

# Intensivsykepleiers rapport ved overlevering av akutt kritisk syk pasient i vaktskiftet

En observasjonsstudie



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**  
**Master i spesialsykepleie, spesialisering i intensivsykepleie**  
**Masteroppgave (30 studiepoeng)**

Studenter: Charlotte Anda og Ariane Elise Risvoll Kolstad

Veileder: Dagrunn Nåden Dyrstad førsteamanuensis, UiS

Dato: 12.05.2023

## UNIVERSITETET I STAVANGER

### MASTER I SPESIALSYKEPLEIE

Spesialisering i:

Intensivsykepleie

### MASTEROPPGAVE

Semester: Vår 2023

Forfatter/Masterkandidat: Ariane Elise Risvoll Kolstad og Charlotte Anda

Veileder: Førsteamanuensis Dagrunn Nåden Dyrstad

### TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Intensivsykepleiers rapport ved overlevering av akutt kritisk syk pasient i vaktskifte. En observasjonsstudie.

Engelsk tittel: Intensive care nurse's report in change of shift handover of an acute critical ill patient. An observational study.

Emneord/Stikkord: Pasientoverlevering, vaktskifte, muntlig rapport, intensivsykepleier, intermediaærvdeling, kvalitativ, observasjonsstudie.

Antall ord: 17 622

Stavanger 12.05.2023

# Forord

Gjennom arbeidet med masteroppgaven har vi tilegnet oss ny kunnskap om temaet, forskning og prosessen ved å gjennomføre en studie. Dette er kunnskap vi tar med oss videre, og vil fremover sette mer pris på ny forskning som publiseres. Til tross for ulike utfordringer underveis i studiet, har det vært en lærerik og givende utviklingsprosess som vi ikke ville vært foruten. Vi ser frem til en ny hverdag som intensivsykepleiere, og er klar for å ta i bruk alt vi har lært gjennom masterstudiet.

Vi vil gi en stor takk til intermediaeravdelingen som tilrettela for oss under datainnsamlingen, og gjorde det mulig å gjennomføre studien. I tillegg ønsker vi å takke informanter som deltok i studien. Vi setter stor pris på deres deltagelse.

Vi vil også rette en takk til våre medstudenter og engasjerte lærere som har bidratt til to fantastiske år på masterstudiet. Dere har bidratt til gode refleksjoner og tilbakemeldinger, som har hjulpet oss til å samle kaotiske tanker, som ikke ville ha roet seg uten deres hjelp. Vi setter pris på alle de sosiale sammenkomstene vi har fått sammen med medstudentene. Hytteturene, studiegruppene, middagene og minigolfen har vært en stor motivasjon gjennom studiet, og har vært med på å løse utfordringer som har oppstått underveis.

En spesielt stor takk er rettet til vår veileder Dagrunn Nåden Dyrstad for stor hjelp med masteroppgaven. Vi ønsker å takke for tålmodigheten, positiviteten og engasjementet du har vist oss. Dine rike kunnskaper og konstruktive tilbakemeldinger har bidratt til at vi har klart å utvikle en masteroppgave vi er fornøyd med.

# Sammendrag

**Bakgrunn:** En pasientoverlevering i vaktskiftet hvor pasientansvaret skiftes fra en intensivsykepleier til en annen, er noe som skjer daglig. Det kan være en sårbar situasjon for pasienten, og en risiko for pasientsikkerheten dersom pasientoverleveringen er mangelfull. Det er derfor viktig at pasientoverleveringen blir utført på en trygg, informativ og sikker måte. Dette bidrar til å sikre kvalitet og kontinuitet i pasientbehandlingen.

**Hensikt og problemstilling:** Hensikten med studien var å belyse hvordan muntlig rapport ble gitt av intensivsykepleiere, i en overlevering av akutt kritisk syk pasient. Det var ønskelig å få mer kunnskap om nåværende rutiner for pasientoverlevering. I tillegg ville man innhente intensivsykepleieres tanker og refleksjoner om pasientoverleveringen. Problemstillingen var: *“Hvordan gjennomføres pasientoverlevering av intensivsykepleiere i vaktskifte ved en intermediæravdeling, og hvordan opplevde informantene den i etterkant?”*

**Metode:** I denne studien er det brukt observasjon som metode, som inkluderte korte samtaler i etterkant med informantene. Ikke-deltakende observasjoner av 17 pasientoverleveringer fra vaktskiftet, ble utført på en intermediæravdeling på et sykehus i Norge. Kvalitativ innholdsanalyse ble benyttet for å analysere og transkribere datamaterialet.

**Resultater:** Studien identifiserte to temaer: 1) *Uklare rutiner for rapportgiving i avdelingen kan påvirke ivaretagelse av pasienten.* Dette handlet om ulike gjennomføring av rapporten og omgivelser som var påvirkende for pasientoverleveringen. 2) *Muntlig rapport skaper rom for læring.* Temaet dreide seg om samhandlingen mellom informantene og faglige innspill.

**Konklusjon:** Funnene avdekket at pasientoverleveringen ble utført ulikt og det var delte meninger om hvilket system som ble brukt for rapportgiving i avdelingen. Det ble også observert at forstyrrelser og avbrytelser kunne påvirke pasientoverleveringen. I tillegg kunne samspillet og innspill av faglige vurderinger og råd bidra til læring hos informantene.

**Nøkkelord:** Pasientoverlevering, vaktskifte, muntlig rapport, intensivsykepleier, intermediæravdeling, kvalitativ, observasjonsstudie.

# Abstract

**Background:** A patient handover during change-of-shift happens every day, where the patient's responsibility is changed from one intensive care nurse to another. It can be a vulnerable situation for the patient and a risk to the patient's safety if the patient handover is defective. It is therefore important that the patient handover is carried out in a safe, informative and secure manner. This helps to ensure quality and continuity in patient care.

**Purpose:** The purpose of this study was to shed light on how reports are given by intensive care nurses, in a handover of an acute critical ill patient. In addition, it was desirable to gain more knowledge about current routines for patient handover and obtain the informant's thoughts and reflections on the patient handover. The research question was: *"How is a patient handover carried out by intensive care nurses in change-of-shift at an intermediate ward, and how did the informants experience it afterward?"*

**Methods:** Observation as a method was conducted, and included short conversations with the informants. Non-participant observation of 17 patient handovers in change-of-shift was conducted on a ward in a hospital in Norway. Qualitative content analysis was used to analyze and transcribe the data material.

**Results:** The study identified two themes: 1) *Unclear routines for change-of-shift reports in the ward could affect the patient's care.* This theme addressed different execution of the report and surroundings that were affecting the patient handover.

2) *Oral report makes room for learning.* This theme addressed the interactions between the informants and professional assessments.

**Conclusions:** The findings revealed that the patient handovers were done differently, and there were different opinions about which reporting system that was used in the ward. There were also observed disturbances and interruptions that could affect the patient handover. Interaction and input from professional assessments and advice could contribute to increased learning for the informants.

**Keywords:** Patient handover, change-of-shift, oral report, intensive care nurse, intermediate ward, qualitative, observational study.

# Ordforklaringer

- Mal for sykepleienotat i journalsystem for skriftlig rapport/dokumentasjon: Notat med mal som inneholder 12 funksjonsområder, og som blir brukt av sykepleiere til skriftlig dokumentasjon i pasientjournal på sykehus.
- Rapport: Avhandling om pasienten og behandlingen som gis ved skift av pasientansvaret.  
Pasientoverlevering: Er en prosess hvor pasientansvaret overføres fra et helsepersonell til en annen.  
Begge ordene "Pasientoverlevering" og "Rapport" ble brukt i de korte samtalene, og ordene blir brukt om hverandre i oppgaven.
- NSFLIS: Norsk Sykepleiesforbunds Landsgruppe av Intensivsykepleiere.
- NSD: Norsk senter for forskningsdata.
- REK: Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.
- PVO: Personvernombudet.
- MTU: Medisinsk teknisk utstyr.
- Funksjonsområde: Områder som sykepleiere er ansvarlig for i pasientpleien.
- ISBAR: Kommunikasjonsverktøy som brukes i helsetjenesten.
- En-veis-kommunikasjon: Kommunikasjon hvor kun den ene parten snakker.
- Subcutan kanyle: Et plastrør som ligger i vevet like under huden som brukes til å gi medisiner i.
- Optiflow: Behandling med fuktet og oppvarmet luft.

- Stansalarm: En trådløs personsøker som en i avdelingen til enhver tid skal bære med seg. Denne ringer dersom noen på sykehuset har meldt inn en hjertestans situasjon, og trenger øyeblikkelig hjelp.
- Skriftlig notat: Et dokument som blir skrevet av avtroppende intensivsykepleier i et elektronisk journalsystem. Det dokumenteres relevante opplysninger om arbeidet som er blitt gjort, og om pasientens tilstand.
- Arteriekran: Et plastrør som ligger i en av pasientens arterier. Det brukes blant annet til å måle kontinuerlig blodtrykk.
- Scoop: Et medisinsk overvåkningssystem som er en skjerm hvor det vises kontinuerlig pasientens vitale målinger slik som puls, hjerterytme, respirasjonsfrekvens og blodtrykk.
- Middelblodtrykk: Det gjennomsnittlige blodtrykket.
- Metningsmål: Er et mål for hvor lavt eller høyt pasientens oksygenopptak tillates å være.
- Søvnapné: Langvarig pustestopp under søvn.
- CPAP: Et apparat som hjelper pasienter med å puste ved å holde et kontinuerlig positivt luftveistrykk. Brukes som behandling for pasienter med oksygeneringsproblem.
- Stille rapport: Man leser kun i pasientens elektroniske journal ved vaktskifte. Her får man ingen muntlige beskjeder, eller annen informasjon av avtroppende pasientansvarlig før vaktstart.
- Cyanose: Blåfarge på hud, slimhinner, lepper eller negler som tegn på oksygenmangel.
- Glasgow Coma Scale: Scoringsverktøy som brukes i kartlegging av pasientens våkenhetsgrad

