

Jørgen Kaspersen

Mottak av akutt, kritisk syk pasient på intensiv

En magnet på helsepersonell som har mulighet til å bidra

Masteroppgave i Klinisk sykepleie

Veileder: Gørill Haugan

Desember 2021

Jørgen Kaspersen

Mottak av akutt, kritisk syk pasient på intensiv

En magnet på helsepersonell som har mulighet til å bidra

Masteroppgave i Klinisk sykepleie
Veileder: Gørill Haugan
Desember 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Introduksjon: Pasientoverføringer innad i sykehuset kan være et sårbart punkt i pasientforløpet og utgjøre en utfordring for pasientsikkerheten. Svikt i informasjonsflyt, manglende kommunikasjon, manglende dokumentasjon og uklart oppfølgingsansvar er velkjente risikofaktorer. Pasienter som overføres til intensivavdelinger er i mange tilfeller kritisk syke, og tilstanden til pasienten kan være kompleks og preget av ustabilitet. Intensivpasienten har ofte truende eller manifest akutt svikt i ett eller flere organsystemer. Det å ivareta den kritisk syke pasienten ved mottak i en intensivavdeling stiller krav til teamarbeidet mellom teammedlemmene, som hver og en har sine holdninger, kunnskaper og ferdigheter.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å utforske hvilke erfaringer og opplevelser intensivsykepleiere har med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient i en intensivavdeling.

Metode: Kvalitativ metode. Fokusgruppediskusjoner med ni intensivsykepleiere som deltakere, fordelt på to fokusgrupper. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultat: Tre hovedkategorier ble identifisert: *flere faktorer kan påvirke teamets oversikt i en krevende situasjon, god kommunikasjon er helt essensielt for teamarbeidet, og inkludering og støtte har stor betydning for teamopplevelsen.*

Konklusjon: Studien fremhever viktigheten med god struktur, definerte roller, tydelig teamledelse, og ivaretagelse av samarbeidsrelasjoner i teamet. Elementer som oppleves å kunne bidra til effektive teamarbeid var tidlig planlegging og forberedelser, anerkjennning av kommunikasjonens kvalitet, pasientansvarlig sykepleier med delegeringsfunksjon, og timeout for deling av kritisk informasjon. Videre ble inkludering og støtte av teammedlemmer, inkludert pasient og pårørende, samt kollegastøtte trukket fram. Uklar rollefordeling, konflikter og manglende struktur ble beskrevet å kunne påvirke teamarbeidet negativt.

Nøkkelord: Teamarbeid, Kritisk syk pasient, Pasientmottak på intensiv, Kommunikasjon

Abstract

Introduction: Intra-hospital patient transfer can be a vulnerable point in the clinical patient care process and can pose a challenge to patient safety. Disruption in information flow, lack of communication, inadequate documentation and unclear responsibility for follow-up are well-known risk factors. Patients who are transferred to intensive care units are in many cases critically ill, the patient's condition can be complex and characterized by instability. The intensive care patient has often threatening or manifest acute organ failure in one or more organ systems. Taking care of the critically ill patient when admitted to an intensive care unit, requires teamwork between the team members, whom each have their individual attitudes, knowledge, and skills.

Aim: The aim of this study was to explore the experiences and perceptions of intensive care nurses with teamwork when a critically ill patient is admitted to an intensive care unit.

Method: Qualitative study. Focus group discussions with nine intensive care nurses as participants, divided into two focus groups. The data material was analyzed using systematic text condensation.

Result: Three main categories were identified: *several factors can affect the team's awareness in a demanding situation, good communication is essential for teamwork, and inclusion and support are of great importance for the team experience.*

Conclusion: The study emphasizes the importance of good structure, clearly defined roles, clear team leadership, and safeguarding collaborative relationships in the team. Elements that are perceived to contribute to effective teamwork were early planning and preparation, recognition of the quality of communication, nurse with delegation responsibility, and timeouts allocated to sharing of critical information. Furthermore, the inclusion and support of team members, including patients and relatives, as well as colleague support was highlighted. Unclear division of roles, conflicts, and lack of structure were described as having a negatively effect on teamwork.

Keywords: Teamwork, Critically ill patient, ICU admission, Communication

Forord

Denne masteroppgaven omhandler hvilke erfaringer og opplevelser intensivsykepleiere har med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient i en intensivavdeling.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til informantene som har bidratt til denne studien, med å dele sjenerøst av sine opplevelser, erfaringer og kunnskaper.

Takk til seksjonsleder ved intensivavdelingen for hjelp til tilrettelegging slik at fokusgruppediskusjonene kunne gjennomføres i en krevende tid med Covid-19-pandemi.

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder Gørill Haugan for stødig veiledning, konstruktive innspill og gode råd underveis i prosjektet. Jeg ønsker også å takke forskningsrådgiver, Hege Selnes Haugdahl, som stilte opp som assisterende moderator under fokusgruppediskusjonene. Takk for gode råd og tilbakemeldinger.

Takk til alle medstudenter for deres opponering og tilbakemeldinger i forbindelse med mastergradsseminarene ved NTNU Trondheim.

Jeg vil også takke venner, familie og kollegaer, som har støttet meg gjennom dette året.

Jørgen Kaspersen

Desember 2021

Innhold

1	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn	1
1.2	Teoretisk perspektiv	2
1.2.1	Team og teamarbeid.....	2
1.3	Tidligere forskning.....	5
1.4	Hensikt	7
2	Metode	8
2.1	Design	8
2.2	Utvalg.....	8
2.2.1	Forforståelse	9
2.3	Datainnsamling	9
2.3.1	Fokusgruppediskusjon	9
2.4	Dataanalyse	11
2.4.1	Transkribering	11
2.4.2	Systematisk tekstkondensering.....	11
2.5	Forskningsetiske overveielser	13
3	Resultat.....	15
3.1	Flere faktorer kan påvirke teamets oversikt i en krevende situasjon	15
3.1.1	Mye personell kan gi uoversiktlig teamarbeid i mottakssituasjonen.....	15
3.1.2	Det er sjeldent definerte roller	17
3.1.3	Pasientansvarlig sykepleier med delegeringsfunksjon.....	18
3.1.4	Det handler om å være forberedt, holde fokus og jobbe systematisk	19
3.2	God kommunikasjon er helt essensielt for teamarbeidet.....	21
3.2.1	Svikt i kommunikasjonen kan medføre tap av viktig informasjon.....	21
3.2.2	Timeout underveis samler teamet	22
3.3	Inkludering og støtte har stor betydning for teamopplevelsen	24
3.3.1	Teamarbeid er et felles ansvar	24
3.3.2	Takhøyde for å komme med innspill og korrigere hverandre	24
3.3.3	Pasient og pårørende som en del av teamet	26
4	Diskusjon.....	28
4.1	Flere faktorer kan påvirke teamets oversikt i en krevende situasjon	29
4.1.1.1	Teamledelse	31
4.2	God kommunikasjon er helt essensielt for teamarbeidet.....	32
4.2.1.1	Kort timeout for deling av kritisk informasjon	33
4.3	Inkludering og støtte har stor betydning for teamopplevelsen	34

4.3.1.1	Tilrettelegging for pasient og pårørendes teamdeltakelse	36
4.4	Metodediskusjon	39
4.4.1	Pålitelighet	39
4.4.2	Gyldighet	41
4.4.2.1	Intern gyldighet	41
4.4.2.2	Ekstern gyldighet	42
4.4.3	Forslag til fremtidige studier	43
5	Konklusjon	44
	Referanser	45

1 Introduksjon

Denne studien omhandler hvilke erfaringer og opplevelser intensivsykepleiere har med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient i en intensivavdeling.

1.1 Bakgrunn

Siden starten av 1950-årene har behandlingstilbudet til pasienter med alvorlige sykdommer og skader stadig blitt forbedret (Stubberud, 2020b). Overføring av pasienter innad i virksomheten skjer daglig, det være seg «øyeblikkelig-hjelp-pasienter» som overføres fra akuttmottak til andre avdelinger, pasienter som overføres på grunn av planlagt- eller akutt kirurgi, samt nødvendig flytting mellom behandlingsnivå på grunn av forverring av pasientens tilstand eller andre årsaker. Slike overføringer innad i sykehuset og mellom tjenestenivåer kan være et sårbart punkt i pasientforløpet og utgjøre en utfordring for pasientsikkerheten (Helsedirektoratet, 2019). En norsk offentlig utredning (NOU 2015: 11, 2015), viser til norsk og internasjonal litteratur som omtaler uønskede hendelser innen helse- og omsorgstjenestene. Ifølge litteraturen anslås det at om lag én av ti pasienter på sykehus kan utsettes for en uønsket hendelse. Det estimeres at 20 - 60% av disse hendelsene kan forebygges. Uønskede hendelser kan føre til lengre sykehusopphold, varige mén og alvorlige konsekvenser. En årsrapport fra 2017 (Helsedirektoratet, 2018) viste at det hyppigste og alvorligste avviket ved svikt i pasientadministrasjonen var ved respons på akutsituasjoner. Overflyttinger og/eller overføring av pasientansvar ved innleggelse, eller internt på sykehus var også risikosituasjoner. Hyppigste avvik knyttet til kliniske prosesser var at retningslinjer/prosedyrer ikke hadde blitt fulgt og/eller at behandlingen ble igangsatt for sent, eller utført feilaktig. Forsinket diagnose og mangelfull behandling var de kategoriene med størst andel alvorlige hendelser. Uønskede hendelser har store konsekvenser på ulike nivåer og områder, både menneskelige og økonomiske; for den involverte pasienten, andre pasienters behandlingsforløp og ekstra belastning for virksomheten. Svikt i informasjonsflyt, manglende kommunikasjon, manglende dokumentasjon og uklart oppfølgingsansvar er velkjente risikofaktorer (Helsedirektoratet, 2019).

I løpet av de siste desenniene har kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten stadig fått økende oppmerksomhet og fokus i Norge (Helsedirektoratet, 2019). Det er satt i gang en rekke forbedringsprosjekter og satsinger på nasjonalt nivå, deriblant pasientsikkerhetsprogrammet, etablering av nasjonale kvalitetsregistre, nasjonale retningslinjer og pakkeforløp (nasjonale standardiserte pasientforløp). Et av satsingsområdene som er beskrevet i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring omhandler å legge til rette for gode teamarbeidsklima, da dette beskrives som en viktig faktor for pasientsikkerheten (Helsedirektoratet, 2019). Teamarbeidsklima belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper, og inngår som et punkt i den årlige medarbeiderundersøkelsen ForBedring. Dette er en undersøkelse som kartlegger ulike sider ved arbeidsmiljø, pasienttrygghetskultur og HMS (helse, miljø og sikkerhet) på tvers av helseforetakene i Norge (Helse Vest RHF, 2019). Teamarbeid spiller en viktig rolle i årsakssammenheng til uønskede hendelser, men også i forebyggingen av

uønskede hendelser på akuttavdelinger, inkludert intensivenheter (Ballangrud og Husebø, 2021a). En systematisk oversikt av Manser (2009) beskriver at helsepersonellets holdninger til teamarbeid har stor betydning for trygg pasientbehandling, og at gode teamarbeid kan forebygge uønskede hendelser.

En intensiv enhet er en separat avgrenset enhet i sykehuset. Den er bemannet av spesialutdannet personell og organisert som en multidisiplinær avdeling (Søreide *et al.*, 2014). Pasienter som overføres til intensivavdelinger er i mange tilfeller kritisk syke, og tilstanden til pasienten kan være kompleks og preget av ustabilitet. Intensivpasienten har ofte truende eller manifest akutt svikt i ett eller flere organsystemer, hvor det gjerne haster med å etablere og sette i gang behandling (Stubberud, 2020a). Ofte er det flere ulike profesjoner involvert i pasientoverføringsprosessen og i selve mottakssituasjonen på intensivrommet, alt fra sykepleiere, intensivsykepleiere og eventuelt andre spesialsykepleiere, intensivstudenter, leger i spesialisering, anestesileger, kirurgiske- og/eller medisinske leger, radiografer, bioingeniører med mer. Intensivsykepleierens funksjons- og arbeidsbeskrivelse sier at intensivsykepleieren skal gjennomføre medisinsk behandling i samarbeid med og på ordinasjon av pasientens legeteam, samt ha medansvar for forsvarlig behandling. I beskrivelsen er det nedfelt at intensivsykepleiere i sin utøver- og lederposisjon skal ta ansvar for å sikre kompetansesammensetning og videreutvikle systemer for å ivareta kvalitet ved mottak, overføringer og oppfølging etter intensivbehandling (NSFLIS, 2017). Både den initiale og den videre behandlingen kan i mange tilfeller være komplisert og ressurskrevende. I retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge er det beskrevet at intensivsykepleiere og lege utgjør et team med selvstendig ansvar for egne tiltak etter Helsepersonelloven, som sammen skal koordinere videre diagnostikk, behandling og pleie hos den enkelte pasient. Dette gjøres i tett samarbeid med leger fra moderavdeling, og leger med nødvendig spesialkompetanse (Søreide *et al.*, 2014). Det å ivareta den kritisk syke pasienten stiller krav til teamarbeidet mellom teammedlemmene, som hver og en har sine holdninger, kunnskaper og ferdigheter på ulike områder (Dietz *et al.*, 2014).

1.2 Teoretisk perspektiv

1.2.1 Team og teamarbeid

Et *team* består av to eller flere personer. Disse personene innehar spesialisert kunnskap og ferdigheter (Baker *et al.*, 2006). Medlemmene i teamet tildeles spesifikke roller, hvor hver og en utfører sine arbeidsoppgaver i en dynamisk og adaptiv interaksjon med de andre deltakerne. Teammedlemmene samhandler og koordinerer sine oppgaver og funksjoner, og tar avgjørelser i plenum for å oppnå felles mål (Baker *et al.*, 2006; Salas *et al.*, 1992). Et team skiller seg fra små grupper ved det faktum at deltakerne i teamet har gjensidig avhengighet. Det vil si at arbeidet karakteriseres med at medlemmene må tilpasse seg hverandre for å oppnå det ønskelige målet (Baker *et al.*, 2006). I begrepsanalysen til Xyrichis og Ream (2008) beskrives *teamarbeid* som en dynamisk prosess der teammedlemmene benytter sine komplementære bakgrunner og ferdigheter for å vurdere, planlegge og evaluere pasientbehandlingen. Dette oppnås gjennom gjensidig avhengighet, åpen kommunikasjon og felles beslutningstaking.

Ifølge King *et al.* (2008) oppstår det færre feil dersom helsepersonell arbeider i velfungerende team sammenlignet med enkeltpersoner som egenhendig utfører oppgaven, spesielt dersom hvert teammedlem kjenner sin, så vel som de andres, rolle og

ansvarsområde. Det som kjennetegner velfungerende team er personer som bidrar til felles forståelse i situasjonen, som dynamisk klarer å tilpasse seg et miljø i endring, som klarer å forutse problemer og bruker metoder for å håndtere eventuelle situasjoner som måtte oppstå - inkludert situasjoner som involverer konflikter i teamet. Helsepersonell som jobber sammen for å planlegge fremover, vektlegger tydelig kommunikasjon, som håndterer risiko underveis og reflekterer over situasjonen i ettertid, gjenspeiler høy grad av teamarbeid. Disse kjennetegnene gjelder for alle typer team, enten det er et kirurgisk team i en operasjonsstue, et traumeteam, medisinsk mottaksteam, hjertestansteam eller lignende (Frankel *et al.*, 2017). I akutte situasjoner blir ofte team dannet under forhold som utvikler og endrer seg underveis, sammensetningen av teamet kalles gjerne ad hoc-team, som betyr: «til dette formål». Teamet jobber sammen for en kort periode og består av flere helsepersonell, ofte fra ulike spesialiteter (Manser, 2009). Det er heller ikke sikkert at medlemmene har møtt hverandre fra før (Østergaard, Dieckmann og Lippert, 2011). Dermed krever ikke teamarbeid i helsetjenesten nødvendigvis at teammedlemmene jobber sammen på permanent basis. Pasientoverføring til intensivavdeling kan innebære at det er flere team som skal samhandle. I tillegg kan det være teammedlemmer som tilhører flere team hvor de har ulike roller. Derfor er det viktig at teamarbeidet opprettholdes av en forpliktelse til felles forståelse av situasjonen, og at de ulike deltakerne er bevisst sine teamarbeidskompetanser (King *et al.*, 2008), og at enkeltmedlemmer har en klar forståelse av sin rolle i de ulike teamene de deltar i (Husebø og Ballangrud, 2021).

Det er litt over tretti år siden professor David Gaba og hans medarbeiderne begynte å se på hvordan piloter i luftfart trente på teamarbeid, med fokus på ikke-tekniske ferdigheter, for å forebygge krisesituasjoner og ulykker (Gaba, 2010; Howard *et al.*, 1992). Ikke-tekniske ferdigheter defineres som «kognitive og sosiale ferdigheter og personlige ressurser som komplementerer tekniske ferdigheter og bidrar til trygg og effektiv oppgaveutførelse» (Flin, O' Connor og Crichton, 2008, s. 1). Grunnleggende ikke-tekniske ferdigheter omhandler situasjonsbevissthet, beslutningstaking, kommunikasjon, teamarbeid, ledelse, håndtering av stress og mestring av utmattelse (Ballangrud og Husebø, 2021c; Flin, O' Connor og Crichton, 2008). Konseptet Crew (eller 'Cockpit') Resource Management ble adoptert og omdøpt til Anaesthesia Crisis Resource Management (ACRM) (Howard *et al.*, 1992). Etter hvert som begrepet spredte seg til andre spesialiteter og områder i helsetjenesten har CRM-prinsippene blitt brukt i en rekke teamtreningprogram (Gaba, 2010; Østergaard, Dieckmann og Lippert, 2011). CRM fokuserer på hvordan man best mulig kan utnytte de kognitive og mellommenneskelige ressursene i et team, samt hvordan samarbeidet og ytelsen i teamet kan styrkes (Haerkens, Jenkins og van der Hoeven, 2012). Rall *et al.* (2014) viser til femten nøkkelprensipp innen CRM: 1) Kjenn ressursene i virksomheten, 2) forutse og planlegge, 3) tilkalle hjelp tidlig, 4) trene på å være en god deltaker og leder, 5) fordele arbeidsbelastning, 6) mobilisere alle tilgjengelige ressurser, 7) effektiv kommunikasjon, 8) benytte all tilgjengelig informasjon, 9) forhindre fikseringsfeil, 10) utføre dobbeltkontroll, 11) benytte sjekklister 12) utføre jevnlig re-evaluering, 13) utøve et godt teamarbeid – koordiner og støtt hverandre, 14) hold fokus og vær oppmerksom, og 15) prioritere fortløpende i situasjonen. I løpet av disse tretti årene har konseptet blitt videreutviklet innen helsetjenesten, og det er tilkommet en rekke verktøy og opplæringsprogrammer for teamtrening som blant annet baserer seg på prinsipper fra CRM. Datidens CRM-teamtrening hadde noen mangler. Den manglet blant annet forskningsbasert forankring for utvikling av nøkkelferdigheter som kunne bygge kompetanse i teamarbeid over tid (Ballangrud *et al.*, 2021; Alonso og Dunleavy, 2012).

På bakgrunn av dette ble TeamSTEPPS® (team strategies and tools to enhance performance and patient safety) utviklet. TeamSTEPPS® er et evidensbasert teamtreningsprogram utviklet i samarbeid mellom Department of Defense i USA og Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Programmet ble utarbeidet for å optimalisere teamarbeid og pasientsikkerhet i helsetjenesten, og inneholder en rekke teamarbeidsverktøy for å trene på teamferdigheter (AHRQ, 2019a).

TeamSTEPPS® har fokus på teamstruktur og består av et rammeverk med fire lærbare kjerneferdigheter innen teamarbeid: 1) kommunikasjon, 2) teamledelse, 3) situasjonsovervåking og 4) gjensidig støtte. Modellen viser til et dynamisk samspill mellom disse teamferdighetene, også med hensyn til teamrelaterte resultater derav teamutøvelse, kunnskap og holdninger. Kjerneteamet omkranser ferdighetene i modellen, altså behandlingsteamet. Pasient og pårørende medregnes i behandlingsteamet. Teamstruktur utgjør fundamentet for effektivt teamarbeid, og omhandler sammensetninger av teammedlemmer, derav antall medlemmer, kompetanse, profesjoner, ansvar og roller. Programmet tok utgangspunkt i «The Big Five in Teamwork», et teoretisk rammeverk som er basert på sammenfatning av forskning av teamarbeidskompetanser (Ballangrud *et al.*, 2021; Salas, Sims og Burke, 2005).

Kjernen i Big Five innen teamarbeid består av fem komponenter som er sentrale for effektivt teamarbeid; 1) Teamledelse, 2) gjensidig overvåking av teamutøvelse, 3) backup atferd, 4) tilpasningsevne og 5) teamorientering. Disse kjernekomponentene koordineres gjennom tre koordineringsmekanismer: 1) Felles mentale modeller, 2) gjensidig tillitt og 3) Closed-loop kommunikasjon¹ (Ballangrud og Husebø, 2021b; Salas, Sims og Burke, 2005). *Teamledelse* omhandler koordinering, planlegging og organisering av ressursene. Dette innebærer å etablere felles forståelse av mål, ha oversikt over medlemmenes roller, hvilke ressurser som er tilgjengelig og teamets begrensninger. Teamledelse handler om å legge til rette for kollektiv problemløsning gjennom felles mentale modeller. Teamleder bruker tilgjengelig informasjon for å sikre at teamet er forberedt og har evne til å tilpasse seg dersom noe uventet oppstår. Teamledelse inkluderer å sette forventninger og vurdere teamprestasjoner, men også tilrettelegge for positiv atmosfære og motivasjon. *Gjensidig overvåking av teamutøvelse* handler om å opprettholde felles forståelse av situasjonen og omgivelsene teamet jobber under og benytte strategier for å overvåke hverandres teamutøvelse. En slik bevissthet av teamutøvelsen kan bidra til å fange opp feil før de oppstår eller kort tid etter at de har skjedd. Det handler om å tilegne seg oversikt over andre teammedlemmers oppgaver samtidig som man utfører sine egne. Dette er ifølge Ballangrud og Husebø (2021b) spesielt viktig i stressfylte situasjoner, der det er økt risiko for at uønskede hendelser kan oppstå. *Backup atferd* karakteriseres med å sikre at medlemmene har korrekt forståelse av rollefordeling, ansvar, gjensidig avhengighet og oppgaveløsning. Dette inkluderer å kunne forutse teammedlemmers behov, samt å gi assistanse om noen trenger bistand for å utøve sin tildelte rolle. *Tilpasningsevne* handler om teamets evne til å kunne identifisere signaler om endringer i situasjonen eller omgivelsene, tilpasse seg og gjøre justeringer. *Teamorientering* kjennetegner de mellommenneskelige prosessene i teamet. Teamorientering innebærer utveksling av informasjon, oppgaveinvolvering og utarbeiding av felles målsetning. Det handler om å anerkjenne innspill fra andre i teamet, og vurdere

¹ *Closed-loop-kommunikasjon*; starter ved at avsender formidler en beskjed. Mottaker lytter til avsender og gir tilbakemelding på at beskjeden er mottatt ved å gjenta denne. Avsender får sin bekreftelse og har nå mulighet til å gjøre en korrigerende dersom det har oppstått misforståelse/mistolking av beskjeden som ble gitt (Helsedirektoratet, 2020).

disse innspillene for å fatte korrekt beslutning. Slik teamatferd bidrar til økt samarbeid blant teammedlemmene (Ballangrud og Husebø, 2021b; Salas, Sims og Burke, 2005).

