



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet


Kommunikasjon mellom sykepleiere ved overflytting av pasient fra akuttmottak til intensivavdeling

Masteroppgave i intensivsykepleie

Theodor Jacobsen og Mats Nilsen

SYP 3902-1, Høst 2023

Antall ord: 17588

The background of the lower half of the page is a photograph of a waterfront town at sunset. The buildings are reflected in the water, and the sky is a mix of orange, pink, and purple. On the right side, there is a dark blue graphic element consisting of several overlapping, curved shapes.

"Communication works
for those who work at it"

John Powell

Forord

Gjennom vårt arbeid med denne masteroppgaven har vi fått et bedre innblikk i og forståelse for forskningsprosessen. Vi har kunnet fordype oss i eget fagfelt i et tema som vi mener kan ha betydning for hvordan vi jobber klinisk i samhandling med andre avdelinger. Det har vært en lang og krevende prosess der vi begge har jobbet 80-100% ved siden av masterskriving. Vi er begge veldig glade for at prosessen er ferdig og at vi kan gå tilbake til hverdagen på intensivavdelingen uten oppgaven hengende over oss.

Vi vil først og fremst takke deltakerne i studien vår, uten deres bidrag hadde det ikke vært mulig å gjennomføre studien. Takk for at dere delte deres erfaringer, meninger og kunnskap med oss.

Vi ønsker å takke vår veileder Jill-Marit Moholt som holdt oss i gang og var essensiell for at vi hadde et godt utgangspunkt med prosjektskissen som vi kunne videreføre inn i masteroppgaven. Takk for all konstruktiv tilbakemelding som hjalp oss på veien. Takk også til Ranveig Lind, som overtok som veileder mot slutten av masteroppgaven, og bidro med nye øyne og gode, konstruktive tilbakemeldinger.

Takk til flotte kolleger som kom med viktige innspill i startfasen av masteroppgaven, dette hjalp oss å utvikle forskningsspørsmål og en problemstilling. Vi takker også våre medstudenter og lærerveiledere som deltok på masterseminar og gav oss både konstruktiv tilbakemelding og viktige innspill.

Tromsø, 2. november 2023

Theodor Jacobsen og Mats Nilsen

Sammendrag

Bakgrunn: Pasientoverflytting er et kritisk moment i pasientbehandlingen, og innebærer risiko for tap av informasjon. Mye forskning har blitt utført på dette emnet ved overflytting til og fra akuttmottak, sengeposter og operasjonsavdelinger, men lite spesifikk forskning finnes for overflytting fra akuttmottak til intensivavdeling.

Problemstilling: Hvordan erfarer sykepleiere den muntlige rapporten ved overflytting av pasient fra akuttmottak til intensivavdelingen?

Metode: Kvalitativ metode med fokusgruppeintervjuer. To fokusgruppeintervjuer ble gjennomført, ett med 4 sykepleiere fra akuttmottaket, ett med 5 intensivsykepleiere. Datamateriale ble gjennomgått med tematisk analyse.

Resultat: Tre hovedtemaer ble identifisert: 1) Organisatoriske faktorer som påvirker rapporten, 2) Rapporten mangler struktur, 3) Sykepleiernes erfaringer med samarbeid mellom avdelingene. Sykepleiernes erfaringer med muntlig rapport begrenset seg ikke kun til selve rapporten, men ble også påvirket av organisatoriske faktorer, for eksempel bemanning, som kunne ha innvirkning på tilgjengelig personell for samtidig rapport og utførelse av pasientrettede oppgaver. Det kom frem at undervisning og trening på overflyttingssituasjoner var lavt prioritert på utdanningene og i internundervisning. Selve rapporten manglet struktur, og det var motstridende motivasjoner hos sykepleiere fra akuttmottak, som ville gi rapporten med en gang ved ankomst på intensivavdelingen, og intensivsykepleierne, som ville starte med pasientbehandling. Det var forskjellige forventninger til rapporten som burde avklares for å forbedre samhandlingen. Sykepleierne fra akuttmottaket erfarte variasjon i hvordan de ble møtt av intensivsykepleiere, og erfaringene spriket fra at de følte seg anerkjent til at de følte seg fornærmet.

Nøkkelord: Akuttmottak, intensivavdeling, kommunikasjon, muntlig rapport, pasientoverflytting, sykepleier, intensivsykepleier.

Abstract

Background: Handover is a critical moment in patient treatment and entails a risk of information loss. Several studies have been carried out on this topic with respect to patient transfer to and from emergency departments (ED), general wards and the operating room, but specific research on transfer between ED and intensive care units (ICU) is sparse.

Research question: How do nurses experience the oral report when transferring a patient from the emergency department to the intensive care unit?

Method: Qualitative method with focus group interviews. Two focus groups, with respectively 4 ED nurses and 5 specialist ICU nurses were carried out. Data was analyzed using thematic analysis.

Results: Three main themes were identified: 1) Organizational factors affecting handover, 2) The handover lacks structure, 3) Nurses' experiences with interdepartmental collaboration. Nurses' experiences with oral report were not only restricted to the oral report itself, but were also affected by organizational factors, such as staffing, which could impact available personnel for simultaneous oral report and performance of patient-oriented tasks. It was revealed that education and training in handover situations was not prioritized at university or hospital internal training. The report lacked structure, and there were contradictory motivations; ED nurses wanted to give the report immediately upon arrival in the ICU, and the ICU nurses wanted to initiate patient treatment. Expectations regarding the handover differed between the two sets of nurses, which should be clarified in order to improve the handover. The ED nurses experienced variation in how they were treated by the ICU nurses, from feeling recognized to feeling offended.

Keywords: Emergency department, intensive care unit, communication, oral report, patient transfer, handover, nurse, ICU nurse.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	7
1.1	Hensikt og problemstilling.....	8
1.2	Intensivsykepleieres særtrekk	8
1.3	Sentrale begreper	9
2	Tidligere forskning.....	10
2.1	Kunnskapshull.....	11
3	Teori.....	12
3.1	Organisatorisk kompetanse	12
3.1.1	Dobbeltkompetanse.....	12
3.1.2	Pasientoverganger	13
3.2	Pasienten som stafettpinne	15
3.3	Kommunikasjon	16
4	Metode	18
4.1	Kvalitativ metode.....	18
4.1.1	Fokusgruppeintervju	18
4.2	Rekruttering	19
4.3	Gjennomføring av intervju.....	21
4.4	Transkribering.....	23
4.5	Ontologi og epistemologi.....	23
4.6	Forforståelse.....	24
4.7	Analyse	25
4.8	Forskningsetikk og personvern	27
4.8.1	Å forske på egen arbeidsplass.....	28
5	Resultater	29
5.1	Organisatoriske faktorer som påvirker rapporten	29
5.1.1	Organisatoriske perspektiver fra akuttmottak	29

5.1.2	Organisatoriske perspektiver fra intensivavdeling.....	32
5.1.3	Å være forberedt og å starte behandling tidlig.....	34
5.2	Rapporten mangler struktur	35
5.3	Sykepleiernes erfaringer med samarbeid mellom avdelingene.....	38
5.3.1	Personlige perspektiver fra akuttmottak	38
5.3.2	Samarbeidsmiljøet og intensivsykepleiernes forståelse for andres praksis	41
6	Diskusjon	43
6.1	Forskjeller i prioriteringer skaper spenninger.....	43
6.2	Informasjonsoverføring i rapporten	47
6.3	Sykepleiernes opplevelser av samarbeid	49
7	Konklusjon.....	53
8	Begrensninger	54
	Referanseliste	55
	Vedlegg	58
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv til deltakere.....	58
	Vedlegg 2: Søknad om tilgang til forskningsfelt	2
	Vedlegg 3: Intervjuguide	5
	Vedlegg 4: Godkjent meldeskjema for behandling av personopplysninger	7
	Tabell 1: Deltakere fra akuttmottaket	21
	Tabell 2: Deltakere fra intensivavdelingen	21
	Tabell 3: Eksempel på analyseprosessen, fra koder til tema.....	26

1 Innledning

Overordnet handler tematikken i denne masteroppgaven om kommunikasjon og samarbeid. Orvik (2015) omtaler kommunikasjon som «overføring av budskap mellom enkeltmennesker», og det er en viktig del av jobben som intensivsykepleier. I akutte situasjoner må sykepleiere kunne gi og motta tydelige og konsise beskjeder, og under en rapport tilstrekkelig med informasjon. Daglig kommuniserer intensivsykepleiere med andre avdelinger ved overflytning av pasienter til og fra intensivavdelingen. Det er viktig for pasientsikkerheten at informasjonen som kommuniseres er tilstrekkelig og forståelig (Schibeavaag et al., 2018).

Ved Nordisk fagkongress for anestesi- og intensivsykepleier (NOKIAS) 2022 var hovedtemaet kommunikasjon. I introduksjonen til kongressen ble kommunikasjon beskrevet som fellesnevneren for de involverte profesjonene og et viktig verktøy som kan påvirke pasientutkomme og mestringsfølelse i yrkesutøvelsen. Det ble også satt fokus på at kommunikasjon må aktivt jobbes med for at vi skal bli bedre på det (NOKIAS, 2022). Kommunikasjon er altså et høyaktuelt tema.

I samtale med flere kolleger fra akuttmottaket har det kommet frem at de har hatt opplevelser av å bli møtt på en uhensiktsmessig måte ved overflytting av pasient til intensivavdelingen. Dette har da kommet til uttrykk gjennom nedsettende kommentarer, eller ved at kroppsspråk eller uttrykksmåter har blitt opplevd som krevende. Vi har selv erfart både positive og negative interaksjoner gjennom observasjon og deltakelse i rapport fra akuttmottaket i vårt arbeid og som studenter.

Ved tidligere arbeid som involverte temaet, viste litteratursøk en god del forskning på rapportgivning, men vi fant kun en begrenset mengde med spesifikk forskning på informasjonsutveksling mellom sykepleiere ved overflytning fra akuttmottak til intensivavdeling. Mesteparten av forskningen fokuserte enten på rapport mellom legene, på rapport mellom andre avdelinger, ved overflytning fra intensivavdeling til sengepost eller på vaktskifterapport (Desmedt et al., 2020). Arora og Farnan (2022) skriver at informasjon som blir misforstått eller utelatt ved overflyttinger kan føre til alvorlige konsekvenser for pasienten. De viser til flere studier som finner at rapporter ved overflytninger varierer og utgjør en pasientsikkerhetsrisiko, blant annet ved at informasjon kan utelates, og at mangelfulle rapporter kan føre til usikkerhet i beslutningstakingen.

Begge masterstudenter har jobbet et år på intensivavdeling, fra høsten 2022, før vi begynte på videreutdanningen, og vi har både gjennom jobberfaring og praksis lært oss å sette pris på god kommunikasjon. Denne oppgaven bygger på en prosjektbeskrivelse som ble levert som avsluttende oppgave for intensivsykepleierstudiet høsten 2022, og de første fire kapitlene i denne oppgaven bruker

deler av denne prosjektbeskrivelsen. Vi ønsker med denne oppgaven å bidra til den mangelfulle forskningen på sykepleierapport mellom akuttmottak og intensivavdeling.

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å undersøke hvordan intensivsykepleiere og akuttmottakssykepleiere erfarer den muntlige rapporten når en pasient innlegges på intensivavdelingen fra akuttmottaket. Oppgaven begrenses til overflyttinger der akuttmottakssykepleieren avgir rapport til intensivsykepleieren som tar imot pasienten. Vi velger også å begrense oppgaven til intensivavdelinger som primært behandler voksne pasienter grunnet prosjektets omfang.

Hovedproblemstillingen blir derfor:

Hvordan erfarer sykepleiere muntlig rapport ved overflytting av pasient fra akuttmottak til intensivavdeling?

Underordnet søker studien å identifisere forbedringsområder gjennom å undersøke sykepleierne sine erfaringer med bruk av kommunikasjonsverktøy i rapporten, samt hvilke eventuelle utfordringer de opplever at påvirker rapporten. Vi ønsker også å belyse de deler av rapporten som fungerer godt og de delene som eventuelt kan forbedres.

1.2 Intensivsykepleieres særtrekk

Intensivsykepleiere innehar spesialisert klinisk kompetanse i sykepleie, mer spesifikt til kritisk og/eller akutt syke pasienter. Denne kompetansen er tilegnet gjennom formell utdanning, videreutdanning i intensivsykepleie, samt lang praksis. Denne kompetansen sikrer at intensivsykepleierne har kunnskap, ferdigheter og holdninger som gir dem evnen til å yte helsehjelp av kvalitet til pasientgruppen, og også ivareta deres pårørende (Stubberud, 2020). Intensivsykepleie som fagfelt har utviklet seg voldsomt siden det først oppsto på 1950-tallet, teknologi utvikles stadig, og for å fortsette utviklingen av fagfeltet er forskning og bruk av forskning sentralt. Mens det ikke forventes at alle intensivsykepleiere skal produsere forskning, skal de inneha kompetansen til det, og i hvert fall kunne bruke resultater av forskning til å styre sin praksis (Aitken et al., 2019; Stubberud, 2020).

Intensivsykepleieren kan ha flere arbeidssteder, primært i spesialavdelinger på sykehus, men vi vil kun omtale intensivavdelinger, da studien er begrenset til dette. Det skal nevnes at på noen sykehus er det intensivsykepleiere som bemanner akuttmottaket, men ved sykehuset vi har utført intervjuer på er ikke dette tilfellet. Intensivavdelinger finnes i flere former, alt fra generelle intensivavdelinger der

pasientenbefolkningen kan bestå av både medisinske og kirurgiske pasienter, til spesialiserte avdelinger for nevrokirurgi eller torakskirurgi. Felles for disse intensivavdelingene er at de behandler sykehusets aller sykeste pasienter i et høyteknologisk miljø med tett tverrprofesjonelt samarbeid (Aitken et al., 2019; Stubberud, 2020).

Med tanke på at pasientene er kritisk syke, ser vi på at overflyttingen fra akuttmottaket foregår effektivt og med minimalt tap av informasjon som av stor betydning.

1.3 Sentrale begreper

Pasientoverflytting, pasientoverføring og pasientovergang er synonymer, vi velger i denne oppgaven å benytte oss av ordet «pasientoverflytting», og «overflytting». Det engelske begrepet «handover» er et godt ord som dekker rapporten og det som skjer rundt overflyttingen, men vi tilstreber å holde oss til norske begrep, der det er mulig.

En pasientoverflytting er det å flytte fra en avdeling til en annen eller flytte til eller fra sykehuset fra en annen lokalitet. I tillegg innebærer det handlingene som utføres i forbindelse med dette (Orvik, 2015; Schibevaag et al., 2018). En type rapport er en av disse handlingene, og ved overflytting på sykehus er dette av egen erfaring en muntlig rapport.

Muntlig rapport definerer vi som muntlig overføring av informasjon, og i denne studien undersøker vi «bedside» muntlig rapport, altså at rapporten foregår inne på pasientrommet.

2 Tidligere forskning

For å få et overblikk over tidligere forskning om temaet ble det gjort et oversiktsøk i MEDLINE og CINAHL. Det ble også utført søk i Oria og Idunn med norske søkeord. Figur 1 viser hvordan vi har utført søkene.

Database	Søkeord	Ekskludering	Treff	Relevant
MEDLINE	Intensive care unit OR ICU OR critical care unit AND emergency room OR ER or emergency department OR ED AND nurs* AND handoff OR handover OR communication OR information transfer OR report MeSH-terminene: Patient Handoff AND Emergency Service, Hospital AND Intensive Care Units Alle søkeordene i MEDLINE er begrenset til tittel/abstrakt	Shift, operating room	118 9	4 4 (duplikater)
CINAHL	MH "Intensive Care Units+" AND MH "Hand Off (Patient Safety)+" AND MH "Emergency Nursing+"		6	3 (duplikater)
Oria	Intensivavdeling OR intensiv AND Akuttmottak OR akuten AND innleggelse OR overføring OR overflytting OR overflytning OR kommunikasjon OR informasjonsutveksling Avgrenset til norsk og artikler		84	0
Idunn	Intensivavdeling AND akuttmottak AND rapport OR overflytting OR overføring OR innleggelse OR kommunikasjon		1	0

Figur 1 - Søkematrise

Fire studier som har undersøkt sykepleier rapporten mellom intensivavdeling og akuttmottak ble identifisert og inkludert. I tillegg ble det funnet en større umbrella-review av pasientoverføringer i helsetjenesten (Desmedt et al., 2020) i et litteratursøk i forbindelse med tidligere arbeid.

Studiene har benyttet seg av forskjellige metoder, men det overordnede tema de belyser er hvordan sykepleiere opplever rapporten og hva som medvirker til gode og dårlige rapporter. Zakrisson et al. (2016) studerte overflyttinger av traumepasienter fra akuttmottak til intensivavdeling, og fant kliniske

informasjonsdiskrepanser hos 48% av pasientene. I studiene til Zakrisson et al. (2016) og Bergs et al. (2018); McFetridge et al. (2007) vises fordelene med å bruke standardiserte rapportverktøy i forbindelse med pasientoverflytting slik at ikke viktig informasjon utelates. I studien til Bergs et al. (2018) opplevde akuttmottakssykepleiere økt interaksjon og støtte etter innføring av en tilpasset intervensjonspakke for å forbedre rapporten. Arbeidsmiljøet mellom avdelingene og hvordan sykepleiere ble møtt av sykepleieren på avdelingen pasienten ble overflyttet til ble undersøkt av Calleja et al. (2016), som fant at akuttmottakssykepleiere følte seg intimidert eller ignorert av mottakende sykepleiere, og at intensivsykepleierne ofte opplevde at rapporten fra akuttmottaket var bortkastet tid. De peker også på forståelse av enhetskulturer som et forslag til å forbedre rapporten. Utdanning av personalet, inkludert simulering og team-basert trening, samt ikke-tekniske ferdigheter ble pekt på som en viktig faktor for vellykkede pasientoverflyttinger av Desmedt et al. (2020). Desmedt et al. (2020); McFetridge et al. (2007). McFetridge et al. (2007) finner at organisasjonelle vurderinger bør gjøres for å kunne gi både akuttmottakssykepleierne og intensivsykepleierne uavbrutt tid å gjøre seg ferdig med rapporteringen. Calleja et al. (2016) understreker viktigheten av å aktivt lytte og å ikke utføre oppgaver samtidig som rapporten pågår. Dette støttes også av kommunikasjonslitteratur, Jensen og Ulleberg (2019) skriver at være på vei til å gjøre noe annet kan hindre selve flyttingen.

