

«En stødig sykepleier å diskutere med» – erfaringer med mobil intensivsykepleier på sengepost

Rita Mimmi Fredriksen

Intensivsykepleier, Oslo universitetssykehus, Norge

E-post: rit.af.re@hotmail.com

Barbro Salte

Intensivsykepleier, Oslo universitetssykehus, Norge

Torunn Wibe

Førsteamanuensis, Lovisenberg Diakonale Høyskole, Norge

Sammendrag

Bakgrunn: Mobil intensivsykepleier (MIS) er et relativt nytt tilbud på norske sykehus, inspirert av ulike typer *rapid response systems* (RRS) som er etablert i flere land. Det finnes forskning fra andre land som har sett på ulike MIS-lignende sammensetninger av RRS, men det er gjort få studier i norsk kontekst på hvilke erfaringer sykepleiere på sengepost har med bruk av MIS. Forskning på dette kan være nyttig både for sengeposter og intensivavdelinger med tanke på eventuell videre utvikling av tjenesten på sykehus i Norge.

Hensikt: Undersøke og beskrive sykepleieres erfaringer med bruk av MIS på sengepost og hvordan de opplever samhandlingen mellom MIS og sykepleier.

Metode: Eksplorativt design med bruk av kvalitativ metode. Sykepleiere fra fire sengeposter på et mellomstort sykehus i Norge ble rekruttert til studien vinteren 2021/2022. Ti sykepleiere som hadde erfaring med bruk av MIS ble inkludert og deltok i til sammen tre fokusgruppeintervju. Datamaterialet ble analysert ved bruk av tematisk analyse inspirert av Braun og Clarke.

Resultater: Fire hovedtema ble identifisert: «MIS som et lavterskeltilbud»; «Sykepleiere erfarte forskjellige roller i samhandling med MIS»; «MIS bruker sin kompetanse på en måte som oppleves støttende»; «MIS bygger tillit ved å følge opp pasientsituasjoner».

Konklusjon: MIS bidrar med kompetanse og støtte til sykepleiere på sengepost, samt oppfølging i etterkant av tilsyn. Uklare kriterier for bruk av MIS og uklar rolleforståelse mellom MIS og sykepleier kan påvirke tjenesten negativt. Det bør forskes mer på ulike sammensetninger av RRS for å finne ut hvilke som er best egnet på norske sykehus.

Nøkkelord: mobil intensivsykepleier; rapid response systems; sykepleiers erfaringer; samhandling

Abstract

Background: Mobile Intensive Care Nurse (MICN) is a relatively new service in Norwegian hospitals, inspired by different Rapid Response Systems (RRS) that are established in multiple countries. Former research has studied different RRS-teams comparable with MICN, but there are few studies reported from a Norwegian context concerning staff nurses' experiences with the use of MICN. Research on this could be of interest for the further development of the service in Norway.

Aim: To explore and describe staff nurses' experiences with the use of MICN and how they experience collaboration with the MICN.

Methods: Explorative design with use of qualitative method. Staff nurses from four different wards at a midsize hospital in Norway, were recruited for the study during the winter of 2021/2022. Ten staff nurses with experience with the use of MICN were included, and participated in three focus groups. Thematic analysis, inspired by Braun and Clarke, was used to analyze the data.

Results: Four main themes were identified: "MICN as a low-threshold service;" "Nurses experienced different roles in the interaction with MICN;" "MICN use their expertise in a way that is perceived as supportive;" "MICN appears trustworthy by offering patient follow-ups."

Conclusion: MICN contributes with special expertise and support to staff nurses as well as patient follow-ups. Undefined criteria for the use of MICN and unclear role understanding between MICN and staff nurses can affect the interaction negatively. Further research should study the use of different constellations of RRS in order to find the best suitable for Norwegian hospitals.

Keywords: *Mobile Intensive Care Nurse; Rapid Response Systems; nurses' experiences; collaboration*

Introduksjon

Dagens pasienter på sykehus er sykere enn tidligere og krever mer kompleks behandling, noe som krever kompetente sykepleiere på sengepost (1). For å kunne hjelpe sengepostene i å forhindre hjertestans og fallerende allmenntilstand hos pasienter, ble *rapid response systems* (RRS) etablert i Australia på begynnelsen av 90-tallet (2). RRS er et paraplybegrep, og det finnes mange ulike typer konstellasjoner av slike team. Noen er legeledet og kalles gjerne *medical emergency teams* (MET), andre er ledet av spesialsykepleier og kalles gjerne *rapid response teams* (RRT). Felles for alle er at det er en ambulerende tjeneste med eksperter på akutt og kritisk syke pasienter, og at de rykker ut til sengepostene ved tilkalling. Bruk av RRS har vist potensial til å redusere mortalitet og forhindre hjertestans på sykehus (3–5).

I Norge har begrepet «RRS» blitt aktuelt etter at norske helsemyndigheter anbefalte en sammensetning av «Mobil Intensiv Gruppe» (MIG) eller «Mobil Intensiv Team» (MIT), som et ledd i arbeidet med å oppdage tidlig forverring hos pasienter (1). Noen norske sykehus har løst dette ved å etablere MIG eller MIT, mens andre sykehus har valgt å etablere *mobil intensivsykepleier* (MIS) som et alternativ (6). Tidligere publisert forskning i Norge om MIS viser at det er en tjeneste som bistår sykepleiere på sengepost med tilsyn hos pasienter med forhøyet *national early warning score* (NEWS), eller der hvor sykepleiere av forskjellige årsaker kan være bekymret for pasientens tilstand. MIS gir veiledning og råd til sykepleiere, bistår med kliniske vurderinger av pasienter og hjelp til å håndtere medisinsk utstyr, samt hjelp til administrering av medikamenter og andre

spørsmål (7,8). MIS i Norge kan sammenlignes med internasjonale varianter som *liason intensive care nurse* (LICN), *intensive care outreach nurse* (ICON) og *critical care outreach service* (CCOS); tjenester som kan drives av avanserte kliniske sykepleiere (9–12).