# Innholdsfortegnelse

|  |            |
|--|------------|
| <b>Forord</b> .....  | <b>III</b> |
| <b>Sammendrag</b> .....  | <b>IV</b>  |
| <b>Abstract</b> .....  | <b>V</b>   |
| <b>Ordforklaringer</b> .....   | <b>VI</b>  |
| <b>1.0 Introduksjon</b> .....  | <b>1</b>   |
| 1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i> .....   | 2          |
| 1.2 <i>Studiens hensikt og relevans</i> .....  | 3          |
| <b>2.0 Tidligere forskning</b> .....   | <b>3</b>   |
| 2.1 <i>Litteratursøk</i> .....   | 4          |
| 2.2 <i>Innhold i pasientoverleveringen</i> .....   | 4          |
| 2.3 <i>Kommunikasjon</i> .....   | 6          |
| 2.4 <i>Gjennomføring av rapport</i> .....  | 8          |
| <b>3.0 Teoretisk rammeverk</b> .....   | <b>10</b>  |
| 3.1 <i>Kvalitet og pasientsikkerhet</i> .....  | 10         |
| 3.2 <i>Kommunikasjonsverktøyet ISBAR</i> .....   | 11         |
| 3.3 <i>Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere</i> .....                            | 13         |
| 3.4 <i>Sosiokulturell læring</i> .....   | 14         |
| <b>4.0 Metodologi</b> .....  | <b>15</b>  |
| 4.1 <i>Design og metode</i> .....  | 15         |
| 4.2 <i>Observasjonsguide</i> .....   | 17         |
| 4.3 <i>Utvalg</i> .....  | 18         |
| 4.4 <i>Innsamling av data</i> .....  | 18         |
| 4.5 <i>Analyse</i> .....   | 19         |
| 4.6 <i>Troverdighet</i> .....  | 21         |
| 4.6.1 <i>Validitet</i> .....   | 21         |
| 4.6.2 <i>Reliabilitet</i> .....  | 22         |
| 4.7 <i>Forskningsetiske vurderinger</i> .....  | 22         |
| <b>5.0 Resultater</b> .....  | <b>23</b>  |
| 5.1 <i>Uklare rutiner for rapportgiving i avdelingen kan påvirke ivaretagelse av pasienten</i> ..... | 24         |
| 5.1.1 <i>Påvirkende omgivelser i pasientoverleveringen</i> .....                                     | 24         |
| 5.1.2 <i>Ulik gjennomføring av rapport ved pasientoverlevering</i> .....                             | 27         |
| 5.2 <i>Muntlig rapport skaper rom for læring</i> .....   | 30         |
| 5.2.1 <i>Faglige innspill</i> .....  | 30         |
| 5.2.2 <i>Samhandling mellom rapportgiver og rapportmottaker</i> .....                                | 33         |



|  |           |
|--|-----------|
| <b>6.0 Diskusjon</b> .....   | <b>35</b> |
| 6.1 Uklare rutiner for rapportgiving i avdelingen kan påvirke ivaretagelse av pasienten..... | 35        |
| 6.2 Muntlig rapport skaper rom for læring .....  | 43        |
| 6.3 Drøfting av metode.....  | 47        |
| 6.4 Implikasjoner .....  | 50        |
| 6.4.1 Implikasjoner til klinisk praksis .....  | 50        |
| 6.4.2 Implikasjoner til videre forskning .....   | 51        |
| <b>7.0 Konklusjon</b> .....  | <b>52</b> |
| <b>8.0 Referanseliste</b> .....  | <b>54</b> |
| <b>9.0 Vedlegg</b> .....   | <b>59</b> |
| Vedlegg 1: PICO-skjema .....   | 59        |
| Vedlegg 2: Henvendelse til avdelingssykepleier angående masterprosjekt .....                 | 60        |
| Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informantene.....   | 62        |
| Vedlegg 4: Observasjonsguide.....  | 67        |
| Vedlegg 5: Kort samtale etter rapport.....   | 68        |
| Vedlegg 6: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie .....                            | 69        |
| Vedlegg 7: Mal for sykepleienotat .....  | 75        |
| Vedlegg 8: Godkjenning av PVO .....  | 76        |
| Vedlegg 9: Godkjenning av SIKT (NSD).....  | 77        |
| Vedlegg 10: Studentbidrag .....  | 79        |

# 1.0 Introduksjon

Helsepersonells informasjonsutveksling vedrørende pasienten er essensielt for at helsevesenet skal fungere. Kommunikasjonen i en pasientoverlevering inneholder informasjon angående pasienten som blir gitt eksempelvis i et vaktskifte mellom to intensivsykepleiere (WHO, 2007). Hver gang informasjonen overføres fra en person til en annen, er det en risiko for at informasjonen blir endret (Helsedirektoratet, 2019). Uten en felles forståelse er det tenkelig at vi får et dårligere grunnlag for å ta rasjonelle, medisinske og sykepleiefaglige beslutninger, og iverksette tiltak i pasientbehandlingen. En pasient i en intermedieravdeling er en pasient som er akutt kritisk syk. Det innebærer at pasienten har organsvikt, og tilstanden er ofte livstruende. For at den akutt kritisk syke pasienten skal komme gjennom tilstanden med livet i behold, er pasienten avhengig av kontinuerlig overvåkning og intensivmedisinsk behandling (Stubberud, 2021). For å kunne ivareta en akutt kritisk syk pasient er man derfor avhengig av å ha relevant og viktig informasjon tilgjengelig. I et vaktskift vil slik informasjon videreformidles, og er dermed et avgjørende punkt i pasientbehandlingen. Pasientens behandlingsresultat er avhengig av kvalitet, pasientsikkerhet og intensivsykepleiernes kompetanse (Stubberud, 2021). For kvalitet og pasientsikkerhet i behandlingen er det avgjørende at viktig informasjon ikke går tapt under rapport ved overlevering i vaktskiftet (Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). I studien til Moi et al. (2019) ble informantenes kommunikasjon etter å ha brukt ISBAR mer strukturert, forutsigbar og oversiktlig. God struktur i kommunikasjon og rapport har gjennom tidligere forskning også vist seg å være viktig for pasientsikkerheten (Wang et al., 2022, Ahn et al., 2020, Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020, Hoskote et al., 2016).

En pasientoverlevering defineres i denne studien som når pasientansvaret skiftes fra en intensivsykepleier til en annen. Rapport regnes her som en del av pasientoverleveringen ved et vaktskifte av intensivsykepleiere. Rapporten kan være skriftlig og muntlig, men det vil i denne studien være fokus på muntlig rapport. Grunnen til dette er at det gis muntlig rapport, i tillegg til den lovpålagte skriftlige rapporten. Det vil si at en intensivsykepleier gir muntlig informasjon til påtroppende pasientansvarlig om blant annet pasientens tilstand, sykehistorie og videre plan. I denne studien var det ønskelig å se nærmere på intensivsykepleieres rutiner for pasientoverlevering.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Våre erfaringer med pasientoverlevering i vaktskifte fra sengepost var varierende. Erfaringene var at man først skulle få muntlig rapport av avtroppende sykepleier. Deretter skulle man lese det som var notert i pasientens journal. Mye av den samme informasjonen fikk man både i den muntlige rapporten og gjennom å lese i pasientjournalen. Etter hvert ble den muntlige rapporten erstattet med stille rapport. Ved stille rapport skulle man kun lese i pasientjournalen, uten å få muntlige beskjeder fra avtroppende sykepleier. Grunnen til dette var effektivisering under vaktskiftet, og det var varierende hvilken informasjon som ble videreformidlet i den muntlige rapporten. Våre erfaringer var at stille rapport var en bedre løsning for å videreformidle riktig og viktig informasjon. På denne måten ble også den lovpålagte dokumentasjonen fokusert mer på.

I perioden som masterstudenter har vi vært i praksis ved en intensivavdeling, og en intermediæravdeling hvor vi begge opplevde å ha muntlig rapport. Ved intensivavdelingen og den intermediære avdelingen har vi deltatt i, og observert rapportsituasjoner i forbindelse med overlevering av akutt kritisk syke pasienter. Tempoet på avdelingene kunne være høyt, hvor det kunne oppstå stressende og utfordrende situasjoner som kunne prege rapportsituasjonen i vaktskiftet. Vi fikk øynene opp for viktigheten av god kommunikasjon, og en strukturert rapport. Egne erfaringer kan bekrefte at viktig informasjon kan gå tapt dersom rapport ved vaktskiftet blir preget av begrenset tid. I løpet av våre praksisperioder gjennomførte vi selv pasientoverleveringer, og hadde fokus på rapport. Da opplevde vi utfordrende situasjoner knyttet til tidspress, usikkerhet om hva pasientoverleveringen skulle inneholde, og det var varierende hvordan sykepleierne ga og tok imot rapporten. I de situasjonene hvor vi skulle motta rapport dukket det ofte opp spørsmål knyttet til innholdet av rapporten, og det var varierende hvor mye og hvor detaljert informasjonen var. Noen ganger var informasjonen vi fikk god nok slik at man kunne begynne å arbeide med det samme. Andre ganger opplevde vi behov for å lese i pasientjournalen for å innhente mer informasjon før man startet arbeidet.

Etter endt praksisperiode ønsket vi å se nærmere på hvordan intensivsykepleierne egentlig gir rapport ved overlevering av en akutt kritisk syk pasient. Vi ønsket å få økt kunnskap ved å se nærmere på hvordan kommunikasjonen foregår, hvilken informasjon som blir videreformidlet, og konteksten til pasientoverleveringene. I utgangspunktet ønsket vi å gjennomføre studien på en intensivavdeling. Av praktisk utfordrende årsaker, og

kompleksiteten av situasjonen, endte vi opp med å utføre studien ved en intermediæravdeling hvor flere av de ansatte er intensivsykepleiere.

## 1.2 Studiens hensikt og relevans

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan muntlig rapport blir gitt av intensivsykepleier i en overlevering av en akutt kritisk syk pasient i vaktskiftet, hva rapporten inneholder og hvor god den opplevdes i etterkant. Det var ønskelig å få mer kunnskap om nåværende rutiner, og belyse hvordan disse utføres. På bakgrunn av informasjonen som kommer frem i studien, kan vi avdekke hvordan muntlig rapport mellom intensivsykepleierne og sykepleiere blir gitt, og om det er behov for å endre rutinene knyttet til denne situasjonen i vaktskiftet. I henhold til Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (NSFLIS) sin funksjon og ansvarsbeskrivelse (2017), har intensivsykepleiere en behandlende, forebyggende og helsefremmende funksjon. På bakgrunn av dette er studien relevant for intensivsykepleiere, da god rapport ved pasientoverlevering kan tenkes å bidra til å sikre kvalitet, kontinuitet og plan i pasientens behandling.

Med denne bakgrunnen fremkom følgende problemstilling:

*“Hvordan gjennomføres pasientoverlevering av intensivsykepleiere i vaktskifte ved en intermediæravdeling, og hvordan opplevde informantene den i etterkant?”*

## 2.0 Tidligere forskning

Det finnes sparsomt med litteratur innen om pasientoverlevering og rapport i et vaktskifte, og viser derfor behovet for denne studien.

Forskning innen det valgte tema om pasientoverlevering med fokus på rapport i vaktskiftet, fremhever viktigheten av en god og strukturert overlevering for å redusere risikoen for tapt informasjon om pasientbehandlingen (Wang et al., 2022, Ahn et al., 2020, Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). På denne måten reduserer man også faktorer som kan påvirke pasientsikkerheten negativt. Forskningen viste også at det var variasjon i hvor god rapporten i en pasientoverlevering var. Det var også avhengig av hvilken informasjon som ble videreformidlet og hvordan strukturen i rapporten var (Wang et al.,

2022, Ahn et al. 2020, Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). I dette kapitlet vil oppgaven belyse søkeprosess, og deretter tidligere forskning som er inndelt i følgende temaer; innhold i pasientoverleveringen, kommunikasjon og gjennomføring av rapport.

## 2.1 Litteratursøk

En forutsetning for å kunne skrive masteroppgave om vår gjeldende problemstilling var at det fantes nok forskning fra før. Systematiske databasesøk ble gjennomført i databasene Cinahl og Medline for å finne tidligere forskningsartikler vedrørende valgte tema. Artikkene ble kritisk vurdert (vedlegg 6) og et kriterium i litteratursøket var at alle de inkluderte artikkene var fagfellevurdert. Videre ble søket avgrenset til å kun inkludere engelsk-, norsk- og danskspråklige artikler, og at de måtte være 10 år eller nyere (2012-nåværende tid). Dette var fordi vi ønsket å ha den nyeste forskningen innenfor temaet.

Etter at problemstilling var formulert, var det viktig å finne relevante søkeord slik som «shift report», «ICU», «intensive care unit», «handoff», «bedside report», «critical care patients» og «intensive care nurs\*». Søkeordene bar preg av at forfatterne forespeilet å utføre studien på en intensivavdeling. Det ble likevel valgt å ikke endre disse søkeordene da artikkene som dukket opp fortsatt var relevante til en intermediæravdeling. Verktøyet PICO, som ifølge bibliotekar var best på besvarelse av kvalitative forskningsdesign, ble benyttet som et hjelpemiddel og ga litteratursøket vårt struktur (vedlegg 1). Ut ifra søket i mai 2022 ble fem vitenskapelige artikler inkludert.