Tre koordineringsmekanismer til kjernekomponentene: *Felles mentale modeller* viser til felles kognitive kunnskapsstrukturer som representerer strategier for å løse oppgaver, teamstrategi, og styrker og svakheter til hvert teammedlem. Teamarbeid krever at medlemmene forutser hverandres behov gjennom felles forståelse av situasjonen og omgivelsene. Med felles mentale modeller har teamet større forutsetninger til å utføre de nødvendige teamarbeidsferdighetene som backup atferd og gjensidig overvåking av teamutøvelse, som kreves for effektivt teamarbeid. Uten felles mentale modeller kan medlemmer være på vei mot forskjellige mål, som fører til ineffektivt teamarbeid. *Closed-loop kommunikasjon* er en systematisk kommunikasjonsmetode. *Gjensidig tillit* handler om å stole på at teammedlemmer utøver sine roller etter beste evne. Uten tilstrekkelig tillit vil teammedlemmer bruke unødvendig tid og energi på å sjekke hverandres utsagn og ferdigheter i motsetning til samarbeid for å finne felles løsninger. Det handler om å dele informasjon, godta respons fra andre teammedlemmer og ha vilje til å innrømme feil. Gjensidig tillit er også nødvendig for å akseptere teamledelse. Om medlemmer i teamet ikke stoler på hverandre eller teamlederen, vil de være mindre mottakelig for informasjon som kan hindre effektiv ledelse av teamet (Ballangrud og Husebø, 2021b; Salas, Sims og Burke, 2005). Forsøk på å forstå teamarbeidskulturen på en arbeidsplass, på godt og vondt, kan være nøkkelen til effektiv teamtrening og målrettet forbedring (Brindley, Valiani og Hicks, 2017).

1.3 Tidligere forskning

Strukturerte litteratursøk i databasene Cinahl, Embase og Pubmed ble gjennomført. Søkeord og kombinasjoner av disse var: *Teamwork, Team, Handoff, Handover, Admission, Performance, Perception, Experience, Attitude of Health Personnel, Communication, Intensiv care nurse, Intensive care unit, Icu, Critical care unit*. Litteratursøk resulterte i funn av studier som omhandler pasientoverføring fra operasjon til postoperativ enhet eller intensiv (Marshall *et al.*, 2019; McElroy *et al.*, 2015; Randmaa *et al.*, 2017; Reine *et al.*, 2019), samt overføringer fra akuttmottak (McFetridge *et al.*, 2007; Zakrison *et al.*, 2016). Kommunikasjon i pasientoverføringen var et gjentagende tema i flere studier (Zakrison *et al.*, 2016; Vretare og Anderzen-Carlsson, 2020; McFetridge *et al.*, 2007; Marshall *et al.*, 2019; McElroy *et al.*, 2015). Flere av disse studiene viser hvordan helsepersonell som følger pasienten til intensivavdelingen opplever mottakssituasjonen. Det viste seg vanskelig å finne studier av nyere dato som omhandler teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient i en intensivavdeling, sett ifra intensivsykepleierens perspektiv, selv ved gjennomgang av mange treff.

Marshall *et al.* (2019) fant at to-tredjedeler av pasientmottak på intensivavdelinger var preget av støy, enten med høy eller konstant lyd. Det er ikke alltid rom for å ta imot rapport i den initiale fasen. Et arbeidsmiljø preget av stress representerer risiko for mangelfull og upresis kommunikasjon mellom helsepersonell (Vretare og Anderzen-Carlsson, 2020; McElroy *et al.*, 2015). En risikofylt pasientoverføring beskrives som uoversiktlig, kaotisk, fylt med støy, et utydelig lederskap eller der lederen har manglende kommunikasjonsferdigheter. Denne type kaos fører til økt stress, og kan medføre at viktig informasjon går tapt (Zakrison *et al.*, 2016). Idet pasienten ankommer intensivavdelingen, retter intensivsykepleierne ofte søkelys på akuttbehandlingen, samt å danne seg oversikt over pasientens tilstand og etablering av nødvendig overvåkingsutstyr

(McElroy *et al.*, 2015). I overføringen fra operasjon til intensiv beskriver operasjonsteamet som følger pasienten at de ikke alltid vet hvem av intensivsykepleierne de skal henvende seg til på intensivrommet. I tillegg kan de bli stående å se på at intensivsykepleieren bruker tid på å rydde opp i infusjonsslanger, ledninger og utstyr. Denne forsinkelsen kan skape frustrasjon og forstyrrelser i kommunikasjonen. Anestesipersonell beskriver at de plutselig kan bli spurt spørsmål om informasjon som de allerede har delt og snakket om, og at mottaker ikke har fanget opp denne informasjonen. Deltakere i denne studien ønsket at det skulle være flere tilgjengelige sykepleiere på rommet, slik at intensivsykepleieren som har fått tildelt primæransvaret, kan avsette tid til å motta rapport, mens andre tar seg av pasienten (McElroy *et al.*, 2015). Helsepersonell som kommer med pasient fra akuttmottaket vet ikke alltid hvor mye informasjon intensivsykepleieren allerede har fått, noe som kan skape usikkerhet om hvor mye informasjon det er behov for å dele. Helsepersonell gir uttrykk for at de ikke ønsker å sløse bort verdifull tid på å repetere informasjon som kanskje allerede er kjent (McFetridge *et al.*, 2007).

God struktur anses som en forutsetning for å sikre kvaliteten på pasientoverføringen (Reine *et al.*, 2019; Randmaa *et al.*, 2017). Samtidig viser forskning at informasjonsdeling under rapport kan mangle struktur, og at strukturerte kommunikasjonsverktøy ikke blir brukt (Marshall *et al.*, 2019). Dette kan være et hinder for effektiv deling av informasjon (McFetridge *et al.*, 2007) assosiert med risiko for å utelate essensiell og viktig informasjon (Reine *et al.*, 2019; Randmaa *et al.*, 2017). Standardisering av pasientoverføringer synes nødvendig for å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten (Zakrison *et al.*, 2016); (I)SBAR blir trukket fram som et hendig verktøy for å strukturere rapporten (Randmaa *et al.*, 2017).

En forutsetning for god kommunikasjon er at begge parter fokuserer og er til stede i dialogen (Marshall *et al.*, 2019). Et viktig aspekt ved informasjonsoverføring er at den som mottar informasjonen bekrefter at den er mottatt og forstått (Randmaa *et al.*, 2017). Implementering av kommunikasjonsprotokoll førte til at helsepersonell som fulgte pasienten ble mer oppmerksom på å forsikre seg om at den som skulle motta informasjonen var lydhør før den formelle rapporten begynte (Marshall *et al.*, 2019). Informasjon som overføres bidrar til at mottakeren får et klart bilde av pasienten og hans kliniske tilstand. Dette danner grunnlag for planlegging og videre utføring av pasientbehandlingen. God informasjonsutveksling er vesentlig for mottakers mulighet til å gjøre korrekte beslutninger og prioriteringer (Vretare og Anderzen-Carlsson, 2020), samt være tidsbesparende: ved god informasjonsutveksling behøver ikke mottaker å bruke tid på å lete etter informasjon i journal eller dokumenter (Vretare og Anderzen-Carlsson, 2020; McFetridge *et al.*, 2007). Informasjon om oppståtte hendelser som avviker fra normalen anses som spesielt viktig (Randmaa *et al.*, 2017).

1.4 Hensikt

Hensikten med denne masterstudien er å utforske hvilke erfaringer og opplevelser intensivsykepleiere har med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient i en intensivavdeling. Studien skal utforske hvordan intensivsykepleiere opplever samhandlingen innad i teamet. Det er ønskelig å utforske hva som kan bidra til funksjonelle og effektive teamarbeid i en hektisk intensivhverdag og eventuelt hva som påvirker teamarbeidet negativt. Ved å avdekke slike utfordringer kan studien kaste lys over forbedringsområder og identifisere mulige intervensjoner som kan bidra til å styrke teamarbeidet. Studiens forskningsspørsmål er som følger: «Hvilke opplevelser og erfaringer knyttet til teamarbeid har intensivsykepleiere ved mottak av kritisk syk pasient i en intensivavdeling?»

2 Metode

2.1 Design

Målet med studien var å undersøke intensivsykepleieres opplevelser og erfaringer, og derfor ble det valgt et kvalitativt design (Malterud, 2017). Kvalitative data ble innhentet ved hjelp av fokusgruppediskusjoner med intensivsykepleiere som deltakere.

Fokusgruppedata produseres ved en dialog mellom individer i en gruppe; det er den ledede sosiale interaksjonen som bidrar til å skape det empiriske materialet. For denne studiens kunnskapsmessige formål ble fokusgruppediskusjoner ansett som bedre egnet enn individuelle intervju. Teamarbeid er i seg selv en sosial interaksjon, der hvert teammedlem har sitt sett med kunnskaper, erfaringer, holdninger og verdier. Ved å benytte fokusgruppediskusjoner kan deltakerne utfordre hverandre med å stille spørsmål om andres uttalelser, kommentere hverandres erfaringer og forståelser.

Sammenligninger av erfaringer og forståelser under gruppeprosessene kan gi bredere og mer nyanserte data om kompleksiteten i temaene som diskuteres (Halkier, 2020; Halkier og Gjerpe, 2010). Dette er vanskeligere å oppnå i individuelle intervjuer. Datamaterialet ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC) (Malterud, 2017).

2.2 Utvalg

Godkjenning fra ledelsen om tillatelse til å gjennomføre studien ble innhentet. Rekrutteringsprosessen startet med at samtlige intensivsykepleiere ved avdelingen som innfridde inklusjonskriteriene, ble forespurt via epost om å delta i prosjektet.

Inklusjonskriteriene var: 1) intensivsykepleiere med fast tilsetning ved en intensivavdeling, 2) jobbet der mer enn ett år, 3) alle stillingsstørrelser, og 4) mer enn ett års arbeidserfaring etter videreutdanning i intensivsykepleie.

I rekrutteringsperioden hadde alle sykepleierne som arbeidet ved intensivavdelingen videreutdanning i intensivsykepleie, og få hadde jobbet der under et år; de fleste innfridde derfor inklusjonskriteriene. Vi ønsket informanter med mer enn ett års arbeidserfaring ved en intensivavdeling for å sikre at deltakerne innehar erfaringer og opplevelser fra flere forskjellige mottakssituasjoner. Med utgangspunkt i disse kriteriene, kunne det tenkes at de aktuelle fokusgruppene gjenspeilet sammensetningen av team som dannes ved mottak av kritisk syk pasient.

Den aktuelle intensivavdelingen består av 7 intensivrom, hvorav 1 luftsmitteisolat. I tillegg er det 2 overvåkingsrom, med 2 sengeenheter på hvert rom.

Sekretær ved intensivavdelingen ble spurt om bistand til å finne egnet sted på sykehusområdet for gjennomføring av fokusgruppeintervjuene. Konteksten, deriblant sted eller situasjon, påvirker deltakere i fokusgruppediskusjoner og derav informasjonen som fås inn gjennom intervjuet (Jacobsen, 2015). For å sikre en mest mulig nøytral kontekst for informantene, ble et møterom på arbeidsplassen anvendt for fokusgruppediskusjonene. Møterommet lå et stykke fra intensivavdelingen, slik at

deltakerne var avskjermet for klinisk arbeid og henvendelser i intervjusituasjonen. Alle gjeldende smittevernregler vedrørende Covid-19-pandemien ble overholdt.

2.2.1 Forforståelse

Masterstudenten har flere års erfaring som sykepleier, og har erfaring med pasientoverføringer og mottak ved ulike sengeposter og overvåkingsavdeling, men i mindre grad ved en intensivavdeling. Noen av mine motivasjonsfaktorer for å fordype meg i studiens tema var nettopp nysgjerrighet og fasinasjonen om det teamarbeidet som kreves for å oppnå trygg og god pasientbehandling under krevende pasientmottak. I forskning er det viktig å ha et bevisst og aktivt forhold til sin forforståelse (Malterud, 2017) og anvende denne slik at det åpner for størst mulig forståelse av deltakernes uttalelser og opplevelser, og evnen til å se noe nytt (Dalen, 2011). Det er avgjørende for den interne validiteten at forskeren og deltakerne oppnår en felles forståelse av hvilke spørsmål fokusgruppediskusjonen skal belyse (Malterud, 2012b).

Forskeren hadde vært kollega med informantene i ca. et halvt år da fokusgruppediskusjonene fant sted. Deltakerne kjente også hverandre fra før, og flere hadde vært kollegaer i mange år.

2.3 Datainnsamling

2.3.1 Fokusgruppediskusjon

Det ble gjennomført to fokusgruppediskusjoner med totalt ni deltakere rekruttert fra en intensivavdeling, ved et sykehus i Midt-Norge. Totalt ti deltakere ble inkludert. Én deltaker trakk seg i forkant av intervjuet. Dermed ble det fire deltakere i den første fokusgruppediskusjonen, og fem i den andre. Informantene hadde jobbet ved den aktuelle intensivavdelingen mellom 2 år til ca. 30 år. Fokusgruppediskusjonene ble gjennomført i løpet av mai og juni måned, 2021. Den første fokusgruppediskusjon hadde en varighet på 1 time og 30 minutter, og den andre 1 time og 45 minutter.

Det ble utarbeidet en intervjuguide som støtte under fokusgruppediskusjonene (vedlegg 1). Intervjuguiden tok utgangspunkt i studiens hensikt, og fulgte en middels struktureringsgrad. Den ble bygd opp med hovedspørsmål knyttet til fire kjerneferdigheter innen teamarbeid derav situasjonsovervåking, lederskap, kommunikasjon og gjensidig støtte (King *et al.*, 2008). I arbeidet med å utforme spørsmålene, ble det tatt utgangspunkt i materialer fra Agency for Healthcare Research and Quality, deriblant et spørreskjema kalt Teamwork Perceptions Questionnaire (AHRQ, 2017). Formålet med hovedspørsmål som: «Kan dere fortelle om en mottakssituasjon der dere opplevde at teammedlemmer bidro til et godt samarbeid? Hva var vesentlig for at teamarbeidet fungerte så bra som det gjorde?» eller «Kan dere fortelle om en situasjon der kommunikasjonen i teamet fungerte bra/ikke bra?», var for å invitere deltakerne til å dele sine erfaringer i form av konkrete hendelser (Malterud, 2017) og dermed få dypere innsikt i hvordan de oppfatter teamarbeidet under pasientmottakene. Denne studiens hensikt er å utforske det dynamiske samspillet som utspiller seg i et team, og det ble sett som nødvendig å stille slike hovedspørsmål for å fange essensen og deltakernes fortolkning av begrepet teamarbeid og hvordan arbeidet forløper seg i praksis. Under hvert hovedspørsmål var det listet opp flere momenter som kunne bli

aktuelt å ta opp underveis i fokusgruppediskusjonene dersom de allerede ikke var blitt nevnt av deltakerne (Jacobsen, 2015).

Fokusgruppediskusjonene ble innledet med en introduksjon der deltakerne ble ønsket velkommen og informert om rammene for fokusgruppediskusjonen. Introduksjonen inneholdt informasjon om studiens hensikt, bakgrunn og tidligere forskning, godkjenninger, intervjuets varighet, behandling av lydopptak, data og notater med tanke på konfidensialitet og anonymitet. Utdrag fra introduksjonen: «hensikten med fokusgruppediskusjonen i dag er at det er dere som skal diskutere temaet med hverandre. Jeg har opptil fem hovedspørsmål som jeg stiller underveis, som eventuelt suppleres med momenter dersom dere ikke allerede har snakket om dem. Dere leder diskusjonene selv, men det kan hende at jeg bryter inn ved noen anledninger (Jacobsen, 2015). Jeg er interessert i deres egne erfaringer, opplevelser og fortellinger. Alle opplevelser er like viktig» (Malterud, 2012b). Deltakerne ble oppfordret til å dele fortellinger fra flere situasjoner. De ble gjort oppmerksom på å ikke dele taushetsbelagt informasjon om enkeltpasienter eller ansatte under fokusgruppediskusjonene.

Masterstudenten tok rollen som moderator. Moderator hadde ikke arrangert fokusgruppeintervjuer tidligere, derfor ble det gjort en rekke forberedelser i forkant. Det ble sendt forespørsel til forskningsrådgiver ved Forskningsavdelingen tilknyttet sykehuset. Forskningsrådgiveren, som har bred erfaring blant annet innen fokusgrupper som metode, ble spurt om å være assisterende moderator under fokusgruppediskusjonene. Moderator forsøkte å innta en ikke-styrende intervjustil (Kvale *et al.*, 2015), en mellomting av passiv og aktiv tilnærming (Malterud, 2012b). Etter introduksjonen ble deltakerne presentert for et åpent spørsmål: «Kan dere fortelle om en konkret mottakssituasjon av kritisk syk pasient på intensivavdelingen. Det kan f.eks. være mottak av pasient med respirasjonssvikt, en dårlig postoperativ pasient, pasient med septisk sjokk, et traumemottak, barnemottak, eventuelt andre. En mottakssituasjon på intensivrommet som gjorde inntrykk. Et mottak der dere følte at teamarbeidet fungerte bra eller ikke fungerte». Etter en stund ble det supplert med følgende spørsmål: «Hvilke assosiasjoner får dere når dere hører ordet teamarbeid og hva innebærer det for dere å være medlem i et team?».

Alle deltakerne var delaktige under fokusgruppediskusjonen. Dette var karakteristisk for begge gruppene. Det var en dynamikk der alle bidro med synspunkter og diskuterte med hverandre uten å avbryte. Alle framsto engasjerte og bidro til diskusjoner rundt temaet. Ved noen anledninger ba moderatoren deltakere om å utdype synspunkter de hadde delt, for å forfølge fortolkningen ytterligere. Det var sjeldent lengre pauser. Der noen sluttet å snakke, var det andre som plukket opp tråden og fortsatte. Detaljerte fortellinger om mottakssituasjoner på intensiv ble delt i begge fokusgruppediskusjonene. Enkelte fortellinger var det flere av deltakerne som husket, og dermed åpnet det for diskusjoner om erfaringer fra det samme pasientmottaket. På denne måten var det flere som supplerte med opplevelser og ytterligere nyanser knyttet til samme situasjon. Assisterende moderator tok notater underveis. Mot slutten av fokusgruppediskusjonene ble det satt av tid til en oppsummering. Dette bidro til at informantene fikk mulighet til å utdype, korrigere eller ta opp igjen temaer de ønsket å fremheve ytterligere.

2.4 Dataanalyse

2.4.1 Transkribering

Transkribering av lydfilene startet umiddelbart etter gjennomføring av fokusgruppediskusjonene. Tidlig transkribering kan styrke gjengivelsen av det informantene har uttalt (Dalen, 2011). Arbeidet med transkribering ble utført av moderator som var til stede under fokusgruppediskusjonen. I begynnelsen ble lydfilen fra den digitale diktafonen transkribert ordrett, men det ble raskt observert at talespråket gjerne er mer oppstykket og uformelt enn skriftspråket. Dialektiske utsagn og uttrykk ble omskrevet til bokmål, men i den form at den transkriberte setningen på best mulig måte sammenfalte med det deltakeren formidlet.

Alle lyder som "mm", "ja", "nei", "latter", ble inkludert i transkriptet. Korte- og lengre pauser under fokusgruppediskusjonen ble markert som (...) eller [pause]. Det ble brukt et lydavspillingsprogram med mulighet til å spole tilbake femten sekunder i lydfilen med et tastetrykk. På denne måten var det lett å spille av korte avsnitt og fange opp det som ble sagt. Hastigheten på lydavspillingen ble satt ned i de sekvensene der det var vanskelig å høre hva deltakerne fortalte, eller hvis det var to eller flere deltakere som snakket samtidig.

2.4.2 Systematisk tekstkondensering

Data fra fokusgruppediskusjonene ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (STC). STC er en pragmatisk metode, som kan benyttes til å gjøre tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2017). Gjennomføringen av en slik analyse er delt inn i fire trinn.

Trinn én i STC går ut på å bli kjent med materialet som er samlet inn, og skaffe seg et helhetsinntrykk. Transkripsjonen fra første fokusgruppediskusjon, ble skrevet ut og lest i sin helhet. I dette trinnet var det fugleperspektivet som gjaldt; forskeren satte de teoretiske rammene og sin forforståelse til side og stilte seg åpen for de nye inntrykkene i materialet. Det å innta en slik holdning er beslektet med begrepet «bracketing» fra fenomenologien, som går ut på at forskeren setter sine tidligere erfaringer i parentes (Malterud, 2017). Etter at dokumentet var gjennomlest i sin helhet flere runder, ble det utviklet syv temaer: «tenke høyt», «fokus på trygghet i situasjonen», «informasjonsformidling», «tydelig definerte roller», «pårørende og pasient som del av teamet – en ressurs», «vaktskifter kan skape utfordringer» og «mottakssituasjoner tiltrekker seg personell», som intuitivt vekket oppmerksomheten underveis i lesingen. I denne innledende fasen av analyseprosessen fikk de nedskrevne temaene en foreløpig funksjon. De representerte det første steget i organiseringen av de nye dataene, men skulle verken fungere som resultater eller kategorier.

I trinn to ble transkriptet fra den første fokusgruppediskusjonen, et dokument bestående av 13000 ord, overført til dataprogrammet NVivo. Hensikten med dette trinnet av analysen er å organisere de delene av materialet som forskeren ønsker å se nærmere på (Malterud, 2017). I NVivo ble dokumentet manuelt gjennomgått i sin helhet og lest setning for setning. Meningsbærende enheter – også forklart som tekstfragmenter fra transkriptet med informasjon som er relevant til studiens problemstilling, ble identifisert (Malterud, 2012a). De meningsbærende enhetene ble merket og lagt over i kodegrupper som ble opprettet i NVivo underveis. Denne prosessen kalles for *koding*; hensikten er å

sortere alle meningsbærende enheter i teksten, og systematisere dem. Ved bruk av systematisk tekstkondensering som metode, blir ikke hele den transkriberte teksten fra fokusgruppediskusjonen ansett som meningsbærende enheter. Det vil si at relevant tekst fra materialet separeres fra irrelevant tekst, noe som er en del av analysen. Dette innebærer en filtrering og sortering av teksten for videre å kunne belyse studiens problemstilling (Malterud, 2017; 2012a). Kodene eller kodegruppene ble utviklet og justert etter hvert som materialet ga nye ideer. Ifølge Malterud (2017) innebærer kodearbeidet en systematisk dekontekstualisering. Det vil si at deler av teksten fra transkriptet hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng for senere å se det i sammenheng med lignende elementer fra teksten. I dette stadiet av analysen begynte arbeidet med å vurdere om de opprettede kodene inkluderte lignende fenomener. Enkelte meningsbærende enheter kunne passe i to forskjellige koder, og de ble derfor lagt i begge gruppene for videre analyse. De meningsbærende enhetene var nå plassert i de fire opprettede kodegruppene: «en krevende situasjon», «kommunikasjon», «oversikt» og «teamopplevelse».