Systematisk søk ble utført i PubMed, Cinahl og SveMed. Tidligere forskning har i hovedsak belyst erfaringer sykepleiere på sengepost har med bruk av ulike versjoner av MIS som del av et responsteam. Som følge av interaksjonen med RRT og LICN har noen sykepleiere på sengepost erfart at de får bedre forutsetninger for å oppdage tidlig tegn på forverring, bedre evne til å iverksette tiltak hos pasienter med fallerende allmenntilstand og generell kompetanseheving (13–15). Positive opplevelser sykepleiere på sengepost har i møte med RRS har handlet om trygghet og støtte, opplevelse av mindre bekymringer og fordelen med å ha en ekstra person å diskutere pasienten med (8,13,15–18). Negative erfaringer var ofte knyttet til barrierer for å ta i bruk RRS, opplevelser av å bli irrettesatt av medlemmer i RRS og økt arbeidsmengde for sykepleiere på sengepost (13,15,16,19,20).

Studier internasjonalt om RRS-konstellasjoner og tilsvarende studier i Norge kan være vanskelig å sammenligne, da teamene er ulikt sammensatt. I Norge er det få studier som har undersøkt erfaringer sykepleiere har med bruk av MIS på sengepost (7,8). Vi har heller ikke funnet tidligere forskning som fokuserte direkte på samhandlingen mellom MIS og sykepleier på sengepost. Vår hensikt med studien var derfor å undersøke og beskrive sykepleiere sine erfaringer med bruk av mobil intensivsykepleier på sengepost og hvordan de opplever samhandlingen mellom MIS og sykepleier.

Metode

Design

Vi valgte å bruke et eksplorerende og deskriptivt design og en kvalitativ tilnærming med bruk av fokusgruppeintervju. Det gav oss mulighet til å gjøre små tilpasninger av studie-designet underveis etter hvert som studien utviklet seg (21). *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) ble anvendt som sjekkliste for kritisk vurdering av studien og rapportering av funn.

Setting

Studien ble gjennomført på et mellomstort sykehus i Norge vinteren 2021/2022. Tjenesten *mobil intensivsykepleier* er et tilbud for sykepleiere ved kirurgiske og medisinske sengeposter, og har eksistert ved dette sykehuset siden 2017. Tilbudet består av muligheten til å tilkalle hjelp med alt fra små prosedyrer til vurdering av pasienter med fallert allmenntilstand.

Utvalg

I rekrutteringen av deltakere ble det gjort et strategisk utvalg av sykepleiere fra to kirurgiske og to medisinske sengeposter, som best kunne belyse erfaringene vi ønsket mer kunnskap om. Noen av sykepleierne rekrutterte også kollegaer til studien. Vi benyttet oss følgelig av det som ifølge Malterud kalles et tilgjengelighetsutvalg (22). På forhånd

innhentet vi godkjenning til å gjøre studien fra seksjonslederne ved sengepostene som igjen sendte informasjonsskriv til sykepleiere på e-post. I tillegg stilte vi opp på morgenmøter for å informere om studien og delte ut brosjyrer.

Både nyansatte og sykepleiere med lengre erfaring ble inkludert. Tidligere forskning har vist at sykepleiere med ulik erfaring kan bruke RRS på ulike måter (18). For å bli inkludert måtte sykepleierne ha egen erfaring med bruk av MIS. Vi ekskluderte fagsykepleiere på sengepostene da de potensielt hadde hatt en rolle i planlegging av oppstart av MIS i 2017, og dermed kunne ha oppfatninger om MIS-tjenesten som ikke var basert på egne erfaringer. Utvalget vårt bestod til slutt av ti sykepleiere fordelt på tre fokusgruppeintervju. Alle var kvinner, de fleste var under 40 år og hadde en variasjon i ansiennitet på sengeposten fra 0–20 år.

Datainnsamling

Fokusgruppeintervju ble valgt som datainnsamlingsmetode fordi det er velegnet til å undersøke erfaringer i et miljø hvor flere personer samhandler på daglig basis (23). På den måten fikk vi en diskusjon mellom sykepleierne ved hjelp av den sosiale dynamikken som igjen kunne gi oss et rikt datamateriale, bestående av deres erfaringer og perspektiver (24,25). Mellom fire til tolv deltakere er anbefalt størrelse på fokusgruppe, men forskeren kan bestemme hva som egner seg med tanke på temaets kompleksitet og forskerens erfaringsbakgrunn (25). I utgangspunktet planla vi to fokusgruppeintervju med fem sykepleiere i hver gruppe, men endret til tre fokusgruppeintervju med henholdsvis tre, fire og tre sykepleiere i hver gruppe. Dette grunnet utfordringer med rekruttering og hensyn til smittevern knyttet til koronapandemien. Små grupper var også en fordel for oss som uerfarne forskere (22). Vi fikk likevel gode diskusjoner i gruppene og det vi opplevde som et rikt datamateriale. Det var god dynamikk i gruppene underveis. Noen pratet mindre enn andre, men bidro når intervjuer konkret henvendte seg til dem.