Det ble utført et nytt søk mars 2023 fordi det var ønskelig å innhente flere studier, men også for å se om det var kommet ny forskning om temaet. Samme PICO-skjema som tidligere ble benyttet (vedlegg 1), og det ble utført et nytt søk i databasen Cinahl. På bakgrunn av at det hadde blitt publisert flere artikler siden forrige søk, og fordi språket svensk ble inkludert, ble det funnet fem nye artikler. Til slutt endte vi opp med ti vitenskapelige artikler som var relevante for vår problemstilling. Disse er presentert ved hjelp av ulike tema i dette kapitlet.

## 2.2 Innhold i pasientoverleveringen

Innhold i overleveringen av akutt kritisk syk pasient ble ansett som viktig i flere studier (Ahn et al. 2020; Spooner et al. 2016; Hoskote et al. 2016; og Foster-Hunt et al. 2014;

Spooner et al. 2013). Innholdet i pasientoverleveringen varierte i studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020). Noen sykepleiere forventet å få en fullstendig muntlig rapport fra rapportgiver, mens andre rapportmottakere ønsket å selv bruke flere informasjonskilder. Dette kunne være å selv lese journaler for å få hovedkilden til informasjonen (Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Individuelle preferanser om pasientoverleveringen ser man også igjen i studien til Spooner et al. (2016) som indikerte i funnene at rapporten til intensivsykepleierne inneholdt mangfoldig og inkonsekvent innhold. Det kunne føre til mangelfulle pasientoverleveringer.

I studien til Amorim et al. (2022), Hoskote et al. (2016) og Spooner et al. (2013) kom det fram at komponentene som var viktige i en overlevering var identifikasjon, tidligere sykdommer, gjennomgang av pasientens tilstand og situasjon, viktige observasjoner, testresultater, ventende undersøkelser, medisiner, videre plan og avklaringer til påtroppende intensivsykepleier og HLR status. På tross av dette ble det i studien til Spooner et al. (2013) og Spooner et al. (2016) synlig at en rekke nøkkelområder som HLR status, pleieplan og elementer som skal følges opp neste skift, sjelden ble informert om ved overlevering. Informantene i studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020) sa at de måtte engasjere seg i kritisk tenkning og dobbeltsjekke informasjon for å ivareta pasientsikkerheten.

Pasientoverleveringen var en måte å bli kjent med pasienten på, unngå dobbeltarbeid, ta riktige beslutninger om prioriteringer og å legge til rette for kontinuerlig behandling. Overleveringen kunne også gi pasienten en følelse av trygghet (Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Dette støttes av studien til Paredes-Garza et al. (2022) hvor informantene mente at en pasientoverlevering ved pasientens seng, ga mulighet for å inkludere pasienten, og på denne måten kunne pasienten se fremgang i behandlingen sin. Samtidig fikk intensivsykepleierne se pasienten som et helt menneske, og ikke bare en diagnose, og man hadde mulighet for å dobbeltsjekke informasjon med pasienten (Paredes-Garza et al., 2022). Pasientoverlevering ved sengekanten ga dem også muligheten til å formidle pasientinformasjon nøyaktig, eksempelvis hvis rapportgiver kommuniserte at pasientens intravenøse tilgang var i motsatt arm, kunne det korrigeres umiddelbart ved å se på pasienten (Grimshaw et al., 2020).

Et annet viktig poeng som ble observert i studien til Amorim et al. (2022) var knyttet til den etiske oppførselen under pasientoverleveringen. Dette handlet om hvordan informantene dannet et bilde av pasienten ved å snakke om pasientens helsetilstand på en nedsettende måte. Det ble funnet i studien til Grimshaw et al. (2020) at sykepleiere ikke alltid følte seg komfortable med å diskutere visse aspekter ved rapporten i nærvær av pasienten eller pårørende. Flere sykepleiere sa at de følte seg friere til å snakke om pasienten når pasienten ikke kunne høre hva som ble sagt. Da kunne de snakke mer åpent, og si ting de kanskje ikke ville sagt foran pasienten, eksempelvis dersom familien hadde vært krevende. Inne på pasientrommet måtte sykepleier passe på at hun ikke fornærmet pasienten eller brøt taushetsplikten (Grimshaw et al., 2020).

## 2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon mellom behandlende intensivsykepleiere er sentral i overlevering av en akutt kritisk syk pasient. I studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020) kom det fram at kommunikasjon mellom personalet ble ansett for å være sterkt knyttet til pasientsikkerhet, og sikre at ingen informasjon ville bli utelatt. I Ahn et al. (2020) sin studie fant de at dårlig kommunikasjon i overleveringen kunne øke den påtroppende intensivsykepleierens stress og dermed påvirke pasientbehandlingen. Enkelte intensivsykepleiere som skulle motta rapport i et vaktskifte var tilbakeholdne med spørsmål (Ahn et al., 2020, Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Noen av årsakene var at de ikke ville fremstå som inkompetente, var redd for å ta feil, eller fordi de ikke ville forstyrre strukturen i overleveringen (Ahn et al., 2020, Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Derimot ble overleveringen sett på som en dialog hvor sykepleierne kunne stille spørsmål for å innhente informasjon (Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Dessuten oppfattet informantene overleveringen som en mulighet for læring, der alle involverte kunne dra nytte av hverandres kunnskap og erfaring. Informantene oppfattet også overlevering som en mulighet til å stille spørsmål om måter å optimalisere omsorgen på (Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020).

Funnene i studien til Ahn. et al. (2020) indikerte en-veis-kommunikasjon som et hinder for pasientoverleveringer. Det ga inntrykk av en lite samarbeidsvillig holdning. Det oppstod spesielt når sykepleieren var stresset. Dette kommer også frem i studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020) hvor informantene i tillegg beskrev fraværet av

stress som en viktig forutsetning for god kommunikasjon mellom ansatte. Flere informanter opplevde at en «god tilnærming» forbedret kommunikasjonen mellom de ansatte, og var assosiert med en god overlevering. En «dårlig tilnærming» var assosiert med en dårlig overlevering. Det ble tenkt som sunn fornuft å være åpen og høflig når man mottok en pasientoverlevering. En god overlevering muliggjorde kontinuitet i omsorgen, forbedret kvalitet på omsorgen og gjorde at sykepleieren følte seg tryggere på ansvarsskiftet (Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020, Grimshaw et al., 2020). I studien til Amorim et al (2022) opplyste sykepleierne at god kommunikasjon tillot et mer helhetlig bilde av pasienten, komplikasjoner, pleie gitt og pågående utfordringer. Grimshaw et al (2020) fant at kommunikasjon med involvering av pasient bidro til å styrke forhold mellom pasient og sykepleier. I tillegg førte det til en lettere overgang dersom pasienten var til stede under pasientoverlevering ved vaktskiftet. På denne måten unngikk pasienten å bli overrasket over endringen mellom omsorgspersonen.

Dersom en rapport inneholdt lite informasjon eller var ufullstendig, måtte intensivsykepleieren som skulle overta bruke mer tid på å søke etter riktig informasjon i etterkant av overleveringen (Ahn et al., 2020, Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Dette forlenget beslutningstakingen, som igjen var forbundet med forlengelse av sykehusoppholdet (Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020).

Informantene rapporterte overleveringen som en kommunikasjonsmetode for å overføre og utveksle objektiv informasjon på en fullstendig og effektiv måte (Amorim et al., 2022). Spooner et al., (2016) fant at, til tross for at sykepleierne ofte kommuniserte ved hjelp av ISBAR i overleveringer, ble det også diskutert at det var informasjon som ikke passet inn i ISBAR-skjemaet. De hevdet derfor at det tyder på at ISBAR-skjemaet ikke fanger opp all informasjon som er nødvendig for å gjennomføre en informativ overlevering på en intermedieravdeling (Spooner et al. 2016). På den andre siden kom det frem i studien til Wang et al. (2022) som implementerte en sjekklister basert på ISBAR, at det førte til at sykepleierne hadde en mer strukturert pasientoverlevering, glemte mindre informasjon og gjorde flere sykepleieoppgaver bedre enn før implementeringen. Hoskote et al. (2016) gjorde også en studie hvor de implementerte et rapportverktøy som var med på å strukturere innholdet i rapporten. Funnene etter implementeringen var at 68% følte seg



komfortable med å ta vare på pasienten på grunnlag av den relevante informasjonen de mottok under rapporten.

## 2.4 Gjennomføring av rapport

En pasientoverlevering ble beskrevet som et ledd i å samle informasjon, og en unik mulighet til å dele det som er viktig for den aktuelle pasienten (Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Informasjonen som ble samlet resulterte i et bilde av pasienten, som igjen var grunnlag for planlegging og gjennomføring av kontinuerlig omsorg (Amorim et al., 2022, Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Gjennomføring av rapporten i pasientoverføringer bar preg fra tidligere forskning av lite struktur, og at rapportene var forskjellige relatert til hvem som ga rapporten (Ahn et al., 2020, Forster-Hunt et al., 2014). Ustrukturerte muntlige og skriftlige overleveringer var forbundet med risiko for å utelate informasjon, og dette var en bekymring hos flere intensivsykepleiere (Ahn et al. 2020, Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Funnene i studien til Ahn et al. (2020) belyste at intensivsykepleierne ofte ikke fulgte standardisert dokumentasjon, eller sjekkliste som kunne bedre strukturen i rapporten. Dette til tross for at de mente at rapport var viktig for kontinuiteten i pasientbehandlingen.

Informantene hadde også ulike strategier i rapporten, noen ga muntlig rapport og andre skriftlig rapport. Noen gikk muntlig gjennom den skriftlige rapporten sammen med intensivsykepleieren som skulle overta pasienten (Ahn et al. 2020). I studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020) ble den skriftlige rapporten noen ganger beskrevet som et spesifikt dokument designet for overlevering, og noen ganger som pasientens eksisterende pasientjournal. Skriftlige overleveringer ble sett på som permanent kommunikasjon siden sykepleierne kunne lese og dobbeltsjekke informasjonen om igjen. Muntlig rapport kunne inkludere informasjon som ikke ble funnet i pasientjournalen, slik som subtile tegn til pasientens respons på en spesifikk medisin, eller informasjon som kunne hjelpe de ansatte til å bli kjent med pasienten (Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020).

Grimshaw et al., (2020) sine funn når det gjaldt pasientoverlevering ved sengekanten var varierende. De fant i sin studie at de fleste sykepleiere indikerte at rapportering ved

sengekanten tok, eller kunne ta lengre tid enn rapportering utenfor pasientrommet. En årsak til dette kunne være at pasienten umiddelbart kunne ha behov for oppmerksomhet. Andre årsaker var spørsmål fra familie som var til stede, eller at rapportmottaker startet med å gjøre vurderinger av pasienten under rapporten. I noen situasjoner virket overlevering ved sengekanten upassende, men på grunn av pasientens ustabile tilstand, kunne ikke intensivsykepleierne forlate sengeplassen (Ahn et al., 2020, Grimshaw et al., 2020). Likevel kom det frem i studien til Amorim et al. (2022) og Paredes-Garza et al. (2022) at pasientoverleveringene som ble utført ved sengekanten, unngikk tap av viktig og mer utfyllende informasjon som igjen bedret pasientsikkerheten. Dette var blant annet fordi sykepleierne kunne huske detaljer som de gjerne ellers ville glemt (Paredes-Garza et al., 2022 & Grimshaw et al., 2020). Rapporten ble også bedre fordi man kunne fortelle og se samtidig (Paredes-Garza et al., 2022). I en studie fant de at flere sykepleiere mente at pasientoverlevering ved sengekanten bidro til pasientinvolvering, og at det hjalp sykepleierne å se hva de hadde i møte. En pasientoverlevering ved sengekanten ga også rapportmottaker muligheten til å sjekke pasientens intravenøse tilganger, tegn på smerte, sikkerhetstiltak som blant annet ved fallrisiko og bevissthetsnivå med rapportgiveren (Grimshaw et al., (2020).

