



UiT Norges arktiske universitet

Det Helsevitenskaplige Fakultet

Intensivsykepleieres erfaringer med samarbeid med intensivlege under visitt på intensivavdeling

-En kvalitativ intervju-studie inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering

Mia Kile

Masteroppgave i sykepleie SYP-3902-1 22V [Mai 2022]

Ordtelling: 16 500

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	1
1.2	Redegjørelse for min egen forforståelse.....	2
1.3	Problemstilling.....	3
1.3.1	Avgrensning av problemstilling og begrepsavklaring .....	3
1.3.2	Visitt.....	3
1.3.3	Intensivsykepleiere.....	4
1.3.4	Intensivleger .....	4
1.3.5	Samarbeid.....	4
2	Sykepleiefaglig forankring.....	5
2.1	Pasientsikkerhet .....	5
2.2	Jurisdiksjon.....	5
2.3	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere .....	5
2.4	Kunnskapsbasert praksis på intensivavdelinger .....	6
3	Teoretisk tilnærming .....	7
3.1	Kommunikasjon av kliniske vurderinger og forbedring av teamarbeid som presentert av Benner et al. (2011) .....	7
3.2	Mikael Lipskys bakkebyråkrat .....	9
4	Tidligere forskning .....	10
4.1	Søkeprosessen.....	10
4.2	Visitt og samarbeid.....	10
4.3	Roller og samarbeid.....	11
4.4	Samarbeid og endring.....	14
5	Metode.....	17
5.1	Kvalitativt semistrukturert intervju .....	17
5.2	Fremgangsmåte for å undersøke problemstillingen.....	18
5.3	Fremgangsmåte for innsamling av data.....	18

5.4	Framgangsmåte for analyse av data.....	19
5.5	Transkribering av intervju, koding, tekstkondensering og mening.....	19
6	Forskningsetiske refleksjoner.....	22
6.1	Validitet .....	22
6.2	Forforståelse .....	22
6.3	Valg av individuelle intervju som metode for innsamling av empiri.....	23
6.4	Utvalg av informanter.....	24
6.5	Personvern og intervjupersonenes opplevelse av egen rolle .....	24
6.5.1	Å forske på kollegaer .....	25
7	Funn fremkommet fra intervjuene.....	26
7.1	Visitten som møtepunkt.....	26
7.2	Struktur av visitt .....	27
7.3	Å arbeide sammen mot et felles mål .....	27
7.4	Intensivsykepleiere og leger har sammen ansvar for å sikre god pasientbehandling	29
7.5	Samarbeid om pasienten ivaretar pasientsikkerheten .....	33
8	Diskusjon.....	35
8.1	Visitten som møtepunkt mellom intensivsykepleier og intensivlege .....	35
8.2	Samarbeid sikrer pasientsikkerheten .....	35
8.3	Intensivsykepleiere som bakkebyråkrater .....	36
8.4	Intensivsykepleierens autonomi og moralsk påkjenning i samarbeid med intensivlegen under visitt .....	37
8.5	Kvalitetssikring gjennom bruk av standardiserte verktøy under visitt .....	38
8.6	Roller og rollefordeling under visitt .....	39
8.7	Organisasjonskulturelle faktorer som påvirker samarbeid under visitt .....	41
8.8	Den selvstendige intensivsykepleieren under visitt.....	41
9	Avsluttende refleksjoner .....	44
10	Referanseliste .....	47
	Vedlegg .....	50
	Vedlegg 1: Søknad om tilgang til forskningsfelt .....	50

Vedlegg 2: Informasjonsskriv .....	52
Vedlegg 3: Intervjuguide.....	57

## **Forord**

Å skrive en masteroppgave har vært en prosess med både opp og nedturer. Å arbeide samtidig som man skriver masteroppgave har vært en utfordring. Jeg er imidlertid takknemlig for muligheten til å skrive en masteroppgave og takknemlig for å ha en arbeidsgiver, som på tross av ferdig spesialisering som intensivsykepleier, har tilrettelagt så godt det har latt seg gjøre under omstendighetene. Jeg gleder meg nå til å få lov til å være helt og fullt til stede i mitt arbeid som intensivsykepleier.

Først og fremst ønsker jeg å takke min veileder, Kjersti Sunde Mæhre, som har vært både generøs og tilgjengelig for meg gjennom hele prosessen. Jeg har satt utrolig stor pris på dine tilbakemeldinger og samtaler både om og rundt min oppgave. Og ditt engasjement som, til tider, har overgått mitt eget. Jeg ville ikke klart dette uten deg.

Jeg ønsker også å takke intensivsykepleierne i intervjuene. Takk for at dere tok dere tid til å delta, så vel som å dele av deres erfaringer av samarbeid med intensivleger under visitt med meg.

En sterk støttespiller for meg som har løftet meg og hjulpet meg er Kine Wiik. Jeg vil også takke mine «kullinger» Johanne Rydså Fallmyr og Håkon Ørsrud som har hjulpet meg med å finne igjen perspektivet, når det unnslopp meg. Jeg hadde heller ikke klart dette uten dere.

Til sist vil jeg takke min kjæreste og familie som har utvist stor forståelse og vært overbærende med meg og støttet meg gjennom denne prosessen.

Mia Kile

Tromsø, 03.05.22

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Visitten i en intensivavdeling er et viktig formelt møte mellom intensivleger, intensivsykepleier og andre profesjoner involvert i pasientbehandlingen. Intensivsykepleieren og intensivlegene er, i det daglige, hovedaktører i dette møtet. Samarbeid er nødvendig, men organiseringen av visitten og nødvendigheten av visitten, kan erfares ulikt av intensivsykepleiere og intensivleger. Intensivsykepleierne ønsker å være delaktige i visitten, da de opplever at dette bedrer pasientbehandlingen. Å samarbeide med anestesilegene under legevisitt er dermed vesentlig. Det å kunne synliggjøre intensivsykepleiernes erfaringer med visitten vil kunne synliggjøre faktorer som påvirker et slikt samarbeid.

**Problemstilling:** *Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere på en intensivavdeling med samarbeid med intensivleger under visitt på intensivavdelinger?*

**Metode:** Prosjektet er en kvalitativ studie inspirert av Gadammers hermeneutikk. Utført på en intensivavdeling i Nord-Norge, hvor semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål ble benyttet. Malteruds systematiske tekstkondensering (STC) ble benyttet i analysene av intervjuutsagnene.

**Resultat:** Studien viser at det er et forbedringspotensial for samarbeid mellom intensivsykepleier og intensivlege, både på et individuelt- og organisatorisk nivå. Strukturerte verktøy for visitten later ikke til å oppfylle sin funksjon slik det praktiseres på denne intensivavdelingen. Rolleavklaring for bruk av slike verktøy bør forekomme. Standardiserte verktøy kan være brukbare for å sikre informasjonsutveksling og brukes til å sikre lik pasientbehandling ved å minimere individuelle forskjeller. Hierarkiske strukturer mellom intensivsykepleier og intensivlege synes å vanskeliggjøre et godt samarbeid. Tiltak som tverrfaglig simulering, felles undervisning og fagdager kan være vei å gå for å utjevne disse strukturerene. Intensivsykepleiere har en viktig funksjon i behandlingen av intensivpatienten selv om intensivlegene er behandlings ansvarlig. De står «bedside» og gjør sine observasjoner og er dermed viktige støttespillere for intensivlegene i pasientbehandlingen. Det å kunne delta på visitt erfares som nødvendig. Visitten slik den praktiseres i dag vanskeliggjøres også på grunn av organisatoriske rammer, og det å arbeide for å skape rom for visitt mellom ansvarlig intensivlege og pasientansvarlig intensivsykepleier er noe det må vies økt oppmerksomhet mot.

**Nøkkelord:** Intensivsykepleiere, anestesilege, samarbeid, visitt, hierarki, intensivavdeling, pasientsikkerhet moralsk påkjenning, autonomi, hierarki, Norge

## Summary

**Background:** Multidisciplinary ward rounds is an important formal meeting, between professions, to discuss and plan patient treatment. The intensive care nurse and the intensive care physicians are two of the main participants of this meeting, since they are the ones directly involved in the patient and treatment, on a daily basis. Collaboration can be challenging, and the quality of this collaboration is traditionally perceived differently by intensive care nurses and intensive care physicians. The intensive care nurse's participation in ward rounds improve patient outcomes, thus this collaboration is crucial. Therefore, it is useful to shed light on the intensive care nurses' experiences with the ward rounds to illuminate or uncover factors that affect this collaboration.

**Research question:** *What experiences do intensive care nurses have with cooperation during daily ward rounds with the ICU physician?*

**Method:** This project is a single centered study of qualitative design, inspired by Gadamer's hermeneutics. A semi-structured interview-guide with open ended questions was utilized. The collected empirical data was analyzed using a systematic text condensation (STC) approach inspired by Malterud (2017a).

**Result:** There is potential for improvement on collaboration between the intensive care nurse and the intensive care physician, at a personal and an organizational level. Structured tools for the ward rounds do not seem to fulfill their function in this specific intensive ward. Clear roles to ensure the execution of such tools needs to be appointed. These tools may minimize individual variables, thus securing equality of care. Hierarchical structures complicate and threaten cooperation. Measures such as simulation and joint education can even out hierarchical structures. Intensive care nurses' position in the treatment team is important and should be encouraged to participate in ward rounds. Even though the intensive care physician is responsible for patient treatment, intensive care nurses have an important role in this treatment. The ward round, as it is practiced in this ICU, does not seem to promote cooperation due to organizational frameworks, therefore efforts should be made to create space to allocate a proper ward round.

**Key words:** Intensive care nurses, anesthesiologist, collaboration, ward rounds, hierarchy, intensive care unit, patient safety, moral distress, autonomy, hierarchy, Norway

# 1 Innledning

Jeg vil i dette kapittelet presentere bakgrunn for valg av tema samt innlemme noe av tidligere forskning, som jeg senere vil gå mer i dybden i kapittelet «Tidligere forskning». Jeg vil presentere min problemstilling «*Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere av samarbeidet med intensivleger under visitt på intensivavdelinger?*», samt redegjøre kort for avgrensninger og begrepsavklaring, før jeg går videre til prosjektets relevans for intensivsykepleie.

Jeg vil benytte relevant teori knyttet opp mot problemstillingen som kan tenkes å belyse aspekter ved empirien. Jeg har vært inspirert av Malterud og vil kort redegjøre for Malteruds kvalitative metode (2014) og hvordan jeg gikk frem for innhenting av empiri til denne studien. Deretter presenteres funn fremkommet fra prosjektet, en analytisk tekst, basert på innhentet empiri, som etterfølges av en diskusjon der resultatene diskuteres opp mot tidligere forskning og teoriene jeg har valgt å benytte meg av, henholdsvis Lipskys bakkebyråkrati (Lipsky, 2010), og Benners et al. sin teori om samarbeid presentert i boken *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care* (Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard, 2011). Til slutt vil jeg presentere mine avsluttende betraktninger og refleksjoner rundt problemstillingen jeg har reist.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

På en intensivavdeling er det pasienter med kritiske og komplekse sykdommer; dette fordrer til tett oppfølging av mange profesjoner og tverrfaglig samarbeid (Søreide et al., 2014). I det daglige på intensivavdelingen er det hovedsakelig intensivlege og intensivsykepleier som er ansvarlig for intensivpasientene og pasientbehandlingen. For å best mulig kunne ivareta intensivpasienten, er godt samarbeid og kommunikasjon mellom disse to profesjonene nødvendig.

Intensivlegers behandlingsplan og avgjørelser om medisinske ordinasjoner har betydning for intensivsykepleierens arbeid og hvilken pasientbehandling den enkelte intensivpasient får. Intensivlegen skal ha det overordnede medisinske ansvar for pasienten, lede det multidisiplinære teamet; organisere og koordinere undersøkelser, intervensjoner og behandlinger i nært samarbeid med andre profesjonsgrupper involvert i pasientbehandlingen (Søreide et al., 2014). Å ha gode og informative møter er da viktig for at intensivpasientene skal få best mulig behandling.

Søreide et al. (2014) fremmer viktigheten av et multidisiplinært team, der visitten er nødvendig, for å sikre et godt samarbeid. I en revidert utgave av kvalitetsindikatorer for intensivdrift i

Side 1 av 58



Tyskland, nevnes visitten som en kvalitetsindikator for intensivvirksomhet hvor mulighetene for forbedring er reelle (Kumpf et al., 2017). For å oppnå best mulig pasientutfall er visitten et viktig møtepunkt, hvor ulike profesjoner som er involvert i pasientbehandlingen, møtes for å diskutere pasientens tilstand, behandling, behandlingsoalternativer og mål for behandling (Søreide et al., 2014). Disse målene for behandling må også dokumenteres og stadfestes (Stollings et al., 2020). Kvaliteten på dette tverrprofesjonelle samarbeidet har vist seg å ha en direkte innvirkning på pasientbehandling, pasientutfall, liggetid, økonomi og uønskede hendelser (Crawford, Omery, & Seago, 2012; Hartog & Benbenishty, 2015; House & Havens, 2017; Ma, Park, & Shang, 2018; Nair, Fitzpatrick, McNulty, Click, & Glembocki, 2012). Det fremkommer i oversiktsartiklene jeg har funnet at tverrprofesjonelt samarbeidet er utfordrende å få til. Kommunikasjon og samarbeid mellom sykepleiere og leger er suboptimalt, i og utenfor intensivfeltet (House & Havens, 2017; Lane, Ferri, Lemaire, McLaughlin, & Stelfox, 2013).

Det har vært gjort flere forsøk på å standardisere visitter på intensivavdelinger, og det er utarbeidet flere sjekklister og verktøy, for å bedre kommunikasjon under visitt. Flere artikler konkluderer med at standardisering bedrer samarbeid og kommunikasjon under visitt (Boydston, 2018; Brown, Saini, & Carter, 2020; John Eugenio Centofanti et al., 2014; Costa, Barg, Asch, & Kahn, 2014; Crawford et al., 2012; Ervin, Kahn, Cohen, & Weingart, 2018; O'Brien et al., 2018). Utfordringen med denne forskningen er at studiene er mange, noen av liten skala, benytter seg av ulike verktøy, og studiene ikke er standardiserte, dermed er ikke de mest effektive metodene like åpenbare (Boydston, 2018; Wang, Wan, Lin, Zhou, & Shang, 2018).

Det har ikke lyktes meg å finne en *gullstandard* eller *best practise* for visitt, ei heller, studier som, alene, belyser intensivsykepleieres erfaringer med samarbeid med intensivlege under visitt på intensivavdelinger. Med utgangspunkt i dette ønsker jeg i mitt prosjekt å se nærmere på hvilke erfaringer intensivsykepleierne har med samarbeid, for hvis mulig å kunne identifisere hvilke faktorer som påvirker samarbeidet med intensivlege under visitt.

## **1.2 Redegjørelse for min egen forforståelse**

Jeg har erfart, under min videreutdanning, betydningen av at intensivsykepleieren har god kjennskap til pasienten, til pasientens medisinske bakgrunn og nåværende sykdomstilstand for å få til et godt samarbeid og en god visitt. Det råder generelt en forventning til intensivsykepleierens kunnskap og kompetanse både om pasienten og pasientbehandlingen. Grunnet rammene rundt en visitt lar ikke disse forventningene seg alltid oppfylle. På grunn av

manglende struktur, blir hva det rapporteres om ulikt og mer subjektivt enn hva det strengt tatt behøvdde å være. Det å kunne samarbeide for gode pasientforløp opplever jeg som viktig, og visitt er en viktig arena for dette.

Min erfaring er at visitten ofte kan oppleves ustrukturert og utilfredsstillende, som igjen kan resultere i under- eller overrapportering til intensivlegen, en rekke ubesvarte spørsmål og en følelse av usikkerhet og tilkortkommenhet. Konsekvensene av dette kan tenkes å være et sprikende pasientforløp, der pasientbehandlingen i større grad styres av hvem som er behandlende intensivlege med ansvar for pasienten akkurat denne dagen.

### **1.3 Problemstilling**

På bakgrunn av dette vil problemstillingen for oppgaven være som følger;

*Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere på en intensivavdeling av samarbeid med intensivleger under visitt på intensivavdelinger?*

#### **1.3.1 Avgrensning av problemstilling og begrepsavklaring**

Jeg vil i det følgende avgrense de begrepene som fremkommer i problemstillingen samt avklare og presisere sentrale begrep i oppgaven.

#### **1.3.2 Visitt**

Det finnes mange møter med behandlende intensivlege i løpet av en dag; både uformelle og formelle. Ett av disse formelle møtene er daglig visitt, der intensivlege, intensivsykepleier og andre profesjoner involvert i pasientbehandlingen møtes for å diskutere pasientens nåværende tilstand, planlegge videre behandling og vurdere iverksatte tiltak (Søreide et al., 2014). Det er den daglige visitten jeg har valgt å fokusere på. I Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge (2014) fremkommer det at daglig, felles visittgang er en viktig del av intensivbehandlingen, og et flerfaglig team er viktig for å sikre optimal prosess og best mulig resultat (Søreide et al., 2014):

*«Intensivsykepleier og – lege utgjør et team med selvstendig ansvar for egne tiltak etter Helsepersonell-loven, men som sammen skal koordinere videre diagnostikk, behandling og pleie hos den enkelte pasient» (Søreide et al., 2014, p. 13).*

### **1.3.3 Intensivsykepleiere**

Det er både autoriserte sykepleiere og sykepleiere med spesialisering -intensivsykepleiere i en intensivavdeling. Jeg har valgt å kun forholde meg til de med spesialisering i intensivsykepleie, altså intensivsykepleiere. En intensivsykepleier er sykepleier med videreutdanning i intensivsykepleie (høyskole/universitet) som følger rammeplan for intensivsykepleie (Søreide et al., 2014).

### **1.3.4 Intensivleger**

På en intensivavdeling har man både leger i spesialisering (LIS) og anestesileger og intensivister. En intensivlege er en lege som har intensivheten som arbeidssted, med bred erfaring innen intensivmedisin.. Disse omtales i oppgaven som intensivleger(Søreide et al., 2014).

### **1.3.5 Samarbeid**

For samarbeid har jeg valgt å ta utgangspunkt i Orviks definisjon av samarbeid (Orvik, 2015). Både samhandling og samarbeid omhandler samarbeid på aktørnivå; prosesser og relasjoner i det kliniske arbeidet. Selv om begrepene har ulike betydning brukes de gjerne om hverandre. De har imidlertid samme formål; å sikre at helsetjenestene i sin helhet skal møte pasientens behov i sin helhet (Orvik, 2015).