Første- og andreforfatter byttet på å være intervjuer og moderator. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på dagtid, på deltakernes arbeidssted, og ble innledet med uformell samtale. Vi bød på lett servering og hadde en presentasjonsrunde mellom deltakerne, intervjuer og moderator, signering av informert samtykke, samt utfylling av skjema over karakteristika (alder, kjønn og ansiennitet på avdeling) før oppstart av intervju og lydopptak. En semi-strukturert intervjuguide ble fulgt, men vi varierte på rekkefølgen av spørsmålene med tanke på hvordan samtalen i gruppen utviklet seg. Moderator observerte intervjuet og skrev notater underveis. Intervjuer startet med et åpent spørsmål om hva deltakerne bruker MIS til i dag, og snevret seg videre inn på spørsmål tilknyttet hensikten til vår studie (se vedlegg for utdrag fra intervjuguide).

Analyse

Datamaterialet ble transkribert ordrett i etterkant av hvert fokusgruppeintervju. Analyseprosessen var inspirert av tematisk analyse beskrevet av Braun og Clarke (26). Vi valgte

denne analysemetoden fordi den fremhever forskerens aktive rolle, og forskerens subjektivitet og engasjement i tematikken blir sett på som en ressurs (26). Analysemetoden appellerte også til oss som relativt uerfarne forskere, ved at de ulike fasene i analyseprosessen fremsto som forståelige for oss.

Analysemetoden består av seks trinn som vi satte oss inn i og anvendte i analyseprosessen (26). Først leste vi gjennom transkriberingene hver for oss og skrev uformelle notater, før vi diskuterte innholdet jamfør første trinn, «tilvenning». I andre trinn, «generere koder», gjorde vi først uformell koding på papir hver for oss av et intervju, og tredjeforfatter (veileder på masteroppgaven som denne artikkelen er basert på) gjorde det samme som en «utenforstående» part. Vi sammenlignet kodene i etterkant og så at vi alle hadde tilnærmet lik forståelse av datamaterialet. Deretter kodet vi igjen hver for oss alle intervjuene i kodeprogrammet NVivo 12.

På tredje trinn, «konstruere temaer», samlet vi kodene til ulike foreløpige tema og diskuterte dem opp mot hensikt med studien og tidligere forskning. Videre i fjerde trinn, «revidere og definere tema», hadde vi flere foreløpig tema som vi slo sammen ved hjelp av analysetabell og tankekart. Vi endte opp med fire hovedtema. På femte trinn, «definere, redefinere og navngi temaene», brukte vi et nytt tankekart og hadde en lengre diskusjon for å finne mest mulig dekkende ordlyd på temaene, noe som var utfordrende. Vi gikk derfor videre til sjette trinn, «produsering av rapport», der vi skrev ut resultatene, før benevnelsen av temaene endelig kom på plass. Utdrag fra analyseprosessen vises i tabell nedenfor.

Tabell 1 Utdrag fra analyseprosessen

Rådata	Kode	Foreløpig tema	Hovedtema
K3: «Ja, og så bør jo egentlig terskelen være ganske, altså det bør jo ikke være så høy terskel for å ringe til MIS.»	Terskelen for å ringe MIS bør ikke være så høy	MIS er et lavterskeltilbud	MIS som et lavterskeltilbud
K10: «... jeg syns jo det avhenger ofte veldig av hvem som har ansvaret for MIS, hva du får hjelp til eller ikke.»	Opplevs personavhengig hvor god hjelp man får av MIS	Udefinerte kriterier for bruk av MIS	
K1: «Det er ikke alltid legen gir de beste svarene heller faktisk, og man trenger en litt sånn stødig sykepleier til å bare drodle litt grann med om ...»	MIS kan være en ressurs i tillegg til legens vurdering	Støtte fra MIS gir sykepleier trygghet	MIS bruker sin kompetanse på en måte som oppleves støttende
K8: «Jeg syns ofte at det virker som MIS-en har ganske god kunnskap og peiling på det systemiske hos pasienten.»	Opplevelse at MIS bidrar med økt kompetanse	Trygt å samarbeide med noen som har mer kompetanse	
K8: «Jeg har i hvert fall alltid opplevd at de avtalene som har blitt laget her har blitt holdt uansett hvordan det har vært.»	Lager avtale med MIS om hyppig tilsyn	MIS holder litt i trådene	MIS bygger tillit ved å følge opp pasientsituasjoner
K1: «... jeg ser for meg at ho og kommuniserte med anestesilegen da uten at jeg var med på det, men kom opp med konkrete råd og tiltak og fulgte opp igjennom hele helgen.»	MIS opprettholdt kommunikasjon mellom flere ledd	MIS holder litt i trådene	

Etikk/refleksivitet

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer 121779. Vi søkte også om godkjenning hos personvernombudet lokalt ved sykehuset der vi gjorde intervjuene og fikk godkjenning i forkant. Lydopptak og det transkriberte data-materialet ble lagret på kryptert minnepenn som ble oppbevart i innelåst skap som bare forfatterne hadde tilgang til. Første- og andreforfatter har erfaring fra MIS-tjenesten på sykehuset der studien er utført. Med tanke på gjennomføring av studien, ble vi fritatt fra å bidra i MIS-tjenesten i 6 måneder før datainnsamlingen skulle finne sted og så lenge datainnsamlingen pågikk. Vi så likevel en ekstra risiko for at deltakerne kunne føle seg forpliktet til å delta, eller at de kunne være tilbakeholdne med kritikk av tjenesten. Dette snakket vi med deltakerne om før intervjuet startet, med tanke på å motvirke det. Alle deltakerne fikk samtykkeskjema etter NSD sin mal på forhånd hvor blant annet forhold knyttet til ivaretagelse av konfidensialitet, anonymitet og frivillig deltakelse ble beskrevet. Det ble også gjennomgått muntlig med dem før intervjuet startet. Samtykkeskjema ble låst inne på bibliotek på studiested.