Det var flere studier som fant at avbrytelser og støy var utfordrende for pasientoverleveringene (Amorim et al., 2022, Ahn et al. 2020, Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Hyppige avbrudd under pasientoverleveringer gjorde det vanskelig for intensivsykepleierne å konsentrere seg om overleveringen. De fleste avbrudd var på grunn av anrop fra pasienten, snakkende familiemedlemmer, flere personer på stedet eller støy fra utstyrsalarmer (Amorim et al., 2022, Ahn et al. 2020). I studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020) opplevde informantene bedre kommunikasjon ved overleveringer som fant sted i et stille rom uten avbrudd. Dette støttes i studien til Amorim et al (2022), som fant at negative faktorer for pasientoverleveringen, var parallelle samtaler i rapportgivingen, manglende oppmerksomhet hos rapportgiver og rapportmottaker, støy i avdelingen og avbrytelser.

## 3.0 Teoretisk rammeverk

Denne studien handler om pasientoverleveringer, og det vil derfor i dette kapitlet belyses teori knyttet til dette. Relevant teori i denne sammenheng vil være kvalitet i helsetjenesten, pasientsikkerhet, ISBAR og NSFLIS sin funksjon og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere og sosiokulturell læring. Grunnen til dette er at kvalitet, pasientsikkerhet og ISBAR anses som viktige for en god pasientoverlevering (Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Samtidig har NSFLIS (2017) retningslinjer for hva som inngår i arbeidet som intensivsykepleier, og det er ønskelig å se dette i sammenheng med pasientoverleveringer. Gjennom denne teorien vil man kunne forstå flere aspekter ved en pasientoverlevering, og viktigheten av denne.

### 3.1 Kvalitet og pasientsikkerhet

Kvalitet i helsetjenesten er ifølge Institute of Medicine (IOM, 2001) et overordnet begrep som i Norge er beskrevet som at tjenestene skal være sikre, virkningsfulle, pasientsentrerte, samordnede, effektive og rettferdige (Aase, 2022). I denne oppgaven vektlegges også pasientsikkerhet.

Pasientsikkerhet defineres ifølge Helsedirektoratet (2019, s.31) slik:

*«Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser».*

Pasientsikkerhet handler også om å unngå pasientskade. Det vil si en utilsiktet skade på pasienten som følge av en behandling eller tjeneste (Helsedirektoratet, 2019). Dette kan innebære konsekvenser som forlenget sykehusopphold, nedsatt funksjonsevne, redusert livskvalitet eller død (Aase, 2022). Svikt i kommunikasjon er en av årsakene til at en utilsiktet skade eller hendelse oppstår. Ved gode kommunikasjonsferdigheter, kan man styrke pasientsikkerheten og kvaliteten i arbeidet (Lee et al. 2012, Pauley & Pauley 2011). Pasientoverganger hvor ansvaret for pasienten overføres, kan være sårbare for pasienten og er utfordrende for pasientsikkerheten. Svikt i informasjonsflyt, manglende kommunikasjon, uklart oppfølgingsansvar og mangler i legemiddellister, er kjente risikofaktorer for svekket pasientsikkerhet (Helsedirektoratet, 2019). I kommunikasjon

mellom helsepersonell, reagerer man på det den andre sier ut fra sin egen fagkunnskap (Eide & Eide, 2017).

Pasientsikkerhet og kvalitet har de siste 15 årene i Norge stadig fått økt oppmerksomhet. Aktiviteten i arbeidet innen pasientsikkerhet og kvalitet med satsinger og forbedringsprosjekter, har blitt satt fart på lokalt, regionalt og på nasjonalt nivå (Helsedirektoratet, 2019). For å redusere pasientskader, forbedre pasientsikkerhetskulturen og etablere strukturering av pasientsikkerhet, har arbeidet på nasjonalt nivå vært varierende. Blant annet har arbeidet hatt som fellestrekk å bruke verktøy og sjekklister, pasientsikkerhetskultur, dokumentasjon og informasjonshåndtering (Aase, 2018).

Et verktøy anbefalt for å ivareta pasientsikkerheten, og for forebygging av uønskede hendelser og misforståelser, er ifølge Helsedirektoratet (2020) metoden ISBAR. Metoden sikrer at informasjonen som gis og mottas, er strukturert. Virksomheter med ansatte som har pasientkontakt bør sikre at de ansatte har den nødvendige kompetansen for trygg, muntlig kommunikasjon. Den interne muntlige kommunikasjonen i en enhet bør være strukturert og systematisk (Helsedirektoratet, 2020).

### 3.2 Kommunikasjonsverktøyet ISBAR

Kommunikasjonsverktøyet ISBAR er den norske versjonen av SBAR (Moi et al., 2019 & Finnigan et al., 2010). Vi har i denne oppgaven valgt å bruke benevnelsen ISBAR. Dette er en metode til hjelp for å kvalitetssikre og strukturere kommunikasjonen som blir gitt muntlig mellom sykepleiere (Finnigan et al., 2010). ISBAR innebærer identifikasjon, situasjon, bakgrunn, aktuell tilstand og råd. Under punktet *identifikasjon* skal det oppgis hvem som gir rapporten, rollen en har og hvor man arbeider. I tillegg skal det opplyses om pasientens navn og fødselsdato. *Situasjon* innebærer at det blir rapportert om pasientens aktuelle tilstand. Med det menes innleggelsesforløpet, og hvilke problemer pasienten har. Under *bakgrunn* vektlegges bakgrunnsinformasjon som sykehistorie og sammenfatning av behandling, som er relevant for situasjonen, innleggelsesdiagnosen og ankomstdag. Bakgrunn omfatter også at man skal ha pasientens journal, laboratoriesvar og legemiddelbehandling tilgjengelig under rapporten. *Aktuell tilstand* omhandler sykepleierens analyse av situasjonen. Det innebærer observasjoner av vitale funksjoner

og eventuelle endringer i disse (Wallin & Thor, 2008). Disse observasjonene gjøres ved hjelp av ABCDE-prinsippene, som er en kunnskapsbasert veiledning for helsepersonell. ABCDE-prinsippene brukes til å systematisk overvåke, vurdere og behandle forverrede eller akutt kritisk syke pasienter (Resuscitation council, 2021).

Ifølge Resuscitation council (2021) inkluderer ABCDE-prinsippene: A (airway/luftveier), B (breathing/respirasjon), C (circulation/sirkulasjon), D (disability/bevissthet og nevrologisk status) og E (expose/ytre vurdering). A, luftveier: se etter tegn på luftveisobstruksjon, blant annet cyanose eller paradoksale bevegelser av brystkassen og abdomen. Tilkalle hjelp umiddelbart, og administrere oksygen ved behov. B, respirasjon: se, lytt og kjenn etter de generelle tegnene på pustebesvær, blant annet svette, sentral cyanose og bruk av aksessoriske respirasjonsmuskler. Vurder blant annet respirasjonsfrekvens, SpO<sub>2</sub>, respirasjonsdybde, respirasjonsmønster, respirasjonslyder, og om brystkassen ekspanderer likt på begge sider. C, sirkulasjon: se på og vurder hendenes farge og temperatur, mål kapillærfylling, mål hjerterefrekvens og vurder kvaliteten. Mål blodtrykk, lytt på hjertet ved auskultasjon, se etter andre tegn til dårlig minuttvolum, som blant annet lav timediurese (oliguri). Se etter tegn til blødning, sikre intravenøse tilganger, hematologiske, biokjemiske, koagulasjons- og mikrobiologiske undersøkelser før eventuell intravenøs behandling, EKG ved brystmerter og mistenkt koronarsykdom. D, bevissthet og nevrologisk status: sjekk pasientens medisinliste for eventuelt reversible medikamentinduserte årsaker til nedsatt bevissthet. Vurder pupillene, vurder bevisstheten ved hjelp av AVPU-metoden, som dreier seg om å vurdere pasientens verbal stimuli og smertestimuli, alternativt Glasgow Coma Scale. Mål blodsukker, legg pasienten i sideleie dersom han ikke er bevisst og luftveiene ikke er beskyttet. E, ytre vurdering: Vurder pasientens kropp fra topp til tå. Respekter pasientens verdighet og minimer varmetap (Resuscitation council, 2021).

Til slutt under ISBAR har man *råd* som skal inneholde forslag til løsninger av situasjonen. Dette kan være røntgen, blodprøvetaking, tilsyn av lege eller annen behandling (Wallin & Thor, 2008).

Stubberud (2020) skriver at god og strukturert kommunikasjon mellom helsepersonell bidrar til bedre pasientsikkerhet, og at ISBAR er ett av flere kommunikasjonsverktøy som

anbefales å bruke for å strukturere samt kvalitetssikre muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell (s.71). Dermed kan sannsynligheten for at viktig informasjon går tapt under en overlevering reduseres. Helse-og omsorgstjenester kan ofte være komplekse og dårlig koordinerte. Prosessen med overlevering av pasient kan blant annet føre til tap av informasjon (Institute of Medicine, 2001).

### 3.3 Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere

Akutt sykdom defineres som skade eller sykdom som oppstår brått, uten sykdomshistorie som ligger foran, med rask utvikling som kan gå raskt over (Stubberud, 2020). Kritisk sykdom defineres som en svært alvorlig tilstand, og i flere tilfeller livstruende hvor pasienten har svikt i minst ett livsviktig organ (Stubberud, 2020, s.28). Intensivsykepleier har ifølge Stubberud (2020) ansvar for å yte helsehjelp til akutt kritisk syke pasienter (s. 27), og i henhold til NSFLIS (2017) ivareta kvalitet ved overføringer, mottak og oppfølging etter endt intensivbehandling. Intensivsykepleiere har også en behandlende og rehabiliterende funksjon, som står sentralt i den kliniske utførelsen av intensivsykepleie (NSFLIS, 2017). I en overlevering av en akutt kritisk syk pasient i vaktskiftet, kan en intensivsykepleier gjennom rapport, utveksle viktig informasjon angående pasientens forløp og behandling. Det er avgjørende at dette gjøres på en måte som sikrer kvalitet og riktig behandling av pasienten. Ifølge NSFLIS (2017) skal en intensivsykepleier sikre pasientens behandling gjennom kontinuitet, kvalitet og plan. Dersom pasientoverleveringen blir gjennomført på en god måte, vil pasientens behandling stå i fokus og man lykkes i å videreformidle plan i behandlingen. På denne måten vil helsepersonell som er involvert i pasientbehandlingen ha samme plan, og dette sikrer også kontinuitet i behandlingen. Intensivsykepleieren har også en helsefremmende og forebyggende funksjon. Dette innebærer å forebygge komplikasjoner (NSFLIS, 2017). Det kan tenkes at dersom en pasientoverlevering er mangelfull, kan det resultere i komplikasjoner hos pasienten. Dette er fordi påtroppende intensivsykepleier ikke har fått tilstrekkelig informasjon, noe som vanskeliggjør forebygging av disse komplikasjonene. Det kommer også frem i NSFLIS (2017) at intensivsykepleieren skal anvende systematiske observasjoner. Disse observasjonene er viktige for at intensivsykepleieren skal ha en helsefremmende og forebyggende funksjon. Det bør derfor tas med i

pasientoverleveringen for å sikre at behandlingen er av kvalitet, at behandlingen er hensiktsmessig og forsvarlig.

