



**Uio • Universitetet i Oslo**

## **Hvilke erfaringer har helsepersonell og mellomledere i spesialisthelsetjenesten med intermedieravdelinger?**

*Et unødig stopp på veien, eller en kompetansehevende og effektiv driftsform?*

Lene Ring Dugstad

Masteroppgave

30 Studiepoeng

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi,

Institutt for helse og samfunn

Det medisinske fakultet

1 Desember 2020

## Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært tidkrevende, utfordrende og lærerikt. Først og fremst vil jeg takke min veileder Trond Tjerbo for konstruktive tilbakemeldinger underveis og hans gode råd og innspill.

Jeg vil rette en stor takk til alle respondentene for at de velvillig sa ja til å la seg intervju i en travel jobbhverdag, uten dere hadde ikke dette prosjektet vært mulig å realisere. Jeg er imponert over deres kompetanse, og deres engasjement og evne til å håndtere utfordringer de møter ute i avdelingene.

En stor takk til min kollega Erik Martinsen Kvisle for gode diskusjoner underveis og interesse for prosjektet. Takk til min gode lederkollega Linda Lindviksmoen som oppfordret meg til å søke dette studiet og Sissel Reinlie, min sjef gjennom 9 år som godkjente og la til rette slik at jeg fikk gjennomført masterprogrammet ved UIO.

Til sist og ikke minst takk til min familie Geir, Marit, Olav og Ingvild samt Tussi (hund) for deres tålmodighet da dette i perioder ble et altoppslukende prosjektet for meg. Tussi som ikke forstod at selv om «matmor» satt hjemme var det ikke alltid tid til tur.

Jar, november 2020

Lene Ring Dugstad

## **Sammendrag**

**Innledning:** Intermediæravdelinger i sykehus er et mellomnivå mellom intensivavdeling og sengepost. Ved de sykehusene i Helse sør-øst og Helse-vest som jeg har studert, er det i varierende grad etablert intermediæravdelinger. Denne studien har som mål å studere betydningen av disse avdelingene og hvilke fordeler og ulemper dette omsorgsnivået har for de som jobber der. Videre har jeg sett på hva intermediæravdelinger har og si for kompetanseutvikling, pasientflyt og om dette omsorgsnivået gir koordineringsutfordringer.

**Metode:** I oppgaven er kvalitativ metodikk brukt, og semistrukturerte intervjuer er utført. Data ble samlet inn over en periode fra mars-april 2020. Utvalget var 12 respondenter, hvor leger, ledere, spesialsykepleiere og sykepleiere ble intervjuet.

**Resultat:** Denne studien avdekket tre hovedfunn. Et av funnene er at sykepleiere som jobber på intermediæravdelinger i spesialisthelsetjenesten opparbeider en overvåkningsadferd, en annen måte å tenke på. Dette blir en del av deres sykepleieidentitet, og kommer hele avdelingen til gode. I tillegg innebærer intermediæravdelinger, organisert i tilknytning til moderavdeling, faglige utviklingsmuligheter. Ledere utnytter handlingsrommet og tar egne grep for å sikre rett kompetanse i intermediæravdelinger. Koordinering og samarbeid er nøkkelen til god pasientflyt fra intensivavdeling til intermediæravdeling der dette er etablert. Pandemien viste at en tilnærmet matriseorganisering var mulig i en ellers funksjonsdelt organisering ved at kohorter ble etablert på tvers av avdelinger og klinikker.

**Konklusjon:** Det er motiverende for sykepleiere å jobbe på intermediæravdelinger fordi det er kompetanseutviklende og man får fulgt pasienter over tid. Det antydes også at turnover går ned ved disse avdelingene og at det er positivt i rekrutteringsøyemed. Det virker som om pasientene får kortere liggetid på intensiv der intermediæravdelinger er etablert. Utfordringene er å sikre støttefunksjoner fra anestesi / intensiv noe som vanskelig gjøres ved at man er organisert i forskjellige avdelinger og klinikker.

## **Abstract**

**Introduction:** Intermediate Care Units or High-Dependency Units in hospitals can be characterized as an intermediate level between Intensive Care Units and ordinary wards. I have collected data from five number of hospitals the regions “Helse sør-øst” and “Helse-vest”. The existence of established Intermediate Care Units in the different hospitals these regions, varies. The aim of this study was to examine the relevance/importance of Intermediate Care Units, and further to identify benefits and challenges that this level of health care has for the health-care providers working there. Moreover, I have studied the relationship between High-Dependency Units and the development of professional competence, patient flow and whether or not this level of care provision leads to challenges related to coordination.

**Methods:** Applying a qualitative methodology, 12 semi-structured interviews were conducted in three different hospitals, in the period between March-April, 2020. The study population consisted of doctors, leaders, and nurses with and without specialist education working in eleven different units.

**Results:** There are three main findings: 1. Nurses working in Intermediate Care Units in the specialist health care services develop a change in behavior related to their focus on monitoring (patients), characterized by a different mode of thinking. This change in behavior and thinking becomes part of their professional identity, which benefits the entire hospital ward. 2. High-Dependency Units, (in connection to their primary department), provide opportunities for development. The leaders in these wards employ these opportunities to ensure that there is adequate competency in the High-Dependency Units. 3. Coordination and collaboration is a key to ensure an adequate flow of patients from the Intensive Care Units to the High-Dependency Units. Additionally, during the pandemic it became apparent that matrix organization was possible to conduct in an otherwise function divided environment, through the establishment if cohorts across departments.

**Conclusion:** Nurses find it motivating to work in Intermediate Care Units because it is regarded to increased competency and provide the opportunity for continuity of care. The study also suggests that the overall turnover of employees in the High-Dependency Units is low and that this has a positive effect in relation to recruitment of new employees. Moreover, it seems like the patients have shorter stays at the Intensive-Care Units in the hospitals where

High-Dependency Units are established. The challenge is to ensure sufficient support from the medical specialties anesthesia and intensive care medicine, which is made difficult by the fact that Intermediate Care Units are organized in different departments and clinics.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	3
1.2 Begrepsdefinisjon .....	4
1.3 Formål med studien .....	5
1.4 Forskningsspørsmål .....	6
1.5 Relevans .....	6
<b>2.0 ORGANISATORISK SPESIALISERING .....</b>	<b>6</b>
2.1 Funksjonell design .....	6
2.2 Divisjonsbasert design .....	7
2.3 Matrise design .....	8
2.4 Horisontal inndeling .....	9
2.5 Laterale prosesser .....	9
2.6 Koordinering .....	9
2.7 Kompetanse .....	12
<b>3.0 METODE .....</b>	<b>13</b>
3.1 Deltagelse i studien .....	13
3.2 Studie design .....	14
3.3 Utvalg .....	14
3.4 Gjennomføring .....	15
3.5 Kvalitativt forskningsintervju .....	16
3.6 Analyse .....	16
3.7 Reliabilitet .....	18
3.8 Forforståelse .....	18
3.9 Validitet .....	20
<b>4.0 FUNN OG RESULTATER .....</b>	<b>21</b>
4.1 Et stopp videre på veien / moderavdeling .....	22
4.2 Organisering, differensiering og pasientflyt .....	24
4.3 Leders vurdering og beslutninger for å sikre rett kompetanse på intermediaeravdelinger .....	27
4.4 Overvåkningsadferd og profesjonalitet .....	29
4.5 Covid situasjonen og daglig styring under pandemien .....	31
<b>5.0 DISKUSJON .....</b>	<b>32</b>
5.1 Pasientflyt - tilbake til moderavdeling .....	33
5.2 Kompetanse .....	34
5.2.1 Overvåkningsadferd – en annen måte å tenke på .....	35
5.3 Praktiske Implikasjoner .....	36
5.4 Forskningsmessige implikasjoner .....	36
5.5 Studiens svakheter .....	37
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>38</b>
<b>VEDLEGG 1</b> Intervjuguide	
<b>VEDLEGG 2</b> Informasjon om studien og samtykkeerklæring	

## 1.0 Innledning

Sykehus er i hovedsak organisert etter hva som feiler pasientene og hvilken behandling de skal ha. Dette gjelder både øyeblikkelig hjelp og elektive innleggelser. Avhengig av om behandlingen er medisinsk eller kirurgisk, blir man plassert i ulike klinikker og avdelinger. Det er ofte de organene pasientene har sykdom i, som avgjør hvilken avdeling de får behandling ved. Jo større sykehusene er, jo mer spesialiserte blir avdelingene. De aller dårligste pasientene kommer til intensivavdelinger, gjerne fordi de har flere sviktende organer. Det finnes intensivavdelinger som er organisert etter funksjon som eksempelvis nevrintensivavdeling, men de fleste intensivavdelinger er organisert etter prosess (Schou et.al 1997). Oftest handler intensivbehandling om støtte til respirasjon (respiratorbehandling) men intensivpasienter har ofte i tillegg svikt i flere organer som nyre, hjerte, lever og kan være svært ustabile og kreve tilstedeværelse av kompetent personalet hvert sekund hele døgnet. Ved de fleste sykehus blir pasientene liggende på intensiv til de er friske nok til å gå videre i systemet og flytte på sengepost. Enkelte større sykehus har derimot etablert intermediæravdelinger eller overvåkningstuer som en mellomting mellom intensiv og vanlig sengepost. Dette fordi man ser at opphold på intensivavdeling krever veldig store ressurser, og at mangel på intensivplasser og kompetent personell medfører knapphet på en viktig ressurs. Intermediæravdelinger er derfor en mellomløsning ved noen sykehus, men ikke alle. Intermediær og overvåkningsavdelinger som ikke håndterer pasienter på respirator er ulikt utbredt i Norge. I spennet mellom intensiv- intermediær og sengepost vil det kunne oppstå koordineringsvansker da avdelingene er organisert forskjellig.

Intermediæravdelinger og overvåkningsavdelinger på sykehus er viktig for behandling og pleie av alvorlig syke pasienter som ikke har behov for «komplett» intensivovervåkning, men som er for dårlige til å ligge på vanlig sengepost. Disse avdelingene eller overvåkningsstuene har forsterket bemanning, noe høyere kompetanse enn personalet på vanlig sengepost har, og ofte er pasientene tilkoblet arteriell blodtrykksmåling og hjerterytmeovervåkning. Forsterket bemanning hvor enkelte ansatte har spesialisert kompetanse og utdanning, kan være master i avansert klinisk sykepleie, fagspesifikke videutdanninger og eller intensivsykepleie. Sykepleiere som har vært lenge i en avdelingen med overvåkning/intermediærstue har ofte bygget opp en svært nyttig formalkompetanse og vil være en rollemodell og læremester for sykepleiere med mindre erfaring.

I den internasjonale forskningslitteraturen finner flere at intermediære enheter har gode effekter på pasientflyt. Vincent, J-L & Rubenfeld, G D (2015) fant f. eks at introduksjon av Intermediate Care Units (IMCU), som en nedtrappingsenhet etter intensivopphold, var assosiert med bedre utnyttelse og en mer hensiktsmessig bruk av Intensive Care Units (ICU) senger. D.W. Ryan et. al (1997), skriver at over en periode på to måneder hadde de belagt 23% av intensivsengene med pasienter som kunne ha vært på en intermediærenhet. Dette førte til at operasjoner ble utsatt, noen pasienter måtte overføres til andre sykehus og utskrivelsene fra intensiv ble forsinket fordi det manglet mottaksavdelinger (Ryan et.al 1997). Det er også funn som peker i retning av at intermediære enheter gir lavere mortalitet for pasienter innlagt i intensivavdelinger (Capuzzo et. al 2014). Ett mulig problem knyttet til bruk av intermediæravdelinger kan være at pasienter blir liggende for lenge uten å bli flyttet til intensiv. Ledelse og kompetanse er derfor sannsynligvis viktig for at intermediæravdelinger skal gi den forventede gevinsten. Det er gjort få kvalitative studier av intermediære enheter, og vi vet lite om hvordan de ansatte erfarer effekten av disse enhetene. Vi vet heller ikke mye om hvordan vi best organiserer de intermediære avdelingene. Skal de for eksempel være fagspesifikke og knyttet til en tilhørende sengepost, eller være egne frittstående enheter underlagt en intensivavdeling?

Formålet med denne oppgaven er å belyse disse spørsmålene. Hvordan erfarer de ansatte eventuelle fordeler og ulemper ved intermediærenheter, og i hvilken grad har enhetenes plass i organisasjonen innvirkning på pasientflyt, kompetanseutvikling og ressursutnyttelse? For å belyse dette har jeg intervjuet helsepersonell og mellomledere på intermediærenheter, intensivavdelinger og samarbeidende sengeposter.

## **Tittel:**

Hvilke erfaringer har helsepersonell og mellomledere i spesialisthelsetjenesten med intermediæravdelinger?



## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er i dag knapphet på intensivsenger og intensivsykepleiere, samtidig opplever sengeposter å skulle håndtere stadig dårligere pasienter. Enkel kirurgi omgjøres til dagbehandling og disse pasientene skrives raskt ut, men de pasienter som trenger en sykehusseng over dager blir stadig mer komplekse og har ofte sammensatte lidelser. En aldrende befolkning og økte forventninger og krav til diagnostikk og behandling bidrar til at denne pasientkategorien vil øke (Morland et. al 2018). I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 står det beskrevet at behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse vil øke, og at regjeringen vil legge til rette for en utdanning for slik kompetanse (Meld.St. 7. 2020).

Organisering av spesialisthelsetjenesten og erfaring med 10 år i det sammenslåtte Oslo universitetssykehus med både intensivavdelinger og intermediearenheter, har vekket min interesse for temaet for denne oppgaven. Jeg arbeidet mange år som intensivsykepleier på Ullevål sykehus med fokus på respiratorbehandling og annen organstøttende behandling. Jeg satt også i en lengre tid i en lederstilling ved intensivavdelingen. Etter denne perioden fikk jeg en seksjonslederstilling på en intermedieæravdeling på Rikshospitalet med nevrokirurgiske pasienter. Enheten er en av de største intermedieæravdelinger i OUS med 17 plasser hvor 6 plasser er øremerket de dårligste pasientene med forsterket bemanning.

Min erfaring fra tiden som intensivsykepleier i klinisk arbeid, er at pasientene var innlagt på intensivavdelingen til de «var klare,» det vil si nesten selvhjulpne før de kunne overflyttes til sengepost for opptrening. Det kunne være en stor overgang for pasient, pårørende og sykepleier å skulle overføre pasienten til et betydelig lavere omsorgsnivå. Da jeg begynte på Rikshospitalet og fikk erfaring med intermedieæravdelinger, begynte jeg å reflektere rundt betydningen av å ha avdelinger med senger på høyere omsorgsnivå enn det vanlige sengeposter har. I tillegg stusset jeg over forskjellene mellom Ullevål og Rikshospitalet. Ullevål har ikke etablert intermedieæravdelinger i like stor grad som Rikshospitalet. Intensivleger på Rikshospitalet forteller at det oppleves trygt at pasientene blir overført til nevrokirurgisk intermedieæravdeling, når pasientene fortsatt har behov for overvåking og spesialisert kompetanse etter et intensivopphold.