Resultat

Fire hovedtemaer ble identifisert: «MIS som et lavterskeltilbud»; «Sykepleiere erfarte forskjellige roller i samhandling med MIS»; «MIS bruker sin kompetanse på en måte som oppleves støttende»; «MIS bygger tillit ved å følge opp pasientsituasjoner».

MIS som et lavterskeltilbud

Flere av sykepleierne fortalte at de opplevde muligheten til å tilkalle MIS som et lavterskeltilbud. MIS ble beskrevet som en tjeneste som kan ringes til for både store og små utfordringer knyttet til pasientsituasjoner og som oftest er lett tilgjengelig.

... men sånn vi oppe tenker at det er å, hvis det er ting vi er usikre på, så kan vi ringe MIS og høre, om dere kan hjelpe oss eller veilede, eller hvis man er usikker å få bekref-tet at det man tenker er riktig ... (K5)

Det at MIS er en annen sykepleierkollega bidro positivt og senket terskelen for å bruke tjenesten. Noen av sykepleierne beskrev hvordan det å diskutere med en annen sykepleierkollega av og til kan være bedre enn å ringe sin vakthavende lege, mens andre sykepleiere så på bruk av MIS som en ressurs i tillegg til egen postlege.

Jeg opplever det som om vi er likestilte kollegaer da, og at terskelen er litt lavere kan-skje for å ringe MIS enn som dere nevner, vakthavende, og så er det noe med kanskje de problemene eller utfordringene jeg har stått i så har jeg tenkt at, ja, men intensiv-sykepleier kanskje har litt mer peiling enn min vakthavende lege da. (K8)

Både nyutdannede sykepleiere og de med lengre erfaring opplevde at MIS som lavterskeltilbud var trygghetsskapende. Sykepleierne opplevde MIS som et bra tilbud å ha i beredskap.

Vi synes det er en god ting å ha i beredskap liksom, at man føler at man har liksom noen som kan hjelpe deg hvis det ... og særlig tenker jeg på natt når man er få, og kanskje mange liksom ... forholdsvis nyutdannet, så er jo det en kjempetrygghet å ha, at man kan ringe et sted. (K1)

Til tross for opplevelsen av lavterskeltilbud, var det enkelte av sykepleierne som ga uttrykk for at de ikke helt visste hvilke situasjoner det var aktuelt å tilkalle MIS på. De følte at de ikke brukte MIS nok, og mener at de selv burde hatt lavere terskel for å tilkalle MIS. Klarere kriterier og bedre oversikt for tilkalling av MIS kunne ha ført til mer bruk av ordningen, hevdet noen. Det kommer også frem at sykepleierne synes at de har for lite kjennskap til MIS sin funksjon, og at nyansatte burde ha vært bedre informert.

Ja, at man kanskje og ikke helt vet hva det er vi kan bruke MIS til, hvilke situasjoner er det MIS selv ønsker å bli kontaktet, kanskje det og er en liten grunn for at vi ikke bruker det så mye ... (K4)

Sykepleiere erfarte forskjellige roller i samhandling med MIS

Rollene i teamarbeid om pasienten ble beskrevet både som likestilte kollegaer og med ulikt ansvar. De fleste sykepleierne beskrev likevel samhandlingen rundt pasienten som et teamarbeid mellom MIS og sykepleier.

Jeg føler jo at vi var et team, jeg stolte på den personen som kom opp, den personen kom opp og ga inntrykk av å være en hjelper for meg da ... jeg tror på en måte at det var litt sånn gjensidig, at man hadde den tiltroen til hverandres kompetanse. (K1)

Opplevelsen av godt teamarbeid kunne også være der når sykepleiere hadde gått inn i rollen som assistenter i situasjonen. En sykepleier uttrykte det slik:

Vi jobbet litt som et team faktisk, samtidig som MIS ba meg gjøre ting, som på en måte også var fint, for det ble en læringssituasjon for meg og jeg ble på en måte en assistent, men jeg synes at det ble at man jobbet som et team. (K3)

Det viste seg å være litt ulike forventninger blant sykepleierne om i hvilken grad MIS sin rolle i situasjoner skal være å ta hovedansvaret, eller at ansvaret for pasienten hviler på sykepleierne selv. Noen sykepleiere hadde negative opplevelser dersom MIS ikke tok ansvar på tilsyn, mens andre sykepleiere fortalte om situasjoner der de gjerne ønsket å trekke seg litt unna og lot MIS overta ansvaret:

... men jeg tenker jo også at MIS skal gå inn, når man kontakter MIS så vil man jo at MIS skal komme og på en måte ta litt ansvar, så får vi heller trekke oss tilbake slik at MIS får snakke med pasienten. (K3)

En sykepleier opplevde å bli skuffet fordi hjelpen fra MIS ikke stod til forventningene:

Hun bare stod i bakgrunnen og jeg skulle ønske det var litt mer hjelp, jeg vet ikke hva slags rolle MIS har egentlig, men akkurat den ene situasjonen der, hvor jeg trengte hjelp til å bare blande den naloxonen, så fikk jeg ikke, jeg følte ikke jeg fikk den støtten jeg trengte. (K4)

Det kom også frem at sykepleiere på post hadde en forventning til seg selv om å ikke ringe MIS og overlate hele ansvaret, men at de også forventet av seg selv å være delaktige og tilgjengelige for MIS på tilsyn.

Du må jo ta ansvar for pasienten, du kan ikke bare ringe MIS for å frigi ansvarsfølelsen heller, det er jo fortsatt ditt ansvar og du må jo prøve å finne ut av ting og se på løsninger. (K10)

MIS bruker sin kompetanse på en måte som oppleves støttende

Hvordan MIS møter sykepleieren i samhandlingen syntes å ha mye å bety for hvordan situasjonen opplevdes. Flere av sykepleierne beskrev å få god hjelp og støtte av MIS, noe som igjen førte til trygghet i situasjonen de stod i, både for seg selv og for pasienten.