I trinn tre ble det resterende materialet hvor det ikke var funnet meningsbærende enheter foreløpig lagt til side. Empiriske data var dermed redusert til et dekontekstualisert utvalg av meningsbærende enheter, fordelt på fire kodegrupper. I dette trinnet skal forskeren abstrahere meningsinnhold fra kodegruppene (Malterud, 2017), som et ledd i produsering av data. To av kodegruppene inneholdt et stort antall meningsbærende enheter, de to andre litt mindre. De fire kodegruppene ble hver og en delt inn i to til fire subgrupper. I denne delen av analyseprosessen begynte forskeren å se konturene av hvilke data prosjektet skulle hatt mer kunnskap om. Den opprinnelige intervjuguiden ble derfor noe justert, i form av at enkelte punkter ble uthevet. Deretter ble analyseprosessen satt på vent fram til neste fokusgruppediskusjon.

Fokusgruppediskusjon med neste deltakergruppe ble gjennomført og transkribert. Dette dokumentet inneholdt 19000 ord. Analysetrinn en, to og tre av det nye materialet ble utført som beskrevet ovenfor. Gjennomlesing av materialet ga følgende foreløpige temaer; «definerte roller», «spille hverandre god», «timeout», «delegeringsansvar», «tunnelsyn», «tilgjengelige ressurser», «tørre og si ifra», «jobbe systematisk» og «pasient og pårørende». Meningsbærende enheter ble abstrahert, og lagt i eksisterende eller nye kodegrupper. Kodegruppene ble justert og videreutviklet, og de nye meningsbærende enhetene ble fordelt til passende subgrupper.

I systematisk tekstkondensering som metode inngår det en kondenseringsprosess under analysetrinn tre, som går ut på å lage et kunstig sitat, et *kondensat*. Dette ble gjort for hver subgruppe. Ifølge Malterud (2017) innebærer denne prosessen å finne og velge ut meningsbærende enheter som oppfattes som uttrykksfull og rik, for deretter å skrive inn og sy sammen de resterende meningsbærende enhetene i den aktuelle subgruppen omkring denne teksten. I kondensatet omskrives teksten til «jeg-form» slik at sitatet tydelig representerer deltakernes stemme eller perspektiv. Derfor tok forskeren hensyn til uttrykk som deltakerne hadde brukt under fokusgruppediskusjonen og det ble lagt vekt på å forholde seg så nær til teksten som mulig. Kondensatet skal ikke inneholde en rekkefølge av sitater. Den skal bygges opp av tekst som redigeres sammen i en logisk rekkefølge, med elementer fra de meningsbærende enhetene i subgruppen. De meningsbærende enhetene som likevel ikke passet inn, ble enten flyttet til en annen subgruppe, eller lagt i bunken med foreløpig tekst som var lagt til side. Etter dette steget i analysen satte forskeren igjen med et kondensat i hver subgruppe. Disse subgruppene

utgjorde deltakernes stemmer, med tydelige spor av begreper og ord om det fenomenet som subgruppen fortalte noe om (Malterud, 2017).

Eksempel på kondensat fra subgruppe: *Det er sjeldent definerte roller:*

Jeg synes det er sjeldent at vi klarer å definere rollene, i hvert fall ikke så raskt som vi burde fått til. Det kan være vanskelig på intensiv. Jeg opplever gjerne at rollene blir litt flytende, spesielt om pasienten kommer inn akutt. Jeg mener at teammedlemmene må ha tildelte roller for at teamarbeidet skal være effektivt. Jeg tror også det blir mer disiplin når rollene i teamet er definert på forhånd.

Eksempel på kondensat fra subgruppe: *Det handler om å være forberedt, holde fokus og jobbe systematisk:*

Jeg opplever at det er viktig å være forberedt. Jeg finner fram det utstyret jeg tror jeg kan få bruk for, og da føler jeg at jeg har lagt en liten plan eller har en beredskap på hva som trengs. På den måten føler jeg at jeg ligger noen steg foran. Akuttmedisin handler om å være forberedt på det som kan dukke opp. Jeg bruker gjerne en teknikk når jeg forbereder meg til mottaket. Det går ut på å visualisere situasjoner som kan oppstå, nærmest å gjøre en «verste-falls-tenkning».

I trinn 4 ble kondensatene fra foregående trinn brukt som arbeidsdokument for å lage en analytisk tekst. I dette trinnet skulle elementer fra teksten settes sammen igjen for å lage en sammenfatning med utgangspunkt i de kunstige sitatene og de utvalgte sitatene fra diskusjonene. Dette ble gjort i tredjepersonform. Funnene i hver subgruppe ble oppsummert, slik at de var tro og lojale mot deltakernes beretninger. I dette analysetrinnet ble det fokusert på å syntetisere kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe. Syntesen inneholdt variasjoner fra flere historier som ble sammenfattet, og således ikke en kjede av enkeltstående historier. Dette ledet til nye beskrivelser, begreper og resultater. Deretter ble det satt navn på resultatkategoriene som sammenfattet det kodegruppen handlet om. Det endelige navnet med røtter i temaene og kodene, bar med seg den økte innsikten fra analyse, teori og syntese (Malterud, 2017).

2.5 Forskningsetiske overveielser

Studien ble meldt til Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) samt til DAC (Data Access Committee) ved Helse Nord-Trøndelag (HNT), og godkjenning fra begge instansene foreligger (vedlegg 2 og 3). Dette prosjektet innebærer ikke innsamling av helseopplysninger eller forskning på mennesker eller sårbare grupper, og derfor ble det ikke søkt til Regional etisk komité (NEM, 2010).

Informanter som responderte på forespørselen om deltakelse i forskningsprosjektet mottok et informasjonsskriv (vedlegg 4) som inneholdt informasjon om hensikten med studien, deltakernes rettigheter og personvern (oppbevaring og bruk av opplysninger) samt hvem som kunne kontaktes ved spørsmål. Informasjonsskrivet ble utformet etter mal fra Norsk Senter for Forskningsdata. Det ble informert om at all deltakelse i studien er frivillig (Jacobsen, 2015); den som deltar skal kjenne prosjektet godt nok til å bestemme om hun eller han ønsker å bidra med sin kunnskap eller ikke (Malterud, 2017). Det ble derfor presisert i informasjonsskrivet at deltakerne når som helst kunne ta

kontakt, for å få ytterligere informasjon om prosjektet samt få innsikt i sine personopplysninger under hele prosjektperioden. De ble også informert om at de når som helst kunne trekke sin deltakelse fra prosjektet uten noen form for forklaring. Informasjonsskrivet med tilhørende samtykkeerklæring med underskrift ble innhentet før fokusgruppediskusjonene startet. De innsamlede samtykkeerklæringene ble holdt innelåst under hele prosjektperioden, adskilt fra lydopptakene og notatene fra intervjuene.

Under fokusgruppediskusjonene ble det benyttet en lydopptaker av god kvalitet. Assisterende moderator tok notater underveis. Dette bidro til at det ble lettere å finne fram i lydopptakene under dataanalysen (Jacobsen, 2015). Lydopptakene ble slettet fra lydopptakeren etter at de var overført til et sikkert lagringsområde. Lydopptakene ble lagret innelåst på en kryptert USB-pinne, og det ble tatt backup som ble lagt på NTNUs sikre fillagringsområde. Notatene som ble skrevet av assisterende moderator fra fokusgruppediskusjonene ble oppbevart innelåst. Sluttdato for prosjektet er satt til desember 2021, men opplysninger kan lagres i fem år etter prosjektslutt i henhold til godkjenning fra DAC. Opplysninger slettes eller anonymiseres innen desember 2026.

3 Resultat

I dataanalysen ble det identifisert tre hovedkategorier. Hovedkategoriene og subkategoriene presenteres her i tabellform, deretter vil resultatene presenteres i påfølgende kapitler.

Hovedkategori	Subkategori
Flere faktorer kan påvirke teamets oversikt i en krevende situasjon.	<ul style="list-style-type: none">- Mye personell kan gi uoversiktlig teamarbeid i mottakssituasjonen.- Det er sjeldent definerte roller.- Pasientansvarlig sykepleier med delegeringsfunksjon.- Det handler om å være forberedt, holde fokus og jobbe systematisk.
God kommunikasjon er helt essensielt for teamarbeidet.	<ul style="list-style-type: none">- Svikt i kommunikasjonen kan medføre tap av viktig informasjon.- Timeout underveis samler teamet.
Inkludering og støtte har stor betydning for teamopplevelsen.	<ul style="list-style-type: none">- Teamarbeid er et felles ansvar.- Takhøyde for å komme med innspill og korrigere hverandre.- Pasient og pårørende som en del av teamet.

3.1 Flere faktorer kan påvirke teamets oversikt i en krevende situasjon

3.1.1 Mye personell kan gi uoversiktlig teamarbeid i mottakssituasjonen

Deltakere i begge fokusgruppene har erfart at mottak av kritisk syk pasient på intensivavdelingen kan ha blitt uoversiktlig, på grunn av for mye helsepersonell på rommet samtidig. Dette gjelder særlig akutte, kompliserte mottak der det raskt blir veldig fullt på rommet. Ved overføring til intensiv kan pasienten følges av sykepleiere fra akuttmottaket eller sengepost, personell fra anestesi og operasjon, medisinske og/eller kirurgiske leger, bioingeniør, radiograf osv., alt etter hvor pasienten overflyttes fra. På intensivavdelingen blir følgepersonellet møtt av en eller flere intensivsykepleiere, avhengig av hvor mye personell som er tilgjengelig, i tillegg til anestesileger.

«En mottakssituasjon fungerer gjerne som en magnet på alle som har mulighet til å bidra.» (FGD 1)

For mange personer på intensivrommet samtidig i mottakssituasjonen kan vanskeliggjøre framdriften i arbeidet, og det er erfart at dette kan være til hinder for måten teamet jobber på. Tilstedeværelsen av mange personer når situasjonen er så intens i seg selv, selv om personene nødvendigvis ikke gjør noe utav seg, kan bidra til at man mister deler av oversikten og kontrollen. Det er erfart at dette kan skape vanskelige kommunikasjonslinjer og bidra til stress hos de som skal ivareta pasienten. Uklar arbeidsfordeling kan oppstå som en konsekvens av utydelig kommunikasjon, og

uhensiktsmessig strukturering av arbeidet. Om en anestesilege etterspør noe høyt i rommet og sier: «jeg skulle hatt det og jeg skulle hatt det». Da vil det plutselig være flere teammedlemmer som samtidig responderer med: «ja, jeg kan hente det». Resultatet kan bli at ingen oppfatter hvem som egentlig utfører oppgaven.

Opplevelser fra deltaker som skulle ta over pasientansvaret i et vaktskifte ble beskrevet:

«Dette var en veldig dårlig pasient og derfor var det mye personell fra forskjellige instanser, både medisinske leger, flere anestesileger og flere intensivsykepleiere. Det var flere som bare sto og ventet på at pasienten skulle bli ferdig intubert og klargjort til andre prosedyrer. Og om det ikke var nok så var det i tillegg vaktskifte. Jeg syntes det var enormt med mennesker, og da ble det raskt litt uoversiktlig, og jeg visste ikke hvem som hadde ansvaret. Jeg observerte at det var opptil flere intensivsykepleiere som jobbet med forskjellige oppgaver. Noen holdt på med medikamenter, noen hjalp til med å assistere under intubasjon, noen koblet opp blodtransfusjoner. Så det var mye som foregikk på en gang. Jeg opplevde at personene som jobbet var veldig usynlig. Hver og en var liksom opptatt med sitt, og vi fikk ikke informasjon av noen egentlig. Når man kommer inn midt i en sånn situasjon i et vaktskifte uten å ha vært med helt fra starten av, da synes jeg det er vanskeligere å komme inn i det hele og få oversikt.» (FGD 1)

I lignende mottak har deltakere opplevd at det ofte er leger fra flere spesialiteter som diskuterer hva som skal gjøres og ikke gjøres. Diskusjonene kan omhandle videre behandling, behandlingsnivå og enkelte ringer andre fagspesialister for å konsultere. Teamleder kan og bør si: «de som ikke trenger å stå inne på rommet her nå, de kan vente utenfor». Det er ikke verre enn det, som en slags påminnelse. Én deltaker beskrev et pasientmottak som gikk fint og teamet fikk gjort det de skulle gjøre, men oppgavefordelingen underveis ble ikke optimal. På den måten ble det retrospektive inntrykket hos vedkommende at teamet likevel ikke hadde fullstendig kontroll.

Det er en styrke ved intensivavdelingen at det er så mange som ønsker å hjelpe til. Samtidig kan det være like viktig å trekke seg tilbake fra mottakssituasjonen. Det var enighet om at ikke alle mottakssituasjoner tilsier at fem intensivsykepleiere er nødvendig, to eller tre sykepleiere er oftest tilstrekkelig. Da er det fint om noen sier ifra: «nå får de to sykepleierne jobbe her og så er vi andre disponibel». På den måten kan fagpersonellet disponeres etter hva det trengs hjelp til. Det har blitt registrert at intensivsykepleiere som ikke har fått oppgaver i forhold til det konkrete pasientmottaket likevel har kommet til, stilt seg ved pasienten og blitt med. Flere har erfart at dette kan oppleves litt forstyrrende for de som er involvert i det konkrete tilfellet, spesielt om det er mange i rommet som ikke har noen funksjon eller oppgave. Det ble beskrevet som viktig at helsepersonell ikke blir forstyrrende elementer i rommet, men at personellet brukes der det er nødvendig. Medlemmene i teamet bør være strukturerte og finne sin plass, og ikke bare storme til uten at man har en tiltenkt plass. Deltakere var enige i at alle har et felles ansvar. Dette kan gjøres ved at tilgjengelig personell holder seg utenfor rommet, men er i nærheten i fall det trengs hjelp, noe mange er flinke til. I tillegg er mange dyktige til å komme med innspill om det er noe de observerer. Det er en kunst å trekke seg litt tilbake fra situasjonen.

3.1.2 Det er sjeldent definerte roller

I fokusgruppediskusjonene kom det fram at det verken er et definert team eller definerte roller når kritisk syke pasienter kommer til intensiv. Dersom et team skal være effektivt, må medlemmene i teamet ha tildelte og klare roller:

«Vi er avhengig av at det er et godt team. Helsepersonell som ikke tar over for mye, men som ser hva som må gjøres og tar ansvar for det.» (FGD 1)

Deltakerne beskrev at det er de som er tilgjengelige som tar imot pasienten. Dette skjer i samhandling med de som følger pasienten. Når pasienten overflyttes fra akuttmottaket, sengepost eller operasjon til intensivavdelingen ble det innledningsvis nevnt at det kan være en rekke helsepersonell fra flere profesjoner som følger pasienten. Deltakerne har opplevd at de nødvendigvis ikke vet hvilken rolle i teamet personellet fra andre avdelinger har. Det eneste som defineres mellom intensivsykepleierne er at: «du tar pasienten og du assisterer». Det kan føre til at rollene blir overlappende og varierende, spesielt om det er mye personell til stede, og da blir mottaket litt som det blir.

Mange mente at det mangler en overordnet plan for rollene i mottak av kritisk syk pasient på intensivavdelingen. Det eksisterer ingen prosedyre for hvordan mottak av kritisk syke skal organiseres. Til tross for dette har flere opplevd at det er blitt økt fokus på systematiske mottak på intensiv de senere årene, enn hva det var før. I fokusgruppediskusjonen ble det poengtert at det er mer definerte roller i barnemottak på intensiv. I prosedyren for barnemottak står det at det skal pekes ut to intensivsykepleiere som skal ta imot barnet, og dette ga flere uttrykk for at de synes er mer definert.

Ofte er det minimum en anestesilege som er involvert ved krevende pasientmottak på intensiv. Det kan være en lege i spesialisering (LIS) i anesthesiologi som deltar i etablering av pasienten på intensivrommet, i samarbeid med intensivsykepleierne. Overlege kan være til stede fra begynnelsen eller bli tilkalt underveis. Dette kommer an på når på døgnet pasienten ankommer intensiv. Det oppleves som ryddig når anestesilegen står litt i bakgrunnen og gir konkrete oppgaver til de andre medlemmene i teamet. Mange mener at det er anestesilegen som bør ta lederrollen i slike krevende pasientmottak, spesielt i den akutte fasen. En opplevelse av et velfungerende team var når legen tok på seg teamlederrollen, og sørget for å holde oversikten.

Intensivsykepleierne henvendte seg til vedkommende da de gjorde arbeidsoppgavene. Det var fint å få bekreftelser og avkreftelser på det man gjorde, noe som førte til en økt opplevelse av kontroll. Anestesilegen kan for eksempel rette seg mot en sykepleier og si: «ditt ansvar er å følge med på blodtrykket og sirkulasjonen, du styrer pressor og gir blod hvis det blir forordnet». Det å henvende seg direkte til noen og bruke navnet ble fremhevet:

«Jeg synes det er godt når noen i teamet sier det direkte til meg: kan du gjøre det og det? Altså at vedkommende bruker navnet mitt og gir meg konkrete oppgaver. Dette fører til at jeg vet at det er jeg som har ansvaret for den aktuelle oppgaven, og da tar jeg det ansvaret.» (FGD 2)

Erfaringer har vist at det varierer hvor tydelig legene er til å gi forordninger til en spesifikk intensivsykepleier. Noen av legene er flinke til å spørre om hvilken intensivsykepleier som har pasientansvaret. Dersom denne intensivsykepleieren er ny og uerfaren og kanskje føler seg usikker på den delegerte oppgaven, så bør hun/han eller de andre i teamet si: «kan ikke jeg heller gjøre det, så bytter vi?». Da får man flyttet

kompetansen til de mest komplekse oppgavene. Hvis jeg som pasientansvarlig sykepleier skal få noen til å gjøre en oppgave for meg og jeg vet at den personen er nytilsatt eller ikke har jobbet så mye, da må jeg være åpen på det når jeg sier: «kan du ta ansvar for dette? Dette klarer du», og være tydelig på at vi skal ha en dialog underveis.

3.1.3 Pasientansvarlig sykepleier med delegeringsfunksjon

Den som har fått tildelt rollen som pasientansvarlig sykepleier kan med fordel ta et skritt tilbake fra senga og heller innta en delegeringsfunksjon. Opplevelser har vist at det gjerne er på avstand man får den store oversikten. Pasientansvarlig sykepleier bør derfor ikke stå bedside, for da mister man mye av denne oversikten. Akuttmedisin handler om å stabilisere pasienten raskest mulig, gi riktig og mest effektiv behandling. Mange ønsker å ta del i det praktiske arbeidet, selv om man er pasientansvarlig sykepleier. Utfordringen med at alle i teamet blir stående å jobbe med arbeidsoppgaver ved senga er at ingen nødvendigvis holder totaloversikten:

«Det er lettere sagt enn gjort når man klør i fingrene etter å være med å gjøre praktiske ting. Jeg tror tvert du begynner å gjøre praktiske oppgaver selv så mister du oversikten, da får du tunnelsyn.» (FGD 2)

Pasientansvarlig sykepleier er egnet til å holde oversikten og delegere oppgaver, hvis legen ikke tar denne rollen. Deltakerne gav uttrykk for at anestesileger ønsker det skal utpekes én pasientansvarlig sykepleier som de kan forholde seg til og samarbeide med. Det er ikke dermed sagt at intensivsykepleieren skal ha hovedansvaret, det er det anestesilegen som skal ha. Pasientansvarlig sykepleier kan gjerne stå litt i bakgrunnen og holde dialog med legene. Teamlederen bør være anestesilege, men den som har ansvaret for at oppgavene blir gjort, blir pasientansvarlig sykepleier. Pasientansvarlig sykepleier kan eventuelt velge å delegere arbeidsoppgavene utover, og samtidig holde oversikt på at oppgavene blir utført. En utfordring ved mottak av kritisk syk pasient er at anestesilegene skal utføre flere praktiske oppgaver. For å avlaste anestesilegen kan pasientansvarlig sykepleier sørge for at oppgavene følges opp underveis. Da kan denne sykepleieren fortelle at: «det er gjort eller jeg skal sørge for at det blir gjort».

«Jeg husker det var en overlege som spurte: «Hvem er det som har sykepleieansvaret her egentlig?» Det var jeg som hadde sykepleieansvaret, men jeg gjorde også mange praktiske oppgaver. Jeg følte jeg hadde en slags oversikt, men ikke fullstendig på alt som ble gjort på alle kanter. Jeg hadde ikke sjans til å få med meg alt som ble gitt til enhver tid. Jeg prøvde å skrive ned alt på et papirark, men så måtte jeg assistere ved intubering og så videre. Jeg tenker at det er flere som helst vil gjøre det meste selv. Det hender jeg sier: «jeg ordner det, jeg skal ordne det, og dette tar jeg». Og det kan være vel og bra, men i et team så fungerer det dårlig. Jeg burde kanskje ha stått utenfor og heller hatt overblikket, og delegert oppgavene til de andre.» (FGD 2)

Det anses som viktig at det gis rom for at pasientansvarlig sykepleier får ha delegeringsfunksjonen om vedkommende har fått dette ansvaret. Da er det denne intensivsykepleieren som har ansvaret for å delegere arbeidsoppgavene til [NN] og [XX]. Da må de andre respektere dette, og ikke ta over denne personens lederrolle. De kan selvfølgelig komme med konstruktive forslag på en høflig måte, men de må gi rom for at vedkommende fortsatt får ha funksjonen. Dette kan føre til at pasientansvarlig sykepleier får mer oversikt over at oppgavene blir utført og i tillegg ser hvilke teammedlemmer det

er å spille på i rommet. Med en delegeringsfunksjon vet ansvarlig sykepleier at oppgavene blir gjort.

Når det kommer til antall teammedlemmer i etableringsfasen på intensivrommet, så oppsummerte flere deltakere det på denne måten; det optimale er at en eller to intensivsykepleiere står ved senga med anestesilegen. Det utpekte en pasientansvarlig sykepleier som holder oversikten og tar imot rapport. I tillegg bør en sykepleier være tilgjengelig til å hente utstyr og medikamenter. Det er dog vanskelig å tallfeste behov for antall helsepersonell i en prosedyre. Det er vanskelig å definere hvilke pasienter man kan ta imot alene, og hvilke pasienter som krever mottak med to intensivsykepleiere, eller for eksempel fire.

Ved pasientmottak på smitteisolatet under covid-19-pandemien har flere deltakere opplevd at det ofte er en eller to intensivsykepleiere sammen med en anestesilege inne på rommet og en intensivsykepleier i slusa. Disse utgjør mottaksteamet og antall helsepersonell er tilstrekkelig for å starte behandlingen. Deltakere mente at intensivsykepleieren i slusa kan være den som mottar rapport, starter dokumentasjonsprogrammet og dokumenterer underveis.

«Det siste pasientmottaket jeg husker, gikk den som fikk ansvaret for pasienten inn på isolatet. Jeg satt i slusa og dokumenterte. Da var kommentaren fra sykepleieren som egentlig hadde ansvaret for pasienten etterpå: «det er jo egentlig du som skulle ha holdt rapporten nå fordi det er du som har oversikten». Derfor mener jeg at det ikke er den som står ved senga som bestandig har den fulle oversikten. Jeg fikk også mange beskjeder og forordninger fra legene utenfor smitteisolatet.» (FGD 1)

Flere deltakere mente at det er den som sitter i slusa som kanskje har størst oversikt. Det er den som har tilgang til pasientjournal, blodprøvesvar osv. På en annen side kan de som er inne i isolatet også inneha viktig informasjon om noe den i slusa ikke har tilgang til. Det er personen som står bedside som ser hvordan pasienten responderer på behandlingen.