2.1 Kunnskapshull

Det er sannsynligvis mange likheter i opplevelsen av kommunikasjon mellom sykepleiere fra akuttmottak og intensiv på tvers av landegrensene, men bemanningsnormer og tilstedeværelse av andre profesjoner kan variere. Det er publisert noe forskning fra USA, men der er både utdanningen og organisering av intensivavdelingen annerledes enn i Norge. I USA har man eksempelvis, i tillegg til intensivsykepleier, respirasjonsterapeuter som kun har ansvar for det respiratoriske. USA har også flere forskjellige typer sykepleierutdanninger, og kravene for å få sertifisering som intensivsykepleier (critical care registered nurse, forkortet CCRN) er et visst antall timer med relevant praksis i tillegg til å bestå en eksamen, med ingen formell utdanning (AACN, 2022). I flere land er intensivavdelingene også organisert ulikt fra Norge, der det er mer vanlig at en intensivsykepleier, med støtte fra helsefagarbeidere, har ansvar for mer enn én intensivpasient. Siden organiseringen og utdanningen er annerledes i andre land kan det av den grunn være vanskelig å sammenligne deres opplevelser direkte med slik det er i Norge. Vi anser på bakgrunn av litteraturen vi har funnet at kunnskapen om temaet er mangelfull og at det er et behov mere for mer kunnskap om sykepleieres opplevelse av rapporten fra akuttmottak til intensivavdeling i Norge. Dessuten er det sparsomt med direkte relevant internasjonal forskning for dette masterprosjektet.

3 Teori

3.1 Organisatorisk kompetanse

Organisatorisk kompetanse innebærer kunnskap om hvordan helseforetaket organiseres, og er en kompetanse som stadig blir viktigere. Sykepleiere må klare å bruke og forholde seg til ny teknologi og nye måter å jobbe på. Dette krever, i tillegg til de kliniske ferdighetene, organisatorisk innsikt og kontekstavhengig kompetanse. Kompetansen kan skilles i bred og snever kompetanse, der den snevre kompetansen omhandler utøvelse av spesifikke oppgaver i kliniske funksjoner og den brede kompetansen omhandler en helhetlig yrkesrolle. I tillegg vil den brede kompetansen omhandle innsikt i organisasjonen og hvordan den fungerer og utvikler seg, samt vurdere organisasjonen i en samfunnsmessig kontekst. Noen forventninger som er knyttet til den organisatoriske kompetansen hos helsepersonell er organisatorisk innsikt, koordinere arbeidet i team, sikre pasientforløpet og evne til tverrprofesjonelt samarbeid (Orvik, 2015).

Samhandlingskompetanse er et begrep som faller inn under organisatorisk kompetanse. Samhandling innebærer et forpliktende ansvar for å handle sammen. Samarbeid og samordning støtter opp under samhandlingen; samarbeid er avhengig av personene involvert og beror på tillit, mens samordning kan være at ledere fra to avdelinger har blitt enige om en prosedyre som styrer samhandlingen mellom de to avdelingene (Orvik, 2015).

3.1.1 Dobbeltkompetanse

Begrepet dobbeltkompetanse kommer fra en studie om kunnskapsorganisasjoner som handler om at kvaliteten på en tjeneste som profesjonelle yter blir bedre hvis man i tillegg til sin faglige kompetanse har kunnskaper om organiseringen på en arbeidsplass. Dobbeltkompetanse kan bidra med og kan være særlig viktig i en klinisk virksomhet, der ting kan endres raskt med pasientens tilstand og dette krever en evne til å kunne omstille seg. Helsepersonell med dobbeltkompetanse kan bidra til å øke kvaliteten på arbeidet da man kan jobbe mere dynamisk og ivareta pasienten under en stadig endring i arbeidsforholdene (Orvik, 2015).

3.1.2 Pasientoverganger

Pasientoverganger er de handlingene som utføres når en pasient overflyttes mellom ulike steder eller behandlingsnivå, og god samhandling, kommunikasjon, kontinuitet og riktig kompetanse kjennetegner gode pasientoverganger (Coleman & Boulton, 2003). Når man overfører pasienten til en annen sykepleier, overfører man ikke kun informasjon, men også ansvaret for pasienten (Orvik, 2015). En mangelfull rapport kan føre til usikkerhet hos den overtakende sykepleieren, og potensiell skade for pasienten om viktig informasjon ikke blir kommunisert. Dette gjelder både ved vaktskifterapporter, overflytting mellom avdelinger og overflyttinger inn og ut av sykehuset (Arora & Farnan, 2022).

I pasientoverganger er det derfor behov for god organisatorisk kompetanse for å sikre kontinuitet og samhandling for pasienten. Pasientoverganger er en del av helsetjenesten og kan innebære flere overganger. Det er andre utfordringer som er tilknyttet det organisatoriske, slik som bemanning og kontinuitet blant personalet. Det kan ofte være for få av de faste ansatte på jobb og mye bruk av vikarer (Orvik, 2015).

God informasjonsoverføring er av høy viktighet for pasientovergangens kvalitet. Kommunikasjon og profesjonsspråk, rollebevissthet, kontekst og ledelse trekkes frem som samhandlingsdimensjoner helsepersonell bør være bevisst på, og trene på, i forbindelse med pasientoverganger. Forståelse for pasientens situasjon blir også delt. Dessuten er det ikke rom for dominans eller makt, og gjensidig tillit, samt tillit til ledelsen, er viktige momenter (Orvik, 2015; Schibevaag et al., 2018). Schibevaag et al. (2018) nevner flere forutsetninger for god samhandling, blant annet at deltakerne har lik verdi, og har respekt for hverandre, at man er villig og ser nødvendigheten av å bidra aktivt, at man utfyller hverandre og deler erfaring og lærer av hverandre, er bevisst om organisasjonsstruktur og kulturforhold og har felles forståelse av profesjonsspråk og arbeidsmåter. De påpeker også viktigheten av å stole på hverandre og å være mottakelig for andres erfaringer. En systematisk litteraturstudie av Gordon et al. (2018) kom frem til «utvikling av selvsikkerhet» som et tema, og at dynamikken i pasientoverganger er avhengig av konteksten. For eksempel vil en kontekst med lavere maktgradienter karakteriseres av lavere stressnivå, bedre samarbeid samt at helsearbeiderne vil føle at det er mer åpent for å stille spørsmål. Denne konteksten har igjen en positiv effekt på rapportkvaliteten, og dermed pasientsikkerheten.

3.1.2.1 Stegene i pasientoverflyttingen

Arora og Farnan (2022) beskriver pasientoverflyttingsprosessen i fire steg: pre-overflytting, ankomst, dialog og post-overflytting. Pre-overflytting innebærer at avdelingen pasienten flyttes fra organiserer

og oppdaterer informasjon som forberedelse til overflyttingen, for eksempel meldes pasienten til mottakende avdeling. Ved ankomsten jobber man ikke aktivt med pasienten, for å kunne utføre overflyttingen, og det beste er å kunne ta seg tid til selve rapporten. Dialog-steget innebærer utveksling av informasjon mellom sender og mottaker, der verbal kommunikasjon foretrekkes, men dette steget kan også dekkes ved skriftlig/elektronisk rapport. Post-overflytting er steget hvor informasjonen integreres av mottakeren, som så tar over pasientansvaret.

3.1.2.2 Risikofaktorer i pasientoverganger

Schibeavaag et al. (2018) presenterer fem ulike varianter av risikofaktorer ved pasientoverganger: kommunikasjonsmangler, informasjonsmangler, mangler i legemiddellister, mangler i prosedyre- og oppfølgingsansvar og kompetansemangler.

Kommunikasjonsmangler er en medvirkende årsak til uønskede hendelser, da svikt i kommunikasjonen kan føre til at viktig informasjon ikke blir overført (Laugaland et al. 2011, referert i Aase & Hansen, 2018, s. 140), og påvirke pasientbehandlingens kontinuitet negativt (Kripalani et al., 2007). Det pekes blant annet på at ulik målforståelse påvirker hva personell på tvers av profesjons- og organisatoriske grenser vektlegger i pasientovergangen (Schibeavaag et al., 2018).

Forskning viser at overføring av både pleiebasert informasjon og medisinsk informasjon ved pasientoverganger er mangelfull (Laugaland et al. 2011, referert i Aase & Hansen, 2018, s. 140). Et eksempel kan være en innleggelsesjournal med manglende tidligere sykdommer, som heller ikke blir kommunisert muntlig.

Mangel i legemiddellister er beskrevet som den vanligste typen uønsket hendelse i helsevesenet. Årsaken til disse avvikene er ofte IKT-systemer som ikke fungerer sammen, og manglende utveksling av informasjon, og denne typen kommunikasjonsmangel har ført til at legemiddelsamstemming har vært et satsningsområde for pasientsikkerhetsprogrammet i Norge (Schibeavaag et al., 2018).

Litteraturen identifiserer mangelfull oppfølging av behandling igangsatt eller behandling planlagt av sykehuset som en risikofaktor. Dette er ofte relatert til utskrivelse fra sykehuset (Schibeavaag et al., 2018), men vi kan se for oss at utelatelse av informasjon om planlagt medikamentell behandling ved overflytting til intensivavdeling kan føre til uønskede hendelser, og i det minste forsinket oppstart av behandlingen.

Storm et al. (2014) deler kompetansemangler inn i tre hovedgrupper: klinisk/profesjonskompetanse, systemkompetanse og kunnskap om andres roller. Denne studien kommer med forslag til å øke

helsepersonellens kompetanse, for eksempel trening i rapport situasjoner, møter på tvers av organisasjoner for å spre kunnskap om overflyttingsrutiner og for å øke felles forståelse av oppgaver og ansvar relatert til pasientoverflyttingen.

For å mitigere risikofaktorene i pasientoverganger, må risikofaktorene vi ønsker å påvirke identifiseres, men generelt kan vi snakke om grupper av tiltak eller intervensjoner, slik som profesjonsorienterte tiltak, organisatoriske tiltak, og pasient- og pårørende-tiltak (Schibeavaag et al., 2018). Litteraturen gir derimot ikke støtte for at spesifikke typer tiltak har bedre effekt enn andre. Noen kjennetegn ved tiltak som har hatt positiv effekt er tiltak som starter tidlig i pasientforløpet og opprettholdes gjennom sykehusoppholdet, tiltak med tverrfaglig tilnærming, opplæringstiltak relatert til pasientoverganger og tiltakspakker med flere ulike komponenter (Laugaland et al., 2012).

3.2 Pasienten som stafettpinne

Allen (2019) skriver om pasientoverføringer og metaforen «pasienten som stafettpinne». Med dette menes at man må holde på «stafettpinnen» til man er sikker på at nestemann har tatt den imot, altså at personalet har ansvar for å sørge for en sømløs overgang, der tydelig fordeling av ansvar og kunnskapsforvaltning er viktig. Allen mener at i tillegg til dette, må det også foregå et tolkningsarbeid, der den syke eller skadde personen må «oversettes» til å bli en pasient, når pasienten går fra å være «arbeidsobjekt» i én tjeneste over til en annen. Pasienten tolkes og fremtrer som forskjellige versjoner underveis i forløpet, men når pasienten skal overføres, må disse versjonene konsolideres, slik at forløpshistorien blir tydelig. For den overførende avdelingen, er dette en måte å lukke forløpet på – men samtidig som de skal lukke forløpet, må pasienten oversettes til arbeidsobjekt for den nye tjenesten, så dette betyr at den overførende avdelingen utfører både en retrospektiv og en prospektiv prosess.

Når informasjon rundt pasienten og dens forløp er konsolidert, i Allens ord, pasientens «identitet», letter det arbeidet for mottakende avdeling. Om pasientflyten foregår raskere enn informasjonsflyten, slik at overførende sykepleier ikke har fullstendig informasjon om pasienten, fører dette til et merarbeid for mottakende avdeling, der de må retrospektivt danne seg et bilde av pasienten, før de kan bygge sin egen «identitet» for pasienten.

Videre skriver Allen (2019) at det er lettere å overføre en pasient på en god måte mellom beslektede avdelinger, enn mellom avdelinger som har lite med hverandre å gjøre.

3.3 Kommunikasjon

Transaksjonsmodellen for kommunikasjon er den kommunikasjonsmodellen som de fleste nyere kommunikasjonsteorier bygger på. Dette er en sirkulær modell, og ordet «transaksjon» betyr her at begge parter er gjensidige deltakere i kommunikasjonen. At den er sirkulær vil si at man ikke kan si hvor kommunikasjonen starter og slutter, i motsetning til ved en lineær modell (Jensen & Ulleberg, 2019). Sykepleierrapporten kan overflatisk se ut som en lineær kommunikasjonsform, der en sykepleier er sender og den som tar imot rapport er mottaker, men om vi ser litt dypere på det, sender den mottakende sykepleieren signaler tilbake, gjennom kroppsspråk og ved å stille spørsmål.

Vi må skille mellom kommunikasjon i dagliglivet, som vi deltar i som privatpersoner, og profesjonell kommunikasjon, som vi benytter oss av i yrkeslivet, der vi kommuniserer med pårørende, pasienter og kolleger, som fagpersoner. Vi kan løse kommunikasjonsituasjoner gjennom praktiske kommunikasjonsferdigheter, med støttende, hjelpende og problemløsende kommunikasjon. Teori alene er utilstrekkelig for å trene opp kommunikasjonsferdigheter, men kombinert med praktisk øving, for eksempel rollespill eller simulering, kan det trenes opp ved å fokusere på enkelt- eller delferdigheter (Eide & Eide, 2004).

Orvik (2004) skriver om kommunikasjonsprosesser, og hvordan de skal fremme samhandling internt og eksternt. Han nevner at den eksterne delen handler om å bygge relasjoner til andre grupper eller organisasjoner, og at dette kan forebygge noe han kaller enhetsegoisme. Vi kan tenke oss at som intensivsykepleiere er vi medlem av en gruppe eller enhet, intensivavdelingen, og at vi kan bygge opp relasjonen med sykepleierne i akuttmottaket. På den annen side er vi også overordnet medlemmer i flere grupper – vi er sykepleiere, og vi er ansatt i samme helseforetak. Vi har dermed et felles språk og kan fremme utveksling av kompetanse og erfaringer, og vi kan jobbe mot å øke vår forståelse for oppgavene våre.

Det finnes flere standardiserte kommunikasjonsstrukturer man kan benytte seg av for en rapport, men de eneste som er assosiert med bedre pasientutkomme er ISBAR og IPASS (Arora & Farnan, 2022), og kun i enkelte kontekster (Desmedt et al., 2020). ISBAR står for Identifikasjon, Situasjon, Bakgrunn, Analyse og Råd (Schibeavaag et al., 2018). IPASS står for Illness severity, Patient summary, Action list, Situational awareness and contingency planning og Synthesis by receiver ifølge Arora og Farnan (2022). Erfaringsmessig er ikke IPASS mye brukt ved norske sykehus, i hvert fall ikke blant sykepleiere. Plakater og skjemaer med ISBAR på finner man derimot overalt i norske sykehus. Det er også en av kommunikasjonsstrukturene som oftest er gjenstand for forskning (Desmedt et al., 2020).

ISBAR gir oss et klart rammeverk for å kommunisere informasjon klart og konsist, og gir helsearbeiderne en delt mental modell for rapporten (Disch, 2012).

«Closed-loop» kommunikasjon, eller bekreftende kommunikasjon, går ut på at et muntlig budskap sendes, mottaker gjentar budskapet, før senderen bekrefter at mottaker har forstått budskapet. Denne typen kommunikasjon kan benyttes ved ordinasjon av medikamenter, overlevering av tall og detaljer, samt ved konkrete avtaler (Schibevaag et al., 2018).

Standardiserte, strukturerte rapportmaler kan hjelpe sykepleieren i den muntlige rapporten, og sørger for konsistens i informasjonsutføringen. Den som gir rapport kan be mottakeren lese tilbake utvalgte deler av rapporten, og mottakeren kan benytte seg av aktiv lytting, som å notere eller stille spørsmål. Sjekklistene blir brukt på operasjonsstua, og er assosiert med forbedret rapport (Arora & Farnan, 2022).

Disch (2012) skriver om teamarbeid og samarbeid, og strategier for å lære seg dette. En av punktene hun nevner er å øve på å gi muntlig rapport, og rollespill av situasjoner som tidligere har skjedd, eller simulering nye scenarier. Desmedt et al. (2020) støtter også bruk av rollespill og simulering, og skriver at dette er en type undervisning som mottas bedre av elever enn for eksempel forelesninger.

Optimalisering av settingen, for eksempel gjennom å minimisere støy og avbrudd i rapporten, kan forbedre informasjonsutvekslingen, ved at både sender og mottaker kan konsentrere seg om informasjonsutvekslingen (Arora & Farnan, 2022).

4 Metode

4.1 Kvalitativ metode

For å besvare problemstillingen har vi brukt kvalitativ metode, da denne metoden bidrar til å kunne undersøke opplevelser og erfaringer, og hvilken mening de erfaringene har for de som opplever dem. Metoden er fleksibel og kan endres underveis, og ettersom man lærer mer under prosessen kan man eksempelvis legge til spørsmål for de neste intervjuene i etterkant av et gjennomført intervju (Polit & Beck, 2021).

4.1.1 Fokusgruppeintervju

Datainnsamlingsmetoden for denne studien var fokusgruppeintervjuer. Et fokusgruppeintervju består som oftest av 5 eller flere deltakere og en moderator som leder intervjuet (Polit & Beck, 2021). Våre grupper besto av 4 deltakere i den ene gruppen og 5 deltakere i den andre. Fokusgruppeintervjuet har en ikke-styrende intervjustil og har som mål å fremme interaksjon og diskusjon blant deltakerne, noe som vil kunne føre til at man får frem en annen type informasjon enn gjennom individuelle intervjuer (Malterud, 2012).

En av forfatterne var moderator under intervjuene og den andre var sekretær, men hadde også mulighet til å stille spørsmål. Moderators oppgave under intervjuet var å presentere temaer og spørsmål, og han styrte samtalen mellom deltakerne. Moderatoren tilstreber også at tiden blir benyttet hensiktsmessig ved å styre diskusjonen mot problemstillingen om den beveger seg for langt fra temaet (Malterud, 2012). I tillegg til at moderatoren veileder diskusjonen, har den også ansvaret for å skape en åpen dialog der alle kan få frem sine synspunkter om temaet. Dette innebar i våre intervjuer at moderator bevisst styrte samtalen, og gav ordet vider slik at flere skulle få komme til orde. Fokusgruppeintervjuet skal ikke ha søkelys på å komme frem til en løsning på spørsmålet (Polit & Beck, 2021). Sekretæren sin oppgave innebærer å lytte til hva som blir sagt i fokusgruppeintervjuet, og spesifikt på det som ikke kommer frem på lydopptaket. Dette kan være slik som replikkfesting på hvem som sier hva, som ble viktig videre for transkribering og analysearbeidet da det var lettere å bruke disse notatene til å finne ut hvem som sa hva i lydopptakene (Malterud, 2012).

Fokusgruppe som metode gir oss mulighet til å innhente flere synspunkter med mindre ressurser enn individuelle intervju (Malterud, 2012), noe som passet godt for denne studien grunnet begrensningene vi hadde i tid og omfang av oppgaven. Ved å sitte sammen og høre andres meninger, kan det komme frem dypere meninger om temaet som vi ikke var klar over initialt. En annen fordel med

gruppeintervjuer er at temaer som kan være følsomme eller vanskelige, kan gjøres enklere å snakke om gjennom gruppesamspillet. På den annen side kan sensitive tema i fokusgruppeintervju utfordre moderatorens evne til å holde kontroll over intervjuet. Det er også viktig å spesifisere at det som blir sagt i gruppen er konfidensielt og at det ikke skal tas ut av denne konteksten (Kvale & Brinkmann, 2015; Polit & Beck, 2021).