Hun var veldig positiv, rolig og fin, tok seg veldig godt av pasienten i første omgang og trygget pasienten på at dette skulle gå bra, det var veldig fint å være to som tok seg av han ... hun hadde både tid og tålmodighet når hun kom, så det var veldig fint. (K7)

Spesielt det å få bekreftelse fra en annen fagperson på at vurderingene sykepleieren hadde gjort var riktig, ble fremhevet av flere informanter. Det at sykepleier hadde tillit til MIS som kom på tilsyn styrket samhandlingen, og bare det å ha en annen sykepleier å diskutere med var betryggende for sykepleierne.

Jeg følte at de forklaringene MIS gjorde til meg, gjorde meg mer rolig på det jeg hadde vurdert faktisk, det stemte litt liksom at vi fikk diskutert pasienten og ja, pasienten kan være hos oss ... jeg ble mer betrygget på det jeg hadde vurdert var riktig. (K3)

Det opplevdes som trygt for sykepleierne når MIS fremsto som kompetent på de ulike oppdragene hen ble tilkalt på. MIS hadde en kompetanse når det gjelder kritisk sykepasienter som utfylte kompetansen til sykepleierne på sengepost.

Jeg tenker jo litt den der med, at når du står midt opp i en krevende situasjon over så lang tid, så kan du få litt tunnelsyn, eller du kan bli veldig opptatt av det du holder på med, å det å kunne ha en MIS som kommer opp, og som ser litt utenifra, og som ser kliniske eller ser med sykepleierblikket, og med sin kompetanse da, at det kan være til hjelp. (K4)

Sykepleierne opplevde at MIS hadde en veiledende og rådgivende rolle som i flere tilfeller gjorde at MIS-tilsyn ble en nyttig læringssituasjon for sykepleierne.

Det er jo også en læringssituasjon for oss da, eller for å, kanskje vi ikke hadde trengt og ringt i neste tilfelle på en måte, hvis man da hadde opplevd noe av det samme, at vi lærer av det også. (K9)

Det at MIS har en annen kompetanse bidro i flere situasjoner til at MIS kunne bistå med argumenter som sykepleierne på post igjen kunne bruke til legen.

... og også det hvis man sier; du vi har snakket med MIS; de sier at det her må legen ta fatt på, så har du også en litt sånn hardere skyts når du ringer doktoren da, hvis du selv ikke vet helt, eller får til å liksom overbevise dem. (K1)

MIS bygger tillit ved å følge opp pasientsituasjoner

Flere av sykepleierne fremhevet videre oppfølging fra MIS i konkrete pasientsituasjoner som positivt. Sykepleiere fortalte at oppfølging ikke var noe de forventet av MIS, men som mange MIS tilbød seg å gjøre etter tilsyn likevel. MIS kom til sengeposten på eget initiativ i flere av eksemplene, og det bidro til å skape tillit i samhandlingen mellom sykepleier og MIS.

... og det bygger jo også tillit når MIS kommer igjen, sånn som ned den trachpasienten, at man kommer flere ganger i løpet av natten, på eget initiativ opp, istedenfor å ringe hele tiden. (K7)

Det å lage avtaler om oppfølging i etterkant av tilsyn ble beskrevet som positivt. Flere fortalte at det var fint å kunne følge opp pasienten med noen som hadde satt seg inn i situasjonen fra før, fremfor å involvere noen nye. Sykepleierne uttrykte også at det de opplevde som avtalebrudd kunne føre til usikkerhet knyttet til videre pasientovervåkning.

De som hadde MIS på dagvakt var veldig enig om at vi skal følge med og vi lover å komme opp [på sengepost], men jeg måtte selv kontakte MIS da på kvelden og da var det litt mer sånn «ja, er det noe du lurer på ...», men avtalen var jo at for at vi skal tørre å ha han oppe så må de komme opp og se på han da, for vi har jo ikke noe overvåkning. (K10)

Sykepleierne hadde også erfart at MIS fulgte opp pasientsituasjonen videre ved å kommunisere med flere ledd, deriblant anestesi legen, og kom tilbake med råd etterpå.

Diskusjon

MIS er en sykepleierkollega

Sykepleierne i vår studie fortalte at de opplevde MIS som et lavterskeltilbud både på grunn av tilgjengelighet, vide kriterier for tilkalling og opplevelsen av at man kan ringe for spørsmål knyttet til pasientbehandling. Tilsvarende beskrives i både Lynch et al. (14)

og Hession og Meaney (12) sine studier, som viser til at LICN og CCOS er lavterskeltilbud som skal fungere som en støttetjeneste til sykepleierne på sengeposter. Funnene i vår studie indikerer at terskelen oppleves å være lavere fordi det er en annen sykepleierkollega man tar kontakt med. I Stafseth et al.s studie gir sykepleiere også uttrykk for at det er trygt å kontakte MIS fordi det er en annen sykepleierkollega, og ga uttrykk for at de hadde ventet lengre med å ringe til MIS dersom det var et team som bestod av både lege og sykepleier (8).

Uklare kriterier for bruk av MIS

Samtidig viser våre funn at MIS som et lavterskeltilbud kan oppfattes å være både positivt og negativt for samhandlingen mellom MIS og sykepleier på sengepost. Lynch et al. (14) viser til at vide kriterier fører til at LICN er lettere å kontakte, noe vi også har som funn i vår studie. Astroth et al. (27) viser, på en annen side, at sykepleiere som hadde god forståelse og kjennskap til kriterier for tjenesten, brukte RRT i større grad. Vide kriterier kunne også oppleves som udefinerte kriterier, noe sykepleiere i vår studie beskrev som en faktor som kunne bidra til at de lot være å tilkalle MIS. Manglende informasjon om tjenesten, både til nyansatte og ellers, ble nevnt som en kilde til usikkerhet som bidro til at tjenesten ble mindre brukt. Uklare kriterier bør tas på alvor. I sin review fant Tilley og Spencer nettopp dette som en viktig barriere for å la være å tilkalle RRT (20). Det er ikke helt klart hvorvidt man bør vektlegge den fleksibiliteten som vide kriterier gir eller smalere kriterier tyngst, som beste praksis for bruk av MIS.