3.1.4 Det handler om å være forberedt, holde fokus og jobbe systematisk
Erfaringer har vist at det er forskjell mellom et varslet mottak av kritisk syk pasient, der man har litt mer tid til forberedelser, i forhold til en pasient som plutselig ankommer intensivavdelingen. Når man vet hva som meldes og hvilken forfatning pasienten er i. Noen ganger kommer pasienten raskt opp på avdelingen uten at man er forberedt, men som oftest har man fått høre en del før pasienten ankommer. Mottaket oppleves bedre når man på forhånd har fått informasjon, både når det gjelder medikamenter og hvilket utstyr som skal gjøres klart. En arbeidsmåte er å finne fram utstyr det kan bli bruk for, slik at det foreligger en plan eller beredskap på hva som trengs. Dette kan bidra til at man ligger noen steg foran. Å visualisere situasjoner som kan oppstå ved å gjøre en «verste-falls-tenkning» ble trukket fram som en nyttig teknikk i forberedelsene. Idet man går inn på rommet så kan man for eksempel tenke: «hva er det verste jeg kan oppleve i denne settingen?», og slik kan man være mer skjerpet. Akuttmedisin handler om å være forberedt på ulike scenarier som kan dukke opp.

Systematisk gjennomgang av ABCDE-prinsipper² ses på som viktig for å oppnå gode pasientmottak og samarbeid.

«Hvis du har en lege eller en teamleder som gjør pasientmottaket systematisk, og at vi intensivsykepleiere også gjør oppgavene systematisk, at vi f.eks. setter på pulsoksymeteret før vi setter på blodtrykksmansjetten, at vi tenker ABCDE, så tror jeg både samarbeidet og pasientmottaket blir bedre.» (FGD 2)

«Jeg tenker ofte ABCDE, men jeg ser raskt hvor lett den systematiske gjennomgangen kan bli satt til side, så det er ikke sikkert at jeg er flink nok til å bruke det.» (FGD 2)

Systematisk gjennomgang av ABCDE-prinsippene brukes på alle simuleringsøvelser med pasientkasuistikker på fagdager. Flere fremholdt det kliniske blikket som vesentlig for å kunne danne seg oversikt i situasjonen. Det å se og ta på pasienten gir nyttig informasjon. Deltakerne poengterte at til tross for alle overvåkningsmonitører og hjelpemidler er fokuset på pasienten det viktigste. Parametere på monitoren trenger nødvendigvis ikke å stemme overens med de kliniske observasjonene. Hjelpemidler må nettopp være hjelpemidler. Dette er noe man blir tryggere på etter å ha jobbet noen år og opparbeidet seg mer erfaring.

Krevende situasjoner som oppstår, kan bidra til at fokuset raskt kommer bort fra det som er viktig. Det kan eksempelvis være at man prøver å legge inn en arteriekran på en pasient med stor blødning:

«Da mener jeg at vi må spørre oss, hva hjelper en arteriekran? Det hjelper ingen ting dersom pasienten egentlig trenger innganger for å få blod. Da hjelper det ikke med CVK heller, hvis man må jobbe lenge for å få lagt den inn.» (FGD 1)

«Det er kanskje litt kontroversielt og si det, men ofte er vi veldig opptatt av at alt skal være hundre prosent hele tiden. Det er for så vidt bra det, men, i noen situasjoner kan det bidra til at situasjonen blir litt ute av fokus. Alle blir så opptatt av de små detaljene, noe som kan føre til at man glemmer de store linjene og det som er livsviktig for pasienten.» (FGD 1)

Mange har inntrykk av at helsepersonell på intensiv er påkoblet og til stede mentalt i kompliserte mottakssituasjoner. Dette beskrives som en styrke. Informantene har opplevd at helsepersonell på rommet blir veldig fokusert, nesten overfokusert:

«Dersom man forestiller seg at pasientmottaket hadde blitt filmet, så hadde nok ikke mottaket sett så ille ut. Filmklippet hadde vist helsepersonell som hadde vært fokusert, som hadde gjort forskjellige oppgaver, støttet og hjulpet hverandre. Det at man står midt oppe i situasjonen, og kjenner på adrenalinet og stresset, kjenner på at man ikke vet om denne personen kan berges, kan nok oppleves kaotisk. Det er ikke sikkert at samarbeidet nødvendigvis er dårlig, selv om opplevelsen kan være det.» (FGD 2)

«Det handler om hvordan du opplever det selv. I slike situasjoner blir jeg veldig giret og fokusert, og da kan de andre oppfatte meg som stresset. Det kan godt være. Selv føler jeg at jeg er skjærpet og påkoblet.» (FGD 2)

² **A**irway, **B**reathing, **C**irculation, **D**isability, **E**xposure (Thim et al. 2012)

3.2 God kommunikasjon er helt essensielt for teamarbeidet

3.2.1 Svikt i kommunikasjonen kan medføre tap av viktig informasjon

Alle deltakerne la vekt på at det er viktig at det blir gjort en overføring av opplysninger fra det forrige behandlingsnivået, og at man faktisk får med seg alt av denne informasjonen ved mottak av kritisk syk pasient på intensiv. Man opplever ofte at det er én som tar seg av eller hører på rapporten, samtidig som de andre ordner med forskjellig annet. Det er viktig at helsepersonell som ankommer intensivavdelingen med en kritisk syk pasient, for eksempel en traumepasient, at de kommuniserer klart og tydelig. De som kommer med pasienten, har gjerne dannet seg et inntrykk av hva problemet er. Det er viktig at alle tar seg tid til å høre på hva de har å fortelle, og at det er stille i rommet akkurat i de sekundene:

«Jeg husker det var en LIS lege – en kirurg, som kom med en pasient, og denne legen var veldig tydelig i kommunikasjonen og ga en kort rapport høyt slik at alle fikk det med seg. Dette var bra tenkte jeg etterpå. Jeg tror det bidro til at alle fikk mer oversikt.» (FGD 1)

I mange tilfeller kan man ta seg tid til å lytte på en rapport; dette vil gi bedre forutsetninger for å fortsette der de andre slapp. Nytteverdien av dette kan være stor, om alle får med seg det som blir formidlet. Kommunikasjonen som utspiller seg ved traumemottak i akuttmottaket ble trukket fram. Når teamleder snakker er resten av teamet stille, noe som fører til at alle hører beskjedene.

Alle deltakerne var enige om at de som kommer med pasienten til intensivavdelingen har et ønske om å gi rapport og overlevere informasjon:

«Om det er jeg som skal ha pasienten synes jeg det er viktig å få rapport. Jeg vil gjerne ha en rapport. Det er klart, det er vanskelig å gi rom for rapport dersom pasienten kommer til intensivavdelingen med et systolisk blodtrykk på 60. ABCDE kommer absolutt først; det gis ikke rom for rapport dersom pasienten holder på å bli dårligere. Da har det hendt at jeg har sagt noe sånt som: du får bare skrive en overføringsrapport og så får jeg ringe på deg etterpå.» (FGD 2)

Flere deltakere mente at de som kommer med pasienten kanskje har kjent på at «det er faktisk ingen her jeg får fortalt noe til», eller at de har følt seg oversett. Det har nok hendt at de bare har gått ned på avdelingen igjen:

«Jeg synes det er et interessant spørsmål, for føler de seg som en del av teamet da? En skulle tro at de er en del av teamet fram til at de har fått overlevert pasienten.» (FGD 2)

Det har vært episoder hvor sykepleiere som har kommet med pasient fra akuttmottaket ikke har blitt hørt. Dette har nok ført til at bestemmelser som allerede er tatt av leger nede i akuttmottaket ikke har blitt videreført. Sykepleieren har prøvd å videreforme informasjonen, men ikke blitt hørt, noe som kanskje har ført til at det har blitt gjort motsatt av det som allerede var bestemt. Flere deltakere uttrykte at det hadde vært lettere med et strukturert team. Oppgavene kunne ha vært delegert slik at en spesifikk sykepleier tar imot rapport i bakgrunnen, samtidig som de andre intensivsykepleierne i teamet ivaretar og etablerer pasienten på intensivrommet.

Fravær av kommunikasjon er problematisk. Det er heller ikke bra om kommunikasjonen er utydelig:

«Jeg synes kommunikasjonen kan være problematisk noen ganger, når du for eksempel må spørre opp igjen: hva var det du sa? Og kanskje får du ikke med deg det som blir sagt da heller, så må du si det en gang til. I slike situasjoner har jeg opplevd at vedkommende har blitt irritert, noe jeg synes er unødvendig.» (FGD 1)

Helsepersonell har fortsatt en del å gå på når det kommer til det å kommunisere bedre, snakke tydeligere, involvere de rundt seg, tenke høyt, bruke closed-loop-kommunikasjon og å gi tilbakemeldinger. God kommunikasjon er avgjørende:

«Dårlig kommunikasjon kan i verste fall gi konsekvenser, om ikke fatale, så kan det gi konsekvenser [...]» (FGD 1)

Flere deltakere fremhevet betydningen av closed-loop kommunikasjon, for å forsikre seg om at mottakeren har oppfattet det som har blitt sagt. Ved hjelp av closed-loop får den som kommer med ordren umiddelbar bekreftelse på at noen har oppfattet den, og at vedkommende tar tak i oppgaven. Det oppleves tryggere også for legen at noen bekrefter beskjedene. Det blir lettere for han eller hun å gi beskjeder når vedkommende får bekreftelse på at beskjedene er mottatt og dermed blir effektuert. Det er mye bedre enn at noen bare snakker ut i løse luften, da blir det ganske tilfeldig om noen mottar informasjonen:

«Jeg husker det var en kirurg som kom på intensivrommet og forordnet blod. Han kjente ikke oss og visste helt sikkert ikke hvem som hadde ansvaret for hva inne på rommet. Han sa det bare høyt, men henvendte seg ikke til noen. Sånn sett så tror jeg at closed-loop kan være et viktig verktøy for å sikre seg at det er framdrift i arbeidet.» (FGD 1)

Til tross for dette benyttes ikke alltid closed-loop kommunikasjon ved mottak av kritisk syk pasient:

«Mange beskjeder bare kommer, det bare bobler opp, det er ikke noe filter på beskjedene i det hele tatt, det er ikke gjort noen prioriteringer ifra den som gir beskjedene, og da er det ganske vanskelig å forhold seg til det.» (FGD 1)

Mange deltakere fremhevet felles evaluering av teamarbeidet etter pasientmottaket og at det er hensiktsmessig å gi hverandre tilbakemeldinger. Slik kan man lære av erfaringene teamet har gjort: «dette kan gjøres ved at man tar hele runden, og alle kan si sitt, slik som det blir gjort etter simuleringsøvelsene», «læringsutbyttet av dette kan være ganske stort». Det er en ting at du erfarer noe selv, men det å få satt ord på det, både dine egne ord, men også høre på hva de andre sier kan være nyttig. Ved neste korsvei kan man gjøre forbedringer dersom noe konkret ble erkjent; eller velge å gjøre det som ble gjort sist – fordi teamarbeidet fungerte godt.

3.2.2 Timeout underveis samler teamet

Mange deltakere har erfart at timeout underveis i pasientmottaket medførte at hele teamet ble orientert i situasjonen. Flere anestesileger oppleves som ryddig ved at de nærmest går gjennom ei sjekklister før utvalgte prosedyrer skal settes i gang. Så lenge pasienten ikke er helt cyanotisk, og legen spør om han kan få endotrakealtuben, fremhever flere at det ofte er tid til en timeout:

«Når det er relativt stabile målinger og man har 30 sekunder til rådighet kan man ta en sånn: vi må gjøre det, så gir du medisiner, vi har den og den klar, da har vi alt vi trenger, og alle er enig om det?» (FGD 2)

En timeout tar få sekunder og er en ryddig strategi. Dette forutsetter at noen velger å ta initiativ til å starte en felles timeout, noe som kan være en utfordring. Dersom legen ikke gjør det, er det ikke noe i veien for at intensivsykepleierne tar initiativet. Er man pasientansvarlig sykepleier, spør gjerne legen: «kan vi ta en timeout snart, skal vi ta en oppsummering, eller når skal vi ta en timeout?» Det er godt mulig at legene også trenger timeouten like mye som de andre medlemmene i teamet. Det gagnar alle:

«De har nok stålkontroll i sitt eget hode, men så kan det hende at jeg ikke har full kontroll. Og da vil også jeg gjerne ha den kontrollen. Vi er avhengig av at hele teamet er forberedt på det vi skal begynne med.» (FGD 2)

Timeout fører til at alle blir orienterte om det som skal skje og dermed blir teamet mer samlet. De fleste har opplevd at en timeout gjerne har kommet i forbindelse med intubering:

«Jeg synes det er best når det er helt stille og medlemmene i teamet bare jobber og at man tar en kort timeout før man begynner med prosedyren. Alle har et ansvar for å skape ro i situasjonen.» (FGD 2)

«Vi tar en timeout, vi får ro i teamet, og alle får mulighet til å gjøre seg klare til prosedyren, også setter vi i gang.» (FGD 2)

Flere var tilhengere av at det blir tatt en kort timeout før teamet begynner med en spesifikk prosedyre. Samtidig opplever noen at det ved enkelte anledninger kan bli for mye prat. Det er det ofte ikke tid til. Akuttprosedyrer skal sitte både i hodet, ryggmargen og fingene. Om noe haster må man få gjort det man skal gjøre. Forklaringen bør man ta etter mottaket. Hvis noen begynner å stille for mange spørsmål, bør det være lov å si ifra til hverandre.

Enkelte mente at det viktigste er at kjernegruppen som skal følge pasienten videre, får med seg timeouten. Noen ganger kan man jobbe litt parallelt. Den som hjelper til kan fortsette å legge inn veneflonen eller urinkateteret, da er det ikke behov for at personen avbryter oppgaven for selve timeouten. Det viktigste er at det er en ansvarlig lege og en ansvarlig sykepleier. Ansvar for pasienten må ligge på noen få personer og de må snakke samme språk og ta en felles timeout.

Mange deltakere understrekte at det er av stor betydning at man har en framdriftsplan, en felles plan og mål. Det skal være en felles retning i arbeidet. En felles plan bidrar til at hele teamet får økt oversikt i situasjonen. Som et bidrag til dette har flere erfart at timeout er viktig. Å foreta en felles oppsummering etter mottaket er også nyttig; da får man snakket med de som har deltatt, og høre hva som ble gjort og hva som ble gitt. Flere deltakere har opplevd at det ofte er denne måten som blir fulgt. Mange tror at begge deler kan være riktig, men det er situasjonsbetinget:

«Det å ta timeout underveis er så nyttig synes jeg. Det å stoppe opp en kort periode når man står midt oppe i kaoset, ta ei kort oppsummering, hvor er vi, hva har vi gjort, hvor går veien videre.» (FGD 2)

3.3 Inkludering og støtte har stor betydning for teamopplevelsen

3.3.1 Teamarbeid er et felles ansvar

Informantene la vekt på at man kommer raskere til målet dersom teamet fungerer godt og i samarbeid klarer å løse de ulike oppgaver. Teamarbeid handler om å jobbe i samme retning. Det er et lagarbeid, og derfor er det viktig at hver og en er oppmerksomme på å «spille» hverandre god. Et team er en gruppe personer som er avhengig av hverandre for å kunne løse de ulike oppgavene, det er ingen som får til dette alene. Alle skal bidra til at pasientmottaket blir trygt og effektivt. Forsvaret ble brukt til å eksemplifisere teamarbeid; der er de fokusert på at alle skal være med å dra lasset for at teamet skal nå målet. Det blir på samme måte på intensivavdelinger; helsepersonell på intensiv gir sitt aller ytterste for å få til det beste for pasienten. I et teamarbeid er man avhengig av at hele teamet fungerer. Det er ikke bare anestesilegen som står i hodeenden og jobber med arbeidsoppgaver som har ansvaret for at teamarbeidet skal fungere.

«Teamarbeid er å spille hverandre god.» (FGD 2)

Det er vesentlig at teammedlemmene mestrer sine oppgaver, og at de føler seg trygge på hverandre. Noen deltakere fortalte at de føler seg tryggere på kollegaer de ofte har jobbet sammen med. Det er godt å jobbe med kollegaer som gjør ting uten at man nødvendigvis trenger å si til dem hva de skal gjøre. Man vet at oppgavene blir gjort, det er ikke alt man trenger å fortelle så mye om.

«Det at mine kollegaer ser det samme som jeg ser og gjør de oppgavene som jeg ser, at det på en måte glir litt av seg selv – det vil jeg beskrive som et godt team.» (FGD 1)

Mange har erfart at dersom man har jobbet sammen gjennom mange år har man hatt flere situasjoner i lag og høstet mye felles erfaring som man kjenner igjen på en annen måte. Det kan utgjøre en forskjell når det kommer en ny kollega som man ikke kjenner like godt, i hvert fall i slike settinger. Helsepersonell trenger å erfare noen mottak eller slike situasjoner og tilegne seg erfaring for å være rustet til å vite hva som skal gjøres.

Det å jobbe i team handler om å være høflig. Om man klarer å være høflig og snakke på en ordentlig måte tilfører dette noe positivt til teamarbeidet. På intensivavdelinger forventes det at man skal mestre oppgavene og derfor er det kanskje ikke kultur for å rose hverandre. Det gjør noe med hele teamet dersom noen klarer å gi litt ros underveis i situasjonen. Om man ikke klarer å gjøre det der og da, kan man gjøre det etterpå. Det handler om å skape og å gi folk selvtillit:

«Jeg tenker at man kan bruke setninger som: det var et godt forslag, dette var bra. Slike tilbakemeldinger gir noe positivt til hele teamet.» (FGD 2)

3.3.2 Takhøyde for å komme med innspill og korrigere hverandre

Mange deltakere ga uttrykk for at det er en selvfølgelighet at vanskelige mottakssituasjoner kan føre til stress. Noen har opplevd at stressende situasjoner har ledet til irritasjon. Enkelte har opplevd episoder der personer har vist sin irritasjon i situasjonen. Dette har bidratt til en ubehagelig opplevelse hos de involverte, og dermed påvirket teamarbeidet. Slik irritasjon fører til at det blir et helt annet stressnivå enn det trenger å være. En ting er hvordan man løser konflikter i ettertid, men, hvordan man

gjør det der og da når man står midt oppe i situasjonen er mer usikkert. En løsning kan være at noen prøver å roe ned situasjonen og fortelle at teamet har kontroll. Dersom man har opplevd utløp med sinne og irritasjon er det viktig at man tar det opp med vedkommende etter mottaket. Det er ingen tvil om at det er det som er mest konstruktivt. Kollegastøtte er et tiltak på arbeidsplassen der man kan rådføre seg. Det oppleves nyttig at man kan benytte kollegaveiledning til å diskutere hvordan man blant annet kan løse konflikter. Heldigvis oppstår slike episoder sjeldent. Situasjoner der teammedlemmer er høylytte eller sinte oppstår nå sjeldent. Det er bra, for slike episoder kan bidra til usikkerhet og medføre at enkelte blir ufokusert. Ved en dårlig tone i teamet er det vanskelig å få til et velfungerende teamarbeid. En negativ tone medfører at det blir tyngre å jobbe og vanskeliggjør samarbeidet. Videre kan sint og kritiserende atferd føre til at teammedlemmer blir utrygge i situasjonen. De fleste er åpne og interesserte i å motta konstruktive tilbakemeldinger på ting som gjerne ikke var bra nok eller på det som har vært bra. Som teammedlem på intensiv er man avhengig av konstruktiv tilbakemelding for å kunne korrigere seg selv:

«Dersom jeg får noen tilbakemeldinger kan jeg kanskje få en bekreftelse på det jeg tenker selv eller at jeg får en liten aha-opplevelse, kanskje er det ikke slik jeg trodde likevel.» (FGD 1)

Flere opplever pulverisering av ansvar mellom forskjellige legegrupper under mottakssituasjoner. Dette har medført usikkerhet om hvem som har hovedansvaret. I slike settinger kan det være vanskelig å ta ordet:

«Ved noen anledninger har jeg stilt spørsmålet til anestesilegen, også har han/hun videreformidlet det. Det tror jeg kan være en måte og gjøre det på. Jeg kunne for eksempel ha spurt: skal vi virkelig kjøre pasienten til CT? Har vi egentlig løst B-problemet? Noe som har ført til at anestesilegen kanskje har stoppet opp litt.» (FGD 2)

Det er ikke så vanskelig å komme med forslag til behandling, og mange er ikke redde for å varsle dersom kliniske endringer observeres. Teammedlemmene er flinke til å gi innspill på hva som bør gjøres. Det som kan være en utfordring er å korrigere mennesker; å stoppe noen som allerede har bestemt seg. Det krever mye av en person å si «stopp».

Det må være rom for innspill om noen har et forslag å komme med, noe de ser bør gjøres. Dette har med erfaring å gjøre. En fersk intensivsykepleier bruker tid og observerer mye, og for hver episode intensivsykepleieren har vært med på har han/hun lært noe. Når man havner i lignende situasjoner senere, er slike erfaringer nyttige. Mulig er man mer redd for å dumme seg som nyutdannet. Det må være takhøyde for å si ifra til hverandre. Det er kanskje vanskeligst som ny, siden man bruker noe tid på å bli kjent:

«Jeg tror mange har kjent på det, det har jeg kjent på selv og, at jeg har opplevd og blitt tilsidesatt i starten av karrieren.» (FGD 2)

«Hvis noen bare kommer og tar over for meg, da føler jeg at jeg ikke gjør en god nok jobb selv.» (FGD 2)

Det er aldri noen god følelse; å bli overkjørt bidrar til at man opplever at teamarbeidet fungerer dårlig. Det å våge å si ifra høyt hvis man ser og observerer noe, bør «selges inn» til nyutdannede intensivsykepleiere. De fleste har en formening om hvordan man vil ha det i et teamarbeid, men å gjøre dette i praksis er oftest noe annet:

«Du angret deg ikke for det du har gjort, men det du ikke har gjort. Det jeg har angret meg på er de gangene jeg ikke har sagt ifra. Da har jeg tenkt i ettertid: det der så jeg jo egentlig, men så sa jeg ikke ifra.» (FGD 2)

3.3.3 Pasient og pårørende som en del av teamet

Deltakerne ga uttrykk for at de opplever at pårørende blir godt ivaretatt på intensivavdelingen; dersom mulig inkluderes pårørende som en del av teamet i mottakssituasjonen. Det er likevel ingen automatikk i at pårørende involveres i teamet under selve etableringsfasen på intensivrommet. Tilstedeværelse av pårørende har i tillegg vært vanskeligere på grunn av Covid-19-pandemi med påfølgende besøksrestriksjoner. Flere har opplevd at pårørende ikke er til stede under selve etableringen av pasienten på intensiv, at de heller henvises til pårønderommet eller korridoren utenfor avdelingen, får informasjon fortløpende av helsepersonell, og blir hentet inn senere.