Etter kort tid som seksjonsleder ble jeg inkludert i et stort arbeid som omhandlet intermedieæravdelinger i OUS. I prosjektet ble det i kartleggingsfasen rapportert inn intermedieærsenger. Det skulle vise seg at langt flere avdelinger rapporterte inn at de hadde

intermediærsenger enn det som var de vedtatte kriteriene for å kunne klassifisere som intermediærseng. Det kunne være en sengepost som hadde omgjort et to-sengs-rom til intermediærsenger med plass til to pasienter uten at nødvendig utstyr og bemanning var på plass som rapporterte inn at de hadde intermediærplasser. I tillegg var enkelte intermediæravdelinger uten tilstrekkelig sykepleiekompetanse i det å ivareta pasienter med respirasjonsproblemer, og ofte manglet de mulighet for kontinuerlig overvåkning. Denne rapporten viser store variasjoner og liten grad av standardisering. Dette bør man ta hensyn til når det gjelder å utvide eller opprette nye intermediæravdelinger. Nå er det høyaktuelt å se på intermediæravdelinger i forbindelse med koronapandemien, og intermediæravdelinger er med i betraktning rundt beredskap blant annet fordi det viser seg at Norge har langt færre intensivsenger enn mange andre land i Europa. Norge har 8 intensivsenger per 100 000 mens Tyskland har 29 (Lysberg, M 2020).

## 1.2 Begrepsdefinisjon

I følge Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge, 23. oktober 2014 s 9, er en *«intermediærenhet en enhet som kan behandle pasienter med organsvikt i ett organsystem (f.eks en hjerteovervåkningsavdeling eller en lungeenhet for maske-ventilasjon (Non – invasiv ventilasjon; NIV)). Enheten kan tilby bedre og mer avansert overvåkning, pleie og behandling enn en vanlig sengepost, men på et lavere nivå enn en intensivsenhet. Enheten kan tjene som observasjonspost for pasienter med akutte, alvorlige tilstander. Slike enheter kan også lette utskriving og sikre oppfølging av intensivpasienter før de overføres til rehabilitering eller sengepost. Den viktigste forskjellen i forhold til en intensivsenhet at en intermediærenhet ikke tilbyr endotrakeal intubasjon og respiratorbehandling, men enkelte enheter kan tilby NIV.»* Det er vanlig at sykepleiebemanningen i en intermediærenhet er 1:1 eller 1:2, det vil si at en sykepleier gir behandling og pleie til en eller to pasienter avhengig av tilstand og alvorlighetsgrad. I denne oppgaven vil i tillegg overvåkning og IMCU (intermediate care units) referere til intermediærenheter/avdelinger.

*«En intensivavdeling er en geografisk avgrenset enhet i sykehus som er bemannet av spesialutdannet personalet, organisert som en multidisiplinær enhet, og teknisk utstyrt til å behandle pasienter med svikt i ett eller flere organsystemer, hvorav respirasjonssvikt er den vanligste. Derfor er respiratorbehandlingen sentral i forhold til organisering og bemanning.»* (Gulbrandsen og Stubberud 2016).s 37

Sengepost er en fysisk enhet i helseinstitusjoner for pasienter som får tildelt seng i forbindelse med heldøgnsopphold eller dagopphold der innleggelse kreves. En sengepost kan knyttes til en eller flere avdelinger. Det finnes i utgangspunktet to typer sengeposter - vanlige og tekniske. Tekniske sengeposter vil for eksempel være en intensivavdeling. Ligger en pasient på en teknisk sengepost må pasienten også ha tilhørighet til en vanlig sengepost, en «moderpost» (Standard: Organisasjonsenheter- benevnelse 2019). Det er vanlig at sykepleiebemanningen er lavere på en sengepost enn ved en intermediærenhet. Bemanningsnormen er her 1:4. En sykepleier har ansvar for 4 pasienter.

*«En postoperativ avdeling eller enhet tar imot pasienter for smertebehandling og for å overvåke, stabilisere og normalisere pasientens vitale funksjoner etter kirurgi og anestesi. Lengden på oppholdet er varierende og kan ut ifra pasientens tilstand og type kirurgi variere fra noen minutter til flere dager.»* (Gulbrandsen og Stubberud 2016, s 39)

Som følge av manglende intensivkapasitet har postoperative avdelinger utviklet seg til å ligne mer og mer på intensivavdelinger og noen av dem håndterer også respiratorpasienter (Gulbrandsen og Stubberud 2016). Ved mindre sykehus er ofte postoperativ sammenslått med intensivavdelingen og postoperativ fungerer ofte som en intermediæravdeling for pasienter som blir dårlig på kirurgiske sengeposter og som trenger ekstra overvåkning og kontinuerlig tilsyn uten å måtte trenge intensivbehandling og respiratorstøtte.

### **1.3 Formål med studien**

Formålet med studien er å produsere kunnskap om hvordan intermediæravdelinger fungerer, hvordan ledere i intermediærenheter utnytter handlingsrommet sitt ved og til enhver tid skulle sikre rett kompetanse på de ansatte som jobber i enhetene. I tillegg ønsker jeg å se på hvordan pasientflyten er fra intensiv til sengepost ved at sykehuset har eller ikke har intermediæravdelinger. Et annet spørsmål jeg ønsker å finne svar på er om intermediæravdelinger bør organiseres i multisentre i nærheten av intensivavdeling (pasienter med ulike diagnoser i samme enhet), eller om plassering i tilknytning til sengepost og dermed pasienter med samme type lidelse, er å foretrekke. I den forbindelse ønsker jeg også å få kunnskap om hvordan intermediærenhet knyttet til sengepost har noe å si for kompetanseutvikling hos personalet ved sengeposter. Denne kunnskapen tenker jeg kan bidra med anbefalinger til hvordan man i fremtiden bedre kan organisere slike avdelinger, samt gi innspill til kriterier for opprettelse av intermediæravdelinger.

## 1.4 Forskningsspørsmål

- Hvilke erfaringer har helsepersonell og mellomledere med intermediaeravdelinger, og hva beskriver de som fordeler og ulemper?
- Hvordan opplever helsepersonell og mellomledere koordineringsmekanismer mellom intensiv-intermediær og sengepost?

## 1.5 Relevans

Studien vil være relevant for de som allerede har intermediaærenhet og de som vurderer og åpne slike enheter i fremtiden. Studien vil derfor være relevant for klinikkledere når det gjelder organisering av intermediaærenheter i spesialisthelsetjenesten og vil kunne bli nyttiggjort i utvikling av fremtidens sykehus, deriblant OUS. Studien vil også kunne være relevant i forhold til fordeling av utdanningsstillinger ved det enkelte sykehus. Det er mulig at intermediaeravdelinger også i større grad skal tilgodesees med flere spesialutdannede sykepleiere som intensivsykepleiere når det viser seg at pasientene som overføres blir stadig dårligere og ressurskrevende.

## 2.0 Organisatorisk spesialisering

En organisasjon er en sammenslutning av individer som arbeider mot et felles mål, og er bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver (Jakobsen og Thorsvik, 2016). Oppgaver skal løses, handlingsplaner og strategier utarbeides for å tydeliggjøre hvordan målene skal nås. Strukturen, målene og strategien legger retningslinjer for, men også begrensninger på handlefriheten til de ansatte (Jacobsen og Thorsvik 2016).

### 2.1 Funksjonell design

Sykehusene har tradisjon for å være organisert etter funksjoner og sett fra ledelsens synspunkt muliggjør denne modellen at beslutninger tas på en sentralisert og hierarkisk måte. Den funksjonelle modellen er best egnet når det er behov for lite endringer samt for enheter der behovet for samhandling med utenforstående organisasjoner er begrenset.

Organisasjonsformen er mindre egnet for organisasjoner i vekst samt i forbindelse med utvidelse av virksomhetsområder. Organiseringen er vertikal og bygger på kontroll og styring ovenfra og det er en forutsetning at medarbeiderne er villige til å følge denne ordren.

I denne modellen er eksempelvis støttefunksjoner og serviceavdelinger separert fra de kliniske tjenestene i ulike enheter. Antallet enheter vil variere med størrelsen på sykehuset. Enhetslederne rekrutteres normalt internt, og disse vil ha inngående kunnskap innenfor tjenestene de er ansvarlig for (Shortell og Kaluzny 2006). Eksempler på dette kan være avdelingsledere og enhetsledere som tidligere har jobbet klinisk innenfor egen enhet. Ved å ha blitt belønnet med høyere rang kan det føre til at den enkelte øker bidraget til den kollektive innsatsen, som igjen lar dem opprettholde sin høye rang samtidig som organisatoriske mål innfris. Lavere rangerte arbeidstakere kan bli motivert av hierarkier ved at de får samhandling med høytstående medlemmer av organisasjonen (Halevy et. al, 2011). Funksjonell design er strømlinjeformet, og administrasjonen, styret og ledere har ansvar for sine grupper og disse gruppene har liten eller begrenset kontakt med hverandre.

Dette medfører at arbeidshverdagene i stor grad er gjentakende og de er ofte preget av et stabilt og forutsigbart miljø, kjente arbeidsoppgaver uten et stort behov for å samarbeide på tvers. Dessuten oppstår det gjerne problemer når funksjoner skal samarbeide med hverandre (Roos et.al 2018). Det skorter på arbeidssorteringen og forståelse for andre gruppers arbeidsmåter og oppgaver.

Denne typen organisering er relativ enkel og var i større grad brukt tidligere, men grunnet økende endringstakt og økende kompleksitet er den mindre brukt i dag (Shortell og Kaluzny 2006). Sykehusene har historisk sett vært organisert på denne måten og dette er lett sporbart i organisasjonen fortsatt. Vanskene dette medfører kan være å få bistand fra andre faggrupper og skillene mellom ulike avdelinger og klinikker kan tidvis oppleves siloer med høye tykke murer. Når pasienter skal behandles på tvers av fagområder i organisasjonen vil det by på utfordringer, også mellom nivåene i hierarkiet og i slike tilfeller blir koordinering svært viktig.

## **2.2 Divisjonsbasert design**

Divisjonsbasert design er en samling av flere markeds- og selvstyrte divisjoner som er knyttet sammen gjennom en sentral administrativ struktur (Grund 2006). For å unngå problemer med en ren divisjonsbasert struktur velger en del organisasjoner en kombinasjon av funksjons- og divisjonsbasert struktur. På denne måten opprettes det divisjoner i tråd med virksomheten, og enkelte funksjoner og prosesser blir sentralisert. Et eksempel er sentralisering av forskning og utvikling (Roos et.al.2018). Det er mer normalt at universitetssykehus er organisert på denne

måten hvor fagene har mer kontakt på tvers. Divisjonsbasert inndeling er langt mer fleksibel enn funksjonsbasert (Roos et.al 2018). På denne måten blir organisasjonen mer gjennomsliktig og transparent. Dette er typisk på universitetssykehus-nivå, høyskoler, universiteter og i legemiddelindustrien (Shortell og Kaluzny 2006). Modellen tar som utgangspunkt at hver divisjon har en leder for pleiere, pasienttjenester, finans, HR og administrasjon. I tillegg kommer kliniske ledere på avdelingsnivå. Disse personene former lederteamene i divisjonen. Disse ulike rollene har en funksjonell rapporteringslinje til tilsvarende funksjoner på gruppenivå. Utfordring med denne modellen vil være i perioder med begrensede ressurser at organisasjonene kan slite med prioriteringene, begrenset perspektiv og derfor dårlig oversikt over hvem og hva som skal prioriteres. På bakgrunn av dette er det derfor viktig å ha en god plan og å ha klare grenser for ansvar mellom ledelsen og de forskjellige divisjonene (Grund 2006), (Shortell og Kaluzny 2006).

### 2.3 Matrise design

Matriseorganisering egner seg best for mellomstore organisasjoner som utfører flere tjenester. En slik inndeling åpner for en fleksibel bruk av personalressurser på tvers av den tjenesten som ytes (Roos et.al 2018). Organiseringen kan tilpasses prosjekter av ulike størrelser og arbeidstakerne kan settes sammen i nye kombinasjoner. Samtidig skal man ivareta organisasjonens langsiktige målsetting som kompetansebygging, klinisk virksomhet og personalforvaltning. Matriseorganisering beskrives ofte som organisasjoner der ansvaret for den vertikale beslutningstakingen er koblet fra den horisontale koordineringen av oppgaver som skal løses. Den enkelte ansatte vil ikke bare ha en administrativ leder å forholde seg til men også en prosjektleder (Sivesind 1992). Matriseorganisering er således en kombinasjon av to organiseringsprinsipper hvor det kan være et vanlig byråkrati der det i tillegg er horisontale kanaler for koordinering, innflytelse og kommunikasjon. Prosjektene har ansvar for å løse oppgavene, de bestemmer hva man skal gjøre mens det faglige ansvaret har de som beslutter *hvordan* oppgaver skal løses. Man kan si at i en matriseorganisasjon har linjeleder ressursansvaret mens en annen har oppgaveansvaret (Halevy et.al, 2011). Intermediærenheter er således en mellomløsning mellom intensivavdeling og vanlig sengepost. Siden intensivavdelinger er mer prosess-og oppgaveorientert og sengeposter er mer organisert etter funksjon og diagnose vil det kunne oppstå koordineringsutfordringer når disse enhetene skal samarbeide. På denne måten får vi et møte mellom en organisering med elementer fra matrise design og vanlig funksjonell design. Dette fordi intermediærenheter også er avhengig av andre spesialiteter med kompetanse på overvåkning og herav spesielt respirasjons-og

sirkulasjonsbehandling. Å kombinere dette kan være krevende, men det avhenger av om intermediærpatientene er organisert under intensiv som en «step down» enhet med tilgang på personale med bred intensivkompetanse fra en mer prosessorientert avdeling, eller om den er organisert i forbindelse med en sengepost, som en «step up» enhet hvor man er avhengig av å hente støttepersonell fra intensiv i hvert enkelt pasienttilfelle.

## 2.4 Horisontal inndeling

I følge Roos et.al (2018) skaper en horisontal struktur bedre integrasjon mellom ulike funksjoner enn i de andre alternativer som er presentert. Denne strukturen bidrar til å fremme lagarbeid og samarbeid, og gjør det enklere å samles om et felles mål. Mange ansatte får en anledning til å ta ansvar og bidra i beslutninger, og dermed opplever de økt arbeidsglede og mer motivasjon i jobben og de er en betydelig aktør i et større bilde (Roos et.al 2018). For tradisjonelle ledere kan denne formen gjøre det vanskelig å gi fra seg makt til prosesseiere.