Ved å intervju sykepleierne fra en intensivavdeling og et akuttmottak på et universitetssykehus, kom det frem faktorer som fungerer og ikke fungerer i den muntlige sykepleierrapporten mellom avdelingene fra deres perspektiver. Det kom frem synspunkter som ikke vi hadde tenkt på fra før, eller som tidligere forskning ikke har belyst. Vi stilte også oppfølgingsspørsmål av både deltakere og intervjuer som gav oss mulighet til å få frem flere meninger om temaet (Kvale & Brinkmann, 2015; Polit & Beck, 2021).

Kvalitative metoder er ikke velegnet for å fremskaffe kunnskap om omfang, fordeling eller effekt, men kan danne grunnlag for hypoteser om dette, som senere kan belyses med annen metodikk (Malterud, 2017). Man er avhengig av deltakerne er aktive og deler sine erfaringer i fokusgruppeintervjuet, og at moderator ikke stiller ledende spørsmål. Det fikk vi se forskjellen på i disse intervjuene, der den ene gruppen var veldig engasjert, mens den andre var mindre engasjert, og raskt kom til enighet. Prosessen rundt fokusgruppeintervju er tidkrevende i forhold til innsamling, transkribering og analyse av data (Malterud, 2012; Polit & Beck, 2021).

4.2 Rekruttering

Deltakerne i intervjuene var sykepleiere fra akuttmottak og intensivsykepleiere fra en medisinsk intensivavdeling ved et av de større sykehusene i Norge. Vi tilstrebet at gruppenes sammensetning hadde en viss homogenitet for å ikke skape spenninger, men heller ikke for homogen, da vi ville få frem forskjellige synspunkter. Vi ønsket ikke at deltakerne skulle kjenne hverandre for godt fra før av, men dette blir urealistisk når deltakerne jobber på samme avdeling (Malterud, 2012). For at gruppene ikke skulle være for homogene etterstrebet vi at deltakerne hadde variasjon i grad av erfaring, alder og kjønn. Vi hadde to fokusgrupper: en gruppe med sykepleiere fra akuttmottak og en med intensivsykepleiere fra en medisinsk intensivavdeling. Grunnen til at vi valgte en medisinsk intensivavdeling og ikke en generell eller kirurgisk intensiv er forskjeller i pasientkarakteristika. Fra vår egen erfaring på generell intensivavdeling, følger ofte en anestesilege pasienten fra akuttmottaket, og gir rapport i tillegg til akuttmottakssykepleieren, noe som vi ser for oss at kan påvirke dynamikken under rapporten. Pasientene kommer også oftest til generell intensivavdeling via operasjon, og da er rapporten fra akuttmottakssykepleieren allerede gitt til operasjonspersonalet. Fra vår erfaring gjennom

praksis på medisinsk intensivavdeling, har akuttmottakssykepleieren en større rolle i rapporten der. På bakgrunn av dette så vi for oss at vi ville kunne få flere erfaringer ved å intervjuer intensivsykepleiere fra medisinsk intensivavdelingene enn fra generell intensiv, der det er mindre slike overflyttinger.

Deltakerne i fokusgruppeintervjuet hadde jobbet i minst to år henholdsvis som intensivsykepleier på intensivavdeling og som sykepleier i akuttmottak, og på den aktuelle avdeling i minst et år. Dette kriteriet valgte vi for å forsikre oss at deltakerne skulle ha opparbeidet seg tilstrekkelig erfaring med pasientoverflyttinger fra akuttmottak til intensivavdeling. Deltakerne fra intensivavdelingen skulle være intensivsykepleiere, slik at de ikke hadde blitt “skånet” for de sykeste pasientene fra akuttmottaket, samt for å gjenspeile den formelle kompetansen de fleste på intensivavdelingen innehar.

Vi startet først med å rekruttere til intervjuene på et annet sykehus enn det vi selv jobber på for å ikke ha kjennskap til deltakerne fra før av. Dette viste seg å være utfordrende, og etter å ha vært i kontakt med flere sykehus både over telefon og e-post endte vi til slutt med å gjennomføre intervjuene ved eget sykehus. Dette viste seg å være enklere da vi kunne møte opp fysisk, i tillegg til at vi var kjente for de vi skulle intervjuer. Siden temaet vi skriver om ikke var et følsomt tema, mente vi at det ikke ville påvirke fokusgruppeintervjuene på en negativ måte. For å få tilgang til forskningsfeltet ble det sendt søknad til de aktuelle avdelingene med informasjon om studien og ønske om rekruttering av sykepleiere fra akuttmottak og intensivsykepleiere fra medisinsk intensivavdeling.

Det ble opprettet kontakt med enhetsledere ved medisinsk intensivavdeling og ved akuttmottaket. Lederne, i samband med fagsykepleiere, sendte ut informasjonsskriv i tillegg til en muntlig forespørsel til de aktuelle. Lederen fra intensivavdelingen fant ei vakt der driften tillot at de deltakerne som kom på jobb og akkurat var ferdig på jobb, kunne delta. Lederen fra akuttmottaket valgte ut en dag deltakerne var på jobb, der intervjuet kunne gjennomføres om driften tillot det. I intensivgruppa ble det rekruttert 5 deltakere, mens det ble rekruttert 4 deltakere i akuttmottaksgruppa.

Deltakernes karakteristika presenteres her i en tabell. Vi bruker ikke eksakte tall for alder eller erfaring for å beskytte deltakernes identiteter.

Tabell 1: Deltakere fra akuttmottaket

Akuttmottak				
Alias	Alder	Kjønn	Erfaring	Erfaring i akuttmottak
Sykepleier A	20-30	K	<5 år	1-3 år
Sykepleier B	30-40	K	7-10 år	1-3 år
Sykepleier C	25-35	K	7-10 år	5-7 år
Sykepleier D	20-30	M	5-7 år	1-3 år

Tabell 2: Deltakere fra intensivavdelingen

Intensivavdeling				
Alias	Alder	Kjønn	Erfaring	Erfaring som intensivsykepleier
Intensivsykepleier 1	30-40	K	10-15 år	5-7 år
Intensivsykepleier 2	30-40	M	15-20 år	10-15
Intensivsykepleier 3	30-40	K	10-15 år	7-10 år
Intensivsykepleier 4	30-40	M	7-10 år	2-5 år
Intensivsykepleier 5	30-40	K	7-10 år	2-5 år

4.3 Gjennomføring av intervju

I forkant av gjennomføring av intervju utviklet vi en intervjuguide som er delt inn i forskjellige forskningstemaer, med intervjuspørsmålene underordnet temaer. Intervjuguiden ble utviklet gjennom idémyldring på bakgrunn av tidligere forskning og litteratur, med supplering av relevante spørsmål fra lignende studier. Deretter arrangerte vi temaene og spørsmålene i en logisk rekkefølge. De

overordnede temaene i intervjuguiden er «innledende spørsmål», der deltakerne bes beskrive det praktiske rundt overflyttingen/rapporten, samt å gi eksempler på gode og mindre gode rapporter, «vektlegging av informasjon», «barrierer og muligheter», «samarbeidsmiljø». Vi begynte med enklere tema og spørsmål, med mer krevende spørsmål etter hvert. Spørsmålene som stilles i fokusgruppeintervju bør være åpne, og deltakerne vil ha muligheten til å reflektere rundt spørsmålet og finne frem til erfaringer de selv har. Moderatoren bør få oppfølgingsspørsmål til å høres ut som en samtale. Moderatoren skal også unngå å gi eksempler når spørsmål stilles. Før intervjuet er det viktig å estimere hvor lang tid hvert spørsmål vil ta ved å fokusere på hvor komplekst spørsmålet er, hvor stort temaet er og størrelsen på gruppen (Kvale & Brinkmann, 2015; Polit & Beck, 2021). Det kan være hensiktsmessig å ha pilotintervju med sykepleiere både fra akuttmottak og intensivavdeling på sykehuset vi jobber til vanlig. Da vil man kunne finne nye spørsmål som kan være relevante til det faktiske intervjuet, øve på å være moderator og sekretær, samt øve på lydopptak.

Intervjuene ble utført på sykehuset, på et egnet rom ved inngangen til intensivavdelingene, og rommet var skjermet for støy slik at lydopptakene ikke ble forstyrret av dette.

Før intervjuet ble det gitt en briefing, der moderatoren, som ledet intervjuet, presenterte seg selv og sekretæren og hvilke roller vi skulle ha i intervjuet. Videre fortalte moderatoren litt om hensikten med intervjuet og praktisk informasjon om hvordan det skal foregå, for eksempel at én person snakker av gangen. Dette kunne bidra til at deltakerne fikk snakket ferdig, og at det ville bli lettere å transkribere. Det ble informert om at intervjuet ville bli tatt opp med bruk av en diktafon-app, og hva lydfilen skulle brukes til. Informasjon om å ikke nevne personopplysninger på tredjeperson slik som andre kollegaer eller pasienter ble også nevnt, for å ikke samle inn mer sensitiv data enn det vi hadde behov for. I forkant av selve intervjuet startet vi med litt «small talk», både for at deltakerne skulle bli kjent med oss, men også for at den nervøsiteten som både intervjuer og deltaker ofte har i starten roer seg. Som avslutning oppsummerte moderator, med hjelp av sekretær, det som hadde blitt sagt i intervjuet og forhørte seg deretter med gruppen om det var noe de tenkte vi burde spurt om, eller om de hadde mer på hjertet (Kvale & Brinkmann, 2015; Polit & Beck, 2021). Til slutt ble deltakerne bedt om å skrive under på skjema for informert samtykke. Begge gruppene fikk tid til å lese gjennom informasjonsskrivet før intervjuet, da ingen hadde lest det på forhånd.

Det ble utført to fokusgruppeintervjuer med henholdsvis 5 intensivsykepleiere og 4 sykepleiere fra akuttmottak. Intervjuet med intensivsykepleierne varte i 45 minutter, mens intervjuet med sykepleierne fra akuttmottak varte i 65 minutter. Intervjuet med sykepleiere fra akuttmottaket ble midlertidig

stoppet i begynnelsen, grunnet en telefonsamtale en av sykepleierne måtte ta. Det gikk også en alarm på en vakttelefon underveis, uten at dette førte til noe større avbrudd. Intervjuet skapte mye diskusjon fra deltakerne, der alle tok ordet og kom med sine svar på spørsmålene.

Intervjuet med intensivsykepleierne gikk uten avbrudd. Det ble ikke like mye interaksjon mellom deltakerne i dette intervjuet, noe som nok er årsaken til at det ble et kortere intervju.

4.4 Transkribering

Transkribering er klargjøring av dataen som er samlet inne gjennom intervjuene for analysering og vil være transkribering fra lydopptak til skriftlig tekst. Muntlig og skriftlig språk er to forskjellige språkspill og ved oversettelse fra det muntlige til det skriftlige er det viktig å få med seg budskapet fra deltakerne i intervjuet i transkripsjonen (Kvale & Brinkmann, 2015). Vi begynte å transkribere opptakene fra fokusgruppeintervjuene i etterkant av begge intervjuene og lagde oss en oppsummering på hva som kom frem i intervjuene. Siden vi startet med transkriberinger rett etter intervjuene var gjennomført var det friskt i minne og enklere å skille stemmene på lydopptaket fra hverandre til enkeltpersoner. Det var en tidkrevende prosess, og vi satt gjevent og jobbet med transkriberinga. Vi delte opp opptakene, slik at den ene transkriberte intervjuet fra akuttmottaket og den andre fra intensivgruppen, så kunne hver av oss se igjennom det den andre hadde gjort senere. Begge intervjuene ble gjennomført på samme dag og av den grunnen jobbet vi hver for oss med transkriberingen for å spare oss litt tid. Notatene som den som var sekretær under fokusgruppeintervjuet skrev ned underveis med hva hver enkeltes hovedbudskap var i intervjuet var et godt verktøy under transkriberingen for å enklere å skille personene fra hverandre. Det var til tider vanskelig å skille stemmen fra hverandre og da var notatene veldig bra for å kunne koble hvem som sa hva. Intervjuene ble direkte anonymisert i transkripsjonen, da deltakerne fra før av hadde blitt tildelt bokstav eller nummer. Det ble transkribert direkte til bokmål for å unngå dialektuttrykk som kan avsløre deltakerne, og det ble vurdert at omskrivingen til bokmål ikke endret budskapet i dataene.

4.5 Ontologi og epistemologi

Ontologi handler om hvordan man ser på virkeligheten, mens epistemologi handler om hvordan man ser på kunnskap og utvikling av dette (Malterud, 2017).

Vår tilnærming tar et kritisk-realistisk ontologisk utgangspunkt, dette betyr at vi mener det finnes en virkelighet uavhengig av våre tanker om og beskrivelser av den, men at vår forståelse er preget av språk og kultur. Det er kun én sannhet, men hvordan man opplever sannheten påvirkes av hvem som ser – det er forskjellige perspektiver og tolkninger av den (Braun & Clarke, 2022).

Vårt epistemologiske ståsted er kontekstualistiske. Med kontekstualisme er det mulig at det eksisterer flere sider av virkeligheten, der ett perspektiv ikke nødvendigvis ugyldiggjør et motstridende perspektiv. Kunnskap kan ikke separeres fra den som innehar den, og forskerens verdier påvirker kunnskapen de produserer (Braun & Clarke, 2022).

4.6 Forforståelse

Som nevnt i underkapittelet om ontologi og epistemologi, tenker vi at vår virkelighetsoppfatning påvirkes av språk og kultur, og at forskerens verdier påvirker kunnskapen de produserer. Derfor er det viktig å gjøre rede for vår egen forforståelse, da vi tenker at dette kan påvirke vår tilnærming til hele prosjektet, og spesielt analysen av datamaterialet.

Begge forfattere har jobbet på en generell intensivavdeling siden høsten 2020. Videre ble vi intensivsykepleiere fra årsskiftet 2022/2023, og har siden jobbet videre på den samme avdelingen. Generelt, ble vi ferdig utdannede sykepleiere henholdsvis i 2019 og 2016, og har jobbet på kirurgiske avdelinger på sykehus før vi begynte å jobbe på intensivavdeling. Vi har noen venner som jobber i akuttmottak, og hører av og til om hvordan de opplever hverdagen, dette er nok ofte en del «utlufting» fra dem, men det kunne fortsatt påvirke oss i arbeidet med prosjektet.

Vi så på vår forforståelse som en positiv ting for analysere datamaterialet, da spesielt intervjuet med intensivsykepleierne, siden vi delte samme arbeidskultur med dem og nok lettere kunne tolke deres perspektiv. Det kunne dog også hemme vår analyse, ved at vi ikke tilførte «ferske øyne», og at vår forståelse da kunne gitt oss skylapper for tolkning.

4.7 Analyse

For analysering av data benyttet vi refleksiv tematisk analyse i en seks-trinns prosess, som beskrevet av Braun og Clarke (2022). Det første trinnet i dataanalysen er familiarisering med datasettet, noe som vi begynte med allerede i transkriberingen, men også senere ved at vi leste gjennom transkripsjonen og lytte til lydfile. Vi skrev ned korte notateter om idéer og tanker rundt dataene som en liten oppsummering. Det andre trinn var koding, hvor vi gikk gjennom datasettet systematisk, identifisere interessante, relevante eller meningsfulle avsnitt, og gav dem beskrivelser. Vi ville her fokusere på enkeltbetydninger og enkelt konsepter. Til slutt ble avsnittene samlet under de tilhørende kodene. Tredje trinn var å danne initiale tema. Meninger og konsepter på tvers av datasettet ble identifisert og vi samlet dem i kodeklynger der kodene delte mening, og som kunne gi svar på problemstillingen. Fjerde trinn besto av utvikling og gjennomgang av temaene. Vi gikk igjennom datagrunnlaget på nytt, og så etter om temaene gav mening i sammenheng med datasettet og kodene de ble bygd opp av. I det femte trinnet raffinerte, definerte og navnga temaene. Temaene er bygd opp rundt en sterk kjernemening eller kjernekonsept. Siste trinn var å skrive ned resultatene. Denne prosessen begynte så smått samtidig med noen av de andre trinnene, men her ble skrivingen ferdigstilt og finpusset.

Tabell 3: Eksempel på analyseprosessen, fra koder til tema

Overordnet tema:					
Faktorer som påvirker den muntlige rapporten					
Tema:					
Organisatoriske faktorer som påvirker rapporten		Rapporten mangler struktur		Sykepleiernes erfaring med samarbeid mellom avdelingene	
Subtema:					
Organisatoriske perspektiver fra akuttmottaket	Organisatoriske perspektiver fra intensivavdelingen	Å være forberedt og å starte behandling tidlig		Personlige perspektiver fra akuttmottaket	Samarbeidsmiljøet og intensivsykepleiernes forståelse for andres praksis
Koder:					
Oversikt avhengig av arbeidsfordeling. Ansvar for andre pasienter.	Vaktskifte i akuttmottaket sårbarhet for informasjonskontinuitet. Rapporten er best på dårlige pasienter.	Forberedt til mottak. Forberedelse avhenger av type pasient.	Ubevisst bruk av rapporteringsstrategi. Informasjon i rapport er ofte mangelfull.	Ulike forventninger og krav. Å bli verdsatt.	Samarbeid mellom avdelingene. Forståelse for hverandres arbeid kan styrkes gjennom hospitering.

4.8 Forskningsetikk og personvern

Beauchamp og Childress (2013) skriver om sårbare grupper og regler og retningslinjer for å beskytte dem i forbindelse med forskning. Våre deltakere er sykepleiere, og dermed ikke en sårbar gruppe i den forstand, men vi måtte fortsatt tenke på at vi potensielt kan sette dem i en sårbar situasjon.

Eksempelvis kunne en av deltakeren i en fokusgruppe bli så fortrolig med gruppen, at de kan komme med utsagn som viser fremtreden som kan oppfattes som uakseptabel for personer utenfor gruppen (Malterud, 2012).

Beauchamp og Childress (2013) skriver også om moralsk fortrefelighet i forskningsetikk, og legger frem et eksempel på å ikke kun gjøre det man er forpliktet til å gjøre – at det kun er startpunktet:

The most important question is, “How could I conduct this research to maximally protect and minimally inconvenience subjects, commensurate with achieving the objectives of the research?” Evading this question indicates that one is morally less committed than one could be. (s. 51)

Informert samtykke er en grunnleggende forutsetning for å utføre forskning på mennesker (Skavlid, 2009), og for å oppfylle krav til informert samtykke fikk deltakerne utdelt et informasjonsskriv. Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om hvordan data skal behandles, hvordan deres personvern og anonymitet ivaretas, samt informasjon om selve prosjektet. Dette informasjonsskrivet ble gjennomgått muntlig før intervjuene, slik at vi kunne forsikre oss at innholdet var forstått, før deltakerne signerte et skjema for å dokumentere informert samtykke. Deltakerne ble godt informert for selv å kunne ta stilling til om de ønsket å bidra med egne tanker og erfaringer eller ikke, og for å kunne si nei om de følte at deltakelse ville påvirke dem negativt. Informert samtykke innebærer at deltakerne deltar frivillig og kan trekke seg fra studien uten begrunnelse. Om deltakerne ønsket å trekke seg fra studien hadde de også krav på at den innsamlede data blir slettet fra studien, foruten der data har blitt analysert eller publisert og det ikke vil være mulig å slette den. Informasjon om deltakernes rett til innsyn i transkripsjon og analysen ble også viktig å informert om (Kvale & Brinkmann, 2015).

