

MASTEROPPGAVE

Emnekode: Masteroppgave i spesialsykepleie - SYK 360H-1 22H

Navn: Linn Maren Lillevik og Toyvo Vågan

Opplevde barrierer hos intensivsykepleiere ved tidlig mobilisering av pasienter som får respiratorbehandling- en litteraturstudie

Dato: 15.11.22

Totalt antall sider: 64

Forord

Denne masteroppgaven har vi skrevet over to semestre. Vi har kombinert full jobb og studier i denne perioden, noe som har vært krevende. Selv om det har vært krevende har det også vært lærerikt, moro og interessant. Vi har lært mye av prosessen, men også om oss selv både faglig og personlig.

Takk til Nord Universitet som har gitt oss en mulighet til å skrive masteroppgave i intensivsykepleie selv om vi var i full jobb.

Vi ønsker i tillegg å gi en stor takk til våre veiledere Rita Solbakken, førsteamanuensis ved fakultet for sykepleie og helsevitenskap og Lise Sandnes, Universitetslektor for fakultet for sykepleie og helsevitenskap, for god veiledning og støtte under hele prosessen.

I tillegg ønsker vi å sende en ekstra stor takk til familie og venner som har vært tålmodige i denne perioden og har vist enorm støtte under hele studieforløpet. Sist, men ikke minst ønsker vi å takke hverandre for et godt samarbeid og et godt vennskap der vi har løftet hverandre opp når det har vært behov.

Bodø, november 2022

Linn Maren Lillevik og Toyvo Vågan

Sammendrag

Bakgrunn: Tidlig mobilisering av pasienter som mottar respiratorbehandling påvirker pasient, pårørende og helseforetakene på en positiv måte. Til tross for dette blir ikke pasienten mobilisert i den grad de burde. Nasjonal og internasjonal forskning forteller at intensivsykepleieren opplever barrierer som vanskeliggjør tidlig mobilisering. Intensivsykepleiere har en sentral og viktig rolle for tverrfagligteam og pasientbehandling. Det fins lite forskning på hvordan barrierer det er intensivsykepleierne opplever.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å undersøke barrierer intensivsykepleierne opplever ved tidlig mobilisering av intensivpasienten. Denne studien har følgende forskningsspørsmål: *Hvilke barrierer opplever intensivsykepleiere ved tidlig mobilisering av pasienter som får respiratorbehandling?*

Metode: Studien har et kvalitativt design. Vi gjorde et litteratursøk med systematisk tilnærming våren 2022 i databasene Cinahl, Embase og PubMed. Søkord som ble brukt var: Intensive care nursing, early ambulation, barrier og view. Forskningsmaterialet er analysert ved bruk av tematisk analyse av Vaismoradi et al., (2013).

Resultat: Analysen resulterte i fire hovedtema: Intensivsykepleierens barrierer, Pasient som selve barrieren?, Intensivavdelingen som arena og Helseforetak som virksomhet og barriere. Resultatene av data viser at barrierer som påvirker tidlig mobilisering er komplekse og sammensatte, men fremdeles fult mulig å gjøre noe med.

Konklusjon: Tidlig mobilisering av denne pasientgruppen er komplisert og krever avanserte ferdigheter hos den som utfører det. Intensivsykepleieren opplever barriere som vanskeliggjør utførelsen av tidlig mobilisering. Denne studien fant barrierer knyttet opp til fire hovedtema. Studien impliserer praksis ved å belyse barrierer intensivsykepleieren møter ved tidlig mobilisering, og kan være med å bidra til en bedre helhetlig behandling av pasienten. Økt fokus på tidlig mobilisering kan bidra til ny tenkning og kulturendring i intensivavdelingen.

Nøkkelord: #Kvalitativ forskning #Mekanisk ventilasjon #Litteratur studie #Tidlig mobilisering #intensivpasienter #Barrierer

Abstrakt

Background: Early mobilization of patients receiving ventilator treatment has a positive effect on the patient, relatives and health institutions. Despite this, the patient is not mobilized to the extent that they should. National and international research shows that intensive care nurses experience barriers that make early mobilization difficult. Intensive care nurses have a central and important role for interdisciplinary teams and patient care. There is little research into the barriers intensive care nurses experience.

Aim: The purpose of this study is to investigate barriers experienced by intensive care nurses during early mobilization of the intensive care patient. This study has the following research questions: What barriers do intensive care nurses experience during the early mobilization of patients receiving ventilator treatment?

Method: The study has a qualitative design. We conducted a literature search with a systematic approach in the spring of 2022 in the databases Cinahl, Embase and PubMed. Keywords used were: Intensive care nursing, early ambulation, barrier and view. The research material has been analyzed using thematic analysis by Vaismoradi et al., (2013).

Result: The analysis resulted in four main themes: The intensive care nurse's barriers, The patient as the barrier itself?, The intensive care unit as an arena and Healthcare organizations as business and barrier. The results of the data show that barriers that affect early mobilization are complex and complex, but still entirely possible to do something about.

Conclusion: Early mobilization of this patient group is complicated and requires advanced skills on the part of the person performing it. The intensive care nurse experiences a barrier that makes it difficult to carry out early mobilization. This study found barriers linked to four main themes. The study implicates practice by elucidating barriers the intensive care nurse encounters during early mobilization and can contribute to a better overall treatment of the patient. Increased focus on early mobilization can contribute to new thinking and cultural change in the intensive care unit.

Keywords: #Qualitative research #Mechanical ventilation #Literature study #Early mobilization #intensive care patients #Barriers

Innholdsfortegnelse

Forord	i
Sammendrag	ii
Innholdsfortegnelse	iv
1.0 Innledning	1
1.1 Forskningsspørsmål og hensikt	2
2.0 Bakgrunn	2
2.1 Studiens kontekst	3
2.2 Begrepsavklaring	4
2.3 Sykepleierteoretisk perspektiv	4
3.0 Metode	5
3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv og design	5
3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	6
3.3 Søkeprosess og datasamlingsmetode	7
3.4 Analysemetode	11
3.5 Etske betraktninger	14
4.0 Resultat og funn	14
4.1 Intensivsykepleierens barrierer	15
4.2 Pasient som selve barrieren?	15
4.3 Intensivavdelingen som arena	16
4.4 Helseforetak som virksomhet og barriere	16
5.0 Diskusjon	17
5.1 Diskusjon av funn	17
5.2 Studiens styrker og svakheter	19
6.0 Konklusjon	20
6.1 Implikasjon for praksis	21
6.2 behov for videre forskning	21
Referanser	22
Vedlegg.1 Artikkelmanus	24
Vedlegg.2 Forfatterveiledning for Sykepleien Forskning	43
Vedlegg.3 Søkematrise	49
Vedlegg.4 Litteraturmatrise	51
Vedlegg.5 Kvalitetsgransking av inkluderte artikler	56
Vedlegg.6 Tematisk kart over resultatet i studien	58

1.0 Innledning

En intensivavdeling ivaretar pasienter som trenger avansert behandling og overvåkning på grunn av livstruende sykdom eller skade. En stor del av pasientene som er innlagt på intensivavdelingen har behov for respiratorbehandling. Ifølge årsrapport fra Norsk intensivregister var det i perioden 2020 – 2021, 14 398 pasienter som ble behandlet på intensivavdeling. Av disse hadde 59 % behov for respiratorstøtte. I 2020 ble det registrert 30 000 respiratordøgn, med gjennomsnittlig respiratortid på 4.8 døgn på landsbasis (Buanes, 2020).

For intensivsykepleiere fins det en egen funksjons- og ansvarsbeskrivelse. Denne har som hensikt og være retningsgivende for utøvelsen av behandlingen man gir. Beskrivelsen forteller konkret om ansvar og funksjon intensivsykepleieren har i behandlingsskjeden. Intensivsykepleieren er en spesialist innenfor sykepleiefaget som praktiseres med høy kompetanse og avanserte ferdigheter i pasientbehandling. Intensivsykepleieren har en rolle innen pasientbehandling, hvor de underviser, driver fagutvikling og samhandler. Samtidig har intensivsykepleieren ansvar for å tilrettelegge tidlig mobilisering, selv om pasientforløpet er i en akutt fase (NSFLIS, 2017).

Med denne litteraturstudien ønsker vi å undersøke barrierer intensivsykepleierne opplever ved tidlig mobilisering av intensivpasienter. Interessen for barrierer ved tidlig mobilisering utviklet seg under praksis i videreutdanningen ved master i intensivsykepleie og på jobb. Både før og etter videreutdanningen observerte vi at det var ulikt fokus på tidlig mobilisering av pasienter på respirator ved intensivheten. Det forelå ingen fagprosedyre, vi merket at intensivsykepleiere jobbet forskjellig med tidlig mobilisering og ulike avdelinger hadde forskjellig avdelingskultur når det kom til tidlig mobilisering. Dette har under vår studietid forundret oss. Da vi både på grunnstudiet i bachelor i sykepleie og i videreutdanning for å bli intensivsykepleiere, lærte viktigheten av tidlig mobilisering, både for å tenke forebyggende tiltak og for å behandle pasientene. Respiratorbehandling er en spesialisert og avansert behandling som krever kompetent personalet med videreutdanning og opplæring. På intensivheten trenger pasienter på respirator intensivsykepleiere med høy kompetanse da risikoen for komplikasjoner er betydelige (Dybwik, 2009; Gulbrandsen, 2020).

1.1 Forskningsspørsmål og hensikt

Hensikten med denne studien er å undersøke barrierer intensivsykepleierne opplever ved tidlig mobilisering av intensivpasienten som mottar respiratorbehandling. Dette gjør vi for at forskerne i denne studien tror det kan være med å skape større forståelse. Først med forståelse for barriere kan vi sette inn tiltak for å bedre disse, på denne måten kan vi være med å bidra til å nå ny kunnskap.

Vi utformet følgende forskningsspørsmål: *Hvilke barrierer opplever intensivsykepleiere ved tidlig mobilisering av pasienter som får respiratorbehandling?*

2.0 Bakgrunn

Som intensivsykepleier har man lovverk og yrkesetiske retningslinjer man plikter å følge. Pasienter har rett på omsorgsfull hjelp, helsefremmende behandling og behandling som forebygger sykdom. Intensivsykepleieren skal utøve helhetlig omsorg for pasienten, holde seg faglig oppdatert på forskning og bidra til at ny kunnskap brukes i praksis (NSF, 2022). Tidlig mobilisering av intensivpasienter er helsefremmende behandling. Intensivsykepleierne tilbyr omsorgsfull hjelp og behandling som forebygger sykdom og forverring (Klem et al., 2021). Ifølge Cooper et al. (2021) vil immobilisering av pasienter på respirator føre til muskelsvinn. Daglig svekkes muskelmassen med 1-1.5 % og tapet av muskelmasse er størst den første uken. Immobilisering fører også til at ortostatisk toleranse reduseres. I studien kom det også frem at intensivsykepleiere opplevde barrierer som vanskeliggjorde tidlig mobilisering av pasienter på respirator (ibid).

Helsepersonelloven som har formål å sikre at pasientene opplever kvalitet og sikkerhet i møte med helsepersonell, helse- og omsorgstjenesten. Denne loven setter krav til yrkesutøvelse av helsepersonell og forventninger som hører med til kvalifikasjonene hos den enkelte faggruppe. Pasientene har krav til omsorgsfull hjelp og at hjelpen gis med faglig forsvarlighet. Helse- og omsorgstjenesten skal være bygd opp på en måte som gjør at helsepersonell kan oppfylle den lovpålagte plikten (Helsepersonelloven, 1999). For å oppfylle vår lovpålagte plikt er det viktig at pasienten blir tidlig mobilisert, spesielt om pasienten er i en akutt fase.

2.1 Studiens kontekst

Tar for seg tidligere forskning, begrepsavklaring og sykepleieteoretisk perspektiv.

Før oppstart av studien ønsket vi å se hva som forelå av forskning for å avdekke et kunnskapshull. Ifølge studiene til Klem et al. (2021) og Cooper et al. (2021) kom det frem at pasienter som mottok respiratorbehandling på intensivheten ikke ble tidlig mobilisert. Intensivsykepleierne opplevde barrierer som gjorde tidlig mobilisering vanskelig, selv om studien viste at dette er trygt på denne pasientgruppen. Negro et al. (2018) understøtter at fordelene med tidlig mobilisering veier opp for risikoen. Under et forbedringsprosjekt for implementering av et program for tidlig mobilisering og elektronisk helseverktøy, viste funnene at prosjektet ga store økonomiske gevinster, med reduksjon i driftskostnader og førte til reduserte opphold på sykehus for pasienten. Avdelingen opplevde økt fokus på mobilitet og tverrfaglig kommunikasjon ble bedre (Anderson et al., 2018). Studien til Falkenstein et al. (2020) understøtter funnen og i studien var pasienter på respirator i en egen gruppe for tidlig mobilisering. Resultatene av denne studien viser at pasientene som mottok respiratorbehandling hadde en gjennomsnittlig besparelse på 3 168 203 kr for helseforetaket da de blant annet hadde mindre tid på respirator og ble utskrevet tidligere. Sett opp mot pasienter som ikke ble behandlet med respirator, men mottok tidlig mobilisering var gjennomsnittsbesparselsen på 73 678 kr.

Flere av disse nevnte studiene i tillegg til Woodbridge et al. (2019) sier at barrierene intensivsykepleieren opplever må forskes mer på da det foreligger lite studier om barrierene. Det foreligger derimot mye ny forskning på tidlig mobilisering av pasienter som får respiratorbehandling. Det foreligger få fagprosedyrer for tidlig mobilisering på norske sykehus og få tiltak for å få det gjennomført i avdelingen. Det kunne skapt bedre kultur og forståelse i avdelingene (Galapate-Edwardsen & Elsbj, 2019). Vi som forskere mente dette, var et kunnskapshull som måtte undersøkes nærmere. Vi ønsker derfor å sette søkelyset på temaet ved å bruke teori og forskning som allerede fins. Det ledet vei til vårt forskningsspørsmål. På bakgrunn av dette bestemte vi oss for å gjøre litteraturstudie slik at vi kunne sammenfatte forskningslitteratur som handlet om intensivsykepleierens opplevelse av barrierer. For å kunne bryte barrierene intensivsykepleieren opplever ved tidlig mobilisering må man først avdekke hvilken barriere de opplever.

2.2 Begrepsavklaring

Vi presisere at **tidlig mobilisering** defineres i denne oppgaven som innen 72 timer etter at pasienten er startet opp med respiratorbehandling. Tidlig mobilisering betyr ikke at man må hjelpe pasienten ut av sengen, man kan også mobilisere tidlig med gjennomledds-øvelser i seng. Pasientene mister 1-1.5 % muskelmasse de første dagene med immobilisering og forskning understøtter at det både er trygt og hensiktsmessig å utføre tidlig mobilisering (Cooper et al., 2021; Galapate-Edwardsen & Elsby, 2019).

Med ordet **barrierer** mener vi i denne oppgaven, hindringer eller begrensninger som påvirker handlinger, forståelse, kommunikasjon og utvikling (NAOB, 2022).

2.3 Sykepleierteoretisk perspektiv

Til denne studien er Dorothea Orems teoretiske perspektiv relevant. Teorien hennes er delt opp i flere deler og går ut på at man kartlegger pasientens evne til egenomsorg. Pasientene i denne studien mottar respiratorbehandling og er ikke våkne på grunn av sedering. De har ikke muligheten til å gi seg selv egenomsorg og intensivsykepleieren må derfor kartlegge egenomsorgsbehovet. Sykepleieren setter dette opp i system slik at man kan hjelpe pasientene å nå målene for egenomsorg som han ikke greier selv. Dorothea Orem mener sykepleierne i tillegg må være med å forebygge nye begrensninger. For å kunne gjøre dette må intensivsykepleieren ha informasjon om pasientens habituelltilstand før han ble syk. Orems sykepleiesystem går ut på samhandling mellom pasient, sykepleier og omgivelsene rundt dette samspillet (Cavanagh, 1999; Talyor, 2011)

Hun tok utgangspunkt i tre sykepleiesystem som gikk ut på at sykepleieren utfører praktiske handlinger for å være med å opprettholde pasientens egenomsorgsbehov.

Disse tre systemene er *det helt kompensierende, det delvis kompensierende og det støttende og undervisende systemet*. I forhold til denne studien er *det helt kompensierende* systemet relevant og går ut på å kompensere for pasientens manglende egenomsorg, støtte og beskytte samtidig som sykepleieren må gjøre vurderinger og ta avgjørelser for pasienten da han ikke greier dette selv

Man må ha som mål at pasienten etter sykehusinnleggelsen skal være så nært sin habituelltilstand som mulig. Alle pasienter har en plikt til å få dekt sine grunnleggende behov. Man må kartlegge egenomsorgsbehovet flere ganger i forløpet til pasienten. Det vil det være et stort avvik å ikke mobilisere pasientene når vi vet faren for komplikasjoner ved immobilisering (Cavanagh, 1999; Talyor, 2011).