## 2.5 Laterale prosesser

Ulike organisatoriske strukturer som: *funksjonelle, divisjonsbaserte, matrisebaserte og horisontale strukturer kan kombineres ved å etablere formelle eller uformelle laterale prosesser* (Roos et.al.2018 s 349).

Laterale prosesser gjør at organisasjoner kan utnytte fordelene ved flere strukturer samtidig, og åpner for raske beslutninger og synergiutnytting. Dette kan føre til mer kreativitet, lavere kostnader og stordriftsfordeler (Roos et. al 2018). Laterale prosesser kan oppstå spontant som følge av uformell kontakt mellom ansatte fra ulike enheter, og de kan formaliseres gjennom prosedyrer og roller. Noen må bruke tid på å koordinere de laterale prosessene da man skyver beslutninger nedover i hierarkiet. Det at man må rapportere til flere kan skape konflikter, og i tillegg kommer konflikten som oppstår i kontakten mellom ulike områder (Roos et. al 2018).

## 2.6 Koordinering

Intermediæravdelinger er ofte lokalisert ved sengeposter, og har en sentral rolle i å sikre at pasienter kommer til rett behandlingsnivå i sykehus. Faglig støtte fra intensivmiljøet er av stor betydning når pasientens tilstand krever det. Intensiv og anestesi er ofte organisert i andre klinikker og koordineringsutfordringer vil oppstå når det ikke er formalisert at de skal følge pasientene.

Mintzberg (1983) beskriver en organisasjon bestående av to fundamentale egenskaper, arbeidsdeling og koordinering. Arbeidet hele organisasjonen skal utføre må fordeles utover aktørene, og dette innebærer en spesialisering. Spesialiseringen av arbeidsoppgavene skaper et behov for koordinering mellom aktørene. Bare gjennom god koordinering kan organisasjonene nå sine mål og fungere som planlagt (Mintzberg 1983).

Flere studier i intensivavdelinger tyder på at effektiv kommunikasjon og koordinasjon mellom helsepersonell resulterer i bedre effektivitet og bedre kvalitet av helsetjenesten (Shortell og Kaluzny 2006). Uansett hvilken organisering en klinikk og sykehus velger, er nøkkelen hvordan ressursene anvendes. Dette blir ofte kalt organisasjonens kapabilitet og tilsvarer organisasjonenes evne til å utnytte og koordinere ressurser og kompetanse (Roos et.al 2018). Koordineringen i en organisasjon kan fungere på ulike måter, og en vertikal koordinering fordrer et hierarki med ulike ledelsesnivåer. Lederen kan koordinere sine ansatte gjennom styring og kontroll (Mintzberg 1983). Stor arbeidsdeling på tvers i organisasjonene krever også behov for horisontal koordinering. Profesjonene i et sykehus er gjensidig avhengig av hverandre for å gjøre jobben, og koordinering finner sted gjennom uformell kommunikasjon og av mer formell karakter som møtестruktur. Horisontal koordinering finner sted i den operative kjernen, men også mellom ledelsesnivåer høyere opp i organisasjonen. Roos et. al beskriver at mellomlederne sitter med makten, og fungerer som et bindeledd og port åpner mellom den operative kjerne og det strategiske toppunktet (Roos et.al 2018).

Mintzberg (1983) hevder at koordinering også kan gjøres ved hjelp av standardisering. Standardisering av arbeidsprosesser fører til at fagprofesjonene har et sett av kunnskap og ferdighet, og arbeidsoppgavene blir utført likt fra gang til gang. Som et eksempel viser Mintzberg til at anestesilegen og kirurgen knapt trenger å kommunisere under en operasjon, de vet begge hva som skal gjøres og hva de kan forvente av hverandre (Mintzberg 1983). Det er viktig at de involverte «prater samme språk» og forstår hverandre. Dette skaper forutsigbarhet og reduserer beslutnings- og produksjonskostnadene. Fordelene ved standardisering av kunnskap som koordineringsmekanisme, er at det bidrar til å styrke organisasjons kompetanse, fremme en faglig praksis, og legge til rette for faglig utvikling og innovasjon (Jacobsen og Thorsvik 2008). Som et eksempel kan scoringsverktøyet National Early Warning Score 2 (NEWS 2) benyttes for å kartlegge om en pasient skal overflyttes til et høyere omsorgsnivå. NEWS er et hjelpemiddel for sikre tidlig advarsel om mulig klinisk



forverring hos en voksen pasient. Helsepersonell som er brukere av NEWS må ha samme forståelse av parametere som måles. (NEWS2)

Profesjonene har standardisert kompetanse med stor selvstendighet i yrkesutøvelsen og lar seg vanskelig koordinere ovenfra. I følge Mintzberg (1983) kan nærmeste ledere forsøke å styre profesjonene med vertikal koordinering, men denne koordineringsmekanismen fungerer ofte ikke i et profesjonelt byråkrati. Likevel beskriver han at kliniske ledere med samme profesjonsbakgrunn som klinikerer vil ha økt sjanse for å lykkes (Mintzberg 1983).

Samarbeidet kan styrkes når de forskjellige profesjoner må forholde seg til retningslinjer og prosedyrer som er utformet tverrfaglig. Koordineringsutfordringer oppstår når den foregår mellom forskjellige avdelinger på sykehuset- i forskjellige klinikker, service- og støttefunksjoner, samt mellom ulike fagprofesjoner. De forskjellige avdelingene på sykehuset kan i tillegg være organisert ulikt. Sengepost er spesialisert etter diagnose og kan ikke håndtere pasienter med større behov enn det posten er estimert for å håndtere. Hvis vi rendyrker spesialiseringen mindre, altså ved å gjøre postene i stand til å ta i mot en bredere gruppe av pasienter, vil det kunne bedre koordinering og pasientflyt.

Roos et al beskriver at ledere av de ulike funksjonene kanskje ikke er i stand til å se den strategiske retningen for bedriften som helhet, og planlegger i stedet strategier som kan være optimale for funksjonene, men som ikke utnytter organisasjonenes potensial fullt ut (Roos et.al 2018). Manglende totaloversikt og informasjon, samt ulike interesser kan føre til at individer og grupper vil konsentrere seg om sine egne oppgaver, på bekostning av helheten (Jacobsen og Thorsvik 2008).

Dermed må det opprettes formelle strukturelle samarbeidsordninger som sikrer at hensiktsmessig koordinering finner sted.

Det kan være vanskelig å basere seg på såkalt frivillig koordinering ved at de ansatte i organisasjonen frivillig samarbeider om for eksempel en overflytting av pasient. Legene og sykepleierne på avdelinger i sykehus har med forskjellige utgangspunkt et felles ansvar for pasienten og logistikken ved enheten. Det er avgjørende at pasientenes tilstand avklares så raskt som mulig og om mulig flytter videre til den respektive avdeling og rett behandlingsnivå. For å sikre at intermediærpatienten får optimal behandling uavhengig av hvor i sykehuset pasienten ligger, bør det være fleksibilitet i utnyttelse av ressurser.

Sentralt står rett kompetanse som kreves, bruken av regler, retningslinjer og prosedyrer. I retningslinje fra OUS står det for eksempel at behandlende lege skal forsikre seg om at det

er rett fagkompetanse på den avdeling pasienten flytter til (Holtan A. 2020). I retningslinje for overføring av pasient til intermedier skal pasient skal ha vært uten respiratorbehandling, det vil si å ha vært selvpuvstende i 24 timer før overflytting fra intensiv til intermedier. Dette er en viktig standardiseringsform når det gjelder samarbeid om overflytting av pasient til et lavere omsorgsnivå i sykehus. Fordelen med en slik standardiseringsform er at aktørene vet hva man har å forholde seg til, og helsepersonell vet hva de skal forvente av hverandre. I følge Matlary (2008) er pasientens behandlingsbehov selve grunnpilaren i medisinsk profesjonsidentitet og pasientens helse skal være organisasjonens mål (Matlary 2008). Denne tankegangen utfordres stadig av økonomiske og politiske krav fra samfunnet og sykehusledelse men skal alltid ligge til grunn i pasientbehandlingen. Mintzberg adresserer syv forskjellige måter å koordinere arbeid på som er; *gjensidig tilpasning, direkte tilsyn, standardisering av arbeidsoppgaver og kunnskap, standardisering av resultater, standardisering av normer og gjensidig tilpasning gjennom laterale og horisontale forbindelser* (Jacobsen og Thorsvik 2008).

## 2.7 Kompetanse

Profesjonell kompetanse innebærer både et kunnskapsaspekt (knowing that) og et handlingsaspekt (knowing how), altså ikke bare å vite om, men i tillegg kunne bruke teoretiske og praktiske kunnskaper og ferdigheter på en adekvat måte i de praktiske utfordringer som møter profesjonsutøvere (Jensen et al.2012).

*Kompetanse er de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål* (Lai 2013 s. 46).

Ferdigheter kan utvikles gjennom øvelse over tid samt gjennom observasjon og imitering av andres atferd skriver Lai. Kompetanse er evne til å tilpasse seg de krav man møter fra sine omgivelser på en kreativ og forpliktende måte, og at man mestrer gitte arbeidsoppgaver. I dagliglivet vil det si evne og dyktighet (Guldbransen og Stubberud 2016). Videre sier de at kompetanse er knyttet til bestemte typer arbeidsoppgaver og situasjoner og må utvikles i forhold til dem. For organisasjoner og bedrifter utgjør kompetanse en stadig viktigere innsatsfaktor, og investering i personell er i stor og økende grad blitt avgjørende for å oppnå ønsket kvalitet på resultatet eller produktet. Kvaliteten på dagens og fremtidens helsetjeneste er avhengig av rett person til rett jobb. Det må være samsvar mellom helsearbeiderens

kvalifikasjoner og den oppgaven vedkommende er satt til å gjøre (Guldbransen og Stubberud 2016). Sykepleiefilosof Kari Martinsen sier om kompetanse:

*– å samtale om erfaring fra praksis er bra. Diskuter hvordan vi gjør det bedre, uten moraliserende pekefinger. De unge trenger at erfarne sykepleiere veileder dem (Martinsen 2019).*

En kompetansestrategi i organisasjonene er av stor betydning og ansvaret for både utvikling og gjennomføring må ligge hos toppledelsen sier Lai 2013. Videre sier hun at linjeledere og personalfunksjonen (de med personalansvar) kan være viktige støttespillere og samarbeidspartnere, både strategisk og operativt, men at ansvaret for kompetansestrategien ikke kan flyttes ut av toppledelsen (Lai 2013). Hvordan mellomledere på sykehus jobber for å sikre og beholde nødvendig kompetanse på intermedieæravdelinger ønsker jeg å synliggjøre.

### 3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive forskningsprosessen fra deltagelse i studien til analysen. I kvalitative undersøkelser bør forskeren være åpen, fleksibel og nysgjerrig etter å registrere respondentenes egne synsvinkler, motiver og meninger (Aadland 2004). Videre sier han at veien blir til mens man går, og slik opplevde jeg det med studien. Ved grounded theory foregår datainnsamling og analyse parallelt og den teorien blir brukt i analysedelen i denne oppgaven. Den hermeneutiske spiral blir presentert i 3.8.

#### 3.1 Deltagelse i studien

Informasjon og forespørsel om deltakelse i studien ble formidlet via informantenes ledere eller telefonisk til den aktuelle kandidat. Det var frivillig og delta, og man kunne trekke seg på hvilket som helst tidspunkt om man ønsket. Det var ønskelig med informanter fra spesialisthelsetjenesten i Helse Sør Øst og Helse Vest. Individuelle intervjuer skulle etter planen bli gjennomført på informantenes arbeidssted, og på telefon hvis det skulle vise seg å bli vanskelig å få gjennomført intervjuene på arbeidsstedet. Etter en avklaring med min veileder ble de fleste intervjuene utført telefonisk. Det ble telefonintervju med 7 av de 12 respondentene etter at Norge «stengte ned» mars 2020 i forbindelse med pandemien.

## 3.2 Studie design

Studiens design er deskriptiv og eksplorativ med en kvalitativ metodologi. Kvalitativ metode er hensiktsmessig for å utforske meningsinnhold i sosiale fenomener på den måte de oppleves for de involverte (Malterud, 2017). Kvalitativ metode er valgt da målet er å finne kunnskap om personers erfaringer og opplevelser. Kvalitativ design og metode brukes til å forstå hvorfor mennesker gjør som de gjør, og formålet med en kvalitativ studie er å få en dypere forståelse av et fenomen. Målet er med andre ord ikke kvantifisering. Det kvalitative forskningsdesignet er i natur fleksibelt, noe som tillater stadig evaluering og reevaluering av temaer og problemstillinger som viser seg å være relevante og interessante (Malterud, 2017).

## 3.3 Utvalg

Et strategisk utvalg av respondenter ble foretatt til denne studien. Det er personer som på best mulig måte vil kunne belyse problemstillingen. Utvalget bør settes sammen slik at innholdet er tilstrekkelig rikt og variert med tanke på det man ønsker å si noe om når studien er gjennomført (Malterud 2017.) De jeg ønsket å intervjuer arbeider på sykehus i spesialisthelsetjenesten, er sykepleiere, intensivsykepleiere, leger eller ledere. De måtte ha kjennskap til intermediæravdelinger ved at de enten jobber på en, eller har sitt daglige virke på en intensivavdeling eller sengepost. Disse har førstehåndsinformasjon om hvilke skjønsmessige vurderinger som ligger til grunn når man vurderer overflytting til intermediæravdelinger eller direkte til sengepost. Et annet viktig tema er i hvilken grad ledere og helsepersonell på intensiv og sengeposter savner intermediæravdelinger der hvor dette ikke er etablert. Hvilke konsekvenser har dette for drift, arbeidstagere og pasienter? I tillegg var det ønskelig at noen av dem hadde kjennskap til og mening om kompetansekrav på intermediæravdelinger.

Datainnsamlingen ble gjennomført med 12 personer fra ulike enheter. Respondentene var en lege som er leder, en lege som jobber klinisk, flere ledere på sengepost som har intermediær avdeling, samt tre intensivsykepleiere. En av disse jobber på intensivavdeling hvor intermediær er etablert på enkelte sengeposter, en intensivsykepleier hvor de ikke har tilgang på intermediæravdeling, og en intensivsykepleier ansatt på en intermediæravdeling. I tillegg har jeg intervjuet en sykepleier som jobber på sengepost hvor de har intermediæravdeling og en sykepleier hvor de ikke har intermediæravdeling. Flere av lederne jeg intervjuet hadde tilleggsutdannelse innen administrasjon, ledelse og økonomi.