Da oppgaven handler om samarbeid mellom intensivsykepleier og intensivlege vil «samarbeid» og «tverrfaglig samarbeid» være relevante begrep i oppgaven. Selv om tverrfaglig samarbeid gjerne inkluderer to eller flere profesjoner, har jeg valgt å fokusere på det tverrfaglige samarbeidet mellom intensivsykepleiere og intensivleger, fordi det er disse to som er hovedaktører under en visitt (Paradis, Leslie, & Gropper, 2016). Tverrfaglig samarbeid defineres som en strukturert arbeidsform, som forutsetter felles beslutningspunkter og dialog mellom personell fra ulike profesjoner, som sammen utreder behov, planlegger tiltak, gjennomfører tiltak og evaluerer disse. Dette for å sikre felles utgangspunkt, mål, forståelse av ressurser og behov (Helsedirektoratet, 2017).

## **2 Sykepleiefaglig forankring**

Min oppgave om samarbeid mellom intensivsykepleiere og intensivleger under i intensivavdelinger vil kunne gi et viktig tilskudd til kjent kunnskap som kan forankres både i pasientsikkerhet, juss, yrkesetikk og fremme kunnskapsbasert praksis av visitt.

### **2.1 Pasientsikkerhet**

I Nasjonal handlingsplan for og kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2018) fremkommer det at manglende informasjon og kommunikasjon er velkjente utfordringer for pasientsikkerhet for pasienter, brukere, pårørende og tjenestene selv. Tiltak som løftes frem for å forbedre å sikre pasientsikkerheten er å styrke teamarbeidsklima som forutsetter en kultur preget av åpenhet, hvor feil og uønskede hendelser anses som en kilde til læring og forbedring (Helsedirektoratet, 2018).

### **2.2 Jurisdiksjon**

Oppgaven vil være juridisk forankret i helsepersonelloven §§1 og 4 da den har som formål å bedre kvalitet på helsetjenester og vil kunne bidra til økt faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, videre i §4 presiseres viktigheten av samarbeid og samhandling av kvalifisert personell ("Helsepersonelloven ", 1999).

I lov om spesialisthelsetjenesten vil §§2-2 og 3-4 være aktuelle da studien kan bidra til økt forsvarlighet og helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Videre kan studien være et ledd i systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet ("Spesialisthelsetjenesteloven ", 1999) for å få til faglig forsvarlig og god helsehjelp.

Helse- og omsorgstjenesteloven §§1-1 pkt. 4 og 4-2. §1-1 pkt. 4 presiserer at man er lovpålagt å *sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tjenestetilbud* og §4-2 presiserer plikten til systematisk kvalitetsforbedring("Helse- og omsorgstjenesteloven ", 2011).

### **2.3 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere**

I Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vil punkt 1.1, 1.4, 4. og 5.2 understøtte oppgavens formål (NSF, 2019). I Funksjon- og ansvarsbeskrivelse fremkommer det at intensivsykepleieren har et selvstendig sykepleiefaglig ansvar og skal handle forsvarlig, samhandle om kvalitet og pasientsikkerhet gjennom pasientforløpene. Videre at

*intensivsykepleier initierer, samarbeider om, og tar ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning (NSFLIS, 2017).*

## **2.4 Kunnskapsbasert praksis på intensivavdelinger**

Over hele verden har sykepleiere opplevd en kulturendring (Polit & Beck, 2020). Det forventes i større grad at sykepleiere evner å utøve deres yrke evidensbasert. Sykepleiere skal forstå og kunne utføre forskning, som leder dem i utøvelse av yrket i praksis. De skal sikre at pasientene får behandling som er fagligoppdatert, og at det er kvalitet på behandlingen som tilbys. Dette vil innebære at sykepleiere evner å tilegne seg evidensbasert kunnskap, slik at de kan utøve en kunnskapsbasert praksis og yrkesutøvelse (Melnik & Fineout-Overholt, 2019). Kunnskapsbasert praksis baserer seg på bruk av metoder som forskning har vist å være best mulig, altså «best practice» på området, i tillegg til kliniske vurderinger, pasientens ønsker og omstendigheter. Hva som er «best practise» fremkommer vanligvis av forskning utført av sykepleiere, og annet helsepersonell. Kunnskapsbasert praksis vil kunne fremme kvaliteten på utøvelse av sykepleie (Polit & Beck, 2020).

### **3 Teoretisk tilnærming**

For å kunne belyse og forklare innsamlet empiri i prosjektet har jeg valgt å ta utgangspunkt i Benner et al. (2011) sin teori om *team building* slik den presenteres i boken *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care- a thinking in action approach*. En annen teori som jeg erfarer kan anvendes for å forklare aspekter ved min empiri er Mikael Lipsys bakkebyråkrati og bakkebyråkrater (Lipsky, 2010). Jeg vil presentere disse teoretikerne i dette kapittelet, da dette er teoretikere jeg vil benytte meg av i diskusjonsdelen.

#### **3.1 Kommunikasjon av kliniske vurderinger og forbedring av teamarbeid som presentert av Benner et al. (2011)**

Benner et al. (2011) vektlegger at en kunnskapsbasert klinisk praksis krever evnen til å kommunisere kliniske observasjoner som ofte kan være tvetydige, samt etiske og praktiske bekymringer den profesjonelle yrkesutøver har i møte med pasientene for at gode kliniske avgjørelser kan avstedkomme (Benner et al., 2011). Klinikere oppfordres mer og mer til å benytte seg av standardiserte verktøy for kommunikasjon. Sykepleierutdanningen inneholder lite undervisning i hvordan en kan presentere faglige problemstillinger til andre klinikere eller hvordan prioriteringer relatert til disse kan fremlegges (Benner et al., 2011). Erfaringer med ulike kliniske utfall og øvelse i å formulere sin kliniske forståelse er essensielt for utvikling av spesialisert klinisk vurdering for å kunne bruke disse vurderingene til effektive tiltak (Benner et al., 2011).

Ingen kliniker er feilfri, og god kommunikasjon og sammenfatning av klinisk kunnskap reduserer feil hevder Benner et al. (2011). Kommunikasjon preget av kliniskresonnement der man presenterer fakta som er logiske og overbevisende er best (Benner et al., 2011). Tidlig kommunikasjon av subtile endringer kan utløse behov for videre observasjon, presisering av problemet og problemløsning (Benner et al., 2011).

Benner et al. (2011) viser til at det som kommuniseres verbalt og det som dokumenteres i pasientens journal kan være ulikt. Klinikere kan argumentere for en gitt oppfatning av pasientens tilstand, men denne tolkningen bør igjen utfordres og utsettes for flere perspektiv. Slik bedres den kliniske vurderingen (Benner et al., 2011). Presentasjon av klinisk data krever evne til formidling, men også medisinskfagligkunnskap. For å kunne generere passende tiltak er det ikke tilstrekkelig å bare kjenne pasientens klinikk, man må også kunne videreformidle og bekrefte kunnskap hevder Benner et al. (2011). Er relasjoner preget av ulik status og

maktbalanse kan denne kommunikasjon på tvers av disipliner være utfordrende (Benner et al., 2011). Ifølge Benner et al. (2011) kan imidlertid kunnskapsutveksling ikke bare belage seg på makt da dette ville trukket legens kunnskap i tvil siden pasientens velbefinnende ville blitt utelatt (Benner et al., 2011).

Ved å vende tilbake til pasient og pårørende perspektivet hindrer man at diskusjoner utvikler seg til en ren maktkamp. Å trumfe igjennom med sine egne meninger på bekostning av nøyaktighet og troskap til pasientbehandling er uetisk og fører til tap av klinisk forståelse som truer pasientsikkerheten hevder Benner et al. (2011). Å snu behandlingdiskusjoner tilbake til hva som er best for pasienten og pårørende kan bidra til å bedre samtalen rundt behandling på alle nivåer (Benner et al., 2011). Åpen kommunikasjon og dialog er nødvendig for pasientsikkerheten. Når pasientsituasjonen er uoversiktlig og pasientsikkerheten er truet er det viktigere å redde pasientens liv enn å adlyde ordre eller å vedlikeholde de autoritære strukturene (Benner et al., 2011).

Det er viktig med lagbygging og samarbeid mellom intensivsykepleiere og intensivleger for å oppnå god klinisk problemløsning. Leger kan venne seg til at sykepleiere formidler kliniske problemstillinger på en måte, som er så snever og formet, at flere muligheter for tolkning frafaller (Benner et al., 2011).

Hierarki og status på sykehus kan true et godt pasientutfall (Benner et al., 2011, p. 394). Derfor er det forventet at medlemmer i et tverrfagligteam evner å kommunisere og innehar mellommenneskelige egenskaper som tyder på respekt for pasient, pårørende og teammedlemmer (Benner et al., 2011). Det forventes at medlemmene skal utvise følsomhet ovenfor ulikhet og bidra til et arbeidsmiljø som er preget av høflighet, god kommunikasjon, og samarbeid for å oppnå best mulig pasientutfall (Benner et al., 2011). For å kunne utvikle tilstrekkelig praktisk viten og felles rolleforståelse må det etableres felles forventninger til hverandre (Benner et al., 2011).

Hvis argumentet «til det beste for pasienten» styrer, så muliggjør denne solidariteten den nødvendige strukturen og gir mening til å skape og koordinere de ulike teammedlemmenes perspektiver, kunnskap og evner. Selv om det kan være uklart hva som er *til pasientens beste* kan ikke behandling fortsette uten dette prinsippet (Benner et al., 2011).

Benner et al. (2011) hevder videre at den ujevne maktbalansen mellom lege og pasient og pasientens sårbarhet skaper behovet for et tillitsforhold der legen er en tillitsperson. Dette

tillitsforholdet krever at lege må holdes opp mot den høyeste standard av oppførsel (Benner et al., 2011, p. 396).

### **3.2 Mikael Lipskys bakkebyråkrat**

Et bakkebyråkrati er ifølge Lipsky (2010) organisasjoner som representerer det offentlige, en bakkebyråkrat er ansatte som iverksetter vedtak fattet av det offentlige. Lipskys (1980/2010) teori fungerer som et fundament for å diskutere aktørers rammebetingelser og handlingsrom. Ansatte i spesialisthelsetjenesten iverksetter vedtak fattet på lokalt, kommunalt og statlig nivå (Lipsky, 2010). De som møter «klienten» ansikt til ansikt er ansiktet utad for de tjenestene de representerer, dette gjør de til bakkebyråkrater. Utøvelse av skjønn er karakteristisk for disse arbeidssituasjonene, og arbeidets art krever vurderinger som ikke kan planlegges for (Lipsky, 2010). Det er spenningsforholdet mellom klientens behov, tilgjengelige ressurser og regelverkets begrensninger som preger bakkebyråkratens arbeid og som gjør at ansatte blir stilt ovenfor dilemmaer (Lipsky, 2010). De møter «klienten» ansikt til ansikt og er ansiktet utad for de tjenestene de representerer, dette gjør de til bakkebyråkrater. Utøvelse av skjønn er karakteristisk for disse arbeidssituasjonene, og arbeidets art krever vurderinger som ikke kan planlegges for. Nærhet til beslutningssituasjonen gjør at fagfolkene er i stand til å ta beslutninger de anser som riktige, da det er umulig å fange opp alt som bør vektlegges fra et overordnet perspektiv(Lipsky, 2010). Nærhet til beslutningssituasjonen gjør at fagfolkene må ta beslutninger de anser som riktige, fordi det er umulig å fange opp alt som bør vektlegges fra et overordnet perspektiv. Bakkebyråkraten arbeider som regel i stillinger som har tvetydige mål som ofte er i konflikt med hverandre. Offentlige tjenesters målønsker er gjerne idealiserte noe som gjør tilnærmingen utfordrende og forvirrende, i tillegg vanskelige å oppnå (Lipsky, 2010). Konflikt mellom måloppnåelse og tvetydighet oppstår når der er motstridende forventninger som former bakkebyråkratens rolle. Rolleforventningene stammer fra fagfeller, og andre komplementerende roller, referansegrupper og offentlige forventninger (Lipsky, 2010).



## **4 Tidligere forskning**

Jeg vil herunder presentere hvordan jeg gikk frem for å kartlegge hva som eksisterer av tidligere forskning vedrørende samarbeid mellom intensivsykepleiere og intensivleger under visitt. Når jeg begynte mine søk rundt kommunikasjon og samarbeid ble det tydelig at det finnes mye forskning på området. Kommunikasjon mellom sykepleier og leger, tverrprofesjonelt samarbeid med flere aktører, innenfor og utenfor intensivfeltet, som omhandlet visitten eller andre aktuelle situasjoner hvor leger og intensivsykepleiere møtes. Jeg vil nå presentere noe av den forskningen som finnes som berører min problemstilling som jeg mener kan være relevant til oppgaven (Fekjær, 2013). Forskningen vil presenteres sammenfattet med utdrag fra de artiklene og studiene jeg har valgt som er relevant for mitt prosjekt slik det står beskrevet i Fekjær (2013, p. 86).

### **4.1 Søkeprosessen**

I et forsøk på å kartlegge tidligere forskning innenfor samarbeid og kommunikasjon på intensivavdelinger har jeg benyttet meg av databasene; Cinahl, Pubmed, Oria og Google Scholar. Etter å ha gjennomført resultatdelen etter inspirasjon av Malteruds systematiske tekstkondensering, foretok jeg nye datasøk basert på resultatene mine (Malterud, 2017b).

Søkeordene jeg benyttet meg av var: ICU-nurse, communication, collaboration, perception, rounds/wardrounds/medical rounds, physician/doctor/MD, ICU/critical care. Mine søkekriterier er som følger: fagfellevurdert, ikke eldre enn 10 år samt språkfilter norsk, dansk, svensk og engelsk. Jeg brukte også ulike søkeord i anførselstegn for å få det anførte ordet uthevet i søket. Etter ferdigstilling av resultat delen gikk jeg tilbake og gjorde nye søk i databasene.

Resultat av nye datasøk og artikler etter ferdigstilling av resultatdel er presentert i sin helhet i kapitlene 3.2, 3.3 og 3.4.

### **4.2 Visitt og samarbeid**

En kultur preget av hierarki, manglende eller utilfredsstillende kommunikasjon og samarbeid later til å være gjennomgående i studiene jeg har funnet. Det har vært utført flere studier for å bedre og forklare denne utfordringen, siden både visitt og tverrfaglig samarbeid under visitten er viktig for pasientbehandlingen (House & Havens, 2017; Lane et al., 2013). Flere studier har tatt sikte på å forklare fenomenet og bedre situasjonen (Boydston, 2018; John Eugenio Centofanti et al., 2014; De Meester, Verspuy, Monsieurs, & Van Bogaert, 2013; Stollings et

al., 2020; Wang et al., 2018). Costa et al. (2014) sin kvalitative studie identifiserte fire punkter som tilrettelegger for samarbeid; tilgjengelighet, tillit, organisasjonskultur og ledelse. I mitt prosjekt ønsker jeg også å belyse aspekter ved samarbeid mellom intensivsykepleiere og intensivleger, noe de overnevnte studier også omhandler. Gadamer (2014) hevder at kunnskap ikke oppstår i et vakuum og at for å se helheten må man også belyse delene av det hele. Dette prosjektet tar sikte på å gjøre nettopp dette. I tillegg vil mitt fokus være intensivsykepleiere og intensivlege, i motsetning til implementasjonsstudien av standardisert kommunikasjonsverktøy mellom sykepleiere og leger til De Meester et al. (2013) og oversiktsartikkelen til Crawford et al. (2012).

I mange av studiene jeg har funnet, fremkommer det at leger vurderer kvaliteten på samarbeid og kommunikasjon med sykepleier som bedre enn sykepleierne selv (Paradis et al., 2016; Stollings et al., 2020). Denne ulike oppfatningen av samarbeid og kommunikasjon kan være en av grunnene til at tiltak og forbedring innenfor temaet er utfordrende (Crawford et al., 2012; House & Havens, 2017; Matusov, Matthews, Rue, Sheffield, & Pedraza, 2022). Årsaken til forskjellig opplevelse av samarbeid og kommunikasjon later til å være mange og ulike og strekker seg fra et individnivå til et organisatorisknivå (Costa et al., 2014). For å få til bærekraftig endring innenfor helsesektoren hevder intervjustudien til Nilsen, Seing, Ericsson, Birken, and Schildmeijer (2020) at endringen må ansees som nødvendig, verdifull og krever delaktighet fra de som endringen berører (Nilsen et al., 2020). Mitt prosjekt inkluderer ikke intervju med intensivleger, men kan forhåpentligvis bidra til å belyse intensivsykepleiernes erfaringer med samarbeid under visitt, som kan bidra til å identifisere behovet for og viktigheten av samarbeid, utfra deres perspektiv. Mitt prosjekt vil i motsetning til Stollings et al. (2020) ikke ha fokus på implementering av *ABCDE-bundle*, men tar sikte på å belyse intensivsykepleieres erfaringer med visitten generelt.

### **4.3 Roller og samarbeid**

Oppsummerings artikkelen til Hartog and Benbenishty (2015) hevder at legeutdanningen har tradisjonelt basert seg på at kun legen er ansvarlig for behandlings- og beslutningstaking (Hartog & Benbenishty, 2015). Denne ansvarsfordelingen gjenkjennes i retningslinjer for intensivvirksomhet (Søreide et al., 2014). I studien til Paradis et al. (2016) hevdes det at denne rollefordelingen fragmenterer informasjonsutveksling mellom intensivlegen og de andre medlemmene av intensivbehandlingsteamet, noe som også understøttes av Benner et al. (2011). I tillegg kan hierarkisk tilnærming til pasientbehandling true gode lagdiskusjoner om

behandlingsmål, behandlingsalternativer og selvstendig tenkning av de andre intensivmedlemmene, noe som bidrar til å redusere tillit og planleggingsmuligheter (Stollings et al., 2020). Dette gjør at de andre medlemmenes funksjon reduseres til å bare gjøre informasjon tilgjengelig for intensivlegen (Paradis et al., 2016).

Hierarki innenfor sykehusene oppstår når makt og status innenfor behandlingsteamet er ulik (AllahBakhshian et al., 2017; Paradis et al., 2016; Stollings et al., 2020). Det rapporteres om flatere struktur i Norge sammenlignet med andre land i verden så er hierarki og status fortsatt førende også i Norske sykehus (Byrkjeflot & Guldbrandsøy, 2013; Karanikola et al., 2014; Papatthanasoglou et al., 2012). Både på norske sykehus og internasjonalt er det legen som har behandlingsansvar og leder visitten (Paradis et al., 2016; Stollings et al., 2020; Søreide et al., 2014). Selv om artikkelen til AllahBakhshian et al. (2017) omhandler iranske forhold belyser den viktige aspekter ved hierarki og autonomi som kan være overførbare til norske forhold, noe dette prosjektet mulig kan bidra til å belyse nærmere. Det kan det tenkes at mitt prosjekt kan bidra til å avdekke, eventuelt utdype eller bekrefte påstandene ovenfor og således bidra til å identifisere mulige forbedringspotensialer. Min studie er imidlertid relativt liten så videre undersøkelser vil være nødvendig for å kunne generalisere funnene.