3.0 Metode

Kapitlet tar for seg valg av forskningsdesign, metode, datainnsamling og analyse. Belyser drøfting og troverdighet, knyttet til forskningsdesign og forskningsetiske forhold.

3.1 Vitenskapsteoretisk perspektiv og design

Kvalitative metoder inneholder et stort omfang av ulike fremgangsmåter. En virkelighet kan beskrives ulikt ut fra hvem som opplever den og sett fra ulike perspektiver. Formålet er å undersøke meningsinnhold i kulturelle og sosiale fenomener. På denne måten får man frem selve opplevelsen for de det vedrører og kan dermed komme frem til ny kunnskap. Vi kan da få en større forståelse for hele menneske, eller forstå sammenheng i det de gjør (Malterud, 2017b). Det er ett krav i kvalitative studier at studien skal bidra til kunnskapsløft gjennom selve beskrivelsen. Ved bruk av hermeneutiske verdier i vurderingen av kvalitet kan man vise en ny måte å se en side av virkeligheten på (Forsberg & Wengström, 2015).

For å undersøke intensivsykepleierens opplevde barrierer valgte vi å benytte kvalitativ metode utført som litteraturstudie med systematisk tilnærming. Grunnen til at vi har valgt kvalitativ metode er fordi vi har som mål å forstå og beskrive og fortolkningslære legger premisser for forskningen. Forforståelse er et viktig begrep i hermeneutikken, både intensivsykepleierne vi ønsker å forstå og vår bakgrunn vil være med i prosessen for forståelse og fortolkning. Begreper og språk, tro og forestillinger, og våre personlige erfaringer inngår som faktorer i forforståelse. Alle disse faktorene tar vi med oss i vårt forsøk på fortolkning av fenomenet, barrierer. Konteksten fenomenet oppstår i er viktig for å skape forståelse og gir innsikt i hermeneutikken (Christoffersen et al., 2015; Friberg, 2017).

Litteraturstudie som metode har som fremgangsmåte å innhente, evaluere og presentere eksisterende og tilgjengelig forskning. Grunnen til at vi har valgt litteraturstudie er fordi vi da

kan være forklarende, bruke data nøyaktig og resultatene er kontrollerbare (Aveyard, 2019; Friberg, 2017). Vi har valgt litteraturstudie med systematisk tilnærming i stedet for en fullstendig systematisk litteraturstudie på grunn av ulike faktorer. Den første faktoren er at masteroppgavens rammer ikke vil ivareta alle kravene som stilles til en fullstendig systematisk litteraturstudie. Formålet med systematisk litteraturstudie er ifølge Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten å bruke eksisterende forskningsmateriale for å finne svar på forskningsspørsmålet. Dette innebærer kartlegging av aktuell litteratur ved bruk av oppgitte søkestrategier, inneholde klare inklusjonskriterier, kvalitetsgransking av studiene, gjøre en kritisk vurdering av funnene og gjøre en summering av primærstudier (Malterud, 2017a). Den andre faktoren for valg av tilnærming er at en ren systematisk oversikt passer bedre til å samle inn og oppsummere data, den krever også mer tid og ressurser (Aveyard, 2019). Den passer i tillegg dårlig til å fortolke resultatene slik vi ønsker da hovedformålet er å belyse aktuelle barrierer, slik kan det skape en større forståelse og resultatet av studien kan være med å bidra til å ny kunnskap. Vi ønsker også å formidle en tolkning så presis som mulig av fenomenet, barrierer. Slik kan vi sammenligne og se på kontraster for å oppnå enighet og en ny forståelse av fenomenet (Polit & Beck, 2017).

3.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Inklusjon og eksklusjonskriterier lar oss som forskere vise detaljer i forskningsoversikten og gir viktig informasjon om omfang og aktualitet for studien. Gode kriterier er viktig for å kunne gjøre en god søkeprosess og for å finne forskning relevant til forskningsspørsmålet (Aveyard, 2019).

Vi har søkelys på tidlig mobilisering av pasienter som mottar respiratorbehandling på intensivavdelingen. Det er relevant for forskningsspørsmålet og vi ønsker å belyse barrierene fra intensivsykepleierens ståsted. Alle pasienter over 18 år ble inkludert. I denne oppgaven er artikler under 5 år inkludert da vi ønsket ny forskning. Kriterier for valgte artikler var at de var kvalitative og skrevet på norsk eller engelsk for å unngå språkbarrierer eller fare for feil oversettelse. Eksklusjonskriteriene ble valgt da det er uetisk og skulle starte tidlig mobilisering på enkelte pasientgrupper. Vi har valgt å ekskludere pasienter i palliativfase, med kognitiv svikt og delir. Ustabile brudd og åpen buk er også ekskludert da tidlig mobilisering vil kunne forverre tilstanden hos pasientene. Vi har ikke tatt stilling til tidligere

sykdommer hos pasientene fordi man må vurdere individuelle faktorer hos den enkelte pasient. Vi vil også påpeke at det er viktig å huske på at det er kontraindikasjoner for tidlig mobilisering og at man flere ganger per dag må gjøre nye vurderinger av pasientens helhetsbilde (Galapate-Edwardsen & Elsby, 2019).

3.3 Søkeprosess og datasamlingsmetode

For å oppnå god kvalitet i denne litteraturstudien med systematisk tilnærming er det viktig med god søkestrategi. Uten en nøye søkestrategi vil søkene kunne være generelle og uorganiserte. Dette kan føre til at leseren ikke stoler på våre funn som forskere og kan anklage oss for “cherry-picking”. Leseren må kunne føle at funnene er representative for litteraturen (Aveyard, 2019).

Etter å ha bestemt inklusjons og eksklusjonskriterier la vi disse til grunn for å kunne forme gode søkeord til forskningsspørsmålet. Vi brukte nettside (NCBI, 2022) for å finne gode MeSH-termer (Medical Subject Headings) og tekstord (Forsberg & Wengström, 2015). Disse søkeordene ble satt systematisk opp i et PICO-skjema for å kunne gjøre en god søkeprosess. PICO står for: **population** og målgruppe, som i dette litteraturstudiet er intensivsykepleieren og intensivavdelingen (søkeblokk 1).

Intervention/issue, vi ønsket å belyse erfaringer hos en målgruppe (søkeblokk 2).

Comparison for å rette søkelys mot hva vi vil se nærmere på, barrierer (søkeblokk 3) (Polit & Beck, 2017). I denne litteraturstudien kommer ikke o frem i PICO skjema fordi vi ikke ønsker å sammenligne resultater eller ha fokus på resultat som følge av tiltak da o står for **Outcome** (Bjørk & Solhaug, 2008).

Tabell.1 PICO-skjema

	Søkeblokk 1 P: Intensivpasient	Søkeblokk 2 I: Tidlig mobilisering	Søkeblokk 3 Co: Barrierer
Kontrollerte søkeord/ MeSH	Intensiv care unit Intensiv care nursing Artificial ventilation Critically ill patient	Mobilization	Attitude of health personnel
Tekstord	Mechanical ventilation	Early mobilization Early ambulation	Barrier View

For effektive søk i databasene måtte søkeordene kombineres ved hjelp av boolske operatører AND, OR og NOT. Disse vil være med på å begrense og/eller utvide et søk på NCBI (2022). AND brukte vi for å sette sammen to søkeord, der vi ønsker treff på begge. OR brukte vi for å få treff på noen eller begge søkeordene, spesielt der et begrep eller ord kan beskrives med ulike synonymer. Resultatet av denne søkingen ble at man fikk treff på alle artiklene som inneholder enten ordet og/eller det synonyme ordet vi har brukt i sammenheng med OR. Vi har også brukt OR på ord som kan skrives både i entalls- og flertallsform, såkalt «Trunkering». Gjennom å kombinere MeSH og Tekstord på denne måten kom vi frem til søkeresultat med ønsket tema. Vi har bevist valgt å ikke bruke NOT i søkene da vi selv ønsket å selektere bort artikler som ikke falt under inklusjonskriteriene eller temaet vi ønsket å forske på (Forsberg & Wengström, 2015; Friberg, 2017). Kombinasjon av søkeordene vises i søkematrise (Vedlegg 3).

En systematisk søkeprosedyre vil kunne bidra til å unngå skjevheter når man velger studier. Dette vil være med å bidra til at vi ikke kan velge forskningslitteratur som kun bekrefter våre egne tanker og forestillinger (Malterud, 2017b). Vi gjorde systematisk søk i PubMed og Embase med bakgrunn i PICO-Skjemaet. Vi inkluderte alle artiklene som var under 5 år. Deretter brukte vi eksklusjonskriteriene for å utelukke forskning basert på tittel og abstrakt. Når vi hadde gjort søkene, gjennomgått treffene, leste vi igjennom fulltekst og utelukket noen artikler på innhold ved bruk av inklusjon og eksklusjonskriteriene. Vi endte da opp med 9 artikler. Vi fant raskt ut at vi måtte ha flere søkeord. Vi utvidet søkene for å oppnå god bredde, troverdighet og mer konkrete treff (Malterud, 2017a). Vi fant flere søkeord etter å ha lest igjennom «Nøkkelord» på noen av de inkluderte artiklene, vi bestemte oss deretter for å

avtale møte med erfaren bibliotekar for å få hjelp til å anvende våre "nye" søkeord i en database som er relevant for sykepleieforskning. Bibliotekaren hjalp oss med hvordan sette sammen søkeordene for å gjøre et godt litteratursøk. Vi valgte da å søke i Cinahl etter utvidet forskningslitteratur (Aveyard, 2019). Viser dette søket i nytt utvidet PICO-skjema (Tabell 2).

Tabell 2. PICO-skjema ved utvidet søk.

	Søkeblokk 1 P: Intensivpasient	Søkeblokk 2 I: Tidlig mobilisering	Søkeblokk 3 Co: Barrierer
Kontrollerte søkeord/ MeSH	Critical care Respiration artificial	Early ambulation	Attitude of Health personnel
Tekstord	Mechanical ventilation Ventilator patients Emergency Nurse Practitioners	Early mobilization	Barrier(s) Obstacles Challenges Difficulties Issues Problems View Perception Opinions Beliefs

Valg av metode har ingen garanti for kvaliteten man legger i studien. En velskrevet artikkel kan få oss til å tro at forskningen er god, men det trenger den ikke å være. For å oppnå en god artikkel er det viktig at man gjør en vitenskapelig kvalitetsvurdering av materialet som brukes til analyse (Malterud, 2017a). For å få god kvalitet i studien må man være kritisk til forskningslitteraturen og den burde derfor kvalitetssikres. Dette kan gjøres på ulike måter, en velkjent metode er sjekklister. Det er mye diskutert om en standard sjekklister kan avdekke alle sider av valgt litteratur, en sjekklister vil kunne bidra til at vi tenker mer kritisk når vi gjennomgår en forskningsartikkel. Det vil alltid være et spørsmål om skjønner når en artikkel vurderes. Dette skjønnet må oppøves og derfor vil være til stor hjelp for oss som forskere om vi bruker et kvalitetsgranskingsverktøy. Vi har valgt å bruke kvalitetsgranskingsverktøy i form av sjekklister (Malterud, 2017a; Polit & Beck, 2017).

Valg av sjekklister falt på CASP (critical appraisal skills programme), da den passer bra for vurdering av kvalitative studier og for kritisk vurdering av engelske artikler, på denne måten kan CASP hjelpe oss å oppnå god kvalitetsvurdering (Kunnskapsbasert praksis, 2021;

Malterud, 2017a). Etter å ha gjort kvalitetsvurdering av de inkluderte artiklene, valgte vi å ekskludere to av artiklene fordi vi mente at kvaliteten var lav og den inneholdt dårlig språk. Vi laget tabell over kvalitetsvurdering av inkluderte artikler (vedlegg 5), (Forsberg & Wengström, 2015).

Vi valgte å gjøre et utvidet søk med nye søkeord fordi vi ikke fant mengde av forskningslitteratur under første søkerunde. Derfor valgte vi en ny database med samme søkeord som ved sist søk, men med flere alternativer for samme ord. Vi endte opp med 1 artikler etter å ha gjennomgått inklusjons- og eksklusjonskriteriene, tittel og abstrakt. Vi mente da at mengde av artikler totalt ville vise en troverdighet av funn. Oversikt over søkestrategi og resultater etter datainnsamling (Tabell. 3)

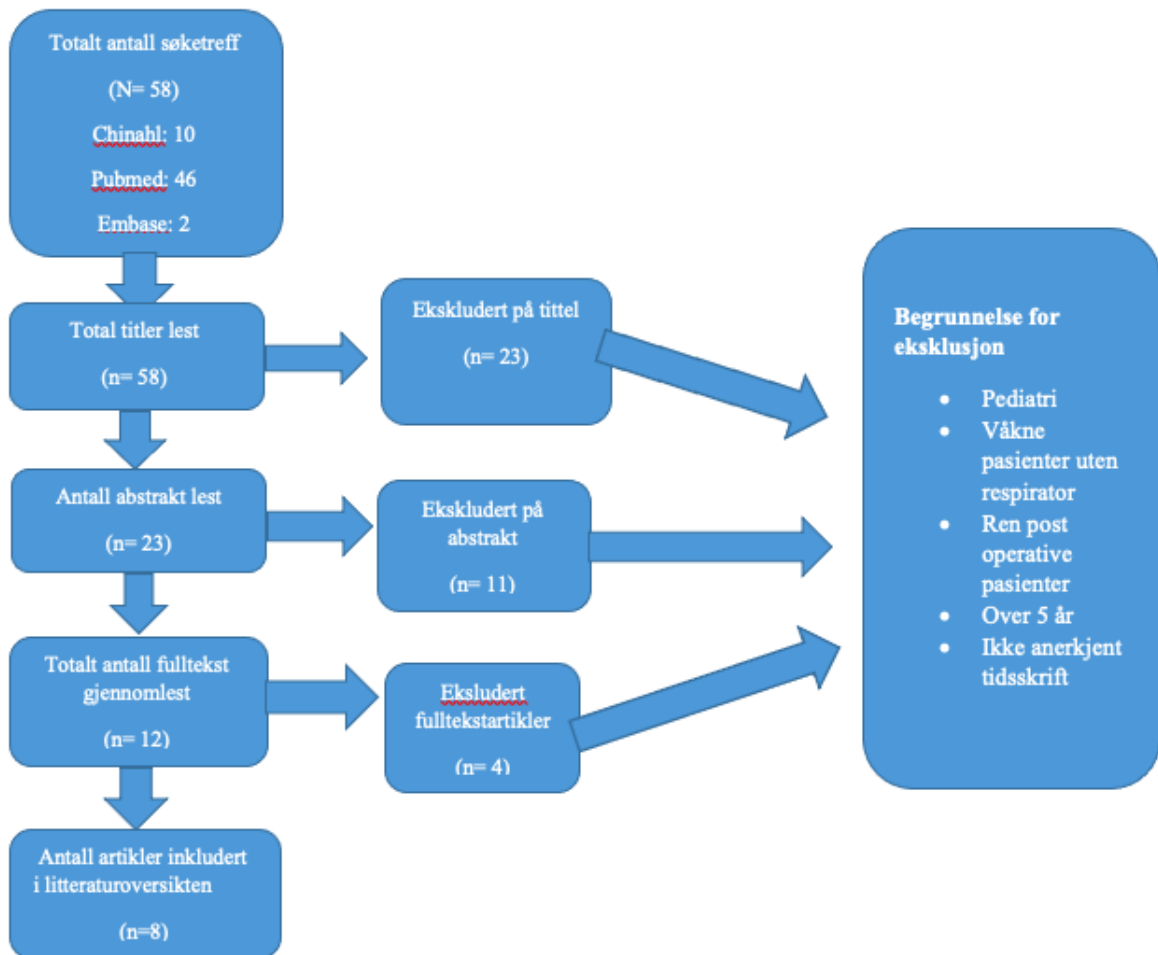
Years	Database	Antall treff	Valgt basert på tittel	Valgt basert på abstrakt	Valgt basert på fulltekst og inklusjonskriteriet
2017-2022	PubMed	46	46	14	4
2017-2022	CINAHL	10	10	7	3
2017-2022	Embase	2	2	2	1
	Total				8

Tabell.3 Søkestrategi og resultater

Vi fordelte de 8 forskningsartikler mellom oss for å gjøre en individuell kritisk vurdering av hver artikkel. Gjennom et tidsrom på 4-5 måneder (Våren 2022) gjennomgikk vi forskningslitteraturen gjentatte ganger. At vi var to som forsket sammen, gjorde det lettere både i forståelse av tekst, men også for sortering og valg av inkluderte artikler. Vi var også påpasselig med å legge minst mulig egentolkning i analysen og ønsker å la hver forskning tre frem med sitt resultat så nyansert som mulig uten for mye tolkning fra vår side. Flytskjema viser utvelgelsesprosessen av de inkluderte artiklene (Figur 1).