Aadland beskriver at kvalitativt orienterte forskere gjerne reiser på feltarbeid. På denne måten kommer de så nære forskningsobjektene som mulig (Aadland 2004). Det var min plan å reise rundt til informantene på deres arbeidsplass, dette lot seg kun gjøre i tre tilfeller.

En studie har nådd sitt metningspunkt når det ikke tilkommer ny informasjon i nye intervjuer. Metningsbegrepet i kvalitativ forskning kan være upresist ettersom det kan være flere faktorer enn utvalget som gjør at intervjuene ikke gir ny informasjon, som for eksempel dårlig intervjueteknikk (Malterud, 2017). Semistrukturerte intervjuer er den vanligste formen for intervjuer og vil også bli benyttet i denne studien. Det kan best beskrives som en samtale mellom forskeren og respondenten som styres av forskeren. På forhånd har forskeren laget en intervjuguide, en plan for hvilke tema man ønsker å snakke om, men den planlagte intervjuguiden kan bli revurdert underveis. En viktig forutsetning er å legge til rette for ikke forberedte oppfølgingsspørsmål som vil kunne gi kunnskap som i utgangspunktet var ukjent for forskeren.

### 3.4 Gjennomføring

Perioden jeg skulle gjennomføre intervjuene kunne man få inntrykk via media at alle i helsetjenesten jobbet på høygir og hadde det svært travelt. Før jeg innledet samtalen og intervjuet spurte jeg om hvordan de hadde det på avdelingen. De aller fleste svarte at det var «stille før stormen», og de stilte villig opp til telefonintervju. En leder hadde hjemmekontor da man ikke skulle være for mange på jobb samtidig. Den vanskeligste gruppen å få tak i var intensivsykepleierne, så jeg ventet med å kontakte de til etter at den første covid-19 bølgen hadde lagt seg. Siden arbeidet med min masteroppgave startet høsten 2019 ble det viktig for meg å informere de om at jeg var ute etter den vanlige hverdag, normalsituasjonen, slik at de ikke skulle tro at nå ville jeg kun snakke med dem om det de stod midt oppe i, nemlig behandling av covid-19 pasienter. Likevel la jeg til et tilleggsspørsmål i intervjuguiden som omhandlet nettopp dette. Pilotintervjuet ble gjennomført med en intensivsykepleier som oppfylte kriteriene ved at personene kjente til feltet ved å ha arbeidet både på sengepost, intermediær og intensivavdeling ved tre forskjellige sykehus. Erfaringen fra pilotintervjuet var at intervjuguiden ble endret noe i forhold til om personen jeg intervjuet jobbet på intensiv, intermediær eller sengepost. Ingen av de andre respondentene hadde den type erfaring. Pilotintervjuet var såpass relevant og blir brukt i analysedelen. Da de aller fleste intervjuene ble gjennomført telefonisk og ikke ansikt til ansikt, er jeg klar over at jeg ikke fikk adgang til det Kvale beskriver som ikke-språklig informasjon i form av gester og ansiktsuttrykk (Kvale

2019). Likevel tenker jeg at enkelte respondenter kan oppleve å være friere i sin uttrykksmåte når intervjuet foregår på telefon.

### 3.5 Kvalitativt forskningsintervju

Målet med det kvalitative forskningsintervjuet er å få frem menneskers erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer (Kvale 2019). Forskningsintervjuet har i tillegg som mål å produsere kunnskap. Et intervju er en utveksling av synspunkter om et tema som opptar begge parter men det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen. Et semistrukturert intervju er verken en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Intervjuguiden bør inneholde både fakta-spørsmål og meningsspørsmål. Det er som regel vanskeligere å intervjuer ved hjelp av meningsspørsmål og det blir nødvendig å lytte til det som sies «mellom linjene» (Kvale 2019). Intervjuet kan være en læreprosess for både den som blir intervjuet og intervjueren, da de kan oppdage nye aspekter vedrørende temaet som beskrives. Saturation, teoretisk metthet, er det punkt i kvalitativ forskning hvor ny informasjon fra respondentene ikke gir ny innsikt (Feiring 2019 forelesning, UIO), (Glaser og Strauss 1967).

Refleksjonsprosesser kan bli igangsatt hos begge parter når betydningen av temaene belyses. Om sykehuset skal organiseres med eller uten intermedieravdelinger, og hvor de best plasseres, samt hvilken kompetanse som er nødvendig for den operative kjerne vil det være verdifullt å kunne stille spørsmål om, og kunne gå i dybden på. På denne måten håper jeg å avdekke kunnskap som kan supplere og gi andre forståelser og hypoteser enn det som allerede foreligger om emnet.

### 3.6 Analyse

Data fra intervjuene ble transkribert samme dag som intervjuene fant sted. De ble lagret elektronisk på K-området som er et sikret og godkjent området for slikt materialet ved OUS. For å få innpass til forskningsfeltet søkte jeg om tillatelse til å gjennomføre studien hos Norsk senter for forskningsdata (NSD) og fikk positivt svar 21.1.2020 med godkjent saksnummer 751621. Hvert intervju ble lagret som et individuelt dokument med nummer. Alle data ble anonymisert og dersom det ble nevnt personer eller spesifikke stedsnavn ble dette skrevet om slik at det ikke kan spores tilbake til informantene. Etter transkribering endte jeg opp med å ha 34 tetteknevne sider. Etter transkribering lyttet jeg til opptaket samtidig som jeg leste teksten for å sikre best mulig gyldighet av meningsinnholdet fra muntlig tale til skrift. Å

analysere vil si å dele opp noe i biter eller elementer (Kvale 2019). En analyseprosess går som en rød tråd gjennom hele studien fra start til slutt (Kvale og Brinkmann 2010).

Grounded theory er en metode for analyse av kvalitative data som etter hvert har fått aksept innenfor samfunnsvitenskapelig forskning (Johannessen et.al, 2011). Jeg har latt meg inspirere av denne metoden som hovedsakelig har vært brukt ved analyse av intervju- og observasjonsdata. Der beskrives betydningen av at forskeren under hele analyseprosessen opprettholder teoretisk sensitivitet, det vil si en følsomhet overfor nyansene i datamaterialet, og en evne til å forstå og kunne identifisere hva som er viktig og mindre viktig og å gi det en mening. Med teoretisk sensitivitet menes litteratur på området, faglig og personlig erfaring samt den analytiske prosessen forskeren går gjennom i forskningsprosjektet (Johannessen et.al, 2011). Videre beskriver de fasene i grounded theory: undersøkelsesdesign, datainnsamling, organisering av data, dataanalyse og til slutt sammenligning med eksisterende litteratur. Jeg vil nå presentere hva teorien sier om koding som er den prosessen der data skal analyseres og tolkes ut fra underliggende begreper, kategoriseres og bygges opp til en beskrivelse. Strauss og Corbin beskriver at kodeprosessen har tre steg: åpen koding, koding langs handlingsaksen og selektiv koding (Johannessen et.al, 2011). Åpen koding vil si å bryte ned, undersøke og sammenligne slik at like fenomener kan få samme navn. Kodene kan være beskrivende og komme rett fra teksten eller være hentet fra litteraturen. Når forskeren har identifisert visse fenomener fra datamaterialet kan han begynne å gruppere begrepene og kategoriseringsprosessen er i gang. Kategorisering vil si klassifisering der de beslektede data plasseres i samme kategori eller klasse (Johannessen et.al, 2011). Av mitt datamateriale ble for eksempel flere funn med likt innhold til *moderavdeling*. Formålet med koding langs handlingsaksen er å kartlegge forbindelsen mellom kategoriene, den såkalte paradigmemodellen (Glaser og Strauss 1967). Data blir satt sammen igjen på nye måter ved at forskeren ser sammenheng mellom kategoriene og eventuelle underkategorier. På det avsluttende analysetrinnet i grounded theory finner vi den selektive kodingen. Formålet er å skrive en analytisk historie med utgangspunkt i en kjernekategori eller et enkelt fenomen som gjør rede for teoretiske sammenhenger i materialet. Kjernekategorien velges på bakgrunn av den åpne kodingen, kodingen langs handlingsaksen og de teoretiske overveielser forskeren har gjort i analyseprosessen. Målet er å finne en kategori som er vid nok til å integrere de øvrige kategoriene (Johannessen et.al, 2011). Eksempel på fenomen i mitt materiale ble *overvåkningsadferd*. Disse tre formene er i prinsippet adskilte prosesser, men i virkeligheten foregår alle tre prosessene samtidig under dataanalysen, og forskeren hopper frem og tilbake

mellom de tre nivåene (Johannessen et.al, 2011). Dette var gjenkjennbart for meg gjennom hele analyseprosessen og faktisk helt siden intervjuene ble utført.

### 3.7 Reliabilitet

Reliabilitet eller pålitelighet omhandler nøyaktigheten av data man finner i undersøkelsen. Høy reliabilitet oppnås gjennom nøyaktighet i innsamling og bearbeidingen av data for å sikre at resultatene ikke påvirkes av feil. Reliabilitet i en kvalitativ studie avhenger av i hvilken grad fremgangsmåten og funnene reflekterer formålet med studien, og at empirien blir representert på en riktig og utfyllende måte (Johannessen et.al, 2011). Reliabiliteten skal også forekomme som en kvalitetssikring gjennom hele studien. Forsker har ansvar for at det hele foregår sannferdig.

### 3.8 Forforståelse

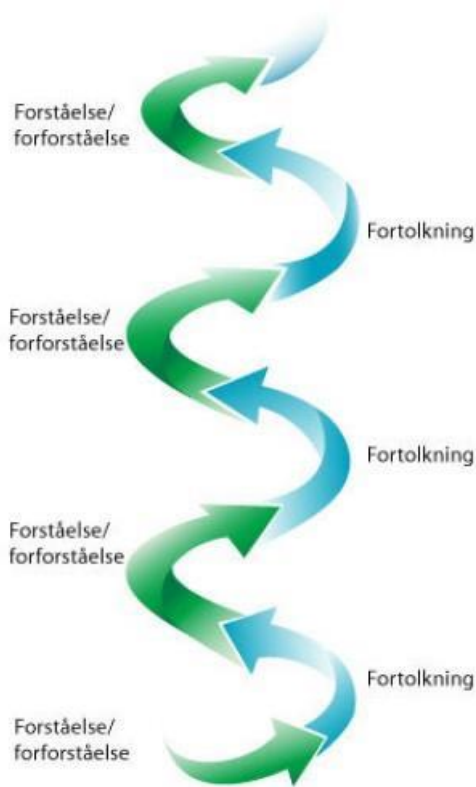
Forforståelse eller forståelseshorison vil kunne være med på å påvirke hva forskeren observerer, og *hvordan* disse observasjonene vektlegges og tolkes (Johannessen et.al 2011). Forskeren må være forberedt på å måtte forkaste resultater og konklusjoner man trodde man hadde og ha klargjort eventuell egen forforståelse. Forforståelse kan bidra til at man går inn i prosjektet med skylapper og begrenset horisont. En vanlig fallgrube kan være at forforståelsen overdøver budskapet fra det empiriske materialet (Malterud 2017). For å sikre at min forskning er pålitelig og at det er god kvalitet i arbeidet, må jeg på den ene siden ha klarlagt hvilken forforståelse jeg har med meg i forskningsprosessen. På den annen side kan forforståelse være en motivasjon for å sette i gang med forskningsprosjektet. Siden jeg har jobbet på intensivavdeling, intermediæravdeling og en kort periode på sengepost opplever jeg at jeg har kunnskap om feltet og organisasjonene jeg forsker i. Min tilknytning til fagfeltet er tidligere redegjort for. Jeg var opptatt av å være åpen og undrene i intervjusituasjonen med informantene. Når jeg underveis i intervjuprosessen fikk bekreftet noe jeg visste på forhånd, ble det svært viktig for meg å prøve å komme med motforestillinger og spørre om informantene hadde andre erfaringer enn de som ble beskrevet.

Jeg er sykepleier med videreutdanning innen intensiv og veiledning. På masterstudiet tar jeg administrasjon og ledelse. Mens forskningen pågikk har jeg innehatt en rolle i organisasjonen som gjør at noen av informantene kjenner til meg selv om jeg ikke forsker på eget arbeidssted. Likevel stilte jeg meg selv spørsmålet om: Hvor godt kjenner jeg til informantene, og de til meg? Noen kjente meg litt, da vi tidligere har snakket på telefon eller



møttes på konferanser. Flere av oss jobber på tilsvarende avdelinger men på forskjellige sykehus. Kunne det føre til at de åpnet seg mer eller lukket seg? Hvilke holdninger hadde de til at jeg intervjuet dem? Selv om vi jobbet på ulike avdelinger og sykehus hadde flere av oss felles kulturbakgrunn, og da kan det være lett for forsker å ta ting som selvfølgeligheter. Man kan gå glipp av, og ikke se betydningen av verdifull informasjon, da du selv opplever det som trivielt. Forskeren kan ha problemer med å stille spørsmål ved forhold som synes selvsagte innen kulturen (Thagaard, 2009).

Forskningsprosessen vises i følgende figur:



Figur 1. Den hermeneutiske spiralen (Edrup 2012).

Den hermeneutiske spiralen illustrerer en beskrivelse av fortolkningsprosessen jeg har hatt til forskningsfeltet for å forstå, tolke, finne mening og hensikt. Hvilken forståelse informantene har og hvordan ser «verden» ut gjennom deres øyne og hvordan ser det ut i mine øyne. Det skjer en bevegelse eller en prosess mellom forforståelse, forståelse og fortolkning og igjen ny forståelse (Aadland 2004).

### 3.9 Validitet

Validitet omhandler gyldighet, og forskeren skal overveie validiteten av det studien sier noe om, og hvilken overførbarhet funnene vil ha (Malterud 2017). Studiens validitet deles ofte opp i intern og ekstern. Intern validitet angir om studien undersøker det den er ment til å undersøke og dette innebærer at de data som er innhentet er relevante for studiens problemstilling (Malterud 2017).

Ekstern validitet eller generaliserbarhet angir i hvilken grad resultater fra studien kan anvendes utenfor de casene som er studert. Malterud sier at om vi bruker kvalitative forskningsmetoder skal vi verken tro eller påstå at funnene våre har den samme overførbarhet til en utgangspopulasjon som vi kan oppnå med et epidemiologisk design (Malterud 2011).

Likevel åpnes det for at kvalitative studier kan gi grunnlag for en analytisk generalisering. Forskeren kan beskrive tendenser og trekk som kan ha overførbarhet i andre situasjoner enn det som er studert. Denne studien er kvalitativ, og må derfor leses med det forbeholdet. Det er derfor opp til enhver leser å vurdere i hvilken grad funnene er overførbare til egen situasjon (Malterud 2011). Det er viktig med forbindelse mellom problemstillingen og det oppgaven vil belyse som deretter forhåpentligvis vil føre til ny kunnskap (Malterud 2017).