Rolleforståelse i samhandlingen mellom MIS og sykepleier

Vi har i vår studie også funnet at rollene kunne være ulike i samhandlingen, noe sykepleiere beskrev både som likestilte kollegaer og at de selv inntok en «assistentrolle». De fleste sykepleierne mente at teamarbeidet og derav også samhandlingen med MIS fungerte godt. Williams et al. beskrev at sykepleiere på sengepost ønsket å være involvert i pasientsituasjonen, noe som var spesielt viktig når sykepleiere ble stående med pasienten på sengepost i etterkant av tilsyn fra RRT (15). Dette er et funn som ikke kom like godt frem i vår studie da vi ikke undersøkte hvordan sykepleierne håndterte pasientsituasjon selv i etterkant av tilsyn.

Noen av sykepleierne ga uttrykk for at de ønsket å være delaktige og tilgjengelige når MIS kom på tilsyn, og presiserte at pasienten fortsatt var deres hovedansvar. Andre fortalte at de ønsket at MIS skulle ta kontroll over situasjonen og ha hovedansvaret. Noen sykepleiere som hadde en forventning om at MIS skulle ta ansvar på tilsyn hadde en negativ opplevelse når denne forventningen ikke ble møtt. Delte meninger om dette indikerer at det kan være ulik forståelse av rollene til MIS og sykepleiere ved tilsyn, noe som også er beskrevet i tidligere forskningslitteratur. Både Donohue og Endacott (28), Astroth et al. (27) og Pusateri et al. (29), som blant annet har sett på sykepleieres forståelse av egen rolle når MET kom på tilsyn, hadde funn om at rolleforventningene mellom MET og sykepleiere var ulike, og at ikke alle følte seg trygge eller var sikre på egen rolle

på tilsyn. Pusateri et al.s (29) funn om frustrasjonen erfarne sykepleiere på sengepost kan kjenne på dersom de føler intensivsykepleier fra MET «tok over» pasienten, er noe vi ikke gjenfant i vår studie. Vår studie ga et blandet bilde av hvordan ansvarsfordelingen var mellom MIS og sykepleier på tilsyn.

Psykologisk støtte

Sykepleiere som følte seg trygge og støttet ved MIS-tilsyn så positivt på samhandling mellom MIS og sykepleier. Spesielt det å få støtte til å håndtere dårlige pasienter på sengepost ble opplevd som svært positivt. Tilsvarende er også beskrevet av Stafseth et al. (8), Elliott et al. (9) og Hession og Meaney (12). Sykepleiere setter pris på å slippe å «være alene» i slike situasjoner (8). Stollendorf beskriver i sin studie at psykologisk støtte til sykepleieren på sengepost ga trygghet og minsket stress knyttet til jobb (30). På den andre siden kan det oppleves negativt for samhandlingen mellom MIS og sykepleier på sengepost om sykepleier opplever manglende støtte fra MIS. I vår studie var det noen sykepleiere som fortalte om erfaringer med manglende støtte, enten i utførelse av prosedyrer eller i stressende situasjoner. De antydte selv at det kunne være knyttet til manglende eller ulik rolleforståelse i situasjonen.

Faglig støtte

Sykepleierne i vår studie fortalte også om en annen viktig del i samhandlingen, faglig støtte. MIS har en annen kompetanse som sykepleierne mente utfylte deres kompetanse på sengeposten. I Shapiro et al.s (17) studie kom det frem at sykepleiere på sengepost opplevde det som trygt når intensivsykepleiere med kompetanse på kritisk syke pasienter kom på tilsyn, gjorde vurderinger og tydelig sa ifra når pasienten var for dårlig til å ligge på sengepost. Sykepleiere kunne også få økt selvtillit til å stå med dårlige pasienter på egen hånd etter å ha fått hjelp av LICN (14). I vår studie sa flere sykepleiere at de satte pris på å få bekreftelse fra MIS på vurderingene de selv hadde gjort av dårlige pasienter.

Det å få veiledning og råd fra MIS på tilsyn ble beskrevet av noen sykepleiere i vår studie som en læringssituasjon for dem. Dette støttes av Hession og Meaney (12), som beskrev at CCOS styrket kompetansen til sykepleiere på sengepost ved å undervise i kliniske ferdigheter og forklare observasjoner og tiltak på dårlige pasienter (12). Sykepleierne i vår studie fortalte at dette kunne gjøre at de ikke trengte å ringe igjen ved neste lignende tilfelle. At sykepleiere oppga at MIS delte erfaring og kunnskap, som igjen bidro til at sykepleieren kunne bruke ervervet kompetanse i en annen sammenheng, nevner også Stafseth et al. som funn i sin studie (8).

Støtte i form av faglig autoritet

Det at MIS har en annen kompetanse, viste seg også som en ressurs når sykepleierne på post fikk hjelp fra MIS med argumentasjon om pasientens tilstand til legen. Hyde-Wyatt og Garside beskrev et lignende funn som dette, der sykepleiere ga uttrykk for at CCOS hadde mer innflytelse hos legen enn de selv opplevde å ha når de skulle si ifra om dårlige

pasienter (31). Jenkins et al. (32) fant også at RRT kunne forklare pasientsituasjonen til lege bedre enn sykepleierne, og at samhandlingen mellom RRT og sykepleier dermed bidro til at sykepleierens bekymring for pasienten ble tydelig formidlet.