Deretter laget vi en presentasjon i en litteraturmatrise der vi presenterte innhold og funn for de inkluderte artiklene, i denne står tidsrom for søk og oppdaterte søk. (vedlegg 4).

Figur 1 Flytskjema søkestrategi.



3.4 Analysemetode

Ved bruk av analyse prøvde vi å finne mening i datamaterialet. Analysen skal bidra til å gi nytt syn på virkeligheten og nye måter å tenke på. Det kan bety fremme nye begreper eller at et fenomen blir satt i en kontekst som tidligere var uforståelig, men som nå blir forståelig. En vellykket kvalitativ analyse bør derfor ha resultater som kan bidra til nye måter å tenke på (Forsberg & Wengström, 2015).

Ifølge Friberg (2017) er analyse av kvalitativ forskning noe som beveger seg fra helhet, til deler for å danne en ny helhet som kan forbindes til ny aktuell forskning og gi en helt ny innsikt. Ved å bruke en hermeneutisk tilnærming må vi ser på den hermeneutiske sirkelen der man fortolker i samspill mellom helhet og del. Hensikten til forskerne i denne studien er å

avdekke barrierene ved tidlig mobilisering. Funnene kan skape større forståelse, og først med forståelse for barriere kan vi sette inn tiltak for å bedre disse. På denne måten kan vi være med å bidra til å ny kunnskap (Friberg, 2017). Først ved å analysere funnene kan man si noe om innholdet. Forskerne i denne studien har valgt å analysere datamaterialet ved hjelp av tematisk analyse av Vaismoradi et al. (2013). Grunnen til valg av analysemetode er fordi tematisk analyse passer godt til en kvalitativ litteraturstudie med systematisk tilnærming. Den passer godt for oss som uerfarne forskere og som ikke er innarbeidet med de ulike analysemetodene (Polit & Beck, 2017).

I følge Vaismoradi et al. (2013) kan man ved bruk av tematisk analyse gi beskrivelse og tolkning, man er både induktive og deduktiv noe som er nødvendig for å forstå helheten og del, for så oppnå sannhet. Tematisk analyse legger vekt på kontekst og er ikke en lineær analyse prosess. Første fase i tematisk analyse var å bli kjent med dataen, noe som ville være med å bidra til felles kunnskapsforståelse av forskningsfeltet. Neste steget i dataanalysen var å klassifisere data, definere og navngi tema for å gjennomgå disse. Forskerne i denne studien tok derfor og leste, analyserte hver forskning hver for seg og etterpå identifiserte sentrale subtema. Deretter tok begge forskerne og sammenlignet forskningen opp mot hverandre og kikket på subtemaene som var notert av hverandre. Ved hjelp av dette kom man frem til hovedtema (Tabell 4). Dette var en prosess der forskerne gikk frem og tilbake mellom datamaterialet, tema og analysedelen, for å finne mening og få frem mønster som gikk igjen. Tematisk analyse er i hovedtrekk en metode som identifiserer, analyserer og rapporterer gjentakende mønstre, barrierene så detaljert og nyansert som mulig. Det siste steget i dataanalysen var rapportering av resultatene, dette var siste mulighet for dataanalyse og forskerne presenterte resultat med en figur (Figur 2) (Vaismoradi et al., 2013).

Forskerne i denne studien er innforstått at ved å bruke tematisk analyse vil funnene som kommer frem være både latente og manifest, være tenkt og forventet, men også ukjent og tilfeldig. I tillegg bør resultatet være gjenkjennelige etter historien som forskerne fortalte om dataen i forhold til forskningsspørsmålet (Vaismoradi et al., 2013).

Tabell. 4 Tematisk analyse av data

Subtema	Artikler (Se vedlegg 4 Litteratormatrise for nummerering)	Hovedtema
<ul style="list-style-type: none"> • Holdninger påvirker • Lite kunnskap om tidlig mobilisering • Kort arbeidserfaring • Redd for skade • Koordinator (for tidlig mobilisering) • Mangel eller dårlig kommunikasjon 	1 – 8	Intensivsykepleier
<ul style="list-style-type: none"> • Overvekt «mangel på hjelpemidler, redd for skade» • Pårørende som ikke samarbeider/er redd • Sedasjon • Konflikter «Påvirker tiden hos andre pasienter» • Risiko for skade • Omsorg • Tid «Daglig rutiner og andre undersøkelser tar tiden» 	1, 3, 4, 6, 8	Pasient
<ul style="list-style-type: none"> • Miljø «mange faktorer rundt som påvirker» • Ledelse «manglende støtte og ledelsesforankring» • Kultur «ingen kultur i avdelingen til mobilisering» • Kollega «lav kompetanse på jobb» • Bemanning «Lav bemanning» 	1 – 7	Intensivavdeling

<ul style="list-style-type: none"> • Opplæring «Ingen tid til opplæring på f.eks hjelpemidler» • Arbeidsrutiner «lite fokus» • Situasjonsbetingede faktorer «uforutsigbarhet i avdelingen» 		
<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi «tenker kostnad» • Underbemanning «stress på jobb» 	1, 2, 3, 4, 6	Helseforetak

3.5 Etiske betraktninger

Man skal alltid stille spørsmål om hensikt når vi tar stilling til om en artikkel har god nok styrke og informasjon til et bestemt formål. Med litteraturstudie som metode bruker studien forskning som allerede eksisterer (Aveyard, 2019). I utførelsen har vi brukt de generelle forskningsetiske retningslinjene til De nasjonale forskningsetiske komiteene (NENT, 2022) og yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2022) for hensyn til pålitelighet og presisjon. I tillegg har vi ved å ha vært systematisk i søk etter forskning, vist fremgangsmåte slik at det kan etterprøves. Ved bruk av andres forskning har man et ansvar med å respektere andres forskningsresultater. Forskerne skal ikke skjule, forfalske eller vri noe av annens forskning i planleggingen, gjennomføringen eller i selve resultatet (NENT, 2022). De vitenskapelige artiklene som er inkludert i denne studien er fagfellevurdert i henhold til etikk før publisering i tidsskrift og vi som forskere har kvalitetssikret med CASP som i tillegg har ett eget punkt for vurdering av forskningsetikken. Ved å gjengi referanser og sitater på en mest mulig presis måte har vi forsøkt å være redelige for å unngå plagiering (Malterud, 2017a).

4.0 Resultat og funn

Analysen resulterte i identifisering av ulike subtema som ble samlet i fire hovedtemaer: intensivsykepleieren, pasienten, intensivavdelingen og helseforetaket. Disse presenteres nærmere nedenfor. For fylligere presentasjon se artikkelmanus *Opplevde barrierer hos*

intensivsykepleiere ved tidlig mobilisering av pasienter som får respiratorbehandling – en litteraturstudie (vedlegg 1) og tematisk kart over resultatet i studien (Vedlegg 6).

4.1 Intensivsykepleierens barrierer

Ifølge studien til Fontela et al. (2018) var over halvparten av deltakerne klar over fordelene ved tidlig mobilisering, selv om de opplevde barrierer som påvirket utøvelsen. Boehm et al. (2021) kom også frem til at intensivsykepleierne hadde kunnskap om viktigheten av tidlig mobilisering. Som et resultat av disse to studiene ble risiko for muskel- og skjelettskade på seg selv, skade på pasient, stress på jobb og arbeidsrutiner sett på som de viktigste barrierene. I tillegg måtte intensivsykepleieren være koordinator og initiativtaker for tidlig mobilisering. Anekwe et al. (2020) understøttet funnene i disse studiene i tillegg til å identifisere barrierer som manglende oppmerksomhet, lite klinisk og teoretisk kunnskap, og mangel på kommunikasjon. Funnene i fem av de andre studiene kommer frem til de samme resultatene av barrierer. Goodson et al. (2020) kom i tillegg frem til at intensivsykepleiere med kort arbeidserfaring opplevde flere barrierer når det kom til tidlig mobilisering enn de som hadde arbeidet i mange år. Andre barrierer som kom frem i denne studien var mangel på kunnskap, negative holdninger og oppførsel. Selv om intensivsykepleierne hadde fått opplæring på utstyr og hjelpemidler kom det frem i Cooper et al. (2021) at 58 % av intensivsykepleierne følte seg ukomfortable i bruken av utstyret. Johnson et al. (2017) undersøkte om sykepleierens tro og holdninger var barrierer i seg selv. De utførte tester før intervensjon i avdelingen og etter. Funnene i denne studien viser at testene etter intervensjon hadde en klar positiv økning.

4.2 Pasient som selve barrieren?

I Fontela et al. (2018) og Babazadeh et al. (2021) opplevdes sederte pasienter som barriere for tidlig mobilisering. Babazadeh et al. (2021) påpekte også at barrierer var om pasienten var ustabil eller overvektig, og kunne føre til skade på helsepersonale eller seg selv. Å ikke gi den beste omsorgen til pasient og pårørende på grunn av samtidighets-konflikter i avdelingen, og at tidlig mobilisering kunne påvirke tiden man burde bruke på andre pasienter, ble opplyst som en hoved barriere i studien til Anekwe et al. (2020).

I Cooper et al. (2021) kom det frem at om intensivsykepleieren har god kjennskap til pasienten opplevdes barrierene mindre enn om pasienten var ukjent. I tillegg fant de ut at barrierer som redsel for å nedprioritere andre pasienter, sikkerhet og pasientskade var stor, selv om 81 % av intensivsykepleierne hadde fått opplæring i relevant utstyr for tidlig

mobilisering. Påførende trekkes frem som en barriere ifølge Fontela et al. (2018) da de var redd for skade på pasienten. Som resultat fra studien til Clarissa et al. (2022) var risiko hoved barrieren for tidlig mobilisering. Subtemaene var definering av pasientstatus og pasientsikkerhet.

4.3 Intensivavdelingen som arena

Ifølge Johnson et al. (2017) kom det frem at påvirkning fra atferd og miljø var en hovedårsak til barrierer. Mange faktorer rundt sykepleier og pasient påvirker opplevelsen av barrierer ved tidlig mobilisering. Sykepleierne opplevde dårlig opplæring og manglende støtte fra ledelse. Dette støtter funnen i Cooper et al. (2021) der bare 17 % av intensivsykepleierne hadde fått opplæring av utstyr som takheis og bare 12 % følte seg komfortable med å bruke disse. Samtidig viste Johnson et al. (2017) at resultat etter intervensjon og opplæring var betydelig bedre på alle punkter og at holdningene til intensivsykepleierne ble bedre.

Fontela et al. (2018) forteller at syn på barrierer var ulikt fra profesjonsutdanning. Legene mente det var lite barrierer som var knyttet til avdeling. Sykepleiere og fysioterapeuter svarte at nesten alle barrierene kunne knyttes opp til avdeling og ledelse. I resultatet av Goodson et al. (2020) kom det frem at kunnskap, holdninger og oppførsel også på klinisk nivå hadde betydning for utførelse av tidlig mobilisering. I fire av studiene oppga sykepleieren mangel på kvalifisert og lite tilgjengelig personell på vakt som en barriere. Tid til selve gjennomføringen og mangel på fagprosedyre ble og tatt frem i Babazadeh et al. (2021). Anekwe et al. (2020) understøttet flere av funnene i disse studiene, men barrierer var også mangel på kommunikasjon på tvers og uforutsigbarheten i en intensivavdeling. I tillegg var mangel på individuell tilrettelegging, mobiliseringskultur i avdelingen og implementering av fagprosedyrer opplevd som barrierer. Det kom også frem at tilstedeværelse og støtte fra fysioterapeut var viktig.

4.4 Helseforetak som virksomhet og barriere

I Anekwe et al. (2020); Babazadeh et al. (2021); Boehm et al. (2021); Fontela et al. (2018) ble underbemanning, dårlig kunnskap blant ansatte og vikarer, og tilgjengelig personale nevnt som hoved barrierer. Dette var med å føre til en arbeidshverdag preget av stress og usikkerhet. Boehm et al. (2021) nevnte barrierer som «umiddelbar risiko vs. langsiktig gevinst». Sykepleierne hadde kunnskap om fordelene tidlig mobilisering hadde for pasienten: forebygge blodpropp, lungebetennelse, redusere døgn på sykehus og forbedrer pasient moralen, samtidig som de var klar over risikoene de burde være observante på.

5.0 Diskusjon

Hensikt og forskningsspørsmål blir besvart med resultatene og viser til et sammensatt helhetsbilde. Det er allikevel fult mulig å gjøre noe med disse barrierene for å bedre behandlingen pasientene mottar, og yrkesutøvelsen intensivsykepleieren gir.

5.1 Diskusjon av funn

Funnen i denne litteraturstudien viser at intensivsykepleieren opplever barrierer fra ulike hold som gjør jobben med tidlig mobilisering vanskelig. Ifølge flere studier kom det frem at intensivsykepleierne var klar over fordelene og viktigheten ved tidlig mobilisering. Seks av åtte studier identifiserte lite klinisk og teoretisk kunnskap om tidlig mobilisering i tillegg til mangel på kommunikasjon. Man kan med dette stille spørsmål og diskutere om mangel på erfaren kjent personell var med å påvirke miljøet i avdelingen på en negativ måte. I Goodson et al. (2020) beskrives det at intensivsykepleiere med kort arbeidserfaring opplevde flere barrierer når det kom til tidlig mobilisering enn de som hadde arbeidet lenge. Dette understøtter behovet for erfaren personale. Erfaren personale i avdelingen som kan støtte og hjelpe intensivsykepleiere som er ny og har mindre erfaring vil bidra positivt. Det er også leders ansvar og sørge for opplæring slik at de ansatte føler seg trygge i arbeidsutøvelsen.

Johnson et al. (2017) undersøkte om sykepleierens tro og holdninger var barrierer i seg selv for tidlig mobilisering. De utførte tester før intervensjon i avdelingen og etter. Funnene viste at testene etter intervensjon hadde en klar positiv økning. Dette støtter forståelsen at ved å avdekke barrierer og setter inn tiltak kan man bidra til bedre holdning og tro hos intensivsykepleieren, noe som kan være med å bidra til bedre pasientbehandling. Det kom også frem fra studier at påvirkning av atferd og miljø var en hovedårsak til barrierer. Intensivsykepleierne opplevde å manglende støtte fra leder og lite miljø for endringskultur.

Selv om intensivsykepleierne hadde fått opplæring på utstyr og hjelpemidler kom det frem at over halvparten av intensivsykepleierne følte seg ukomfortable i bruken av utstyret. Funnen viste at 17 % av intensivsykepleierne hadde fått opplæring ved bruk av utstyr som takheis og bare 12 % av disse følte seg komfortable med å bruke det (Cooper et al., 2021). Dette forteller oss som forskere at kvalitet på opplæring har noe å si for effekten og at den burde gis med individuell tilpassing ved behov. Det må være rom for en ansatt å si ifra, men også stille

spørsmål både til kollega og leder. I tillegg er opplæring av utstyr og praktisk læring viktig og burde skje på avdelingsnivå, der det er rom for individuell tilpasning der det trengs.

Fontela et al. (2018) forteller at syn på barrierer var ulikt fra profesjonsutdanning. Legene mente det var lite barrierer for tidlig mobilisering som var knyttet til avdeling. Sykepleiere og fysioterapeuter svar viste derimot at nesten alle barrierene de opplevde kunne knyttes opp til avdelingen. I tillegg opplevdes mangel på gode arbeidsrutiner som barriere. Det er intensivavdelingen og leder som har ansvaret for at det foreligger gode arbeidsrutiner. Flere intensivsykepleiere sa at samtidighetskonflikter i avdelingen påvirket omsorgen pasient og pårørende fikk. Når intensivsykepleieren opplever dårlig bemanning, lav kompetanse på jobb, når deres utfordringer og opplevde barrierer, ikke blir sett eller forstått av andre profesjoner oppleves det som en barriere. Vi kan da stille spørsmål om det kanskje er vanskelig å forholde seg positiv til alt som burde, skal og må gjøres.

Sederte, ustabile eller overvektige pasienter ble sett på som en barrierer (Babazadeh et al., 2021; Fontela et al., 2018). Dette kan ha noe med tidligere funn og gjøre, at de er redde for skade på seg selv eller pasient. Åpen dialog i avdelingen kan være med å skape forståelse, med forståelse kan det være lettere å være åpen og fortelle det man føler eller opplever. Ofte er det flere som opplever det slikt. For at intensivsykepleieren skal kunne kartlegge egenomsorgsevne for å kunne gi god yrkesutøvelse og omsorg må intensivsykepleieren føle seg trygg på den jobben som skal gjøre. Dette krever en kultur i avdelingen der man kan diskutere, prate og hjelpe hverandre. I følge Orem er det intensivsykepleierens jobb å utføre praktiske handlinger for å bidra til egenomsorg og for å kunne forebygge nye begrensninger hos pasienten. Det vil også være med å bidra til forståelse for pårørende som er redde.