Intensivsykepleieren har også et undervisningsansvar som innebærer kompetansebygging, kvalitetsforbedring, og utvikling av ny kunnskap (NSFLIS, 2017). Gjennom en pasientoverlevering kan det eksempelvis oppstå situasjoner hvor påtroppende sykepleier er usikker på noe av det avanserte medisinske utstyret. Da oppstår det situasjoner hvor man kan bidra til kompetansebygging og kvalitetsforbedring. Intensivsykepleieren skal også inkludere pasientens erfaringskunnskap i behandlingen, samtidig som håp og livsmot hos pasienten skal fremmes (NSFLIS, 2017).

### 3.4 Sosiokulturell læring

Säljö (2006) sier at et individ lærer ved hjelp av å nyttiggjøre seg kunnskaper og ferdigheter som de eksponeres for. Denne læringen kan skje på flere ulike måter og sammenhenger. For å forstå læring er et viktig utgangspunkt at en betrakter kunnskap og læring som noe som vokser frem i sosiale sammenhenger. I et sosiokulturelt perspektiv er læring dynamisk og foranderlig ved at man gjennom hele livet utvikler seg. Ved hjelp av språk kan man kommunisere og formulere kunnskap, erfaringer og ferdigheter (Säljö, 2006). Kommunikasjon er avhengig av samspillet mellom to individer. En blir nødt til å oppfatte hvordan det andre individet tolker det som blir sagt, for å få en bekreftelse på om det andre individet har forstått det som har blitt uttrykt. I et samspill mellom to parter kan man ved muntlig kommunikasjon se om motparten tolker det som blir sagt riktig. På denne måten kan to parter ved ulike hendelser utvikle en delt forståelse. En slik måte å kommunisere på kan bidra til at informantene koordinerer sin forståelse for det de er opptatt av, noe som er avgjørende for å videreføre kunnskap og å teste kunnskapen (Säljö, 2006, Vygotskij, 2001).

I litteraturen kommer det frem at gjennom interaksjon og muntlig kommunikasjon kan mennesker være en ressurs for hverandre, ved å videreføre kunnskap og ferdigheter. På denne måten kan samspillet mellom deltakere gjøre læring mulig. Det kan være lettere å forstå prinsipper, tanker og vurderinger dersom kommunikasjonen er muntlig. Dette er fordi det da er mulig å tilpasse samtalene til hverandre, fordi deltakerne har mulighet til

å komme med tilbakemeldinger. Dette er med på å skape en felles forståelse (Säljö, 2006, Vygotskij, 2001).

Vygotsky (2001) hevder at dersom en med mye erfaring jobber sammen med en med lite erfaring, bidrar dette til at de kan lære av hverandre. Årsaken til dette er at ved å undervise og sette ord på sine kunnskaper, vil en kunne oppnå økt læring (Vygotsky, 2001). Lite undervisning har vist seg å gi lite motivasjon, dermed kan man ved å jobbe sammen unngå dette ved å lære av hverandre. I et sosiokulturelt læringssyn skjer læring gjennom sosial deltakelse og bruk av språk (Vygotsky, 2001, Säljö, 2006).

## 4.0 Metodologi

I dette kapitlet vil vi belyse design og metode, observasjonsguide, utvalg, innsamling av data og analyse.

### 4.1 Design og metode

Denne studien har et kvalitativt deskriptivt design med observasjon som metode. Et kvalitativt design vil si at man søker forståelse av et fenomen (Polit & Beck, 2012). Designet ble valgt på bakgrunn av at det var ønskelig å forstå hvordan en rapport ble gitt, hva den inneholdt og informantenes opplevelser. Gjennom et kvalitativt design kan man justere antall deltakere etter kvaliteten på datainnsamlingen (Polit & Beck, 2012).

Observasjonsmetoden som ble brukt var med en induktiv tilnærming, med dette menes at det ble tatt utgangspunkt i innsamlede observasjonsdata (Brinkman & Tangaard, 2020). Observasjon kan gjøres med eller uten deltakelse. Ved observasjon uten deltakelse kan forskeren samle inn data fra en virkelig hendelse uten stor påvirkning (Malterud, 2021). Observasjon som metode kan bli brukt for å samle inn informasjon om ulike fenomener, slik som verbal kommunikasjon, non-verbal kommunikasjon, kontekst, ferdigheter og oppførsel. Gjennom observasjoner beskrives en hendelse, og belyser hvordan situasjonen utspiller seg (Polit & Beck, 2012). Man får et direkte innsyn i handlingene man observerer, og data blir samlet ved hjelp av feltnotater. Her noteres inntrykkene, den nonverbale kommunikasjonen, og hendelsene under observasjonen (Malterud, 2021). Ved observasjonene noteres også informasjon om hvem som deltar, handlingen, hvem



som sier hva, og på hvilken måte. Det er viktig at forskeren skiller mellom hva som faktisk skjer, og egne tolkninger (Johannesen et al., 2021). Feltnotatene må være utfyllende og detaljerte, slik at de i etterkant av observasjonen kan bli brukt som data for analyse (Polit & Beck, 2012). Observasjon uten deltakelse gjør det mulig å se andre sider av en hendelse, som man med deltakelse ikke ville ha fanget opp (Malterud, 2021). Observasjon uten deltakelse var derfor ønskelig i studien vår. Det var et ønske om å beholde det overordnede blikket, og ikke bli for fokusert på små detaljer. Observasjon var også å foretrekke for å kunne registrere informantens faktiske atferd, og ikke det informantene oppga at de gjorde. Observasjoner kan bidra til å unngå problemer som at informantene ikke snakker sant, eller ikke husker det som ble gjort (Jacobsen, 2015).

Observasjonene i denne studien ble gjennomført uten deltakelse. Grunnen til dette er at man ønsket å observere informantene og konteksten med så liten påvirkning som mulig. Man ville forsøke å forstå handlingene, og gjerne sett sammen med informantens egne opplevelser av hendelsen (Polit & Beck, 2012). Ikke-deltakende observasjoner er verdifullt dersom formålet er å distansere seg fra informantene i studien, da det gjør at forskeren gjør seg så usynlig som mulig for å ikke påvirke hendelsesforløpet. (Lundman & Graneheim, 2012). I denne studien ble det gjennomført observasjoner av rapport gitt av intensivsykepleiere ved vaktskiftet. Observasjon som metode ble brukt for å kunne se hvordan rapporten ved en pasientoverlevering faktisk ble gitt, og hva den inneholdt. I tillegg ble det gjennomført korte samtaler i etterkant for å kunne belyse hvordan informantene opplevde rapporten. Samtalene foregikk enkeltvis, for å unngå at informantene ble påvirket av hverandres svar. Den korte samtalen hadde noen åpne spørsmål om hvordan informantene opplevde rapporten i overleveringen. Det ble også spurt om det ble brukt et spesifikt system for rapportgivingen, hva som fungerte godt, og mindre godt.

Forforståelse handler om bildet forskeren har av det fenomenet som studeres. Forforståelsen handler om tidligere erfaringer, teoretisk kunnskap og forutinntatte meninger (Lundman & Graneheim, 2012). Forfatterne har sin forforståelse av temaet hovedsakelig gjennom erfaringer under arbeid på sykehus, ved kirurgisk og medisinsk sengepost. Rapport ved overføring av pasient er en situasjon som vi har erfart daglig gjennom fire og seks år på sengepost. I tillegg har vi gjennom praksis under

intensivsykepleieutdanningen har også fått erfare rapport i en intensivavdeling, og i en intermedieravdeling.

## 4.2 Observasjonsguide

En observasjonsguide kan være strukturert, eller ustrukturert. En strukturert observasjonsguide vil inneholde et skjema som observasjonene skal fylles inn i. På denne måten blir observatørene «låst» til hva som skal observeres, og observasjonene vil i stor grad være forhåndsbestemt. I en ustrukturert guide er det helt åpent hva som observeres. Slike observasjoner kan være vanskelige å utføre. Dette er fordi det kan være vanskelig å observere når man på forhånd ikke vet hva som skal observeres. En semistrukturert observasjonsguide inneholder punkter med spesielle handlinger eller situasjoner man ser etter. Samtidig åpner det opp for å observere andre hendelser eller situasjoner som oppstår (Jacobsen, 2021).

I denne studien var observasjonsguidens første del strukturert og inneholdt punkter for utgangspunktet i observasjonen (vedlegg 4). Dette var informasjon om hvem som deltok, kontekst og tidspunkt for rapporten. Den andre delen var semistrukturert, det vil si at man hadde en åpen guide med noen punkter med tips til hva som kunne observeres (Jacobsen, 2021).

Observasjonsguiden og spørsmålene i de korte samtalene (vedlegg 5) ble brukt i en pilotobservasjon i forkant av datainnsamlingen. En pilotstudie har ikke til hensikt å svare på forskningsspørsmålet, men har som formål å avdekke potensielle mangler eller feil (Polit & Beck, 2012). På denne måten kunne forfatterne forbedre observasjonsguiden, og spørsmålene i de korte samtalene for å sikre gode feltnotater og data fra studiens start. Gjennom pilotobservasjonen ble det oppdaget at noen av spørsmålene i de korte samtalene måtte endres, og at det måtte lages en egen plass i observasjonsguiden, hvor det kunne noteres ned observasjoner om omgivelsene under datainnsamlingen. I tillegg fikk observatørene øvelse i å observere. Etter de første observasjonene ble det lagt til et ekstra spørsmål i de korte samtalene, hvor det ble spurt om informantene hadde forslag til forbedring av rapportgiving i avdelingen. Dette var fordi forfatterne la merke til at flere informanter ønsket å uttrykke seg om dette.

### 4.3 Utvalg

Det var ønskelig å observere når en intensivsykepleier gir rapport ved overlevering av akutt kritisk syk pasient på en intermediær avdeling ved et sykehus på Vestlandet. Et inklusjonskriterium var at informantene som ga rapport var intensivsykepleiere. Et annet inklusjonskriterium var at sykepleier eller intensivsykepleieren som mottok rapporten ikke hadde kjennskap til pasienten i forkant av den aktuelle rapporten. Det ble gjort et strategisk tilgjengelighetsutvalg av informanter, hvor avdelingsleder ved den aktuelle avdelingen foretok utvalget. Med strategisk tilgjengelighetsutvalg menes informanter som var kvalifisert i forhold til problemstillingen, og var tilgjengelige for deltakelse (Thagaard 2015). I studien bestod utvalget av 26 informanter, hvorav to informanter var menn, og 24 informanter var kvinner. Informantene hadde arbeidserfaring fra seks måneder til 31 år som intensivsykepleier, og samtlige informanter hadde jobbet i avdelingen fra ett til 29 år. Samtlige informanter, med ett unntak, hadde over 75% stilling i avdelingen.

I forkant av datainnsamlingen ble det sendt en forespørsel til avdelingsleder ved den aktuelle intermediæravdelingen (vedlegg 2). Dette inneholdt inklusjonskriteriene for utvalget.

### 4.4 Innsamling av data

Informantene fikk et informasjonsskriv (vedlegg 3) som inneholdt hva som skulle observeres, at det var frivillig å delta, at informantene kunne trekke seg når som helst, og informasjon angående kort samtale i etterkant av rapporten.