Crawford et al. (2012) påpeker legers og sykepleieres ulike verdensbilder. Et tradisjonsbasert helsesystem, påvirker kommunikasjonen som fører til økt friksjon og som igjen svekker samarbeid. Studien til (Paradis et al., 2016) hevder at noen leger bare anså en sykepleier som et nødvendig medium for å få utført sitt arbeide; medisinsk behandling. Sykepleiere anser leger som aktivt involverer sykepleiere i visitten som eksepsjonelle og sykepleiere oppgir et behov og et ønske om å bli invitert inn av lege i visitten (Paradis et al., 2016). Selv om det i dag snakkes om tverrfaglig visitt, et begrep som innlemmer flere profesjoner som er aksjeholdere i pasientbehandlingen, er de mest sentrale aktørene i dette tverrprofesjonelle samarbeidet intensivsykepleiere og intensivleger (Paradis et al., 2016). Dermed vil dette prosjektet, slik jeg ser det, kunne bidra med innsikt i intensivsykepleieres opplevelse av mulig hierarki og samarbeid med intensivleger under visitt.

Det hevdes at på tross av klare retningslinjer for en tverrfaglig visitt så formes visitten i dag, som tidligere, som en legevisitt (Paradis et al., 2016). Ifølge den etnografiske studien til Caronia, Saglietti, and Chierigato (2020) fører hierarkisk struktur til at sykepleiere har utformet og tilegnet seg metoder for å samarbeide og kommunisere med lege som erfares som tap av profesjons autonomi (Caronia et al., 2020). Nedsatt autonomi fører til nedsatt selvtillit,

delaktighet og følelse av maktesløshet som er karakteristikk for en undertrykt gruppe og en gruppe som er avhengig av andre (AllahBakhshian et al., 2017; Karanikola et al., 2014; Papathanassoglou et al., 2012). Tar man utgangspunkt i disse synspunktene vil prosjektet kunne gi et lite bidrag til å synliggjøre dagens praksis på intensivavdelinger i Norge, hvordan disse oppfyller sin tverrfaglige funksjon, og hvilken tilnærming intensivsykepleiere har til samarbeid med intensivlegen under visitt og si noe om intensivsykepleierens autonomi i Norge. Igjen med forbehold om at dette er en liten studie, og kun en intensivavdeling.

I studien til Paradis et al. (2016) framkom det at både leger og sykepleiere, der det forelå et manus for visitt, nektet å avstå fra å rapportere sin «del», på tross av dobbeltrappering, da de anså andres rapportering av deres «del» av manuset som et overtramp på vegne av egen profesjon (Paradis et al., 2016). Legene på sin side anså sykepleierens fastsatte bidrag som unødvendig og tidskrevende, mens sykepleierne erfarte at hvorvidt de fikk innpass i visitten var fullstendig beroende på hvilken lege som deltok i visitt (Paradis et al., 2016). Denne opplevelsen av autonomi og profesjonskamp er noe mitt prosjekt kanskje kan bidra til å utdype og da sett utfra et norsk, intensivsykepleier perspektiv.

Caronia et al. (2020), i likhet med Stollings et al. (2020) hevder at den pasientnære sykepleieren er mer kunnskapsrik når det kommer til pasientens subjektive og objektive status, men at leger som regel ansees som mest kunnskapsrik i kraft av å være lege (Caronia et al., 2020). En annen studie, hvor spørreskjema ble benyttet for å kartlegge intensivsykepleieres og intensivlegers opplevelse av samarbeid under Covid-19 pandemien, omtaler også profesjonenes opplevelse av kunnskap relatert til pasienten. I studien til Matusov et al. (2022) hevdes det at intensivsykepleierens kontakt med pasient og pårørende under et vaktskift kan føre til at intensivsykepleieren anser seg selv som hovedpunktet for informasjonsutveksling. Intensivleger er ofte det første kontaktpunktet og følger kanskje pasienten over lengre tid, noe som kan føre til at intensivlegene opplever seg selv som den med størst kontroll av det helhetlige kliniske bildet (Matusov et al., 2022). Å finne balanse mellom disse opplevelsene er utslagsgivende for tverrfaglig omsorg (Matusov et al., 2022). Dette eierskapet til pasienten, og opplevelse av kunnskap relatert til pasient og behandling kan mulig også fremkomme i dette prosjektet.

Caronia et al. (2020) har sett på hvordan italienske sykepleiere navigerer innenfor profesjonenes kunnskapsområder og grenser. Studien viser at sykepleiere tilpasser seg organisatoriske og kulturelle rammer for informasjonsdeling, og har utviklet kompensasjons mekanismer under

samarbeid med lege for å fremme teamarbeid og informasjonsutveksling utover disse rammene (Caronia et al., 2020). Caronia et al. (2020) tar utgangspunkt i sykepleiere og leger og ikke intensivsykepleiere og intensivleger. Dette prosjektet kan mulig avdekke om det finnes lignende tendenser hos norske intensivsykepleiere for samarbeid med intensivleger under visitt.

#### **4.4 Samarbeid og endring**

Hartog and Benbenishty (2015) sin oversiktsartikkel vedrørende konflikter mellom intensivsykepleier og intensivleger, hevder endring må skje på flere nivåer for å være bærekraftig. Endringer må skje på et personlig plan og et overordnet plan med ledelse og administrasjon. Intensivsykepleiere og intensivleger kan læres opp i å samarbeide, kommunisere, si ifra og å verdsette den andres innspill. Allikevel kan det være utfordrende for et enkeltindivid å adressere avvikende oppførsel og kan føre til konflikt dermed er det nødvendig å løfte problematikken (Hartog & Benbenishty, 2015). Videre hevder Hartog and Benbenishty (2015) at det er viktig å utvikle en kultur som anerkjenner at intensivsykepleiere og intensivlegers bidrag som like viktige på hver sin måte i behandlingen av intensivpasienten. Noe som også hevdes å styrke sykepleierens yrkesutøvelse, er verdsettelse av hverandres erfaringer, kunnskaper og perspektiver (Stollings et al., 2020). Dette vil kunne medføre økt delaktighet av intensivsykepleier under visitt. De teamene som verdsetter hverandres profesjonskunnskap vil ha sterkere tverrfaglig samarbeid, åpen kommunikasjon og samarbeid (Stollings et al., 2020). Denne verdsettelsen forsterker også sykepleieres opplevelse av myndiggjøring (Boydston, 2018).

Det hevdes at intensivsykepleie er i utvikling fra hierarkisk rolle, der legene har regien, til å bli en mer selvstendig rolle (Hartog & Benbenishty, 2015). Karanikola et al. (2014) sin studie, som benyttet seg av spørreskjema for å kartlegge intensivsykepleieres erfaringer med moralsk påkjenning, autonomi og samarbeid med intensivleger, fremmer at trening i selvhevdelse kan være en nyttig intervensjon for å hjelpe intensivsykepleiere til å overkomme hierarkiske strukturer innenfor organisasjonen og ved truet moral (Karanikola et al., 2014). I tillegg kan undervisning med fokus på et kritisk perspektiv som utfordrer maktbalanser og beslutningsmyndighet styrke intensivsykepleieres autonomi (Karanikola et al., 2014).

I mitt masterprosjekt kan de organisatoriske faktorene som belyses i intervjuene mulig synliggjøres og således identifisere forbedringsområder for samarbeid mellom lege og intensivsykepleier under visitt, og kanskje belyse aspekter ved norske intensivsykepleieres autonomi.

Ved å styrke sykepleieres autonomi reduserer man den moralske påkjenningen. Dermed får man tryggere sykepleiere som evner å tenke kritisk, iverksette tiltak, være aktiv i behandlingen og som selvstendig utøver sin funksjon som har vist seg å bedre pasientutfall (AllahBakhshian et al., 2017; Hartog & Benbenishty, 2015; Karanikola et al., 2014). Sykepleiers autonomi innebærer sykepleierens muligheter til å handle i samsvar med deres kunnskap og kliniske vurderingsevne som reflekterer og oppmuntrer til fullstendig utførelse av sykepleie slik det er definert i lovverk, retningslinjer, yrkesetikk og verdier (AllahBakhshian et al., 2017). Både Karanikola et al. (2014), Hartog and Benbenishty (2015) og AllahBakhshian et al. (2017) berører intensivfeltet og omhandler hierarki og autonomi i Italia, USA og Iran. Som presentert tidligere angis hierarki innenfor intensivfeltet å være svakere i Norge (Byrkjeflot & Guldbrandsøy, 2013; Karanikola et al., 2014). Dermed er det rimelig å anta at autonomien til intensivsykepleiere i Norge er styrket, og således kan dette prosjektet belyse aspekter ved dette fra et norsk perspektiv.

Standardiserte verktøy hevdes å kunne bedre opplevelse av samarbeid og kommunikasjon mellom sykepleiere og leger (Boydston, 2018; John Eugenio Centofanti et al., 2014; De Meester et al., 2013; Pronovost et al., 2003; Stollings et al., 2020; Wang et al., 2018). Noe av det som kommer frem i studiene om standardiserte verktøy for visitt er at det kan være den spesifikke rollen sykepleiere får under visitt som bemyndiger intensivsykepleieren som fører til bedret opplevelse av samarbeid og kommunikasjon (Boydston, 2018). Kritikken til denne forskningen er at studiene er mange som benytter seg av ulike verktøy, samt at studiene ikke er standardiserte, og dermed er ikke de mest effektive metodene like åpenbare (Boydston, 2018; Wang, Wan, Lin, Zhou, & Shang, 2018). Boydston (2018) sin implementasjonsstudie viste at på tross av tilrettelegging og fokus en implementasjonsstudie medfører, ble bruken av det standardiserte verktøyet under visitt sjeldent fullført i sin helhet og fullstendig (Boydston, 2018). Disse aspektene er også noe jeg håper på å kunne rette søkelys mot med dette prosjektet, hvorvidt sjekklister benyttes, hvordan de benyttes og eventuelt avdekke utfordringer knyttet til bruk av disse.

Et annet resultat av struktur er reduksjon av individuelle forskjeller relatert til pasientbehandling. Individuelle forskjeller kan påvirke pasientbehandlingen og kan minimeres ved hjelp av klare retningslinjer og en tilnærming basert på gullstandard (Wilkinson & Truog, 2013; Wilson et al., 2013). Selv om disse artiklene til Wilkinson and Truog (2013) og Wilson et al. (2013) omhandler livsforlengende behandling og avgjørelser relatert til dette, kan den allikevel belyse hvordan individuelle forskjeller kan påvirke pasientbehandlingen.

I studien til Matusov et al. (2022) anga sykepleiere bedring av samarbeid og kommunikasjon når avhengigheten til den enkeltes profesjon ble utlignet. Samme studie bemerket at det som forringet opplevelse av samarbeid var den fysiske adskillelsen fra sykepleier, pasient og lege (Matusov et al., 2022). Fysisk adskillelse mellom lege og sykepleier og pasient er også noe som hevdes å svekke samarbeid og kommunikasjon under visitt fremkommer det i studien til Stollings et al. (2020) og samsvarer med funnene i studien til . Stollings et al. (2020) hevder at visitten bør foregå inne på pasientrommet og til et fastsatt tidspunkt. Videre at det er nødvendig å redusere unødvendige avbrytelser, og ha diskusjoner som er målrettet som bidrar til å bedre den tverrfaglige kommunikasjonen noe som støttes av Boydston (2018). I min erfaring som intensivsykepleierstudent på intensivavdeling samsvarer ikke dette med dagens praksis og mitt prosjekt kan gå nærmere inn på og rette søkelys mot dagens praksis av visitt.

Intensivlegene har spesialisert kunnskap, ekspertise og kliniske ferdigheter. Som ledere bidrar de til at de tverrprofesjonelle visittene resulterer i kunnskapsbasert og riktig pasientbehandling samt sikrer at visitten er godt organisert (Stollings et al., 2020; Søreide et al., 2014). Det er intensivlegens ansvar å sørge for at visittene preges av samarbeid, samhandling og respekt for alle de involverte parter. De skal bidra til å standardisere og utarbeide kunnskapsbaserte protokoller som kan veilede ansatte (Stollings et al., 2020).

Det tradisjonsbaserte helsesystemet synliggjøres i de studiene som har tatt sikte på tverrprofesjonell undervisning, der status og rolleopplevelser var tydelige allerede i utdanningsfasen av sykepleiere og leger. Legene ble ansett som smartere og bedre enn sykepleiere, og sykepleierne følte seg mindreverdige og underkastet legestudentene. En mulig løsning på denne utfordringen var økt tverrprofesjonell undervisning og simulering, der visitten en gylden mulighet for dette (Herrmann, Woermann, & Schlegel, 2015; Aase, Hansen, & Aase, 2014).

## 5 Metode

Studien har et kvalitativt design med hermeneutisk tilnærming inspirert av Gadamer's teori om forståelse presentert av Wifstad (2019) og baserer seg på Malteruds kvalitative metode. En kvalitativ metode omhandler kunnskap om menneskers opplevelse, erfaringer og meninger (Malterud, 2017b).

I intervjuene dreide samtalen om å få frem intensivsykepleiernes erfaringer av visitt. Erfaringene er subjektive, og de kan samstemme, men også være motstridende til egne erfaringer. Gadamer uttrykker hva erfaring er på følgende måte: «Erfaringsbegrepet er etter mitt skjønn- og dette kan høres paradoksalt ut- et av de minst klare begrepene vi har» (Gadamer, 2010, s.387). For Gadamer er ikke erfaring som gjentakelse den egentlige erfaring (Gadamer, 2010, s. 388) fordi denne vanligvis ikke innehar erfaringens historisitet. Studien viser imidlertid at erfaring gjentar seg, de er ikke identiske, men rommer mye av det samme. Erfaringer som er erfart er med når nye erfaringer gjøres. Studien er også inspirert av Malteruds kvalitative metode da formålet med studien er å få kunnskap om menneskers opplevelse, erfaringer og meninger om en bestemt sak (Malterud, 2017b).

Hermeneutikk fordrer at forståelse og kunnskap ikke oppstår i et vakuum, men må sees i kontekst. All kunnskap bygger på noe kjent, en *forståelses horisont* (Wifstad, 2019). Forståelse begynner når noe berører oss, det som da kreves av oss er bevissthet og tilbakeholdenhet av egen forforståelse for å kunne stille seg undrende. En person som ønsker å forstå må stille spørsmål til hva som ligger bak det som blir sagt, om vi forstår det som ligger bak kan vi også forstå utover og forbi det som blir sagt (Gadamer, 2014).

### 5.1 Kvalitativt semistrukturert intervju

Som nevnt ovenfor er prosjektet inspirert av Malteruds kvalitative metode gjennom semistrukturerte dybde intervju (Malterud, 2017b).

Forskere som ikke har en forforståelse for et gitt tema, kan utføre totalt ustrukturerte intervju. Intervjuene er som en samtale og brukes når forskeren ikke har en klar ide om hva man ikke vet. Når man ønsker at et spesielt tema skal adresseres uten å kunne forutse svarene kan et semistrukturert intervju være løsningen. Det er mulig å forberede en intervjuguide (Vedlegg 3) som fungerer som en veiviser i intervjuet, uten å diktere intervjusamtalen eller svarene (Malterud, 2017b; Polit & Beck, 2020)



## **5.2 Fremgangsmåte for å undersøke problemstillingen**

Etter godkjent prosjektplan, ble det utformet en søknad til Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Referansenummer: 473440). Søknaden redegjorde for informasjon om forskningsprosjektet, formål, informasjonsskriv, og intervjuguide. Etter godkjenning sendte jeg søknad om tilgang til forskningsfelt i en intensivavdeling i Nord-Norge. Denne forespørselen ble akseptert og det ble via ledelsen sendt ut forespørsel per e-post, til intensivsykepleierne om prosjektet og deltakelse til studien. Denne forespørselen gav ingen respons. På anbefaling fra avdelingsleder kontaktet jeg en seksjonsleder som rekrutterte fem intensivsykepleiere til prosjektet.

På grunn av sykdom deltok intervjupersonene til slutt fire intensivsykepleiere, alle med mer enn over ti års erfaring fra intensivavdelinger. Alle jobber daglig med klinisk arbeid på en intensivavdeling i Nord-Norge.

Når jeg da hadde fått oppgitt mine intervjupersoner, tok jeg kontakt med hver av dem de for å avtale tid og sted for intervjuene. Avdelingen tilrettela for at intensivsykepleierne kunne forlate det kliniske arbeidet for å delta på intervjuene, og samtlige ble gjennomført på deres arbeidsplass.

## **5.3 Framgangsmåte for innsamling av data**

Intervjuene varte mellom 50-60 minutter og ble tatt opp via en diktafon-app koblet opp mot UITs nettskjema. Intervjuguiden ble brukt som en rettesnor under intervjuene. Jeg hadde også planlagt å ta notater under intervjuene for å bevare øyeblikksbilder og inntrykk, men gikk bort ifra dette da det latet til å forstyrre intervjupersonene og intervjuene.

Jeg tok imot og møtte intervjupersonen, opprettet rapport, og var bevisst meg selv i møtet og viktigheten av å skape en atmosfære som er tillitsvekkende og trygg for intervjupersonen. Dette er i samsvar med Polit og Becks introduksjon for intervju (2020).

Gjennom min intervjuguide har jeg skissert en mulig tilnærming som tar sikte på å møte intervjupersonen, som innebærer å starte lett med tanke på spørsmål som stilles, for så å bevege oss dypere inn i tematikken.

Innsamling av data skjedde gjennom intervjuet med de fire utvalgt intensivsykepleierne. Jeg var bevisst utfordringen med å lede et intervju og utøvelsen av den kritiske egenskapen ved intervju; å lytte, med spesielt fokus på å ikke avbryte eller lede personen eller tilby råd eller

mening. Det er viktig å få med seg det som blir sagt heller enn å forutse hva som kommer etter (Polit & Beck, 2020). Intervjuene ble som nevnt tatt opp på med diktafon-appen og transkribert av meg.