Tid til selve gjennomføringen av tidlig mobilisering og mangel på fagprosedyre ble og tatt frem som barrierer. Anekwe et al. (2020) mente i tillegg at mangel på kommunikasjon på tvers og uforutsigbarheten i en intensivavdeling var barrierer for tidlig mobilisering. Mangel på individuell tilrettelegging, mobiliseringskultur i avdelingen og implementering av fagprosedyre opplevdes som store barrierer som påvirket intensivsykepleieren i yrkesutøvelse. Det kom også frem at tilstedeværelse og støtte fra fysioterapeut var viktig. Det forteller noe om viktigheten av tverrfaglig team og kommunikasjon på tvers av profesjonen. I tillegg burde det foreligge en fagprosedyre slik at man kan forholde seg til lik informasjon og utøvelse. Dette kan bidra til trygghet og at intensivsykepleierne jobber mer likt. Intensivsykepleieren

har selv et ansvar og sette seg inn i ny forskning og bidra til et godt arbeidsmiljø, men dette krever at det er en avdelingskultur til forbedring og samhandling.

Helseforetaket har et ansvar som virksomhet til blant annet for å bidra til forskning og undervisning. Helseforetaket driv helsetjenesten og legger føringer for disse, her inngår økonomiske føringer. En arbeidshverdag preget av usikkerhet og stress der intensivsykepleierne følte seg presset mellom umiddelbar risiko satt opp mot langsiktig gevinst et ikke gunstig. I starten av denne studien fant vi artikler som tok for seg det økonomiske ved tidlig mobilisering. Funn fra disse studiene viste at ved å starte tidlig mobilisering på akutt syke pasienter som mottok respiratorbehandling på intensivheten kunne helseforetakene hatt en gjennomsnittlig besparelse på over 3.1 millioner kroner. Man kan da diskutere om helseforetakene kan prioritere annerledes og hvorfor ikke det er fokus på implementering av behandling og hjelp som vi vet det er med å spare tid, ressurser, sengeplasser og har stor positiv effekt hos pasienten.

5.2 Studiens styrker og svakheter

Litteraturstudie kan ikke alltid gi et utvidet bilde av selve datainnsamlingen. Dette kan gi oss spørsmål om troverdigheten til studiene vi har brukt. I de inkluderte studiene der det er brukt intervju eller spørreskjema kan man ikke være sikker på at ikke det er lagt meninger i svarene til deltakerne (Polit & Beck, 2017). Svakheter ved å ha valgt en litteraturstudie med systematisk tilnærming kan være om vi ikke er klar over og åpen om vår egen forforståelse, dette vil kunne påvirke analysen og resultatene i studien. En uerfaren forsker vil ikke ha lik tilgang til ressurser som den erfarne (Aveyard, 2019). Som forskere er det viktig at vi viser hvordan datainnsamlingen er gjennomført, dette for å oppnå god troverdighet (Forsberg & Wengström, 2015).

Når man skriver ett litteraturstudie må man være klar over svakheter og styrker ved arbeidet som utføres da vi som forskere gjør selve datainnsamlingen og analysen. Når man utfører forskning på andres arbeid må man bruke stor forsiktighet og det er viktig at vi som forskere er klar over våre egne forutsetninger i prosessen. Det er viktig at fenomenet får tre frem med minst mulig påvirkning, noe som fører til pålitelighet og større troverdighet. Ved lite erfaring i litteraturstudie er det viktig å være observante på sine svakheter og være klar over at det ikke

er egne meninger og tanker som skal bekreftes. Man må bruke primærforskningen i sin helhet for å unngå skjevheter og for å gjøre studien mest mulig transparent (Polit & Beck, 2017).

Vi har hatt jevnlig veiledning under prosessen med å skrive denne masteroppgaven. Vi har diskutert med veiledere for å være med å skape større troverdighet i studien.

At vi er to forskere, kan være en styrke da samarbeidet kan ha vært med å bidra til felles forståelse for innholdet i de inkluderte vitenskapsartiklene. I vårt samarbeid har vi hele tiden hatt fokus på å være systematiske og strukturerte under prosessen. At vi valgte å vurdere artiklene hver for oss før vi gjorde dette sammen, anser vi som en styrke for studien.

Vi har valgt å vise kvalitetsgranskningen av de inkluderte artiklene i denne oppgaven (vedlegg 5). Dette for å skape transparens og troverdighet. Vi som forskere har i denne studien vært opptatt av å være klar over ulempe som kan være ved å bruke en sjekkliste. Ved å bruke sjekklister kan man få følelsen av at vanskelige spørsmål kan besvares med ja og nei. Selv om man svarer ja på alle spørsmålene i en sjekklister behøver ikke dette og betyr at den vitenskapelige artikkelen er feilfri eller at artikkelen leverer ny kunnskap på en god måte. En sjekklister skal derfor bare fungere som et hjelpemiddel og ikke som et mål (Malterud, 2017a). Søkestrategien har svakheter ved at vi var tidsbegrenset og bruk av andre databaser eller søkeord kunne ført til andre artikler med annerledes resultat. Vi har i løp av denne forskningsreisen lært mye og sitter igjen med en større forståelse for hvordan vi kan bidra med kunnskap i praksis.

6.0 Konklusjon

Tidlig mobilisering av intensivpasienter som får respiratorbehandling blir ikke gjort i den grad det burde. Funnene i denne studien viser at intensivsykepleieren opplever barrierer fra flere ulike hold som vanskeliggjør tidlig mobilisering av pasienter på respirator. Noen av funnene kan man tenke seg er lett og gjøre noe med, andre vanskeligere. Noen av funnene er synlige, andre ikke. Noen er faktorer fra andre hold, mens andre er fra intensivsykepleieren selv. For å kunne forstå hvordan disse barrierene påvirker intensivsykepleieren i sin arbeidsutøvelse må man se på helheten og hvordan dette påvirker delene. Denne studien fant barrierer knyttet opp til fire hovedtema. Økt fokus på tidlig mobilisering i avdelingen vil kunne bidra til en kultur der intensivsykepleieren tar ansvar for barrierer som kan gjøres noe med på personlig hold, men også der leder, avdeling og helseforetaket bidrar til å gjøre noe med barrierene som er

avdekket. Slik kan studien implisere dagens praksis og føre til en bedre helhetlig behandling av pasienten.

6.1 Implikasjon for praksis

Med denne studien håper forskerne at ikke bare intensivsykepleierne, men også annet helsepersonell og ledere vil kunne rette fokus på resultatet av denne studien. I planlegging av denne litteraturstudien reflekterte vi over hvordan funnene kunne være hjelpsomme i praksis og hva den kunne bidra med. Resultatene i denne studien viser at både implementering av fagprosedyre for tidlig mobilisering, men også større fokus på temaet kan bidra til en endring i kulturen i avdelingen. Vi håper denne studien kan bidra til en bedre arbeidshverdag for intensivsykepleierne der tiltak mot barrierer for tidlig mobilisering blir satt i fokus. Vi vet at dette vil ha stor effekt hos pasientene.

6.2 behov for videre forskning

Som forslag for videre forskning i feltet hadde det vært interessant og sett en studie gjort før og etter implementering av mobiliseringsprotokoll eller fagprosedyre. Dette for å se om flere pasienter på respirator blir mobilisering i en tidlig fase og om intensivsykepleieren opplever mindre barrierer.

Referanser

- Anderson, R. J., Sparbel, K., Barr, R. N., Doerschug, K. & Corbridge, S. (2018). Electronic Health Record Tool to Promote Team Communication and Early Patient Mobility in the Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*, 38(6), 23-34.
- Anekwe, D. E., Milner, S. C., Bussi eres, A., de Marchie, M. & Spahija, J. (2020). Intensive care unit clinicians identify many barriers to, and facilitators of, early mobilisation: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *J Physiother*, 66(2), 120-127.
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care : a practical guide* (4th. utg.). Open University Press/ McGraw- Hill Education.
- Babazadeh, M., Jahani, S., Poursangbor, T. & Cheraghian, B. (2021). Perceived barriers to early mobilization of intensive care unit patients by nurses in hospitals affiliated to Jundishapur University of Medical Sciences of Ahvaz in 2019. *J Med Life*, 14(1), 100-104.
- Bj ork, I. T. & Solhaug, M. (2008). *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie : en ressursbok*. Akribe.
- Boehm, L. M., Lauderdale, J., Garrett, A. N. & Piras, S. E. (2021). A multisite study of multidisciplinary ICU team member beliefs toward early mobility. *Heart Lung*, 50(1), 214-219.
- Buanes, E., Alnes., Kv ale, Reidar., & Barratt-Due, Andreas. (2020). *Norsk intensiv- og pandemiregister  rsrapport for 2020 med plan for forbedringstiltak*.
- Cavanagh, S. J. (1999). *Orems model i praksis*. Munksgaard.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forl.
- Clarissa, C., Salisbury, L., Rodgers, S. & Kean, S. (2022). A Constructivist Grounded Theory of Staff Experiences Relating to Early Mobilisation of Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care. *Glob Qual Nurs Res*, 9, 23333936221074990-23333936221074990.
- Cooper, D., Gasperini, M. & Parkosewich, J. A. (2021). NURSES' PERCEPTIONS OF BARRIERS TO OUT-OF-BED ACTIVITIES AMONG PATIENTS RECEIVING MECHANICAL VENTILATION. *American journal of critical care*, 30(4), 266-274.
- Dybwik, K. (2009). *Respiratorbehandling : lærebok for sykepleiere* (2. utg. utg.). Gyldendal akademisk.
- Falkenstein, B. A., Skalkowski, C. K., Lodise, K. D., Moore, M., Olkowski, B. F. & Rojavin, Y. (2020). The Economic and Clinical Impact of an Early Mobility Program in the Trauma Intensive Care Unit: A Quality Improvement Project. *J Trauma Nurs*, 27(1), 29-36.
- Fontela, P. C., Forgiarini, L. A. & Friedman, G. (2018). Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*, 30(2), 187-194.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omv rldnadsforskning* (4. utg. utg.). Natur & kultur.
- Friberg, F. (2017). *Dags f r uppsats : vägledning f r litteraturbaserade examensarbeten* (3. uppl. utg.). Studentlitteratur.
- Galapate-Edwardsen, I. B. & Elsby, L. (2019). *Tidlig mobilisering av voksne intensivpasienter -En kunnskapsbasert fagprosedyre* [University of Stavanger, Norway].
- Goodson, C. M., Friedman, L. A., Manthey, E., Heckle, K., Lavezza, A., Toonstra, A., Parker, A. M., Seltzer, J., Velaetis, M., Glover, M., Outten, C., Schwartz, K., Jones,

- A., Coggins, S., Hoyer, E. H., Chan, K. S. & Needham, D. M. (2020). Perceived Barriers to Mobility in a Medical ICU: The Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey for the ICU. *J Intensive Care Med*, 35(10), 1026-1031.
- Gulbrandsen, T. (2020). *Sedasjon*. Cappelen Damm akademisk.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.*
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. utg.). Universitetsforl.
- NAOB. (2022). *Det norske akademiske ordbok*.
- Negro, A., Cabrini, L., Lembo, R., Monti, G., Dossi, M., Perduca, A., Colombo, S., Marazzi, M., Villa, G., Manara, D., Landoni, G. & Zangrillo, A. (2018). Early progressive mobilization in the intensive care unit without dedicated personnel. *The Canadian journal of critical care nursing*, 29(3), 26-31.
- NENT. (2022). *Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi*.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed. utg.). Wolters Kluwer.
- Talylor, S. G. (2011). Sygeplejeteoretikere : bidrag og betydning i moderne sygepleje. I A. M. Tomey, & Alligod, M.R (Red.), *Nursing theorists and their work* (s. 257-285). Munksgaard.
- Vaismoradi, M., Turunen, H. & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*, 15(3), 398-405.

Vedlegg.1 Artikkelmanus

Opplevde barrierer hos intensivsykepleiere ved tidlig mobilisering av pasienter som får respiratorbehandling - en litteraturstudie.

Forfattere:

Linn Maren Lillevik. Intensivsykepleier ved Nordlandssykehuset Bodø. Masterstudent i intensivsykepleie.

Toyvo Vågan. Intensivsykepleier ved Nordlandssykehuset Bodø. Masterstudent i intensivsykepleie.

Kontaktperson:

Navn: Linn Mare Lillevik

Postadresse: Løpsmarka 16, 8016 Bodø

E-post: linn_m88@hotmail.com

Telefonnummer: 99151312

Antall ord: 3000

Antall tegn (inkludert mellomrom): 19 903

Antall figurer: 2

Antall tabeller: 1

Link til tidsskriftet Sykepleien Forskning:

<https://sykepleien.no/forskning>

Til redaktøren

Forfatterne vil presentere forskningsartikkelen; «*Hvilke barrierer opplever intensivsykepleiere ved tidlig mobilisering av pasienter som får respiratorbehandling?*»

Denne artikkelen er et resultat av vår masteroppgave i spesialsykepleier. Som tidligere studenter i intensivsykepleier, erfaring som sykepleier og intensivsykepleiere har vi erfart konsekvensene av tidlig mobilisering, helsegevinsten for pasient, pårørende og helseforetak i sin helhet. Vi har observert at det er ulik praksis innen tidlig mobilisering av intensivpasientene. Dette skapte inspirasjon til å få utført en forskningsstudie. Etter å ha gjennomført litteratursøk kom det frem at intensivsykepleierne opplever barrierene som vanskeligjorde tidlig mobilisering av pasienter på respirator. Forskningen beskrev lite om hva som var selve barrierene intensivsykepleier opplever. Det eksisterer svært lite skandinavisk litteratur som var publisert angående tidlig mobilisering og barrierer. Det dannet interesse og engasjement i vårt forskningsprosjekt. Litteratursøk avdekker et kunnskapshull som undersøkes videre i denne studien.

Artikkelen vil gi et innblikk i intensivsykepleierens opplevde barrierer ved tidlig mobilisering av pasienter som får behandling med respirator. Ved å avdekke barrierene intensivsykepleieren opplever vil man kunne oppnå og skape en ny forståelse for barrierene intensivsykepleierne opplever, først ved forståelse kan man sette inn tiltak for å bedre disse og på denne måten kan vi være med å bidra til å nå ny kunnskap. Denne kunnskapen kan brukes både for implementering i praksis, både ved hjelp av endring av rutiner og holdninger, men også ved implementering av fagprosedyre for tidlig mobilisering. Studien kan også være med å påvirke behov for videre forskning.

Forfatterne til denne artikkelen har avveket fra forfatterveiledning ved å legge tabell og figurer inn i artikkelen for å oppnå god leservennlighet i masteroppgaven.

Resultatene av litteraturstudien er presentert i en masteroppgave som leveres 15.

November.2022.

Hovedforfattere, Linn Maren Lillevik og Toyvo Vågan, er utdannet intensivsykepleiere. Vi har gjennomført en tematisk analyse av datamaterialet. Vi har ved bruk av litteraturstudie m/systematisk tilnærming, analysert og formulert resultatene i artikkel med kappe til masteroppgaven.

Sammendrag

Bakgrunn: Tidlig mobilisering av pasienter som mottar respiratorbehandling påvirker pasient, pårørende og helseforetakene på en positiv måte. Til tross for dette blir ikke pasienten mobilisert i den grad de burde. Nasjonal og internasjonal forskning forteller at intensivsykepleieren opplever barrierer som vanskeliggjør tidlig mobilisering. Intensivsykepleiere har en sentral og viktig rolle for tverrfagligteam og pasientbehandling. Det fins lite forskning på hvordan barrierer det er intensivsykepleierne opplever.

Hensikt: Hensikten med denne studien er å undersøke barrierer intensivsykepleierne opplever ved tidlig mobilisering av intensivpatienten. Denne studien har følgende forskningsspørsmål: *Hvilke barrierer opplever intensivsykepleiere ved tidlig mobilisering av pasienter som får respiratorbehandling?*

Metode: Studien har et kvalitativt design. Vi gjorde et litteratursøk med systematisk tilnærming våren 2022 i databasene Cinahl, Embase og PubMed. Søkeord som ble brukt var: Intensive care nursing, early ambulation, barrier og view. Forskningsmaterialet er analysert ved bruk av tematisk analyse av Vaismoradi et al (2013).

Resultat: Analysen resulterte i fire hovedtema: Intensivsykepleierens barrierer, Pasient som selve barrieren?, Intensivavdelingen som arena og Helseforetak som virksomhet og barriere. Resultatene av data viser at barrierer som påvirker tidlig mobilisering er komplekse og sammensatte, men fremdeles fullt mulig å gjøre noe med.

Konklusjon: Tidlig mobilisering av denne pasientgruppen er komplisert og krever avanserte ferdigheter hos den som utfører det. Intensivsykepleieren opplever barriere som vanskeliggjør utførelsen av tidlig mobilisering. Denne studien fant barrierer knyttet opp til fire hovedtema. Studien impliserer praksis ved å belyse barrierer intensivsykepleieren møter ved tidlig mobilisering, og kan være med å bidra til en bedre helhetlig behandling av pasienten. Økt fokus på tidlig mobilisering kan bidra til ny tenkning og kulturendring i intensivavdelingen.