Datainnsamlingen foregikk i perioden november 2022, til og med januar 2023. I studien ble det innhentet data fra rapport i vaktskiftet natt-dag, og dag-aften. Begge forfatterne deltok i samtlige observasjoner og skrev hver sine notater med penn og papir, uten lydopptak. Det ble gjennomført kort samtale i etterkant av observasjonen, hvor forfatterne snakket med hver sin informant separat. Det var ønskelig med minimum 20 observasjoner, inkludert de korte samtalene. For å sikre tilstrekkelig med data ble antall observasjoner justert etter kvaliteten på dataene som ble innhentet. Det ble etter hvert en utfordring med rekruttering av informanter, som førte til at studien endte med 17

observasjoner, hvorav én observasjon ble ekskludert. Årsaken til den ekskluderte observasjonen var at rapportmottakeren hadde kjennskap til pasienten fra tidligere, og forfatterne så at rapporten ble preget av dette. Det ble foretrukket å se nærmere på hvilken kontekst rapporten ble gitt i, hva som ble rapportert og eventuelle avbrytelser som kunne oppstå. Dette gjaldt kontekst om hvor rapporten ble gitt – ved pasientseng, sittende foran dataskjerm, i et annet rom, med pårørende til stede, eller om det fantes andre kontekster hvor rapportene kunne finne sted. Gjennom korte samtaler med informantene i etterkant av rapportsituasjonen ble det belyst hvordan de opplevde rapporten, hva som fungerte godt og forslag til forbedring. Forfatterne opplevde at de siste observasjonene inneholdt mange likheter. På bakgrunn av dette, og at eksisterende datainnsamling ble ansett som innholdsrike, ble det ikke utført flere observasjoner.

## 4.5 Analyse

Analysenivået i studien er deskriptiv, det vil si at analysen er beskrivende. I denne studien var feltnotatene grunnlaget for analysen. Analysen startet med å strukturere de ustrukturerte feltnotatene, og transkribere de til et felles notat for hver observasjon sammen med de korte samtalene. Transkriberingen av feltnotatene fra observasjonene, og innholdet i de korte samtalene ble gjort like etter datainnsamlingen. Observasjonene og utsagnene fra de korte samtalene ble, i henhold til Malterud (2011), beskrevet i analysen slik informantene uttrykte seg. På denne måten forsøkte man å unngå å fortolke de innsamlede dataene.

I denne studien ble det brukt en induktiv innholdsanalyse. Det vil si at det ble tatt utgangspunkt i dataene, og analysen ble basert på observasjonene og de korte samtalene (Jacobsen, 2021). Innholdsanalysen til studien ble inspirert fra Graneheim og Lundmans innholdsanalyse (Lundman & Graneheim, 2012). Som første steg i analyseprosessen ble det laget fem domener på bakgrunn av problemstillingen. Disse handlet om struktur, innholdet i rapporten, kontekst og samspillet mellom informanter. Det ble også laget et domene med meningsenheter som var ønskelige å ha med videre, men som ikke kunne plasseres i noen av de tidligere nevnte domenene. Deretter ble meningsenheter trukket ut fra de innsamlede dataene, og plassert i de ulike domene. Meningsenhetene ble så kondensert, som vil si at de ble forkortet uten at meningen ble tatt bort. Videre ble de

kondenserte meningsenhetene kodet for å sortere dataene i analysen. Det ble sett på likheter og ulikheter mellom kodene, og de ble deretter plassert i kategorier. Det kom til slutt fram to temaer på bakgrunn av kategoriene.

Tabell 1. Eksempler på analyseprosessen

| Meningsenhet   | Kondensert meningsenhet  | Kategori  | Tema   |
|--|--|---|--|
| «Nei, det er veldig forskjellig hvordan folk gir rapport. Noen er veldig flinke, noen gir for mye, noen veldig lite eller nesten ingenting. Jeg liker selv grundige rapporter. Det er viktig for pasientsikkerheten på denne avdelingen» (RG9) | Veldig forskjellig hvordan folk gir rapport. Noen gir for mye, noen for lite. Viktig med grundig rapport for pasientsikkerheten. (RG9) | Ulik gjennomføring av rapport ved pasientoverlevering | Uklare rutiner for rapportgivning i avdelingen kan påvirke ivaretagelse av pasienten |
| «Ja, vi sitter veldig tett. Av og til finner vi ikke plass å sitte en gang. Da må man stå. Du vet ikke alltid hvem du skal få rapport av, og da må man gå og lete og mase» (RM9)   | Sitter tett ved rapportgivning, eller av og til stående. Må ofte lete etter og mase på rapportgiver (RM9)                              | Påvirkende omgivelser i pasientoverlevering           |  |
| Pasientoverleveringen foregår i korridoren, uten PC. Informantene står, og har foran seg hver sitt ark på et høyt bord (12)  | Informantene står, og har hvert sitt ark på et høyt bord i korridoren uten PC (12)   |   |  |
| Rapportgiver sier til rapportmottaker at hun kan gi intravenøs væske for å få i gang urinproduksjonen (8)  | Rapportgiver foreslår et tiltak for å få i gang urinproduksjonen (8)   | Faglige innspill                                      | Muntlige rapporter skaper rom for læring   |
| Rapportgiver forteller om medisinjusteringer hun har gjort etter en tabell. Viser og bekrefter hvordan tabellen fungerer sammen med rapportmottaker (9)  | Rapportgiver viser og bekrefter tabell for administrering av et medikament sammen med rapportmottaker (9)                              | Samhandling mellom rapportgiver og rapportmottaker    |  |
| «Veldig greit at hun gikk gjennom tabellen, da jeg ikke er så kjent med den» (RM9)   | Veldig greit med gjennomgang, da tabellen var noe ukjent (RM9)   |   |  |

## 4.6 Troverdighet

Troverdighet dreier seg om graden av tillit kvalitative forskere har i sine data og analyser, vurdert ved hjelp av kriteriene gyldighet (credibility), overførbarhet (transferability), pålitelighet (dependability) og bekreftbarhet (confirmability). Kvalitative forskere ønsker å samle inn data som er av høy kvalitet og troverdighet, som vil si om forskningen er utført på en tillitsfull måte. Det sentrale med troverdighet er å bekrefte at funnene nøyaktig gjenspeiler informantenes erfaringer, og synspunkter i stedet for forskerens oppfatninger (Polit & Beck, 2021). Data til studien ble kun innhentet ved hjelp av feltnotater, og uten lydopptak. Det ble brukt sjekklisten “Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie” fra kunnskapsbasert praksis for å selv kritisk vurdere studien (vedlegg 6). Troverdighet omfatter flere dimensjoner, blant annet validitet og reliabilitet (Polit & Beck, s.55, 2021).

### 4.6.1 Validitet

Validitet deles inn i intern og ekstern validitet. Intern validitet, eller ofte kalt for gyldighet, handler om å tolke funnene på en slik måte at leseren kan stole på dem. Det innebærer også at metoden for datainnsamling er hensiktsmessig i forhold til formålet med studien (Polit & Beck, 2021). Det ble brukt metodetriangulering for å øke studiens troverdighet. Med dette menes at det ble brukt ulike metoder for å studere ulike fenomener vedrørende problemstillingen (Polit & Beck, 2021). I studien ble det brukt observasjon og korte samtaler som metodetriangulering. De korte samtalene tillot oss å innhente data som gjenspeilte informantenes opplevelser og synspunkter, i stedet for bare forfatterens oppfatninger i observasjonene. Dette sies å styrke studiens validitet (Polit & Beck, 2021). Ekstern validitet dreier seg om studiens overførbarhet av kunnskap til lignende fenomener. Med dette menes at studien kan overføres til andre sammenhenger (Lincoln & Guba, 1985). Studiens validitet er ivaretatt ved å beskrive metoden, utvalget, kontekst i observasjonene og en korrekt presentasjon av resultatene. På denne måten kan personer som ikke deltok i studien gjenkjenne lignende situasjoner, og ta i bruk kunnskap fra studien.

## 4.6.2 Reliabilitet

Reliabilitet blir ofte kalt for pålitelighet. Det innebærer hvordan data blir samlet inn og hvordan de bearbeides (Johannessen, 2021). Reliabilitet i en studie kan skapes ved beskrivelse av analysearbeidet, og ved å ivareta adekvate meningsenheter i analysen (Lundman & Granheim, 2012). Studiens reliabilitet er ivarettatt gjennom detaljerte beskrivelser av datainnsamlingen og analyseprosessen. Eksempelvis ble meningsenhetene gått nøye gjennom for å sikre at vesentlig informasjon ikke gikk tapt. I tillegg fikk forfatterne hjelp med analysen av veileder, medstudenter og andre veiledere på flere masterseminarer. Meningsenhetene som ble valgt gjenspeilte flere ulike sider vedrørende problemstillingen. Ved å trekke frem ulike synspunkter både fra våre funn og andre studier viser forfatterne at de ikke har låst seg til et synspunkt rundt problemstillingen. Det er forsøkt å vektlegge lik fremstilling av alle funn, uten påvirkning av forfatterens forforståelse. På denne måten kan det tenkes at leserne kan tolke funnene uten påvirkning av forfatterens synspunkt. Begge forfatterne deltok på alle observasjonene, og laget hver sine feltnotater under hver observasjon. Slik kunne feltnotatene sammenlignes, og øke sjansen for en korrekt fremstilling av hver observasjon. For å unngå at informantene ikke skulle bli påvirket av hverandre, ble de korte samtaler utført separat. Feltnotatene ble transkribert like etter observasjonene mens dataene fremdeles var friskt i minnet.

## 4.7 Forskningsetiske vurderinger

Personvernombud (PVO) (3561-3561) ved det aktuelle sykehuset og Norsk Senter for forskningsdata (NSD/SIKT) (842551) godkjente søknadene om tillatelse for å kunne gjøre observasjoner og gjennomføre studien. Søknadene inkluderte innhenting av data i forbindelse med pasientoverlevering i vaktskiftet. Dette innebar observasjoner og korte samtaler med de involverte parter i overleveringen. Avdelingsleder ved intermedieravdelingen ga forfatterne også tillatelse til å gjennomføre studien. Informantene signerte samtykkeskjema, hvor det stod informasjon om at man når som helst kunne trekke seg fra studien uten grunn. Det ble ikke notert spesifikk informasjon om pasienten eller informantene i datainnsamlingen, og på denne måten forblei de anonyme. Alle identifiserbare persondata ble avidentifisert ved at data om hver informant

ble merket med en kode. Signert samtykkeskjema og datamateriale ble oppbevart adskilt og avlåst etter UiS sine sikkerhetsrutiner for oppbevaring av datamateriale.

Etiske dilemmaer kan oppleves mer pressende i observasjonsstudier fordi man kommer tett på informantene. Man må i observasjonsstudier alltid reflektere over kontakten forskeren har med informantene og hvordan forskeren går frem (Fangen, 2010). I tillegg er det viktig hvordan man oppbevarer dataene, og hvordan man presenterer informantene i studien. Forfatterne må overveie belastningen informantene utsettes for opp mot dataene forfatterne får tilgang til (Fangen, 2010). Sitatene fra observasjonene og de korte samtalene har blitt skrevet om til bokmål for å beskytte informantenes anonymisering. I feltnotatene ble det notert hvilket nummer hver observasjon hadde. Når dataene ble presentert i studien har man byttet om på rekkefølgen for å ivareta anonymisering av informantene.