Ved gjengivelse av sitater der spesielle uttrykk fra dialekter blir benyttet, kan deltakeren risikere å bli gjenkjent i rapporteringen. Her har vi endret på uttrykkene i sitater for å skjerme deltakeren, der det ikke endret uttrykkets mening, da det vil kunne degradere forskningens validitet. Et annet alternativ hadde vært å utelate sitater der uttrykk kan avsløre deltakeren. Det er uansett ikke etisk akseptabelt å kompromittere deltakerens personvern (Malterud, 2017).

Navneliste og samtykkeskjema blir oppbevart i et låst skap inne på et låst kontor til prosjektansvarlig/veileder ved UiT Norges Arktiske Universitet. Navnelisten fungerer som en koblingsnøkkel og er nødvendig hvis en deltaker ønsker å trekke seg fra studiet. Det er kun være oppgavens forfattere og prosjektansvarlig/veileder som har tilgang til navnelisten og bakgrunnsinformasjon om deltakerne og lydopptakene. Lydfilene er sikkert lagret ved bruk av nettskjema på UiT sine nettsider. Ved transkripsjon ble navn på deltakeren fortløpende byttet ut med fiktive navn, og personlige kjennetegn ble fjernet.

Kvalitative data innebærer personlige erfaringer og tanker, og vi har både en etisk og en lovpålagt obligasjon til å ivareta deltakernes personvern og anonymitet (Malterud, 2017; Personopplysningsloven, 2018). En databehandlingsplan har blitt utarbeidet, og prosjektet har godkjenning til å behandle personopplysninger gjennom Sikt, tidligere Norsk senter for forskningsdata (NSD).

4.8.1 Å forske på egen arbeidsplass

Vi har rekruttert deltakerne fra samme sykehus som vi selv jobber på. Vi har ikke selv jobbet på noen av avdelingene vi har intervjuet hos, men vi har begge vært i praksis på medisinsk intensivavdeling, og har begge bekjentskaper på både medisinsk intensiv og akuttmottak.

Generelt er det flere ting en skal være bevisst på ved forskning på eget arbeidssted. De viktigste betraktningene gjelder personvern. Deltakere må ikke føle seg presset til å delta på forskningen, for eksempel ved at de tenker at det profesjonelle forholdet mellom dem og forskerne kan forverres ved å takke nei til å delta (Sikt, 2023). Det er med andre ord viktig å påse at deltakelse er frivillig. Vi har løst dette ved å ikke forespørre deltakerne direkte selv, men at invitasjonene sendes ut via deltakernes ledere sammen med fagsykepleiere. Ellers var det viktig for oss å tydeliggjøre når vi hadde rolle som forskere og når vi hadde rolle som kolleger (Sikt, 2023). Dette ble lett å gjøre tydelig da vi gjennomførte intervjuer, og vi gjorde det klart for deltakerne at vi under intervjuet ikke var i rollen som kollega, men som forsker.

5 Resultater

Vi presenterer her studiens tre hovedtema og undertema. Det første temaet handler om faktorer som indirekte påvirker rapporten på intensivavdelingen. Det andre temaet omhandler rapportens manglende struktur, og det siste temaet handler om sykepleiernes erfaring knyttet til samarbeid mellom intensivavdelingen og akuttmottaket. Det siste temaet er sykepleiernes erfaringer med samarbeid mellom avdelingene, og hvordan dette kan ha betydning for rapportens kvalitet.

5.1 Organisatoriske faktorer som påvirker rapporten

Ifølge deltakerne kan en rekke faktorer knyttet til organisatoriske forhold og hendelser i forkant av overflyttingen til intensivavdelingen påvirke den muntlige rapporten. Dette handlet da i hovedsak om hva som skjedde i akuttmottaket i forkant av overflyttingen, men også om organiseringen rundt mottaket på intensivavdelingen. Vi vil presentere de to gruppenes tanker om organisatoriske forhold i hvert sitt undertema.

5.1.1 Organisatoriske perspektiver fra akuttmottak

Sykepleierne fra akuttmottaket rapporterte at pasientene som skulle til intensivavdelingen oftest var dårlige pasienter som de måtte fokusere på å stabilisere før de raskt ble flyttet videre til intensivavdelingen. Dette var ikke en optimal situasjon for å kunne få god oversikt over pasienten. Sykepleier D uttrykte det slik:

Det er gjerne dårlige pasienter som skal til intensivavdelingen, vi har kanskje mottatt pasienten i teammottak. Det er mye «armer og bein» og så skal pasienten raskt opp til intensivavdelingen og man vet egentlig ingenting om pasienten foruten det du kanskje fikk med deg fra ambulanserapporten (...). Gruppen uttrykte enighet.

Det var ikke alltid like enkelt å innhente informasjon om pasienten i forkant, og det kunne både være lite informasjon tilgjengelig fra ambulansen og mye som skjedde i pasientmottaket som bidro til en manglende oversikt over pasienten. Sykepleier C beskrev det slik:

Vi har jo i teammottak så har vi sjelden mulighet til å lese oss opp om pasienten på forhånd. Vi bare tar det vi får og begynner å jobbe (...) Hvis jeg vet at det kommer inn en dårlig pasient og har tid til det, så går jeg inn i og leser om det er noe forhistorie som jeg burde være obs på eller noe slikt. Men det er sjeldent det og.

Deltakerne fra akuttmottaket hadde en oppfatning om at intensivsykepleierne i større grad hadde mulighet til å innhente informasjon om pasienten fra elektronisk pasientjournal, og kanskje hadde mer informasjon om pasientens tidligere sykehistorie enn det de selv hadde. Sykepleier D fortalte:

(...) For ofte så sitter jeg med en følelse at sykepleieren som skal ha pasienten på intensivavdelingen har fått lest på pasienten og vet mer om sykdomshistorikk enn det jeg gjør, og da blir det også litt ... sånne ting er greit å vite om, «har du lest på pasienten eller har du ikke lest på pasienten?» (...).

Dette gjorde det vanskelig for sykepleierne fra akuttmottaket å vurdere hvilken informasjon intensivsykepleierne hadde behov for å få rapportert. De søkte ofte å avklare intensivsykepleierens informasjonsbehov når de iverksatte rapporten, og med dette minske egen usikkerhet relatert til hvilken informasjon de burde prioritere i rapporten.

Sykepleierne fra akuttmottaket hadde også andre pasienter, og uansett om de ble tatt hånd om av andre sykepleiere mens en pasient ble overflyttet til intensivavdelingen var det et ekstra ansvar som de måtte gå tilbake til i etterkant. Sykepleier B sa det slik:

For min del glemmer jeg dem og regner med at andre tar ansvaret for dem mens jeg står i teammottak (...) men du vet i bakhodet at du står med denne pasienten at når du kommer tilbake og er ferdig så er det masse som gjenstår med de andre pasientene du har som du ikke har rukket å gjøre på den tiden du har vært borte.

Sykepleier D fulgte opp, og fortalte at andre sykepleiere ofte fikk delegert oppgavene de selv måtte nedprioritere: «Jeg synes også koordinator som regel er veldig flink hvis de oppfatter at jeg har pasient som krever mye inne i mottaket (...)»

Det å ha ansvar for andre pasienter og andre oppgaver som gjensto i etterkant av overflyttingen av pasienten til intensivavdelingen ble beskrevet som at det ikke påvirker sykepleieren, men de sa også at de hadde dette i bakhodet. Sykepleierne fra akuttmottaket organiserte seg ofte slik at den ene, når de var to som overflyttet, raskt kunne returnere til akuttmottaket og fortsette med de oppgavene som gjensto der. Sykepleier D beskrev det slik:

(...) det er mye å gjøre i mottak, men jeg tar meg den tiden som trengs allikevel. Det er jo ofte at vi er to sykepleiere som overflytter pasienten til intensivavdelingen for å gi rapport. Vi blir enig om at den ene sykepleieren skynder seg ned igjen for å rydde klart traumestua eller akuttrommet.

Organisering av overflyttingen var preget av en rekke andre faktorer, som hvor mange intensivsykepleiere som står klare i rommet når pasienten ankom, og om én tok rapporten mens en annen fokuserte på pasientrettede oppgaver. De ønsket å få gitt rapporten så fort som mulig. På spørsmål om hva som kjennetegnet en god rapport, svarte sykepleier B:

Jeg tenker at en god rapport for meg er hvis jeg vet at jeg kan gi en rapport om pasienten med en gang jeg kommer opp. Ting tar jo ofte litt tid når man kommer opp med pasient til intensivavdelingen. Det tar tid å koble om, koble ned og frem og tilbake med alt av utstyr vi ofte har med oss. Altså jeg vil heller gi rapport mens noen andre kobler om pasienten enn at jeg skal bruke tid etterpå til å gi rapporten (...)

Sykepleier C fortsatte med en situasjon som hun syntes var merkelig, men hun anerkjente at ressursituasjonen på intensivavdelingen kunne spille en rolle:

Tror det kommer an på hvor mange det er som er på jobb på intensiv. Nå på søndagen var det én sykepleier og tok imot en intubert pasient med fullt av ledninger og infusjoner som pågikk, og da måtte jeg hjelpe til å flytte om, og når jeg skulle gi rapport, da kom det fem andre sykepleiere fra intensiv og hjalp til for å snu pasienten.

Sykepleier A la til:

Ja det er veldig varierende på sykepleieren man møter på intensivavdelingen, også synes jeg i forhold til at det er noen som er veldig strukturert på at de får en kollega til å koble opp pasienten også tar de selv imot rapport, mens noen er veldig omstendig og skal koble om alle kablene, legge det riktig og pent og slikt, og så kan de ta imot rapport (...)

Det ble også beskrevet en usikkerhet rundt hvem som skulle ha rapporten, og at mange andre oppgaver ble prioritert før sykepleierne fra akuttmottaket fikk gitt rapporten. Dette skyldes at intensivsykepleierne koblet opp pasienten og gjorde andre tiltak før rapporten ble gitt. Det ble også beskrevet at rapporten ofte ble gitt over pasientsengen. Når det tok lenger tid før sykepleieren fra akuttmottak kunne gi rapporten, kunne dette føre til at rapporten blir kortere, slik sykepleier A beskrev: «Og da blir det også sånn når man har ventet så lenge for å gi rapport, for eksempel nå har jeg allerede vært her i 15 minutter og jeg har fortsatt ikke fått gitt rapport enda, nå blir denne rapporten kortet ned på fordi jeg har mye annet å gjøre på akuttmottaket».

Akuttmottakssykepleierne så ut til å føle at de kunne gi en mer utfyllende rapport på pasienter som lå lenge i akuttmottaket. Sykepleier B forklarte:

(...) Den ene typen er den som er veldig dårlig og du må få stabilisert nok til å transporteres til intensivsen og der man vet ingenting om pasienten bortsett fra de tiltakene du har gjort i mottaket. Og så har man den andre pasienten som man har i mottaket i seks timer (...) da vet man mer om pasienten for du har vært så lenge med den pasienten.

5.1.2 Organisatoriske perspektiver fra intensivavdeling

I intervjuet med intensivsykepleierne dukket det opp flere tanker om organisatoriske faktorer. Det ble påpekt at selve mottaket var offer for variasjon når det kom til organisering, slik at de hadde flere erfaringer med mottak utført på en u hensiktsmessig måte. Intensivsykepleier 4 uttrykte det slik:

Jeg synes det kan være litt sånn i mottak fra akuttmottak at det er veldig mange til stede samtidig. Av og til har jeg opplevd at legen gir rapport til legen, og så at sykepleierne skal gi rapport til meg, så står man å ... flere rapporterer samtidig.

Sykepleier 1 føyde til: «Og ofte så blir den muntlige rapporten gitt over senga mens man kobler opp pasienten, og at de da fort kan glemme ting eller at det blir litt sånn stokkete.»

Begge situasjonene som beskrives her gjorde rapporten uoversiktlig, da flere gav rapport samtidig i det første tilfellet, og da man var konsentrert på andre ting enn rapporten i det andre tilfellet. De ønsket ikke at rapportene skulle bli utført på denne måten, men allikevel ble det ofte slik

Intensivsykepleierne så for seg at pasientmottaket kan forbedres ved å organisere mottaket på en måte som gjør det mer produktivt, slik at de kan fokusere på rapporten mens noen andre gjør de initiale oppgavene med å få pasienten på plass og koble til overvåkningsutstyr. Intensivsykepleier 3 uttrykte seg slik: «Hvis man har mulighet da, at ett team tar imot pasienten, og starter pasientnært, mens de som har pasientansvar, både fra akuttmottaket og de som skal ta imot pasienten, eller ha ansvar for pasienten, har rom for å sette seg ned med en gang».

Intensivsykepleier 1 fulgte opp dette slik:

Hvis det er flere personal både på akuttmottaket så kan én ha mer oversikt nede på akuttmottaket (...) Og samme gjelder her, hvis én har ansvar for behandlinga, og én ansvar for å ta imot rapporten, og holde bare kontroll på ... Så hadde jo det vært det mest optimale, men det er jo veldig ressurskrevende.

Her kommer det frem at intensivsykepleierne hadde et ønske om å løse dette med å få rapport og å ta imot pasienten samtidig ved å ha en større mengde personell med på mottaket, og ikke bare på intensivavdelingen, men også nede i akuttmottaket. De var dog klar over at dette ville legge beslag på ressurser, og at det ikke var realistisk å alltid ha denne personellkapasiteten tilgjengelig. Hvordan et pasientmottak skulle foregå var ikke bestemt av noen generell prosedyre. Det fantes kun prosedyrer for enkelte tilstander, men disse omhandlet for det meste behandlingen, og ikke organiseringen av pasientmottaket.

Intensivsykepleierne ble spurt om deres tanker om telefonrapport, siden sykepleierne fra akuttmottak luftet dette som et forbedringsforslag. Intensivsykepleierne stilte seg meget negative til dette, og intensivsykepleier 3 svarte raskt: «Jeg tenker i hvert fall at det er greit å ha pasienten foran deg, for da får du selv et bilde av pasienten, enn at du, eh, får rapport per telefon og så får du et helt annet bilde enn du fikk over telefon.»

Intensivsykepleier 5 fulgte opp, og dialogen gikk mellom deltakerne: «Det er lettere å liksom, da ... spørre om ting og-» Intensivsykepleier 4: «å avklare misforståelser.» Flere deltakere uttrykte enighet, før intensivsykepleier 5 tok ordet igjen:

Å danne et felles bilde hvis de sier at pasienten har vært veldig dårlig eller tung i pusten. Og så at dere vet at dere begge to snakker om samme ting, på hvilken måte pasienten er dårlig, eller dårlig i pusten, sånn at dere kan bekrefte at «okei, sånn har det vært, eller sånn har det ikke vært».

Intensivsykepleierne ville ha pasienten foran seg, slik at de kunne bruke sitt kliniske blikk til å fange opp informasjon i relasjon til rapporten, og så de lettere kunne avklare ting, stille oppfølgingsspørsmål og danne seg en felles forståelse med sykepleieren fra akuttmottaket. Rapport på pasientrommet var den eneste måten de så for seg å få rapport fra akuttmottaket på.

Intensivsykepleierne vektla informasjonskontinuitet høyt, noe som vistes ved at de syntes de beste rapportene var om de dårligste pasientene, der legen hadde vært med siden akuttmottaket. På denne måten var det en person med i bildet som hadde god oversikt over pasientens tilstand, og kunne bære med seg informasjonen inn i intensivavdelingen. Ved spørsmål om gruppen hadde bemerket seg noen forskjell i rapportkvalitet ved spesielle pasientgrupper, svarte intensivsykepleier 3 slik:

Jeg opplever bare at det er bedre rapport på de som er dårlig der de har det her mottaksteamet der de har hatt kort oppholdstid i akuttmottaket til de kommer opp egentlig, enn at de har ligget

der i flere timer og så blitt overlatt og så ... ja, sann, at noe informasjon kanskje har blitt borte eller ikke videreført, som de kanskje ikke tenker er så viktig.

Intensivsykepleier 2 la til: «Jeg synes også det er bra noen av de når våre leger har vært involvert helt fra starten av. Da blir det liksom litt mer kontinuitet i det».

Intensivsykepleierne identifiserte også vaktskifte i akuttmottaket som en risikofaktor for informasjonskontinuiteten, og hadde mindre tillit til den muntlige rapporten som fulgte pasienter som hadde ligget lenge i akuttmottaket. De erfarte at rapporten ofte var mer mangelfull etter et vaktskifte, og at informasjon gikk tapt i akuttmottaket sine interne rapporter. Intensivsykepleier 1 fortalte dette: «Et eksempel på dårlig rapport er jo at den ansatte på akuttmottaket akkurat har tatt over pasienten og ikke har fått så god rapport fra sine igjen, så de vet ikke hva som er gjort av undersøkelser eller utstyr.»

5.1.3 Å være forberedt og å starte behandling tidlig

Noe som kom frem gjennom intervjuet med intensivsykepleierne var deres ønske om å igangsette pasientbehandlingen så fort som overhodet mulig. En av måtene de gav uttrykk for dette var gjennom måten de snakket om å være forberedt på, slik som intensivsykepleier 4 fortalte her: «Jeg bruker å snakke med legen, og så bruker jeg å få fødsels- og personnummer så jeg kan begynne å lese i Dips, og kanskje få dannet meg et lite bilde, (...) – hvis det er tid.»

Så langt tiden og den tilgjengelige informasjonen tillot det, ønsket intensivsykepleierne å være forberedt, slik at de kan bruke minst mulig tid på informasjonsinnhenting når pasienten ankom, og heller være klare med behandlingen(e) som pasienten skulle ha.

Pasientrommene var stort sett klargjort på forhånd, så mesteparten av forberedelsene gikk ut på å innhente informasjon om pasienten, og klargjøre eventuelle tiltak de visste skulle iverksettes. Eksempler på dette var klargjøring av medikamenter og aktuelt medisinskteknisk utstyr, slik som intensivsykepleier 3 beskrev: «(...) Men hvis vi har tid, så prøver vi å finne ut hva det er slags medisiner de bruker eller hvordan ... om de blir å trenge NIV (non-invasiv ventilasjon) med en gang eller for å planlegge utstyret vi trenger.»