Nøkkelord: #Mekanisk ventilasjon #Litteraturstudie #Tidlig mobilisering #intensivpasienter #Barrierer

Studiens kunnskapsbidrag

Hva visste man fra før?

- Pasienter innlagt på intensivsenheten med respirator blir ikke tidlig mobilisert i den grad de burde, selv om helsepersonell vet om viktigheten av dette og fordelene
- Intensivsykepleieren er spesialist innenfor sykepleierfaget og skal utøve avanserte ferdigheter i pasientbehandlingen av akutt kritisk syke
- Intensivsykepleieren opplever høy arbeidsbelastning som påvirker yrkesutøvelsen

Hva ble gjort?

- Litteraturstudie med systematisk tilnærming ble brukt i analyse av 8 vitenskapelige artikler
- Analysen er gjennomført ved bruk av tematisk analyse

Hva er studiens bidrag, hva tilfører den, til hva eller hvem?

- Studien avdekker barrierer intensivsykepleieren opplever ved tidlig mobilisering av intensivpasienter som mottar respiratorbehandling
- Riktig kompetanse bidrar til en mer helhetlig pasientbehandling
- Studien beviser at intensivsykepleierne opplever barrierer som påvirker pasient, pårørende, intensivsykepleier, kollega, leder og hele helseforetaket

Introduksjon

Interessen for barrierer ved tidlig mobilisering utviklet seg under praksis ved videreutdanningen master i intensivsykepleie og på jobb. Det forelå ingen fagprosedyre for tidlig mobilisering av pasienter som mottok respiratorbehandling og vi merket at intensivsykepleiere jobbet forskjellig. Respiratorbehandling er en spesialisert og avansert behandling som krever kompetent personalet med videreutdanning og opplæring (1, 2). Ifølge Cooper, Gasperini (3) vil immobilisering av pasienter på respirator føre til muskelsvinn. Daglig svekkes muskelmassen med 1-1.5 % og tapet av muskelmasse er størst den første uken. Immobilisering fører også til at ortostatisk toleranse reduseres. I studien kommer det også frem at intensivsykepleiere opplevde barrierer som vanskeliggjorde tidlig mobilisering av pasienter på respirator (ibid). Ifølge studiene til Klem, Tveiten (4) og Cooper, Gasperini (3) kom det frem at pasienter som mottok respiratorbehandling på intensivheten ikke ble tidlig mobilisert. Intensivsykepleierne opplevde barrierer som gjorde tidlig mobilisering vanskelig, selv om studien viste at tidlig mobilisering av denne pasientgruppen er trygt. Woodbridge, Norton (5) sier at barrierene intensivsykepleieren opplever må forskes på da det foreligger lite studier om barrierene. Det foreligger derimot mye ny forskning på tidlig mobilisering av pasienter som får respiratorbehandling.

Forskningsspørsmål og hensikt

Hensikten med denne studien er å undersøke barrierer intensivsykepleierne opplever ved tidlig mobilisering av intensivpasienten som mottar respiratorbehandling. Vi utformet følgende forskningsspørsmål: *Hvilke barrierer opplever intensivsykepleiere ved tidlig mobilisering av pasienter som får respiratorbehandling?*

Metode

For å undersøke intensivsykepleierens opplevde barrierer valgte vi å benytte kvalitativ metode utført som litteraturstudie med systematisk tilnærming. Grunnen til valg av kvalitativ metode er fordi vi hadde mål om å forstå og beskrive, fortolkningslære legger premisser for forskningen. Forforståelse er et viktig begrep i hermeneutikken, både intensivsykepleierne vi ønsker å forstå og vår bakgrunn vil være med i prosessen for forståelse og fortolkning.

Begreper og språk, tro og forestillinger, og våre personlige erfaringer inngår som faktorer i forforståelse. Alle disse faktorene tar vi med oss i vårt forsøk på fortolkning av fenomenet, barrierer. Konteksten fenomenet oppstår i er viktig for å skape forståelse og gir innsikt i hermeneutikken (6, 7).

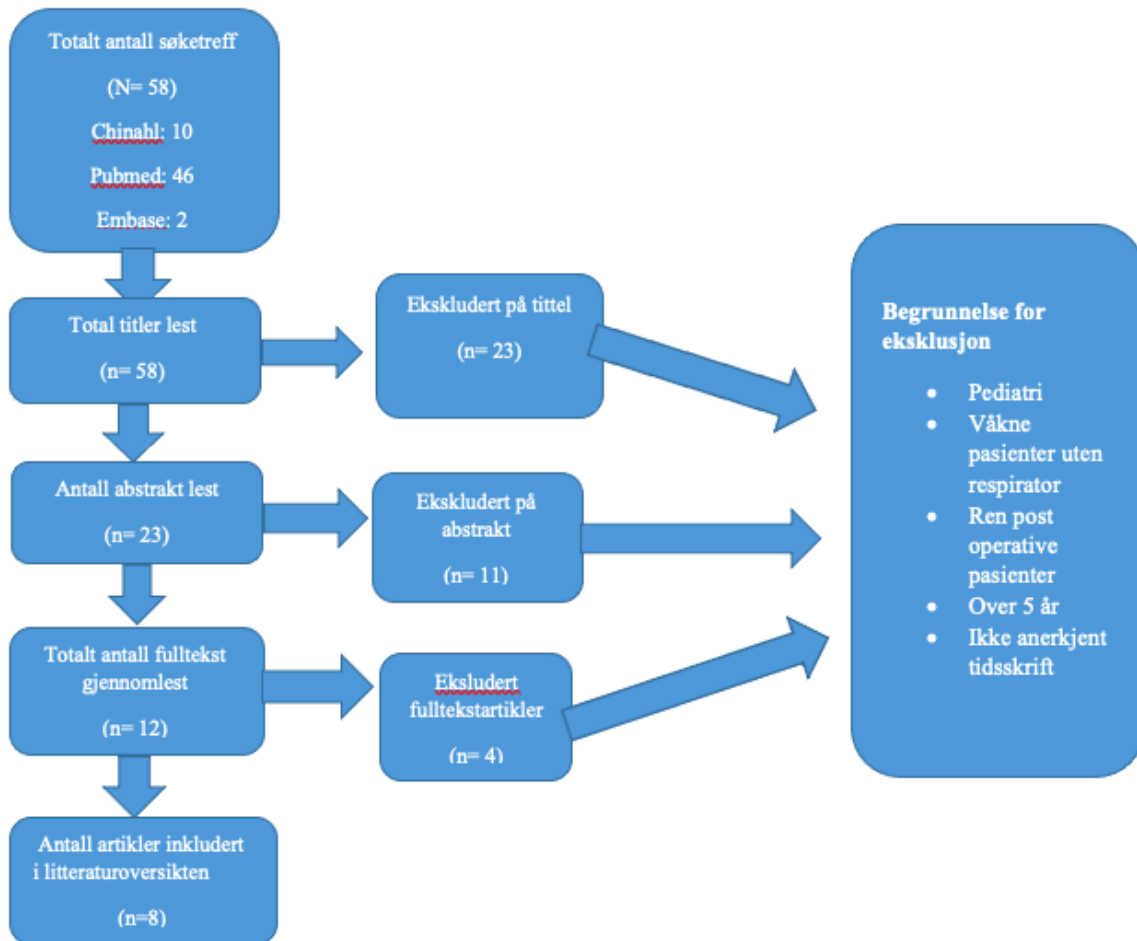
Formålet er å undersøke meningsinnhold i kulturelle og sosiale fenomener. På denne måten får man frem selve opplevelsen for de det vedrører og kan dermed komme frem til ny kunnskap. Vi kan da få en større forståelse for hele menneske, eller forstå sammenheng i det de gjør (8). Litteraturstudie som metode har som fremgangsmåte å innhente, evaluere og presentere eksisterende og tilgjengelig forskning. Grunnen til at vi har valgt litteraturstudie er fordi vi da kan være forklarende, bruke data nøyaktig og resultatene er kontrollerbare (6, 9).

Datainnsamling

Vi bestemte inklusjons og eksklusjonskriterier for å forme gode søkeord. Vi satte søkeord opp systematisk i et PICO-skjema ved bruk av MeSH (Medical Subject Headings) og tekstord. For effektive søk kombinerte vi ordene ved hjelp av boolske operatorer AND og OR. Vi utførte systematisk søk i PubMed, Embase og Cinahl basert på PICO-skjema og inklusjons og eksklusjonskriteriene. Søkene ble gjort over to ganger. Forfatterne av denne artikkelen samlet inn data og gjennomgikk dette over en tidsperiode på 4-5 mnd (våren 2022).

En systematisk søkeprosedyre vil kunne bidra til å unngå skjevheter når man velger studier. Dette vil være med å bidra til at vi ikke kan velge forskningslitteratur som kun bekrefter våre egne tanker og forestillinger. Leseren må kunne følte at funnene er representative for litteraturen (8, 9).

Figur 1 Flytskjema søkestrategi



Analyse

Analysen skal kunne hjelpe å gi nytt syn på virkeligheten og nye måter å tenke på (10). Først etter å ha analysert funnene i studien kan man si noe om innholdet. Resultatene kan skape en større forståelse, først med forståelse for barriere kan vi sette inn tiltak for å bedre disse, på denne måten kan vi være med å bidra til å ny kunnskap (6). Forskerne i denne studien har valgt å analysere datamaterialet ved hjelp av Vaismoradi et. al (2013). Valg av analysemetode er fordi den passer godt til en kvalitativ litteraturstudie med systematisk tilnærming. Tematisk analyse passer også godt for oss som er uerfarne som forskere og som ikke er innarbeidet med de ulike analysemetodene (9, 11).

I følge Vaismoradi, Turunen (12) kan man ved bruk av tematisk analyse gi beskrivelse og tolkning, man er både induktive og deduktiv noe som er nødvendig for å forstå helheten og del for å oppnå sannhet. Tematisk analyse legger vekt på kontekst og er ikke en lineær analyse prosess. Første fase i tematisk analyse var å bli kjent med dataen, noe som vil være med å bidra til en felles kunnskapsforståelse av forskningsfeltet. Neste steget i dataanalysen var å klassifisere data, definere og navngi tema for å gjennomgå disse. Forskerne i denne studien leste og analyserte hver forskning hver for seg og identifiserte sentrale subtema. Deretter tok vi og sammenlignet forskningen opp mot hverandre og subtemaene som var notert av hverandre. Ved hjelp av dette kom man frem til hovedtema (Tabell 1). Dette var en prosess der forskerne gikk frem og tilbake mellom datamaterialet, tema og analysedelen, for å finne mening og få frem mønster som gikk igjen. Tematisk analyse er i hovedtrekk en metode som identifiserer, analyserer og rapporterer gjentakende mønstre om barrierer detaljert og nyansert av funn i datainnsamlingen. Det siste steget i dataanalysen var rapportering av resultatene fra tidligere trinn, dette er siste mulighet for dataanalyse og forskere kan gjerne presentere resultat med en modell eller figur (12).

Tabell 1 Tematisk analyse av data

Subtema	Artikler (Se vedlegg 4 Litteraturmatrise for nummerering)	Hovedtema
<ul style="list-style-type: none"> • Holdninger påvirker • Lite kunnskap om tidlig mobilisering • Kort arbeidserfaring • Redd for skade • Koordinator (for tidlig mobilisering) • Mangel eller dårlig kommunikasjon 	1 – 8	Intensivsykepleier
<ul style="list-style-type: none"> • Overvekt «mangel på hjelpemidler, redd for skade» • Pårørende som ikke samarbeider/er redd • Sedasjon 	1, 3, 4, 6, 8	Pasient

<ul style="list-style-type: none"> • Konflikter «Påvirker tiden hos andre pasienter» • Risiko for skade • Omsorg • Tid «Daglig rutiner og andre undersøkelser tar tiden» 		
<ul style="list-style-type: none"> • Miljø «mange faktorer rundt som påvirker» • Ledelse «manglende støtte og ledelsesforankring» • Kultur «ingen kultur i avdelingen til mobilisering» • Kollega «lav kompetanse på jobb» • Bemanning «Lav bemanning» • Opplæring «Ingen tid til opplæring på f.eks hjelpemidler» • Arbeidsrutiner «lite fokus» • Situasjonsbetingede faktorer «uforutsigbarhet i avdelingen» 	1 – 7	Intensivavdeling
<ul style="list-style-type: none"> • Økonomi «tenker kostnad» • Underbemanning «stress på jobb» 	1, 2, 3, 4, 6	Helseforetak

Etiske overveielser

I utførelsen av forskningen har vi brukt de generelle forskningsetiske retningslinjene og yrkesetiske retningslinjer for å ta hensyn til pålitelighet og presisjon (13, 14). Man skal alltid stille spørsmål om hensikt når man tar stilling til om en artikkel har god nok styrke og informasjon til et bestemt formål. De vitenskapelige artiklene som er inkludert i denne studien

er fagfellevurdert i henhold til etikk før publisering i tidsskrift og vi som forskere har kvalitetssikret med CASP som i tillegg har ett eget punkt om etikk der vi vurderer forskningsetikken (15).

Resultat

Analysen resulterte i identifisering av flere subtema som gikk igjen, disse ble sortert og samlet i fire hovedtemaer som presenteres nedenfor. For fylligere presentasjon og samlede funn se Figur 2, tematisk kart over resultatet i studien.

Intensivsykepleierens barrierer

Ifølge Fontela, Forgiarini (16) var over halvparten av deltakerne klar over fordelene ved tidlig mobilisering, på tross opplevde de barrierer som påvirket utøvelsen. Boehm, Lauderdale (17) kom også frem til at intensivsykepleierne hadde kunnskap om viktigheten av tidlig mobilisering. Som et resultat av disse studiene ble risiko for muskel- og skjelettskade på seg selv, skade på pasient, stress på jobb og arbeidsrutiner sett på som de viktigste barrierene. I tillegg måtte intensivsykepleieren være koordinator og initiativtaker for tidlig mobilisering. Anekwe, Milner (18) understøttet funnene i disse studiene og identifisere barrierer som manglende oppmerksomhet, lite klinisk og teoretisk kunnskap, og mangel på kommunikasjon. Funnene i fem av de andre studiene kommer frem til de samme resultatene av barrierer. Goodson, Friedman (19) kom i tillegg frem til at intensivsykepleiere med kort arbeidserfaring opplevde flere barrierer når det kom til tidlig mobilisering enn de som hadde arbeidet lenge. Andre barrierer som kom frem i denne studien var mangel på kunnskap, negative holdninger og oppførsel. Selv om intensivsykepleierne hadde fått opplæring på utstyr og hjelpemidler kom det frem i Cooper, Gasperini (3) at 58 % av intensivsykepleierne følte seg ukomfortable i bruken av utstyret. Johnson, Petti (20) undersøkte om sykepleierens tro og holdninger var barrierer i seg selv. De utførte tester før intervensjon i avdelingen og etter. Funnene i denne studien viser at testene etter intervensjon hadde en klar positiv økning.

Pasient som selve barrieren?

I følge Fontela, Forgiarini (16) og Babazadeh, Jahani (21) opplevdes sederte pasienter som en barrierer. Babazadeh, Jahani (21) påpekte også at barrierer for tidlig mobilisering ble oppgitt å være om pasienten var ustabil eller overvektig, og kunne føre til skade på helsepersonale eller på pasient. Å ikke gi best mulig omsorg til pasient og pårørende på grunn av samtidighetskonflikter i avdelingen, og at tidlig mobilisering kunne påvirke tiden man burde bruke på andre pasienter, ble opplyst å være en hoved barriere ut ifra studien til Anekwe, Milner (18). I studien til Cooper, Gasperini (3) ønsket de å avdekke barrierer blant annet relatert til pasient. Det kom da frem at om intensivsykepleieren har god kjennskap til pasienten opplevde man mindre barrierer ved tidlig mobilisering enn om pasienten var ukjent. I tillegg fant de ut at barrierer som redsel for å nedprioritere andre pasienter, sikkerhet og pasientskade var stor selv om 81 % av intensivsykepleierne hadde fått opplæring i relevant utstyr. Pårørende trekkes frem som en barriere ifølge Fontela, Forgiarini (16) da de var redd for risiko for skade på pasienten. Som resultat fra studien til Clarissa, Salisbury (22) var hovedfunnet for hindring av tidlig mobilisering: risiko, subtemaene var definering av pasientstatus og pasientsikkerhet.