«Det å bli sittende på et venterom eller på gangen om så det er din syke mor eller et sykt barn, kan være frustrerende og traumatisk.» (FGD 1)

Barn har krav på å ha foreldrene hos seg hele tiden, og ingen har opplevd barnemottakssituasjoner der foreldrene ikke har fått kommet inn på rommet:

«Jeg tenker at det kan være traumatisk for foreldrene å ikke være til stede når de kommer til sykehuset med barnet sitt. Hvis det er mulig, tenker jeg at det er mye bedre for foreldrene å være der og holde barnet i hånden.» (FGD 1)

Tilstedeværelse av foreldre er en stor ressurs når det gjelder å trygge barnet. Denne situasjonen er et eksempel på hvordan dette ble organisert:

«I et barnemottak husker jeg at mor kunne sitte på naborommet. Imellom de to rommene var det mulig å ha opp skyvedøra. På den måten fikk moren være i nærheten samtidig som hun ikke var helt oppe i situasjonen. I tillegg var det noen som kunne ta seg av henne.» (FGD 1)

I mange situasjoner er pårørende en ressurs uavhengig av om pasienten er et barn eller en voksen; dette gjelder særlig uavklarte situasjoner. I mange situasjoner er pårørende også en veldig god kilde for å innhente opplysninger:

«Jeg synes det er veldig mye informasjon å få av pårørende.» (FGD 2)

Det kan være fordelaktig å inkludere pårørende tidlig i prosessen. Et eksempel er om pasienten skal intuberes. Da bør pårørende være inne på rommet i forkant av prosedyren. Grunnen til det er at man ikke med sikkerhet kan vite hvordan det vil gå med pasienten. Da har pårørende fått sjansen til å snakke og utveksle noen ord når pasienten fortsatt er våken, om det skulle oppstå komplikasjoner:

«De gangene jeg har vært involvert i mottak der pårørende har vært til stede, har jeg i hvert fall følt at det har vært riktig. Det er viktig at pårørende ikke blir oversett når de er i rommet. Det er viktig å bistå og støtte dem og følge med å se til at de har det bra – for det kan bli utrolig tøft.» (FGD 1)

Det kan nok for mange pårørende være godt å være til stede, og se at det virkelig blir gjort noe. Når pårørende føler seg involvert, kan dette gi dem en følelse av kontroll. Det

å være på utsiden fører kanskje til en følelse av utrygghet. Tilbakemeldinger har vist at pårørende opplever det som positivt å være til stede:

«Det er totalsituasjonen som avgjør det, man må veie for og imot. Det fordrer at en av oss kun har fokus på pårørende og ikke er involvert i selve pasientsituasjonen. Jeg tror det kan være traumatisk å bli stående alene som pårørende, det må være noen av oss som tar seg av dem.» (FGD 1)

Det er viktig å være var overfor hvor mye pårørende tåler. Spesielt dersom det skal gjøres prosedyrer som kan oppleves ubehagelig eller smertefull for pasienten. Det er ikke sikkert de bør delta i alle prosedyrene som gjøres. Om pasienten for eksempel får en tett tube og føler ubehag må helsepersonellet raskt spørre om pårørende ønsker å være på rommet, eller om de vil gå ut under prosedyren. Da har de i det minste fått valget.

Det å være trygg på å ha pårørende til stede under mottakssituasjonen handler om hvor mye erfaring helsepersonellet har; å inkludere pårørende i en mottakssituasjon er lettere dersom intensivsykepleieren er trygg på seg selv, på sine oppgaver og sin rolle. Ergo kan dette være vanskeligere for en nyutdannet intensivsykepleier. Det at man er yngre, har mindre erfaring og kanskje er redd for å framstå som usikker ovenfor pårørende, kan gjøre det vanskeligere å ha pårørende inne på rommet under selve mottaket.

Pasienten blir som regel inkludert i beslutninger i mottakssituasjonen og etableringsfasen; det rettes fokus på å fortelle pasienten hva som bør gjøres og samtidig høre pasientens meninger om behandlingen. Det kan være pasienter som er ved full bevissthet og som er veldig redd. Da kan det være godt av å ha noen de kjenner og er trygg på i umiddelbar nærhet.

4 Diskusjon

Hensikten med denne studien var å utforske hvilke erfaringer og opplevelser intensivsykepleiere har med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient i en intensivavdeling. Fra intensivsykepleieres perspektiv gir denne studien innsikt i en rekke positive og negative komponenter, som kan påvirke teamarbeidet i mottakssituasjonen. Positive faktorer for effektivt teamarbeid ble identifisert å være tidlig planlegging og forberedelser, anerkjennning av god kommunikasjon, timeout for å samle teamet, kollegastøtte og inkludering av teammedlemmer. Elementer som uklar rollefordeling, konflikter, manglende struktur og uoversiktighet, påvirker teamarbeidet negativt. Studien fremhever viktigheten av god strukturering, definerte roller, tydelig teamledelse, og ivaretagelse av samarbeidsrelasjoner i teamet. Intensivsykepleiere anerkjenner tydelig rollefordeling i teamet, men opplever samtidig at rollene kan bli tilsidesatt eller variere i mottakssituasjoner. Dette ses oftest dersom det blir for mye personell inne på intensivrommet, og ingen tar ansvar for å holde totaloversikten. Dette var et overraskende funn, da tilgang på helsepersonell generelt er en knapphet i helsetjenesten. Det er viktig å merke seg at for mye personell gjelder i et avgrenset tidsvindu, altså i mottakssituasjonen. Etter at pasienten er etablert på rommet vender helsepersonell tilbake til sine ventende arbeidsoppgaver. Pasientansvarlig sykepleier med delegeringsfunksjon var et nytt begrep i resultatene. Det var forventet at meninger angående kommunikasjon skulle gjenfinnes i resultatene. Viktigheten av kommunikasjonens kvalitet og dens betydning for teamarbeid er kjent fra tidligere. Derimot er begrepet «timeout» for å samle teamet i mottakssituasjonen, ikke direkte gjenfunnet i tidligere litteratur. Det er kjent fra tidligere at systematisk gjennomgang av ABCDE-prinsipper kan øke kvaliteten på pasientmottak. ABCDE-prinsippene er inkludert i ISBAR-kommunikasjonsverktøyet, men resultatene viser at intensivsykepleiere ønsker at prinsippene i større grad skal benyttes for å strukturere og systematisere pasientmottaket på intensiv.

Nedenfor diskuteres resultatene i lys av tidligere forskning, teori og klinisk sykepleie. Videre drøftes de metodiske grepene gjort underveis i studien, og hvordan disse har påvirket data og studiens resultat; dvs. studiens gyldighet og pålitelighet.

4.1 Flere faktorer kan påvirke teamets oversikt i en krevende situasjon

Denne studien viser at en rekke faktorer bidrar til at mottak av kritisk syk pasient på intensiv kan oppleves uoversiktlig. Resultater viser at det raskt kan bli for mye helsepersonell til stede inne på intensivrommet i mottakssituasjonen og i den etablerende fasen. Den etablerende fasen kan ses på som etablering av overvåkingsutstyr, sikring av respirasjon og sirkulasjon, initiale kliniske vurderinger, oppstart av behandling, og formell overføring av ansvar. Antall personell i mottakssituasjonen vil naturlig nok være forskjellig avhengig av når på døgnet pasienten ankommer. For mye personell kan føre til mangelfull og uklar oppgavefordeling, skape støy, påvirke framdriften i arbeidet og oversikten i situasjonen. Dette gjelder særlig ved akutte kompliserte mottak. Informantene trekker fram at det ofte er flere prosedyrer som skal gjennomføres i løpet av kort tid. Dette inkluderer etablering av forskjellig medisinsk teknisk utstyr for kontinuerlig overvåking. Alvorlighetsgraden i pasientens tilstand kan tilsi at det haster med å få satt i gang kompensierende behandling for å ivareta vitale funksjoner og stabilisere pasienten. Akuttsituasjoner i seg selv kan preges av uoversiktighet og kompleksitet (Stubberud, 2020a). En pasientoverføring som krever involvering av fagpersonell fra mange disipliner øker kompleksiteten (Agarwala, 2020). Disse beskrivelsene sammenfaller med resultater fra studien til Marshall *et al.* (2019) som viser at pasientmottak på intensivavdelinger kan være preget av støy; og oppleves uoversiktlig og kaotisk (Zakrison *et al.*, 2016). Opplevelse av kaos i akutte situasjoner på grunn av at for mange ønsker å bidra er også tidligere beskrevet (Ballangrud *et al.*, 2014b). Kjennetegn som tidspress, støy, uklar rolle- og oppgavefordeling, uoversiktighet med tanke på koordinering av mange oppgaver, så vel som uklare mål er definert som mulige stressorer som potensielt kan påvirke teamarbeidet (Dietz *et al.*, 2017).

Studien viser at dersom det er mange i rommet som ikke har noen funksjon eller oppgave, kan dette vanskeliggjøre kommunikasjonen og bidra til stress hos de som skal ivareta pasienten. Dette oppleves å ha negativ innvirkning på teamarbeidet. Omgivelser preget av stress representerer risiko for mangelfull og upresis kommunikasjon, og kan føre til at viktig informasjon går tapt (Vretare og Anderzen-Carlsson, 2020; McElroy *et al.*, 2015; Zakrison *et al.*, 2016). Opplevelsen av akutt stress varierer fra person til person, og helsepersonell på intensivheter kan ha forskjellig toleranse for hva som oppleves som stress (Piquette, Reeves og LeBlanc, 2009; Mol *et al.*, 2015; St.Pierre, Hofinger og Simon, 2016). Stress kan lett spre seg kollektivt innad i teamet, og dermed hindre grunnleggende teamprosesser for effektivt teamarbeid deriblant kommunikasjon, koordinering og samarbeid (Dietz *et al.*, 2017). Stress kan påvirke andre teammedlemmer slik at de blir usikre på om den som framstår stresset klarer å utføre sine arbeidsoppgaver. Dette kan videre medføre distraksjoner som påvirker arbeidsoppgavene til de andre medlemmene (Piquette, Reeves og LeBlanc, 2009). I studien til Kendall-Gallagher *et al.* (2017) ga intensivsykepleiere uttrykk for at stressnivået generelt var høyt på intensivavdelinger. Årsaker til dette var blant annet tidspress og intensiteten som inngår i å behandle ustabile kritisk syke pasienter. Akutt stress kan påvirke en rekke kognitive prosesser: evnen til å gjenkalle informasjon fra hukommelsen svekkes, bearbeiding av informasjon blir vanskeligere, og evnen til å ta velresonnerte beslutninger svekkes. En person påvirket av stress kan bli meget fokusert på én spesifikk oppgave, så mye at all oppmerksomhet rettes mot å fullføre denne oppgaven. Dette kan gi tunnelsyn og bidra til at annen relevant informasjon siles ut. Som en konsekvens blir det vanskelig å opprettholde situasjonsovervåking i situasjonen.

Situasjonsovervåking er en ferdighet der teammedlemmet klarer å følge med på hva som skjer i omgivelsene rundt seg (Ballangrud og Husebø, 2021c). Stress gjør det vanskelig å planlegge framover, ta høyde for potensielle problemer, og vurdere mellom forskjellige løsninger (St.Pierre, Hofinger og Simon, 2016). I en krevende mottakssituasjon der teammedlemmer er gjensidig avhengig av hverandre kan dette ses som faktorer som påvirker teamarbeidet negativt. Sannsynligheten for at det oppstår uønskede hendelser øker når teammedlemmene jobber med krevende situasjoner, er sliten og under stress (AHRQ, 2019a). For å handle kompetent i akutte og krevende situasjoner må teammedlemmene kunne håndtere stressfylte situasjoner (Stubberud, 2020b). Samtidig må det være en forankret kultur for gjensidig støtte. Gjensidig støtte innebærer blant annet et samarbeid mellom teammedlemmene for å løse vanskelige oppgaver. Teammedlemmene skal kunne be om assistanse, samt tilby assistanse til andre når det er behov. Ved hjelp av situasjonsovervåking kan teammedlemmer effektivt identifisere når de selv eller andre trenger hjelp (AHRQ, 2019a). Medlemmene kan på denne måten tilpasse seg hverandre for å oppnå felles satte mål (Baker *et al.*, 2006). Denne studien viser at enkelte i teamet kan oppleve at et annet medlem framstår stresset. Dette kan være en inkongruent observasjon om personen selv ikke føler seg slik, men heller er skjerpert og dypt konsentrert. Til tross for at han/hun framstår stresset, får vedkommende med seg det som skjer i situasjonen. Det vil være hensiktsmessig om personen signaliserer sin opplevde kontroll til teamet.

Resultat i denne studien viser at opplevelsen av mottakssituasjonen erfaringsmessig er bedre når avdelingen på forhånd har fått mulighet til å organisere ressursene og planlegge pasientmottaket. Det hender at pasienten ankommer avdelingen uten forvarsel, men som regel får avdelingen beskjed på forhånd og kan forberede seg. Ifølge Frankel *et al.* (2017) er tidlig planlegging et av kjennetegnene til funksjonelle team. Det kan gjøres ved at teamet tar en kort briefing før pasientmottaket. Intensivsykepleierne, anestesilegen og annet fagpersonell som sannsynligvis kommer til å bli involvert bør ta en rask samtale for å vurdere potensielle risikoer og bli enig om hvordan teamet på best mulig måte skal håndtere situasjonen med tanke på pasientsikkerhet og effektivitet (Frankel *et al.*, 2017). Samtidig viser denne studien at det ikke er definerte team eller definerte roller ved mottak av kritisk syk pasient til intensivavdelingen. Dette er uheldig da uklarheter vedrørende teammedlemmenes roller oftest bidrar til dårligere teamarbeid (AHRQ, 2019a; WHO, 2012), som kan ha konsekvens for pasienten så vel som for teammedlemmene. Det er heller ikke en overordnet prosedyre som bestemmer hvordan sammensetningen av teamet skal være i slike situasjoner. Studiens resultat viser at mottaket blir litt som det blir, underforstått med at veien blir til mens man går. Det vil ikke nødvendigvis si at pasientmottaket er basert på tilfeldigheter, for kompetansen hos helsepersonellet er i høyeste grad til stede. Det er etablert gode rutiner og systemer, og avdelingen er ryddig og oversiktlig. Mye registreres automatisk (parametere, høsting fra respirator), og utstyret er av topp kvalitet. Dette kan heller bero på situasjonen, konteksten, grad av alvorlighet, logistikk, tilgjengelig personell, samt usikkerhet på hvordan det vil gå med pasienten. Pasienter kan i tillegg reagere ulikt på behandlingen. Noen kan tidlig respondere på den målrettede behandlingen, mens andre trenger lengre og bredere behandling. Denne studien viser at det i forkant er vanskelig å definere hvilke pasienter man kan ta imot alene, og hvilke pasienter som krever mottak av to intensivsykepleiere eller for eksempel fire. Det er et stort spekter og dermed blir det vanskelig å tallfeste i en prosedyre hvor mye helsepersonell som trengs i teamet. Samtidig viser resultat at forberedelsene starter idet pasienten meldes til intensivavdelingen. Dette innebærer at det gjerne velges ut en pasientansvarlig

sykepleier som skal ta imot pasienten. I tillegg vil teamet bestå av minimum en anestesilege. I så måte har prosessen med å danne teamet startet. Deltakerne i denne studien beskriver at samarbeidet fungerer godt, men at rollefordeling i teamet oppleves varierende. Det er viktig å merke seg at *samarbeid* mellom helsepersonell nødvendigvis ikke er det samme som *teamarbeid*. Samarbeid er heller en forutsetning, og er en av komponentene som må være til stede i et effektivt team (Weaver *et al.*, 2012; Husebø og Ballangrud, 2021). Det var bred enighet om at intensivsykepleieren som får tildelt rollen til å assistere bør være den som jobber bedside. Definisjonen av rollen til pasientansvarlig sykepleier i mottakssituasjonen var derimot ikke helt tydelig. Interprofesjonell teamtrening kan ifølge Ballangrud *et al.* (2014b) øke bevisstgjøring vedrørende avklaring av roller og ansvar i teamet. I et teamperspektiv er det ikke tilstrekkelig at medlemmene antyder hverandres roller, rollene må tydeliggjøres, formidles og anerkjennes av alle i teamet.

4.1.1.1 Teamledelse

I krevende mottakssituasjoner bør anestesilegen innta teamlederrollen. Denne studien viser at intensivsykepleiere opplever dette som hensiktsmessig. De ønsker at anestesilegen tar på seg lederrollen, sørger for å holde oversikt og kommuniserer tydelig til teammedlemmene. Teamlederen skal være en sentral bidragsyter i å strukturere og organisere teamet (Manthous, Nembhard og Hollingshead, 2011; Reader *et al.*, 2009). Dette innebærer å fremme og legge til rette for effektivt teamarbeid. Teamleder definerer og setter klare mål ved å benytte innspill fra medlemmene i teamet (St.Pierre, Hofinger og Simon, 2016). Det at teamleder gir bekreftelser og avkreftelser underveis kan føre til økt opplevelse av kontroll i den krevende situasjonen. Ved delegering av oppgaver bør teamlederen henvende seg direkte til et medlem ved bruk av personens navn, og sikre at vedkommende tar ansvar for den delegerte oppgaven. Dette anså deltakerne i denne studien som viktig for å tydeliggjøre oppgavefordelingen. Teamledelse innebærer å sikre at beskjeder og oppdrag blir forstått og utført (Salas, Sims og Burke, 2005). Å ta ansvar for lederrollen, lede med tydelig kommunikasjon og fordele arbeidsoppgaver er viktige bidrag til å forme effektive team i en mottakssituasjon på intensiv. Larsen *et al.* (2018) identifiserte fem ferdigheter en teamleder må inneha i akutte situasjoner; lederen må kunne lede, opptre troverdig, opptre kompetent, opptre rolig og kunne kommunisere. Ifølge Husebø og Ballangrud (2021) innebærer teamledelse at lederen har evne til å koordinere teammedlemmenes aktiviteter. Dette omfatter å sikre at nødvendige ressurser er tilgjengelig. Teamleder bruker tilgjengelig informasjon til å forberede teamet, og sørger for at endringer i vesentlige pasientdata blir fordelt. En god teamleder stiller krav, men gir også støtte til teamets medlemmer. Dette bidrar til at hver og en kan utnytte sine ressurser på best mulig måte for at teamet skal kunne oppnå felles mål (Manthous, Nembhard og Hollingshead, 2011).

Studien viser at det oppleves som ryddig når anestesilegen står i bakgrunnen og gir konkrete oppgaver til de andre medlemmene i teamet. En utfordring er at anestesilegen ofte må delta hands-on i etableringsfasen på intensivrommet og utføre en rekke praktiske oppgaver. Dette kan blant annet innebære anleggelse av arteriekran, sentralt venekateter, og andre prosedyrer som intubasjon. Tiltak for å avlaste anestesilegen kan være at pasientansvarlig sykepleier inntar en delegeringsfunksjon, hvorpå han/hun holder oversikt og sørger for at oppgaver følges opp. Dette kan ses på som distribuert ledelse, hvor generelle lederoppgaver fordeles. Distribuert ledelse har en rekke fordeler: byrden med å lede fordeles på flere medlemmer, ressurser og kunnskaper blir samlet og

delt, og flere synspunkter kan komme fram før beslutninger blir tatt. Når det er hensiktsmessig, avhengig av kravene til oppgaven, kan lederrollen rotere mellom teammedlemmer (Husebø og Ballangrud, 2021; St.Pierre, Hofinger og Simon, 2016). Klinisk ledelse utøves av helsepersonell som har direkte kontakt med pasienten (Husebø *et al.*, 2021). Denne ledelsen skal være uavhengig av den hierarkiske lederstrukturen i organisasjonen (Stanley og Stanley, 2018; Husebø *et al.*, 2021). Slik kan alle i teamet potensielt identifiseres som ledere og ta leder-rollen (Daly *et al.*, 2014). Intensivsykepleierne i denne studien mente at anestesileger ønsker at det utpekes én pasientansvarlig sykepleier som tar ansvar, en de kan forholde seg til og ha direkte dialog med. Pasientansvarlig sykepleier kan være egnet til å holde oversikten og delegere oppgaver. En ulempe med distribuert ledelse er at det kan oppstå uklarheter vedrørende rollene og hvem som egentlig leder teamet (Husebø og Ballangrud, 2021). Det er derfor viktig at lederrollen anerkjennes av de andre medlemmene, og at den som skal lede er tydelig i sin rolle.

Systematisk gjennomgang av ABCDE-prinsippene ble fremhevet i resultatet som hensiktsmessig både for teamarbeidet, og for kvaliteten på pasientmottaket. ABCDE-prinsippene ble opprinnelig utviklet for systematisk undersøkelse av traumepasienter, men kan også brukes som et klinisk verktøy på andre pasientgrupper for å avklare mulige livstruende problemer relatert til luftveier, respirasjon, sirkulasjon og bevissthet (Engbretsen, 2020; Thim *et al.*, 2012). Samtidig viser denne studien at ABCDE-prinsippene noen ganger blir tilsidesatt, og havner i skyggen av alle prosedyrene som skal gjennomføres på kort tid. Andre årsaker kan være at et teammedlem ser og observerer situasjonen annerledes enn et annet medlem. I tillegg kan det hende at enkelte gjør ulike prioriteringer i arbeidet og ser for seg en annen rekkefølge av gjøremålene enn andre. Ifølge Thim *et al.* (2012) kan ABCDE-ferdigheter av høy kvalitet være et viktig redskap for å skape en felles prioriteringsrekkefølge, og dermed bryte ned sammensatte kliniske situasjoner i mer håndterbare deler. Dette kan bidra til å etablere en felles situasjonsforståelse blant teammedlemmene. I så måte kan det tenkes at bedre struktur og systematisk gjennomgang av pasientmottaket kan bidra til å gjøre teamarbeidet mer funksjonelt og effektivt.

4.2 God kommunikasjon er helt essensielt for teamarbeidet

Studien avdekket ulike aspekt relatert til kommunikasjon i forbindelse med selve pasientoverføringen og innad i teamet underveis i mottakssituasjonen. God og effektiv kommunikasjon er avgjørende under mottak av kritisk syk pasient på intensiv. Studien viser at intensivsykepleiere fremhever kommunikasjon av god kvalitet som essensielt for å sikre kontinuitet og trygg behandling av den kritisk syke pasienten. Effektiv kommunikasjon kan ses på som å dele informasjon, ideer og meninger mellom teammedlemmer som hver og en har sine erfaringer, holdninger, kunnskaper og ferdigheter på ulike områder (Reader *et al.*, 2009; Dietz *et al.*, 2014). Samtidig ble det gjort funn av en rekke faktorer som kan påvirke kommunikasjonens kvalitet i en krevende og til dels uoversiktlig situasjon: grad av alvorlighet bestemmer om det blir prioritert tid til rapport, følgepersonell kan oppleve og ikke bli hørt, informasjon om bestemmelser som allerede er tatt tidligere i behandlingsforløpet kan stå i fare for og ikke bli videreført. Dette korrelerer med risikofaktorer som er kjent fra tidligere (Helsedirektoratet, 2019; Reader *et al.*, 2009), der det er vist at manglende kommunikasjon og svikt i informasjonsflyt kan oppstå ved overføring av pasienter innad i

sykehuset. Ifølge Reader *et al.* (2009) er også akuttsituasjoner en arena der kommunikasjonssvikt kan føre til uønskede hendelser.