Mine informanter hadde arbeidssted på forskjellige avdelinger ved tre Universitetssykehus i sentrale strøk. Om funnene er overførbare til små sykehus i distriktene vites ikke. Tidspunktet for intervjuene fant sted i mars og april 2020, og det er mulig informantene var påvirket av situasjonen med pandemien. Flere avdelinger hadde redusert elektiv virksomhet denne perioden og man ante ikke hvordan situasjonene ville arte seg.

Kvale og Brinkmann hevder at gyldigheten av kunnskapen som produseres avhenger av kvaliteten på undersøkelsesopplegget og metodene som brukes for studiens emne og formål. Validitet har å gjøre med intervjupersonens troverdighet og kvaliteten på intervjuene (Kvale og Brinkmann 2019). Validering underveis i et intervju kan bestå i at forskeren regelmessig sjekker om man har oppfattet riktig ved å spørre «*har jeg forstått deg rett når du sier at...*» Like spørremåter vil kunne bidra til at råmaterialet på lydbåndet i størst mulig grad representerer en felles forståelse mellom forsker og informant, og kalles *dialogisk validering* (Malterud 2017). Det ble viktig for meg å spørre på denne måten da de fleste samtaler ble tatt per telefon.

## 4.0 Funn og resultater

Ved å ha intermedieravdeling tilknyttet sengepost eller moderavdeling, som de kalte det, mente de aller fleste at pasientene fikk best behandling. Pasientene kom til sin egen fagspesialitet hvor helsepersonell var eksperter på akkurat *denne* diagnosen. Det viste seg også at kompetansen på sykepleierne som gruppe ville øke når det var en intermedieravdeling tett ved sengeposten. Dette medførte at sykepleierne hadde karrieremuligheter i egen avdeling. Ved denne type organisering opplevde sykepleierne noe de kunne «strekke» seg mot. Dette «noe» var pasienter som fortsatt var tilkoblet en del medisinsk teknisk utstyr og hadde behov for tilstedeværelse av sykepleier inne på pasientrommet kontinuerlig. Tilstanden hos pasienten kunne raskt endres og man kunne lettere fange opp endringer i pasientens tilstand fordi man var tilstede og hadde opparbeidet en høyere kompetanse. Denne kompetansen var ervervet gjennom videreutdanning, kursing, opplæring eller at man hadde vært en stund i avdelingen og var blitt tiltrodd det å kunne jobbe på intermedieravdelingen. Man var blitt en rollemodell for nyutdannede sykepleiere og opparbeidet *overvåkningsadferd* og en annen måte å tenke på.

Turnover blant personalet ble beskrevet av enkelte respondenter som lavere på disse avdelingene som hadde intermedier (dette fikk jeg ikke målt og har ikke tall på dette). Ved å ha intermedieravdeling bidrar dette positivt når det gjelder rekruttering viser funn fra studien. De lederne jeg snakket med var også svært opptatt av å bygge kompetanse på avdelingene. Dette koster penger og ressurser ved at en sykepleier går i opplæring over tid, eller at man betaler videreutdanning for ansatte. Flere opplevde at det ikke alltid var gehør for dette oppover i systemet, og de mente at de måtte benytte eget «handlingsrom» for å få dette til. Noen beskrev godt samarbeid med ledere over, og stor forståelse for å bygge kompetanse lokalt og å sette av tid og ressurser til dette.

Mine funn antyder at liggetid på intensiv blir lenger når sykehuset mangler intermedieravdelinger. Der det er etablert intermedieravdelinger flytter pasientene når de anses som ferdig behandlet på intensiv. Flere leger og sykepleiere deltar i koordinering av overflytting av pasienter. Funn viser også at operasjoner blir utsatt fordi det er fullt på post operativ avdeling, eller at intermedieravdelinger ikke er etablert eller at sengene der allerede er i bruk.

Funn fra denne studien viste at under pandemien ble intermedieravdelinger åpnet på tvers av klinikker og avdelinger i rekordfart. Personalet ble omfordelt ved flere sykehus, og ved et sted ble kompetanse sikret med intensivsykepleier på vakt hele døgnet. Annet personell fikk hasteopplæring i å håndtere krevende pasienter med respirasjonssvikt som ikke hadde behov for respirator. I normalsituasjonen ved sykehusene er tettere kontakt med anestesilege et ønske fra intermedieravdelinger og sengeposter viser mine funn.

#### 4.1 Et stopp videre på veien / moderavdeling

Pasienter som ligger på nevrokirurgisk intermedier blir lagt inn via to forskjellige pasientforløp. Kommer de via den elektive sløyfen (planlagt kirurgi) legges de først inn på sengepost dagen før eller samme dag som de opereres. De blir operert på nevrokirurgisk operasjon for deretter å bli overført til postoperativ avdeling som ligger i akuttklinikken. Etter et kort opphold på postoperativ hvor pasienten våkner av narkosen transporteres pasienten til nevrokirurgisk intermedier. Etter timer eller dager på intermedier flytter pasienten igjen til sengepost og deretter utskrives til hjemmet eller lokalsykehus.

Det andre pasientforløpet er de pasientene som legges inn som øyeblikkelig hjelp. Pasientene blir akutt dårlige, må ofte legges inn på intensivavdeling i akuttklinikken for intensivbehandling i dager eller uker. Når pasientene oppfyller kriterier for overflytting, flyttes pasienten til intermedier. Øyeblikkelig hjelp-pasienter som ikke trenger intensivbehandling, men som har behov for overvåking legges direkte på intermedier etter ankomst til sykehus.

Overnevnte er eksempler på koordinering, pasientflyt og logistikk ved vår avdeling/seksjon, men dette kan variere fra avdeling til avdeling og fra klinikk til klinikk.

Når pasienter flytter fra intensiv tilbake til sin egen avdeling, kommer de til personale som er eksperter på pasientens diagnose. På intensivavdeling er de generalister som håndterer pasienter med forskjellige diagnoser og de ansatte har et bredt kunnskapsfelt. På fagspesifikke intermedieravdelinger er staben godt trent i å kunne håndtere en spesiell pasientgruppe.

Informant nr 2 sier:

*Jeg tror det er greit å investere i IMCU (intermediate care units), det er mye nærmere spesialiteten. Vi ser f.eks. på våre pasienter som ligger på intensiv og har den diagnosen, så glemmer de å overvåke de tingene som er veldig viktig. Når det er fullt*

*på intensiv ligger de på postoperativ, så mangler de masse kunnskap der. Pasientene har det bedre når de kommer til vår intermediær hvor de ansatte har riktig fagkunnskap. Det gjelder ikke bare den ene diagnosen men også andre diagnoser. Vi er jo eksperter på de diagnosene.*

Informant nr 1 sier:

*Hvis pasienten raskere kommer til sin egen avdeling som har kompetanse på den lidelsen som pasienten har, vil de tiltakene for å bli raskere frisk ligge mer til rette i moder avdeling.*

Informant nr 2 brakte kultur begrepet på banen og sier:

*Det er umulig at intensiv skal takle alt som skal gjøres på sykehuset, vi har et annet pasientgrunnlag og vi har alltid hatt intermediæravdeling. Det er en kultur for å ha det på dette sykehuset.*

Hva er best for pasientene? De yngste og minst erfarne sykepleierne jeg snakket med, mente at det var viktig å avlaste post operativ /intensiv ved å ha etablert intermediæravdelinger, men de med aller lengst erfaring fra sykehus beskrev at pasienten skal ligge der pasienten får den beste behandlingen uavhengig av organisering. Likevel fremsto det å komme til moderavdeling som svært viktig etter at intensivoppholdet var over.

Informant nr 10:

*Vi skal ikke tenke på hva som er gunstig for et sykehus, det å ha IMCU eller ikke, men hva som er best for pasientene. Jeg tror fortsatt at fagområdene må håndtere sine egne pasienter, og det er forskjell på vår egen intermediær og overvåkning der eller en generell overvåkning på intensiv. Pasientene har det best på «sin egen» intermediær.*

Informant nr 3 sier:

*Fordelen er jo at vi har det helhetlige pasientforløpet, og sykepleiere som kan ha pasienten hele forløpet.*

Oppfølging av anestesileger kan variere og er sterkt ønsket ved enkelte intermediæravdelinger. Anestesileger er tilknyttet intensiv og organisert ved annen avdeling.

Informant nr 1 sier:

*Vi møter veggen fordi vi er organisert i linjen og får ikke anestesivisitt.*

Informant nr 7 beskriver:

*(...). lang tid å få legehjelp fordi anestesilegene er opptatt på postoperativ der det ofte er fullt.*

Når det gjelder å følge opp pasientene etter at de har flyttet fra intensiv, beskriver informant nr 8:

*Det blir sjelden gjort, unntak kanskje når man har en pasient man har sett lenge til. Man blir callet på.*

Informant nr 12 beskriver:

*anestesilegen kommer bare innom for å se til pasienten enda vi ikke har ringt etter dem.*

Ved denne avdelingen (siste sitat) beskrives et godt samarbeid med anesthesiavdelingen. Årsaken kan være at de tar imot pasienter som har gått gjennom store inngrep og ankommer avdelingen rett fra operasjon. Fra gammelt av er intermediæravdelinger plassert i linjeledelsen som en del av vanlige sengeposter. Slik er det fortsatt ved flere arbeidsplasser. Vanskene dette medfører er å få bistand fra andre faggrupper, bli en del av et fagmiljø med intensivkompetanse, fordi man rett og slett ikke er organisert i samme avdeling/klinikk/divisjon.

## **4.2 Organisering, differensiering og pasientflyt**

Det var stor forskjell i mine funn i forhold til å flytte pasienter videre i systemet når de var ferdige med intensivopphold, og var klare for neste steg. På intensivavdelinger hvor det ikke var intermediær men sengepost som neste alternativ, kunne pasienten bli liggende lenge.

Informant nr 9 sier:

*En pasient lå lenge hos oss men kunne helt klart hatt glede av en intermediæravdeling. Fordi det var så mye med henne, hun trengte mye stell og oppfølging, samtidig var hun ikke intensivpasient, hun lå uten overvåkning, men med saturasjonsmåler og ikke noe annet. Men hun trengte mye hjelp, mye mobilisering og mye ernæring som skulle tas håns om. Hun hadde nok 2 uker ekstra hos oss på intensiv. Hun kunne ikke bli sendt til sengepost, hun trengte mer enn sengepost.*

*Informant nr 6 sier: vi ser at den pasientgruppen hvor de ikke har mottaksapparat som intermediæravdeling opptar pasientene en intensivseng. Og det er jo mye dyrere senger og.*

En sykepleier som jobber på sengepost beskriver at pasienten kan oppleves redde da overgangen blir stor fra intensiv og rett på sengepost. For pasientgruppen hun beskriver var det ikke etablert intermediæravdeling.

Informant nr 7 sier:

*Hvis en har ligget lenge på intensiv og vi får pasienten til sengepost kan jo det være litt utfordrende, fordi de blir jo ofte engstelige. Fordi de ligger på intensiv og så kommer de til oss og da ligger vi dem ofte på enerom, og da kan de ofte bli litt redde og engstelige så da er det ofte de trenger litt ekstra informasjon og ekstra oppfølging. Det er ikke alltid vi har tid til det, så det kan være en utfordring. Vi har overhode ikke alltid en sykepleier inne på rommene. Vi har til vanlig på dagen 4 pasienter (per sykepleier red), er det dårlig bemannet kan man noen ganger ende opp med 7 pasienter. Men vi er flinke på samarbeid, så vi ser hverandre på tvers av rommene og hjelper til.*

Videre beskriver hun at det ikke alltid blir leid inn ekstra personalet ved sykdom.

En som jobbet på sengepost uten intermediæravdeling beskriver:

Informant nr 1 beskriver:

*Fordi vi ikke hadde intermediæravdeling og hvis det kom en dårlig pasient fra intensiv så la vi dem i korridoren, for da kunne vi alle se om det gikk dårlig da vi gikk forbi. Det er feil å ligge i korridoren, men de ble ofte lagt utenfor vaktrommet for at noen kunne holde øye hele tiden. Jeg tror mange intensivpasienter synes det er litt skummelt å vite at du har blitt passet på døgnet rundt, for så å komme til et 2-manns rom og må dra i snora før noen kommer, og det kan ofte gå 10 minutter før det kommer noen.*

En avdeling hvor intermediæravdeling er ønsket sier informant nr 7:

*Det har vært ønsket lenge, for å avlaste po / intensiv. Jeg føler ofte at vi får dårligere pasienter enn det som er rapportert både fra po og mottak. De må få ut folk hvis ikke stopper operasjonsprogrammet. De har jo da andre som venter på å bli operert, hvis ikke vi tar imot får ikke den andre sin operasjon. Jeg vet ikke helt grunnen til at ikke vi har intermediær men det har vært en ganske stor kamp de siste årene med å få flere stillinger.*

Her beskriver hun at pasientene som kommer til avdelingen er svært dårlige, dårligere enn hva som blir rapportert. Dette er en sengepost uten intermediæravdeling. Hun beskriver også betydningen av å avlaste po / intensiv. På de avdelinger det var etablert intermediærenheter fikk intensivavdelinger friggitt en seng når pasienten flyttet til intermediær.

Informant nr 6 sier:

*Intensiv presser jo litt på oss hvis vi må avlaste, fordi de selv er presset så kan det bli en kamp om "hvem som er mest presset". Da må det jo gjøres en vurdering om hvem som eventuelt ikke behøver overvåkning. Alle har jo stort sett trangt om plassene sine.*

I situasjoner med høyt arbeidspress og flere dårlige pasienter kan man komme til å måtte flytte pasienter videre i systemet uten at mottaksavdelingen er klar for dette. Enten ved at de

mangler rett kompetanse, eller at de fysiske utforminger ikke er på plass. Flere beskrev det med trange rom som et hinder for å utvide intermediearenheten samt bemanningsutfordringer.

Informant nr 4 beskriver:

*Det er ikke alle intermediær som tar pressor (medikament for å heve blodtrykk). Det er heller ikke alle fagspesialiteter som har intermediær heller. En fagspesialitet har det ikke eksempelvis så der har vi pasientene relativt lenger enn der de har. Det hadde vært bedre om pasienten kunne flyttet fra intensiv når han er ferdig her.*

Informant nr 9 sier:

*Det er en guffen følelse å flytte dårlige pasienter på post, men vi har jo NEWS-score som de ser på, og hvis den faller gjennom, har vi et problem.*

I disse tilfellene var ikke intermediæravdelinger etablert.

Hva skyldes det at det er etablert intermediæravdelinger ved enkelte fagspesialiteter men ikke alle ved et og samme sykehus?