Intensivavdelingen som arena

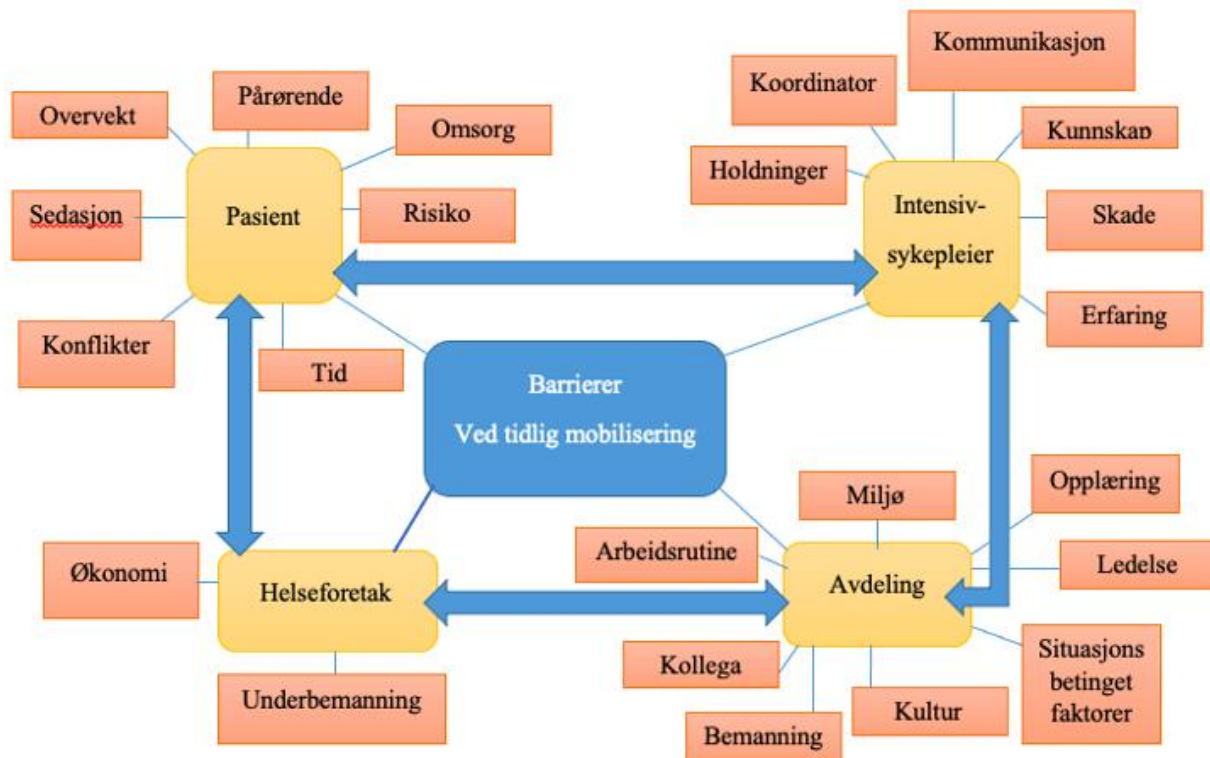
Ifølge Johnson, Petti (20) kom det frem at påvirkning fra atferd og miljø var en hovedårsak til barrierer. Mange faktorer rundt sykepleier og pasient påvirker opplevelsen av barrierer ved tidlig mobilisering. Sykepleierne opplevde dårlig opplæring og manglende støtte fra ledelse. Dette støtter funnen i Cooper, Gasperini (3) der bare 17 % av intensivsykepleierne hadde fått opplæring av utstyr som takheis og bare 12 % følte seg komfortable med å bruke disse. Samtidig viste Johnson, Petti (20) at resultat etter intervensjon og opplæring var betydelig bedre på alle punkter og at holdningene til intensivsykepleierne ble bedre.

Fontela, Forgiarini (16) forteller at syn på barrierer var ulikt fra profesjonsutdanning. Legene mente det var lite barrierer som var knyttet til avdeling. Sykepleiere og fysioterapeuter svarte at nesten alle barrierene kunne knyttes opp til avdeling og ledelse, som mange arbeidstimer og overtid, stress, utslitthet, muskel og skjelettskader og mangel på gode arbeidsrutiner. I resultatet av Goodson, Friedman (19) kom det frem at kunnskap, holdninger og oppførsel også på klinisk nivå hadde betydning for utførelses av tidlig mobilisering. I fire av studiene

oppgå sykepleieren mangel på kvalifisert og lite tilgjengelig personell på vakt som en barriere. Tid til selve gjennomføringen av tidlig mobilisering og mangel på fagprosedyrer ble og tatt frem i Babazadeh, Jahani (21). Anekwe, Milner (18) understøttet flere av funnene, men barrierer var også mangel på kommunikasjon på tvers og uforutsigbarheten i en intensivavdeling. I tillegg var mangel på individuell tilrettelegging, mobiliseringskultur i avdelingen og implementering av fagprosedyrer opplevd som barrierer. Det kom også frem at tilstedeværelse og støtte fra fysioterapeut var viktig.

Helseforetak som virksomhet og barriere

I Fontela, Forgiarini (16), Boehm, Lauderdale (17), Anekwe, Milner (18), Babazadeh, Jahani (21) ble underbemanning, dårlig kunnskap blant ansatte og vikarer, og tilgjengelig personale nevnt som hoved barrierer. Dette var med å føre til en arbeidshverdag preget av stress og usikkerhet. Boehm, Lauderdale (17) nevnte barrierer som «umiddelbar risiko vs. langsiktig gevinst» der sykepleierne hadde kunnskap om fordelene tidlig mobilisering hadde for pasienten som å forebygge blodpropp, mindre døgn på sykehus og forbedrer pasient moralen, samtidig som de var klar over risiko ved at pasienten kunne bli hemodynamisk ustabil. I Fontela, Forgiarini (16) har fokus på underbemanning, dårlig kunnskap blant ansatte og vikarer, i tillegg tilgjengelig personale nevnt som hoved barrierer. Dette var med å føre til en arbeidshverdag preget av stress og usikkerhet.



Figur 2 Tematisk kart over funn i studien

Diskusjon

Diskusjon av funn

Funnen i litteraturstudien viser at intensivsykepleieren opplever barrierer som gjør tidlig mobilisering vanskelig, selv om de var klar over fordelene og viktigheten ved tidlig mobilisering. Seks av åtte studier identifiserte lite klinisk og teoretisk kunnskap om tidlig mobilisering i tillegg til mangel på kommunikasjon. Man kan diskutere om mangel på erfaren kjent personell var med å påvirke miljøet i avdelingen på en negativ måte. Intensivsykepleiere med kort arbeidserfaring opplevde flere barrierer enn de som hadde arbeidet lenge (21). Dette understøtter behov for erfaren personale. Opplevelse av manglende støtte fra leder og lite miljø for endringskultur var også til stede (19). Det er leders ansvar og sørge for opplæring slik at ansatte føler seg trygg i arbeidsutøvelsen.

Ved å utføre tester før intervensjon i avdelingen og etter kunne man undersøke om intensivsykepleierens tro og holdninger var barrierer i seg selv. Funnene viste at testene etter intervensjon hadde en positiv økning (20). Dette støtter forståelsen at ved å avdekke barrierer, sette inn tiltak kan man bidra til bedre holdning og tro hos intensivsykepleieren. Selv om intensivsykepleierne hadde fått opplæring på utstyr og hjelpemidler for tidlig mobilisering kom det frem at over halvparten av intensivsykepleierne følte seg ukomfortable i bruken av utstyret (3) Kvalitet på opplæring sir noe om effekten og burde gis med individuell tilpassing ved behov. I tillegg er opplæring av utstyr og praktisk læring viktig og burde skje på avdelingsnivå, der det er rom for individuell tilpasning der det trengs.

Syn på barrierer var ulikt fra profesjonsutdanning, legene mente det var lite barrierer som kunne knyttes til avdeling. Sykepleiere og fysioterapeuter svarte derimot at nesten alle barrierene de opplevde kunne knyttes opp til avdelingen. I tillegg opplevdes mangel på gode arbeidsrutiner som barriere (16). Det er intensivavdelingen og leder som har ansvaret for at det foreligger gode arbeidsrutiner. Flere intensivsykepleiere sa at samtidighetskonflikter i avdelingen påvirket omsorgen pasient fikk. Når intensivsykepleieren opplevde dårlig bemanning, liten kompetanse på jobb, når deres utfordringer og opplevde barrierer ikke blir sett eller forstått av andre profesjoner kan dette oppleves ensomt. Vi kan da stille spørsmål om det er vanskelig å forholde seg positiv til alt som burde, skal og må gjøres.

Sederte, ustabile eller overvektige pasienter ble sett på som en barrierer. Dette kan ha sammenheng med tidligere funn, der redsel for å skade seg selv eller pasient var barrierer (16, 21). Åpen dialog i avdelingen kan skape forståelse som kan gjøre det lettere å være åpen og fortelle om det man føler eller opplever. Ofte er det flere som opplever det slikt. For at intensivsykepleieren skal kunne kartlegge egenomsorgsevne og gi omsorg må intensivsykepleieren føle seg trygg på den jobben som skal gjøre. Det krever en kultur i avdelingen der man kan diskutere, prater og hjelper hverandre. Det er intensivsykepleierens jobb å utføre praktiske handlinger til egenomsorg og for å kunne forebygge nye begrensninger hos pasienten (23).

Tid til gjennomføring og mangel på fagprosedyre ble tatt frem som barrierer. Lite kommunikasjon på tvers og uforutsigbarheten i intensivavdelingen var barrierer for tidlig mobilisering (18). I tillegg burde det foreligge fagprosedyre slik at man kan forholde seg til lik informasjon og utøvelse. Dette kan bidra til trygghet og at intensivsykepleierne jobber mer likt. Intensivsykepleieren har selv ansvar og sette seg inn i ny forskning og bidra til godt arbeidsmiljø, men dette krever å at det er en avdelingskultur til forbedring og samhandling.

Helseforetaket driv helsetjenesten og legger føringer for disse, her inngår økonomiske føringer. En arbeidshverdag preget av usikkerhet og stress der intensivsykepleierne føler seg presset mellom umiddelbar risiko satt opp mot langsiktig gevinst er ikke gunstig (17). I starten av denne studien fant vi artikler som tok for seg det økonomiske ved tidlig mobilisering. Funn fra studiene viste at ved å starte tidlig mobilisering på akutt syke pasienter som mottok respiratorbehandling på intensivheten kunne helseforetakene ha en gjennomsnittlig besparelse på over 3.1 millioner kroner. Det kan diskuteres om helseforetakene kan prioritere annerledes og hvorfor det ikke er fokus på implementering av behandling når vi vet det er med å spare tid, ressurser, sengeplasser og har stor positiv effekt hos pasienten (24, 25)

Studiens styrker og svakheter

Litteraturstudie kan ikke alltid gi et utvidet bilde av selve datainnsamlingen. Dette kan føre til spørsmål om troverdigheten til studiene vi har brukt. I de inkluderte studiene der det er brukt intervju eller spørreskjema kan man ikke være sikker på at ikke det er lagt meninger i svarene til deltakerne (11). Svakheter ved å ha valgt en litteraturstudie med systematisk tilnærming kan være om vi ikke er klar over og åpen om vår egen forforståelse, dette vil kunne påvirke analysen og resultatene i studien. En uerfaren forsker vil ikke ha lik tilgang til ressurser som den erfarne (9). Som forskere er det viktig at vi viser godt hvordan datainnsamlingen er gjennomført, dette for å oppnå god troverdighet (10).

Utførelse av forskning på andres arbeid må man bruke stor forsiktighet med, det er viktig at vi som forskere er klar over våre egne forutsetninger i prosessen. Fenomenet må få tre frem med minst mulig påvirkning, noe som fører til pålitelighet og større troverdighet. Ved lite erfaring i litteraturstudie er det viktig å være observante på sine svakheter og være klar over at det ikke er egne meninger og tanker som skal bekreftes. Man må bruke primærforskningen i sin helhet for å unngå skjevheter og for å gjøre studien mest mulig transparent (11).

Vi har hatt jevnlig veiledning under prosessen med å skrive denne masteroppgaven. Vi har diskutert med veiledere for å være med å skape større troverdighet i studien.

At vi er to forskere, kan være en styrke da samarbeidet kan bidra til felles forståelse for innholdet i de inkluderte vitenskapsartiklene..

Vi har valgt å vise kvalitetsgranskningen av de inkluderte artiklene i denne oppgaven (vedlegg 5). Dette skaper transparens og troverdighet. Vi som forskere har i denne studien vært opptatt av å være klar over ulempe som kan være ved å bruke en sjekklister. En sjekklister skal derfor bare fungere som et hjelpemiddel og ikke som et mål (15).

Konklusjon

Tidlig mobilisering av intensivpasienter som får respiratorbehandling blir ikke gjort i den grad det burde. Funnene i denne studien viser at intensivsykepleieren opplever barrierer fra flere ulike hold som vanskeliggjør tidlig mobilisering av pasienter på respirator. Noen av funnene kan man tenke seg er lett og gjøre noe med, andre vanskeligere. Noen av funnene er synlige, andre ikke. Noen er faktorer fra andre hold, mens andre er fra intensivsykepleieren selv. For å

kunne forstå hvordan disse barrierene påvirker intensivsykepleieren i sin arbeidsutøvelse må man se på helheten og hvordan dette påvirker delene. Denne studien fant barrierer knyttet opp til fire hovedtema. Økt fokus på tidlig mobilisering i avdelingen vil kunne bidra til kulturendring der intensivsykepleieren tar ansvar for barrierer som kan gjøres noe med på personlig hold, men også der leder, avdeling og helseforetaket bidrar til å gjøre noe med barrierene som er avdekket. Slik kan studien implisere dagens praksis og føre til en bedre helhetlig behandling av pasienten.

Referanser

1. Gulbrandsen T. Sedasjon. Stubberud D-G, editor. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2020.
2. Dybwik K. Respiratorbehandling : lærebok for sykepleiere. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal akademisk; 2009.
3. Cooper D, Gasperini M, Parkosewich JA. NURSES' PERCEPTIONS OF BARRIERS TO OUT-OF-BED ACTIVITIES AMONG PATIENTS RECEIVING MECHANICAL VENTILATION. *American journal of critical care*. 2021;30(4):266-74.
4. Klem HE, Tveiten TS, Beitland S, Malerød S, Kristoffersen DT, Dalsnes T, et al. Tidlig aktivitet hos respiratorpasienter – en metaanalyse. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 2021.
5. Woodbridge HR, Norton C, Alexander CM, Jones M, Gordon AC. Exploring clinician's perceptions about the barriers and facilitators of early mobilisation of patients on intensive care. *Physiotherapy*. 2019;105:e119-e20.
6. Friberg F. Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. 3. uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2017.
7. Christoffersen L, Johannessen A, Tufte PA, Utne I. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forl.; 2015.
8. Malterud K. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. ed. Oslo: Universitetsforl.; 2017.
9. Aveyard H. *Doing a literature review in health and social care : a practical guide*. 4th ed. London: Open University Press/ McGraw- Hill Education; 2019.
10. Forsberg C, Wengström Y. *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. 4. utg. ed. Stockholm: Natur & kultur; 2015.
11. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice*. 10th ed. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
12. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nurs Health Sci*. 2013;15(3):398-405.
13. NENT. Den nasjonale forskningsetiske komité for naturvitenskap og teknologi 2022 [Available from: .
15. Malterud K. *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.; 2017.

16. Fontela PC, Forgiarini LA, Friedman G. Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;30(2):187-94.
17. Boehm LM, Lauderdale J, Garrett AN, Piras SE. A multisite study of multidisciplinary ICU team member beliefs toward early mobility. *Heart Lung*. 2021;50(1):214-9.
18. Anekwe DE, Milner SC, Bussières A, de Marchie M, Spahija J. Intensive care unit clinicians identify many barriers to, and facilitators of, early mobilisation: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *J Physiother*. 2020;66(2):120-7.
19. Goodson CM, Friedman LA, Manthey E, Heckle K, Lavezza A, Toonstra A, et al. Perceived Barriers to Mobility in a Medical ICU: The Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey for the ICU. *J Intensive Care Med*. 2020;35(10):1026-31.
20. Johnson K, Petti J, Olson A, Custer T. Identifying barriers to early mobilisation among mechanically ventilated patients in a trauma intensive care unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017;42:51-4.
21. Babazadeh M, Jahani S, Poursangbor T, Cheraghian B. Perceived barriers to early mobilization of intensive care unit patients by nurses in hospitals affiliated to Jundishapur University of Medical Sciences of Ahvaz in 2019. *J Med Life*. 2021;14(1):100-4.
22. Clarissa C, Salisbury L, Rodgers S, Kean S. A Constructivist Grounded Theory of Staff Experiences Relating to Early Mobilisation of Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care. *Glob Qual Nurs Res*. 2022;9:23333936221074990-.
23. Talyor SG. Sygeplejeteoretikere : bidrag og betydning i moderne sygepleje. In: Tomey AM, & Alligod, M.R, editor. *Nursing theorists and their work*. København: Munksgaard; 2011. p. 257-85.
24. Falkenstein BA, Skalkowski CK, Lodise KD, Moore M, Olkowski BF, Rojavin Y. The Economic and Clinical Impact of an Early Mobility Program in the Trauma Intensive Care Unit: A Quality Improvement Project. *J Trauma Nurs*. 2020;27(1):29-36.
25. Anderson RJ, Sparbel K, Barr RN, Doerschug K, Corbridge S. Electronic Health Record Tool to Promote Team Communication and Early Patient Mobility in the Intensive Care Unit. *Crit Care Nurse*. 2018;38(6):23-34.