Videre viser denne studien at intensivsykepleiere ønsker å inkludere de som kommer med pasienten i teamet, og at de tilstreber dette. De anerkjenner at følgepersonellet har et ansvar fram til pasient og nødvendig informasjon er formelt overlevert. Intensivsykepleiere har likevel opplevd situasjoner der helsepersonell som følger pasienten ikke har fått mulighet til å avgi rapport initialt i mottakssituasjonen. I tillegg har det sannsynligvis vært episoder der følgepersonellet har følt seg oversett når de har forsøkt å formidle og overlevere informasjon. Tidligere forskning har poengtert lignende funn: sykepleiere som fulgte pasienten opplevde og ikke bli inkludert i overleveringsprosessen da de ankom intensivavdelingen (McFetridge *et al.*, 2007), og intensivsykepleiere var mer opptatt av å etablere pasienten (McElroy *et al.*, 2015). Resultat i denne studien viser at intensivsykepleiere anerkjenner viktigheten av å motta rapport med informasjon om pasienten, og tilrettelegger for at dette skal være mulig. Det kommer likevel an på hvor ustabil og alvorlig pasientens tilstand er. Grad av ustabilitet gjør at intensivsykepleierne raskt skifter fokus mot pasienten og tiltak som må iverksettes umiddelbart, framfor å prioritere rapport. Zakrison *et al.* (2016) fant at jo dårligere pasientens kliniske tilstand var, desto mer støy og distraksjoner fant sted under pasientoverføringen. Et sentralt element i denne studiens resultat var at dette kan påvirke pasientsikkerheten. Dersom sykepleieren som kommer med pasienten ikke får avgitt rapport kan dette føre til at bestemmelser som allerede er tatt av leger tidligere i behandlingsforløpet ikke blir videreført. Dette kan potensielt medføre at det blir iverksatt annen behandling enn det som allerede var bestemt. I studien til Zakrison *et al.* (2016) ble det i ettertid av overleveringen innhentet informasjon som var tapt hos 38 % av traumepasientene mellom overføringen fra akuttmottaket til intensivavdelingen. Av disse ble behandlingen endret hos 1/3 som følger av den nye informasjonen. I følge Stubberud (2020b) kan ineffektiv kommunikasjon medføre negative konsekvenser for pasientsikkerheten og behandlingsresultatet til pasienten, noe som også trekkes fram i denne studien. Fravær av stress blir sett på som en viktig forutsetning for god kommunikasjon mellom helsepersonell i pasientoverføringen (Vretare og Anderzen-Carlsson, 2020), og den ideelle overføringen beskrives som rolig, organisert og grundig (Zakrison *et al.*, 2016). En fremhevet løsning i funnene er at pasientmottaket kan organiseres ved at én spesifikk sykepleier tar imot rapporten i bakgrunnen, samtidig som de andre intensivsykepleierne og medlemmene i teamet etablerer og ivaretar pasienten på rommet. Det trekkes fram at pasientansvarlig sykepleier kan ta denne rollen.

4.2.1.1 Kort timeout for deling av kritisk informasjon

Timeout underveis i mottakssituasjonen og etableringsfasen oppleves som et godt verktøy for å samle teamet, og bidra til at teammedlemmene får økt oversikt i situasjonen. En timeout tar få sekunder og oppleves som ryddig. Intensivsykepleiere i denne studien har opplevd at den som oftest kommer i forbindelse med prosedyrer som for eksempel intubering. Det var enighet om at timeout også kan passe til andre formål. Timeout vil naturlig nok senke støynivået; når teamleder snakker er resten av teamet stille, og slik har alle mulighet til å høre og motta informasjonen. En timeout er en gylden anledning til å samle teamet, vurdere den initiale planen (AHRQ, 2019b), og bidra til at alle teammedlemmene er oppmerksomme på endringer i situasjonen. Den kan gjennomføres for å oppdatere teamet, men også om den nåværende planen ikke fungerer optimalt eller om det oppstår problemer som krever tiltak. I tillegg er det en

god anledning for teamleder å spørre de andre teammedlemmene om de har noe å tilføye, og om de har observert noe gjennom situasjonsovervåking som er nødvendig å dele. På denne måten kan timeout muliggjøre reetablering og opprettholdelse av felles mentale modeller (Weaver *et al.*, 2012). Det er viktig at endringer i planen kommuniseres raskt og effektivt til medlemmene, slik at alle blir oppmerksomme på endringene. En timeout er også hensiktsmessig dersom det kommer inn nye medlemmer (AHRQ, 2019b).

Intensivsykepleierne som deltok i denne studien, fremhever et forbedringspotensial når det kommer til kommunikasjonens kvalitet; closed-loop kommunikasjon oppleves som et nyttig kommunikasjonsverktøy som kan brukes under hele pasientmottaket. Om teamleder bruker closed-loop kommunikasjon får hun eller han umiddelbar bekreftelse fra teammedlemmene om at informasjonen er mottatt, at den er korrekt og komplett (Stubberud, 2020b; Helsedirektoratet, 2020). *Tydelighet* trekkes fram som en forutsetning for god kommunikasjon i mottakssituasjonen. Intensivsykepleiere opplever at leger ikke alltid er tydelig nok når de gir forordninger. Ifølge studien til Bysheim, Lygren og Reime (2020) skåret legene signifikant lavere enn sykepleierne på påstanden om at verbal bekreftelse på mottak av viktig informasjon (closed-loop kommunikasjon) blir brukt i klinisk praksis. Dette blir beskrevet som uheldig da closed-loop kommunikasjon anses som viktig for å unngå misforståelser, og spesielt ved ordinerer av behandling. På intensivavdelinger er god kommunikasjon med tilstrekkelig informasjon til rett tid helt nødvendig for at teamet skal kunne ha en felles forståelse av pasientsituasjonen (Bysheim, Lygren og Reime, 2020).

4.3 Inkludering og støtte har stor betydning for teamopplevelsen

Studien viser at intensivsykepleiere fremhever teamarbeid som et felles ansvar i mottakssituasjonen. Det beskrives som et lagspill der medlemmene er avhengig av hverandre for å kunne løse de ulike oppgavene. Ansvaret for at teamarbeidet skal fungere hviler på alle teammedlemmene; at et medlem fungerer dårlig kan være nok til å påvirke teamarbeidet slik at det ikke fungerer. Resultat viser at intensivsykepleiere har erfart konflikter blant teammedlemmer under mottakssituasjoner, men det forekommer sjeldnere nå enn før. Situasjoner med konflikter og irritasjon kan være en kilde til økt stressnivå, usikkerhet, skape en dårlig tone og virke som en tilleggsbelastning. I verste fall kan usikkerhet bidra til at enkelte medlemmer mister fokus, som igjen kan påvirke framdriften. Slike komponenter vil være kontraproduktivt for opprettholdelsen av et effektivt teamarbeid, samt for pasientsikkerheten. Strategier for konflikthåndtering kan være å innta en løsningsorientert holdning, framfor å fordele skyld. Om det kommer en melding som oppleves uvennlig, kan man fokusere på meldingens innhold og ikke på personen som ytret den (Gregory *et al.*, 2021). Resultat i studien viser at en løsning kan være å forsøke å roe ned situasjonen ved å uttrykke at teamet har kontroll. Etter mottaket er det konstruktivt å ta det opp med vedkommende, dersom utløp med sinne og irritasjon er opplevd. Det kan for eksempel gjennomføres under debriefing etter mottakssituasjonen, der partene diskuterer hva som skjedde, og hva som bør gjøres for å unngå dette. Konflikter, dersom de ikke håndteres, kan potensielt utgjøre en trussel mot pasientsikkerheten (Ballangrud og Husebø, 2021b; Gregory *et al.*, 2021).

Studien viser at intensivsykepleiere gjerne føler seg tryggere på kollegaer de ofte jobber sammen med. Felles erfaringer er høstet etter å ha jobbet sammen gjennom mange år. En person har måttet opplevd noen slike pasientmottak for å tilegne seg erfaring og være rustet til å vite hva som skal gjøres. Det kan derfor utgjøre en forskjell for teamarbeidet om den nye kollegaen mangler erfaring. I en krevende mottakssituasjon er det vesentlig at teammedlemmene mestrer sine oppgaver og at de føler seg trygge på hverandre. Dette kan være en utfordring når teamet dannes «ad hoc» for en kortere periode med det personell som er tilgjengelig der og da. Uten tilstrekkelig tillit kan teammedlemmer stå i fare for å bruke unødvendig tid og energi på å sjekke hverandres utsagn og ferdigheter, i stedet for å samarbeide for å finne felles løsninger. Gjensidig tillit handler om å stole på at teammedlemmer utøver sine roller etter beste evne (Salas, Sims og Burke, 2005). Derfor er det nødvendig at teamarbeidet opprettholdes av en forpliktelse til felles forståelse av situasjonen, og at de ulike deltakerne er bevisst sine teamkompetanser (King *et al.*, 2008). Organisasjonsmessig er det viktig at helseforetakene kontinuerlig jobber for å sikre at det er tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse til stede på hver vakt (Meld. St. 7 (2019–2020)). Forskning har vist at tilstrekkelig bemanning, faglig kompetanse, lederstøtte, organisatoriske prioriteringer relatert til kvaliteten på omsorgen, sykepleiermedvirkning i beslutningstaking, og gode lege-sykepleier-relasjoner bidrar til økt kvalitet på pleie og behandling, bedrer pasienttilfredsheten og styrker pasientsikkerheten (Aiken *et al.*, 2012). Resultat i denne studien viser at intensivsykepleiere forsøker å legge til rette for at nytilsatte skal føle seg trygge i teamet. Gode samarbeidsrelasjoner er viktig for utvikling av effektive team og for arbeidsmiljøet. Åpenhet, dialog underveis og støtte ble fremhevet. Fordeling av oppgaver som teammedlemmer med mindre erfaring kan mestre, vitner om god back-up atferd/gjensidig støtte i teamet. På denne måten får man flyttet kompetansen dit den er best egnet og forutse behovene til andre teammedlemmer. Dette og andre teamarbeidsferdigheter kan trenes på. Deltakelse i simuleringsbasert teamtrening bedret bevisstgjøring av teamarbeid i klinisk praksis og viktigheten av struktur i teamarbeidet ble anerkjent (Ballangrud *et al.*, 2014b). Simuleringsbasert teamtrening kan være et effektivt verktøy til å forbedre teamarbeidet (Low, Horrigan og Brewster, 2018; Ballangrud *et al.*, 2014a), og bidra til kompetansøking av både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter (Armenia *et al.*, 2018).

Det kan være sammenheng mellom grad av erfaring og hvor mye medlemmer våger å si ifra og korrigere andre i teamet. Pulverisering av ansvar, også mellom forskjellige legegrupper under mottakssituasjonen, ble sett på som en barriere for å ta ordet. Det har ført til usikkerhet om hvem som har hovedansvaret, og dermed hvem teammedlemmer skal adressere sine observasjoner eller bekymringer til. Ifølge retningslinjer for intensivvirksomhet (Søreide *et al.*, 2014) er det legen på intensiv som har det overordnede medisinske ansvaret for pasienten i generelle intensivheter. Det er intensivlegen som skal lede det multidisiplinære teamet. Selv om pasienten er innlagt i en «moderavdeling» må det behandlingsmessige ansvarsforholdet være tillagt den intensivlegen som har ansvaret for intensivbehandlingen, samt koordinering av undersøkelser og intervensjoner. Studien viser at det må være takhøyde for å si ifra til hverandre. Dette innebærer at det må være rom for å komme med forslag, eller å si ifra høyt om man ser og observerer noe som kan utgjøre risiko for pasienten, uansett erfaringsnivå eller status. Slike gode kjøreregler kan vitne om psykologisk trygghet i teamet. Psykologisk trygghet kjennetegnes ved et klima i teamet der medlemmene opplever at det er trygt å dele bekymringer, stille spørsmål, rapportere feil og komme med forslag. Dette spiller en viktig rolle for hvor velfungerende og effektivt teamarbeidet

blir (Ballangrud og Husebø, 2021b; Manthous, Nembhard og Hollingshead, 2011). Psykologisk trygghet er særs viktig i dynamiske og komplekse mottakssituasjoner der teammedlemmene er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne koordinere sikker pasientbehandling (Nembhard og Edmondson, 2006). Tilstedeværelse av psykologisk trygghet i teamet kan ifølge Ballangrud og Husebø (2021b) øke sannsynligheten for at teammedlemmene kommuniserer ærlig og åpent, engasjerer seg, innrømmer behov for hjelp, og tilrettelegger for backup atferd. En mottakssituasjon kjennetegnet med psykologisk trygghet kan i tillegg til å avdekke feil, også bidra til å forebygge og løse konflikter (Ballangrud *et al.*, 2021). Resultat viser at teamarbeid innebærer å være høflig til hverandre og snakke på en ordentlig måte. Det gjør noe positivt med hele teamet når noen klarer å gi litt ros underveis i situasjonen. Dette kan igjen bidra til å gi teammedlemmer selvtillit.

4.3.1.1 Tilrettelegging for pasient og pårørendes teamdeltakelse

Studien viser at intensivsykepleiere anerkjenner pasient og pårørende som en del av teamet i mottakssituasjonen. En forutsetning for at pasient og pårørende skal kunne bidra aktivt i beslutninger om pasientens helse og behandling er at de har en rolle i beslutningsprosesser, og derfor bør de inkluderes som en del av teamet (Husebø og Ballangrud, 2021; Epstein og Gramling, 2013; WHO, 2013). Samtidig viser denne studien at det ikke er noen automatikk i at pårørende involveres i teamet under selve etableringsfasen på intensivrommet, med unntak av ved barnemottak. Pasienten blir derimot tidlig inkludert. Akutt kritisk sykdom eller skade kan medføre at pasienten har liten eller ingen kontroll i situasjonen, og dermed begrensede muligheter til å ta selvstendige avgjørelser (Stubberud, 2020d). Ifølge Wubben *et al.* (2021) føler intensivpasienter mangel på kontroll under intensivoppholdet. Intensivpasienter ga uttrykk for at opplevelsen kunne ha vært annerledes om de hadde blitt mer inkludert i beslutninger, og fått forklaringer underveis på hvorfor spesifikke tiltak og behandling ble iverksatt. De ønsket en mer holistisk tilnærming. Det engelske begrepet «Shared decision making» er blitt oversatt til betegnelsen *samvalg* på norsk (Nylenna, 2015). Samvalg består av fire steg: 1) Pasienten blir informert av helsepersonell om at en beslutning må tas. Her er pasientens mening viktig. 2) Pasienten får forklart mulige aktuelle valg, her skal både ulemper og fordeler ved hvert valg komme fram. 3) Pasient og helsepersonell diskuterer pasientens prioriteringer. Pasientens overveielser støttes av helsepersonellet. 4) Pasient og helsepersonell diskuterer pasientens beslutninger og prioriteringer. Pasienten tar enten en beslutning, eller velger å utsette den (Stiggelbout, Pieterse og De Haes, 2015; Husebø og Ballangrud, 2021). Ved akutt kritisk sykdom er det en rekke faktorer som kan svekke muligheten for samvalg. Kritisk somatisk sykdom eller skade kan medføre konsekvenser både for pasientens fysiske og psykososiale behov. Faktorer som innvirker på psykososiale behov er blant annet alvorlighetsgrad av sykdom eller skade, alder, pasientens tidligere erfaring, personlighet, emosjonelle og kognitive faktorer. Pasientfortellinger har demonstrert opplevelse av utrygghet, angst, fremmedgjøring, sårbarhet og avhumanisering (Stubberud, 2020d). Resultat i denne studien viser at helsepersonell har fokus på å informere pasienten om hva som bør gjøres, og samtidig høre pasientens mening om behandlingen. Dette er i tråd med pasientens grunnleggende rett til medvirkning og informasjon, en lovpålagt rettighet jf. §§ 3-1 til 3-4 i Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Helsepersonell som yter helsehjelpen har plikt til å gi informasjon, jf. § 10 i Helsepersonelloven (1999). Informasjonen som blir gitt skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger som

alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn (Helsedirektoratet, 2015; Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Medisinsk terminologi og informasjon som er selvsagt blant fagpersonell er nødvendigvis ikke like forståelig for pasienten (Alexandersen *et al.*, 2021).

Basert på empiriske data har totalsituasjonen innvirkning på om pårørende kan være til stede på intensivrommet i mottakssituasjonen og etableringsfasen. For det første fordrer dette at pårørende allerede er på sykehuset, noe de ikke alltid er. For det andre kan det hende at pasienten ikke er i stand til å informere hvem nærmeste pårørende er på grunn av sykdom eller skade, eller at de bor andre steder i landet (Stubberud, 2020c). Det er flere faktorer som spiller inn, blant annet alvorlighets- og hastegrad og hvilke prosedyrer som må gjennomføres. Dette kan begrense muligheten for kommunikasjon mellom helsepersonell og pårørende, noe som kan gjøre det vanskelig å inkludere pårørende i beslutninger på grunn av pasientens kliniske tilstand (Scott, Thomson og Shepherd, 2019). Erfaringsmessig legges det mer til rette for at pårørende kan være til stede ved barnemottak. Enten i form av et tilliggende rom med åpen dør, eller i nærheten av barnet. Denne studien viser at intensivsykepleiere i mange situasjoner tenker at det kan være bra for pårørende å være til stede, og se at pasienten blir ivaretatt. Involvering kan gi en økt form for kontroll. Det å være på utsiden kan føre til følelse av utrygghet og frustrasjon (Linnarsson, Bubini og Perseius, 2010). Resultat fra denne studien viser at det som regel er en intensivsykepleier som imøtekommer og informerer dem fortløpende på pårønderommet. Dette møtet kan være en arena hvor de inkluderes i beslutninger. Wong *et al.* (2020) fant at pårørende ikke ønsket å bli overlatt til seg selv på utsiden av avdelingen eller på et venterom alene over lengre tid. De ønsket ærlig, relevant og tilpasset informasjon til rett tid (Wong *et al.*, 2020), som også er sett i andre studier (Scott, Thomson og Shepherd, 2019).

Inkludering av pårørende i teamet kan bidra til å øke deres forståelse av alvoret i pasientens situasjon (Scott, Thomson og Shepherd, 2019). Pårørende har gjerne større muligheter for å forstå hva den kritisk syke pasienten forsøker å uttrykke, i og med at de kjenner han fra før (Alexandersen *et al.*, 2021). De står i særskilt posisjon til å stille spørsmål, innhente og dele informasjon på pasientens vegne (WHO, 2013). Av § 3-3 Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) skal pasientens nærmeste pårørende ha informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelp som gis, når pasienten samtykker til det eller forholdene tilsier det. I situasjoner der pasienten ikke er samtykkekompetent kan pårørende bidra til beslutninger om behandling på vegne av pasienten. Tilstrekkelig informasjon om behandlingen oppleves nødvendig for å styrke pårørendes rolle i teamet. Pårørende er en helsefremmende ressurs hos intensivpasienten, og deres nærvær kan gjøre situasjonen mer håndterbar, meningsfull og forståelig (Alexandersen *et al.*, 2021; Haugdahl *et al.*, 2018; Haugdahl, Alexandersen og Haugan, 2021). Hvordan pårørende selv mestrer situasjonen påvirker mulighetene for om de kan være en ressurs for pasienten. Pårørendes mestringsmekanismer påvirkes av flere faktorer. De kan selv være i en stress- og krisetilstand, med angst, frykt, benekting og sorg (Stubberud, 2020c; Linnarsson, Bubini og Perseius, 2010). Samtidig kan akutt sykdom eller skade oppleves kaotisk. Å være vitne til at pasienten kjemper for livet kan medføre betydelig stress og usikkerhet hos pårørende (Haugdahl *et al.*, 2018). Usikkerhet og manglende mulighet til å hjelpe til kan føre til en sterk følelse av maktesløshet. Intensivsykepleieren har en sentral rolle og et viktig ansvar i å veilede og støtte pårørende slik at de kan være en ressurs for pasienten, og tilrettelegge for at de kan ta del i omsorgen (NSFLIS, 2017).

Tydelig, konsis og forståelig informasjon kan virke beroligende og gjøre situasjonen mer utholdelig (Linnarsson, Bubini og Perseius, 2010). Informasjon av god kvalitet til pasient og pårørende kan bidra til en dypere forståelse av situasjonen, noe som bedrer deres forutsetninger for å ta et informert samvalg. Dårlig informasjon kan lede til misforståelser og mindre gode valg (Epstein og Gramling, 2013). Ifølge Wubben *et al.* (2021) kan akutt skade eller sykdom med høy hastegrad, virke som en barriere i å involvere pasient og pårørende i beslutningsprosesser. Videre fremhever Wubben *et al.* (2021) at for mye involvering kan lede til overbehandling. En måte å møte denne utfordringen på er å benytte seg av interprofesjonell beslutningstaking, der medlemmene i teamet deler sine perspektiver og vurderinger av pasientenes status, og mulige behandlingsalternativer. Dette kan bidra til at teamet får en felles forståelse. Deretter diskuteres alternativene med pasienten og/eller pårørende, i prinsippet ved bruk av samvalg (Michalsen *et al.*, 2019). Studien viser at intensivsykepleierne ønsker å tilrettelegge for at pasient og pårørende blir aktive deltakere i teamet, men at totalsituasjonen kan ha innvirkning på hvor delaktige de kan være.

4.4 Metodediskusjon

Her diskuteres studiens styrker og svakheter i relasjon til pålitelighet eller troverdighet. Metodediskusjonen avsluttes med forslag til fremtidige studier som videreføring av den aktuelle studien.

4.4.1 Pålitelighet

I prosjektperioden ble det tidlig satt fokus på å ha et bevisst og aktivt forhold til sin forforståelse, inkludert den tiden da prosjektbeskrivelsen ble utarbeidet. Forforståelse kan ifølge Malterud (2017) ses på som den ryggsekken forskeren har med seg inn i forskningsprosjektet som består av erfaringer, hypoteser, teoretisk grunnlag og faglig perspektiv. Denne ryggsekken vil påvirke hvordan data samles, og måten forskeren leser, tolker og forstår data (Malterud, 2017). Masterstudenten hadde erfart og observert utfordringer og forbedringsområder under tidligere pasientoverføringer ved andre avdelinger. Disse erfaringene i kombinasjon med manglende evidens på feltet motiverte denne studien. Dermed kan jeg som forsker ha vært «farget» av tidligere opplevelser og erfaringer. Slike forforståelser kan være en styrke for studien, men også representere en svakhet ved at forskeren ubevisst søker å bekrefte sin forforståelse; det vil si at vedkommende går inn i prosjektet med begrenset horisont, og dermed overser detaljer, nyanser og eventuelle overraskelser. Gjennom forskningsprosessen fokuserte masterstudenten på å opprettholde et åpent sinn, stille spørsmål til egen framgangsmåte (Malterud, 2017), og være kritisk til valg som ble gjort underveis (Jacobsen, 2015). Ved utforming av prosjektbeskrivelsen ble det foretatt grundige litteratursøk for å beskrive foreliggende evidens på området. Litteratursøkene viste en rekke studier om teamarbeid i helsetjenesten, også ved intensivavdelinger, men identifiserte manglende kunnskap vedrørende teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient på intensivavdelinger.