Dette ønsket om å starte behandlingen kunne være en barriere for rapporten, ved at de startet med tiltakene og ikke tok seg tiden til å sette seg ned og få en skikkelig rapport. Intensivsykepleierne hadde forberedt seg så godt de kunne, og sto klare og fokuserte til å iverksette tiltakene som de så for seg kunne bli ordinert, eller som alt var ordinert av lege, som de kanskje hadde innhentet informasjon fra før pasienten ankom. Ofte endte det med at rapporten ble gitt samtidig som pasienten ble koblet til

overvåkningsutstyr og behandling ble administrert, slik intensivsykepleier 2 her beskrev: «Er jo mange ting som skal skje samtidig da, du skal ha rapport, også skal du få pasienten, også skal du administrere behandlinga, også.»

Intensivsykepleier 1 fortsatte med en utdypning:

(...) når man mottar en pasient fra akuttmottaket så er man jo gjerne klar, og har en formening om hvordan neste tiltak skal man utføre, så vi står og er klar og har tid, og har lyst til å starte med en gang på ny behandling, også er det det å ha tid til å sette seg ned og få god rapport, mens kanskje noen andre gjør pasientrettet arbeid i mellomtida. (...) du ønsker en god rapport, samtidig så er man jo selv veldig ivrig på å komme i gang med behandlinga til pasienten ... og hvis det da er personalmangel, at det ikke er noen andre til å starte med den behandlingen med en gang, så blir man gjerne stående over senga, og gjøre ting samtidig som du får rapport.

En annen måte intensivsykepleierens ønske om å iverksette behandling viste seg var ved at de av og til syntes pasientene ble liggende for lenge i akuttmottaket før de kom til intensivavdelingen. Det fremkom også et ønske om å gjøre det som var til det beste for pasienten, ved å starte behandlingen så raskt som mulig, og dermed forhindre forverring av pasientens tilstand. Intensivsykepleier 2 kom med denne betraktningen:

(...) Det hender jeg har følelsen av at de er litt lenger i mottaket enn de trenger å være innimellom, hvis de er skikkelig dårlige, for da skulle jeg gjerne hatt de før, så vi kunne begynt å jobbe litt mer sånn intensivspesifikt med dem. (...) Jeg tenkte vi kunne (...) litt lettere å få pasienten over kneika hvis vi hadde kommet i gang tidligere da.

5.2 Rapporten mangler struktur

Gjennom intervjuene kom det i flere sammenhenger frem en usikkerhet fra akuttmottakssykepleierne rundt innholdet i rapporten og hvilken informasjon intensivsykepleieren hadde behov for. Den manglende rapportstrukturen kom av for eksempel lite bruk av hjelpemiddel i form av kommunikasjonsverktøy under rapporten.

Sykepleierne fra akuttmottaket fortalte at de forsøkte å følge ISBAR, men at det ikke ble benyttet på en konsekvent måte, og det lå akuttmottakssykepleierne mer nært å tenke «ABCDE» som egentlig er et observasjonsverktøy. Rapporten ble påvirket av manglende rapportstuktur ved at viktig informasjon kunne bli glemt da det ikke var en hensiktsmessig rekkefølge i informasjonsoverføringen. Sykepleier B forklarer det slik:

«Vi har på en måte ISBAR vi skal følge, med det blir jo til at man må huske det. Forsøker å huske ISBAR og gi rapport i henhold til den.» Gruppen uttrykker enighet.

Sykepleierne fra akuttmottaket var avhengige av å huske det de skulle rapportere. Det virker ikke som om det var en kultur for å bruke av strukturerte kommunikasjonsverktøy. Hvilket verktøy som ble brukt, og i hvilken grad, så ut til å variere fra sykepleier til sykepleier. Ved spørsmål om de fulgte ISBAR-algoritmen svarte gruppen slik:

Sykepleier B: «Til dels.» Sykepleier D fulgte opp med:

Jeg tenker at jeg gjør det ... jeg har strukturen til ISBAR forsøker jeg å bruke i rapporten, om mottakeren av rapporten opplever det slik det vet jeg ikke, det er nå i hvert fall slik jeg prøver å gi rapporten (...) Jeg bruker også ABC-gjennomgang og sammendrag for å få med det essensielle

Dette viser at sykepleierne også fant andre måter å strukturere rapporten på. Enkelte så ut til å kombinere ABCDE og ISBAR delvis. Sykepleier C fulgte opp med å si:

Jeg tror nok jeg bruker å tenke på ABCDE når jeg gir rapport, der jeg begynner på toppen for da klarer jeg sikkert å få med meg mere enn hvis jeg ikke ville brukt det (...) Ærlig talt så husker jeg ikke hva ISBAR står for ... jeg begynner rapporten med om det er noe relevant sykdomshistorie, hvorfor de har kommet inn til akuttmottaket, funn i mottak og tiltak som er gjort.

Sykepleierne fra akuttmottaket fortalte også om at det var lite fokus på kommunikasjon under grunnutdanningen, og lite fokus på kommunikasjon og kommunikasjonsstrukturer i internundervisning, med ett unntak, trening på team-mottak i akuttmottaket. Intensivsykepleierne opplevde rapporten som ustrukturert. De erfarte at strukturen ble dårlig når man skulle utføre andre oppgaver samtidig, men også at selve rapporten ofte manglet en struktur. Intensivsykepleier 1 beskrev rapporten slik:

«Nei, jeg føler det blir sagt det som blir huska, altså [flere uttrykte enighet] de sier det som de selv tenker er viktigst, og det de etter hvert det de kommer på.»

Intensivsykepleier 4 la så til: «At det hopper litt frem og tilbake, ja.»

Intensivsykepleiergruppen ble spurt om de opplevde at det ble brukt strukturerte kommunikasjonsverktøy, og det var enighet om at dette ikke ble benyttet rutinemessig, og når de ble

brukt ble de ikke fulgt skikkelig – det ble ikke brukt bevisst. Derimot uttrykte gruppen at det var mer struktur når pasienten ble meldt til koordinator på intensivavdelingen. Telefonrapporten ved melding av pasient eller beskjeder gikk for det meste gjennom koordinatorene på avdelingene.

Sykepleierne fra akuttmottaket beskrev også at å bli stilt spørsmål under rapporten kunne medføre at de falt ut av rekkefølgen på hva de skulle rapportere. Dette opplevde sykepleierne som en forstyrrelse som førte til forringelse av rapporten. Sykepleier A fortalte:

Jeg føler jeg gir en god rapport når jeg blir lyttet til og ikke blir avbrutt underveis. Ofte så er det, så har på en måte intensivene noen ting de trenger å vite og det har jeg i rapporten min, men det kommer ikke når de på intensivene vil ha det så da blir det etterspurt og når det blir etterspurt så faller jeg ut av det (...) og da husker jeg ikke hva jeg har fortalt eller hva jeg og da blir det igjen til en dårlig rapport.

Denne typen utspørring følte som en faglig, på grensen til personlig, fornærmelse. Det var en følelse av at intensivsykepleierne ikke hadde tillit til at han hadde tenkt til å rapportere informasjonen de ønske. Sykepleier D fulgte opp og beskrev:

(...) i beste fall så har du jo tenkt gjennom hva du skal si, og litt rekkefølgen man er vant til å si ting i, men som A sier blir det jo helt ... kan bli helt satt ut om det blir etterspurt ting du hadde tenkt å komme til å, ja ... det er nesten å litt irriterende på en personlig-faglig måte at jeg hadde tenkt å si det, men du trudde ikke at jeg kom til å informere om det.

Strukturen i rapporten kan mistes og sykepleierne fra akuttmottaket følte det da ble en dårligere rapport. De anerkjente at det kunne stilles spørsmål, men da måtte det være på grunn av at intensivsykepleieren etterspurte noe hen ikke forsto med det som akkurat hadde blitt rapportert, ikke etterspørring av informasjon som hørte til senere i rapporten.

Det var ikke alltid at sykepleierne fra akuttmottaket var alene om pasientoverflyttingen. De fortalte at når de kom med de dårligste pasientene fulgte ofte en anestesilege med som i hovedsak gav rapporten på intensivavdelingen, og sykepleierne supplerte det som ikke hadde blitt rapportert, i all hovedsak hvilke tiltak de hadde utført i akuttmottaket. På grunn av at anestesilegen gav rapporten kunne sykepleierne fra akuttmottaket føle at de ikke visste hva de skulle bidra med i rapporten. Sykepleier D opplevde seg overflødig, og beskrev det slik:

(...) A-vakta er flink å supplere, av og til så vet jeg rett og slett ikke hva som forventes av rapport fra min side. A-vakta har vært og sett pasienten og bestemt at denne pasienten skal opp

på intensivavdelingen, og kanskje har gått opp og gjort klart, har prata med intensivsykepleieren og har lagt en slags plan om at nå skal vi legge en arteriekran, vi skal starte opp med dette. Så kan jeg gått komme opp og føle at den informasjonen jeg har er overflødig eller at, ja at det har blitt fortalt før.

Resten av gruppen uttrykte enighet i denne følelsen.

5.3 Sykepleiernes erfaringer med samarbeid mellom avdelingene

Samarbeidet mellom intensivavdelingen og akuttmottaket var preget noe av manglende forståelse for hverandres arbeidshverdag og arbeidsforhold. Her presenteres personlige perspektiver fra akuttmottaket og intensivavdelingen i hvert sine undertema.

5.3.1 Personlige perspektiver fra akuttmottak

Akuttmottakssykepleierne opplevde å bli møtt på forskjellige måter på intensivavdelingen, avhengig av hvem som tok imot rapporten. De opplevde noen av intensivsykepleierne som krevende i måten de ble møtt på, med lite forståelse for sin hverdag, mens andre intensivsykepleiere lyttet godt, og gjorde at akuttmottakssykepleierne følte seg verdsatt. Det var ulike forventinger til hvordan pasienten fra akuttmottaket skulle være når pasienten ble overflyttet til intensivavdelingen. På spørsmål om hvordan de opplevde arbeidsmiljøet mellom avdelingene, kom det først litt latter fra gruppen, før Sykepleier A tok ordet:

«Det føler jeg er veldig personavhengig.»

Sykepleier B la til: «Veldig personavhengig (...)» Resten av gruppen uttrykte enighet. Sykepleier C fortsatte med en utdypning:

«Noen vil ha ferdig servert pasient der alt er gjort og de trenger kun å se på skjermen om pasienten puster, mens andre har mer forståelse og skjønner at vi ikke har hatt tid til dette for vi måtte prioritere pasientens luftveier.» Gruppen var enig. Etter en liten digresjon i samtalen, kom sykepleier A seg tilbake til temaet igjen: «Og så har du de som lytter aktivt og takker for en bra rapport, der en verdsettes for det man har sagt. Det synes jeg er en bra måte å bli møtt på.» Sykepleier B tok så ordet:

Det er ikke ofte at jeg går fra intensivten etter jeg har gitt rapport der jeg tenker at den sykepleieren eller de jeg har gitt rapport til har en forståelse for at jeg har mange andre ting å gjøre på akuttmottaket (...)

Moderator spurte om det faktisk var slik de ofte opplevde det, og sykepleier A svarte: «Det er ikke noen som sier noe i vertfall, så jeg har ingen aning om det.»

Akuttmottakssykepleierne ønsket altså litt muntlig tilbakemelding, eller bare et «tak for rapporten.»

På spørsmål om hva de tenkte om en idé om at intensivsykepleieren som skal ta imot pasient møter dem i akuttmottaket svarte sykepleier D slik:

Det kunne jo kanskje vært nyttig, da får man en felles situasjonsforståelse, både i forhold til de fysiske rammene og hvorfor ting er slik de er når vi kommer med pasient fra akuttmottaket. Av og til så blir man møtt med «herregud for et rot det var i sengen til pasienten», og det har sin naturlige forklaring, jeg kan skjønne hvis du aldri har vært i et akuttmottak eller lignende, så ser det litt ustelt og merkelig ut, men slik blir det (...)

Sykepleier C komplementerte: «Det er ikke det vi prioriterer.», før sykepleier B la til: «Jeg tenker bare de skulle ha sett akuttrommet.» Gruppen lo og sa seg enig.

Sykepleier C så fordeler med en slik ordning for selve rapporten for intensivavdelingen:

Intensivsykepleierne får også da sett pasienten, hvis det er noe som skal forberedes på intensivsen som det ikke er tenkt på. Og da tenker jeg det kan bli et bedre mottak når pasienten blir overflyttet til intensivsen og de kan ringe til koordinator på intensivsen og formidle andre ting som kan gjøres klart for pasienten. Enn at de skal begynne med alt når vi kommer med pasienten, for da blir vi stående.

Sykepleierne fra akuttmottaket erfarte at intensivsykepleierne hadde liten innsikt i hva som foregikk i akuttmottaket. De fortalte at det ikke var slik at pasienten skulle være ferdig behandlet når hen ankom intensivavdelingen, akuttmottaket skulle stabilisere og overflytte pasienten til rett instans for videre behandling. Mange av pasientene var også veldig dårlige, som igjen endret prioriteringene rundt hva som var viktigst å gjøre. Alt handlet om å stabilisere pasienten best mulig før overflytting.

Sykepleierne fra akuttmottaket mente også at dette gapet mellom hva som forventes kan minskes gjennom hospitering i akuttmottaket eller at intensivsykepleierne kunne være med på tilsyn i akuttmottaket før pasienten ble overflyttet.

Det kom også frem tilfeller der det var uforståelig for sykepleieren fra akuttmottaket hvorfor det tok så lang tid før intensivavdelingen var klar. Sykepleier A beskrev det slik:

«Jeg tror på en måte også at jeg noen ganger ikke forstår helt hva vi venter på og hvorfor er ikke intensiven klar(...)» Gruppen uttrykte enighet, før sykepleier A fortsatte:

(...)for det er alltid tilbakemelding på at «vi er ikke klar», men jeg vet aldri hva vi venter på og hva som skal klargjøres (...) også har jeg stått alene med en dårlig pasient i en time og ventet på intensiven, også kommer jeg til intensiven og der er det tre sykepleiere som tar imot pasienten, og da føler også helt surrealistisk fordi jeg har stått med en intensivpasient helt alene, ikke har jeg den utdanningen i intensivsykepleie, ikke har jeg de medisinene som de gir på intensivavdelingen (...), og da er det vanskelig å forstå hva vi ventet på, er det et rom som skal bli ledig eller hva?

Deltakerne følte seg ikke komfortable med å stå «alene» med ansvaret for en intensivpasient i akuttmottaket, og det skapte frustrasjon å ikke forstå hvorfor det tok så lang tid før pasienten kunne overflyttes til intensivavdelingen, samt hva som måtte klargjøres før det skjer. De tenkte seg at det kanskje var grunnet mangel på ressurser, men med liten innsikt i hva som skjedde på intensivavdelingen skapte det frustrasjon og irritasjon blant sykepleierne fra akuttmottaket.

Samarbeidsmiljøet kunne også bli påvirket av høy vikarbruk og mange ansatte på intensivavdelingen. Sykepleier D uttrykte seg slik:

(...) det er veldig ofte at jeg kommer til intensivavdelingen og så er det en sykepleier jeg aldri har sett før, om det er fordi det er sjeldent mellom hver gang jeg overleverer pasient på intensivavdelingen eller om det er veldig mange som jobber på intensivavdelingen eller om det er mye vikarbruk (...) På intensivavdelingen så virker alle veldig fremmed, så om intensivsykepleier kommer til akuttmottaket for rapport så ville kanskje det vær med på å gjøre den kollegiale delen litt større (...)

Akuttmottakssykepleierne syntes det var krevende å skulle ha et godt samarbeidsmiljø når de som oftest møtte på nye personer hver gang de overflyttet en pasient til intensivavdelingen. Dette var både på grunn av sjeldenheten sykepleiere fra akuttmottaket overflyttet pasienter til intensivavdelingen, og som sykepleier D viste til, hvor mange som jobbet på intensivavdelingen i tillegg til at det kunne være mange vikarer. Dette kunne påvirke samarbeidet og rapporten, siden sykepleierne for det meste ikke kjente til intensivsykepleierne.

5.3.2 Samarbeidsmiljøet og intensivsykepleiernes forståelse for andres praksis

Intensivsykepleierne så ingen problemer når det kom til samarbeidsmiljøet med akuttmottaket. De syntes ikke at det var noen problemer med samarbeidet på det personlige planet, de følte at de ble møtt på en god måte hver gang, og også at selve møtet med akuttmottakssykepleierne var såpass kort at det av den grunn vanskelig kunne bli dårlig. Intensivsykepleierne opplevde å bli møtt med respekt og på en hyggelig måte, og følte at sykepleierne fra akuttmottaket var glade for å levere fra seg pasienten til dem. De gangene det var dårligere stemning i mottaket, tilskrev de faktorer som ressurser og at det var mye press i akuttmottaket og/eller på intensivavdelingen, noe som kunne gjøre at de ble mer stresset og kanskje ikke like god til å samhandle. Intensivsykepleier 1 beskrev det slik: «Stemninga er nå helt grei, det er ingen sånn dårlig stemning.» Intensivsykepleier 5 utdypet noe:

Og hvis det er så går det ofte mer på det generelle ressurs- at det er mye press her og der, og da blir man ofte litt sånn vi og dem, men jeg tenker at det ikke bare er akuttmottak, men generelt hele huset, at man prøver å forsvare sitt, men at generelt tenker jeg at det, stemning og sånn, det er helt ok.

Sykepleier 5 snakket om «vi og dem» - altså at man så på hverandre som forskjellige grupper og ville verne om sin egen gruppe – som nå kanskje ble truet med «enda» en pasient. Dette viste at de ikke tenker slik, bevisst i hvert fall, når det er roligere i avdelingen.

I intervjuet med intensivsykepleierne kom det gjentatte ganger frem uttrykk for at de forsto hvilke forhold sykepleierne i akuttmottaket jobbet i. Dessuten snakket de også om hvordan organiseringen av arbeidet var forskjellig mellom akuttmottak og intensivavdeling, der de tenkte over at de planla annerledes, og virkelig hadde tid til å gå pasienten i dybden. De anerkjente også at deres informasjonsprioritering var annerledes, og at noe av informasjonen de prioriterte ikke nødvendigvis var like viktig for sykepleiere i akuttmottaket, men at det også kunne være grunnet erfaringsnivå.

Til tross for at intensivsykepleierne viste forståelse for hverdagen i akuttmottaket, kan det se ut som de ikke hadde tiltro til akuttmottakssykepleiernes kompetanse, eller rapporteringsevne. De følgende sitatene er fra forskjellige deler av fokusgruppeintervjuet og er delvis, så de er ute av kontekst, men de illustrerer denne mangelen på tillit.

Intensivsykepleier 3: «(...) at noe informasjon kanskje har blitt borte eller ikke videreført, som de kanskje ikke tenker er så viktig.»

Intensivsykepleier 1: «(...) de sier det som de selv tenker er viktigst og etter hvert det de kommer på.»

Intensivsykepleier 1: «Ja, av og til så kan jeg tenke at «ja, det er greit, gå bare du ned igjen så kan jeg lese selv» (...))»

Intensivsykepleier 1: «Ja, nettopp, fordi at de har ikke den informasjonen som vi ønsker uansett, så da er det lettere selv å bare lese.»

Intensivsykepleierne hadde forventninger om en lite informativ rapport.

