende

for studenter. De ble bombardert med ny kunnskap, opplevde utfordringer i forhold til nye prosedyrer og slet med den emosjonelle belastningen det var å gå fra å være en erfaren sykepleier til å være en uerfaren novise i et helt nytt miljø (34).

Flere av våre informanter mente at erfart uhøflighet i denne tiden handlet om usikkerhet og spørsmål om kompetanse. Alle informantene nevnte at de ble vant til dårlig oppførsel, og at med erfaring og ansiennitet så avtok opplevelsen av uhøflighet. De var samstemte i at noe av det viktigste de erfarte med årene var å tilpasse seg for å unngå uhøflig oppførsel og dermed unngå konflikt. Tilpasningen kunne bestå i å velge kollegaers foretrukne tubetype, legge medisiner i korrekt rekkefølge og klippe venflonteip «riktig», alt etter som hvem man skulle jobbe med den dagen. Kollegaers individuelle preferanser ble memorert slik at informanten lærte å kjenne igjen risikofaktorene for uhøflig oppførsel og tilpasse arbeidet deretter. Dette samsvarer med en oversiktsartikkel fra 2017 der funn kan tyde på at tilpasning og forebygging var viktige verktøy anestesisykepleiere brukte for å unngå uhøflighet (14).

Studiens begrensninger

Mulige svakheter ved studien var et begrenset utvalg som hovedsakelig bestod av informanter under 40 år. Informantene var fra en avdeling ved to sykehus, noe som kan gi begrensede erfaringer om uhøflighet på operasjonsstuer generelt. Imidlertid hadde alle informantene variert erfaring med uhøflighet på operasjonsstua, noe som bidro til å sikre informasjonsstyrke og variasjon rundt temaet (21).

Valg av fokusgruppeintervju kan ha påvirket datainnsamlingen og dermed resultatene. Informantene kan ha vært motvillige til å dele avvikende erfaringer og opplevelser, eller opplysninger om følsomme og intime forhold med de andre i gruppen (21).

Sisteforfatter deltok under intervju, og alle forfatterne bidro i analyse og tolkning av

resultater og utforming av temaer. Dette bidro til økt bevissthet på alternative tolkninger i dataanalysen. Samarbeidet mellom forfatterne har bidratt til å fremme funnenes nøyaktighet og pålitelighet, og styrke funnenes troverdighet. Tydelige beskrivelser av metode og utvalg, samt fyldige beskrivelser av resultatene med relevante sitater sikrer transparens, og styrker resultatenes overførbarhet til andre situasjoner.

Forfatternes for forståelse kan gi ha påvirket studien. På den ene siden har første- og sisteforfatter arbeidet flere år som anestesisykepleiere, og opparbeidet seg erfaringsbasert kunnskap om temaet. Førsteforfatteren har selv opplevd uhøflighet, og kunne lett sette seg inn i informantens situasjon. På den annen side er temaet negativt ladet i utgangspunktet, og det kan være vanskelig å se forbi egen erfaring. Grunnet dette var det viktig i forberedelsene til alle ledd i studien å utjevne den mulige svakheten førsteforfatterens egen forståelse kunne skape. Dette ble gjennomført ved at førsteforfatterens forståelse og studiens intervjuguide ble diskutert på masterseminar og med veiledere. Dette bidro til at førsteforfatteren ble bevisstgjort egen forståelse.

Konklusjon

Studien viser at anestesisykepleiere er velkjente med temaet uhøflighet. Operasjonsstuen har et røft arbeidsmiljø, men dette er en kultur i endring. Informantene var samstemte i at uhøflighet oppleves ubehagelig, men er noe anestesisykepleiere blir vant til etter hvert. Studien kan bidra til at tverrfaglige team som daglig arbeider på operasjonsstuer blir mer bevisst på samarbeidet og egen oppførsel, spesielt i stressfylte situasjoner.

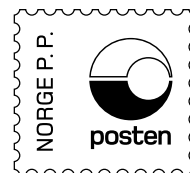
Implikasjoner for videre forskning

Videre forskning bør fokusere på flere yrkesgrupper, da det kan avdekke andre opplevelser og erfaringer med uhøflighet samtidig som det kan gi kunnskap om utfordringer ved samarbeid på operasjonsstua.