Intervjuguiden fungerte som en oversikt over hvilke temaer som skulle gjennomgås i løpet av fokusgruppediskusjonen (Jacobsen, 2015) og virke som et hjelpeverktøy for forskeren i intervjusituasjonen (Malterud, 2017). Tidligere forskning og materialer ble brukt som inspirasjon til å utarbeide intervjuguiden. Dette kan til dels svekke gyldigheten i den form at forskeren ikke utvider horisonten tilstrekkelig, men forholder seg til evidens som allerede er kjent (Malterud, 2017). Intervjuguiden ble derfor kun brukt som et støttedokument under fokusgruppediskusjonene. Dette åpnet for at deltakerne kunne snakke fritt om temaet, og dermed virke som en arena for deling av opplevelser og erfaringer. Den foreløpige analysen avdekket at det manglet noen meningsbærende enheter relatert til subgruppene: «Pasient og pårørende som en del av teamet» og «Takhøyde for å komme med innspill og korrigere hverandre». Enkelte punkt i intervjuguiden ble derfor uthevet mellom de to fokusgruppene, for å huske disse elementene til neste fokusgruppediskusjon. Utover det så ble ingen justeringer gjort. Man kunne utført et pilotintervju i forkant av fokusgruppediskusjonene, for å kvalitetssikre intervjuguiden, dette ville vært en styrke. Deltakerne ble kun stilt åpne spørsmål. Informantene var på eget initiativ innom mange av punktene som var listet opp under hovedspørsmålene. Det var derfor ikke nødvendig å stille spesifikke spørsmål om momentene, men noen ble spurt om å utdype utsagn knyttet til dem. Begge fokusgruppediskusjonene resulterte i rike data. Dette ble diskutert i en oppsummering mellom moderator og assisterende moderator da fokusgruppediskusjonene var gjennomført.

Prosjektet ble utført på egen arbeidsplass, der masterstudenten hadde vært ansatt som intensivsykepleier i et halvt år da studien fant sted. Dette kan medføre både fordeler og

ulemper (Jacobsen, 2015). En fordel var at informantene kunne oppsøke masterstudenten som var tilgjengelig dersom de hadde spørsmål både i forkant av fokusgruppediskusjonene, men også under hele prosjektperioden. En annen fordel var at deltakerne opplevde trygghet overfor hverandre under fokusgruppediskusjonene, noe som gjør det lettere å ta del i diskusjonen. En tredje fordel var at forskeren hadde førstehåndskjennskap til kulturen på arbeidsplassen, og dermed hadde kjennskap til språk og uformelle strukturer som benyttes. Dette opplevdes som et bidrag til at det ble lettere å transkribere lydopptakene og vurdere kvaliteten av informasjonen videre i analyseprosessen. Til tross for mitt kjennskap til avdelingen og deltakerne var det ikke vanskelig å innta en nøytral holdning til temaene som ble diskutert.

Flere potensielle informanter uttrykte at de kunne ha deltatt i fokusgruppediskusjonene dersom disse ble gjennomført i deres arbeidstid. I og med at det ikke passet på de aktuelle dagene hvor fleste hadde meldt seg, ble ikke disse inkludert. Studien kunne dermed ha rekruttert flere deltakere totalt om metoden hadde vært individuelle intervju. Totalt ti deltakere ble inkludert. Én deltaker trakk seg i forkant av intervjuet. Informantene ble delt inn i to grupper, etter hvilken dato som passet dem best. Dermed ble det fire deltakere i den første fokusgruppediskusjonen, og fem i den andre. Oftest kan forskeren få mer nyansert informasjon om det benyttes to eller flere grupper framfor en. Hvis dataene som kommer fram fra to grupper er forholdsvis like kan disse gruppene fungere som en kontroll i forhold til hverandre (Jacobsen, 2015). Masterstudenten opplevde at informantene ønsket å bidra til prosjektet, at de var interesserte i å dele erfaringer, opplevelser og fortellinger om temaet.

Fokusgruppediskusjonene ble organisert og planlagt til ukedager hvor det var lav aktivitet i avdelingen og alle informantene var på jobb. To timer på slutten av arbeidsdagen ble avsatt. Dette sikret at det ikke skulle gå utover den normale driften på avdelingen, og at det ikke gikk utover fritiden til informantene. Samtykkeskjemaene var sendt til deltakerne på forhånd, og ble samlet inn før intervjuene fant sted. I følge Jacobsen (2015) kan konteksten, blant annet hvor fokusgruppediskusjonene finner sted og relasjonene som oppstår i gruppen, påvirke data. Med hensyn til kontekst ble det valgt et møterom på sykehusområdet. Fokusgruppediskusjonene forløp med avslappet stemning uten forstyrrelser utenifra. Med hensyn til smittevernregler knyttet til Covid-19-pandemien var det åpnet for å samles i grupper hvor man hadde minimum en meters avstand mellom hverandre. Dette ble overholdt. Deltakere ga tilbakemelding om at introduksjonen med informasjon som ble presentert, bidro til at rammene for fokusgruppediskusjonen ble tydeliggjort og forstått. Informantene framsto konsentrert og engasjert for temaet underveis i diskusjonen.

4.4.2 Gyldighet

4.4.2.1 Intern gyldighet

Intern gyldighet handler om produksjonen av data kan oppfattes som riktig, om fenomenet er beskrevet på riktig måte (Jacobsen, 2015).

I fokusgruppediskusjoner er det avgjørende at deltakerne og forskeren har felles forståelse av hvilke spørsmål diskusjonen skal gi svar på. Derfor var det viktig å presisere gjennom hele prosjektperioden at problemstillingen omhandler selve mottakssituasjonen på intensivavdelingen, inkludert etableringsfasen på intensivrommet. Fortellinger utenfor intensivavdelingen forekom i begge fokusgruppediskusjonene. Disse historiene ble ikke avbrutt, med hensyn til at de kunne åpne for nye erfaringer og data som kunne skape nye spørsmål (Malterud, 2012b). Historier utenfor avdelingen omhandlet blant annet situasjoner der intensivsykepleieren rykker ut og deltar i team ved andre avdelinger (deriblant stansteam og medisinsk mottaksteam i akuttmottak). Disse fortellingene resulterte i foreløpige tema som «teamarbeid i en annen kontekst», «forberedthet» og det ble trukket paralleller mellom mottak i akuttmottaket og mottak på intensiv. Med tanke på forberedthet ble det fremhevet som en styrke at intensivsykepleieren rykker ut, for eksempel til et medisinsk mottaksteam i akuttmottaket, og deltar under hele pasientoverføringen om pasienten skal til intensiv. Moderator supplerte med oppklarende spørsmål underveis, for å komme tilbake til mottakssituasjonen på intensiv. Deltakere ble også spurt direkte om å utdype utsagn og meninger, og om andre informanter i fokusgruppen var enig eller uenig.

Det at informantene kjente hverandre fra før kunne ha representert utfordringer så som at deltakere ikke ønsket å starte en diskusjon, forholdt seg «politisk korrekt», og valgte å være enig om temaer som ble tatt opp framfor å komme med egne meninger (Malterud, 2012b). Det opplevdes ikke å være tilfellet. I begge fokusgruppediskusjonene delte informantene egne perspektiver på hvordan teamarbeid i mottakssituasjoner utfolder seg. Det var enigheter, men også uenigheter, noe som ledet til diskusjoner. Det ble også tatt opp konkrete situasjoner som flere deltakere kjente til, og disse opplevelsene og erfaringene bidro til å utdype hverandres perspektiver (Halkier, 2020). I følge Malterud (2012b) styrkes den interne validiteten ved å identifisere variasjoner over et tema, framfor å tilstrebe konsensus.

Data kommer alltid fra en kilde, og forskeren må stille seg spørsmål om han har funnet de rette kildene (Jacobsen, 2015). Alle intensivsykepleiere som innfridde inklusjonskriteriene, mottok en epost med et informasjonsbrev der de ble forespurt om å delta. Utvalget var strategisk i form av at inkluderte deltakere hadde grunnlag for å uttale seg om temaet, da alle var erfarne intensivsykepleiere som følgelig har opplevd mange mottakssituasjoner på en intensivavdeling. Seksjonslederen oppfordret intensivsykepleiere til å delta. Sammensetningen av gruppene ble styrt av hvilken dato deltakerne hadde mulighet til å delta, og gruppesammensetningen ble dermed tilfeldig. De inkluderte deltakerne var alle førstehåndskilder, det vil si at de hadde nærhet til temaet som ble diskutert. Flere informanter bidro uoppfordret med fortellinger og erfaringer innimellom hovedspørsmålene, noe som kan tillegges større gyldighet (Jacobsen, 2015). Opplysninger som deles spontant ligger kanskje nærmere informantens oppfatning av et fenomen, enn om hun/han skulle ha svart på et spesifikt spørsmål fra forskeren.

Transkriberingen ble utført av masterstudenten umiddelbart etter gjennomføring av fokusgruppediskusjonene. Det at jeg var til stede under intervjuene gjorde at jeg gjerne husket momenter som kunne oppklare uklarheter når diskusjonene skulle gjøres skriftlig. Ifølge Malterud (2017) kan dette spille en stor rolle når muntlig materiale skal oversettes til tekst, noe som styrker validiteten av det transkriberte materialet. Jeg hadde ikke tidligere erfaring med å transkribere tekst fra lydopptak. Det tok derfor litt tid i starten å finne tekniske løsninger for avspillingshastighet og praktiske metoder for å spole tilbake sekvenser i opptaket. Det viste seg hensiktsmessig å spole tilbake og repetere sekvenser for å fange opp det som ble sagt og dermed sikre ordrett transkribering, for deretter å skrive om til bokmål. Det kunne ha vært hensiktsmessig om to personer hadde transkribert lydopptakene. Bakgrunnen for dette er at det kan være individuelle forskjeller i hvordan personer fortolker diskusjonene, og dermed hvordan transkribering utføres. To transkripsjoner av samme fokusgruppeintervju kan dermed ha ulikheter. Den interne gyldigheten kunne ha vært styrket ved at to forskere hadde sammenlignet fortolkningene, sett etter uoverensstemmelser og diskutert disse.

Argumentet for å anvende systematisk tekstkondensering (STC) som analysestrategi er at metoden gir en passende innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres på en overkommelig og systematisk måte, også for nybegynnere (Malterud, 2017). I motsetning til mange andre analysemetoder hvor det gjerne startes med å gå bredt ut, vil STC som fremgangsmåte innledningsvis konsentrere oppmerksomheten om relativt få temaer og kodegrupper. Dette i kombinasjon med å bruke NVivo bidro til å få økt oversikt over materialet. I NVivo ble de meningsbærende enhetene markert og sortert i respektive kategorier og deretter lagt i subkategorier. I tillegg førte jeg prosjektlogg med notater vedrørende valg som ble gjort underveis i analyseprosessen. Disse notatene gjorde det enklere å gå tilbake for å se på tolkninger som var utført tidligere, blant annet valg relatert til subkategorier. En slik iterativ prosess, der man stopper opp og går noen skritt tilbake, gjorde det mulig å få øyne på nye mønstre og dermed forfriske tolkningene (Malterud, 2017). Prosessen med å utforme kondensatene bidro til nærhet til det empiriske materialet.

4.4.2.2 Ekstern gyldighet

Ekstern gyldighet angår om studiens funn er overførbare til andre enn de som har deltatt i fokusgruppediskusjonene (Jacobsen, 2015), om funnene kan overføres til andre situasjoner og kontekster (Kvale *et al.*, 2015).

Etter gjennomføring av to fokusgruppediskusjoner og analyse av data fra disse, fremsto en form for *metning* med tanke på studiens problemstilling. Metning er noe som oppnås når et intervju ikke tilfører ny informasjon (Jacobsen, 2015). En slik påstand kan følgelig ikke sies med fullstendig sikkerhet, uten at det er gjennomført flere fokusgruppediskusjoner. Det som kan sies med sikkerhet er at begge fokusgruppediskusjonene bidro med erfaringer, opplevelser og fortellinger, og analyseprosessen viste at det kunne trekkes likheter, men også bredde mellom gruppene. I denne studien jobbet deltakerne ved samme intensivavdeling, og hadde erfaringer med faktorer som kan påvirke teamarbeidet i mottakssituasjoner, på godt og vondt. Utvalget av informanter syntes å være relevant for å svare på studiens problemstilling. Studien kunne ha vært styrket ved å rekruttere deltakere fra to forskjellige intensivavdelinger og sykehus. Det kan tenkes at funnene vil være gyldige i andre sammenhenger, men direkte overførbarhet kan ikke påstås (Jacobsen, 2015).

4.4.3 Forslag til fremtidige studier

Denne studien ses i intensivsykepleieres perspektiv. Den omhandler erfaringer og opplevelser intensivsykepleiere har med samarbeid ved mottak av kritisk syk pasient i en intensivavdeling. Fremtidige studier bør inkludere flere teammedlemmer, deriblant anestesileger og annet helsepersonell. Fokusgruppediskusjoner kan benyttes for å undersøke om de deler lignende eller andre perspektiver relatert til samarbeid. For å kontinuere utvikling av kunnskap på området er det viktig med tverrprofesjonell tilnærming med kompetanse både fra praksis og vitenskap om samarbeid og teamtrening (Husebø, Ballangrud og Dieckmann, 2021).

Ifølge Husebø og Ballangrud (2021) har det i flere år vært en helsepolitisk visjon om å skape pasientens helsetjeneste, der pasient og pårørende får en mer sentral rolle som likeverdige teammedlemmer (Husebø, Ballangrud og Dieckmann, 2021). Denne studien viser at det foreligger kunnskapshull om hvordan pasient og pårørende best mulig kan inkluderes i team ved overføring til en intensivavdeling. Fremtidige studier bør rette fokus på pasient og pårørendes involvering i behandlingsteamet. Hvilke opplevelser har de med mottakssituasjonen, og hvordan kan deres muligheter for samvalg styrkes i en akutt og krevende situasjon.

Det er nylig innført inkludering av intensivsykepleier i medisinsk mottaksteam i akuttmottaket på det aktuelle sykehuset. Fremtidige studier kan se på hvilke opplevelser og erfaringer intensivsykepleiere har med å delta i medisinsk mottaksteam, samt erfaringer med å følge pasienten helt fra personen kommer inn på sykehuset og eventuelt overføres til en intensivavdeling. Det er behov for mer forskning for å undersøke om denne funksjonen kan bidra til bedring av informasjonsflyt, dokumentasjon, og tydeligere oppfølgingsansvar. Forskning kan avdekke om en slik funksjon resulterer i bedring av samarbeid i pasientoverganger innad i helseorganisasjonen. Det er også behov for mer forskning vedrørende simuleringsbasert teamtrening, og hvordan flere team samhandler og koordinerer pasientbehandling på tvers av tjenestenivåene (Husebø, Ballangrud og Dieckmann, 2021).

5 Konklusjon

Hensikten med denne studien var å utforske hvilke erfaringer og opplevelser intensivsykepleiere har med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient i en intensivavdeling. Tre hovedkategorier ble identifisert: *flere faktorer kan påvirke teamets oversikt i en krevende situasjon, god kommunikasjon er helt essensielt for teamarbeidet, og inkludering og støtte har stor betydning for teamopplevelsen.*

Det var ønskelig å utforske elementer som bidrar til funksjonelle og effektive teamarbeid i en hektisk intensivhverdag, og faktorer som påvirker teamarbeidet negativt. Studien viste en rekke funn om hvordan intensivsykepleiere opplever samhandlingen innad i teamet ved mottak av kritisk syk pasient. Elementer som oppleves å kunne bidra til effektivt teamarbeid var blant annet tidlig planlegging og forberedelser, anerkjenning av kommunikasjonens kvalitet, tydelig teamledelse, pasientansvarlig sykepleier med delegeringsfunksjon, og timeout for deling av kritisk informasjon. Videre ble inkludering av teammedlemmer, derav pasient og pårørende, samt kollegastøtte trukket fram. Elementer som uklar rollefordeling, konflikter i teamet, manglende struktur, støy og uoversiktighet, ble beskrevet å kunne påvirke teamarbeidet negativt.

Studien identifiserte mulige forbedringsområder og intervensjoner som kan bidra til å styrke teamarbeidet. Tydelig rollefordeling i teamet anerkjennes, men samtidig blir rollene ofte varierende eller overlappende i mottakssituasjoner. Resultat avdekket derfor et behov for beskrivelse av rollene i teamet, slik at ansvarsområder til hvert teammedlem tydeliggjøres i mottakssituasjonen. Hvilken rolle har for eksempel pasientansvarlig sykepleier i situasjonen, og hva innebærer denne rollen? Pasientansvarlig sykepleier med delegeringsfunksjon var et nytt begrep. Intensivsykepleiere ønsker at ABCDE-prinsippene skal benyttes i økende grad for å strukturere og systematisere pasientmottaket på intensiv, og opplever at prinsippene øker kvaliteten på pasientmottaket og teamarbeidet.

Referanser

Agarwala, A. V. (2020) Handoffs of surgical patients, i O'Connor, M. F., Wahr, J. A. og Nussmeier, N. A. (red.) *UpToDate*. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/handoffs-of-surgical-patients#H1688324880> (Hentet: 23.09.21).

AHRQ (2017) *Teamwork Perceptions Questionnaire (T-TPQ)*. Tilgjengelig fra: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/reference/teampercept.html> (Hentet: 24.01.21).

AHRQ (2019a) *TeamSTEPPS 2.0 Course Management Guide*. Tilgjengelig fra: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/fundamentals/index.html> (Hentet: 24.01.21).

AHRQ (2019b) *TeamSTEPPS Fundamentals Course: Module 4. Leading Team*. Tilgjengelig fra: <https://www.ahrq.gov/teamstepps/instructor/fundamentals/module4/igleadership.html> (Hentet: 14.10.21).

Aiken, L. H. *et al.* (2012) Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States, *BMJ*, 344, s. e1717. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1717>

Alexandersen, I. *et al.* (2021) A qualitative study of long-term ICU patients' inner strength and willpower: Family and health professionals as a health-promoting resource, *J Clin Nurs*, 30(1-2), s. 161-173. <https://doi.org/10.1111/jocn.15532>

Alonso, A. og Dunleavy, D. M. (2012) Building Teamwork Skills in Healthcare: The Case for Communication and Coordination Competencies, i Salas, E. og Frush, K. (red.) *Improving Patient Safety Through Teamwork and Team Training*. Oxford University Press, s. 41-58.

Armenia, S. *et al.* (2018) The Role of High-Fidelity Team-Based Simulation in Acute Care Settings: A Systematic Review, *Surgery journal (New York, N.Y.)*, 4(3), s. e136-e151. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667315>

Baker, D. *et al.* (2006) *Medical Teamwork and Patient Safety: The Evidence-Based Relation*. Agency for Healthcare Research and Quality. Tilgjengelig fra: <http://archive.ahrq.gov/research/findings/final-reports/medteam/index.html> (Hentet: 24.01.21).

Ballangrud, R. *et al.* (2014a) Intensive care unit nurses' evaluation of simulation used for team training, *Nurs Crit Care*, 19(4), s. 175-184. <https://doi.org/10.1111/nicc.12031>

Ballangrud, R. *et al.* (2014b) Intensive care nurses' perceptions of simulation-based team training for building patient safety in intensive care: a descriptive qualitative study, *Intensive Crit Care Nurs*, 30(4), s. 179-187. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.03.002>

Ballangrud, R. og Husebø, S. E. (2021a) Intensiv, i Ballangrud, R. og Husebø, S. E. (red.) *Teamarbeid i helsetjenesten - Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 157-178.

Ballangrud, R. og Husebø, S. E. (2021b) Teoretiske modeller om teamarbeid og teamtrening, i Husebø, S. E. og Ballangrud, R. (red.) *Teamarbeid i helsetjenesten - Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 60-91.

Ballangrud, R. og Husebø, S. E. (2021c) Teamarbeid og teamtrening i et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv, i Ballangrud, R. og Husebø, S. E. (red.) *Teamarbeid i helsetjenesten - Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 40-59.

Ballangrud, R. et al. (2021) TeamSTEPPS® i Norge, i Ballangrud, R. og Husebø, S. E. (red.) *Teamarbeid i helsetjenesten - Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 258-306.

Brindley, P. G., Valiani, S. og Hicks, C. (2017) Teamwork in Acute Care Medicine, i Brindley, P. G. og Cardinal, P. (red.) *Optimizing Crisis Resource Management to Improve Patient Safety and Team Performance. A handbook for all acute care health professionals*. s. 57-69.

Bysheim, M., Lygren, H. M. og Reime, M. H. (2020) Sykepleieres og legers oppfattelse av teamarbeid i intensivavdelinger - en tverrsnittstudie., *Inspira Tidsskrift for anestesi og intensivsykepleiere*, 15(4), s. 6-15. Tilgjengelig fra: <https://inspiratidsskrift.no/index.php/inspira/article/view/3237>.

Dalen, M. (2011) *Intervju som forskningsmetode*. 2. Oslo: Universitetsforlaget.

Daly, J. et al. (2014) The importance of clinical leadership in the hospital setting, *Journal of Healthcare Leadership*, 6, s. 75-83. <https://doi.org/https://doi.org/10.2147/JHL.S46161>

Dietz, A. S. et al. (2014) A systematic review of teamwork in the intensive care unit: What do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies?, *Journal of Critical Care*, 29(6), s. 908-914. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.05.025>

Dietz, A. S. et al. (2017) Teamwork under Stress, i Salas, E., Rico, R. og Passmore, J. (red.) *The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Team Working and Collaborative Processes*. s. 297-315.

Engebretsen, S. (2020) Sykepleie til pasienter i akuttmottak, i Stubberud, D.-G. og Gulbrandsen, T. (red.) *Intensivsykepleie*. 4 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 491-506.

Epstein, R. M. og Gramling, R. E. (2013) What Is Shared in Shared Decision Making? Complex Decisions When the Evidence Is Unclear, *Medical Care Research and Review*, 70(1_suppl), s. 94S-112S. <https://doi.org/10.1177/1077558712459216>

Flin, R., O' Connor, P. og Crichton, M. (2008) *Safety at the sharp end: A guide to non-technical skills*. Hampshire England: Ashgate Publishing Company.

Frankel, A. et al. (2017) A framework for safe, reliable, and effective care. Tilgjengelig fra: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Framework-Safe-Reliable-Effective-Care.aspx>.

Gaba, D. M. (2010) Crisis resource management and teamwork training in anaesthesia, *Br J Anaesth*, 105(1), s. 3-6. <https://doi.org/10.1093/bja/aeq124>

- Gregory, M. E. *et al.* (2021) Toward the Development of the Perfect Medical Team: Critical Components for Adaptation, *Journal of Patient Safety*, 17(2), s. 47-70. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000598>
- Haerkens, M. H., Jenkins, D. H. og van der Hoeven, J. G. (2012) Crew resource management in the ICU: the need for culture change, *Annals of intensive care*, 2(1), s. 39-39. <https://doi.org/10.1186/2110-5820-2-39>
- Halkier, B. og Gjerpe, K. (2010) *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Halkier, B. (2020) Fokusgrupper, i Brinkmann, S. og Tanggaard, L. (red.) *Kvalitative metoder - en grundbog*. Hans Reitzels Forla.
- Haugdahl, H., Alexandersen, I. og Haugan, G. (2021) Family-Centered Long-Term Intensive Care – A tentative health promoting theory, i Haugan, G. og Eriksson, M. (red.) *Health promotion in Health Care - Vital Salutogenic Theories and Research*. 1. Switzerland: Springer, Cham, s. 245-268.
- Haugdahl, H. S. *et al.* (2018) From breaking point to breakthrough during the ICU stay: A qualitative study of family members' experiences of long-term intensive care patients' pathways towards survival, *J Clin Nurs*, 27(19-20), s. 3630-3640. <https://doi.org/10.1111/jocn.14523>
- Helse Vest RHF (2019) *Resultatrapport forbedring - Nasjonal rapport frå undersøkinga i 2019*. Tilgjengelig fra: <https://www.helse-sorost.no/seksjon/nyheter/Documents/Nasjonal%20ForBedring%202019.pdf> (Hentet: 05.04.21).
- Helsedirektoratet (2015) *Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer> (Hentet: 19.10.21).
- Helsedirektoratet (2018) *Årsrapport 2017 Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten* Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/meldeordningene-arsrapporter/%C3%85rsrapport%202017%20Meldeordningene.pdf> (Hentet: 06.09.21).
- Helsedirektoratet (2019) *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf> (Hentet: 31.12.20).
- Helsedirektoratet (2020) *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand> (Hentet: 27.09.21).
- Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell LOV-1999-07-02-64*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64> (Hentet: 19.10.21).
- Howard, S. *et al.* (1992) Howard SK, Gaba DM, Fish KJ, Yang G, Sarnquist FH: Anesthesia crisis resource management training: Teaching anesthesiologists to handle critical incidents. *Aviat Space Environ Med* 63: 763-70, *Aviation, space, and environmental medicine*, 63, s. 763-770.