#### **5.4 Framgangsmåte for analyse av data**

Formålet med analyse av data er å ekstrahere mening på en organisert og strukturert måte. I kvalitative studier skjer data kolleksjon og analyse ofte samtidig heller enn etter all data er innsamlet. Når den som samler data er den samme som analyserer dataen vil søken etter viktige konsepter starte allerede under datainnsamlingen (Malterud, 2017b; Polit & Beck, 2020). Dette erfarte jeg både underveis i intervjuene, men også når datamaterialet ble transkribert. Lydopptakene var et kritisk steg i å forberede dataanalyse og lydopptak og notater fra intervjuene er studiens største datakilde. Hvis transkriberingen ikke er ordrett kan dette skade forskningen og validiteten til prosjektet (Malterud, 2017b; Polit & Beck, 2020). Etter transkriberingen vil videre analysearbeid av empiri begynne.

Når intervjuene var ferdige, begynte jeg med det møysommelige transkriberingsarbeidet. Jeg ville utførte transkriberingen selv, da dette er en utmerket måte å bli kjent med materialet på (Malterud, 2017b; Polit & Beck, 2020) samt at dette var oppgitt i NSD søknaden. Det er første gang jeg har gjennomført en slik studie og det tok mye lengre tid for meg å transkribere intervjuene enn antatt, spesielt i begynnelsen. Jeg hadde bestemt meg på forhånd å transkribere intervjuene ordrett da dette anbefales for nybegynnere i teknikken. Jeg har senere utført en tilpasning av det som ble sagt gjennom «slightly modified verbatim mode» som presentert av Malterud (2017b, s. 78).

#### **5.5 Transkribering av intervju, koding, tekstkondensering og mening**

Analysen består av koding og indeksering av meningsbolker som kan ekstraheres fra dataene. I min oppgave er kodene induktive. Dette fordi jeg som analytiker vil identifisere meningsfulle meningsbolker som dukker opp i innsamlet materiale (Polit & Beck, 2020). Det er uenighet om all data ekstrahert fra materien burde analyseres eller bare de «viktige» momentene; her blir begynnende forskere kode alt, noe jeg har gjort av min empiri (Malterud, 2017b).

I denne fasen av analyse burde man, ifølge (Polit & Beck, 2020), begynne å ane konturene av hva sluttproduktet vil være. Hvis prosjektets fokus er beskrivelser kan sluttproduktet ta form av lister over kategorier, et oversiktlig klassifikasjonssystem, som leder til temaer, viktige mønster som kan være beskrivende eller tolkbare (Polit & Beck, 2020).

Analyse og fortolkning baserer seg ofte på et system for koding, som tillater forskeren å ta for seg meningsbolker som kan tolkes og analyseres nærmere (Malterud, 2017b).

I en kvalitativ analyse er koding av tekst å ta for seg viktige informasjonssegment utfra materien. Dette kan være en paragraf, en setning eller frase som fremstår som viktig eller interessant eller essensiell for fenomenet eller temaet som undersøkes. Dette gir mulighet til å dekontekstuere og rekontekstualisere materialet, løfte frem temaer og sette de sammen for å belyse fenomener i materialet (Malterud, 2017b).

Til dette kan man benytte seg av Malteruds (2017) systematiske tekstkondensering (STC) basert på Giorgis STC (1985). Denne baserer seg på fire steg:

1. Les alt innsamlet materiale for å få oversikt over helheten.
2. Trekk ut meningsbærende enheter fra deltakernes beskrivelser av fenomenet som studeres. Disse kodes og settes sammen med de temaer som ble identifisert under første trinn. «Fra tema til koder».
3. «Fra kode til mening» Abstraher kunnskapen fra andre trinn ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene, dette leder til dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbærende enheter.
4. I det fjerde trinnet skal vi rekontekstualisere teksten og sette funn i sammenheng som kan deles med andre.

*Første steg* er å få en oversikt, ved å skimme gjennom intervjuene, og ekstrahere foreløpige aktuelle emner. Her sammenfattet jeg hvert intervju til korte tekster med oppsummert innhold fra intervjuene. Sammen med min veileder kom vi fram til aktuelle foreløpige emner: Travelhet, erfaringsdeling, ansvar, kvalitetssikring, pasientsikkerhet, det relasjonelle, avklare plan og forventninger, og team-arbeid.

Jeg gikk så videre til *andre steg*; å danne kodegrupper, slik at jeg kunne sortere meningsbærende enheter inn under disse, følgende kodegrupper ble brukt; Visitt, Tid/Travelhet, Struktur, Samhandling, Pasientsikkerhet, og Roller/ansvar. Inn under disse kodegruppene utformet jeg subgrupper inn under hver kodegruppe. Tid/Travelhet: forberedelser, prioriteringer, og avbrytelse. Struktur; plan, mål og sjekkliste. Samhandling: individuelle forskjeller, kommunikasjon, og samarbeid. Roller/ansvar; Intensivlegens ansvar, Intensivsykepleierens ansvar, og felles ansvar. Pasientsikkerhet var utfordrende å dele inn i subgruppe, og ente senere med å putte pasientsikkerhet inn under samhandling.

Etter at dette var gjort, utformet jeg kunstige sitater i «jeg» format som sammenfattet det intervjupersonene gav uttrykk for i intervjuene, dette er det Malterud kaller kondensering, altså *steg tre*. Se Figur.

Meningsbærende enhet	Fortolkning	Kondenserte meningsbærende enheter	Subtema	Kodegruppe
<i>Det er jo alt ettersom hvilken lege, det er veldig personavhengig hvordan det foregår.</i>	Utførelse av visitt er personavhengig	Det er veldig personavhengig hvordan visitten foregår. Noen ganger når du vet at du har «den» legen bak deg, så blir det bra! Det blir bra fordi de er systematiserte. De setter seg ned og snakker med meg og orienterer meg og legger en plan sammen med meg for dagen og gjør seg ferdige med visitten. De flinke legene er det mulig å snakke med, og jeg kan spørre om det jeg lurer på eller si til dem at nå er det mye jeg lurer på, kan vi snakke om dette også? Jeg verdsetter også de legene som lytter til og er interessert i mine observasjoner og som er interessert i effekt av behandlingen vi gir.	Individuelle forskjeller	Samhandling
<i>Og der også så må jeg jo si at det er veldig personavhengig. Om visitten er bra eller om den er dårlig, det kommer helt an på hvem legen er faktisk.</i>	Hvorvidt visitten er bra avhenger av hvilken lege som går visitt	De legene som gjør en mindre god visitt signaliserer at de ikke har tid, eller tar seg aldri tid til å sette seg ned med meg. De er heller ikke strukturerte for de har ikke systematisert visitten i hodet sitt, rett og slett. Noen av de er mer interessert i laboratorieresvar, tall og røntgen bilder enn mine observasjoner og ønsker ikke å diskutere pasienten sammen med meg, og når jeg da inviterer til samtale rundt pasienten, så avviser de meg ved å si at de kommer tilbake i stedet for å gjøre seg ferdig, eller at de bare kommer med konkrete tilbakemeldinger og spørsmål <del>vedrørende</del> medisiner og deres ordinasjoner. Noen leger kommer bare inn på	Individuelle forskjeller	Samhandling

Når jeg hadde kondensert alle meningsbærende enheter sammenfattet jeg disse til en analytisk tekst som er grunnlaget for hovedfunnene i dette masterprosjektet i overensstemmelse av *steg fire*.

## 6 Forskningsetiske refleksjoner

Jeg vil i det følgende presentere de forskningsetiske refleksjonene jeg anser som relevante for dette masterprosjektet.

### 6.1 Validitet

Ifølge Malterud (2017b) er *vår viktigste kilde til praksisfeltet den levende hverdagen* (Malterud, 2017b, p. 185). Ved å studere praksisfeltet fremkommer det empiri som ikke er absolutte svar, men som kan bidra til å belyse nye aspekter som tidligere har vært ukjent.

*Den tause kunnskapen blir, uten tydelig teoretisk forankring, blir praktikerens kapital i hverdagen* (Malterud, 2017b, s. 185).

Forskeren fra praksisfeltet ønsker å utvikle kunnskap som kan utgjøre en forskjell for pasienter og fagfolk i den kliniske hverdagen (Malterud, 2017b). Det empiriske materialet er forankret i dokumentasjon i fenomener vi kan gjenkjenne og utfordre. Men data er ikke fakta i den forstand at de har en eneste og bestemt ubestridelig betydning (Malterud, 2017b). Med utgangspunkt i dette vil oppgaven kunne peke i retning av intensivsykepleiernes erfaring. Det kan likevel være flere mulige betydninger av deres erfaringer og andre tolkninger som ikke belyses i denne oppgaven.

### 6.2 Forforståelse

Gjennom kvalitative studier er ikke en hypotese noe vi arbeider ut ifra, men noe vi ønsker å utforme. En hypotese kan imidlertid bidra til at man gjenkjenner sin egen forforståelse, og bruker den bevisst i den kvalitative forskningen (Malterud, 2017b). Bare ved å la empirien utfordre og utdype vår forforståelse og hypoteser kan ny kunnskap oppstå. Som nevnt tidligere oppstår ikke kunnskap i et vakuum (Gadamer, 2014; Malterud, 2017b). Jeg har forsøkt å være bevisst min egen forforståelse gjennom dette prosjektet, og har aktivt forsøkt å belyse de aspekter som har utfordret denne. En mulig svakhet med studien, men som også kan være en styrke er at jeg på forhånd har utført litteratursøk og innhentet forskning som sier noe om tematikken og som har bekreftet min forforståelse. Dette kommer nok til uttrykk i spørsmål som ble stilt intensivsykepleierne underveis i intervjuene, og da særskilt spørsmål som omhandlet sjekklister.

Problemstillingen min tar sikte på å få tak i intensivsykepleiernes erfaringer, og således er den både valid og relevant (Malterud, 2017b). Prosjektet har imidlertid ikke inkludert intensivleger,

noe som kan ansees som en svakhet da prosjektet. Dermed belyses bare en side av et samarbeid under visitt der begge grupper deltar. Det var imidlertid ønskelig å konsentrere seg om intensivsykepleieres erfaringer med visitt og det av flere grunner. Den forskningen som jeg har funnet omhandler ofte sykepleiere og leger sammen der det hevdes at de verktøy som eksisterer for bedømming av interaksjoner mellom sykepleier og lege kan kritiseres for å være tilpasset legers behov (Benner et al., 2011; Paradis et al., 2016; Stollings et al., 2020). Det var derfor interessant for meg å undersøke intensivsykepleieres behov alene i denne sammenhengen. Videre fremkommer det i forskningen jeg har benyttet at der finnes en ulikhet mellom lege og sykepleiers makt i relasjonen. Dermed var det ønskelig å belyse sykepleierens perspektiv av visitten, alene. Det kunne være interessant å gjennomføre en lignende studie med intensivleger individuelt og se hva som da fremkom. Å gjøre en observasjonsstudie ville og kunne bidra til å belyse enda flere aspekter ved min problemstilling, men grunnet oppgavens omfang og tidsbegrensninger anså jeg ikke dette som mulig i denne omgang.

Når det kommer til mine preliminære litteratursøk kan jeg ikke utelukke at disse har påvirket meg gjennom hele prosessen da jeg hadde identifisert kunnskapshull før intervjuene og utgangspunktet for min oppgave er erfaringsbasert og hadde som mål å belyse intensivsykepleierens perspektiv i forhold til visitten. Dette har nok påvirket hvilke spørsmål jeg valgte til min intervjuguide som også intervjupersonene fikk tilsendt før selve intervjuene. Jeg har imidlertid prøvd å være bevisst min egen forforståelse (Malterud, 2017b) og forholdt meg til premisset presentert i Malterud (2017a, p. 23): *Vitenskapelig kunnskap skal være et resultat av systematisk refleksjon til forskjell fra tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander.*

### **6.3 Valg av individuelle intervju som metode for innsamling av empiri**

Fokusgruppe intervju kunne også ha vært interessant i denne sammenhengen, for å se hvordan ulike spørsmål ville blitt besvart i en gruppesammenheng, men i og med at jeg ønsket å få et dypere innblikk i intensivsykepleierens individuelle erfaringer valgte jeg individuelle intervju. Likeledes kan samhandling være et sensitivt tema som best lar seg belyse i tryggheten av anonymitet, konfidensialitet, og sikkerhet for deltakerne da det bare er to aktører i intervjuet.

Intervjuguiden inspirert av tidligere forskning kan ha ekskludert andre mulige, innfallsvinkler og spørsmål, som min oppgave ikke har klart å fange opp (Malterud, 2017b). Alle intervjupersonene hadde skrevet ut intervjuguiden før intervjuene og en av intervjupersonene hadde skrevet svar til de spørsmålene som kom frem der. Man kan stille spørsmålstegn hvorvidt

intervjuguiden da oppfyller sin funksjon som veiledende (Malterud, 2017b) eller om den heller blir førende. Men samtidig erfarte jeg at de fikk tid til å tenke igjennom sine erfaringer av visitten, samt noen av spørsmålene som ville bli stilt underveis i intervjuet. Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, og intervjupersonenes ulike svar bidro også til ulike oppfølgingsspørsmål.

#### **6.4 Utvalg av informanter**

Jeg hadde initialt tenkt å intervju fem intensivsykepleiere, men på grunn av sykdom ble det intervju med fire intensivsykepleiere der samtlige hadde mer enn ti års erfaring fra klinisk arbeid på intensivavdelinger. Da alle intervjupersonene har lang fartstid fra yrket kan en mulig svakhet være at oppgaven ikke klarer å belyse andre perspektiver med visitt som kanskje mindre erfarne intensivsykepleiere erfarer (Malterud, 2017b). En styrke er imidlertid at jeg selv er en nyutdannet intensivsykepleier, som i møte med disse mer erfarne intensivsykepleierne, stiller andre oppfølgingsspørsmål som kan bidra til å belyse problemstillingen fra flere perspektiver allikevel. Jeg hadde imidlertid ingen innvirkning på hvilke intensivsykepleiere som ble gjort tilgjengelig for meg, og kunne dermed ikke forutse denne mulige utfordringen. Alternativet kan være å intervju intensivsykepleiere med kortere fartstid innenfor yrket.

#### **6.5 Personvern og intervjupersonenes opplevelse av egen rolle**

Det faktum at intervjuene ble utført på deres arbeidsplass kan ha påvirket informantene sin deltakelse i prosjektet gjennom hvilken rolle de opplevde at de hadde (Fekjær, 2013). Å møte noen til intervju, som når man har på seg sin arbeidsuniform og på egen arbeidsplass, kan spille inn på hvilken rolle intervjupersonene opplever at de representerer under intervjuet. Det var imidlertid en faktor som muliggjorde deltakelse for deltakerne da det ikke stilte ytterligere krav til de enn å møte opp på et grupperom i løpet av en arbeidsdag. Jeg opplevde ikke dette som problematisk, men det er en faktor som kan ha spilt en rolle.

En annen mulig konsekvens av å utføre intervjuene på deres arbeidssted er tilstedeværelse da det er en omstilling å gå fra klinisk arbeid til en intervjusetting. Jeg valgte derfor bevisst å ha en relativt grundig innledning til intervjuet hvor jeg gjennomgikk deltakernes rettigheter, prosjektets formål og presiserte frivillighet, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien. Alt for å sette rammene for intervjusituasjonen, noe jeg opplevde var nyttig. I tillegg føler jeg meg trygg på at deltakerne ble tilstrekkelig informert om sine rettigheter og om prosjektet.

### **6.5.1 Å forske på kollegaer**

Når man forsker på kollegaer, blir det flere etiske hensyn man må ta høyde for (Malterud, 2017b). Helsepersonell inkluderes ikke i helsedeklarasjonen og beskyttes ikke på samme måte som pasienten, noe som kan føre til at forskning utført blant helsepersonell er mer sårbar (Malterud, 2017b). Denne studien er godkjent av NSD, således skal den være ivaretagende av intensivsykepleiernes personvern. Som forsker i samme fagfelt innehar jeg en posisjon som fordrer at jeg har måtte utøve skjønnsmessig utførelse av forskningsetikk, og balansere nytteverdien av de funn framkommet i innhentet empiri og intervjupersonenes integritet (Malterud, 2017b). Som nevnt under kapittel 5.11 er jeg sikker på at intervjupersonene har gitt sitt informerte samtykke, og vært bevisst sin egen rolle under intervjuene. Jeg har forsøkt å forholde meg til empirien så nøkternt som mulig, benyttet STC for å ivareta empiriens validitet og anser de funn jeg presenterer som godt fundamentert i det som fremkommer i intervjuene.



## 7 Funn fremkommet fra intervjuene

Herunder vil jeg presentere mine funn som er delt opp i følgende avsnitt: 7.1 Visitt som møtepunkt, 7.2 Struktur av visitt, 7.3 Å arbeide mot et felles mål, 7.4 Intensivsykepleiere og leger har sammen ansvar for å sikre god pasientbehandling, og 7.5 Samarbeid om pasienten ivaretar pasientsikkerheten.

### 7.1 Visitten som møtepunkt

Det fremkommer i intervjuene at visitten er det viktigste møtepunktet i løpet av en dag på intensivavdelingen. Formålet med visitt er ifølge intensivsykepleierne i intervjuene å planlegge dagen og dagene fremover, hva man skal gjøre og hva som er målsettingen for behandlingen. Et møte hvor man diskuterer pasienten i forhold til hvilke medisiner man skal starte, avslutte eller trappe ned på, og informasjon som skal videreformidles til pårørende. Visitten er et møte der man skal planlegge behandling, behandlingsforløp, tiltak, ordinasjoner og etablere en felles forståelse for den medisinske behandlingen som skal gis. En av intensivsykepleierne stiller spørsmål ved hvorvidt den oppfyller sin funksjon.

*Det er jo veldig personavhengig. Dessverre, altfor personavhengig. Alt fra du sitter og har hatt en god gjennomgang av pasienten, til at du sitter og lurert på; hva var det som skjedde nå? Og slik har det vel egentlig alltid vært, mer eller mindre, det er kanskje korte sekvenser man har hatt målfokus på det å få felles forståelse om pasienten. Men, igjennom nesten alle år så har visitten vært en utfordring, fordi det er så personavhengig.*

Intensivsykepleierne erfarer at det er gode og dårlige visitter, og at det er veldig personavhengig om man har en god eller dårlig visitt. En god visitt beskrives som strukturert, at der det er tid til å samtale rundt pasienten og at intensivlegen har tid eller tar seg tid til å gjennomføre og ferdigstille visitten sammen med intensivsykepleier.

Visitten kan preges av tidsknapphet eller opplevd travelhet, og avbrytelser som truer informasjonsflyt, samhandling og kommunikasjon. En dårlig visitt beskrives som ustrukturert, uferdig, full av avbrytelser, manglende interesse og manglende kommunikasjon.

*«Visitten kan være fin, men den kan også være veldig fraværende»*

Det fremkommer i intervjuene at visitt ikke alltid forekommer, at den kan utføres på slutten av en dagvakt, at visitten kan foregå uten pasientansvarlig intensivsykepleier og at visitten på dagtid kan være det eneste møtepunktet for intensivlege og intensivsykepleier i løpet av et døgn.