Intensivsykepleierne tenkte seg at et tettere samarbeid med akuttmottaket kunne være nyttig. De uttrykte et ønske om å skape mer felles forståelse, slik at sykepleiere på begge avdelinger kunne få bedre innsikt i hvorfor ting ble gjort forskjellig, og for å ha en dialog om hva de to avdelingene forventet av hverandre. Hospitering ble vurdert som et mulig alternativ for å oppnå bedre forståelse.

6 Diskusjon

Vi har valgt å organisere drøftingen rundt tre hovedpunkter, der alle funn vil bli diskutert. Punktene er:

- Forskjeller i prioriteringer skaper spenninger
- Informasjonsoverføring
- Sykepleiernes opplevelser av samarbeid.

6.1 Forskjeller i prioriteringer skaper spenninger

Sykepleierne fra akuttmottaket ønsket å få gitt rapporten raskt og komme seg tilbake til akuttmottaket. De sa selv at det at de hadde andre pasienter og oppgaver ikke påvirket deres rapportgiving, men også at det satt i bakhodet – noe som kanskje bidro til deres ønske om å bli fort ferdig med rapporten.

Intensivsykepleierne, på den annen side, hadde ofte allerede en formening om tiltak som skulle utføres, og ville gjerne begi seg ut på dette med en gang pasienten ankom, noe som førte til at akuttmottakssykepleieren ofte følte at de ble stående og vente. Her hadde de to gruppene altså forskjellige motivasjoner, noe som kunne føre til en slags konflikt, i hvert fall for sykepleierne fra akuttmottak, som ble stående og vente, og kanskje demonstrativt sto med utstyret sitt i hendene og ventet på å få avgitt rapport. En studie fra et sykehus i Irland av McFetridge et al. (2007) fant også at sykepleiere fra akuttmottaket følte seg «satt på sidelinjen» på intensivavdelingen mens intensivsykepleiere koblet opp pasienten til overvåkningsutstyr. I de tilfellene der det ikke er fullt av intensivsykepleiere klare i mottaket på intensivavdelingen, viser våre resultater at sykepleierne fra akuttmottak heller kunne ha hjulpet til med oppkoblingen, og at de av og til gjorde dette. Dette er ikke alltid noe som må prioriteres der og da, siden pasientene ankommer med overvåkningsutstyr fra akuttmottaket. Et annet alternativ som ville ha hjulpet i slike overflyttinger ville vært om overvåkningsutstyret på de forskjellige avdelingene var like, slik at avdelingene bare kunne bytte utstyr. Det tar tid å koble opp pasienten fra overvåkningsutstyret til akuttmottaket til intensivavdelingen sitt utstyr, og hvis dette var likt over hele sykehuset ville det tatt sekunder å koble pasienten opp til overvåkningsutstyr. Slik er det ikke på dette sykehuset, og sykepleierne fra akuttmottaket må da stå på sitt og kreve at man begynner rapporten med en gang, noe én deltaker beskriver. Dette kan dog være vanskelig å tvinge gjennom for en sykepleier som kanskje har mindre erfaring enn den som skal få rapporten, og vår studie viser da også at sykepleierne på akuttmottaket opplever situasjon der intensivsykepleierne «deler ut» krasse kommentarer, noe som kan bidra til konflikt. Schibevaag et al. (2018) skriver om betingelser for god samhandling, noe som er relevant her. Dette handler om respekt, mens det å ignorere sykepleieren fra akuttmottaket som står og venter på å gi rapport vil kunne

oppfattes som mindre respektfullt. Det kan være respekt for intensivsykepleierne som gjør at akuttmottakssykepleieren i vår studie ikke tvinger frem rapport med én gang, men også bevissthet om (enhets)kultur og arbeidsmåte, noe som er to andre av betingelsene Schibevaag et al. (2018) skriver om. En annen forutsetning er å utfylle hverandre og at man er villig til og ser nødvendigheten av å bidra aktivt. Dersom man først skal koble opp pasienten eller må utføre et stabiliserende tiltak umiddelbart, kan man si at sykepleiere fra akuttmottaket ikke gjør en utfyllende jobb ved å stå med utstyr i hendene og vente – det kan hende de kan være til hjelp i stedet, men om det er snakk om noe de ikke er kjent med, være det seg utstyr, behandling eller arbeidsmåte, kan dette føles usikkert for dem, og det kan hende det skaper en situasjon der de kan føle seg usikre. Dessuten viser resultatene våre at noen av sykepleierne fra akuttmottaket så på sin «utfyllende rolle» i relasjon til intensivavdelingen, som det å undersøke og gjøre de første tiltakene og observasjonene når pasienten ankommer sykehuset, og å videreformidle dette ved overflytting. Akuttmottakssykepleierne forteller at noen intensivsykepleiere tar imot rapporten med én gang, samtidig som en annen intensivsykepleier kobler opp overvåkningsutstyr. En studie har lignende funn (McFetridge et al., 2007), der sykepleiere beskrev at dette er måten de ønsker å utføre rapporten på. McFetridge et al. (2007) anbefaler å gjøre organisasjonelle vurderinger for å ta hensyn til det å gi sykepleierne uavbrutt tid til å fullføre rapporten. Slik kan både den som gir og den som mottar rapport få konsentrere seg om rapporten, og man introduserer ikke støy i form av andre oppgaver som utføres parallelt. Arora og Farnan (2022) anbefaler også at det viktigste ved pasientankomst er å ta seg tid til rapporten, ikke utføre pasientrettet arbeid samtidig og i tillegg unngå at støy og avbrudd i rapporten forekommer, så langt det lar seg gjøre. Det vil også forhindre at den muntlige rapporten blir kuttet ned slik en av deltakerne fra akuttmottaket i vår studie beskrev. Det er ikke en heldig situasjon, der potensielt viktig informasjon om pasienten kan mistes.

En av deltakerne fra akuttmottaket foreslo telefonrapport som et alternativ i stedet for den muntlige rapporten på pasientrommet når pasienten er overflyttet til intensivavdelingen. Intensivsykepleierne som deltok i denne studien ønsket ikke en slik måte å rapportere på, da de følte det var viktig å se pasienten samtidig som de fikk rapporten. Fordelen med en telefonrapport er at den kan gis i forkant av overflyttingen og sykepleieren fra akuttmottaket kan gi rapporten i kjente omgivelser og kan være innlogget i pasientens journal. De vil unngå å måtte stå på intensivavdelingen og vente på å kunne gi rapport, og intensivsykepleierne på sin side vil kunne starte behandlingen med en gang. Det kan også være viktige opplysninger i den muntlige rapporten over telefonen som kan bidra til at intensivsykepleieren kan planlegge mer rundt mottaket av pasienten. En studie av Tiffany et al. (2016), der rapporten mellom operasjonsavdelingen og intensivavdelingen ble undersøkt, fant at sykepleierne

på intensivavdelingen hadde positiv erfaring med telefonrapport før overflytting. Det er usikkert om funn i denne studien er direkte overførbare til en annen kontekst fordi operasjon og intensivavdelingen som oftest har større volum av overflyttinger seg imellom, og av den grunn har større innsikt i hverandres forventinger til informasjon. Men det kan antagelig i noen tilfeller være en god måte å gi muntlig rapport på mellom akuttmottak og intensivavdeling, særlig siden man kan begrense støy og distraksjoner som vanligvis skjer ved muntlig rapport i pasientrommet. Den visuelle delen med å se pasienten samtidig som en får rapport blir fraværende, men hvis den muntlige rapporten som blir gitt ved pasientsengen blir forstyrret av støy og distraksjoner, tenker vi at en telefonrapport muligens kan veie opp for dette. I vår studie så intensivsykepleierne, tross negativiteten til telefonrapport, på telefonoppdateringer fra akuttmottaket som potensielt gunstig. Dette kan også være et alternativ, der kontakt mellom de ansvarlige sykepleierne, og dermed prosessen med overføring av informasjon, kommer i gang tidligere. I studien til McFetridge et al. (2007) anbefaler de at ansvarlige sykepleiere fra både akuttmottak og intensivavdeling avklares tidlig, slik at de kan sette i gang denne prosessen.

Sykepleierne fra akuttmottaket relaterer variasjonen i hvordan mottaket utføres på intensivavdelingen til personlige og ressursmessige faktorer. Orvik (2015) skriver at samarbeid er avhengig av personene som er involvert, men også at bemanning og kontinuitet blant personalet kan by på organisatoriske utfordringer. Å ha flere involverte fra samme enhet i ethvert pasientmottak vil legge beslag på personellressurser, noe som kan la seg gjøre om pasientbelegget er lavt, men om dette skal skje hver gang, vil intensivavdelingen behøve en høyere grunnbemanning. Bemanningskostnader er den største utgiftsposten til intensivavdelinger (Aitken et al., 2019), dermed kan det være nødvendig å vise forbedring i målbare parameter for pasientutkomme for å kunne rettferdiggjøre den økonomiske kostnaden av tiltaket.

Muntlig rapport har allerede en risiko for at informasjon kan gå tapt, slik Nygaard et al. (2020) beskriver som «a game of whispers», der informasjon i muntlig form endres fra ett vaktskift til et annet og derved også kan mistolkes. Deltakerne i vår studie erfarte også at støy og avbrudd i rapporten, eller det at rapporten ble gitt over pasientsengen samtidig som man koblet opp pasienten til overvåkningsutstyr, kunne øke sjansen for at informasjon om pasienten gikk tapt. Dette er både på grunn av at den som mottar rapporten og den som gir rapporten ikke kan ha fullstendig fokus på den muntlige rapporten. I forkant av pasientoverlevering til intensivsykepleier, har det vært flere slike muntlige rapporter; fra ambulanspersonell, fra lege til sykepleier, fra koordinator på akuttmottaket til koordinator på intensivavdelingen. Mange slike muntlige overleveringer av informasjon om pasienten kan forsterke erfaringen av at rapportens fragmenteres og endres, slik det var i Nygaard et al. (2020) sin studie. En annen studie som viser tap av informasjon gjennom muntlig rapport er Sujana et al.

(2015), som beskriver hvordan ambulanspersonell ikke har noen muntlig informasjon å legge til etter muntlige rapporter mellom ambulansvaktskifter.

Den muntlige rapporten som blir gitt fra ambulansarbeiderne og sykepleieren i akuttmottaket kan være varierende når det gjelder informasjon om pasienten. Ifølge informantene i vår studie, kunne rapporten som ble gitt av ambulanspersonell til personellet i akuttmottaket være varierende i innhold om informasjon om pasienten. Det kunne være svært hektisk i akuttmottaket, og disse pasientene ble ofte tatt imot i traumemotak eller medisinsk mottaksteam (MMT). Arora og Farnan (2022) har beskrevet flere steg i pasientoverflyttingen. Et av dem er pre-overflyttingen, som er informasjonen som blitt gitt før pasienten overflyttes. Deltakerne i studien vår beskrev at de kunne miste oversikten, da det ofte var veldig mange personer rundt pasienten i akuttmottaket. Sykepleierne fra akuttmottaket erfarte at de fokuserte på sin oppgave og ikke hadde oversikt over hva de andre gjorde i de hektiske mottakene. Deltakerne i vår studie fra akuttmottaket indikerte at dette kan hindre dem i å organisere og oppdatere informasjon før overflyttingen, dermed ble pre-overflyttingen som Arora og Farnan (2022) beskriver påvirket. Dette førte til at de ofte startet overflyttingen uten særlig mer informasjon om pasienten enn de oppgavene de selv hadde utført. Allen (2019) sier at om pasientflyten går raskere enn informasjonsflyten, må den mottakende avdelingen opp danne seg et bilde av pasienten retrospektivt. Derved kan en overflytting der sykepleier fra akuttmottaket ikke har tilstrekkelig oversikt over pasienten føre til merarbeid for personell på intensivavdelingen.

Orvik (2015) utlegger det han kaller dobbeltkompetanse, som en balanse mellom det kliniske og det organisatoriske. Han sier at for å yte best mulig kvalitet i pasientomsorgen så må man som sykepleier kunne ha en helhetlig oversikt over ikke bare behandlingen, men også det organisatoriske.

Akuttmottaket er avhengig av å få god informasjon om pasienten, men deltakerne i vår studie fortalte at informasjonen kan være knapp eller mangelfull. Pasienten blir en kort periode i «transitt», mens det samtidig skal organiseres å få overflyttet pasienten. Det kan tenkes at det kliniske og faglige i sykepleierrollen ofte skal ha førsteprioritet, og det organisatoriske kan ikke bli like høyt prioritert. Hvordan avdelingen er oppbygd, slik som hvor datamaskiner er plassert i avdelingen, kan ha en effekt på hvor enkelt det er for helsepersonellet å få tilgang til pasientinformasjon, slik Parker et al. (2012) fant i en fokusgruppe-delen av en mixed methods-studie. Bate, Mendel og Roberts (2008, referert til i Bergerød og Wiig (2018, s. 119), beskriver en modell kalt «organizing for quality», som omhandler utfordringer i å opprettholde god kvalitet og pasientsikkerhet. En av punktene i modellen fokuserte på fysisk utforming og teknologi, og handlet om hvordan oppbygningen og infrastrukturen bidro til å møte både de fysiske utfordringene knyttet til kvalitet, men også teknologien. Orvik (2015) beskriver at sykehus med mange ulike faggrupper og profesjonsutøvere må organiseres med hensyn til

arbeidsmiljø og effektiv ressursbruk for å sikre kvalitet og sikkerhet. Orvik mener det er et administrasjonsansvar å tilrettelegge for at sykehuset kan utføre sine oppgaver, blant annet ved å sikre arbeidslokalet og teknologisk utstyr slik at dette blir utført på en forsvarlig måte.

6.2 Informasjonsoverføring i rapporten

Informasjon som skal gis i overflytting av en pasient fra en avdeling til den neste er av stor betydning for pasientsikkerheten, og for at videre behandling kan startes tidlig med tilstrekkelig informasjon om pasienten. Allen (2019) beskriver pasienten som «stafettspinnen» der man skal forsikre seg at nestemann har tatt den imot, altså at personalet har ansvar for å sørge for en sømløs overgang. Hvordan man tilstreber dette vil være forskjellig, noen bruker kommunikasjonsverktøy som er etablert i sykehuset, mens andre bruker erfaringer og lager en egen rapportstruktur utfra det. I vårt intervju med sykepleiere fra akuttmottaket uttrykte de en usikkerhet rundt hva innholdet i rapporten skulle være, og at det var manglende bruk av kommunikasjonsverktøy og rapportstruktur.

Sykepleierne fra akuttmottaket som deltok i fokusgruppen hadde en variert tilnærming til bruk av standardiserte kommunikasjonsstrukturer, der noen bruker, eller forsøker å bruke, ISBAR, noen følger ABCDE. Studier har vist at sykepleierne bør følge ISBAR, fordi dette kan gi bedre struktur og innhold i rapporten (Tangvik et al., 2021). Intensivsykepleierne i vår studie opplevde rapporten som ustrukturert. Årsaken til dette kan være de varierende måtene akuttmottakssykepleierne strukturerte rapporten på. Ustrukturerte rapporter oppleves som uklare av mottakende helsepersonell, og kan øke risikoen for informasjonsmangler og uønskede hendelser (Calleja et al., 2016; Desmedt et al., 2020; Foster & Manser, 2012). I vår studie erfarte sykepleierne fra akuttmottaket at rapporten deres mistet struktur når de ble avbrutt, for eksempel ved at det ble stilt hyppige spørsmål; dette kan også være en av årsakene til mangelen på struktur. De fleste moderne kommunikasjonsteoretikere har vendt seg bort fra tanken om at kommunikasjon er en lineær prosess, karakterisert som monologisme, til fordel for en sirkulær modell. Teoriene ser nå på samspill som en sirkulær prosess, og at alle deltakere i kommunikasjonen bidrar gjennom samhandling (Jensen & Ulleberg, 2019). Dette betyr at intensivsykepleierens bidrag til samhandlingen kan både forbedre og forringe den.

Intensivsykepleierne opplevde ofte rapporten som mangelfull, noe som kan komme av at verifiserte kommunikasjonsstrukturer ikke ble brukt, eller at de bare ble delvis fulgt. Forskning viser at strukturerte kommunikasjonsstrukturer gir en mer konsistent overføring av informasjon, og derfor bør benyttes (Arora & Farnan, 2022; Aase & Hansen, 2018). Intensivsykepleierne i vår studie fortalte at ISBAR ble hyppigere fulgt ved melding av pasient over telefon. Dette kan være grunnet høyere grad av erfaring hos koordinatorene i akuttmottaket, men også fordi det er mindre informasjon som skal

rapporteres. Samtidig er det første meldingen om pasienten, dette kombinert med at man ringer opp over telefon gjør det trolig mer naturlig å starte med den første bokstaven i ISBAR – I, introduksjon, for så å følge ISBAR-algoritmen videre. Desmedt et al. (2020) poengterer at det er lite forskning som gir støtte til forbedrede resultater for pasientene gjennom bruk av kommunikasjonsstrukturer, bortsett fra i enkelte tilfeller som nettopp telefonrapport. Kommunikasjonsstrukturer må benyttes korrekt, noe trening og undervisning kan bidra til (Burgess et al., 2020). Litteraturen, samt våre funn, viser at utdanningene ofte legger lite vekt på ferdigheter relatert til pasientoverflyttinger, og at det ofte ikke er tid til å øve på disse ferdighetene gjennom internundervisning (Burgess et al., 2020; Gordon et al., 2018; Laugaland et al., 2012; Olsen et al., 2013). På bakgrunn av dette anbefaler vi at undervisning i kommunikasjon, både på utdanningene og i internundervisning på sykehuset, gis høyere prioritet enn det hittil har hatt.

Standardisering av kommunikasjon kan være fordelaktig, men avhengig av konteksten kan det være hensiktsmessig å avvike fra standardiseringen. I verste fall kan en økt standardisering med «pasientsikkerhet» som fokus gi helsearbeidere skylden for uønskede hendelser om de avviker fra standardiseringen, og en strukturert sjekkliste er ikke nødvendigvis det beste verktøyet for å videreføre «fortellingen» om pasienten (Patterson, 2008), noe Allen (2019) mener er viktig for at mottakende avdeling lett skal kunne tolke pasienten om til et «arbeidsobjekt» for sin avdeling.