Husebø, S. E. og Ballangrud, R. (2021) Hva menes med teamarbeid?, i Husebø, S. E. og Ballangrud, R. (red.) *Teamarbeid i helsetjenesten - Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 23 - 59.

Husebø, S. E., Ballangrud, R. og Dieckmann, P. (2021) Hva mangler det av forskning på teamarbeid i helsetjenesten?, i Husebø, S. E. og Ballangrud, R. (red.) *Teamarbeid i helsetjenesten - Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 92-100.

Husebø, S. E. et al. (2021) Klinisk ledelse i team, i Husebø, S. E. og Ballangrud, R. (red.) *Teamarbeid i helsetjenesten - fra et kvalitets og pasientsikkerhetsperspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 283 - 306.

Jacobsen, D. I. (2015) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3 utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Kendall-Gallagher, D. et al. (2017) A nursing perspective of interprofessional work in critical care: Findings from a secondary analysis, *J Crit Care*, 38, s. 20-26.
<https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.10.007>

King, H. B. et al. (2008) Advances in Patient Safety TeamSTEPPS® Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety, i Henriksen, K., et al. (red.) *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).

Kvale, S. et al. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.

Larsen, T. et al. (2018) Training residents to lead emergency teams: A qualitative review of barriers, challenges and learning goals, *Heliyon*, 4(12), s. e01037.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2018.e01037>

Linnarsson, J. R., Bubini, J. og Perseus, K. I. (2010) A meta-synthesis of qualitative research into needs and experiences of significant others to critically ill or injured patients, *J Clin Nurs*, 19(21-22), s. 3102-3111. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03244.x>

Low, X. M., Horrigan, D. og Brewster, D. J. (2018) The effects of team-training in intensive care medicine: A narrative review, *Journal of Critical Care*, 48, s. 283-289.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.09.015>

Malterud, K. (2012a) Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis, *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), s. 795-805.
<https://doi.org/10.1177/1403494812465030>

Malterud, K. (2012b) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Manser, T. (2009) Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature, *Acta Anaesthesiol Scand*, 53(2), s. 143-151.
<https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.2008.01717.x>

- Manthous, C., Nembhard, I. M. og Hollingshead, A. B. (2011) Building effective critical care teams, *Critical care (London, England)*, 15(4), s. 307-307. <https://doi.org/10.1186/cc10255>
- Marshall, A. P. *et al.* (2019) Handover from operating theatre to the intensive care unit: A quality improvement study, *Aust Crit Care*, 32(3), s. 229-236. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.03.009>
- McElroy, L. M. *et al.* (2015) Clinician perceptions of operating room to intensive care unit handoffs and implications for patient safety: a qualitative study, *Am J Surg*, 210(4), s. 629-635. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.05.008>
- McFetridge, B. *et al.* (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), s. 261-269.
- Meld. St. 7 (2019–2020) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/> (Hentet: 14.11.21).
- Michalsen, A. *et al.* (2019) Interprofessional Shared Decision-Making in the ICU: A Systematic Review and Recommendations From an Expert Panel, *Crit Care Med*, 47(9), s. 1258-1266. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000003870>
- Mol, M. *et al.* (2015) The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review, *PloS one*, 10, s. e0136955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>
- NEM (2010) *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/globalassets/dokumenter/4-publikasjoner-som-pdf/kvalitative-forskningsprosjekt-i-medisin-og-helsefag-2010.pdf> (Hentet: 01.03.21).
- Nembhard, I. og Edmondson, A. (2006) Making It Safe: The Effects of Leader Inclusiveness and Professional Status on Psychological Safety and Improvement Efforts in Health Care Teams, *Journal of Organizational Behavior*, 27, s. 941-966. <https://doi.org/10.1002/job.413>
- NOU 2015: 11 (2015) *Med åpne kort — Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NSFLIS (2017) *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20191610165859/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%20september2017.pdf> (Hentet: 24.01.21).
- Nylenna, M. (2015) Om samvalg og andre sam-ord, *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 135(149). <https://doi.org/doi:10.4045/tidsskr.14.1230>
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter LOV-1999-07-02-63*. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 19.10.21).
- Piquette, D., Reeves, S. og LeBlanc, V. R. (2009) Stressful intensive care unit medical crises: How individual responses impact on team performance*, *Critical Care Medicine*, 37(4), s. 1251-1255. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819c1496>

Rall, M. *et al.* (2014) Human Performance and Patient Safety, i Miller, R. D., *et al.* (red.) *Miller's Anesthesia Eight Edition*. Elsevier Health Sciences.

Randmaa, M. *et al.* (2017) The postoperative handover: a focus group interview study with nurse anaesthetists, anaesthesiologists and PACU nurses, *BMJ open*, 7(8), s. e015038.

Reader, T. W. *et al.* (2009) Developing a team performance framework for the intensive care unit*, *Critical Care Medicine*, 37(5). Tilgjengelig fra: https://journals.lww.com/ccmjournal/Fulltext/2009/05000/Developing_a_team_performance_framework_for_the.35.aspx.

Reine, E. *et al.* (2019) Postoperative patient handovers—Variability in perceptions of quality: A qualitative focus group study, *Journal of clinical nursing*, 28(3-4), s. 663-676.

Salas, E. *et al.* (1992) Toward an Understanding of Team Performance and Training, i Swezey, R. W. og Salas, E. (red.) *Teams: Their Training and Performance*. Norwood: Ablex, s. 3-29.

Salas, E., Sims, D. E. og Burke, C. S. (2005) Is there a "big five" in teamwork?, *Small group research*, 36(5), s. 555-599. <https://doi.org/doi.org/10.1177/1046496405277134>

Scott, P., Thomson, P. og Shepherd, A. (2019) Families of patients in ICU: A Scoping review of their needs and satisfaction with care, *Nursing open*, 6(3), s. 698-712.

St.Pierre, M., Hofinger, G. og Simon, R. (2016) *Crisis Management in Acute Care Settings*. 3. Springer, Cham.

Stanley, D. og Stanley, K. (2018) Clinical leadership and nursing explored: A literature search, *J Clin Nurs*, 27(9-10), s. 1730-1743. <https://doi.org/10.1111/jocn.14145>

Stiggelbout, A. M., Pieterse, A. H. og De Haes, J. C. (2015) Shared decision making: Concepts, evidence, and practice, *Patient Educ Couns*, 98(10), s. 1172-1179. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.06.022>

Stubberud, D.-G. (2020a) Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted, i Stubberud, D.-G. og Gulbrandsen, T. (red.) *Intensivsykepleie*. 4 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 27-39.

Stubberud, D.-G. (2020b) Intensivsykepleierens funksjon og ansvar, i Stubberud, D.-G. og Gulbrandsen, T. (red.) *Intensivsykepleie*. 4 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Stubberud, D.-G. (2020c) Omsorg for pårørende, i Stubberud, D.-G. og Gulbrandsen, T. (red.) *Intensivsykepleie*. 4 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 117-135.

Stubberud, D.-G. (2020d) Å ivareta pasientens psykososiale behov, i Stubberud, D.-G. og Gulbrandsen, T. (red.) *Intensivsykepleie*. 4 utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk, s. 79-116.

Søreide, E. *et al.* (2014) *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-anestesiologisk-forening/dokumenter/retningslinjer-for-intensivvirksomhet-i-norge/> (Hentet: 10.09.21).

Thim, T. *et al.* (2012) Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach, *International journal of general medicine*, 5, s. 117-121. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>

Vretare, L. L. og Anderzen-Carlsson, A. (2020) The critical care nurse's perception of handover: A phenomenographic study, *Intensive and Critical Care Nursing*, 58, s. 102807.

Weaver, S. J. et al. (2012) The theoretical drivers and models of team performance and effectiveness for patient safety, i Frush, K. og Salas, E. (red.) *Improving patient safety through teamwork and team training*. New York: Oxford University Press, s. 3- 26.

WHO (2012) *Course: To Err is Human Topic: Being an effective team player*. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/patientsafety/education/curriculum/course4_handout.pdf (Hentet: 12.09.21).

WHO (2013) *Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks*. Tilgjengelig fra: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/185779/e96814.pdf (Hentet: 18.10.21).

Wong, P. et al. (2020) Families' perspectives of participation in patient care in an adult intensive care unit: A qualitative study, *Aust Crit Care*, 33(4), s. 317-325. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2019.06.002>

Wubben, N. et al. (2021) Shared decision-making in the ICU from the perspective of physicians, nurses and patients: a qualitative interview study, *BMJ open*, 11(8), s. e050134. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050134>

Xyrichis, A. og Ream, E. (2008) Teamwork: a concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), s. 232-241. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x>

Zakrisson, T. L. et al. (2016) Lost information during the handover of critically injured trauma patients: a mixed-methods study, *BMJ Qual Saf*, 25(12), s. 929-936. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003903>

Østergaard, D., Dieckmann, P. og Lippert, A. (2011) Simulation and CRM, *Best Pract Res Clin Anaesthesiol*, 25(2), s. 239-249. <https://doi.org/10.1016/j.bpa.2011.02.003>

Vedlegg 1

Intervjuguide

Kan dere fortelle om en konkret mottakssituasjon av kritisk syk pasient på intensivavdelingen. Det kan for eksempel være mottak av pasient med respirasjonssvikt, en dårlig postoperativ pasient, pasient med septisk sjokk, et traumemottak, barnemottak, eventuelt andre. En mottakssituasjon på intensivrommet som gjorde inntrykk. Et mottak der dere følte at teamarbeidet fungerte bra eller ikke fungerte.»

Hvilke assosiasjoner får dere når dere hører ordet teamarbeid og hva innebærer det for dere å være medlem i et team?

Gjensidig støtte

Kan dere fortelle om en mottakssituasjon der dere opplevde at teammedlemmer bidro til et godt samarbeid? Hva var vesentlig for at teamarbeidet fungerte så bra som det gjorde?

- Assistanse og støtte fra kollegaer i krevende situasjoner.
- Varsling av mulige farlige situasjoner.
- Tilbakemeldinger, tilrettelegging og arbeidsmiljø.
- Konflikter og konfliktløsning.
- Kultur.

Oversikt i situasjonen (Situasjonsoversikt)

Hvilke strategier (ikke-tekniske ferdigheter) bruker dere for å tilegne dere et best mulig oversiktsbilde i mottakssituasjonen av kritisk syk pasient?

- Momenter som kan bidra til at situasjonen blir oversiktlig eller uoversiktlig.
- Effektivt teamarbeid, forutse hverandres handlinger, korrigere hverandre.
- Støy og forstyrrelser under en pasientoverføring.

Lederskap

Hva anser dere som en ansvarlig og god leder i teamet? Og kan dere fortelle om opplevelser der teamarbeidet ble styrket på grunn av lederens teamkompetanse i mottakssituasjonen?

- Leder; entydig eller ikke.
- Avklarte roller og ansvar.
- Struktur og klare målsetninger.
- Inkludering av teammedlemmer og deres individuelle styrker i samarbeidet.

Kommunikasjon

Kan dere fortelle om situasjoner der dere opplevde at kommunikasjonen i teamet fungerte bra/ikke bra?

- Kommunikasjonsferdigheter i forbindelse med pasientoverføringer.
- Bruk av implementerte kommunikasjonsverktøy (ISBAR).
 - Om ikke, hvordan sikrer du deg at du har fått nødvendig informasjon om pasienten?
- Inkludering av pasient og pårørende.
- Fagspråk og terminologi.
- Bruk av Closed-loop.

Oppsummering

Vedlegg 2 Vedtak fra NSD

Melding

17.03.2021 10:54

Behandlingen av personopplysninger er vurdert av NSD. Vurderingen er:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 17.03.2021. Behandlingen kan starte når tillatelse fra DAC (Data Access Committee) ved Helse Nord-Trøndelag foreligger.

TAUSHETSPLIKT

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Student og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om studenten avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» øverst til venstre i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Dersom invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.12.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 3 Vedtak fra DAC



Professor Gørill Haugan
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår ref.:
2021/1312 - 9203/2021

Deres ref.:

Saksbehandler:
Bente Rømo Sjøreng

Dato:
23.03.2021

Svar på søknad om godkjenning av forskningsprosjekt

Prosjekt:

Pasientoverføring til intensiv - intensivsykepleieres erfaring med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient

Prosjektleder:

Gørill Haugan, professor, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU (hovedveileder)

Forskningsansvarlig:

NTNU

Dataansvarlig/Behandlingsansvarlig:

NTNU v/Gørill Haugan

Forskningsgruppe lokalt/regionalt:

Jørgen Kaspersen, intensivsykepleier, Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) (mastergradsstudent)
Hege Selnes Haugdahl, intensivsykepleier, phd, Forskningsavdelingen, HNT (assisterende moderator ved fokusgruppeintervju)

Prosjektets formål og bakgrunn:

Overføring av pasienter innad i virksomheten skjer daglig, det være seg «øyeblikkelig-hjelp-pasienter» som overføres fra akuttmottaket til andre avdelinger, pasienter som overføres på grunn av planlagt eller akutt kirurgi, samt nødvendig flytting mellom behandlingsnivå på grunn av forverring av pasientens tilstand eller andre årsaker. Slike overføringer innad i sykehuset og mellom tjenestenivåer kan være et sårbart punkt i pasientforløpet og utgjøre en utfordring for pasientsikkerheten. Svikt i informasjonsflyt, manglende kommunikasjon, manglende dokumentasjon og uklart oppfølgingsansvar er velkjente risikofaktorer. Ett av satsingsområdene som er beskrevet i nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og

Postadresse:
Helse Nord-Trøndelag HF
Postboks 333
N-7601 Levanger

Elektronisk adresse:
postmottak@hnt.no
www.hnt.no

Besøksadresser:
Levanger: Kirkegata 2
Namsos: Havikvegen 8

Generell informasjon:
Sentralbord Levanger: 74 09 80 00
Sentralbord Namsos: 74 21 54 00
Org nr. 983 974 791

kvalitetsforbedring omhandler å legge til rette for gode teamarbeidsklima, da dette beskrives som en viktig faktor for pasientsikkerheten.

Hensikten med studien er å utforske hvilke erfaringer og opplevelser intensivsykepleiere har med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient til en intensivavdeling. Studien skal utforske hvordan intensivsykepleiere opplever samhandlingen innad i teamet. Det er ønskelig å utforske hva som kan bidra til et godt og effektivt teamarbeid i en hektisk intensivhverdag og eventuelt hva som påvirker samarbeidet negativt. Videre er studiens hensikt å identifisere oppfatninger hos deltakerne om mulige tiltak som kan styrke teamarbeidet.

Foreligger tilfredsstillende prosjektbeskrivelse/protokoll?

Ja

Datamateriale og datahåndtering:

Det planlegges to til tre fokusgruppeintervjuer med deltakere rekruttert fra intensivavdelingen ved Sykehuset Levanger. Det er ønskelig med 5-8 intensivsykepleiere i hver fokusgruppe, totalt ca. 15 deltakere. Under fokusgruppeintervjuene vil det bli benyttet en lydopptaker. Det vil også bli tatt notater underveis. Lydopptakene og alle dokumenter vil bli lagret innelåst på en kryptert USB-pinne. Det skal opprettes en koblingsnøkkel slik at ingen av de inkluderte deltakerne kan identifiseres i dokumentene. Søknad er vurdert av NSD (jf. saksnummer 748936).

Etikk og personvern:

Studien er samtykkebasert. Informasjon og samtykkeskriv er vedlagt.

Kostnader/finansiering:

Det er oppgitt at ingen finansiering er nødvendig.

Prosjektperiode:

01.05.2021 - 07.12.2021

Publikasjoner:

Den endelige masteroppgaven kan bli publisert på NTNU sine sider. Det er ikke planer om å publisere oppgaven i vitenskapelig tidsskrift.

Vurdering:

Forskningsansvarlig instans i HNT (DAC) har vurdert søknaden i henhold til personvernforordningen, relevant særlovgivning og HNTs egne retningslinjer/strategier for bruk av pasientdata til forskningsformål.

DAC behandlet søknaden *Pasientoverføring til intensiv - intensivsykepleieres erfaring med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient* i møte den 18.mars 2021. Prosjektet er samtykkebasert og det skal gjennomføres fokusgruppeintervjuer med intensivsykepleiere.

Behandlingsgrunnlag:

Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig og prosjektleder et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av personopplysninger har et lovlig grunnlag. Behandlingsansvarlig institusjon (NTNU) viser til behandlingsgrunnlag etter personvernforordningens artikkel 6 nr. 1 bokstav a, og den registrertes samtykke. Det behandles ikke særlige kategorier av personopplysninger.

I forbindelse med koronaepidemien vil DAC særlig understreke at det er ledelsen ved Intensivavdelingen som vurderer om det er ressurser i avdelingen til å gjennomføre fokusgruppeintervju.

Vilkår:

- DAC forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med den dokumentasjon som ligger til grunn for godkjenning i HNT og NSD - og med de vilkår som er gitt. Innsamlet data skal kun brukes slik det er beskrevet i formålet til det omsøkte prosjektet.
- DAC forutsetter at prosjektet behandler opplysninger i henhold til gjeldende lovverk. Dette innebærer at behandlingsansvarlig institusjon (NTNU) sørger for tilstrekkelig informasjonssikkerhet.
- Opplysningene som innhentes skal være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for formålene de behandles for («dataminimering»). Dette innebærer at kun opplysninger som er nødvendige for å svare på problemstillingen, skal registreres.
- Ved eventuell fremtidig gjenbruk av data som er innsamlet i HNT, eller ved større endringer i prosjektet skal dette meldes til DAC.
- Lydfiler på opptakeren skal slettes når lydfilen er overført til sikkert lagringsområde.
- Sluttdato for prosjektet er satt til 07.12.2021, men opplysninger skal lagres i fem år etter prosjektslutt. DAC forutsetter at opplysninger slettes eller anonymiseres innen 07.12.2026 og kommer til å be om bekreftelse på dette.

Vedtak

Prosjektet godkjennes med de vilkår som er gitt.

For søknader der det etterspørres ytterligere dokumentasjon, ber vi om at denne ettersendes postmottak@hnt.no så snart det foreligger. E-posten skal merkes med saksnummer 2021_1312.

Kreditering av HNT ved publisering:

Forskningsansvarlig viser til vedlagte retningslinjer for kreditering og acknowledgements ved publisering av artikler som utgår fra eller benytter data innsamlet i HNT. Den korrekte engelske benevnelsen på HNT er Nord-Trøndelag Hospital Trust

For ytterligere opplysninger ta kontakt med Kristine Hole (kristine.hole@hnt.no).

Behandlet i DAC, 18.mars 2021

Med vennlig hilsen

Bodil Landstad, professor
Forskningsjef i HNT

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevet signatur

Intern kopi:

Annamaria Forsmark
Hallvard Græsleie

Klinikkleder m/stab
Klinikk for kirurgi Namsos

Vedlegg 4

Vil du delta i forskningsprosjektet Pasientoverføring til intensiv

Intensivsykepleieres erfaringer med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvilke erfaringer og opplevelser intensivsykepleiere har med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient til intensivavdelingen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med dette mastergradsprosjektet er å utforske hvilke erfaringer og opplevelser intensivsykepleiere har med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient til en intensivavdeling. Studien skal utforske hvordan intensivsykepleiere opplever samhandlingen innad i teamet, og om de er oppmerksomme på egne ikke-tekniske ferdigheter i samarbeid med andre teammedlemmer. Det er ønskelig å utforske hva som kan bidra til gode og effektive teamarbeid i en hektisk intensivhverdag og eventuelt hva som påvirker samarbeidet negativt. Videre er studiens hensikt å identifisere oppfatninger hos deltakerne om mulige intervensjoner som kan styrke teamarbeidet. Studiens problemstilling er som følger: «Hvilke opplevelser og erfaringer knyttet til teamarbeid har intensivsykepleiere ved mottak av kritisk syk pasient til en intensivavdeling?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges Teknisk-Naturfaglige universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ved hjelp av din nærmeste leder har du blitt utvalgt til å motta invitasjon til denne studien, da du møter inklusjonskriteriene for å delta i prosjektet. Det tas sikte på å gjennomføre to til tre fokusgruppeintervjuer med totalt 15 deltakere. Inklusjonskriterier: intensivsykepleiere med fast tilsetning ved en intensivavdeling, alle stillingsstørrelser. Mer enn ett års arbeidserfaring etter videreutdanning i intensivsykepleie. Eksklusjonskriterier: sykepleiere uten videreutdanning i intensivsykepleie og intensivstudenter.

Dine kontaktopplysninger er gitt til oss av din nærmeste leder.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du deltar på et fokusgruppeintervju med omtrent fire til seks deltakere. Intervjuet anslås til å vare i 60-120 minutter. Lyden fra intervjuet vil bli tatt opp med en lydopptaker og det vil også bli tatt notater underveis. Til stede vil det være en prosjektmedarbeider og en assisterende moderator. Du vil bli spurt om å dele dine erfaringer og opplevelser knyttet til teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient til intensivavdelingen. De opplysningene vi registrerer om deg vil være demografiske data som kjønn, arbeidssted og ansiennitet.

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. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

- Det er kun mastergradsstudent Jørgen Kaspersen, prosjektansvarlig Gørill Haugan og forskningsrådgiver Hege S. Haugdahl som vil ha tilgang til opplysninger om deg.
- Alle opplysninger som du deler vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Navnet og kontaktopplysningene dine vil erstattes med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Fysiske data vil oppbevares innlåst, mens elektroniske data vil bli lagret kryptert.

Ved en eventuell publikasjon vil det kunne bli aktuelt å inkludere de demografiske data som er innhentet, men ikke på en slik måte at du vil kunne kjennes igjen.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er den 01.12.21.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Masterstudent Jørgen Kaspersen. Tlf: 974 29 245. Epost: jorgekas@stud.ntnu-no
- NTNU ved prosjektansvarlig Gørill Haugan. Epost: gorill.haugan@ntnu.no

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Gørill Haugan

Masterstudent
Jørgen Kaspersen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*Pasientoverføring til intensiv - Intensivsykepleieres erfaringer med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient*», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju
- at det tas lydopptak under intervjuet

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