Informant nr 5 sier:

*Det er ikke alle som har IMCU avdelinger, og for å lykkes med det å ha IMCU må det være et krav om å ha det høyt oppe i ledelsen, det er ikke noe man kun må ønske selv. Man må bare gjennomføre det. Jeg tror ikke det holder å kun «prøve» å starte opp en IMCU avdeling, du må ha et tydelig krav om det, så blir det gjennomført ordentlig. Man må klare å opprettholde avdelingen selv om det viser seg å være ressurskrevende.*

Ved å åpne eller utvide intermediæravdelinger vil det kreve flere stillinger eller en omfordeling av ressurser. Tilstedeværelse av sykepleiere inne på intermediæravdelingen er langt mer ressurskrevende enn det å drifte en sengepost er.

*Videre sier hun: Det er også viktig å være positiv til å ha denne avdelingen.*

Skal man lykkes sier de jeg snakket med at intermediæravdelingen ikke bør stenge natt eller helg.

Informant nr 1 sier:

*Intermediær måtte stenge på natt, folk var ukomfortable med å være der inne. Mye av den begrunnelsen gikk på bemanning og økonomi, det var for dyrt, de kunne heller ikke ha åpent i helg. De måtte bemanne opp men det var ikke penger til flere stillinger også videre.*

Enhver flytting og overføring i sykehus er forbundet med risiko for pasienten og viktige beskjeder kan glippe. Der pasienten flyttes til et lavere omsorgsnivå beskriver mine respondenter at overføringspakken og koordineringen kunne vært bedre, men også at det



fungerer fint der man vet om flyttingen dagen før og sykepleieren har fått rapport og overflyttingen er godt planlagt. Når det gjelder overflytting fra intensiv til intermediær beskriver informant nr 10:

*Det burde være en bedre overføringspakke fra intensiv til oss. Både leger på intensiv og våre leger og sykepleiere har jobbet mye med å avklare pasienten for flytting. Det er en retningslinje men den blir ikke fulgt. Vi føler de bare sender av gårde uten at vi har kapasitet eller kompetanse av og til. Jeg tror grunnen til at retningslinjen ikke blir fulgt er kapasitetsproblemer på intensiv også.*

En retningslinje er en anbefaling for praksis og skal hjelpe helsearbeideren til å ta riktig valg. I dette tilfellet er det en retningslinje som er nedskrevet ved sykehuset men som ikke lar seg følge i praksis når pasientinntaket er større enn forventet.

Om intermediæravdelinger bør organiseres ved intensiv eller sengepost er det noe variasjon i synspunktene til informantene.

Informant nr 8 sier:

*(...)det vil være fordel å ligge nær intensiv om det skjer noe akutt. Samtidig er det en ulempe for moder-avdeling da de må ha lengre avstand. Kompetansen blir høyere på moder avdeling om man har IMCU. Hvis vi ikke har IMCU måtte intensiv vært 3-4 ganger større.*

Informant nr 11 sier:

*Det beste hadde vært om vi lå midt imellom.*

Informant nr 12 sier:

*Det beste er at vi ligger ved sengeposten for det hever sykepleiergruppen.*

En intensivsykepleier belyser en felles IMCU og informant nr 4 sier:

*Det er litt delt. Med en stor IMCU så ville man fått et stort samla miljø som var spesialister på intermediær behandling, men så har du spesialitetene og at de er i nærheten av sengepost tror jeg er en stor fordel for hver enkel spesialitet.*

### **4.3 Leders vurdering og beslutninger for å sikre rett kompetanse på intermediæravdelinger**

Sykepleielederne jeg snakket med var svært opptatt av å sikre rett kompetanse på sykepleiere som jobber ved intermediæravdelingene. De opplevde at pasienten ble flyttet raskt fra intensiv fordi presset på plasser var stort.

Informant nr 3 sier:

*Det tar tid å bygge opp rett kompetanse, vi fikk i sin tid tre intensivsykepleiere men det er en kamp mot akuttklinikken. Vi har disse tre intensivsykepleieren enda og de jobber to-tre bolker i året på intensiv fordi at vi tenker de skal vedlikeholde sin kompetanse. Vi har også sykepleiere i avansert klinisk sykepleieutdanning og vi ser at de får større selvstendighet, gode på vurderinger og det å iverksette tiltak. Vi tar av eget budsjett, får ikke vikar for disse.*

Lederen beskrev ulik opplevelse av å ha handlingsrom i forhold til å tilpasse kompetanse til pasientenes behov. I dette handlingsrommet brukte de sin erfaring og gjorde lokale tilpasninger som jobbrotasjon for å sikre rett kompetanse på avdelingen til deres pasienter. Jobbrotasjonene innebærer at de ansatte roterer mellom ulike avdelinger og funksjoner og rotasjonen kan skje både horisontalt og vertikalt i organisasjonen, som et ledd i jobbutvidelse samt kompetanse og karriereutvikling.

Informant nr 11 sier:

*Vi har syv hjelpepleierstillinger, og de skulle gjerne jeg ha gjort om til sykepleierstillinger, det er fordi pasient gruppen har endret seg vesentlig fra tidligere. Pasientene trenger 1 til 1 sykepleier, men arbeidstakerorganisasjonen har klart å forhindre at de ble gjort om. De fleste har gått ut med pensjon, da ledigholder jeg de stillingene og leier inn sykepleiere. Sånn gjør jeg det. Vi har faste ekstravakter som jobber 100 %. Det viser hvilken kompetanse som vi trenger, og det er den kompetansen vi trenger nå. For vår pasientgruppe er det sykepleierkompetansen vi trenger. Det er observasjoner, medikamenter, det er store sykepleie oppgaver.*

Dette beskriver lederens grad av autonomi og hvordan han handler i praksis for å sikre rett kompetanse. Denne lederen tar egne grep for å sikre rett kompetanse.

Informant nr 6 sier:

*Vi hadde ikke intermediær på min avdeling tidligere, men jeg så at det var et faglig løft og det at vi kan ha et helhetlig forløp inn i en sengepost ser jeg på som en styrke. Det var et veldig løft for sykepleierne å få den kompetansen. Har man høy faglighet er sjansen større at man får det til.*

Opplæring av personalet på intermediæravdelinger kan være tidkrevende og ressurskrevende. Noen beskriver best resultat når sykepleieren går helt lik turnus som veilederen over tid.

Informant nr 5 forteller:

*Vi ser at den beste opplæringen er investeringen ved å lage helt lik turnus som veilederen, da får vi best resultat. De over meg ser og har forståelse for at vi må investere såpass mye tid og kapasitet til opplæring, hvis ikke argumenterer jeg bare for det.*

Lederen blir hørt oppover i systemet med faglig argumentasjon for å bygge kompetanse lokalt. Flere beskrev at gapet mellom intensiv og sengepost ble for stort der det ikke var etablert intermedieæravdelinger.

Informant nr. 1 sier:

*Teknologien på intensiv gjør det så høyspesialisert mens kirurgien blir på en måte enklere, sengepostene har pasienten kortere og kortere. Gapet mellom vanlig sengepost og intensiv blir større. For denne teknologiske utviklingen galopperer på en måte på intensiv, man kan redde gamle og dårlige pasienter i større grad enn tidligere. Sykehusene burde tenkt på det med intermedieær for langt, de blir hengene litt bakpå.*

Videre sier hun i forbindelse med å sikre kompetanse; (...) *hvorfor kan vi ikke ha delt bindingstid på intensivsykepleiere? Det hadde jeg der jeg jobbet før og det vil kunne sikre et jevnt tilsig av intensivkompetanse til intermedieær til dette sykehuset også.*

Informant nr. 10 beskriver hvordan leder over han ser på kvalitet og kompetanse:

*Teoretisk er de opptatt av det, men når det kommer til harde fakta er det andre faktorer som vektlegges i større grad, som DRG og inntjening osv.*

Informant nr 2 sier:

*(..)noen ser kun på tall og hvor mange pasienter vi har liggende, vi fikk kommentarer på hvorfor vi ikke hadde flere pasienter liggende enn seks stykker. Men disse seks var så dårlige alle sammen og de trengte flere ansatte rundt seg.*

#### **4.4 Overvåkningsadferd og profesjonalitet**

På avdelinger med både sengepost og intermedieær enheter er det vanlig at de aller fleste av personalet rullerer, det vil si veksler mellom å jobbe begge steder.

Informant nr 5 sier:

*Det er noen som bare jobber på intermedieær og, men vi har en kjerne som rullerer på den andre. Og da får vi en god overvåkningsadferd også ute i avdelingen, slik at de lett oppdager hvis det skulle være noe med de andre pasientene som ikke er overvåkningspasienter.*

Her beskriver lederen en ønsket adferd, overvåkningsadferd på personalet, som kommer alle pasienter til gode. Denne ervervede kompetansen og profesjonaliteten trekker de ansatte med seg og det blir en del av deres integritet.

Videre sier hun: (...) *de som blir lært opp inne på intermediær får en helt annen tankegang med en gang.*

Informant nr 10 sier:

*Den kompetansen som man opparbeider på en intermediærenhet, den får du også ut på sengeposten. Du får en hel gruppe som videreformidler den kunnskapen de sitter med.*

En ansatt beskriver betydningen av at det var intermediær avdeling knyttet til enheten da han søkte jobb, og informant nr 12 sier:

*Jeg valgte å jobbe på denne avdelingen fordi det var intermediæravdeling her. Det gir meg mer dybde, lærer å ha komplekse pasienter og i tillegg blir det en mer variert arbeidshverdag. Det tenker jeg kan være lurt og kommer godt med når jeg vil bli spesialsykepleier.*

Variasjon i arbeidsoppgavene trekkes frem som positivt og kan føre til en jobberikelse for den enkelte. Respondenten i sitatet over beskriver også utviklingsmuligheter som arbeidsoppgavene gir og det å kunne mestre utfordringene. Når det gjelder å bli spesialsykepleier i fremtiden ser han på det som positivt å ha jobbet på avdeling med intermediær.

Det er en kjent sak at sykepleiere ønsker å gå videre når de har fått «testet» det ut å jobbe på avdeling med større vanskelighetsgrad enn vanlig post. En leder på intermediær heier på videreutdanning selv om hun mister sine sykepleiere og informant nr 5 sier:

*Jeg blir nesten litt rørt når de vil på intensiv, for det betyr jo at de liker faget, liker å jobbe med pasienter og ønsker å ta en videreutdanning selv om de vet at de får turnus. Så jeg heier på intensiv fremfor helsesøster. Pasientene våre har jo glede av intensivsykepleierne.*

Informant nr 7 som er sykepleier sier:

*Vi har snakket om at hvis man hadde hatt IMCU avdeling så hadde man vært her 1-3 år til, fordi det er mange som går videre på intensiv-utdanning og det er jo litt samme måte å jobbe på (IMCU og intensiv). Selv om det selvfølgelig er heftigere på en intensivavdeling, men man ville prøvd seg på å lære litt grunnleggende ting.*

Sykepleieren beskriver at flere sykepleiere nok hadde jobbet lenger på avdelingen om det hadde vært intermediær tilknyttet posten.

Når det gjelder egenskaper og profesjonalitet beskriver informant nr 2:

*Det er noen nyutdannede sykepleiere som er så dyktige og reflekterte og stabile, mens jeg har andre sykepleiere som har jobbet i mange år og ikke har noen av disse egenskapene. Så det er jo ikke alltid alder eller erfaring som gjelder selvfølgelig.*

Lederen har vært treffsikker med ansettelsen av de nye sykepleierne som innehar både kompetanse som sykepleier og gode menneskelige egenskaper.

#### 4.5 Covid situasjonen og daglig styring under pandemien

En leder forteller at under covid-utbruddet ble det på rekordtid etablert en intermediær kohort-avdeling. Avdelingen ble bygget opp på litt over en uke da det viste seg at deres lokaler var egnet.

*Informant nr 11 sier: Det er det morsomste jeg har gjort som leder. Vi måtte bare hive oss rundt og fikk hjelp fra anestesi og intensiv så satte vi oss ned og startet opplæring. Opplæring ble utført av fagsykepleiere i samarbeid med operasjon, anestesi og intensiv. Vi satte oss ned og vurderte de ansatte, og vi gjorde noe veldig lurt og blandet de ansatte fra forskjellige personalgrupper.*

I dette eksempelet viste det seg at forskjellige avdelinger fra ulike klinikker fikk til et godt samarbeid på kort tid.

De klarte på kort tid å få til en turnus hvor det var intensivsykepleier på alle vakter.

*Hun sier videre: Vi fikk også inn noen intensivsykepleiere som er eksperter på respirasjon, som hadde egen turnus (de var der hele døgnet). Så til en hver tid var det intensivsykepleier på vakt og intensivlege lett tilgjengelig.*

Kompetansebehovet ble ivaretatt på døgnbasis ved at det var spesialsykepleiere tilgjengelig. Siden flere avdelinger fra ulike klinikker var involvert ble det viktig å avklare ledelsesspørsmålet.

Informant nr 11 forteller:

*Det som er viktig er å ha et mål, målet var en kohort covid 19, også var det hvem har ansvar i forhold til struktur og ledelse. Vi tok et møte om hvem skal gjøre hva og da bestemte vi at jeg skulle være seksjonsleder, en annen enhetsleder. En var veldig god på å bestille varer og en god på turnus. Det var moro å se de blomstre, dette var noe de kunne og klarte å håndtere.*

Alle ville bidra, og spesielt med det de var gode på fra før. Ved å fordele oppgavene legger leder til rette for spesialisering som kan være svært effektivt. De ansatte blomstret, deres spesialfelt kom tydeligere frem når det ble krevet av dem og de virkelig måtte ”trå til”.

Flere ledere opplever å «måtte gi fra seg» sykepleiere til covid- områder i sykehuset da de hadde personalet på sin enhet med ettertraktet kompetanse.

Informant nr 5 sier:

*For di man har måttet omfordele sykepleiere, vi har flyttet sykepleiere med spisskompetanse til covid-området. Det ser vi på som en bekymring. Det som vi er redd for nå, er kapasitet på vår egen intermediær til å ta seg av våre egne pasienter. Det har vært lyn-opplæring men det er det vel i disse tider.*

Denne lederen var mest bekymret for sine vanlige pasienter ved at flere ansatte var satt til å arbeide med covid-19 pasienter. Flere av pasientene som var innlagt i mars/april 2020 med covid i Norge, hadde behov for intensivbehandling og respiratorbehandling. Bekymringene til respondenten over var at avdelingens egne pasienter skulle få et dårligere tilbud da flere av de erfarne sykepleierne var plassert på intensiv. Dette viser igjen hvor viktig det er med overvåkningsadferd på de ansatte, at de er vant til å rullere og håndterer de fleste pasienter som blir lagt inn på egen avdeling. Det ble redusert antall elektive pasienter i perioden, og om de sykepleiere som «ble igjen på post» kunne overvåkning, ville lederens bekymring vært mindre.