MIS følger opp dårlige pasienter

Et funn i vår studie som sykepleierne opplevde som veldig positivt, var erfaringen med at MIS fulgte opp pasientsituasjonen i etterkant på eget initiativ og kom tilbake på tilsyn. Astroth et al. beskriver sammenlignbare funn i sin studie, der sykepleierne satte pris på at RRT flere timer i etterkant fulgte opp pasienter de hadde hatt tilsyn på (27). I noen situasjoner beskrev sykepleierne i vår studie at det ble laget avtaler om videre tilsyn fra MIS hos en dårlig pasient. Slike avtaler ble beskrevet som positivt, men noen av sykepleierne hadde opplevd at avtaler ikke ble holdt. Det førte til usikkerhet hos sykepleieren med tanke på videre pasientovervåkning. I vår studie hadde sykepleierne ingen formell avtale om oppfølging fra MIS etter tilsyn, men studier som Eliott et al. (9) og Chalwin et al. (33) har gjort kan imidlertid indikere at sykepleiere setter pris på at oppfølgingen er satt i system.

Metodiske betraktninger

Overførbarheten til studien kan bli påvirket av at den bare er utført på ett sykehus. Dette var et valg vi tok delvis på bakgrunn av at tjenesten fungerer forskjellig på ulike sykehus, samt utfordringer med å få tilgang til feltet knyttet til koronapandemien. Både første- og andreforfatter hadde vært en del av MIS-tjenesten ved sykehuset hvor studien er utført, som potensielt kunne medføre at studien ble påvirket av vår forutinntatthet, samt at deltakerne kunne tenkes å holde tilbake kritikk. Dette er noe som igjen kan svekke studiens validitet og reliabilitet (22). Vi prøvde å forhindre slike utslag ved å ikke tjenestegjøre som MIS i de 6 månedene rekrutterings- og intervjuprosessen pågikk, slik at deltakerne i minst mulig grad skulle forbinde oss med tjenesten.

Å forske på eget felt har gitt oss mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål under intervjuene med bakgrunn i vår kjennskap til tjenesten, som kanskje ikke en forsker som var ukjent i feltet ville gjort. Å ha erfaring og kjennskap til temaet du forsker på er ofte en fordel i kvalitativ forskning (22). Det at vi var flere som samarbeidet om studien har også vært en styrke. Malterud sier at å arbeide sammen i forskergrupper kan motvirke forutinntatthet når man leser datamaterialet (22). Vi har ikke undersøkt MIS sitt perspektiv eller sammenholdt våre funn med studier som har undersøkt dette, noe som kan betraktes som en svakhet i studien. MIS sitt perspektiv bør studeres i videre forskning.

Konklusjon

I hovedsak hadde MIS evne til å trygge sykepleierne på post, bidra med sin spesialkompetanse og gi dem støtte i krevende situasjoner. I tillegg bygget MIS tillit overfor sykepleierne på post når de på eget initiativ fulgte opp pasientsituasjoner i etterkant av

tilsyn. Uavklarte forventninger eller ulik forståelse av rollene til MIS og sykepleier kunne påvirke samhandlingen negativt.

Kliniske implikasjoner

Vår oppfatning er at det er behov for klarere retningslinjer for bruk av MIS og ytterligere avklaring av rollefordeling mellom sykepleier og MIS på tilsyn. Det er behov for mer kunnskap om hvilken konstellasjon som fungerer best på det enkelte norske sykehus både med tanke på pasientsikkerhet og ressursbruk.

Takksigelse

Tusen takk til alle sykepleierne som delte av sine erfaringer i intervju.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand 2020 [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 2020 [oppdatert 30. april 2020; hentet 18. mai 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand/rutiner-for-rask-respons-ved-forverret-tilstand#virksomheter-bor-sikre-at-kvalifisert-hjelp-raskt-kan-tilkalles-ved-forverret-tilstand-praktisk>
2. Lee A, Bishop G, Hillman KM, Daffurn K. The medical emergency team. *Anaesth Intensive Care*. 1995;23(2):183–6. <https://doi.org/10.1177/0310057X9502300210>
3. Hall KK, Lim A, Gale B. The use of rapid response teams to reduce failure to rescue events: a systematic review. *J Patient Saf*. 2020;16(3):3–7. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000748>
4. Stevens JP. Rapid response systems. I: Givens J, red. *UpToDate* [oppdatert 15. august 2022; hentet 7. april 2022]. Philadelphia: Wolters Kluwer. <https://www.uptodate.com/contents/16280>
5. Garry L, Rohan N, O'Connor T, Patton D, Moore Z. Do nurse-led critical care outreach services impact inpatient mortality rates? *Nurs Crit Care*. 2019;24(1):40–6. <https://doi.org/10.1111/nicc.12391>
6. Ellingsen KM, Bjørnå GB, Olsen SL, Hansen BS, Søreide E, Ravndal M. Forverret tilstand for pasient på sengepost – etablering og drift av et system for tidlig oppdagelse og systematisk oppfølging. Oslo: Helsebibloteket; 2015.
7. Katadzić S, Jelsness-Jørgensen L-P. Erfaringer med mobile intensivsykepleiere (MIS). *Sykepleien Forskning*. 2017;(12):62244. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.62244>
8. Stafseth SK, Grønbeck S, Lien T, Randen I, Lerdal A. The experiences of nurses implementing the Modified Early Warning Score and a 24-hour on-call mobile intensive care nurse: an exploratory study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2016;34:33–41. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.07.008>
9. Elliott S, Chaboyer W, Ernest D, Doric A, Endacott R. A national survey of Australian Intensive Care Unit (ICU) Liaison Nurse (LN) services. *Aust Crit Care*. 2012;25(4):253–62. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2012.03.004>
10. International Council of Nurses. Guidelines on advanced practice nursing 2020 [Internett]. Genève: International Council of Nurses; 2020 [hentet 27. mai 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.icn.ch/news/icn-launches-new-advanced-practice-nursing-guidelines-and-calls-increased-recognition-and>
11. Williams G, Rotering L, Samuel A, Du Plessis J, Abdel Khaleq MHA, Crilly J. Staff's perception of the intensive care outreach nurse role: a multisite cross-sectional study. *J Nurs Care Qual*. 2019;34(4):352–7. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000387>