## 7.2 Struktur av visitt

Strukturen er et viktig moment for intensivsykepleierne. De ønsker under visitt at det skal framkomme både en kort og en langsiktig plan. Sykepleierne ønsker klare retningslinjer og mål for behandling, og de ønsker en grundig gjennomgang av pasienten der man både adresserer konkrete tiltak så vel som å snakke rundt pasienten.

*«Jeg tror at de her "dårlige" visittene, det handler om at legen ikke er strukturert (...) for å gjøre en god visitt så er det liksom det å ta seg tid og sette seg ned å være strukturert, det betyr noe.»*

Det finnes en struktur for visitten i avdelingen, en såkalt mal eller sjekklister. Denne sjekklisten brukes mer som et konsept enn en fysisk og praktisk mal for visitten. Noen av intensivsykepleierne oppfatter struktur på visitt som intensivlegenes ansvar mens andre framstiller denne som et hjelpemiddel som bidrar til kvalitetssikring av visitten.

Det er ulike grunner til at denne sjekklisten ikke brukes som et praktisk verktøy. Delvis oppfattes den som et hinder for effektiv kommunikasjon i en travel arbeidshverdag der intensivsykepleierne må prioritere hvilke spørsmål de fremstiller til intensivlegen på grunn av intensivlegens pasientbelastning.

*«Jeg vil tro at de legene som er veldig strukturert har den (sjekklisten) selv i hodet og jeg merker ganske fort når legen kommer inn, og kanskje ikke har tid til å gjøre den "ordentlige visitten" som jeg vil ha. Så jeg begynner ikke å gå igjennom noe: «sjekklister».»*

Et argument er at sjekklisten er innarbeidet for deltakerne på visitten så den ikke behøves, den eksisterer som et konsept og har blitt integrert i samhandlingen. Det hevdes også at det er mye som ikke er nødvendig å adressere og at man må gjøre tilpasninger med tanke på hva man lurte på.

*Jeg har en sjekklister og den ligger i permen til alle pasienter og den kan vi gå igjennom. Bruke noen minutter på det så har du fått mange tips til hva du kan gå igjennom på visitten. Nye (intensivleger)tar den vel kanskje i bruk, men ofte så tror jeg at de har god kontroll på den (...) Den er standardisert, så må du jo lage dine egne personlige tilpasninger, for det du vil ha svar på.*

På spørsmål om sjekklisten oppgir samtlig derimot at sjekklisten inneholder alle ting som bør være med i en «ordentlig» visitt.

## 7.3 Å arbeide sammen mot et felles mål

*«Det kan være så travelt som det bare vil, men det er artig når du føler at dette får vi til! (...) Ja. Det er motiverende!»*

Opplevelsen av å arbeide mot et felles mål der det tverrfaglige samarbeidet er i fokus gir intensivsykepleieren en opplevelse av likeverd, underbygger profesjons stolthet og gir en følelse av å lykkes. Likeledes fører fravær av denne samarbeidsfølelsen til at intensivsykepleier stiller spørsmålstegn til sin rolle i samarbeidet, viktigheten av sitt arbeid og påtar seg en passiv rolle i samarbeidet.

*Hvis at det er en lege som kjenner pasienten godt, så kan det hende at jeg sitter igjen som et spørsmålstegn etter visitten, fordi det blir bare noen få ting legen tar opp, og så er han liksom ferdig og bare forsvinner, mens jeg kanskje har 1053 spørsmål til fordi jeg ikke kjenner pasienten godt, jeg forstår ikke hvor de vil med behandlingen, hva er min rolle i det?*

En intensivlege som inviterer til erfaringsutveksling oppleves som positivt, da dette muliggjør en felles forståelse for pasienten og dens tilstand. Det er denne felles forståelsen som skaper mulighetsrom for behandling og behandlings alternativer, og som skaper et samspill mellom intensivlege og intensivsykepleier. Forståelsen er som en bro til det endelige målet som er å få pasienten gjennom intensivforløpet fortest mulig med minst mulig skade til et best mulig resultat.

*«Vi behandler jo ikke pasientene på «må få», og det er jo en tanke bak om alt det vi gjør. Så det å være på samme linje når man behandler dem så er det det beste. For å komme igjennom det(behandlingen).»*

Det er store individuelle forskjeller mellom de ulike intensivlegene og intensivsykepleierne. De intensivlegene som aktivt oppsøker kontakt med intensivsykepleier verdsettes. Positive opplevelser er intensivleger som signaliserer at de har tid eller tar seg tid og er interessert i kommunikasjon, og som aktivt lytter til intensivsykepleierens observasjoner, spørsmål og forslag til tiltak.

*«(...) det føles jo fint, absolutt! For jeg kan jo oppleve at leger kommer til meg og spør om råd. "Hva synes du om dette?" og "Hva tenker du vi skal gjøre?" det føles likeverdig, at man kan diskutere problemstillinger (...) man føler seg viktig.»*

Resultatet av møtet med disse legene er en trygg intensivsykepleier som vet hva man har å forholde seg til, som aktivt deltar i behandling og prosessen et intensivforløp er, som ønsker å samarbeide og jobbe hardt for å få pasienten igjennom forløpet på best mulig måte.

*«Kommunikasjon er en del av det å samarbeide, mener jeg (...) Jeg har hatt en fantastisk dag i dag, og i går. Veldig tverrfaglig jobbing mot et felles mål.»*

Intensivleger som er strukturerte, evner å planlegge, orientere og diskutere pasienten med intensivsykepleier, gir en følelse av trygghet og sikkerhet for intensivsykepleieren. En annen positiv effekt er at visitten effektiviseres da det foreligger en plan for aktuelle scenarioer som begrenser behovet for telefonkontakt i løpet av en dag, så vel som underbygger intensivsykepleierens opplevelse av selvstendighet, tillit og respekt.

*Jeg har jo hatt mange gode visitter (...) Altså, det må jeg bare si. Vi har mange ulike typer leger der noen bare er helt suverene! Du vet bare når du har den legen bak deg (...) da er alt på plass, det er veldig ryddig og da jobber man utrolig lett. Man vet man får den visitten, ordentlig og alt blir gjennomgått. Man har plan for dagen og samarbeidet er også veldig bra (...) man bare vet at ok; får man slike visitter som jeg kaller "ordentlige" så blir det bra!*

De beskriver også intensivleger som beskrives som uinteressert og som aldri har tid eller tar seg aldri tid til å sette seg ned med intensivsykepleier for å diskutere pasienten. De forholder seg enten bare til enkelte deler av pasientbehandlingen, eller kommer med korte tilbakemeldinger, uten å etterlyse eller bekrefte at intensivsykepleierne har forstått og forstår de tiltak og forordninger som har blitt bestemt. Noen intensivleger utsetter visitt til sent på dagen, uten å orientere eller meddele til intensivsykepleieren at de kommer tilbake eller trekker seg stilltiende ut av pasientrommet. Resultatet av dette blir økt telefonkontakt og avbrytelser for intensivsykepleieren for å få klarhet i og rettet opp i behandlingsplan og medikament ordinasjoner. Intensivsykepleieren må aktivt innhente disse intensivlegene for å forsikre seg om at intensivlegene er orienterte om pasienten, behandlingsplan for disse pasientene, og om intensivlegene har den nødvendige informasjonen de trenger for å optimalisere behandlingen.

#### **7.4 Intensivsykepleiere og leger har sammen ansvar for å sikre god pasientbehandling**

*«(...) det er jo legen som har behandlingsansvaret, så det er klart at jeg vil ha legevisitt. Altså "visitt", jeg vil ha en lege som kommer til meg og min pasient.»*

Intensivsykepleierne angir at de er avhengige av intensivlegen og visitten, da visitten utgjør fundamentet for pasientbehandlingen og behandlingsforløp. Dette fordi det er intensivlegen som har både det medikamentelle ansvaret, men også behandlingsansvar. Videre fungerer intensivlegen som et koblingspunkt for intensivsykepleierne, for informasjon og tverrfaglighet da det er intensivlegenes ansvar å kommunisere med moderpost leger, informere pårørende, planlegge behandling, tolke blodprøvesvar og røntgenbilder.

For å kunne utøve og oppfylle sin funksjon, er intensivsykepleier avhengig av å ha god dialog og få god informasjon av intensivlegene om planlagt behandlingsopplegg. Dette er nødvendig for at intensivsykepleieren skal kunne gi helhetlig og kunnskapsbasert pleie og behandling, til intensivpasientene. Å frigi denne informasjonen muliggjør intensivsykepleierens aktive rolle i behandlingen.

*Av og til så tenker jeg om det er fordi vi har for få leger på for mange pasienter som er for krevende, men så tenker jeg at; nei, det skal ikke nødvendigvis være det, men det handler om måten de jobber på. Eller om de ser viktigheten av kommunikasjonen med oss og den tenker jeg at den kan ikke jeg gjøre noe med.*

Å ikke oppleve å være deltakende i kunnskapsutveksling og behandlingsbeslutninger under visitt later til å skape konforme intensivsykepleiere som ikke har de nødvendige verktøy for å aktivt delta i behandlingen, og som, på grunn av dette, blir passive i samarbeidet. Det skaper en opplevelse av maktesløshet, og en opplevelse av å ikke oppfylle sin rolle som intensivsykepleier som igjen kommer til uttrykk gjennom frustrasjon.

*«Jeg er kanskje en person som ikke lar meg forstyrre av sånne ting som tar veldig mye, jeg orker ikke gå rundt å tenke på det. Det tar for mye av min energi, så det gidder jeg ikke. Jeg prøver å jobbe og gjøre det jeg skal gjøre, og så tenker jeg at noen andre får ta tak i det.»*

At intensivlegene ikke har tid, eller er travle, bidrar til at intensivsykepleierne bistår visitten mer som tilskuere enn som deltakere. Videre fremkommer det at intensivsykepleierens pasientnære arbeid, kan true intensivsykepleierens deltakelse under visitten.

*«Man blir kanskje forstyrret av at det er sprøytepumper som er tomme, du skal bytte, du må trakeal suge pasienten, det kan være ting rundt der som gjør at du blir stående «bedside» hele tiden mens den egentlige visitten pågår».*

Når intensivsykepleieren rapporterer sine observasjoner til intensivlege, og disse observasjonene ikke tas til etterretning, opplever flere at dette er noe de må bare må akseptere.

*«Hvis man sier det man observerer slik, i hvert fall som man selv tror er en forståelig måte, klart og tydelig, hvis det ikke tas til etterretning, da kan man ikke gjøre så mye mer. Man kan si "Ja vel".»*

Det som kommer frem i intervjuene er at intensivlegene har ansvar for å ordinere medisiner, orientere seg om pasienten, orientere sykepleier og planlegge behandlingsforløpet på kort og på lang sikt. Intensivlegen har ansvar for kommunikasjon til sine kollegaer og holde i trådene der, planlegging av legedelegerte sine oppgaver så vel som planlegging og utførelse av egne

oppgaver. Også intensivsykepleierne har behov for å diskutere behandlingsopplegget med ansvarlig intensivlege.

Som intensivsykepleier er det deres ansvar å ivareta pasienten på best mulig måte innenfor de rammene som er gitt. Det kommer tydelig frem at intensivsykepleierne kan oppfatte disse rammene som trange. De gir uttrykk for at de skulle ønske de hadde mer tid til å orientere om pasientbehandling og pasientstatus før visitten og oppgir at manglende mulighet til dette forringer kunnskapsutveksling under visitten. Mulighet til å forberede seg til visitt ville gjøre det lettere for intensivsykepleierne å besvare intensivlegenes spørsmål, kartlegge uklårheter intensivsykepleieren måtte ha med tanke på pasientbehandlingen og gjøre seg refleksjoner rundt behandling og mulige tiltak.

*En god visitt er at man har tid til å sette seg ned, at man har fått gått igjennom pasienten når man kom på vakt, at det er få avbrytelser, at man har ro til å bare gjøre noen tanker (...) slik liker jeg å jobbe, og så liker jeg å være forberedt til visitten. I hvert fall jeg liker det, å få litt punktvis informasjon om hva jeg skal spørre legen om, hva trenger jeg svar på, hva er planen videre, er det noe i forhold til denne behandlingen som jeg lurer på.*

Noen angir at det er intensivlegens ansvar å være orientert om pasienten, da de gitte rammene, i dette tilfellet tid, forhindrer intensivsykepleier i å lese seg opp på pasienten. På grunn av manglende mulighet for å forberede seg, forventes det en aksept for at de ikke kan møte intensivlegens behov for eller etterspørsel av informasjon.

Det er manglende konsensus blant intensivsykepleierne hvorvidt det er intensivlegens ansvar eller intensivsykepleierens ansvar å orientere intensivlegen om intensivpasientrelaterte observasjoner. Det blir hevdet både at det er legens ansvar å invitere til og tilegne seg kunnskap om pasientens tilstand, og at dette ansvaret tilfaller intensivsykepleieren.

Det er imidlertid konsensus for at intensivsykepleieren plikter å informere intensivlege om forandringer i pasientens tilstand, effekt av behandling og negativ innvirkning på pasienten av behandlingen. Heri ligger det flere aspekter. Intensivsykepleieren gjør en individuell vurdering av pasienten og en risikovurdering før sykepleieren ser seg nødt til å kontakte intensivlege, hvorvidt sykepleieren anser det som nødvendig å kontakte intensivlege, avhenger av alvorlighets grad og hvorvidt situasjonen er til fare eller skade for pasienten.

*Jeg skal jo fylle på hvis legen har oppfattet ting feil, for det har man opplevd at ting som er direkte feil om den pasienten blir rapportert på fellesrapporten til legene. Der man lurer på hvilken pasient de snakker om, for denne pasienten kjenner ikke jeg. Du sier at*

*vedkommende pasient er sånn og sånn og det stemmer ikke, «du har ikke vært og snakket med meg». Så det du ser i 5 minutter er ikke det som har vært de siste 9 timene. Slik at å rapportere de observasjoner som ikke det er gitt at legen får med seg de 5 minuttene de er inne, som de og er nødt til å vite noe om (...) De kan lese seg til mye, men det er mye som kan gå de hus forbi fordi de har det innmari travelt som de har det så da er det jo viktig at jeg formidler det i tillegg til hva jeg lurer på(...) Og så må jeg selv vurdere hvor farlig det er for denne pasienten. Og klart hvis det skjer så må jeg også rapportere det videre inn i min personalgruppe og hanke inn legen og si noe om det.*

Å måtte ringe og etterspørre informasjon, eller ordinasjoner og behandlingsplan oppleves som unødvendig, tidskrevende, frustrerende og plagsomt. Hyppig telefonkontakt beskrives som mas av den ene intensivsykepleieren, og alle intensivsykepleierne forsvare telefonkontakt med at det er for pasientens del at de utfører handlingen.

*Jeg føler at jeg maser, kanskje man ikke kan kalle det mas, det dreier seg om pasienten og ting som er viktig for han. Men jeg kaller det for mas (...) At du hele tiden må kontakte (intensivlegen) for å få ordinasjoner, men klart det er jo viktig. Det hadde vært noe annet hvis jeg hadde ringt å spurte "Du, kan han få paracet?" Sånne småtterier... Så jeg burde kanskje ikke kalle det for mas.*

Listen for å ta kontakt med intensivlege oppleves å være høy, fordi denne kontakten alltid forsvares av intensivsykepleierne i intervjuene. Intensivsykepleierne nevner flere ganger at de forstår at intensivlegene har mye å gjøre, og de tenker på det faktum at de avbryter intensivlegen i sine gjøremål. De beskriver også det at intensivlegene ofte under visitt blir avbrutt av telefoner og spørsmål og at de må avbryte visitt for å motta telefoner og i verstefall forlate visitten helt og holdent, så konsekvensene av denne kontakten utenfor visitten synes å være åpenbar for intensivsykepleierne.

Disse forstyrrende elementene av visitten påvirker noen av intensivsykepleierne i så stor grad at de ønsker å forlate pasientrommet for å ha visitt. Dette for å tvinge frem et møte som ikke preges av avbrytelser for begge deltakerne og som kan sikre gjennomførelse av visitt.

*I den forstand at man kan trekke seg ut av rommet. At man får til et tverrfaglig møte, hvis man vil det, eller at legen sier «Ok, vi tar to minutter og sette oss ved arbeidsrommet og så går vi igjennom pasienten», men da må du jo ha en PC, du må ha en til å avløse deg, så det er jo snakk om organisering, for å få det til.*

For intensivsykepleierne er det utfordrende å ha visitt inne på pasientrommet da visitten krever tilstedeværelse, noe de ikke opplever de har mulighet til på grunn av pasientnært arbeid som skifte av sprøytepumper, pasientrelaterte gjøremål, eller andre forstyrrende elementer inne på pasientrommet som flere profesjoner inne på pasientrommet samtidig. Heri ligger en rollekonflikt for intensivsykepleieren, som anser sin oppgave som å orientere og informere

intensivlege, men fratras muligheten til å oppfylle sin funksjon da intensivsykepleieren blir opptatt med andre gjøremål. Eksemplifisert i et sitat der intensivsykepleier konfronteres av intensivlege at intensivsykepleier ikke har nevnt noe viktig:

*«Det kan være at jeg, synes jeg er kjempegod å kommunisere (...) men du kan godt få høre; men det sa du ingenting om; «Nei, jeg sa vel ingenting om det da fordi jeg var opptatt med noe annet.»*

En annen konsekvens, ved disse avbrytelsene og en ufullstendig visitt, er behovet for økt telefonkontakt.

*(...) da bruker du unødvendig mye tid på å ringe etter legen og spørre "har du sett på dette? Har du fått med deg at blodprøvene var slik?(...)De får mange flere telefoner enn trenger, vi vet ikke helt hva vi skal, og hva som er mål og mening, og bruker mye tid på å finne ut av det. I stedet for at man gjør seg ferdig, altså da kan det være gjort på ett kvarter, hvis man er litt effektiv og så slipper man å få 1053 telefoner og jeg trenger ikke å ta 1053 telefoner.*

Kontrasten til denne improviserte og uønskede telefonkontakten er når legene kommer inn til intensivsykepleier og avklarer de mest aktuelle problemstillingene i forhold til pasienten som en liten «pre-visitt», informerer om intensivlegens egne plan for dagen og oppgir sin kontaktinformasjon til intensivsykepleieren og inviterer til kontakt.