Vedlegg.2 Forfatterveiledning for Sykepleien Forskning

Sykepleien Forskning er et norsk, fagfellevurdert vitenskapelig nivå-1-tidsskrift som skal fremme og formidle kunnskap som er relevant for alle aspektene av sykepleieutøvelsen. Tidsskriftet utgis av Norsk Sykepleierforbund og er indeksert i CINAHL. Tidsskriftet søker å publisere artikler av høy kvalitet, der både forfattere og tidsskriftet følger kriterier for høy vitenskapelig standard og internasjonale konvensjoner.

Sykepleien Forskning henvender seg spesielt til utøvende helsepersonell, studenter på alle nivåer og forskere, men også andre med interesse for å søke aktuell helserelatert kunnskap. Tidsskriftets mål er å publisere kunnskap som kan bidra til å styrke grunnlaget for og kvaliteten på sykepleieutøvelsen, sykepleierutdanningen og den sykepleievitenskapelige metodeutviklingen. Videre er det et mål at tidsskriftet skal bidra til å stimulere sykepleiefaglig forskning og fagutvikling, samt fremme og underbygge faglige og fagpolitiske diskusjoner og refleksjoner.

Forskningsartiklene vi publiserer, er fritt tilgjengelige for alle via internett, noe som innebærer at kunnskapen raskt når ut til mange lesere. Alle publiserte artikler oversettes til engelsk og er dermed tilgjengelige også for internasjonale lesere.

Dobbelt- eller sekundærpublikasjon

Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskript til andre vitenskapelige tidsskrifter for bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet eller resultatene skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift. Med tidligere publisering menes også publisering i allment tilgjengelige former som rapporter, aviser, magasiner og på internett, for eksempel i institusjonelle arkiver. Hvis manuskriptet bygger på resultater som også er presentert i avlagt masteroppgave, må forfatterne opplyse om dette samt om hvor lenge masteroppgaven er klausulert i en eventuell nettversjon, for å unngå plagiering/dobbeltpublisering. [Se her for råd til masterstudenter](#). Hvis du er i tvil om manuskriptet er en dobbelt- eller sekundærpublikasjon, må du ta kontakt med redaktøren for avklaring.

Sjekkliste for rapportering

Alle artikkelmanuskripter som sendes til redaksjonen, skal følge denne forfatterveiledningen. Manuskripter som ikke følger veiledningen, blir returnert til forfatterne, selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

Forfatterne skal følge en av [EQUATOR-retningslinjene](#) for rapportering av forskning og oppgi i følgebrevet hvilken av dem som er fulgt, for eksempel:

- for kvalitative studiedesign: [SRQR](#) eller [COREQ](#)

- for kvantitative studiedesign: [STROBE](#) for observasjonsstudier og [CONSORT](#) for randomiserte, kontrollerte studier
- for systematiske litteraturstudier: [PRISMA](#) eller [PRISMA-ScR](#)
- for «mixed methods»-design: [GRAMMS](#)

Lengde på manuskriptet

Standard tillatte ordramme er maksimalt 3000 (ikke iberegnet sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

Begrenset unntak fra ordrammen kan vurderes for manuskripter av høy vitenskapelig kvalitet som rapporterer fra kvalitative studier eller systematiske litteraturstudier. Avvik fra ordrammen skal angis og begrunnes i følgebrev til redaktøren (cover letter). Eventuelt unntak vurderes i hvert enkelt tilfelle og i dialog mellom kontaktforfatteren og redaktøren. Merk at en utvidet ordramme ikke kan benyttes til en mer omfattende resultatdel, som for eksempel å legge inn flere sitater – men heller for å styrke metodedelen av manuskriptet der det er nødvendig.

Format og struktur

Artikkelmanuskriptet med alle vedlegg skrives i Microsoft Word-programmets .doc- eller docx-form.

- All tekst skrives med teksttypen Times New Roman, skriftstørrelse 12.
- Overskriftene markeres med fet skrift.
- Linjeavstand skal være 1,5.
- Ikke bruk rett høyremarg.
- Fotnoter skal ikke brukes.
- Tabeller og figurer fremstilles sist i hovedmanuskriptet, på en egen side etter referanselisten.
- Figurer som er bilder, lastes opp i riktig format (TIFF, JPG, PNG) og med høy oppløsning. Bilder skal lastes opp som egne filer og ikke limes inn i Word-dokumentet.

Tittel

Tittelen skal med så få, men presise ord som mulig beskrive artikkelens innhold, hensikt og metode. Sammen med sammendrag og nøkkelord er tittelen avgjørende for å skape interesse og gi synlighet. Redaksjonen lager en egen fronttittel til forsiden Sykepleien.no og sosiale medier.

Overskrift

Overskriftene (mellomtitlene) i den løpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med fet skrift. Forfatterne oppfordres til å lage flere mellomtitler, særlig i resultatdelen og i diskusjonen, som viser hva avsnittene handler om.

Redaksjonen kan foreslå mellomtitler der det vurderes som hensiktsmessig med tanke på artikkelens lesbarhet på ulike digitale flater, som for eksempel mobiltelefon. Mellomtitler er i tillegg søkbare, slik at gode mellomtitler øker sjansen for treff ved søk og gjør det lettere for leserne å følge med og orientere seg i artikkelen.

Språk

Språket i artiklene bør ha en aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging:

- Eksempel på aktiv setning: Vi undersøkte om tiltaket hadde en effekt.
(Subjektet som utfører handlingen, er synlig – vi undersøkte ...)
- Eksempel på passiv setning: Det ble undersøkt om tiltaket hadde effekt.
(Subjektet er ikke synlig – hvem undersøker ...?)

Bruken av fremmedord bør begrenses. Fremmedord skal forklares, og forkortelser skal skrives fullt ut første gangen de forekommer i teksten.

Struktur

Artiklene skal struktureres etter [IMRAD-prinsippet](#) (Introduction, Methods, Results and Discussion):

- innledning
- metode
- resultater
- diskusjon

Manuskriptets oppbygning og innhold

Artikkelmanuskriptet skal ha følgende oppbygning og innhold:

Sammendrag

Forfatterne fremstiller kun et norsk [sammendrag](#). Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet og struktureres med følgende overskrifter:

- bakgrunn
- hensikt
- metode
- resultat
- konklusjon

Sammendraget skal være på maksimalt 300 ord. Oppgi tre–fem nøkkelord som du enten kan velge fra listen som kommer opp i ScholarOne, eller som du kan legge til selv. Nøkkelordene

skal være unike og ikke brukt i tittelen. Bruk helst norske MeSH-begreper. Disse finner du på nettsiden mesh.uia.no. Angi minst ett nøkkelord som viser hvilket forskningsdesign som er anvendt.

Introduksjon

Her gis en introduksjon til emnet/tematikken og bakgrunn for studien, som inkluderer en litteraturgjennomgang som beskriver nyere og aktuell forskning innen det samme emnet/temaet, og som begrunner behovet for at studien artikkelen beskriver, ble gjennomført. Litteraturgjennomgangen skal belyse forskningsfronten på et område, inkludere relevant internasjonal forskning og avdekke kunnskapshull. Denne delen av manuskriptet skal forklare behovet for studien gjennom å utvikle en argumentasjonsrekke (en problemstilling).

Studiens hensikt skal beskrives under en egen overskrift, og målet med studien kan beskrives dersom det er hensiktsmessig. Forskningsspørsmål og/eller hypoteser beskrives til slutt i introduksjonskapittelet og legger føringer for beskrivelse av design og metode.

[Se her for en kort innføring](#) i skillene, men også sammenhengene mellom tema, problemstilling, forskningsspørsmål, hypotese, hensikt og mål.

Metode

Forfatterne skal oppgi forskningsdesign og beskrive og begrunne metode(r) som ble benyttet i studien. Unngå generelle metodebeskrivelser, som «kvalitative intervjuer» eller «kvantitativ spørreundersøkelse». Beskriv konkret og presist hvilke(n) type(r) metode(r) som ble brukt, alltid underbygget av metodelitteratur. Gjennom beskrivelse av metode skal det komme frem hvordan validitet og reliabilitet ble ivaretatt.

Utvalg og utvelgelsesprosess skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur. Datainnsamlingsmetode skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur. Oppgi i hvilken tidsperiode dataene ble samlet inn, og av hvem.

Bearbeiding og analyse av dataene skal gjøres rede for, begrunnes og underbygges av metodelitteratur. Ved kvalitative studiedesign skal analyseprosessen fra rådata til hovedfunn illustreres i en tabell eller figur.

Er studien vurdert av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), personvernombud / Norsk senter for forskningsdata (NSD) eller andre relevante instanser, skal dette beskrives og referansenummeret oppgis. Om studien ikke er vurdert av de ovennevnte instansene, skal dette også oppgis og begrunnes. Ethiske overveielser utover forskningsetikk skal, der det er hensiktsmessig, diskuteres – for eksempel der forskningsobjekter er i sårbare situasjoner, eller kan være utsatt for stigmatisering. Tillatelser til å bruke eksisterende spørreskjemaer må være innhentet, hvis relevant. Egenutviklet

spørreskjema, intervjuguide og beskrivelse av søk, inkludert resultater, fra minst én database ved litteraturstudier må gjøres tilgjengelig for fagfeller ved å laste disse opp når manuset og tilhørende filer sendes inn.

Resultater

Her presenteres resultatene som besvarer studiens problemstilling og/eller forskningsspørsmål i en logisk rekkefølge og uten tolkning eller diskusjon. Hovedfunn beskrives i tekst før resultater fremstilles i tabeller. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Bruk overskrifter/mellomtitler som viser hvilke(t) resultat(er) som presenteres i avsnittene under.

Diskusjon

Studiens resultater diskuteres i relasjon til hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål og i lys av annen nasjonal og internasjonal relevant forskning.

Diskusjonen skal inkludere en metodediskusjon, der studiens styrker og svakheter gjøres rede for og diskuteres. Bruk overskrifter/mellomtitler som viser hva som diskuteres i avsnittene under.

Konklusjon

Konklusjonen beskriver hva studiens bidrag er (til hva eller hvem), og skal fullt ut underbygges av studiens resultater.

Figurer og tabeller

Artikkelen kan maksimalt ha til sammen fem figurer og tabeller (for eksempel tre tabeller og to figurer eller omvendt). Disse skal være en del av hoveddokumentet (på egne sider etter referansene). [Figurer og tabeller](#) skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig. Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten. Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen. Figurer og tabeller bør tåle forminskning til ulike nettfomater, som nettbrett og mobiltelefon.

Referanser

Referanser angis etter [Vancouver-systemet](#). Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen. Antallet referanser begrenses normalt til 30. For artikler som beskriver litteraturstudier, kan antallet referanser overstige 30 samlet sett, men referanser som ikke kan relateres til resultatet av litteratursøk, skal ikke overstige 30. For tidsskriftsartikler skal DOI-nummeret oppgis.

Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato.

Tilleggsinformasjon, som «tilgjengelig fra», «nedlastet», «red.» og «utg.», skrives på norsk, ikke engelsk.

Eksempler på korrekt føring av referanser:

1. Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008 mai;45(5):668–81. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.010)
 2. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* 9. utg. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2012.
 3. Brenne AT, Estenstad B. *Hjemmedød. I: Kaasa S, Loge H, red. Palliasjon: nordisk lærebok.* 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 161–71.
 4. Melbye L, Ådnanes M, Kasteng F. *Sykepleiere i psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.* Trondheim: Sintef; 2017. Sintef-rapport A28053. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/sbMDzXsesQLTfYe7EHR9MTnzAchuSASE1QHW1f8IkTY2mSrtoh.pdf> (nedlastet 01.02.2021).
 5. Helsedirektoratet. *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.* Oslo: Helsedirektoratet; 2012. IS-1948. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/188/Nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser-IS-1948.pdf> (nedlastet 08.11.2017).
 6. Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 30.03.2017).
 7. NOU 2011: 11. *Innovasjon i omsorg.* Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning; 2011.
 8. Meld. St. 29 (2012–2013). *Morgendagens omsorg.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
 9. Humerfelt K. *Brukermedvirkning i arbeid med individuell plan [doktoravhandling].* Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap; 2012.
- Referansene skal utformes slik som illustrert i disse eksemplene. Lenker eller DOI-nummer kan oppgis der disse finnes hvis ønskelig.

Vedlegg.3 Søkematrise

CINAHL

Dato	Søkeord/ MeSH (MH) Tekstword (TW)	Søke -kriterier	Antall treff	Antall titler lest	Antall abstrakt lest	Antall fulltekst lest	Valgte artikler
21.05.22 Kontroll søk 24.08.22	Views or opinions or perceptions or beliefs OR Barriers or obstacles or challenges or difficulties or issues or problems OR Attitude of health personnel (MeSH) AND Early Ambulation (MeSH) OR Early mobilization AND Ventilators, Mechanical (MeSH) OR Ventilator Patients (MeSH) OR Mechanical Ventilation (Iowa NIC) (MeSH) OR Ventilation, Mechanical, Differentiated (MeSH) AND Critical Care (MeSH) OR Respiration, Artificial (MeSH) OR Emergency Nurse Practitioners (MeSH)	2017-2022 Adult Peer-Review	10	10	7	4	3

PubMed

Dato	Søkeord/ MeSH (MH) Tekstword (TW)	Søke -kriterier	Antall treff	Antall titler lest	Antall abstrakt lest	Antall fulltekst lest	Valgte artikler
05.04.22 Kontroll søk 24.08.22	Attitude of health personnel	2016-2022 Full text Adult	46	46	14	7	4

OR barrier (tw) OR View (tw)							
AND							
Early mobilization OR Early mobilisation (tw) OR Early ambulation (tw)							
AND							
Intensiv care unit OR Intensiv care nursing OR Mechanical ventilation OR Artificial ventilation OR Critically ill patient							

EMBASE

Dato	Søkeord/ MeSH (MH) Tekstword (TW)	Søke - kriterier	Antall treff	Antall titler lest	Antall abstrakt lest	Antall fulltekst lest	Valgte artikler
05.04.22 Kontroll søk 24.08.22	Intensiv care unit OR Intensiv care nursing AND Artificial ventilation OR Critically ill patient AND Mobilization OR Early mobilization.tw. OR Early ambulation.tw	5 years Full text	2	2	2	1	1

AND							
Health personnel attitude OR Barrier.tw. OR View.tw.							