## 5.0 Diskusjon

Mine funn viser at intermediæravdelinger er plassert ved sengeposter og ansatte rullerer mellom å jobbe på intermediær og sengepost. Dette viser seg å være nyttig når det gjelder å heve kompetansen på sykepleiergruppen ved den aktuelle avdelingen. Dette til tross for at dette genererer et stort behov for opplæring og kompetanseoverføring. Sykepleieren opparbeider en overvåkningsadferd. Leder benytter seg av leders handlingsrom når det gjelder å gjøre lokale tilpasninger for å sikre rett kompetanse på intermediærenheter enten ved utdanninger eller omgjøring av stillinger. Det å følge pasientene over tid på moderavdeling er meningsfullt.

Størrelse på avdelingene og hvor mye pasienten hadde behov for av overvåkning var varierende, og ønske om nærhet til intensiv og anestesi var ønsket av flere. Tilstedeværelse og

oppfølging av lege bød på store variasjoner, alt fra å ha lege tilgjengelig inne på IMCU hele dagen til lenge å måtte vente på visitt. Intensivavdelinger opplevde stor variasjon i det å flytte ferdigbehandlede pasienter videre i systemet. Dette var avhengig av om det var etablert intermediæravdeling for funksjonen (pasientgruppen) eller ikke. Pasientflyt mellom avdelinger var utfordrende og krevde stor grad av koordinering spesielt da alle var presset på antall sengeplasser. Flere ansatte fra ulike faggrupper deltok i dette koordineringsarbeidet.

## 5.1 Pasientflyt - tilbake til moderavdeling

Det kan se ut til at pasientflyt fungerer bedre der intermediæravdelinger er etablert og det er et mottaksapparat for enkelte diagnoser etter intensivopphold. Når sykehus ikke har «mottaksavdelinger» etter intensivopphold kan dette by på utfordringer og et optimalt, standardisert pasientforløp er problematisk. Når en pasient er overflyttingsklar fra et omsorgsnivå til et annet bør pasienten videre til neste nivå, ikke bli liggende fordi behovet til pasienten er mer tilpasset kompetanse og interesse blant sykepleiere og leger på den aktuelle avdelingen. Pasientens behov skal være førende.

Når pasienten flytter fra intensiv, som i større grad enn sengepost er prosessorganisert og tilbake til intermediær som er funksjonsbasert ved sengepost, bør det standardiseres et strukturert opplegg rundt servicefunksjoner som pasienten er avhengig av.

En utfordring i organisasjonene er å få til et godt samarbeid mellom de forskjellige funksjoner og få prosesser til å fungere godt. Behovet for gjensidig tilpasning øker når personer med ulik kompetanse må samarbeide og organisasjonsstrukturen må legges til rette for at det kan skje (Jacobsen og Thorsvik 2008). Struktur for samarbeid må forankres på den måte at samarbeidet ikke avhenger av enkeltpersoner.

«Alle bånd» til anestesi og intensivmiljø bør ikke brytes hvis pasienten er i en fase hvor han fortsatt trenger bistand derfra. Funn fra andre studier viser at intermediæravdelinger ofte mangler tilstedeværelse av anestesilege og høykompetent intensivpersonale (Plate et. al 2017). Dette krever koordinering fordi intermediærpatientene har behov for bistand fra andre spesialiteter en det som er tilgjengelig i linjen. Dette gir utfordringer i pasientbehandlingen, og funnene fra min egen studie bekrefter dette. Det fremstår som et behov at organiseringen av intermediæravdelinger fristilles noe fra den vertikale organiseringen/beslutningstakingen og i større grad er horisontalt organisert med en mer fast eller varig bistand og oppfølging av personale med intensiv-/ anestesikompetanse. Et eksempel vil være at den intensivlegen eller anestesilegen som har fulgt pasienten under intensivoppholdet, følger pasienten opp med jevnlig tilsyn ved overflytting til intermediær. På denne måten vil den vertikale

beslutningstakingen bli koblet til den horisontale koordineringen, og organisering og koordinering vil fremme og ikke hemme god pasientbehandling. Dette kan være krevende men likevel nyttig for sykehuset fordi intensivplasser vil bli frigitt ved at pasienter går videre i systemet, og får oppfølging og behandling på moderavdelinger der personalet er best kjent med spesialiteten.

Mine funn indikerer at der det ikke er intermediær, men pasient har ligget lenge på intensiv, vil overgangen til sengepost kunne bli stor fordi personalet ikke har vært kontinuerlig tilstede på rommet.

En av respondentene beskriver at ved hennes avdeling er overføringen av pasienter fra intensivavdeling til moderpost «strømlinjeformet» og der viser det seg at det er etablert tydelige retningslinjer for når pasienten er stabil nok til overføring til et lavere omsorgsnivå. I følge retningslinjen skal pasientene være respiratorisk stabile i 24 timer etter at respiratorbehandlingen er avsluttet. Det er i tillegg klare retningslinjer for behandling med inotrope medikamenter (medikamenter som hever blodtrykk), og hva personalet på intermediær kan håndtere. Mintzberg (1983) mener koordinering kan gjøres ved standardisering av oppgaver (Mintzberg 1983). En av informantene beskriver likevel at retningslinjene på hennes avdeling ikke blir fulgt.

Ved at de ansatte følger pasienten over tid oppleves det som sterkt motiverende og kan fungere som motivasjon og spore til økt innsats og engasjement. Dette er en klar fordel for de ansatte som jobber på intermediærenhetene. Det å oppleve meningsfylte sammenhenger har flere positive implikasjoner som er forbundet med hverandre. Flere av mine respondenter nevnte moderavdeling i positiv forstand, det at pasienten kom «hjem» til egen fagspesialitet. De fleste av mine respondenter mente at intermediær burde være plassert og organisatorisk tilknyttet moderpost, men nærhet til intensivavdeling var ønskelig blant de fleste. En av lederne jeg snakket med mente at dette var delt, og at det er fordeler og ulemper ved begge alternativene. Ingen av respondentene hadde erfaring med at intermediæravdelinger var tilknyttet en intensivavdeling, kun moderavdelinger.

## 5.2 Kompetanse

Kompetanse er et suksesskriterium for å kunne bemanne intermediæravdelinger og sikre pasientene kvalitet gjennom helsetjenesten. Mellomlederne er den gruppen som har



hovedansvar for å føre tilsyn med og koordinere aktiviteten i de ulike avdelingene. De har også ansvar for å formidle informasjon fra den operative kjerne oppover i systemet, samt formidle informasjon fra toppen og ned til den operative kjerne (Mintzberg 1983). En av mine respondenter beskriver at ved manglende gehør oppover i systemet tar han egne beslutninger som blir godtatt i etterkant. Profesjonene med stor selvstendighet i arbeidet lar seg vanskelig koordinere ovenfra. Mintzberg sier at de nærmeste lederne forsøker å styre profesjonene ovenfra med vertikal koordinering, men at denne koordineringsmekanismen ikke fungerer i et profesjonelt byråkrati. Kliniske ledere, ledere med samme profesjonsbakgrunn som klinikerne vil ha stor sjanse for å lykkes (Mintzberg 1983). Disse lederne vet hvor skoen trykker og bør ha myndighet til å ta nødvendige grep selv. For eksempel bør vikarer kunne leies inn når ansatte tar videreutdanning. Det ser ut til at rekruttering av nye sykepleiere går lettere når intermediæravdeling er etablert. Likevel vet man at det å jobbe på intermediær er et springbrett til å ta videreutdanning og begynne på spesialavdeling. Et grep ledere kan ta og enkelte av mine respondenter tar, er å tilby egne sykepleiere spesialutdanning, bindingstid til egen avdeling. På denne måten beholder moderavdelingen kompetanse.

### **5.2.1 Overvåkningsadferd – en annen måte å tenke på**

Spesialsykepleiere er etterspurt og spesielt intensivsykepleiere er en ettertraktet gruppe. Det er behov for dem ved alle landets intensivavdelinger derfor vil mange mene at det er sløsing med ressurser at de ikke skal jobbe på intensivavdelinger, men i stedet på avdelinger som ligger et nivå under. Erfaring fra en intermediærkohort i forhold til covid-pasienter med en intensivsykepleier på vakt hele døgnet viste seg å være nyttig. De ansatte opplevde en trygghet på vakttid ble det meg fortalt. De kunne håndtere dårligere pasienter og nødvendige tiltak ble iverksatt raskt. Dette kan tyde på at man skal investere i å ha et visst antall intensivsykepleiere på intermediæravdelinger. Etter videreutdanning, hvor det er vanlig med bindingstid til sykehuset, kunne en oppdeling av bindingstiden hvor en periode tilfaller intermediæravdelinger kunne bidratt til å beholde, heve og sikre nødvendig kompetanse over tid. En av mine respondenter beskrev også dette som en løsning. Dette vil være med på å heve sykepleiergruppen kompetansemessig, samtidig som godt samarbeid på tvers av klinikker vil styrkes. Den kompetanse medarbeiderne besitter skal forvaltes på en best mulig måte av organisasjonene, det vil si videreutvikles og mobiliseres for å oppnå mål og skape verdier (Lai 2013). En av mine respondenter (leder for sengepost/intermediær) som hadde intensivsykepleiere i staben sin til enhver tid, var svært fornøyd med å tillate jobbrotasjon og

mente det bidro til å heve hele sykepleiegruppen, samt at det gav intensivsykepleierne faglige oppdateringer og kompetanseløft i arbeidet. De investerte også i andre videreutdanninger som akuttsykepleie eller fagspesifikk videreutdanning. En sykepleier som har jobbet ved en avdeling over tid, deltatt i internopplæring og avdelingens kompetanseprogram vil utvikle det som en av mine respondenter beskriver som overvåkningsadferd, og en annen måte å tenke på. Et eksempel på overvåkningsadferd vil være å kunne vurdere at en pasient på sengepost har behov for økt overvåkning eller kontinuerlig tilsyn på egen intermediær. Dette er en kompetanse som er forventet av en spesialutdannet sykepleier, men man må ikke være spesialutdannet for å ha tilegnet seg denne adferden. Den akutt eller kritisk syke pasient krever tilstedeværelse av svært kompetent personell som mestrer både sykepleietekniske og mellommenneskelige funksjoner (Gulbrandsen og Stubberud 2016).

### **5.3 Praktiske Implikasjoner**

Basert på funn i denne studien synes det rimelig å hevde at ved å ha intermediæravdelinger til sengeposten bidrar det til et kompetanseløft for sykepleiegruppen som helhet. I tillegg gir det bedre koordinering og ressursutnyttelse. Ved å ta utgangspunkt i dette kan det på den ene siden være av betydning å standardisere kunnskapstilegnelse og formalisere et opplæringsprogram ved sykehuset. Det foregår nå flere lokale tilpasninger og interne kurs og opplæring ved mitt arbeidssted. På den annen side vil et standardisert undervisningsprogram ikke være tilpasset den enkelte spesialitet, og siden sykehus blir mer spesialisert og spisskompetanse etterspørres vil det fortsatt være behov for lokale tilpasninger. Flere kan mye om et smalere felt. Likevel vil det være av betydning med opplæring innen sirkulasjon og respirasjonsproblematikk da det er gjennomgående på dette feltet hvor mer kunnskap etterspørres. Pasienten kommer raskere til rett behandlingsnivå når intermediæravdelinger er etablert. I en beredskapssituasjon i fremtiden bør man sikre seg at man har infrastruktur på sykehuset som gjør det mulig å etablere respiratorplasser ved noen intermediæravdelinger.

### **5.4 Forskningsmessige implikasjoner**

Det kan være av interesse å utføre kvantitative studier på hvor mange liggedøgn som blir spart på intensivavdelinger ved at sykehuset har intermediærenheter.

Det kunne også vært spennende og målt hva intermediæravdelinger har av betydning for at ansatte blir ved avdelingen.

Er det økonomiske besparelser ved å ha etablert intermediæravdelinger?

Standardisering av en bemanningsnorm samt hvilket overvåkningsbehov pasienten har, ville gjøre det lettere med planlegging og drift av intermedieæravdelinger. Det hadde vært av stor betydning at alle IMCU avdelinger målte Nursing Activities Score (NAS) som er et verktøy for å måle pleietyngde for intensivsykepleiere (Stafseth et. al 2011). På denne måte ville sammenligningsgrunnlaget kunne vært større.

Videre forskning bør også fokusere på betydningen av intermedieæravdelinger i forhold til pandemien 2020. Hvordan fremmet eller hemmet organisasjonsstrukturene i sykehus ressursutnyttelse og koordinering i forhold til covid-19 situasjonene i Norge?

## **5.5 Studiens svakheter**

En svakhet med min studie er at jeg skulle intervjuet flere respondenter i hver kategori. Siden jeg valgt å gå såpass bredt ut ved å intervjuer leger, ledere, spesialsykepleiere og sykepleiere som jobbet på intensivavdeling, intermedieæravdeling og sengepost hadde sammenligningsgrunnlaget vært større om jeg hadde hatt enda flere informanter i hver gruppe.

Ingen av mine respondenter hadde erfaring med intermedieæravdelinger tett knyttet opp til intensivavdeling, så mine funn gjenspeiler erfaringer med at intermedieæravdelinger er knyttet til spesialitetene ved de ulike moderpostene.

I min oppgave har jeg ikke sett på økonomiske besparelser, eller ressursutnyttelse og om det er kostnadseffektivt totalt sett å ha etablert intermedieæravdeling eller ikke, men dette kunne vært nyttig å få belyst.

Et tema som burde vært undersøkt nærmere er hvordan vi kan organisere oss i sykehus slik at planlagte operasjoner ikke blir utsatt og at det alltid er plass til å ta imot ø-hjelp. Hvordan unngå «flaskehalsene» en gang for alle i spesialisthelsetjenesten?

Dette er en kvalitativ studie, det betyr at jeg ikke kan generalisere. Funnene i denne studien bør leses med det forbeholdet. Flere av funnene i denne studien peker likevel i retning av viktige og interessante effekter av intermedieæravdelinger, og kan kanskje tjene som et utgangspunkt for senere kvantitative analyser.