12. Hession CA, Meaney T. Ward nurses' experiences and perceptions of the critical care outreach service: A qualitative study undertaken in a large teaching hospital in the West of Ireland. *Nurs Crit Care*. 2022;27(1):19–26. <https://doi.org/10.1111/nicc.12678>
13. Jensen JK, Skår R, Tveit B. The impact of Early Warning Score and Rapid Response Systems on nurses' competence: an integrative literature review and synthesis. *J Clin Nurs*. 2018;27(7–8):1256–74. <https://doi.org/10.1111/jocn.14239>
14. Lynch J, Cope V, Murray M. The Intensive Care Unit Liaison Nurse and their value in averting clinical deterioration: a qualitative descriptive study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;63:1030001 <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.103001>
15. Williams DJ, Newman A, Jones C, Woodard B. Nurses' perceptions of how rapid response teams affect the nurse, team, and system. *J Nurs Care Qual*. 2011;26(3):265–72. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e318209f135>
16. Halupa CM, Halupa MS, Warren MS. Nurse satisfaction with medical emergency team nurses: a 3-year study. *Dimens Crit Care Nurs*. 2018;37(4):217–24. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000307>
17. Shapiro SE, Donaldson NE, Scott MB. Rapid response teams seen through the eyes of the nurse. *Am J Nurs*. 2010;110(6):28–36. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000377686.64479.84>
18. Salt L. Evaluating critical care outreach and the early warning score tool – the wards nurse's viewpoint. *Kai Tiaki Nurs NZ*. 2013;4(1):17–24. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.653609921810015>
19. Kitto S, Marshall SD, McMillan SE, Shearer B, Buist M, Grant R, et al. Rapid response systems and collective (in)competence: an exploratory analysis of intraprofessional and interprofessional activation factors. *J Interprof Care*. 2015;29(4):340–6. <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.984021>
20. Tilley M, Spencer K. Perceived barriers to Rapid Response Team activation among nurses: a literature review identified eight often interrelated areas of concern. *Am J Nurs*. 2020;120(7):52–60. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000688220.05900.7c>
21. Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research – appraising evidence for nursing practice*. 8. utg. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
22. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
23. Malterud K. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
24. Carey MA. Focus groups – what is the same, what is new, what is next? *Qual Health Res*. 2016;26(6):731–3.
25. Doody O, Slevin E, Taggart L. Focus group interviews in nursing research: part 1. *Br J Nurs*. 2013;22(1):16–9.
26. Braun V, Clarke V. *Thematic analysis: a practical guide*. California: Sage; 2022.
27. Astroth KS, Woith WM, Jenkins SH, Hesson-McInnis MS. A measure of facilitators and barriers to rapid response team activation. *Appl Nurs Res*. 2017;33:175–9. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.12.003>
28. Donohue LA, Endacott R. Track, trigger and teamwork: communication of deterioration in acute medical and surgical wards. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26(1):10–7. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.10.006>
29. Pusateri ME, Prior MM, Kiely SC. The role of the non-ICU staff nurse on a Medical Emergency Team: perceptions and understanding. *Am J Nurs*. 2011;111(5):22–31. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000398045.00299.64>

30. Stollendorf DP. The benefits of Rapid Response Teams: exploring perceptions of nurse leaders, team members, and end users. *Am J Nurs.* 2016;116(3):38–47. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000481279.45428.5a>
31. Hyde-Wyatt J, Garside J. Critical care outreach: a valuable resource? *Nurs Crit Care.* 2020;25(1):16–23. <https://doi.org/10.1111/nicc.12453>
32. Jenkins SH, Astroth KS, Woith WM. Non-critical-care nurses' perceptions of facilitators and barriers to Rapid Response Team activation. *J Nurses Prof Dev.* 2015;31(5):264–70. <https://doi.org/10.1097/NND.000000000000168>
33. Chalwin R, Giles L, Salter A, Kapitola K, Karnon J. Re-designing a rapid response system: effect on staff experiences and perceptions of rapid response team calls. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05260-z>

Vedlegg

Utdrag fra intervjuguide:

Hvordan opplever dere/hvilke erfaringer har dere med dagens tilbud med MIS?

Oppfølgingsspørsmål: Kan dere gi eksempler på situasjoner hvor dere tilkaller MIS?

Kan dere fortelle om positive opplevelser i møte med MIS?

Oppfølgingsspørsmål: På hvilken måte fungerte samarbeidet i den situasjonen?

Hvorfor tror du det ble slik?

Kan dere fortelle om negative opplevelser i møte med MIS?

Oppfølgingsspørsmål: På hvilken måte fungerte samarbeidet i den situasjonen?

Hvorfor tror du det ble slik?

Hvordan vurderer dere selv rollen deres som sykepleiere på sengepost i samarbeid med MIS?

Oppfølgingsspørsmål: Hvilken rolle har du når MIS er til stede på tilsyn?

Hva er deres forventninger til MIS sin rolle?

Hva er dine forventninger til din egen rolle når MIS er til stede?