## 5.0 Resultater

I denne studien ble to temaer identifisert fra de innsamlede dataene med tilhørende kategorier. Tema 1: *Uklare rutiner for rapportgiving i avdelingen kan påvirke ivaretagelse av pasienten.* Tema 2: *Muntlig rapport skaper rom for læring.* Under hvert tema vil kategorier representere funnene fra feltnotatene og de korte samtalene med informantene.

Rapporten i de 16 observasjonene hadde en gjennomsnittstid på 11,8 minutter, og det ble ikke funnet noen sammenheng mellom lite tid brukt på rapporten, og når på dagen vaktskiftet ble gjennomført. De fleste informantene var kvinner, og for å ivareta anonymisering vil sitater og andre funn bli presentert kun med bruk av "hun". Rapportgiver blir presentert med "RG", rapportmottaker blir presentert med "RM" og tilhørende anonymisert nummer for observasjonen vil stå bak disse. Observasjonene vil bli presentert med kun ett tall, eksempelvis "(7)".



Tabell 2. Oversikt over kategorier og tema.

| Kategori  | Tema  |
|---|---|
| Påvirkende omgivelser i pasientoverleveringen         | Uklare rutiner for rapportgiving i avdelingen kan påvirke ivaretagelse av pasienten |
| Ulik gjennomføring av rapport ved pasientoverlevering |   |
| Faglige innspill                                      | Muntlig rapport skaper rom for læring   |
| Samhandling mellom rapportgiver og rapportmottaker    |   |

## 5.1 Uklare rutiner for rapportgiving i avdelingen kan påvirke ivaretagelse av pasienten

Gjennom observasjonene og de korte samtalene, ble det funnet ulike meninger om hvordan en pasientoverlevering i avdelingen skulle foregå. Det var sprikende svar om hvordan rutinene i avdelingen var, og dette samsvarte med observasjonene av de ulike pasientoverleveringer. Observasjonene viste gjennomgående fin pasientomtale og respekt for både pasienten og kollegaer.

Dette første temaet handler om kategoriene “Påvirkende omgivelser i pasientoverleveringen” og “Ulik gjennomføring av rapport ved pasientoverlevering”.

### 5.1.1 Påvirkende omgivelser i pasientoverleveringen

Flere pasientoverleveringer ble gjennomført i korridoren på avdelingen. I disse ble det observert, et par meter bortenfor rapporten, flere åpne dører inn til pasientrom. En informant uttalte seg slik om omgivelsene rundt pasientoverleveringen:

*“Sånn generelt synes jeg ikke det er ideelt å gi rapport i åpent landskap hvor pasienter kan gå, og komme ut” (RM7).*

En annen ga uttrykk for at de måtte passe på taushetsplikten når de ga rapporter i korridoren. Dette fordi pasienter og pårørende kunne høre hva som ble sagt. Det ble observert, ved flere pasientoverleveringer, at pasienter gikk fra pasientrommet og ut i korridoren hvor rapporten ble gitt. Det ble også observert pårørende, og andre ansatte fra andre avdelinger på sykehuset i korridoren i flere pasientoverleveringer. Et par pasientoverleveringer foregikk på et vaktrom med åpen dør ut til korridoren. Ved disse pasientoverleveringene ble det observert at flere ansatte gikk ut og inn fra vaktrommet, ropte og snakket til andre kollegaer under pasientoverleveringen. En informant fortalte at de sitter tett ved rapportgiving, og av og til får de ikke plass til å sitte. Hun ga også uttrykk for at de ikke alltid vet hvem de skal få rapport av. Da må de lete og mase på andre kollegaer (RM9). Det var gjennomgående i flere pasientoverleveringer at andre ansatte snakket høyt ved siden av rapportgivingen. I samtlige, med unntak av to pasientoverleveringer, ble andre rapporter gitt samtidig og ved siden av den aktuelle observasjonen. Dette uttalte en informant seg om i den korte samtalen:

*“Noen ganger er det mye bråk, og ting som skjer fordi vi gir rapport samtidig”*  
(RM10).

Noen rapporter ble gjennomført i et rom hvor informantene var alene. Eksempelvis et lite rom med egen dør i korridoren. Halvparten av disse rapportene ble gitt med døren lukket, mens de resterende hadde døren ut til korridoren åpen. I en observasjon, hvor denne døren var lukket, ble det kun observert dempede lyder fra noen som snakket på utsiden av rommet. Flere uttrykte at det var positivt å ha rapport i et rom med lite lyder. En informant uttalte i den korte samtalen:

*“Denne gangen var det roligere omgivelser. Pleier ellers ikke å være det. Man er heldig om man får det rommet [å gi rapport i]”* (RM3).

I løpet av alle observasjonene var det ingen rapporter som ble gitt inne hos pasienten. Det ble uttrykt at pasientoverleveringen ikke kunne skje inne på pasientrommet, fordi det i dette tilfellet var på et flermannsrom, og ikke enerom (RG2). En informant uttalte at smitte var en begrensende faktor. En annen informant uttalte:

*“Hvis pasienten er veldig dårlig, er det mest sikkert å gå inn til pasienten etter rapporten, og gå gjennom utstyr og sånn. Men det er mer på intensiv, her har man ofte fire pasienter” (RG15).*

Det ble observert ved én pasientoverlevering at rapportgiver og rapportmottaker gikk inn til pasienten, etter den muntlige rapporten (8). En informant anga at hun skulle gjøre dette i etterkant av den korte samtalen, for å gå gjennom pasientens tilganger, og rapportmottakerens eventuelle spørsmål (RG13). Flere informanter uttrykte at det som kunne blitt gjort annerledes i pasientoverleveringen, var å gå inn til pasienten sammen med rapportmottakeren.

De fleste pasientoverleveringene ble gjennomført med støy i rapportgivingen. Dette var høye lyder som eksempelvis kom fra stoler som ble skjøvet på gulvet, nattbord som ble trillet i korridoren, pasient som ropte fra rommet sitt, alarmer fra medisinsk teknisk utstyr (MTU), søppelrydding med smittefrakker, pappesker som ble pakket opp og ned, istandgjøring av medisiner, og andre ansatte som ropte inn til pasientrom. Som observatør oppdaget forfatterne å gå glipp av informasjon fra den muntlige rapporten på grunn av støy. Flere informanter ga også uttrykk for at det var mye støy rundt pasientoverleveringen. En informant sa:

*“Veldig mye støy. Vi må bare snakke høyere og høyere for at du skal være sikker på at hun [rapportmottakeren] får med seg det hun bør få med seg” (RG9).*

I løpet av flere pasientoverleveringer ble det observert avbrytelser. Det var avbrytelser fra andre sykepleiere i avdelingen, legen, alarmer fra MTU, pasienten selv eller at rapportmottakeren avbrøt rapportgiveren i den muntlige rapporten. Det ble også observert at rapportgiver avbrøt rapporten selv med å fortelle en annen kollega om en medisin hun ikke fant (17). Her så vi at rapporten ble avbrutt, og at rapportgiver brukte ekstra tid for å komme tilbake til der hun stoppet rapporten. Avbrytelsene fra rapportmottakeren handlet for det meste om spørsmål relatert til pasientbehandlingen. En rapportmottaker ønsket å stille alle spørsmålene på slutten av rapporten for å unngå avbrytelser. De fleste rapportmottakere anga at de foretrakk å stille spørsmål underveis, fordi de var redde for å glemme spørsmålet. En informant uttalte seg slik:

*“Du har jo naturlig pause når du snakker, og da går jeg rett inn og spør om det jeg lurer på. Av og til må du bare gripe inn” (RM15).*

En informant opplevde at rapporten gikk bra fordi det ikke var noen avbrytelser under pasientoverleveringen (RG2). I en observasjon var det en alarm fra MTU som gikk over en lengre periode. Rapportgiver avbrøt rapporten for å spørre en annen kollega om hva som piper. I etterkant uttalte informanten seg om situasjonen slik:

*“Det er jo alltid noen avbrytelser, for eksempel den optiflowen som pep. For da kan man poppe ut litt, og gå glipp av god informasjon. Man bør ha det rolig rundt [rapporten]” (RG9).*

Avbrytelsene som kom fra andre sykepleiere handlet om enkle spørsmål. Eksempelvis hvor temperaturmål var, om informanten ville ha stansalarmen, om en medisin som rapportgiver hadde etterspurt, eller spørsmål om en protokoll. En annen sykepleier avbrøt rapporten for å takke for dagen. I en observasjon hvor rapporten ble avbrutt to ganger, uttalte rapportmottakeren seg slik i etterkant:

*“De korte avbrytelsene hadde ikke noe å si. Vi ble ikke vippet av pinnen av den grunn. Noen avbrytelser kan være relevante” (RM16).*

En informant opplevde å bli avbrutt av en anestesilege som skulle tilse pasienten i løpet av rapporten. Begge informantene ble med anestesilegen inn på pasientrommet (7). Informanten som skulle gi rapport oppga at hun opplevde overleveringen som grei på tross av avbrytelsen. Årsaken til dette var at hun i forkant hadde fått gitt litt informasjon til rapportmottaker.

### 5.1.2 Ulik gjennomføring av rapport ved pasientoverlevering

Under pasientoverleveringen observerte forfatterne av studien at det var ulike måter å strukturere rapporten på. Informantene hadde også ulike preferanser for gjennomføring av rapporten. En informant sa:

*“Det fungerte bra at jeg hadde eget skriftlig notat, slik at ingenting ble glemt”*  
(RG1).

Flere informanter anga at de brukte ISBAR og/eller ABCDE for å strukturere rapporten. De fleste anga at de brukte mal for sykepleienotatet i elektronisk journalsystem, videre i oppgaven omtalt som “sykepleienotat” (vedlegg 7), for å strukturere den muntlige rapporten. Disse informantene gikk gjennom denne sammen med rapportmottaker. De informantene som ikke brukte sykepleienotatet i pasientoverleveringen, brukte eget notat på papir. Det var også noen som enda ikke hadde dokumentert skriftlig. Funnene i studien viste at alle informantene hadde gjentakende funksjonsområder i rapporten. Det ble ved en observasjon funnet at det kun var ett funksjonsområde som ble gjentatt under overleveringen (2). I de resterende observasjonene ble ulike funksjonsområder gjentatt flere ganger. De funksjonsområdene fra sykepleienotatet som ble gjentatt flest ganger under observasjonene var “kunnskap/utvikling/psykisk”, “respirasjon”, “sirkulasjon” og “eliminasjon”. Disse funksjonsområdene ble gjentatt opptil fire ganger i løpet av en observasjon (3). I tillegg til å bruke sykepleienotat, uttalte flere at de også sa noe om innleggelsesårsak og/eller bakgrunn i rapporten. En informant uttalte seg om dette slik:

*“Pleier å si hvorfor de er innlagt, tidligere sykdommer, og så gå gjennom sykepleienotatet i [elektronisk journalsystem]”* (RG7).

Flere rapportmottakere uttrykte at de opplevde rapporten som ryddig og strukturert. En rapportgiver opplevde sin egen rapport som rotete fordi hun ikke hadde dokumentert i forkant av pasientoverleveringen (RG13). Flere informanter opplevde mangel på system for rapportgivingen.