*Og så hender det at de på morgenen, kommer innom og sier at "her er telefonnummeret mitt hvis det er noen ting, jeg går inn på et annet rom først, så hvis det er noe, så ringer du" og det er god kommunikasjon. Fordi, ja, da vet jeg at du er der, at jeg kan få tak i deg, og det er helt ok for meg, da kan jeg gjøre andre ting i mellomtiden.*

## **7.5 Samarbeid om pasienten ivaretar pasientsikkerheten**

Intensivsykepleierne beskriver samhandling gjennom kommunikasjon og samarbeid som en kvalitetssikring av pasientbehandlingen. En strukturert intensivlege, som er tydelig i sine ordinasjoner, som selv undersøker pasienten for så å samtale med intensivsykepleieren om sine observasjoner oppleves som trygt. Intensivsykepleierne gir uttrykk for at det er ønskelig med erfaringsutveksling rundt observasjoner og den kliniske undersøkelsen av pasienten. Noen opplever intensivlegene som mer opptatt av å erfaringsutveksling med andre leger enn med intensivsykepleierne, og at innpass i deres møter kan være vanskelig. Den ene intensivsykepleieren uttrykker det slik:

*Hvis de blir mest opptatt av å lære opp den andre legen, eller diskutere med moderpostlegen som kommer, så plutselig er alle gått før du har skjønt at "dette var visitten". Vi er jo opplært som barn at man ikke avbryter når andre voksne snakker, at man venter på tur, så det blir ikke slik; «Hei! Hallo! Unna vei nå skal jeg har noen ord*



*med i laget!» Men av og til er vi kanskje litt for høflig også, for det er mye informasjon vi kunne fått hvis man hadde fått lov å komme med input.*

Intensivsykepleierne angir at de skulle ønske de hadde tid til å oppdatere seg om pasientene før visitten, dette for å kunne møte intensivlegen i de spørsmålene den kan ha i forhold til pasienten, men også for å avklare eventuelle spørsmål intensivsykepleieren selv har til behandlingen, og for å sikre at intensivlegen er oppdatert og har den nødvendige informasjonen. En intensivsykepleier uttrykker seg slik:

*Jeg skulle ønske at man hadde litt ekstra tid til å sette seg bedre inn i pasientene, jeg tror det er en del ting som glipper også i muntlige rapporter (...) Jeg tenker at vi får jo endel muntlig rapport, som ikke står skrevet i notatene, og det kan også være småting som har betydning, men som ikke står skrevet noen plasser. Det er jo litt det å kunne svare på ting når, man får spørsmål om det.*

Informasjon som formidles verbalt kan frafalle fra skriftlig rapportering. Intensivsykepleierne skulle samtlige ønske de hadde tid til å orientere seg om pasienten for å få dannet seg et bilde av pasienten. Intensivsykepleieren sier informasjon som formidles muntlig kan frafalle når det ikke er tid til å forberede seg til visitt fordi intensivsykepleierens mulighet for å danne seg opp en mening om pasienten og være mentalt til stedet under visitten.

*«Hvis man sitter hver for seg, sykepleieren og legen og ikke har visitt, så vil du ikke ha det møtepunktet for å diskutere de her tingene, jeg vil si at hvis du ikke har det møtepunktet så vil du få en dårligere behandling, den vil bli mer tilfeldig».*

Behandlingen blir mer tilfeldig hvis intensivsykepleieren og intensivlege ikke har mulighet til å sammen gå igjennom pasienten, utveksle erfaringer og ha faglige diskusjoner rundt pasienten og behandlingen. En konsekvens av dette blir behandlingen tilfeldig.

Intensivlegene har det medisinske ansvaret for pasientene og det fremkommer fra intervjuene at intensivsykepleiere har delegert ansvar for å administrere medikamenter og at manglende kommunikasjon rundt medisinordinasjoner kan utgjøre en risiko for pasientsikkerheten. En av intensivsykepleierne uttrykker det slik:

*(...) hvis legen tar seg tid til å sitte inne på rommet og ordinere medisiner og endre det i MetaVision, så blir det bra! Så fort de trekker seg ut derifra, og ikke er med på den gjennomgangen av medikamenter, da blir det bare rot, fordi medisiner som egentlig skulle vært seponert, satt som ved behov, og da er man ikke med på den gjennomgangen av medisiner, det blir fort rot. Kanskje blir det en feil i ordinasjonen og så står man der og skal gi et medikament og det er ikke rett i det som står der. Så må man begynne å ringe å få endret det, så det blir fort rotete.*

## 8 Diskusjon

Jeg vil nå diskutere resultatdelen av prosjektet opp mot presentert teori og tidligere forskning, for å forsøke å belyse og forklare de fenomenene som fremkommer i innsamlet empiri opp mot min problemstilling «*Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere av samarbeidet med intensivleger under visitt på intensivavdelinger?*»

### 8.1 Visitten som møtepunkt mellom intensivsykepleier og intensivlege

Daglig visittgang er nedfelt som standard for intensivdrift. Nødvendighet av dette fremkommer både i forskning (Boydston, 2018; Kumpf et al., 2017; Lane et al., 2013; O'Brien et al., 2018; Paradis et al., 2016; Stollings et al., 2020) og i retningslinjer for intensivvirksomhet (Søreide et al., 2014). Visitten skal være tverrfaglig og preges av tverrfaglig samarbeid (Helsedirektoratet, 2017, 2018). Dette for å sikre et pasientsentrert helsetilbud med best mulig kvalitet og sikkerhet. Intensivsykepleiere er forpliktet å følge både lovverk og funksjon- og ansvarsbeskrivelse til å utøve intensivsykepleie som er kunnskapsbasert og pasientsikker samt å fremme samarbeid og informasjonsutveksling. Intensivsykepleierne i intervjuene er klar over sine forpliktelser, og ønsker å arbeide for bedre tilrettelegging av samarbeid med intensivleger under legevisitt, noe som er i tråd med krav nevnt i lovverk ovenfor.

Det fremkommer i intervjuene at visitten er viktig og det eneste daglige, formelle møtet mellom intensivleger og intensivsykepleiere. Det kommer også frem at det er flere faktorer som truer en god visitt som manglende mulighet for forberedelse, individuelle forskjeller, travelhet, struktur, manglende kommunikasjon og prioriteringer. Dette samsvarer med funn i tidligere forskning (Boydston, 2018; House & Havens, 2017; Lane et al., 2013; O'Brien et al., 2018; Stollings et al., 2020). Sett under ett stilles det mange krav til en visitt fra flere hold og konsekvensene av manglende tverrfaglig samarbeid er godt dokumentert (Crawford et al., 2012; Hartog & Benbenishty, 2015; House & Havens, 2017; Ma et al., 2018; Nair et al., 2012). Allikevel later det til, ut ifra det som frem i intervjuene, å være utfordrende å få til en god visitt som preges av dette. Konsekvensene av manglende mulighet til å være deltakende på visitt synes å medføre økt arbeidsbelastning og økt moralsk påkjenning for å ikke strekke til.

### 8.2 Samarbeid sikrer pasientsikkerheten

I intervjuene bekreftes det at det er legene som har behandlingsansvar for pasienten i tillegg at hvorvidt en visitt blir god eller ikke er avhengig av hvilken lege som går visitten. En god visitt er ifølge intensivsykepleierne en visitt som preges av struktur der man diskuterer

pasientbehandlingen, aktuelle tiltak, effekt av behandlingen, lager konkrete planer sammen og går igjennom medisinene sammen. Det hevdes at fravær av denne gjennomgangen kan føre til feilmedisinering, økt telefonkontakt og manglende rolleforståelse for intensivsykepleierne og reduserer opplevelsen av mening for intensivsykepleierne. Intensivsykepleierne uttrykker sterkt ønske om å være deltakende under en visitt preget av samarbeid, og later til, så langt det lar seg gjøre, å forsøke å oppfylle Benner et al. (2011) sin tilnærming til et godt og fungerende samarbeid under visitt.

### **8.3 Intensivsykepleiere som bakkebyråkrater**

Det virker som om intensivsykepleierne er *disse uheldige heltene* som presenteres i Lipskys bakkebyråkrati (Lipsky, 2010). Manglende samarbeid under visitt er motstridende med alle de normene, reglene og retningslinjene som er pålagt intensivsykepleiere, som presentert under kapittel 2. Disse reglene er også i overensstemmelse med Lipskys (2010) bakkebyråkrats fordi kravene som stilles til byråkraten ofte er tvetydige og uoverkommelige. Som en følge av dette blir byråkraten tvunget til å gjøre vurderinger som er basert på skjønn (Lipsky, 2010). Dette peker i retning av at intensivsykepleierne i intervjuene utøver skjønn både når det kommer til samarbeid og interaksjon med intensivlegen og til visitten.

I overensstemmelse med definisjon av et bakkebyråkrati (Lipsky, 2010) stilles det krav til visitten hvis rammer ikke tillater måloppnåelse som leder intensivsykepleierne til å gjøre prioriteringer for hvilken informasjon de oppgir, når de oppgir informasjonen og hvilken form visitten og informasjonsutvekslingen har. Hvis legen er opptatt eller travel utelates for eksempel sjekklisten for visitt og intensivsykepleierne adresserer bare aspekter ved behandlingen som de anser som prekære. I tillegg viser funn at intensivsykepleierne later til å vegre seg for å ta kontakt med lege per telefon utover visittiden, men ser seg nødt til dette hvis pasientsikkerheten er truet, noe som kan peke i retning av intensivsykepleierens skjønnsmessige utøvelse av egen moral. På den andre siden angir intensivsykepleierne at hvis intensivlegene frivillig oppgir kontaktinfo med telefonnummer og inviterer til kontakt utenfor visitten, oppleves denne uformelle kontaktmuligheten som velkommen, frigjørende, respektfull og betryggende. Dermed virker det som invitasjon til kontakt og ønsket om kontakt fra intensivlegen kan bedre opplevelse av samarbeid og senke intensivsykepleierens moralske påkjenning i forhold til kontakt.

## **8.4 Intensivsykepleierens autonomi og moralsk påkjenning i samarbeid med intensivlegen under visitt**

Spenningsforholdet mellom ivaretagelse av pasient, egen profesjonsutøvelse, visittens formål og intensivlegene, kan late til å øke intensivsykepleiernes moralske påkjenning. Intensivsykepleierne gir uttrykk for maktesløshet og avmaktsfølelse når de beskriver møter med intensivleger under visitt. Visitten kan være et møte der deres perspektiv og vurderinger ikke tas inn i intensivlegens betraktninger vedrørende pasientbehandlingen. Dette peker i retning av nedsatt autonomi der det eneste som trumfer legens suverenitet er pasientsikkerheten. Ifølge Benner et al. (2011) sin teori om samarbeid kan dette være truende for pasientsikkerheten fordi tolkningen av pasientens tilstand ikke utfordres.

På den andre siden angir intensivsykepleierne i intervjuene at de krever å være orientert under visitten da det er de som skal observere, iverksette og vurdere pasientbehandlingen. Videre at deres jobb er blant annet å korrigere intensivlegens feiloppfatninger vedrørende pasienten samt å se over medisinene sammen og intensivsykepleierne ansvarlig gjør både intensivlegene og ledelse for hvordan visitten i dag gjennomføres. Dette peker i retning av styrket autonomi. Det fremkommer imidlertid at intensivsykepleierne ønsker å bli invitert inn i visitten og samtaler under visitt, noe som kan indikere redusert autonomi. Dette samsvarer med tidligere forskning (AllahBakhshian et al., 2017; Karanikola et al., 2014; Papathanassoglou et al., 2012) vedrørende autonomi og kan indikere at norske intensivsykepleieres autonomi er sterkere sammenlignet andre land, men at der finnes rom for ytterligere tiltak som kan styrke denne ytterligere.

Som presentert under tidligere forskning (AllahBakhshian et al., 2017; Karanikola et al., 2014; Papathanassoglou et al., 2012) kan konsekvensen av økt moralsk påkjenning og nedsatt autonomi føre til nedsatt delaktighet under visitt. Siden intensivsykepleierens delaktighet under visitten påvirker pasientbehandling i positiv retning, virker det rimelig å redusere den moralske påkjenningen og styrke intensivsykepleierens autonomi under visitt. På tross av intensivsykepleierens faglige-, pasient-, behandling- og erfaringskunnskap hevder Benner et al. (2011) at sykepleieutdanningen inneholder lite undervisning i hvordan man skal formidle informasjon og prioritering av denne og at også små endringer hos pasienten kan være av betydning. Det å kunne minimere den moralske påkjenningen intensivsykepleierne i denne studien kjenner på, av å ville bidra, men få begrensede muligheter til å bidra, vil utfra funn i studien kunne bedre informasjonsutvekslingen og samarbeid, noe som også vil kunne komme pasientene til gode.

## 8.5 Kvalitetssikring gjennom bruk av standardiserte verktøy under visitt

Som presentert i forskning (Wilkinson & Truog, 2013; Wilson et al., 2013) kan individuelle forskjeller blant intensivleger påvirke pasientbehandlingen og en mulig løsning for å redusere disse forskjellene er utarbeidelse av en fastsatt struktur og klare retningslinjer for visitt (Wilkinson & Truog, 2013; Wilson et al., 2013). Ser man på det som fremkommer i lovverk og retningslinjer for intensivvirksomhet og forskning (Lane et al., 2013; "Helsepersonelloven", 1999; "Pasient- og brukerrettighetsloven", 1999; "Spesialisthelsetjenesteloven", 1999; O'Brien et al., 2018; Stollings et al., 2020; Søreide et al., 2014) later gullstandarden for visitt å være etablert. I så henseende at den bør være preget av tverrfaglighet, med rom for åpne, flerfaglige diskusjoner rundt pasient og pasientbehandling for å oppnå best mulig kvalitet. At standardiserte verktøy for visitt bedrer opplevelse av samarbeid later til å være godt etablert i forskningen (Boydston, 2018; Brown et al., 2020; O'Brien et al., 2018; Stollings et al., 2020; Wang et al., 2018), men hvilken struktur eller verktøy som anbefales for visitten er fortsatt uklart.

Sjekklistene for visitt finnes også på denne intensivavdelingen ifølge intensivsykepleierne i studien og således burde disse individuelle forskjellene under visitt være reduserte. Likevel, med utgangspunkt i det som fremkommer i intervjuene, benyttes denne sjekklisten sporadisk og det er uenighet om hvem som har ansvaret for å benytte denne under visitten. Noen intensivsykepleiere benytter seg av den som en rettesnor og mulighet for tips til visitt, og andre anser denne som for omstendelig der det er behov for å gjøre tilpasninger. Andre igjen anser denne sjekklisten og strukturen den bringer som legens ansvar. Dette kan være noen mulige forklaringer på hvorfor intensivsykepleierne ikke benytter seg av avdelingens sjekklister.

Argumenter for hvorfor en fastsatt struktur bedrer opplevelsen av samarbeid og kommunikasjon er at sykepleieren får en fastsatt rolle og myndiggjøring under visitt (Boydston, 2018). Dette er i overensstemmelse med det studien til Paradis et al. (2016) der sykepleierens dikterte rolle under visitten opplevdes som en formell invitasjon inn i visitten. Slik det framstår i intervjuene praktiseres ikke sjekklisten for visitt som en fastsatt struktur der intensivsykepleieren kan benytte seg av denne som et verktøy som bemyndiger sykepleieren eller styrker intensivsykepleierens autonomi. I samme studie (Paradis et al., 2016) framkom det at noen leger opplevde denne delegeringen av tid til sykepleiere var unødvendig og tidskrevende. Dette later til å bekreftes av Crawford et al. (2012). Dette kan indikere at verdien av intensivsykepleierens deltakelse under visitt ikke anerkjennes.

Hvorfor strukturen ikke bemyndiger og styrker intensivsykepleieren kan forklares med legens ledende rolle i visitten, noe som kommer frem både i intervjuene og forskningen. For å kunne skape endring innenfor helsesektoren må aktørene anse endringen som verdifull og nødvendig (Nilsen et al., 2020). Det fremkommer fra tidligere forskning at legene anser kommunikasjon og samarbeid med intensivsykepleierne som bedre enn sykepleiere, noe som kan peke i retning av at de ikke anser endring som en nødvendighet. En mulig måte er å endre de ulike profesjoners forståelse for hverandres er tverrfaglig undervisning og simulering (Herrmann et al., 2015; Aase et al., 2014).

## **8.6 Roller og rollefordeling under visitt**

I studien (Paradis et al., 2016) beskrives ringen av hvite frakker der andre profesjoner holdes utenfor. I intervjuene beskrives leger som snakker med hverandre uten å invitere sykepleieren inn, der det blir nødvendig for sykepleier å avbryte, og sette seg inn i legenes samtale med makt. Det beskrives intensivleger som samtaler seg imellom og som undersøker funn og underviser kollegaer, på samme måte som beskrevet i studien (Paradis et al., 2016).

I studien til Paradis et al. (2016) framkommer det også at leger anser sykepleiere som et forstyrrende element i deres funksjon som underviser og mentor for LIS leger under visitt. Dette forklares ut ifra intensivlegens øvrige ansvarsperspektiv. Dette ansvarsperspektivet er noe intensivsykepleierne i intervjuene har forståelse og respekt for, og utgjør også de rammene som intensivsykepleieren må forholde seg til under visitt. Denne rollefordelingen kan imidlertid føre til at sykepleierne er avhengig av legen for å ikke bare kunne utføre de medisinske forordningene, men også sine egne arbeidsoppgaver. Intervjuene eksemplifiseres dette der intensivsykepleieren omtaler legene som voksne, der man venter på tur og invitasjon for å få bidra inn til den tverrfaglige visitten. Benner et al. (2011) hevder imidlertid at selv relasjoner der maktbalansen utfordrer det tverrfaglige samarbeidet, handler det ikke bare om makt da dette ville svekke legens troverdighet, og løsningen vil være å vende fokus tilbake på pasientbehandlingen. Dette er noe også intensivsykepleierne gjør når de berettiger improvisert telefonkontakt med lege.

I studien Matusov et al. (2022) scoret sykepleierne høyere på opplevd samarbeid og kommunikasjon og dette resultatet ble antatt å være relatert til lik avhengighet for deltakerne i pasientbehandlingen. Intensivsykepleierne i intervjuene angir at visitten både kan foregå samtidig som de står opptatt med andre gjøremål, uten at de orienteres under visitten, og at de har opplevd at visitten har funnet sted uten at de var klar over det. Dette kan indikere at

avhengighetsbalansen er ulik siden intensivsykepleierne angir at visitten kan foregå uten dem. Med utgangspunkt i dette kan det late til at utjevning av denne balansen kan bedre opplevelse av samarbeid mellom intensivsykepleiere og leger.