Resultatene våre viser at informasjonsmangler i rapporten ikke bare oppsto grunnet varierende bruk av kommunikasjonsstrukturer, men også fordi sykepleierne fra akuttmottaket rett og slett ikke alltid hadde informasjonen. McFetridge et al. (2007) har lignende funn, der sykepleierne fra akuttmottaket ikke hadde informasjon om den videre planen, mens intensivsykepleierne allerede hadde fått denne informasjonen fra anestesilegen. Intensivsykepleierne i vår studie hadde bedre erfaringer med pasienter som lå kort tid i akuttmottaket, i motsetning til funn av Calleja et al. (2016), som fant at stabil pasient var en av situasjonene som økte kvaliteten av informasjonsoverføringen. Vårt funn kan muligens forklares med at pasientene som hadde kort tid i akuttmottaket ofte var ledsaget av lege tilknyttet intensivavdelingen, noe intensivsykepleierne i vår studie opplevde at gav høyere informasjonskontinuitet. Intensivsykepleierne hadde ofte også snakket med denne legen før pasientoverflyttingen fant sted. At intensivsykepleiere erfarer økt rapportkvalitet når lege gir rapport er ikke beskrevet i tidligere forskning, og i studien til Zakrison et al. (2016) legger sykepleiere blant annet skylden på legene for dårlige rapporter. En mulig forklaring på dette kan være at det legene og intensivsykepleierne i vår studie utøvde godt tverrprofesjonelt samarbeid seg imellom. Flere studier peker på pasientoverflytting som en veldig heterogen prosess som krever en tverrprofesjonell tilnærming til undervisning og trening (Desmedt et al., 2020; Gordon et al., 2018; Stoyanov et al.,

2012). En annen grunn til at intensivsykepleierne i vår studie opplevde en bedre rapport ved pasienter med kort tid i akuttmottaket, kan være tap av informasjon gjennom vaktskifter i akuttmottaket ved pasienter som hadde lang tid i akuttmottaket. En ny studie på emnet av Mamalelala et al. (2023) fant at sykepleiere i akuttmottaket ofte blir ferdig med sine vakter før de får overflyttet pasientene sine. Overføring av pasientansvar til nytt personell medfører risiko for tap av informasjon (Desmedt et al., 2020; Schibevaag et al., 2018).

Om akuttmottakssykepleierne i vår studie bør bruke mer tid på å innhente informasjon før overflytting kan nok ikke forsvares, da dette ofte var kritisk syke pasienter der tid var viktig – dette vil også forlenge tiden før intensivbehandlingen kan startes opp, selv om intensivsykepleierne kanskje ikke vil føle dette direkte. Intensivsykepleierne følte allerede at noen pasienter ble værende for lenge i akuttmottak, men det er usikkert om dette gjaldt de sykeste pasientene der akuttmottakssykepleierne ikke rakk å innhente grundig pasientinformasjon.

6.3 Sykepleiernes opplevelser av samarbeid

Samarbeidet mellom intensivsykepleierne og sykepleierne fra akuttmottaket er et sentralt anliggende for rapporten ved overflytting til intensivavdelingen. Under dette punktet vil sykepleiernes personlige perspektiver på dette samarbeidet bli diskutert.

Deltakerne fra akuttmottaket beskrev ulike forventninger til hvordan pasienten og pasientsengen skal fremstå når hen overflyttes til intensivavdelingen. De fortalte om at de fikk klager fra intensivsykepleierne på rot i sengen. Dette kunne klart føre til en del arbeid for intensivsykepleierne, og kunne være krevende hvis pasienten var svært ustabil. Deltakerne fra akuttmottaket mente at det manglet en felles situasjonsforståelse for hva som foregår i akuttmottaket, både når det gjaldt de fysiske forholdene der, og at dette kunne medføre at det så rotete ut i sengen når pasienten ble overflyttet til intensivavdelingen. Om disse kommentarene påvirket rapporten direkte er usikkert, men det er ikke en positiv måte å bli møtt på. At akuttmottakssykepleiere følte seg nedvurdert grunnet tilstanden av sengen eller behandlingen gitt hittil gjenspeiler funn fra en tidligere studie av Zakrison et al. (2016). Våre funn tyder på at intensivsykepleierne var kritisk innstilt til rapporten fra sykepleierne fra akuttmottaket. En kritisk innstilling kan føre til at måten man tolker det som blir sagt annerledes (Jensen & Ulleberg, 2019).

Våre resultater viser at intensivsykepleierne og sykepleierne fra akuttmottaket hadde forskjellige forventninger til innholdet i rapporten. Calleja et al. (2016) fant også manglende forståelse mellom helsepersonell fra forskjellige avdelinger. De argumenterer for avklaring av forventninger når det

gjelder hvilken informasjon som skal overføres. En norsk studie av Tangvik et al. (2021) viste at personell på intensivavdelingen og sengepostene på studiesykehuset hadde forskjellige forventninger til mengden informasjon. En studie av Mamalelala et al. (2023) fant også forskjellige forventninger hos intensivsykepleiere og sykepleiere fra akuttmottak, og at forskjellige forventninger hadde utspring i heterogenitet, strukturelle variasjoner og kliniske spesialiteter mellom avdelingene. Med bakgrunn i dette kan det være mulig at det var vanskelig for sykepleiere fra akuttmottaket i vår studie å forholde seg til mange forskjellige forventninger, spesielt til enheter de ikke overflyttet pasienter til ofte.

Flere av deltakere fra akuttmottaket i vår studie opplevde også at de noen ganger ble «quizzet» under rapporten av intensivsykepleierne rundt hva de kunne og ikke kunne om pasienten. Dette påvirket dem negativt og gikk ut over rapporten, siden de falt ut av strukturen rapporten sin. Denne typen utspørring er beskrevet før i en studie av McFetridge et al. (2007), der en intensivsykepleier forteller at en intensivsykepleier med masse erfaring kan ha mange spørsmål. Det kan være at intensivsykepleierne med sin spesialkompetanse stiller mange spørsmål uten at det er negativt ment, men også for å vise at de har mer kunnskap enn sykepleierne på akuttmottaket eller prøve å ydmyke sykepleieren fra akuttmottaket. En fagartikkel av Dellasega (2009) omtaler mobbing blant sykepleiere, noe som ikke er et nytt fenomen, og kan ha negative følger for sykepleiere og kvaliteten av pleien (Trépanier et al., 2016). Dellasega (2009) fremhever noen av måtene sykepleiere mobber hverandre på, for eksempel ved ydmykelse og erting for deres kunnskapsnivå. Hun legger også ut om forskjellige typer sykepleiere basert på handlingsmønstre, for eksempel sykepleieren som «sett alt, gjort alt», og sannsynligvis var «bedre enn deg», og som viser deres overlegenhet gjennom kommentarer og kroppsspråk. Om deltakerne i vår studie opplevde mobbing er uklart, og for å få svar på dette trengs det en studie med egnet design. Det kan tenkes at det var uvant for sykepleierne fra akuttmottak i studien vår å bli stilt så mange spørsmål, og at de dermed tolket det negativt. Intensivsykepleierne hadde gode erfaringer med hvordan sykepleierne fra akuttmottaket møtte dem, og så ingen problemer med samarbeidet. Dellasega (2009) poengterer at mange ikke er klare over at adferden deres er støtende. Studien vår har dog liten utvalgsstørrelse, og det kan godt hende intensivsykepleierne som deltok ikke deltar i denne type adferd. Gordon et al. (2018) fant i en litteraturgjennomgang at helsearbeidernes selvsikkerhet og maktforhold var av betydning for rapportens kvalitet. Kanskje vi her ser et skjevt maktforhold, der sykepleierne fra akuttmottaket i vår studie befant seg på en enhet de ikke var godt kjent med, med spesialsykepleiere som ofte hadde vesentlig høyere erfaring, og ikke møtte dem på en omtenkssom måte. Med lavere grad av maktforhold eller høyere selvsikkerhet hos akuttmottakssykepleierne, kunne de muligens ha satt en stopp for slik adferd.

Siden sykepleierne fra akuttmottaket i vår studie ikke overflyttet pasienter ofte til intensivavdelingen, og det var et stort antall intensivsykepleiere ansatt og hyret inn gjennom vikarbyrå, var det få kjente ansikter for dem å møte på. Sykepleierne fra akuttmottaket fortalte om bedre erfaringer med å gi rapport til personer de kjente til. Tillit og en positiv relasjon mellom helsearbeidere er assosiert med overflyttingseffektivitet og kvalitet (Desmedt et al., 2020; Thomson et al., 2017). Schibevaag et al. (2018) skriver at tillit er en forutsetning for god samhandling. Dette innebærer blant annet å aktivt lytte til hverandre og å bidra med sin kompetanse. De sier også at helsearbeiderne må oppleve seg selv som en ressurs i pasientovergangen, men slik akuttmottakssykepleierne i vår studie beskrev deres involvering i rapporten på intensivavdelingen, så de ut til å undre seg over hva de kunne bidra med, eller at de følte seg overflødige til en viss grad. Intensivsykepleierne virket heller ikke å se dem som ressurspersoner, da de ikke forventet noe særlig av rapporten, og til og med gav uttrykk for at de syntes den skriftlige rapporten gav mer informasjon. Dette er ikke optimalt, da mye av tolkningsarbeidet som Allen (2019) beskriver ikke kommer med i skriftlig dokumentasjon, og som sykepleierne fra akuttmottaket i vår studie sa, er det ikke alltid de hadde tid til å dokumentere før overflytting. Det er mulig at dette var en av kildene til at intensivsykepleierne ikke opplevde den muntlige rapporten som nyttig, da akuttmottakssykepleierne ikke hadde tid, eller kanskje kunnskap, til å omtolke pasienten for intensivsykepleiernes behov. Skriftlig rapport har dog også mange fordeler, slik Desmedt et al. (2020) beskriver i en umbrella review. De kom frem til at fordelene blant annet er økt presisjon og konsistens av informasjonsoverføringen, spart tid og økt tilfredshet blant både helsearbeidere og pasienter.

Sykepleierne fra akuttmottak i studien vår mente at felles forståelse kan økes ved at intensivsykepleierne tilser pasienten i akuttmottaket, men som intensivsykepleierne påpekte, var det ikke alltid ressurser til dette. I en studie av Zakrison et al. (2016) foreslo også deltakere at intensivsykepleierne kom til akuttmottaket for å bevitne pleien som ble utført der. Storm et al. (2014) foreslår tiltak som tverr-organisasjonelle personalmøter for å spre kunnskap om overflyttingsrutiner og for å skape en felles forståelse. I et slikt møte kan man avklare hva intensivsykepleierne ønsker å vite om pasienten, og akuttmottakssykepleierne kan fortelle sin historie om deres utfordringer i akuttmottaket. På denne måten vil også sykepleiere fra de to avdelingene se hverandre, og det vil kanskje bygges høyere grad av tillit av dette. Ved å få innblikk i hvordan den andre avdelingen arbeider og deres forventninger, kan sykepleiernes organisatoriske kompetanse, som beskrevet av (Orvik, 2015), økes. Dette vil kunne bidra til å forbedre arbeidets kvalitet gjennom sykepleiernes økte dobbeltkompetanse. Intensivsykepleierne viste i denne studien en viss grad av dobbeltkompetanse, ved at de anerkjente at forholdene i akuttmottaket kan være kaotiske. De var kort inne på temaet kultur da

de snakket om at de nok prioriterer informasjon annerledes enn sykepleierne fra akuttmottaket, og at det i enkelte tilfeller kunne bli en «oss mot dem»-følelse. Jensen og Ulleberg (2019) skriver om interkulturell kommunikasjon, og skriver nettopp om dette, og kaller det «enten-eller-modellen», hvor man benytter et dualistisk prinsipp for å dele verden i to» (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 266). Å tenke på denne måten kan føre til en stigmatisering og eksklusjon av den andre gruppen.

Jensen og Ulleberg (2019) skriver om faglig kolonisering, noe som reduserer rommet for gjensidig kommunikasjon. Dette kan føre til at dialogen bryter ned. De beskriver det som «en spesiell form for uheldig eller undertrykkende resonans» (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 390), og går ut på at yrkesutøverens praksis influeres av personlige erfaringer, kultur og verdier. Personlige egenskaper kan altså spille en rolle, noe som passer med hva som blir rapportert – at det varierer veldig fra intensivsykepleier til intensivsykepleier hvordan de oppfører seg når de tar imot pasient fra akuttmottaket. Kanskje dette er noe som foregår her, ved at intensivsykepleierne bruker for mye av sin makt til å styre rapportens dialog ved å stille en rekke spørsmål, noe akuttmottakssykepleierne føler er faglig nedverdiggende, da de ofte ikke rekker å komme til et emne og rapportere om det før spørsmål om det blir stilt. Jensen og Ulleberg (2019) ser på dette temaet som noe å ta opp i samtaler mellom kolleger eller i faglig veiledning. I et forbedringsprosjekt av Bergs et al. (2018) der de gjennomførte en intervensjon for å forbedre implementering av et nytt rapportskjema og overflyttingsprosedyre, fant de at intervensjonen ikke gav noen signifikant forbedring av informasjonsoverføringen, men derimot ble akuttmottakssykepleierne følelse av interaksjon og støtte signifikant bedre etter intervensjonen. Deres antakelser var at intervensjonen, som begge grupper gjennomgikk, skapte en likemannsfølelse og økt felles forståelse.

7 Konklusjon

Hensikten med studien var å utforske hvordan den muntlige rapporten ved overflytting fra akuttmottak til intensiv avdeling ble erfart av sykepleiere fra de respektive avdelingene, å avdekke potensielle forbedringsområder samt å belyse hvilke momenter som fungerer godt, og mindre godt. Vår studie reproducerer mange funn fra tidligere forskning, men tilfører også enkelte nye funn.

Sykepleierne fra akuttmottaket og intensivsykepleierne hadde ulike erfaringer på flere punkter.

Organisasjonelle forhold hadde innvirkning på hvordan sykepleierne erfarte arbeidet de utførte rundt pasientoverflyttinger. Sykepleierne fra akuttmottaket ønsket å få gitt rapport raskt slik at de kunne returnere til akuttmottaket, mens intensivsykepleierne ønsket å starte pasientbehandlingen øyeblikkelig når pasienten ankom intensivavdelingen, noe som skapte spenninger mellom de to personellgruppene. Det kom frem forslag til hvordan begge disse motivasjonene kunne tilfredsstilles. Noe begge gruppene trakk frem var et forslag om at de ansvarlige sykepleierne fra akuttmottak og intensivavdeling får konsentrere seg om rapporten, mens andre sykepleiere starter med oppkobling til monitorering og behandling. Dette er trolig en gunstig måte å gjennomføre rapporten på, men legger beslag på personellressurser.

Intensivsykepleierne erfarte at rapporten var av høyere kvalitet når pasienten var så syk at transittiden i akuttmottaket ble kort, spesielt når intensivlegen var involvert fra starten av og gav rapport på intensivavdelingen. Dette funnet er ikke beskrevet i tidligere forskning. Sykepleierne fra akuttmottak erfarte at de gav den beste rapporten når pasienten hadde lang transittid i akuttmottaket.

Intensivsykepleierne opplevde rapporten som ustrukturert, noe som kunne skyldes manglende bruk av strukturert kommunikasjonsverktøy, lite rom for forberedelse av rapport for akuttmottakssykepleierne, men også måten intensivsykepleierne mottok rapporten på. Sykepleierne fra akuttmottaket fortalte at de i liten grad benyttet strukturerte kommunikasjonsverktøy, men også at hyppige spørsmål under rapporten førte til at falt ut av rapportens struktur. Undervisning og trening på overflyttingssituasjoner var lavt prioritert i utdanningene og internundervisning, økt fokus på dette vil sannsynligvis kunne øke rapportkvaliteten gjennom bedre rolleforståelse og høyere etterlevelse i bruk av kommunikasjonsverktøy.

Begge gruppene i vår studie gav uttrykk for at de to avdelingene hadde ulike forventninger til informasjon i rapporten. Forslag til forbedring var hospitering på kryss av avdelingene samt et tettere

samarbeid. Andre potensielle måter å avklare forventninger på kan være felles personalmøter der personellet kan bli bedre kjent og diskutere problemområder sammen.

Intensivsykepleierne hadde gode erfaringer med samarbeidet med sykepleierne fra akuttmottaket på det personlige plan, og erfarte kun dårligere samarbeid når det var høy belastning i akuttmottaket og/eller intensivavdelingen. Sykepleierne fra akuttmottaket erfarte stor personlig variasjon blant intensivsykepleierne i måten de ble behandlet. Noen gav dem anerkjennelse og takket dem, men i flere tilfeller følte de seg fornærmet av kommentarer og det de opplevde som utspørringer.

8 Begrensninger

Studiens utvalgsstørrelse er liten, noe som gjør det vanskelig å konkludere med at erfaringene er sanne for en stor andel av sykepleierne på de to avdelingene, og vi kan ikke trekke konklusjoner for om dette er slik rapporten erfares på andre sykehus i landet.

Selv om mange av funnene våre samsvarer med internasjonal forskning på emnet, behøves en større studie for å kunne si noe om hvordan sykepleiere på landsbasis erfarer den muntlige rapporten. Intervensjonsstudier med tverrfaglig fokus på undervisning og trening kan bidra til å avklare om overflyttingsprosessen og rapporten mellom akuttmottak og intensivavdeling kan forbedres.