Referanser

1. ALNSF. Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere. Hentet 12.05.19 fra: www.alnsf.no.
2. Elmlad R, Kodjebacheva G, Lebeck L. Workplace Incivility Affecting CRNAs: A Study of Prevalence, Severity, and Consequences With Proposed Interventions. *AANA* 2014;82(6):437-45.
3. Lazarus RS. Stress og følelser – en ny syntese. København: Akademisk forlag; 2006.
4. Higgins B, MacIntosh J. Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse. *Int Nurs Rev* 2010;57(3):321-7.
Doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00767.x.
5. Kaufmann G, Kaufmann A. Psykologi i organisasjon og ledelse. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.
6. Bambi S, Becattini G, Domenico Giusti G, Mezzetti A, Guazzini A, Lumini E. Lateral hostilities among nurses employed in intensive care units, emergency departments, operating rooms, and emergency medical services: A national survey in Italy. *Dim Crit Care Nurs* 2014;33(6):347-54.
Doi: 10.1097/DCC.0000000000000077.
7. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2004.
8. Porath CL, Foulk T, Erez A. How incivility hijacks performance: It robs cognitive resources, increases dysfunctional behavior, and infects team dynamics and functioning. *Organizational Dynamics* 2015;44(4):258-65.
Doi: <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2015.09.002>.
9. Riskin A, Erez A, Foulk TA, Kugelman A, Gover A, Shoris I, et al. The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial. *Pediatrics* 2015;136(3):487-95.
Doi: 10.1542/peds.2015-1385.
10. Rosenstein A, O'Daniel M. Disruptive behavior & clinical outcomes: Perceptions of nurses & physicians. *Am J Nurs* 2005;105(1):54-64. Doi: 10.1097/00000446-200501000-00025.
11. Clark CM, Kenski D. Promoting civility in the OR: An ethical imperative. *AORN* 2017;105(1):60-6.
Doi: 10.1016/j.aorn.2016.10.019.
12. McNamara SA. Incivility in nursing: Unsafe nurse, unsafe patients. *AORN* 2012;95(4):535-40.
Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2012.01.020>.
13. Sakellaropoulos A, Pires J, Estes D, Jasinski D. Workplace aggression: Assessment of prevalence in the field of nurse anesthesia. *AANA* 2011;79(4):S51-7.
14. Boyd D. Certified registered nurse anesthetist working conditions and outcomes: A review of the literature. *AANA* 2017;85(4):261-9.
15. Averlid G, Axelsson SB. Health-promoting collaboration in anesthesia nursing: A qualitative study of nurse anesthetists in Norway. *AANA* 2012;80(4):S74-80.
16. Hustad J. Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid, og hvordan påvirker dette dem? : en kvalitativ undersøkelse om arbeidsrelatert stress blant anestesisykepleiere. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2007.
17. Thagaard T. Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitative metoder. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018.
18. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
19. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
20. Polit DF, Beck CT. Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
21. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
22. Norsk Senter for Forskningsdata. 2019. Tilgjengelig fra: <https://nsd.no>.
23. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004;24(2):105-12. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
24. Gillespie BM, Chaboyer W, Longbottom P, Wallis M. The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2010;47(6):732-41.
Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001.
25. Lingard L, Reznick R, Espin S, Regehr G, DeVito I. Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Academic Medicine* 2002;77. Doi: 10.1097/00001888-200203000-00013.
26. Wade P. Developing a culture of collaboration in the operating room: more than effective communication. *ORNAC* 2014;32(4):16-38.
27. Silen-Lipponen M, Turunen H, Tossavainen K. Collaboration in the operating room: the nurses' perspective. *J Nurs Admin* 2002 ;32(1):16-9.
28. Aiken LH, Sermeus W, Heede Kvd, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. 2012.
Doi: 10.14279/depositonce-6328.
29. Gillespie BM, Gwinner K, Chaboyer W, Fairweather N. Team communications in surgery – creating a culture of safety. *J Interprof Care* 2013;27(5):387-93. Doi: 10.3109/13561820.2013.784243.
30. Kidd J, Nestel D. Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nurs* 2006;5(1):1.
Doi: 10.1186/1472-6955-5-1.
31. Walrath JM, Dang D, Nyberg D. Hospital RNs' experiences with disruptive behavior: A qualitative study. *J Nurs Care Qual* 2010;25(2):105-16.
Doi: 10.1097/NCQ.0b013e3181c7b58e.
32. Lederer W, Kinz JF, Trefalt E, Traweger C, Benzer A. Significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006;50(1):58-63. Doi: 10.1111/j.1399-6576.2005.00867.x.
33. Hall LH, Johnson J, Watt I, Tsipa A, O'Connor DB. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLOS ONE* 2016;11(7):e0159015. Doi: 10.1371/journal.pone.0159015.
34. Chipas A, McKenna D. Stress and burnout in nurse anesthesia. *AANA* 2011;79(2):122-8.

Avsender:
Akuttjournalen ARENA AS
Postboks 622
4302 Sandnes



AKTIVITETSKALENDER

Barneanestesikurset i Tromsø

31. januar - 2. februar 2020

Kurset henvender seg til anestesisykepleiere og andre helsearbeidere som ønsker faglig oppdatering innen barneanestesi og akuttbehandling av barn. Kurset arrangeres på Scandic Ishavshotell. Påmeldingen er åpen!

For mer informasjon, program og link til påmelding, gå til <http://www.barneanestesi.no>

Aura laryngmaske

En av nordens mest brukte



AuraGain



AuraOnce



Aura-i



Fordeler ved å benytte en anatomisk korrekt formet maske

- Enkel i bruk
- Reduserer vevsskader i øvre luftveier
- Kortere anestesitid
- Navigasjonsmerker guider fiberskop ved intubasjon
- 8 ulike størrelser



Book et møte med vårt norske team:

Region Sør, Vest & Midt Norge - Henning Tønnessen | 970 83 387 | leht@ambu.com
Region Øst & Nord Norge - Gaute Birkeland Kjellsen | 913 43 663 | gakj@ambu.com

Ambu
Ideas that work for life