Manglende opplevelse av behov og avhengighet av intensivsykepleierens tilstedeværelse og kunnskap kan understøtte påstanden til Paradis et al. (2016) at visitten i dag fortsatt primært er en legevisitt, noe som kan være en indikasjon på hierarkiske strukturer. Dette kan tyde på behov for økt undervisning om intensivsykepleierens innvirkning på pasientbehandling og viktigheten av tverrfaglig samarbeid under visitt som presentert av Stollings et al. (2020) og Caronia et al. (2020).

I intervjuene påpekes det at leger som aktivt involverer intensivsykepleierne, som viser interesse for intensivsykepleierens observasjoner og forslag til endring og tiltak, styrker opplevelsen av samarbeid, felles forståelse og opplevelse av mening. Denne anerkjennelsen er også i samsvar presentert forskning (Boydston, 2018; Costa et al., 2014; Stollings et al., 2020). Videre angir intensivsykepleierne i intervjuene at leger som ikke inkluderer sykepleiere er i mindretall, i motsetning til funn presentert i studien til Paradis et al. (2016), men i samsvar med Karanikola et al. (2014). Det hevdes at hierarki svekker intensivsykepleieres autonomi, øker moralsk påkjenning og skaper intensivsykepleiere som er passive og avhengige i sin profesjonsutøvelse som igjen truer pasientbehandlingen, og hindrer mulighet for gode faglige diskusjoner og behandlingsalternativer. Intensivsykepleierne i intervjuene bekrefter at hvis de informerer, orienterer og kommer med behandlingsforslag og disse blir avvist eller ikke tatt i betraktning, må de akseptere dette.

Et tiltak som fremmes er å trene intensivsykepleierne i selvhevdelse. Motargumentet til dette er at profesjonsproteksjonisme, profesjonsstolthet og ulik rolleoppfatning bidrar til konflikt mellom profesjonene. Dermed kan man argumentere med at intensivsykepleierens selvhevdelse vil kunne være konfliktskapende fremfor samarbeidsfremmende. På den andre siden fremkommer det i Benner et al. (2011) at det er viktigere å ivareta pasientsikkerheten enn å adlyde ordre og hvis selvhevdelse er det som må til for å motvirke moralsk påvirkning, styrke sykepleierens autonomi og sikre de fordelene dette medfører virker dette som et rimelig tiltak.

Benner et al. (2011) fremmer at legen må holdes til den høyeste standard av oppførsel og en lege som ikke involverer intensivsykepleiere i realiteten ikke tar pasientens velbefinnende i akt,

siden intensivsykepleierens ansvar er nettopp å ivareta pasienten styrkes også viktigheten av intensivsykepleierens delaktighet under visitt.

## **8.7 Organisasjonskulturelle faktorer som påvirker samarbeid under visitt**

Den ene intensivsykepleieren i intervjuene sier det har vært gjort flere forsøk på å forbedre visitten, men at det ikke har lyktes. Dette kan bekrefte de antakelsene presentert ovenfor, som kan tale for en hierarkisk struktur. Artikkelen til Caronia et al. (2020) hevder at legen i kraft av sin «første posisjon» innehar større innflytelse på en samtale og styrer den mer enn «andre posisjon» (her; sykepleiere). Sykepleiere har innrettet seg og utviklet måter å videreformidle og ekstrahere informasjon de anser som viktige (Caronia et al., 2020). Tar man utgangspunkt i dette later det til å være nødvendig med strukturendring. Man kan hevde, ut ifra det som fremkommer i intervjuene, at intensivsykepleierne later til å ha god oversikt over og et sterkt ønske om tverrfaglig samarbeid. For å få til bærekraftig endring må endring ikke bare skje på et personlig plan, men på et organisatorisk og administrativt plan.

De samme mekanismene som påvirker intensivsykepleiere som bakkebyråkrater påvirker også legene. Det fremkommer i intervjuene at legene under visitt til stadighet blir avbrutt av telefoner eller andre viktigere ting eller at deres pasientbelegg er høyt. Dette tvinger også legene til å utøve skjønn og kan tenkes å frata legene mulighet til å utføre visitten slik den bør ifølge retningslinjer og lovverk("Helsepersonelloven ", 1999; "Spesialisthelsetjenesteloven ", 1999; Søreide et al., 2014). Med utgangspunkt i dette er det ikke disse to profesjonene alene som skaper et godt samarbeid og en tverrfaglig visitt, men også systemet de opererer i. Tar man imidlertid utgangspunkt i at legene som ledere(Stollings et al., 2020) med størst makt og status (AllahBakhshian et al., 2017; Paradis et al., 2016; Stollings et al., 2020) som skal holdes til høyeste standard av oppførsel (Benner et al., 2011). For at endring skal skje må den oppfattes som verdifull (Nilsen et al., 2020). Allikevel legenes innstilling til samarbeid og visitt være av betydning, og det kan være aktuelt med tiltak som påvirker denne.

## **8.8 Den selvstendige intensivsykepleieren under visitt**

Det fremkommer i forskning at samarbeid er utfordrende (J. E. Centofanti et al., 2014; Lane et al., 2013; O'Brien et al., 2018; Paradis et al., 2016; Pronovost et al., 2003; Stollings et al., 2020). Det hevdes at det er et hierarki som øker intensivsykepleierens moralske påkjenning og svekker autonomi (AllahBakhshian et al., 2017; Karanikola et al., 2014; Papathanassoglou et al., 2012). I intervjuene framkommer det at visitten er utslagsgivende for intensivsykepleieres opplevelse



av mestring og rolleforståelse, og for utførelse av intensivsykepleie. Således virker det som at intensivsykepleierne selv, forstår seg som en profesjon som er avhengig av andre.

Samtidig påpeker de viktigheten av sine observasjoner og aktuelle tiltak. Det sies at uten det tverrfaglige samarbeidet blir behandlingen mer tilfeldig og mindre pasientsikker, og at ettersom det er de som skal utføre de ordinerte tiltak og observasjoner, har de rett på å kreve å være orientert og involvert i visitten.

Disse to opplevelsene av egen profesjon er motstridende, noe som utgjør et moralsk dilemma. Dette kan øke intensivsykepleierens moralske påkjenning med påfølgende tap av selvfølelse, selvsikkerhet og evne til å utøve profesjons autonomi (AllahBakhshian et al., 2017). Den ene intensivsykepleieren angir at det kan forekomme spørsmål fra legen som ikke lar seg besvare grunnet pasientnært arbeid. Dette igjen kan virke umyndiggjørende og styrke intensivsykepleierens opplevelse av utilstrekkelighet. Den opplevde utilstrekkeligheten kan være en barriere for intensivsykepleierens utøvelse av autonomi som igjen kan hindre intensivsykepleie preget av kritisk og selvstendig tenkning og understøtte opplevelsen av å være avhengig av andre (AllahBakhshian et al., 2017).

Benner et al. (2011) påpeker viktigheten av å utdanne og undervise intensivsykepleiere i å kunne formidle informasjon vedrørende pasienten som er logisk, overbevisende og sterk. Det kommer frem i intervjuene at intensivsykepleierne ikke har mulighet til å lese seg opp på pasienten før en visitt og må som regel bare belage seg på muntlige rapporter. Intensivsykepleierne angir at de opplever at det er lettere å orientere legen om pasienten, behandling, observasjoner og spørsmål hvis intensivsykepleieren har hatt mulighet til å lese seg opp på pasienten før visitten. Tar man utgangspunkt i det Benner et al. (2011) hevder at en klinikers oppfatning av pasientens tilstand må kunne diskuteres og bekreftes for at denne utvekslingen skal være fruktbar, virker det rimelig at det burde tilrettelegges for at også intensivsykepleierne får tid til å forberede seg til visitt.

Konsekvensene av manglende tid til dette er at intensivsykepleieren blir avhengig av legen fordi det organisatorisk og via ansvarsdelegering, legges opp til at legen er den som skal ha oversikt over pasienten. Noe som kan tenkes å redusere intensivsykepleierens opplevelse av autonomi og svekke intensivsykepleierens funksjon under visitten.

I studien (Paradis et al., 2016) fremkommer det at sykepleierne opplevde visitt som forstyrrende for egne oppgaver og noen sykepleiere anga at visitten var en distraksjon som gjorde det

vanskelig for de å konsentrere seg om ting som ble sagt under visitt (Paradis et al., 2016). Dette samsvarer ikke med funn i denne studien, der intensivsykepleierne angir et sterkt ønske om å delta i visitt, men må bli avløst, slik at visitten kan foregå utenfor pasientrommet. Kanskje intensivsykepleiere i Norge er mer autonome i sin yrkesutøvelse enn i Amerika, som presentert i studien (Paradis et al., 2016). Det fremkommer dog at intensivsykepleiernes tilstedeværelse under visitt utfordres på grunn av pasientnært arbeid, noe som kan være i samsvar med de funn presentert i studien til Paradis et al. (2016).

Intensivsykepleierne angir at den muntlige rapporteringen kan være mangelfull, noe som også fremkommer i Benner et al. (2011). Dette forsterker behovet for kommunikasjon mellom intensivsykepleier og intensivlege og mulighet til å forberede seg til visitten.. Intensivsykepleierne i intervjuene angir imidlertid at det er uproblematisk å informere legen om at de ikke har hatt tid til å lese seg opp på pasienten og at dette blir akseptert. På tross av dette peker intensivsykepleiernes innstendige ønske om å kunne forberede seg til visitt som en indikasjon på at denne forklaringen kan være et forsøk å minimere sin egne moralske påkjenning og at forberedelse til visitt vil kunne bidra til å styrke deres selvfølelse og autonomi noe som også samsvarer med at intensivsykepleiers rolle krever kunnskap (Benner et al., 2011). Fravær av mulighet til å forberede seg til visitt styrker også legens posisjon under visitt som igjen fører til en uheldig avhengighets- og kunnskapsbalanse. Dette kan være bidragende til hierarkisk struktur som truer gode lagdiskusjoner, behandlingsalternativer og selvstendig tenkning (Stollings et al., 2020).

## 9 Avsluttende refleksjoner

Når jeg startet dette prosjektet, hadde jeg ikke en klar idé av hva jeg ville finne. Jeg hadde mine erfaringer fra praksisstudier. Som student er man sårbar og kan oppleve situasjoner som utilfredsstillende og usikre på grunn av dette. I min erfaring kan det da være godt å ha klare retningslinjer og rutiner å forholde seg til og det var fravær av dette som initierte min interesse for visitt, med fokus på samarbeid, i tillegg til en nysgjerrighet på hvilke erfaringer intensivsykepleiere hadde med samarbeid med leger under visitt. Mine erfaringer samsvarer med det som fremkommer i intervjuene, som kan tyde på at min uerfarenhet ikke nødvendigvis opphører relevansen av disse erfaringene.

Det finnes det mye forskning vedrørende samarbeid mellom sykepleiere og leger, noe med fokus på visitt og samarbeid, mens annen forskning fokuserer på samarbeid på intensivavdeling mellom intensivsykepleiere og intensivleger. Det har ikke lyktes meg å finne en *best practise* eller *gull standard* for visitt. Samarbeid mellom sykepleiere og leger er en utfordring som ikke så lett lar seg forstås eller forbedres. Likevel, på grunn av de fordelene som følger med et fungerende samarbeid mellom disse to aktørene, er det allikevel verdt å prøve. Mitt prosjekt bidrar, forhåpentligvis, til økt forståelse av denne interaksjonen under visitt.

Dette prosjektet bidrar til å belyse det som allerede fremkommer i eksisterende forskning; forbedringspotensialet er der. Hvorvidt intensivsykepleierens profesjonsposisjon tillater påvirkning på dette området er uklart. Dermed virker det rimelig at endring må være ønskelig, ikke bare fra intensivsykepleierens side, men også fra intensivlegenes perspektiv og fra et overordnet perspektiv, gjennom organisasjon og administrasjon. Dermed belyser prosjektet forbedringspotensialer på person- og organisasjonsnivå.

Visitten et viktig etablert møte i løpet av en dag for intensivsykepleierne og deres profesjonsutøvelse. Det fremkommer imidlertid i intervjuene at kvaliteten på dette møtet er varierende på grunn av fravær av samarbeid av ulike årsaker. Dette peker i retning av at viljen til endring er til stede. Aksepterer man imidlertid intensivlegene som ledere for visitten, ansees det som rimelig for å skape endring, å kartlegge deres opplevelse av visitten, orientere om viktigheten av tverrfaglig samarbeid samt intensivsykepleierens delaktighet under visitt. En annen mulig løsning er tverrprofesjonell undervisning og simulering, for å synliggjøre profesjonenes verdensbilder og således skape forståelse for hverandre, et premiss for samarbeid.

Et annet aspekt som synes å være tvetydig, men som mulig kan forbedre tverrfaglighet og samarbeid, er en klar rollefordeling når det kommer til visitt og struktur av denne. Det fremkommer i intervjuene at avdelingens praksis med sjekklister ikke oppfyller sin funksjon. Det virker rimelig å anta at hvis intensivsykepleiere opplever et behov for å bli invitert inn i en visitt og at legen er leder for visitt, er det behov for en tydelig rolleavklaring i forhold til bruk av sjekklister og hvem ansvaret for å benytte seg av dette verktøyet, tilfaller.

Intensivsykepleie er en profesjon med selvstendig ansvar og profesjonsutøvelse, men slik det fremkommer i forskning og intervjuene er intensivsykepleierne avhengig av intensivlegen for å oppfylle de krav som stilles. Ser man på de retningslinjer som ligger til grunn for pasientbehandling og visitt, så understøttes denne avhengigheten av de retningslinjer som eksisterer i dag for ansvarsfordeling. Denne ansvarsfordelingen kan således tenkes å motarbeide de retningslinjene som er ordinert fra høyere hold igjen. Noe som kan understøtte at intensivsykepleierne kjemper bakkebyråkratens kamp der de krav som stilles er uoppnåelige, da de i praksis ikke har myndighet eller mulighet til å utøve sin autonomi. En mulig løsning på dette er tydelig rolle- og ansvarsavklaring og å styrke intensivsykepleierens evne til selvhevdelse.

Muligheten for å styrke intensivsykepleierens posisjon og autonomi og redusere moralsk påkjenning, synes imidlertid også å være utfordrende, da intervjupersonene angir at de ikke får mulighet til å forberede seg til visitt, at den preges av tilfeldighet, avbrytelser og tidsknapphet. Anser man både intensivlegene og intensivsykepleierne som bakkebyråkrater, er dette to profesjoner som utsettes for moralsk påkjenning og som leder til utøvelse av skjønn. Tar man utgangspunkt i dette, later det til å være behov for prioriteringer av ressurser i form av både personell og strukturelle rammer for å kunne tilrettelegge for en visitt preget av samarbeid.

For å konkludere kan det virke som hierarkisk tilnærming til samarbeid er svakere, men fortsatt eksisterende også i norske sykehus, og at denne tilnærmingen understøttes av de retningslinjene som er førende for intensivvirksomhet og visitt. Tydelig rolleavklaring og felles forståelse bør tilstrebes og kan oppnås gjennom bevisstgjøring, undervisning og simulering, og visitten kan være en aktuell situasjon for dette. Bruk av sjekklister kan redusere individuelle forskjeller og bedre samarbeid, men ansvar og gjennomføring av denne bruken bør avklares. Videre er det ikke kjent hvilket verktøy som er det beste. Det synes rimelig å påstå viktigheten av visitten ikke bør undervurderes og at organisatoriske og administrative grep bør vurderes. Ikke bare for å muliggjøre intensivsykepleierens tilstedeværelse, men også delaktighet i visitten ved å tillate

intensivsykepleieren å orientere seg om pasienten før visitt og muligens frigjøre intensivsykepleieren fra pasientnært arbeid under visitten og således styrke intensivsykepleierens posisjon under visitt.

Når det er sagt, er dette en liten studie med fire intensivsykepleiere fra én intensivavdeling i Nord-Norge. Derfor vil videre kartlegging av intensivsykepleieres erfaringer av samarbeid med intensivleger under visitt, være nødvendig for at funnene skal kunne generaliseres. Studien kan allikevel brukes for identifikasjon av mulige, lavgrads, forbedring- og tiltaksområder.