Referanseliste

- Aitken, L., Chaboyer, W. & Marshall, A. (2019). Scope of critical care. I L. Aitken, W. Chaboyer & A. Marshall (Red.), *Critical Care Nursing*. Elsevier Australia.
- Allen, D. (2019). *Sykepleiernes usynlige arbeid: organisering av sykehus og pasientomsorg* (E. U. Birkeland, Overs.; 1. utg.). Fagbokforlaget.
- Arora, V. & Farnan, J. (2022). Patient handoffs. I A. D. Auerbach & J. Givens (Red.), *UpToDate*. UpToDate. Hentet 30. september 2022 fra <https://www.uptodate.com/contents/patient-handoffs>
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7. utg.). Oxford University Press.
- Bergerød, I. & Wiig, S. (2018). Ledelse og pasientsikkerhet. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Bergs, J., Lambrechts, F., Mulleneers, I., Lenaerts, K., Hauquier, C., Proesmans, G., Creemers, S. & Vandijck, D. (2018). A tailored intervention to improving the quality of intrahospital nursing handover. *International Emergency Nursing*, 36, 7-15.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2017.07.005>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis: a practical guide*. SAGE.
- Burgess, A., van Diggele, C., Roberts, C. & Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20, Artikkel 459. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>
- Calleja, P., Aitken, L. & Cooke, M. (2016). Staff perceptions of best practice for information transfer about multitrauma patients on discharge from the emergency department: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(19-20), 2863-2873. <https://doi.org/10.1111/jocn.13334>
- Coleman, E. A. & Boulton, C. (2003). Improving the Quality of Transitional Care for Persons with Complex Care Needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(4), 556-557.
<https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51186.x>
- Dellasega, C. A. (2009). Bullying Among Nurses. *American Journal of Nursing*, 109(1), 52-58.
<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000344039.11651.08>
- Desmedt, M., Ulenaers, D., Grosemans, J., Hellings, J. & Bergs, J. (2020). Clinical handover and handoff in healthcare: a systematic review of systematic reviews. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(1). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa170>
- Disch, J. (2012). Teamwork and Collaboration. I G. Sherwood & J. Barnsteiner (Red.), *Quality and Safety in Nursing: a competency approach to improving outcomes* (s. 91-132). Wiley-Blackwell.
- Eide, T. & Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis - Relasjoner, samspill og etikk i sosialfag*. Gyldendal Akademisk.
- Foster, S. & Manser, T. (2012). The Effects of Patient Handoff Characteristics on Subsequent Care - A Systematic Review and Areas for Future Research. *Academic Medicine*, 87(8), 1105-1124.
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31825cfa69>
- Gordon, M., Hill, E., Stojan, J. N. & Daniel, M. (2018). Educational Interventions to Improve Handover in Health Care: An Updated Systematic Review. *Academic Medicine*, 93(8), 1234-1244. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002236>
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene - kommunikasjon i profesjonell praksis* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kripalani, S., LeFevre, F., O'Phillips, C., Williams, M., Basaviah, P. & Baker, D. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*, 297(8), 831-841.
<https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

- Laugaland, K. A., Aase, K. & Barach, P. (2012). Interventions to improve patient safety in transitional care – a review of the evidence. *Work*, 41(Jan 1), 2915-2924. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0544-2915>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Mamalelala, T. T., Schmollgruber, S., Botes, M. & Holzemer, W. (2023). Effectiveness of handover practices between emergency department and intensive care unit nurses. *African Journal of Emergency Medicine*, 13(2), 72-77. <https://doi.org/10.1016/j.afjem.2023.03.001>
- McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D. & Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 12(6), 261-269. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00244.x>
- NOKIAS. (2022). *Nordisk fagkongress for anestesi- og intensivsykepleiere*. Hentet 19. august 2022 fra <https://www.nokias2022.no/>
- Nygaard, A. M., Haugdahl, H. S., Brinchmann, B. S. & Lind, R. (2020). Information concerning ICU patients' families in the handover—The clinicians' «game of whispers»: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 3822-3834. <https://doi.org/10.1111/jocn.15414>
- Olsen, R. M., Hellzén, O. & Enmarker, I. (2013). Nurses' information exchange during older patient transfer: prevalence and associations with patient and transfer characteristics. *International Journal of Integrated Care*, 13(1), e005-e005. <https://doi.org/10.5334/ijic.879>
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid* (1. utg.). Cappelen Akademisk Forlag.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse - innføring i profesjoneskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Parker, F. M., Eisen, S. & Bell, J. (2012). Comparing centralized vs. decentralized nursing unit design as a determinant of stress and job satisfaction. *Journal of nursing education and practice*, 2(4), 66-76. <https://doi.org/10.5430/jnep.v2n4p66>
- Patterson, E. S. (2008). Structuring flexibility: the potential good, bad and ugly in standardisation of handovers. *BMJ Quality & Safety*, 17(1), 4-5. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.022772>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. utg.;Internasjonal. utg.). Wolters Kluwer.
- Schibevaag, L., Laugaland, K. A. & Aase, K. (2018). Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet - teori og praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Sikt. (2023). *Forske på egen arbeidsplass*. Sikt. Hentet 14.03.2023 fra <https://sikt.no/forske-pa-egen-arbeidsplass>
- Skavlid, S. (2009). *Nürnbergkodeksen*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/numbergkodeksen/>
- Storm, M., Siemsen, I. M. D., Laugaland, K. A., Dyrstad, D. N. & Aase, K. (2014). Quality in transitional care of the elderly: Key challenges and relevant improvement measures. *International Journal of Integrated Care*, 14(8 May), 1-15. <https://doi.org/10.5334/ijic.1194>
- Stoyanov, S., Boshuizen, H., Groene, O., van der Klink, M., Kicken, W., Drachsler, H. & Barach, P. (2012). Mapping and assessing clinical handover training interventions *BMJ Quality & Safety*, 21, i50-57. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001169>
- Stubberud, D.-G. (2020). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utg.). Cappelen Damm.

- Sujan, M. A., Chessum, P., Rudd, M., Fitton, L., Inada-Kim, M., Cooke, M. W. & Spurgeon, P. (2015). Managing competing organizational priorities in clinical handover across organizational boundaries. *Journal of Health Services Research & Policy*, 20(1), 17-25. <https://doi.org/10.1177/1355819614560449>
- Tangvik, L. S., Kinn-Mikalsen, M. A., Johnsgaard, T. & Reime, M. H. (2021). Sykepleieres erfaringer før og etter implementering av ISBAR – en kartleggingsstudie. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (87550), e-87550. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2021.87550>
- Thomson, H., Tourangeau, A., Jeffs, L. & Puts, M. (2017). Factors affecting quality of nurse shift handover in the emergency department. *Journal of advanced nursing*, 74(4), 876-886. <https://doi.org/10.1111/jan.13499>
- Tiffany, S. M., Michael, X. G., Amy, P. W. & Pamela, E. F. (2016). Improving the quality of the operating room to intensive care unit handover at an urban teaching hospital through a bundled intervention. *Journal of Clinical Anesthesia*, 31, 5-12. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2016.01.001>
- Trépanier, S.-G., Fernet, C., Austin, S. & Boudrias, V. (2016). Work environment antecedents of bullying: A review and integrative model applied to registered nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 85-97. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.001>
- Zakrison, T. L., Rosenbloom, B., McFarlan, A., Jovicic, A., Soklaridis, S., Allen, C., Schulman, C., Namias, N. & Rizoli, S. (2016). Lost information during the handover of critically injured trauma patients: a mixed-methods study. *BMJ Quality & Safety*, 25(12), 929-936. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003903>
- AACN. (2022). *CCRN (Adult)*. American Association of Critical-Care Nurses. <https://www.aacn.org/certification/get-certified/ccrn-adult>
- Aase, I. & Hansen, B. S. (2018). Trening av tverrprofesjonelt samarbeid i helseutdanninger. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til deltakere

Vil du delta i et forskningsprosjekt om kommunikasjon mellom sykepleiere ved overflytting av pasient fra akuttmottak til intensivavdeling?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan intensivsykepleiere og akuttmottakssykepleiere opplever den muntlige rapporten når en pasient innlegges på intensivavdelingen fra akuttmottaket. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Om forskningen:

Pasientoverflyttinger er forbundet med risiko for pasienten, ved at overføringen av informasjon kan være mangelfull eller at informasjonen kan bli misforstått, noe som kan føre til pasientskade. Overflyttinger fra akuttmottak til intensivavdeling er et område som det ikke er gjort mye forskning på, spesielt når det kommer til hvordan sykepleierne opplever dette. Vi ønsker med denne studien å undersøke hvordan den muntlige sykepleierrapporten mellom akuttmottak og intensivavdeling oppleves, hva som kjennetegner en god rapport, og hva som eventuelt kan forbedre rapporten.

Prosjektet er en masteroppgave i intensivsykepleie ved Institutt for helse- og omsorgsfag, Det helseviteskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet, som masterstudentene Theodor Jacobsen og Mats Nilsen samarbeider om. Masteroppgaven kan videre bli skrevet om til en fagartikkel eller forskningsartikkel som publiseres i et helsefaglig tidsskrift. Det kan også være aktuelt å legge frem resultatene på seminarer og undervisning av studenter og helsepersonell.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektansvarlig og veileder for masteroppgaven er førsteamanuensis Jill-Marit Moholt ved Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges Arktiske Universitet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervju sykepleiere på akuttmottak og intensivsykepleiere som har erfaring med overflytting av pasient fra akuttmottak til intensivavdelingen. Deltakerne rekrutteres fra ett sykehus i Norge. Intensivsykepleiere bør ha minst 2 års erfaring som intensivsykepleier og sykepleiere fra akuttmottaket bør ha 2 års erfaring, hvav ett års erfaring fra samme avdeling.

Vi henvendte oss til lederen i din klinikk med spørsmål om å bidra til rekruttering av deltakere til forskningsprosjektet. Du er valgt ut av ledelsen som en aktuell kandidat til å delta i studien, og vi har mottatt kontaktinformasjonen din fra dem. Klinikkledelelsen har godkjent studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse innebærer at du vil delta i et gruppeintervju sammen med 4-6 andre deltakere. Gruppeintervjuet har til hensikten er å få frem synspunkter og diskusjoner om tema for prosjektet. Det vil bli gjort et lydopptak med bruk av en diktafonapp av intervjuet. Vi vil benytte oss av nettskjema for datainnsamling. Av personopplysninger vil vi samle inn data om kjønn og hvor lenge du har vært (intensiv) sykepleier. Vi ber ikke om informasjon knyttet til områder som helse eller personlige forhold. All data som samles inn vil anonymiseres, og det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien. Intervjuet kan være inntil 90 minutter. Gruppeintervjuet blir gjennomført på sykehuset der du arbeider. Du vil gjennom deltakelse i denne studien bidra til ny kunnskap om temaet, som kan benyttes til å forbedre praksis. Av negative følger er kun at du må bruke din tid på å delta i intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet, men bearbeidet datamateriale fra intervjuet som allerede har inngått i analyser eller blitt brukt i vitenskapelige publikasjoner kan ikke slettes. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Navneliste med bakgrunnsinformasjon og samtykkeskjema blir oppbevart i et låst skap på et låst kontor hos prosjektleder ved UiT Norges arktiske universitet.
- Navnelista fungerer som en koblingsnøkkel og er nødvendig dersom noen av deltakerne ønsker å trekke seg fra studien i ettertid og få data slettet
- Det er kun Theodor Jacobsen, Mats Nilsen og prosjektansvarlig/veileder Jill-Marit Moholt som har tilgang til navnelisten, bakgrunnsinformasjon om deltakerne og lydopptakene.
- Lydfilene vil være sikkert lagret ved bruk av nettskjema.
- Når lydopptakene skrives ut blir navn på deltakere byttet ut med fiktive navn, og eventuelle personlige kjennetegn fjernet.
- Lydopptakets aidentifiserte utskrifter fra intervjuene oppbevares elektronisk på studentens område med sikker to-faktor pålogging. Oppbevaringen oppfyller alle lovkrav til personvern og sikkerhet.
- Ved publikasjon av masteroppgaven, samt forsknings eller fagartikkel, vil deltakerne ikke være mulig å identifisere.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes den juni 2023, og lydopptak og personopplysninger blir da slettet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På siste siden finner du samtykkeerklæringen som skal fylles ut, signeres og sendes inn dersom du velger å delta.

På oppdrag fra UiT har NSD – Norsk senter for forskningsdata som ligger under Sikt – kunnskapssektorens tjenesteleverandør, Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

UiT Norges arktiske universitet, ved masterstudent:

Theodor Jacobsen. E-post: tja037@post.uit.no

Mats Nilsen. E-post: mats.nilsen@uit.no

UiT Norges arktiske universitet, ved prosjektansvarlig/veileder:

Jill-Marit Moholt, telefon 776 60 701. E-post: jill-marit.moholt@uit.no

UiT Norges arktiske universitet, ved personvernombud:

Sølvi Brendeford Andreassen, telefon 776 46 153. E-post: personvernombud@uit.no,

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på E-post (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Jill-Marit Moholt

Studenter

Theodor Jacobsen og Mats Nilsen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet masteroppgave, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju
- at mine personopplysninger lagres etter prosjektslutt, til forskningartikkel/fagartikkel – hvis aktuelt

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

(Navn med blogg bokstaver)

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Søknad om tilgang til forskningsfelt

Forespørsel om tillatelse og bistand til å gjennomføre forskningsprosjekt blant sykepleiere på akuttmottak/intensivavdeling/medisinsk intensivavdeling

I forbindelse med videreutdanning innen intensivsykepleie ved Institutt for helse- og omsorgsfag v/ UiT Norges Arktiske Universitet, har vi Theodor Jacobsen og Mats Nilsen påbegynt et masterprosjekt som omhandler kommunikasjon mellom sykepleiere ved overflytting av pasient fra akuttmottak til intensivavdeling. Gjennom prosjektet ønsker vi å få frem hvordan sykepleiere opplever rapporten, og hva som fungerer som barrierer eller muligheter for en god sykepleierapport.

Gjennomføring av studien

Prosjektet er en kvalitativ studie der vi ønsker å undersøke sykepleiernes erfaringer, meninger og tanker. For å samle inn data til dette forskningsprosjektet skal vi gjennomføre fokusgruppeintervjuer av sykepleiere på akuttmottaket og intensivsykepleiere. Deltakerne skal være intensivsykepleiere på intensivavdelingen og sykepleiere på akuttmottak med minst 2 års erfaring, der det siste året er fra den aktuelle avdelingen. Dette for å sikre tilstrekkelig erfaring med overflyttinger fra akuttmottak til intensivavdeling. Vi ønsker at deltakerne skal ha erfaring med å motta eller gi rapport om pasienter som blir overflyttet fra akuttmottak til intensiv. Det vil være 4-6 deltakere i hver fokusgruppe, det vil bli utført ett gruppeintervju på hver avdeling og intervjuet vil vare i 60-90 minutter.

Opplysningene som innhentes vil behandles etter Norsk Senter for Forskningsdata (NSD, som fra 1 januar 2022 ligger under Sikt – kunnskapssektorens tjenesteleverandør) og UiT sine retningslinjer. Prosjektet er godkjent av Sikt. Informasjonen vi henter vil behandles konfidensielt og vil ikke kunne spores tilbake til deltakerne eller avdelingene de kommer fra. Vi vil benytte oss av diktafonappen som vil lagrer lydfilene ved bruk av nettskjema for å ta opp intervjuene. Lydfilene blir slettet etter at prosjektet er avsluttet. Vi vil sende ut informasjonsskriv om prosjektet og deltakernes rettigheter.

Deltakelse er frivillig, og hver deltaker må skrive under på et samtykkeskjema. Deltakerne kan trekke seg fra prosjektet når som helst, og få personopplysningene sine slettet. Data som allerede har inngått i analyse kan ikke bli slettet. Intervjuene er planlagt å gjennomføres i januar/februar 2023 og prosjektslutt er juni 2023. Prosjektansvarlig og veilederen er førsteamanuensis Jill- Marit Moholt v/ Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet.

Vi ber derfor om tillatelse til å intervju sykepleiere og intensivsykepleiere på _____ sykehus ved akuttmottak, generell intensivavdeling og medisinsk intensivavdeling. Vi forespør herved ledelsen om å utnevne en kontaktperson på avdelingen, som kan bistå oss med rekruttering av 4-6 deltakere til fokusgruppeintervju og videreformidle invitasjon om deltakelse i forskningsprosjektet til aktuelle kandidater på avdelingen.

Vi håper dere vil ønske å være med på dette forskningsprosjektet. Om dere har spørsmål eller ønsker mer informasjon om prosjektet, ta gjerne kontakt med oss.

Vennlig hilsen masterstudenter

Theodor Jacobsen

Tlf: 40019972

Mail: tja037@uit.no

Mats Nilsen

Tlf: 94179060

Mail: Mni132@uit.no

Veileder

Jill- Marit Moholt

Tlf: 77660701

Mail: jill-marit.moholt@uit.no

Vedlagt

1. Sammendrag av prosjektbeskrivelsen til masteroppgaven
2. Kopi av informasjon til deltakerne

Intervjuguide

Introduksjon:

Takker for at deltakerne stiller opp til intervju. Intervjuer og medstudent presenterer seg og gir litt informasjon om tidligere erfaringer. Deltakerne presenterer seg. Uformell prat.

Informasjon:

Informasjon om temaet for fokusgruppeintervjuet, bakgrunn og formålet. Hva intervjuer skal brukes til og forklar taushetsplikt og anonymitet. Informer om deltakernes rettigheter, og at de kan trekke seg fra studien uten å oppgi grunn og uten at dette medføre noen form for konsekvenser. Be om at deltakerne ikke utleverer personidentifiserbare opplysninger om tredjepart, for eksempel om andre ansatte og pasienter.

Hensikten med studien er å undersøke hvordan intensivsykepleiere og akuttmottakssykepleiere opplever den muntlige rapporten når en pasient innlegges på intensivavdelingen fra akuttmottaket

Innledende spørsmål:

Kan dere presentere deres sykepleierbakgrunn? (På rundgang, én og én).

Hvordan foregår rapport fra akuttmottaket på deres avdeling?

(Intensiv) Hvordan forbereder dere mottak av pasient fra akuttmottaket?

(Akuttmottak) Kan du kort gå igjennom hva som skjer på akuttmottaket i forkant av at en pasient blir overflyttet til intensiv?

(Intensiv) Se for dere en god og en mindre god rapport fra akuttmottaket som dere har vært med på. Hva gjorde den ene rapporten god? Hva gjorde den andre mindre god?

(Akuttmottak) Se for dere en god og en mindre god rapport til intensivavdelingen som dere har vært med på. Hva gjorde den ene rapporten god? Hva gjorde den andre mindre god?

Har dere noen andre erfaringer med rapporten dere vil dele?

Nøkkelspørsmål:

Forskningstema:

Vektlegger intensivsykepleiere og akuttmottakssykepleiere informasjon ulikt?

- **(Intensiv)** Hvordan samsvarer informasjonen dere får i rapporten med det dere ønsker å vite?
 - Hvorfor tror dere det er forskjeller?
- **(Akuttmottak)** Er det en usikkerhet på hva intensivsykepleierne vektlegger å vite om pasienten?

Hvilke barrierer og muligheter identifiserer sykepleiere for god muntlig informasjonsoverføring?

- Hvilke deler av rapporten er det som fungerer best?
- Hva vil dere beskrive som utfordringene ved rapporten?
- Benyttes kommunikasjonsverktøy/maler i rapport ved overflytting av pasient? Hva er deres tanker om disse?
 - ISBAR? Closed loop?
- Hva mener dere ville vært det beste tiltaket for å forbedre rapporten?
- Hva er deres erfaring med trening/simulering der fokus er på kommunikasjon/rapportsituasjoner?
- Finnes det en prosedyre for overflytting/rapport fra akuttmottak til intensivavdeling? Hvis ja, blir disse fulgt, og i hvor stor grad?
- Tettere samarbeid mellom sykepleieren i akuttmottak og mottakende sykepleier på intensiven? (Telefonkontakt, eventuelt intensivsykepleier møte i akuttmottaket?)
- Var kommunikasjon en del av sykepleier-/intensivsykepleierutdanningen? Har det vært en del av internundervisningen?

Hvordan oppleves arbeidsmiljøet mellom sykepleiere på akuttmottak og på intensivavdelingen?

- **(Akuttmottak)** Hvordan opplever dere å bli møtt av intensivsykepleierne når dere skal gi rapport?
- **(Intensiv)** Hvordan opplever dere å bli møtt av den som skal gi rapport?
- Opplever dere et godt arbeidsmiljø mellom avdelingene? Hvis nei, forslag til forbedringstiltak.

Oppsummering:

- Oppsummerer hovedelementer fra intervjuet
- Har vi forstått det riktig i forhold til?

Vedlegg 4: Godkjent meldeskjema for behandling av personopplysninger

01.11.2023, 21:27

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Sykepleiekommunikasjon ved overflytting av pasient fra akuttmottak til...](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
366751

Vurderingstype
Automatisk

Dato
02.07.2023

Tittel

Sykepleiekommunikasjon ved overflytting av pasient fra akuttmottak til intensivavdeling

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig

Jill-Marit Moholt

Student

Mats Nilsen

Prosjektperiode

02.01.2023 - 20.12.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 20.12.2023.

[Meldeskjema](#)

Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
 - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
 - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
 - Fagforeningsmedlemskap
 - Genetiske data
 - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
 - Helseopplysninger
 - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertrедelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet

<https://meldeskjema.sikt.no/638397e2-e808-4c8a-9621-2a2b67d30cda/vurdering>

1/2

- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.