## 6.0 Konklusjon

Målet med studien min har vært å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell og mellomledere har med intermedieravdelinger. Studiens forskningsspørsmål var: Hvordan opplever helsepersonell og mellomledere fordeler og ulemper ved å ha intermedieravdelinger? I tillegg ønsket jeg å avdekke kunnskap om hvordan intermedieravdelinger i spesialisthelsetjenesten er organisert og hvordan de fungerer i forhold til pasientflyt og det å sikre rett kompetanse. Fordelene er at sykepleierne på avdelinger med intermedier opparbeider en *overvåkningsadferd*, en annen måte å tenke på. På denne måten kan de gjøre vurderinger på om en pasient må flytte til et høyere overvåkningsnivå om det er nødvendig. Ved å ha intermedieravdeling knyttet til moderpost vil pasientene bli behandlet der spesialiteten er, og hos helsepersonell som er eksperter på *denne* diagnosen. Samtidig oppleves det meningsfullt for personalet å følge sine pasienter over tid.

Ved at avdelinger har etablert intermedierenheter vil det kunne bidra positivt i rekrutteringsøyemed og det å beholde ansatte over tid. Når leder legger til rette for fagutvikling og kompetanseløft for de ansatte på intermedieravdelinger, vil sykehuset som helhet ha tilgang på en betydelig ressurs. Avdelinger kan ha nytte av jobbotrasjon, det at ansatte både jobber på intensiv og intermedier. Dette er med på å beholde intensivsykepleiere som ellers ville ha jobbet på en intensivavdeling. Ulempen ved dette er at disse sykepleierne vil være ute av drift i egen avdeling når de jobber på intensiv. En fordel for sykehuset totalt sett, er at disse ansatte raskt kan omfordes ved uforutsette hendelser og kriser lik pandemien i mars 2020 og som i skrivende stund ikke er over. Ved å ha intermedieravdelinger i spesialisthelsetjenesten vil dette kunne løse deler av koordineringsutfordringer man har i forhold til pasientflyt. I tråd med andre studier viser mine funn at pasientene flytter raskere fra intensivavdelinger, når de er ferdig behandlet, og videre i systemet når intermedieravdeling er etablert. Enkelte av mine respondenter hevder også at det er kostnadsbesparende å ha intermedieravdelinger.

Ulempe med å ha intermedieravdelinger kan være at de får overført dårligere pasienter enn de kan håndtere fordi de har etablert en intermedieravdeling og det forventes mer enn kompetansen kanskje vil tilsi. Dette byr på utfordringer i forhold til å ha nok personell med den rette kompetansen. Koordineringsutfordringene ved de intermedierenheter jeg har studert, oppstår som følge av at alle er organisert ved sengepost etter funksjon, og hvor

intensivavdeling er organisert i annen avdeling og klinikk etter prosess. Vanskelighetene dette kan medføre er å få bistand fra andre faggrupper. I en slik vertikal organisering vil det være behov for desentraliserte og horisontale samarbeidsformer for å unngå at styring fra toppen hindrer samarbeid. Når pasienter skal behandles på tvers av fagområder i organisasjonen vil det by på utfordringer, og organiseringen må ikke være til hinder for god pasientbehandling. Studien min viser at samarbeid med støttefunksjon som f. eks anestesi ønskes bedre koordinert ved flere intermedieæravdelinger. Nærhet til intensivavdeling er ønsket av de fleste jeg snakket med. Likevel sier flere av dem jeg intervjuet at: *... pasientene har det bedre når de kommer til vår intermedieær hvor de ansatte har riktig fagkunnskap om spesialiteten.*

For ledere kan det være utfordrende å skaffe personale med rett kompetanse, og turnover kan være høy fordi enkelte søker seg videre til spesialavdelinger og videreutdanninger. Det at enkelte avdelinger har intermedieæravdelinger og ikke alle, er av flere av mine respondenter begrunnet med at dette er ressurskrevende og at det ikke finnes midler selv om det er ønskelig. Dette kan skape koordineringsutfordringer, og påvirke liggetid ved intensivavdelingene.

Min studie peker på at corona-pandemien så langt har medført at man på sykehus organiserte seg mer som i en matrise. Enkelte profesjonsutøvere og støttepersonell ble allokert til andre oppgaver, avdelinger og divisjoner, hvor lederansvaret ble delt mellom formell leder og leder i prosjektet med å håndtere pandemien. Dette antyder at en annen måte å organisere og koordinere virksomhet på er mulig, når oppgaven er nødvendig og tydelig definert.

## Litteraturliste:

Aadland,E. (2004). *Og eg ser på deg...* 3. utg. Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. Oslo. Universitetsforlaget.

Capuzzo, M. & Volta, C.A & T,T. (2014) *Hospital mortality of adults admitted to Intensive Care Units in hospitals with and without Intermediate Care Units: a multicenter European cohort study*. Critical care.

Edrup, N (2012) <https://forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732>

Feiring, E. (2019). *Forelesning kvalitativ metode*. Oslo. UIO.

Glaser, B.G. and Strauss, A.L (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. USA. Aldine publishing company / Chicago

Grund,J. (2006). *Sykehusledelse og helsepolitikk- dilemmaenes tyranni*. Oslo. Universitetsforlaget.

Gulbrandsen,T og Stubberud, D.G. (2016). *Intensivsykepleierens funksjon og ansvar* Oslo. Cappelen Damm.

Halevy, N & Chou, EY, & Galinsky AD (2011) *A functional model of hierarchy: Why, how and when vertical differentiation enhances group performance*. Organizational Psychology Review

Holtan, A. *Intensivkoordinering og bruk av intensivplasser i sykehuset*. Retningslinje eHåndbok OUS. 2020 <http://ehandbok.ous-hf.no/document/54179/fields/23>

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2008). *Hvordan organisasjoner fungerer*. 3 utg. Bergen. Fagbokforlaget.

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen. Fagbokforlaget.

Jensen, K. Lahn, L.C. and Nerland, M.(2012). *Professional Learning in the Knowledge Society*. Rotterdam. Sense Publishers.

Johannessen, A. Tufte, P.A. og Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 4.utg. Oslo. Abstrakt forlag.

Kvale, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju* 3. utg. Oslo Gyldendal akademisk.

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. Utg. Oslo. Gyldendal akademiske.

Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse*. 3. utg. Bergen. Fagbokforlaget.

Lysberg, M. (2020). *Få sykesenger i Norge Klassekampen*. 21.3 2020.

Malterud, K.(2011). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* 3. utg . Oslo Universitetsforlag.

Malterud, K.(2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* 4. utg . Oslo Universitetsforlag.

Martinsen, K.(2019) Sykepleien 14.2.2019.  
<https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>

Matlary J H 2008 <https://tidsskriftet.no/2008/05/gjesteskribent/profesjonsidentitets-betydning>

Meld.St.7. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

Mintzberg,H. (1983). *Structure in Fives. Designing effective organizations*. New Jersey. Prentice-Hall Inc.

NEWS 2 Royale College of Physicians 2017  
<https://www.rcplondon.ac.uk/file/9437/download>

Norsk sykepleieforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere (NSFLIS) (2014).  
*Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*.

Plate D.J et al (2017). *Utilisation of Intermediate Care Units: A Systematic Review*. Critical Care Research and Practice

Roos G, Von Krogh, G.,Roos, J., og Boldt-Christmas L. (2018). *Strategi- en innføring* .6 utg. Bergen. Fagbokforlaget.

Ryan, D.W., Bayly, P.J.M., Weldon, O.G.W., and Jingree. M. (1997). *A prospective two-month audit of the lack of provision of a high-dependency unit and its impact on intensive care*. Anaesthesia, 52.

Schou, P. et al.(1997) *Standard for intensivmedisin I Norge* 2 utgave.  
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/3248b779580a4cfb9c57bef6dece3eca/standardforintensivmedisin2-utgave.pdf>

Shortell, S M. & Kaluzny, A D (2006). *Health Care Management Organization Design and Behavior*. 5th Edition. Thomson Delmar learning.

Sivesind, K.H. (1992). *Prosjektfolk og basisfolk. Organisasjonskulturer i en matriseorganisasjon*. UIO. Rapportserie Nr 14.

Stafseth, S.K., Solms, D. og Bredal, I.S. (2011) *The characterisation of workloads and nursing staff allocation in intensive care units: a descriptive study using the Nursing Activities Score for the first time in Norway*. I: *Intensive og critical care nursing : the official journal of the British Association of Critical Care Nurses*. 27 (5), 290–294.

Standard: *Organisasjonsenheter- benevnelse* RHF/13/03/01.06-01



Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen Fagbokforlaget.

Vincent, J-L., & Rubenfeld, G.D (2015). *Does intermediate care improve patient outcomes or reduce costs?* Critical care

## **Intervjuguide**

### **For de som jobber på Intermediær-**

Hvordan blir vurderingen tatt om pasienter kan ligge ved en intensivavdeling eller en intermediæravdeling? Hva ligger til grunn for den vurderingen?

Hvordan vurderer du nytten av å ha intermediæravdelinger i sykehus?

Kan du beskrive pasientflyten mellom de ulike avdelingene?

Hvilken kompetanse mener du er viktig at sykepleiere som jobber på intermediæravdeling innehar?

Hvilke konsekvenser har det for drift av intensivavdeling at det finnes intermediæravdeling / at det ikke finnes intermediæravdeling på ditt sykehus tror du?

Hvilke utfordringer vil det være for deg og din enhet om du skal utvide din intermediæravdeling?

Hvem har det medisinske ansvaret for pasienter på intermediæravdeling ved ditt sykehus?

Hva vanskeliggjør etablering av intermediæravdelinger ved norske sykehus?

Beliggenhet av intermediæravdelinger: tilknyttet intensiv eller sengepost? Hvilke betraktninger gjør du deg om dette?

Fortell hvilke tanker du gjør deg når det gjelder intensivplasser- intermediærplasser- nå i disse tider med covid-19?

Hvordan var din erfaring med å åpne en cohort?

Hvilken betydning tror du det har at det er etablerte intermediærsenger nå?

### **For de som jobber på sengepost**

Hvilke konsekvenser har det for drift av sengepost når dere får overflyttet pasienter direkte fra intensivavdeling?

Hvordan opplever sykepleiere å ta imot pasient direkte fra intensiv?

Har du opplevd at det oppstår konflikter hvis dere anser pasienten å være for dårlig til å flytte?

I hvilken grad har det vært et ønske å opprette intermediæravdeling?

Hvilke utfordringer ser du for deg hvis dere skulle startet/ bygd opp en intermediær avdeling tilknyttet sengepost?

### **Pasientflyt og koordinering (spørsmål til alle)**

Kan du beskrive pasientflyten mellom de ulike avdelingene og klinikkene ?

Hvordan foregår koordineringen og samarbeid mellom de ulike avdelinger når det gjelder plasser og hvor pasienten skal ligge i ditt sykehus?

### **For de som jobber på intensiv**

Hvordan vurderer du eller avdelingen om pasienter kan ligge ved en intensivavdeling eller en intermediæravdeling? Hva ligger til grunn for deres vurderinger? Spesielle kriterier?

I hvilken grad følger dere opp pasienter etter de har flyttet til intermediæravdeling ved ditt sykehus?

Hvor mange liggedøgn på intensiv tror du du sparer ved at pasienten kan flytte til en intermediæravdeling?

Hva er en velfungerende intermediæravdeling i dine øyne?

Hva vanskeliggjør etablering av intermediæravdelinger ved norske sykehus?

Beliggenhet av intermediæravdelinger: tilknyttet intensiv eller sengepost? Hvilke betraktninger gjør du deg om dette?

Fortell hvilke tanker du gjør deg når det gjelder intensivplasser- intermediærplasser- nå i disse tider med covid-19?

Hvilken betydning tror du det har at det er etablerte intermediærseger nå?

## Vil du delta i forskningsprosjektet

Hvilke erfaringer har leger og sykepleiere med intermediæravdelinger? Hvordan påvirkes pasientflyt fra intensiv til sengepost av at sengeposten har eller ikke har en intermedierenheter?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å se på ulik organisering av intermediæravdelinger i spesialisthelsetjenesten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Det er i dag knapphet på intensivsenger og intensivsykepleiere, samtidig opplever sengeposter å skulle håndtere stadig dårligere pasienter til tross for en lavere kompetanse hos sykepleierne. Intermediæravdelinger og overvåkningsavdelinger på sykehus er viktig for behandling og pleie av alvorlig syke pasienter som ikke har behov for «komplett» intensivovervåkning, men som er for dårlige for å ligge på vanlig sengepost. Intermediær og overvåkningsavdelinger som ikke håndterer pasienter på respirator er ulikt utbredt i Norge. I tillegg er disse avdelinger som nevnt ulikt organisert innenfor et og samme sykehus (OUS). Jeg ønsker å se nærmere på behovet for, og organiseringen av slike avdelinger. I denne masteroppgaven ønsker jeg å intervjuere ledere, leger og sykepleiere/ spesialsykepleiere med kjennskap til feltet.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

*Jeg er masterstudent ved UIO og er ansvarlig for prosjektet.*

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

I forbindelse med studien ønsker jeg å intervjuere ledere, leger og sykepleiere/spesialsykepleiere med kjennskap til intensivavdelinger, sengeposter og intermediæravdelinger i spesialisthelsetjenesten. Nettverk i spesialisthelsetjenesten blir benyttet for å finne riktige kandidater. Jeg trenger totalt 12-15 informanter.

### Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagelsen vil være i form av å møte meg til et dybdeintervju. Det vil bli foretatt lydopptak underveis i samtalen som vil vare ca 45 minutter. Jeg er fleksibel på sted for samtale og kommer gjerne til ditt arbeidssted.

### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

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

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

Alle opplysninger som fremkommer vil bli anonymisert slik at det ikke vil være mulig å identifisere deg i oppgaven for andre enn deg selv

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

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.12.2020.

Opplysningene om deg vil bli behandlet konfidensielt og blir kun benyttet til denne oppgaven. Det vil ikke kunne fremkomme opplysninger om deg i opptak, skiftelige notater eller i oppgaven ved publisering. Lydopptak og notater vil bli slettet når oppgaven er ferdig og kun jeg har tilgang til lydopptak. Du vil bli bedt om å undertegne et samtykkeskjema i forbindelse med gjennomføringen av intervjuet.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for helse og samfunn [*Institutt for helse og samfunn, UiO*] har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

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

- *Institutt for helse og samfunn, UiO* ved [*Lene Ring Dugstad* [uxriri@ous-hf.no](mailto:uxriri@ous-hf.no) tel 97070461 og veileder/prosjektansvarlig *Trond Tjerbo* [trond.tjerbo@medisin.uio.no](mailto:trond.tjerbo@medisin.uio.no) tel40246212].
- Vårt personvernombud: [*sett inn navn på personvernombudet hos behandlingsansvarlig institusjon*]
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig  
(Forsker/veileder)

*Eventuelt student*

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet; «Hvilke erfaringer har leger og sykepleiere med intermedieravdelinger? Hvordan påvirkes pasientflyt fra intensiv til sengepost av at sengeposten har eller ikke har en intermedierenhet?» Jeg har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i dybdeintervju
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 01.12.2020

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)