## 10 Referanseliste

- AllahBakhshian, M., Alimohammadi, N., Taleghani, F., Nik, A. Y., Abbasi, S., & Gholizadeh, L. (2017). Barriers to intensive care unit nurses' autonomy in Iran: A qualitative study. *Nurs Outlook*, 65(4), 392-399. doi:10.1016/j.outlook.2016.12.004
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care : a thinking-in-action approach* (2nd. ed. ed.). New York: Springer Publ.
- Boydston, J. (2018). Use of a standardized care communication checklist during multidisciplinary rounds in pediatric cardiac intensive care: a best practice implementation project. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 16(2), 548-564. doi:10.11124/jbisrir-2017-003350
- Brown, L., Saini, V., & Carter, C. (2020). Standardizing Multidisciplinary Rounds: Creation of an Efficient and Effective Process to Care for the Critically Ill. *J Nurs Adm*, 50(1), 5-8. doi:10.1097/nna.0000000000000830
- Byrkjeflot, H., & Guldbrandsøy, K. (2013). Både hierarkisk styring og nettverk - En studie av utviklingen i styringen av norske sykehus. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 54(4), 464-491.
- Caronia, L., Saglietti, M., & Chierogato, A. (2020). Challenging the interprofessional epistemic boundaries: The practices of informing in nurse-physician interaction. *Soc Sci Med*, 246, 112732-112732. doi:10.1016/j.socscimed.2019.112732
- Centofanti, J. E., Duan, E. H., Hoad, N. C., Swinton, M. E., Perri, D., Waugh, L., & Cook, D. J. (2014). Use of a daily goals checklist for morning ICU rounds: a mixed-methods study. *Crit Care Med*, 42(8), 1797-1803. doi:10.1097/ccm.0000000000000331
- Centofanti, J. E., Duan, E. H., Hoad, N. C., Swinton, M. E., Perri, D., Waugh, L., & Cook, D. J. (2014). Use of a Daily Goals Checklist for Morning ICU Rounds: A Mixed-Methods Study. *Crit Care Med*, 42(8), 1797-1803. doi:10.1097/CCM.0000000000000331
- Costa, D. K., Barg, F. K., Asch, D. A., & Kahn, J. M. (2014). Facilitators of an Interprofessional Approach to Care in Medical and Mixed Medical/Surgical ICUs: A Multicenter Qualitative Study: FACILITATORS OF INTERPROFESSIONAL CARE. *Research in nursing & health*, 37(4), 326-335. doi:10.1002/nur.21607
- Crawford, C. L., Omery, A., & Seago, J. A. (2012). The Challenges of Nurse-Physician Communication: A Review of the Evidence. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 42(12), 548-550. doi:10.1097/NNA.0b013e318274b4c0
- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs, K. G., & Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84(9), 1192-1196. doi:10.1016/j.resuscitation.2013.03.016
- Ervin, J. N., Kahn, J. M., Cohen, T. R., & Weingart, L. R. (2018). Teamwork in the intensive care unit. *Am Psychol*, 73(4), 468-477. doi:10.1037/amp0000247
- Fekjær, S. B. (2013). *Hvordan bli en lykkelig masterstudent? : masteroppgavehåndbok*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gadamer, H.-G. (2014). *Truth and method* Bloomsbury Revelations (pp. 603).
- Hartog, C. S., & Benbenishty, J. (2015). Understanding nurse-physician conflicts in the ICU. *Intensive Care Medicine*, 41(2), 331-333. doi:10.1007/s00134-014-3517-z
- Helsedirektoratet. (2017, 17.01.18). Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig->

[samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester](#)

- Helsedirektoratet. (2018). Nasjonal Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023. In: Helsedirektoratet.
- Herrmann, G., Woermann, U., & Schlegel, C. (2015). Interprofessional education in anatomy: Learning together in medical and nursing training: Interprofessional Education in Anatomy. *Anatomical sciences education*, 8(4), 324-330. doi:10.1002/ase.1506
- House, S., & Havens, D. (2017). Nurses' and Physicians' Perceptions of Nurse-Physician Collaboration: A Systematic Review. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 47(3), 165-171. doi:10.1097/nna.0000000000000460
- Karanikola, M. N. K., Albarran, J. W., Drigo, E., Giannakopoulou, M., Kalafati, M., Mpouzika, M., . . . Papathanassoglou, E. D. E. (2014). Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *J Nurs Manag*, 22(4), 472-484. doi:10.1111/jonm.12046
- Kumpf, O., Braun, J.-P., Brinkmann, A., Bause, H., Bellgardt, M., Bloos, F., . . . Waydhas, C. (2017). Quality indicators in intensive care medicine for Germany - third edition 2017. *Ger Med Sci*, 15, Doc10-Doc10. doi:10.3205/000251
- Lane, D., Ferri, M., Lemaire, J., McLaughlin, K., & Stelfox, H. T. (2013). A Systematic Review of Evidence-Informed Practices for Patient Care Rounds in the ICU. *Crit Care Med*, 41(8), 2015-2029. doi:10.1097/CCM.0b013e31828a435f
- Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy : dilemmas of the individual in public services*(30th anniversary expanded ed. ed., pp. 300).
- Lov om helsepersonell (1999).
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), Helse- og omsorgsdepartementet (2011).
- Lov om pasient- og brukerrettigheter Helse- og omsorgsdepartementet (1999).
- Lov om spesialisthelsetjenesten Helse- og omsorgsdepartementet (1999).
- Ma, C., Park, S. H., & Shang, J. (2018). Inter-and intra-disciplinary collaboration and patient safety outcomes in US acute care hospital units: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 1-6.
- Malterud, K. (2017a). *Kvalitativ metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017b). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Matusov, Y., Matthews, A., Rue, M., Sheffield, L., & Pedraza, I. F. (2022). Perception of interdisciplinary collaboration between ICU nurses and resident physicians during the COVID-19 pandemic. *J Interprof Educ Pract*, 27, 100501-100501. doi:10.1016/j.xjep.2022.100501
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2019). *Evidence-based practice in nursing & healthcare : a guide to best practice* (Fourth edition. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Nair, D. M., Fitzpatrick, J. J., McNulty, R., Click, E. R., & Glembocki, M. M. (2012). Frequency of nurse-physician collaborative behaviors in an acute care hospital. *Journal of interprofessional care*, 26(2), 115-120.
- Nilsen, P., Seing, I., Ericsson, C., Birken, S. A., & Schildmeijer, K. (2020). Characteristics of successful changes in health care organizations: an interview study with physicians, registered nurses and assistant nurses. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 147-147. doi:10.1186/s12913-020-4999-8
- NSF. (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Oslo: NSF. Retrieved from <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

NSFLIS. (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*

NSFs LANDSGRUPPE AV INTENSIVSYKEPLEIERE Retrieved from

<https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxIgGCkwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>

- O'Brien, A., O'Reilly, K., Dechen, T., Demosthenes, N., Kelly, V., Mackinson, L., . . . Cocchi, M. N. (2018). Redesigning Rounds in the ICU: Standardizing Key Elements Improves Interdisciplinary Communication. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 44(10), 590-598. doi:10.1016/j.jcjq.2018.01.006
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Papathanassoglou, E. D. E., Karanikola, M. N. K., Kalafati, M., Giannakopoulou, M., Lemonidou, C., & Albarran, J. W. (2012). Professional Autonomy, Collaboration With Physicians, and Moral Distress Among European Intensive Care Nurses. *American Journal of Critical Care*, 21(2), e41-e52. doi:10.4037/ajcc2012205
- Paradis, E., Leslie, M., & Gropper, M. A. (2016). Interprofessional rhetoric and operational realities: an ethnographic study of rounds in four intensive care units. In (pp. 735-748). [Dordrecht] :
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. In (Eleventh edition.; International edition. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Pronovost, P., Berenholtz, S., Dorman, T., Lipsett, P. A., Simmonds, T., & Haraden, C. (2003). Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care*, 18(2), 71-75. doi:10.1053/jcrc.2003.50008
- Stollings, J. L., Devlin, J. W., Lin, J. C., Pun, B. T., Byrum, D., & Barr, J. (2020). Best Practices for Conducting Interprofessional Team Rounds to Facilitate Performance of the ICU Liberation (ABCDEF) Bundle. *Crit Care Med*, 48(4), 562-570. doi:10.1097/CCM.0000000000004197
- Søreide, E., Flatland, S., Flaatten, H., Helset, E., Haavind, A., Klepstad, P., . . . Vinorum, O. G. (2014). Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. Retrieved from [https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer\\_for\\_intensivvirksomhet\\_151014.pdf](https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer_for_intensivvirksomhet_151014.pdf)
- Wang, Y.-Y., Wan, Q.-Q., Lin, F., Zhou, W.-J., & Shang, S.-M. (2018). Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review. *Int J Nurs Sci*, 5(1), 81-88. doi:10.1016/j.ijnss.2017.09.007
- Wifstad, Å. (2019). Vitenskapsteori. *Sykepleien forskning (Oslo)*(78763), e-78763. doi:10.4220/Sykepleienf.2019.78763
- Wilkinson, D. J. C., & Truog, R. D. (2013). The luck of the draw: physician-related variability in end-of-life decision-making in intensive care. *Intensive Care Med*, 39(6), 1128-1132. doi:10.1007/s00134-013-2871-6
- Wilson, M. E., Rhudy, L. M., Ballinger, B. A., Tescher, A. N., Pickering, B. W., & Gajic, O. (2013). Factors that contribute to physician variability in decisions to limit life support in the ICU: a qualitative study. *Intensive Care Med*, 39(6), 1009-1018. doi:10.1007/s00134-013-2896-x
- Aase, I., Hansen, B. S., & Aase, K. (2014). Norwegian nursing and medical students' perception of interprofessional teamwork: a qualitative study. *BMC Med Educ*, 14(1), 170-170. doi:10.1186/1472-6920-14-170



## Vedlegg

### Vedlegg 1: Søknad om tilgang til forskningsfelt

#### Søknad til seksjonsleder om tillatelse til å intervju intensivsykepleiere

Jeg heter Mia Kile og jeg er masterstudent i master i intensivsykepleie ved Norges arktiske universitet –UiT.

I mitt mastergradsprosjekt ønsker jeg å undersøke intensivsykepleieres erfaringer og opplevelser av kommunikasjon og samarbeid med lege under legevisitt på intensivavdelinger.

Mitt håp gjennom prosjektet er å få kunnskap om hvilke momenter som fremmer / hemmer kommunikasjon og samarbeid under legevisitt fra intensivsykepleieperspektivet.

Prosjektet er en kvalitativ studie, hvor jeg ønsker å gjennomføre kvalitative dybdeintervju med fire intensivsykepleiere som arbeider daglig i klinikken og som har mer enn to års praksis som intensivsykepleier. Intervjuene vil vare i 45-60 min.

Resultat fremkommet fra intervjuene vil være grunnlaget for analysen og diskusjonen i masteroppgaven.

Opplysningene som innhentes vil behandles etter Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) og UiT sine retningslinjer. De vil behandles konfidensielt, og vil ikke være sporbare tilbake til informantene eller avdelingen.

Intervjuene vil bli tatt opp med lydopptaker, og opptakene vil slettes ved prosjektets slutt i tråd med UITs regler om oppbevaring, lagring og sletting av forskningsdata. Mer informasjon om dette finnes her: <https://uit.no/forskningsrutiner/helsefak/rutine>. Hver deltaker vil få et utfyllende skriv med informasjon om prosjektet og deres rettigheter.

Deltagelse i prosjektet er frivillig og hver deltaker må skrive under på et informert frivillig samtykke. Informantene har mulighet til å trekke seg når som helst i studien uten å oppgi grunn, og da slettes datamaterialet jeg har fått fra deres intervju.

Intervjuene er planlagt gjennomført i løpet av Januar 2022, og planlagt prosjekt slutt 5. Mai 2022. Min veileder på masteroppgaven er Kjersti Sunde Mæhre.

Med dette ber jeg om tillatelse til å intervju intensivsykepleiere på Intensivavdelingen A3 på UNN, som har erfaring med daglig visitt gang og klinisk arbeid.

Ber også om at ledelsen videreformidler denne informasjonen og bistår med å rekruttere 4 aktuelle intensivsykepleiere som jeg kan kontakte så snart som mulig.

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

Håper på positiv tilbakemelding på min søknad.

Vennlig hilsen

Mia Kile

Kjersti Sunde Mæhre

Tlf.: 46523075

Tlf.: 77058353

Mail: mki056@uit.no

Mail: Kjersti.S.Mahre@uit.no

Masterstudent

Veileder

Vedlegg:

Informasjonsskriv til intervjupersoner

## **Vedlegg 2: Informasjonsskriv**

### Forespørsel om deltakelse til masterprosjektet:

Intensivsykepleieres erfaring med kommunikasjon og samarbeid under legevisitt på intensivavdelinger?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke intensivsykepleieres erfaringer av samarbeid og kommunikasjon under legevisitt på intensivavdelinger.

I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

På bakgrunn av hva vi vet om korrelasjonen mellom godt samarbeid og kommunikasjon og pasientsikkerhet, manglende kunnskap om «best practise» under legevisitt på intensivavdelinger og intensivsykepleiers perspektiv innenfor tematikken vil hensikten med studien være å belyse aspekter ved dette.

Gjennom dette masterprosjektet ønsker jeg å undersøke hvordan fire intensivsykepleiere på intensivavdelinger tilknyttet fortrinnsvis Nord-Norge erfarer samarbeid og kommunikasjon under legevisitt. Nærmere bestemt:

1. Hvordan foregår kommunikasjon og samarbeid i dag under visitt?
2. Hvilke momenter påvirker samarbeid og kommunikasjon? Hva fremmer, og hva hemmer samarbeid og kommunikasjon?

**Tilleggs mål med forskningsprosjektet er å:** Mulig publisere en eller flere forskningsartikler basert på dataene vi innhenter til masteroppgaven. Mulig bidra til forbedringsarbeid i praksisfeltet.

### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

*UiT-Norges arktiske universitet er ansvarlig for prosjektet* er ansvarlig for prosjektet. Prosjektleder er Kjersti Sunde Mæhre - Førsteamanuensis, Master i sykepleie IHO, UiT.

### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å gjennomføre kvalitative dybdeintervju med fire til fem yrkesaktive intensivsykepleiere som arbeider i en intensivavdeling da de har spesialkompetanse på feltet. Det er ønskelig at intensivsykepleierne har mer enn to års erfaring fra intensivfeltet. Ved å delta i prosjektet vil du kunne bidra med dine erfaringer om kommunikasjon og samarbeid som foregår med lege under legevisitt på intensivavdelinger. Hensikten er å undersøke hva dere erfarer er en god legevisitt og hvordan få til en god legevisitt

Etter godkjenning fra NSD har jeg kontaktet din leder og fått tilgang til forskningsdeltagelse. Gjennom lederen din har vi fått oppgitt navn på kandidater som kan delta, og det er derfor at vi nå tar kontakt med deg.

### Hva innebærer det for deg å delta?

Intervjuene planlegges gjennomført i januar og vil foregå på din arbeidsplass eller annet egnet sted som passer for deg. I og med Covid-19 situasjon og hensyn til smittevern kan det bli aktuelt å gjennomføre digitale intervju.

Til intervjuene har jeg utformet en intervjuguide med overordnede spørsmål og tema, som kan fungere som en veileder for intervjuet, men formålet med er å få frem dine erfaringer og tanker rundt temaet. Intervjuene vil tas opp med lydopptaker og i tillegg kommer jeg til å ta notater underveis. Intervjuet vil vare ca. 60 min og bli transkribert av meg. Personvern vil bli ivaretatt etter UITs retningslinjer også under transkribering. Resultatet av intervjuene vil være grunnlaget for analysen og diskusjonen i masteroppgaven.

I intervjusettingen vil jeg, masterstudenten, ha rollen som moderator og prosjektleder vil muligens delta som observatør på intervjuet.

### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du samtykker til 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.

Ved ferdigstilt masteroppgave og eventuelle fremtidige forskningsartikler vil hverken du eller din arbeidsplass kunne gjenkjennes.

Retningsgivende gjennom prosjektet vil være Helseindeksdeklarasjonen for å sikre intensivsykepleiernes integritet og trygghet (World Medical Association, 2018). Datamaterialet vil bli oppbevart og håndtert i samsvar med UiTs retningslinjer samt NSDs retningslinjer for håndtering av personopplysninger.

Vedlagt finnes et samtykkeskjema, som vil oppbevares i et låsbart skap etter signering og oppbevares av masterstudenten.

Intervjuet tas opp via diktafonappen som sender lydopptaket til et kryptert nettsted gjort tilgjengelig for meg og min veileder gjennom UiTs nettskjema med innlogging via Feide. Lydopptaket vil kun bli hørt av meg i forbindelse med transkribering av intervjuene.

Transkripsjonen vil bli bearbeidet og lagret i en trygg elektronisk mappe godkjent for håndtering av gule data av UiT. Personidentifiserende opplysninger vil bli kodet. Når transkriberingen er utført vil den leses av min veileder og prosjektansvarlig Kjersti Sunde Mæhre, som også vil bidra i analyseringen av innsamlet empiri.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Lydopptaket med dine personopplysninger vil bli slettet etter transkripsjon. Masteroppgaven med kodet materiale vil etter tidsplanen bli levert 5 mai 2022, og evt. publisert i ettertid. Bearbeidet skriftlig materiale vil bli lagret ut 2023, slik at vi kan skrive og få publisert en forskningsartikkel.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Ditt samtykke vil gi oss tillatelse til å kunne behandle opplysninger om deg.

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

### Dine rettigheter

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

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

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

- UIT ved Mia Kile, tlf.; 46523075 eller mail: [mki056@uit.no](mailto:mki056@uit.no)
- Du kan også kontakte min veileder: Førsteamanuensis Kjersti Sunde Mæhre, tlf: 77058353 mail: [kjersti.s.mahre@uit.no](mailto:kjersti.s.mahre@uit.no)
- Personvernombud på UiT: Joakim Bakkevoll, 776 46322/976915 78, [personvernombud@uit.no](mailto:personvernombud@uit.no)
- NSD –Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon:55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Veileder

Mastergradsstudent

Kjersti Sunde Mæhre

Mia Kile

Tlf.: 77058353

Tlf.: 46523075

Mail: [kjersti.s.mahre@uit.no](mailto:kjersti.s.mahre@uit.no)

Mail: [mki056@uit.no](mailto:mki056@uit.no)

---

## **Samtykkeerklæring**

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Intensivsykepleieres erfaring med kommunikasjon og samarbeid under legevisitt på intensivavdelinger* og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg har fått informasjon om at intervjuet vil tas opp på lydopptaker og at det vil bli slettet når transkribering er fullført. Videre har jeg fått informasjon om at jeg kan trekke meg når som helst og at mitt personvern sikres gjennom hele prosjektet. Jeg samtykker til å delta i intervju. Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

.

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 3: Intervjuguide

### Intervju guide

Problemstilling: «Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med samarbeid og kommunikasjon med lege under legevisitt?»

### Innledende orientering:

Intervjueren definerer situasjonen, forteller litt om formålet, hva lydopptakeren skal brukes til, spør om intervjupersonen har noen spørsmål. Jeg vil gå gjennom informasjonsskrivet og bruke det som innledning. Informere intervjupersonene om min og deres taushetsplikt og at de ikke må utlevere informasjon til meg og anonymisere pasientfortellingene. Og hvordan data vil oppbevares, lagres og slettes i tråd med UITs retningslinjer for oppbevaring av forskningsdata.

### Innledning

Innledendespørsmål (enkle, konkrete spørsmål):

Skal fremstå som uformelle og ufarlige, og med på å skape rapport og «lande» møtet. Ikke lydopptaker

- Hei. Hvordan går det? Takk for at du valgt å delta på dette forskningsprosjektet.
- Hvor lenge har du jobbet på ?
- Hvor lenge har du jobbet som intensivsykepleier?

### Hoveddel

1. Fortelle om erfaringer knyttet til kommunikasjon og samarbeid under visitt

-Kan du beskrive legevisitten slik den er på din arbeidsplass?

-Hvilke erfaringer har du som intensivsykepleier med legevisitt?

-Kan du fortelle om en gang du har hatt en dårlig erfaring med kommunikasjon? Hva skjedde da? Kan du huske en gang du har hatt god erfaring med kommunikasjon og samarbeid? Hva skjedde da?



## 2. Opplevelse av kommunikasjon og samarbeid under legevisitt

-Hvordan opplever du kommunikasjon og samarbeid med legene ved visitt?

-Hvordan opplever du din egen kommunikasjon og samarbeid med lege under visitt?

## 3. Påvirkningsfaktorer

-Hvilke faktorer påvirker din opplevelse av visitten?

-Hvilke faktorer opplever du som utslagsgivende for en god visitt og hva gjør den mindre god?

-Er det noen tiltak du tenker kan forbedre informasjonsutveksling og samarbeid under visitten?

## Avslutning

-Spørre om intervjudeltakeren har noe mer å tilføye?

-Er det noe du opplever vi burde snakket om, som ikke har snakket om?

-Vil det være mulig for meg å kontakte deg igjen skulle dette vise seg å være nødvendig?

## Avrunding:

Kan ta opp temaer om hvordan forskningsprosjektet går videre og hva som vil skje med dataene, om hvordan informanten får tilbakemelding, hva som skal skje videre i prosjektet.

Informanten takkes for innsatsen