Vedlegg.4 Litteraturmatrise

Tittler Årstall Land Forfatter	Hensikt/ Problemstilling	Metode	Resultat	Kommentar
<p>Nr. 1</p> <p>Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units.</p> <p>Paula Caitano Fontela, Luiz Alberto Forgiarini Jr.2 & Gilberto Friedman.</p> <p>Fra Brazil</p> <p>Publisert: 02.2018</p>	<p>Undersøke kunnskapen til helsepersonell om tidlig mobilisering av voksne kritisk syke pasienter. I tillegg identifisere opplevde barrierer og holdninger hos helsepersonell.</p>	<p>Tverrsnitt studie. Helsepersonell fra 6 intensivavdelinger på 2 universitetssykehus ble inkludert. De måtte besvare spørreskjema med 5 skalaer fra enig til uenig. Konkrete tester ble brukt for å analysere svarene i henhold til pedagogisk/ treningsnivå, tidligere erfaring med tidlig mobilisering og år med erfaring på intensivavdelinger.</p>	<p>Litt over halvparten av de som svarte erkjente fordelene med vedlikehold av muskelmasse, mens 83 % var enig i at lengde på mekanisk ventilasjon ble forkortet. Positive holdninger og erkjennelse av pasientens fordel av tidlig mobilisering oversteg risiko for pasient og pårørende. Viktigste barrierene som kom frem var: utilgjengelighet av fagfolk, tid, arbeidsrutiner, overdreven sedasjon, risiko for at sykepleieren pådro seg muskel- og skjelettskade, mye stress på jobb</p>	<p>Stryker: Gjennomført på 6 ulike intensivavdelinger og inkluderte personalet på tvers av akademiske institusjoner og med ulik arbeidstittel, for å bedre forstå tverrfaglig bekymring og opplevde barrierer rundt tidlig mobilisering. Mer enn halvparten av de som svarte på undersøkelsen hadde mer enn 5 års erfaring på intensivheten.</p> <p>Svakheter: 19 % besvarte spørreskjema noe som gjør at den er utsatt for seleksjonsskjevhet. 44% av de som responderte hadde ingen tidligere erfaring med tidlig mobilisering.</p>
<p>Nr.2</p> <p>A multisite study of multidisciplinary ICU team member beliefs toward early mobility.</p> <p>Boehm, L. M., Lauderdale, J., Garrett, A. N. &</p>	<p>Hensikten med studien var å beskrive helsepersonell ved intensivavdelingers tro på tidlig mobilisering ved kritisk sykdom og for å utvikle verktøyer som kan brukes for å kvantitativt måle effekten av målrettede strategier for å gjennomføre tidlig mobilisering.</p>	<p>Kvalitativ beskrivende design for å belyse intensivpersonells holdninger og deres oppfatning av tidlig mobilisering. Analysen var utført som en tematisk analyse. Studien ble utført på to ulike sykehus i USA. Det ene sykehuset hadde over 800 sengeplasser, hvor det andre hadde under 250 sengeplasser. De inkluderte</p>	<p>Ble avdekket tre temaer som var angitt som barrierer for tidlig mobilisering: umiddelbar risiko satt opp mot langsiktig gevinst, helsepersonell er initiativtaker og koordinator for tidlig mobilisering og situasjonsbetingede faktorer. Dårlig bemanning var en hovedfaktor for barriere. Resultater som taler for tidlig mobilisering var at det ga beskyttelse</p>	<p>Styrker: Overførbarhet da to ulike institusjoner av ulik størrelse var inkludert i studien. 66 % av deltakerne var sykepleiere og 18 % respirasjonsterapeuter. Datainnsamlingen ble gjort på to måter for alle deltakerne, ved svars skjema og muntlig, direkte fra deltaker.</p> <p>Svakheter: Begrenset analyse som ikke tar hensyn til kontekstuelle faktorer.</p>

<p>Piras, S. E. (2021).</p> <p>Fra USA</p> <p>Publisert: Januar 2021.</p>		<p>helsepersonellene måtte ha jobbet fast over en gitt tid og være aktivt involvert i pasientens daglig og i turnusarbeid.</p>	<p>mot komplikasjoner ved intensivopphold, redusert sykehusopphold og positiv effekt for moralen og engasjementet til pasienten. Barrierer for tidlig mobilisering var bemanning (både for få og dårlig opplæring) og helsepersonells risikoaversjon.</p>	
<p>Nr.3</p> <p>Intensive care unit clinicians identify many barriers to, and facilitators of, early mobilisation: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework</p> <p>Anekwe, D E. Milner, S C. Bussières, A. Marchie, M.D. Spahija, J. Fra Montreal, Canada.</p> <p>Publisert: januar 2020</p>	<p>Fra et klinisk perspektiv på intensivenheten finne svar på "hva er barrierene for tidlig mobilisering og hvordan faktorer må til for å gjennomføre tidlig mobilisering?" Med dette forskningsspørsmålet få en dypere forståelse for hvordan disse barrierene og faktorene påvirker klinisk praksis.</p>	<p>Kvalitativ studie ved bruk av fokus grupper av helsearbeidere som jobber med pasienter på respirator. Analysert ved bruk av tematisk innholdsanalyse ved hjelp av teoretisk rammeverk. Studien ble godkjent hos etisk komite på sykehuset og universitetet.</p>	<p>36 barriere ble identifisert og plassert i 13 grener. Det ble også identifisert 25 punkter der det menes å være behov for tilrettelegging. Hoved barrierene som kom frem for tidlig mobilisering var manglende oppmerksomhet, dårlig og teoretisk kunnskap, kunne gi optimal omsorg, mangel på kommunikasjon, uforutsigbarheten i en intensivavdeling, begrenset bemanning, tid, utstyr og klinisk kunnskap. Det kom også frem flere behov for å tilrettelegge i avdelingen slik at tidlig mobilisering var mulig; individuell tilrettelegging, mobiliseringskultur, implementering av tidlig mobiliseringsprotokoll, egen motivasjon, god koordinering og tilstedeværelse og støtte fra fysioterapeut.</p>	<p><u>Styrker:</u> Etter systematisk gjennomgang av 40 studier stemmer funnene overens med tidligere studier. Den inkluderer intensivsykepleiere som jobber med respirator. Brukt tematisk analyse ved bruk av teoretisk rammeverk for å bestemme sin kvalitative analyse. 2 forskere analyserte resultatene uavhengig for å unngå skjevhet og tolkning.</p> <p><u>Svakheter:</u> Funnene burde sertifiseres med flere studier. Funnene er hentet ut fra sitater til fokusgruppedeletakerne. De som ble med på fokusgruppemøte kan ha blitt med fordi de likte temaet og skjønner viktigheten, dermed får man kanskje ikke frem barriere hos personer som ikke ser viktigheten med tidlig mobilisering.</p>
<p>Nr.4</p> <p>Perceived barriers to early mobilization of intensive care unit patients by nurses in hospitals affiliated to Jundishapur</p>	<p>Hensikt for denne studien var å identifisere og kartlegge mulige barrierer for tidlig mobilisering på intensivpasienter.</p>	<p>Beskrivende-analytisk studie. Studien inkluderte 107 intensivsykepleiere på utvalgte universitetssykehus. Det ble brukt et todelt spørreskjema.</p>	<p>I resultatet av studien ble barrierer som: Holdninger og kunnskap tatt frem som viktig for implementering av tidlig mobilisering for pasientene. Menneskelige ressurser som mangel på kvalifisert</p>	<p><u>Styrker:</u> Fagfellevurdert, kvalitative studier ble gjennomgått for å forstå barrierene for tidlig mobilisering av intensivpasientene, dette for å lage gode spørreskjema. Helhetlig tenkning i forhold til tematikk.</p> <p><u>Svakheter:</u> 107 deltakere i studien til tross god rekruttering i forkant av studien. Studien diskuterer eller løfter ikke frem etiske forhold i artikkelen. Avdekket bare noen av barrierene ved tidlig mobilisering, en større studie er</p>

<p>University of Medical Sciences of Ahvaz in 2019</p> <p>Publisert: Januar 2021</p> <p>Forfattere: Babazadeh, Mahbubeh Jahani, Simin Poursangbor, Tayebah Cheraghian, Bahaman</p>			<p>personell og utilstrekkelig personell på vakt. Tid til selve gjennomføringen ble også påpekt som en barriere. Mangel på prosedyre for tidlig mobilisering, opplevdes som en barriere. Intensivsykepleierne opplever barrierer når pasienten er ustabil, sedert, overvektig og kunne føre til skade på helsepersonale. Det kommer frem at de fleste intensivsykepleierne var tydelig klar over de positive fordelene ved tidlig mobilisering,</p>	<p>nødvendig for bedre avdekking. Studien tok ikke for seg holdningen til leder noe som er avgjørende for ressurstildeling og påmelding av ansatte til fremtidige studier.</p>
<p>Nr. 5</p> <p>Perceived Barriers to Mobility in a Medical ICU: The Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey for the ICU</p> <p>Forfattere: Goodson, Carrie M. Friedman, Lisa Aronson Manthey, Earl Heckle, Kevin Lavezza, Annette Toonstra, Amy Parker, Ann M. Seltzer, Jason Velaetis, Michael Glover, Mary Outten, Caroline</p>	<p>Studien har som mål om å mobilisere flere pasienter på respirator og øke fokuset til helsearbeidere på mobilisering.</p>	<p>Studien ble gjennomført på en medisinsk intensivavdeling med 24 senger. Nettbasert undersøkelse med 163 helsepersonell som deltakere. Studien sammenlignet kunnskap, holdning og adferd opp mot klinisk rolle og arbeidserfaring.</p>	<p>Resultatet viste at legene oppfattet minst barrierer ved mobilisering, sykepleierne opplevde mest. Jo mer arbeidserfaring sykepleierne hadde, jo mindre barrierer opplevde de i forhold til mobilisering av intensivpasienter. Barrierer som ble trukket frem: Kunnskap Holdning Oppførsel Det ble også foreslått tiltak for å adressere barrierene.</p>	<p><u>Styrker:</u> Høy svarprosent med 96%. Implementering som en del av et kvalitetsforbedringsprosjekt Selve undersøkelsen fremstår med god validitet.</p> <p><u>Svakheter:</u> Tiltros høy svarprosent og god rekrutering i forkant, er det uklart hvor bred kunnskap de ulike faggruppene hadde i forkant. Deltakerne i denne studien viste lave kunnskapsbarrierer til mobilitet i forhold til andre studier, resultatene i denne studien er derfor kanskje ikke generaliserende.</p>

<p>Schwartz, Kit Jones, Antionette Coggins, Sarah Hoyer, Erik H. Chan, Kitty S. Needham, Dale M.</p> <p>Fra: USA</p> <p>Publisert: 2020</p>				
<p>Nr. 6</p> <p>Nurses' perceptions of barriers to out-of bed activities among patients receiving mechanical ventilation</p> <p>Forfattere: Cooper, Dawn Gasperini, Monica Parkosewich, Janet A. 2021</p>	<p>Studiens mål er å se hvordan sykepleierens fokus på tidlig mobilisering av intuberte pasienter med respirator fungerer i praksis. Dette for å avdekke barrierer relatert til pasient, sykepleier og faktorer som er relatert til denne pasientgruppen.</p>	<p>Beskrivende tverrsnittstudie på en medisinsk intensivavdeling med 56 sengeplasser. Pasientene som ble inkludert i studien ble mobilisert etter fastgitte kriterier. Sykepleierne ble intervjuet etter hver vakt. Journaler ble systematisk gjennomgått for å avgjøre når og hvem som skulle bli mobilisert.</p>	<p>Sykepleierne ble vurderinger basert på systematiske kriterier, og har vist seg å være effektive for vurderingen av tidlig mobilisering. God kjennskap til pasienten og tilstedeværelse har vist seg å være effektivt for å kunne vurdere pasientene i en tidligere fase. Sykepleier relaterte barrierer var lite tilgjengelig personal, prioritering av andre pasient. Redsel for sikkerhet, redsel for at pasientene skulle falle på gulvet, eller få andre skader. 81% av sykepleierne hadde gjennomgått opplæring av relevant utstyr til mobilisering av pasientene med avdelingens utstyr, der det kom frem at 58% av sykepleierne var ukomfortable i bruken av utstyret. 6 sengeplasser var</p>	<p><u>Styrker:</u> Studien bidrar til klare definisjoner for tidlig aktivitet hos pasientene. Denne studien er også den første som rapporterer om hvor tidlig pasientene som intuberes kan mobiliseres.</p> <p><u>Svakheter:</u> Sykepleierens tidligere erfaring kommer ikke sterk nok frem i vurderingen av barrierene.</p>

			utstyrt med hver sin tak heis, men bare 17% av sykepleierne rapporterte å ha fått opplæring, der 12 % faktisk følte seg komfortable med bruken av heisen.	
Nr. 7 Identifying barriers to early mobilisation among mechanically ventilated patients in a trauma intensive care unit Johnson, K, Petti, J, Olson, A & Custer, T. Fra USA Publisert: 2017	Målet med denne studien var å undersøke om sykepleierens holdninger og tro er barrierer for tidlig mobilisering. Målet er også å gjøre en vurdering om utdanningsintervensjon kan forbedre tidlig mobilisering.	Studien ble gjennomført på sykepleiere på traume intensivavdeling. Sykepleierne ble testet både før og etter intervensjon. Testene vurderte opplevde barrierer i kunnskap, holdning og atferd og ble etterfulgt av målrettet opplæring.	Testene viste at sykepleierne hadde en signifikant økning etter den første testen og intervensjon, dette støtter at forståelse for barrierer kan bedre pasientresultatene. Barrierer ble delt i 3 hovedpunkter etter gjennomgang av testene: Kunnskap, holdninger og påvirkning av atferd/miljø. Det kom også frem at sykepleierne opplevde dårlig opplæring, lite kunnskap, manglende støtte fra ledelse som barrierer som vanskeliggjorde tidlig mobilisering. Resultatene etter opplæring var bedring på alle punkt. Mer strukturerte undersøkelser for å identifisere barrierer kan hjelpe å gi målrettet utdanning som adresserer sykepleierens oppfatning, da utdanningsintervensjonen så ut til å ha positiv innvirkning på holdninger og deltakerne.	Styrker: For å ha god etterlevelse og troverdighet ble intervensjonen tidlig mobilisering, et punkt på den daglige agendaen før alle skift, en sykepleier ledet møte 5 minutters før skiftene begynte. Daglig søkelys på temaet og testene gjorde det muligens ikke så skummelt for sykepleierne og besvare testene helt ærlig. Lik svarprosent på førtestene som ettertestene. Svakheter: Forholdet mellom med-forskerne og pleiepersonell kan ha ført til begrensninger i studien da de jobbet sammen, dette kan ha påvirket resultatene. Undersøkelserverktøyene kan ha vært med å påvirke generaliseringen av resultatet.
Nr. 8	Hensikten med studien er å forstå personalets erfaringer	Konstruktivistisk grounded theory.	Hovedfunnet i studien var:	Styrker:

<p>A Constructivist Grounded Theory of Staff Experiences Relating to Early Mobilisation of Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care</p> <p>Forfattere: Clarissa. C., Salisbury. L., Rodgers. S., Kean, S.</p> <p>Fra: England</p> <p>Publisert: 2022.</p>	<p>for å få innsikt i hva som kan lette eller hindre gjennomføring av tidlig mobilisering av pasienter som får mekanisk ventilasjon.</p>	<p>Data ble samlet inn fra to skotske intensivavdelinger. Dataen inkluderte observasjoner av mobiliseringsaktiviteter, individuelle medarbeidersamtaler og to fokusgrupper med flerfaglig personalet</p>	<p>håndtering av risiko ved tidlig mobilisering. Under denne kom tre subtema: definering av pasientstatus, forhandle pasientsikkerhet og utføre ansvarlig mobilisering.</p>	<p>Det ble brukt kvalitative sjekklister for rapportering i studien. Kombinasjoner av ulike datainnsamlingsmetoder ble også brukt for å få en grundig forståelse av datainnsamlingen. Etsiske betraktninger var nøye vurdert.</p> <p><u>Svakheter:</u> Deltakerne hadde ulik forståelse for hva som utgjorde tidlig mobilisering av pasienter på mekanisk ventilering. Tverrfaglig samarbeid med leger og fysioterapeuter var ikke involvert i denne studien</p>
---	--	--	---	--

Vedlegg.5 Kvalitetsgransking av inkluderte artikler

Kvalitetsvurdering CASP	“Clinical attitudes and perceived barriers to early mobilization of critically ill patients in adult intensive care units” (Fontela et al, 2018)	“A multisite study of multidisciplinary ICU team member beliefs toward early mobility” Boehm et al, 2021)	“Intensive care unit clinicians identify many barriers to, and facilitators of, early mobilisation: a qualitative study using the Theoretical Domains Framework” (Anekwe et al, 2020)	“Perceived barriers to early mobilization of intensive care unit patients by nurses in hospitals affiliated to Jundishapur University of Medical Sciences of Ahvaz in 2019” (Badazadeh et al, 2021)
Var det en klar redegjørelse av målene for forskningen?	JA	JA	JA	JA
Er en kvalitativ metodikk passende?	JA	JA	JA	JA
Var forskningsdesignet passende for å adressere målene for undersøkelser?	JA	JA	JA	JA
Var rekrutteringsstrategien tilpasset målene i undersøkelsen?	JA	JA	JA	NEI

Ble dataen samlet inn på en måte som adresserte forsknings-spørsmålet?	JA	JA	JA	JA
Har forholdet mellom forsker og deltakere vært tilstrekkelig vurdert?	JA	Vet ikke	JA	Vet Ikke
Har etiske spørsmål blitt tatt i betraktning?	JA	JA	JA	Nei
Var dataanalysen tilstrekkelig streng?	JA	JA	JA	JA
Er det en klar uttalelse av funn?	JA	JA	JA	JA
Hvor verdifull er undersøkelsen?	Verdifull	Veldig	Veldig	Verdifull
				Fortsetter

Kvalitetsvurdering CASP	“Perceived Barriers to Mobility in a Medical ICU: The Patient Mobilization Attitudes & Beliefs Survey for the ICU” (Goodson et al, 2020)	“Nurses’ perceptions of barriers to out-of-bed activities among patients receiving mechanical ventilation” (Cooper et al, 2021)	“Identifying barriers to early mobilisation among mechanically ventilated patients in a trauma intensive care unit” (Johnson et al, 2017)	”A Constructivist Grounded Theory of Staff Experiences Relating to Early Mobilisation of Mechanically Ventilated Patients in Intensive Care” (Clarissa et al, 2022)
Var det en klar redegjørelse av målene for forskningen?	JA	JA	JA	JA
Er en kvalitativ metodikk passende?	JA	JA	JA	JA
Var forskningsdesignet passende for å adressere målene for undersøkelser?	JA	JA	JA	JA
Var rekrutteringsstrategien tilpasset målene i undersøkelsen?	JA	JA	JA	JA

Ble dataen samlet inn på en måte som adresserte forskningsspørsmålet?	JA	JA	JA	JA
Har forholdet mellom forsker og deltakere vært tilstrekkelig vurdert?	Vet Ikke	Vei ikke	JA	JA
Har etiske spørsmål blitt tatt i betraktning?	JA	JA	JA	JA
Var dataanalysen tilstrekkelig streng?	JA	JA	JA	JA
Er det en klar uttalelse av funn?	JA	JA	JA	JA

Vedlegg.6 Tematisk kart over resultatet i studien