Våre funn viste at noen informanter oppdaget, gjennom pasientoverleveringen, at de måtte endre på dokumentasjonen som var blitt gjort. Noen oppdaget at de hadde glemt å informere om enkelte ting. En rapportgiver uttrykte at hun oppdaget å måtte endre på dokumentasjonen hun hadde gjort i forkant av pasientoverleveringen. Dette fordi det var enkelte ting som ikke gjaldt lenger (RG16). En annen rapportgiver oppdaget at hun måtte rette på dokumentasjon i elektronisk kurve. Årsaken var fordi hun hadde delt ut feil medisin der. Hun fortalte til rapportmottaker hva hun hadde gitt, og rettet på det i elektronisk kurve (8). Det kom også frem under den korte samtalen at flere informanter

oppdaget mangler i sin egen pasientoverlevering. Dette var blant annet å gi rapport om medisiner og videre plan.

Funnene viste at flere av informantene ikke visste, eller anga at det ikke fantes et felles system for rapportgiving i avdelingen. De resterende informantene anga at avdelingen brukte sykepleienotatet som system for rapportgiving i avdelingen. Det kom frem gjennom de korte samtaleene at flere informanter opplevde forskjellige rapportsystemer i avdelingen, og at pasientoverleveringen hadde begrensninger. Disse begrensningene var knyttet til tid, smitte og lokalene rapporten ble gitt i. Flere av informantene uttrykte at det var utfordrende å gi tilfredsstillende rapport, fordi de hadde flere pasienter å gi rapport på, og kun en halvtime til rådighet. Derfor måtte rapporten være konkret (RM8).

Flere informanter uttalte seg om at det var en del informasjon fra den muntlige rapporten som ikke ble dokumentert skriftlig. Det ble blant annet begrunnet i at de ikke ønsket dobbeltføring, og flere ga uttrykk for at det var vanskelig å skrive om pasientens psykiske utfordringer. En av grunnene til dette var at pasienten selv kunne lese det etterpå, og tolke denne informasjonen feil (RG17). En informant uttalte seg om at mye av den muntlige informasjonen ikke ble dokumentert skriftlig, fordi hun ikke hadde tid til å dokumentere det. En annen informant uttalte:

*«Jeg hadde en mer utfyllende muntlig rapport enn skriftlig rapport. Av og til skriver man bare fordi loven sier det» (RG1).*

Det ble observert at det var ulikt hvilken informasjon om pasienten og behandlingen som ble inkludert i rapporten. En informant uttrykte tilfredshet ved at rapportgiveren videreformidlet det som betydde noe for at rapportmottakeren skulle kunne gjøre en god jobb videre (RM8). De fleste rapportmottakerne opplevde at innholdet i rapporten var relevant. En rapportmottaker mente informasjon om pasientens blindtarmsbetennelse på 70-tallet ville vært irrelevant å ha med i pasientoverleveringen. En annen informant uttalte seg om at hun ikke hadde behøvd å vite om hvor mange barn pasienten hadde, og bosituasjonen hans. Hun mente det ville vært annerledes dersom pasienten var yngre, og hadde unge barn (RM13). De fleste rapportmottakerne opplevde at informasjonsbehovet ble dekket gjennom pasientoverleveringen. Et av unntakene var en rapportmottaker som uttalte seg slik om manglende informasjon om pasientens tilstand:

*“Det at han hadde diabetes er litt kjekt for meg å vite på forhånd, før jeg skal inn til pasienten. For jeg kommer ikke til å få tid til å lese om ham på en stund”*  
(RM11).

Noen rapportmottakere uttrykte at de skulle lese mer nøye om pasienten i etterkant. De ga uttrykk for at det var greit at kun den viktigste informasjonen ble prioritert i den muntlige rapporten. En rapportgiver reflekterte over at dersom hun hadde lest mer i forkant, kunne hun gitt mer informasjon i rapporten (RG3).

## 5.2 Muntlig rapport skaper rom for læring

Ved pasientoverleveringene ble det i flere observasjoner gitt muntlige råd, og faglige vurderinger i pasientbehandlingen fra rapportgiverne til rapportmottakerne. Gjennomgående ble det observert gjensidig respekt og åpen dialog mellom informantene. Det var informanter som ønsket å hjelpe hverandre ved å gå nærmere gjennom uklare områder. Dette temaet handler om faglige innspill, og samhandlingen mellom rapportgiver og rapportmottaker.

### 5.2.1 Faglige innspill

De faglige innspillene ved pasientoverleveringen kunne dreie seg om for eksempel praktisk gjennomgang, råd, delegering og egne faglige vurderinger. Noen rapportgivere hadde praktisk gjennomgang av blant annet tabell for administrering av medikamenter, medisinsk behandling, medisinsk teknisk utstyr og protokoller (4). I en observasjon tok rapportgiver frem en perm og hentet ut relevant protokoll for en infusjon som pågikk, og viste til rapportmottaker. De gikk gjennom denne sammen, og det ble observert at rapportgiver tok seg god tid til det som var uklart og måtte presiseres nøye (9). Rapportmottakeren uttrykte i den korte samtalen:

*“Veldig greit at hun gikk gjennom tabellen, da jeg ikke er så kjent med den”*  
(RM9).

En rapportgiver ga praktisk informasjon om hvem i avdelingen som gjorde klar pasientens medisiner, da rapportmottaker lurte på dette (8). En annen rapportgiver viste

rapportmottaker hvilken behandlingsbegrensning som gjaldt i elektronisk kurve (16). Videre ble det gitt praktisk informasjon om at rapportgiver ikke hadde bestilt total parenteral ernæring til pasienten. Dersom rapportgiver skulle gjøre dette, måtte det gjøres før klokken 13 (15). Hun ga også informasjon om at de måtte være to stykker for å snu pasienten på grunn av manglende samarbeid (15). En annen rapportgiver ga informasjon om en prøve som skulle tas. Hun fortalte hvor utstyret stod, og at rapportmottaker måtte endre klokkeslettet på etiketten for prøvetakingen (16). Hun gikk også gjennom hvordan rapportmottaker skulle følge opp registreringen av væskeinntaket til pasienten slik:

*“Ingen av glassene inne på rommet er ført inn, når resten er gitt kan du krysse det av i [elektronisk kurve]” (16).*

Det ble observert at flere rapportgivere ga råd om pasientens videre behandling til rapportmottaker. En rapportgiver ga råd om at rapportmottaker kunne gi væske intravenøst for å få i gang urinproduksjonen (8). En annen rapportgiver uttrykte at rapportmottaker kunne skylle urinkateteret dersom det ikke kom noe urin (11). Hun ga også råd om at rapportmottaker burde sette pasienten godt opp i sengen når han skulle svelge tabletter (11). I en annen observasjon videreformidlet rapportgiveren at blodtrykket ikke måtte måles på venstre arm, på grunn av fistel der (2). Det ble presisert av en rapportgiver at det var viktig med tolk til pasienten. Dette gjentok rapportgiveren flere ganger i løpet av rapporten (9).

Det ble observert at flere rapportgivere også delegerte eller ga instruksjoner om videre pasientbehandling. En rapportgiver ga instruks om en medisin pasienten ikke skulle ha, til tross for at denne var oppført på medisinalisten (1). Noen av instruksene handlet om viktig avklaring som måtte bli gjort med legen om pasientbehandlingen, og faktorer som kunne påvirke videre behandling. En sa:

*“Verken pasient eller pårørende er informert om funnet på CT. Jeg vet ikke hvordan vi skal gjøre det. De [legene] sa ikke noe om når de hadde tenkt å informere [pasient og pårørende]” (16).*



Andre instruksjoner som ble videreformidlet handlet eksempelvis om at legen ikke ønsket å gi insulin før blodsukkeret var under 13 (15). En annen rapportgiver uttrykket at hun ikke hadde avklart med legen om væskerestriksjon (10). Det ble også observert at rapportgiveren videreformidlet at hun hadde satt et spørsmålstegn ved den ene medisinen i elektronisk kurve. Videre ble det uttrykket at legen fikk ta stilling til om pasienten skulle ha denne medisinen videre eller ikke (11). Andre beskjeder handlet om delegering av oppgaver. En rapportgiver ga beskjed til rapportmottaker at pasienten måtte stelles fordi hun ikke hadde rukket å gjøre det (6). En annen rapportgiver informerte om at rapportmottaker måtte ta en ny ekspektoratprøve (17). I en observasjon fortalte rapportgiver til rapportmottaker at legemiddellisten måtte samstemmes (13). I en annen observasjon ga rapportgiveren informasjon om at arteriekranen ikke var koblet opp til nytt scoop enda (10). En oppgave ble delegert slik:

*“Jeg har ikke koblet på temperaturledningen enda, siden det ikke var inne på rommet da. Men det har du jo mulighet til nå” (13).*

Videre ble det gitt instruksjoner fra rapportgiver om at rapportmottaker måtte sjekke svar på blodprøver (6), at det skulle tas nye blodprøver klokken 08 (9), og at rapportmottaker måtte følge med på kaliumnivået til pasienten (12). En rapportgiver informerte om at hun hadde lagt inn en subcutan kanyler på pasienten, og at videre plan var å gi et medikament subkutant (13). En annen rapportgiver videreformidlet at det var et ønske om at middelblodtrykket skulle være over 65 (13). Det ble også observert at rapportgiver ga instruks til rapportmottakeren om at hun ikke skulle gi pasienten væske intravenøst (15).

I pasientoverleveringene ble det observert at flere rapportgivere uttrykte sin faglige vurdering vedrørende pasientbehandlingen. Dette var rapportgiverens tanker om årsaker til pasientens tilstand og forslag til videre behandling. En rapportgiver uttrykte hva hun tenkte var årsaken til pasientens tilstand, og foreslo at rapportmottaker kunne gi inhalasjoner til pasienten (11). En annen rapportgiver ga uttrykk for hva hun tenkte om pasientens metningsmål (8). Et funn var at rapportgiveren foreslo et metningsmål som rapportmottaker kunne forholde seg til i den videre behandlingen (9). Et annet funn var at rapportgiver foreslo at rapportmottaker kunne be om en utredning for søvnapné på vegne av pasienten (10). I en observasjon fortalte rapportgiver først hvor raskt serum

natrium nivået til pasienten skulle stige, og sa deretter at det nå steg litt for fort. Rapportmottaker burde dermed redusere hastigheten på pumpene (10). En annen rapportgiver ga uttrykk for hva hun tenkte om pasientens respirasjonsbehandling slik:

*“Han bør være litt av CPAP for pauser. Han vil gjerne ha masken hele tiden, og hviler med masken” (12).*

En rapportgiver sa til rapportmottaker at hun tenkte at Optiflow måtte være bra for å fukte slimet til pasienten (13). En annen rapportgiver uttrykket tanker hun hadde om pasientens væskebalanse, og hva hun tenkte at legen hadde ønsket i forhold til dette.

### 5.2.2 Samhandling mellom rapportgiver og rapportmottaker

Det ble observert gode refleksjoner i pasientbehandlingen, med gjensidighet og samspill mellom rapportgiver og rapportmottaker. Eksempelvis var det samtaler om logistikk av pasientbehandling (4), behandlingsprioriteringer (6) og MTU. En rapportgiver uttalte at hun gikk gjennom nytt utstyr fordi hun var usikker på hvor godt kjent rapportmottakeren var med dette (RG4).

Flere rapportgivere åpnet opp for spørsmål underveis eller mot slutten av rapporten, og ga rapportmottaker mulighet for eventuelle oppklaringer. I alle observasjonene stilte rapportmottakerne spørsmål underveis i rapporten. Det var alt fra to til 13 spørsmål som ble stilt i løpet av en rapport, og det var ulikt hvor pågående rapportmottakerne var med spørsmålene. Rapportgiverne hadde varierende preferanser angående spørsmål i rapporten. Noen rapportgivere mente det var greit å bli stilt spørsmål underveis i rapporten, mens andre ønsket å få spørsmålene på slutten av rapporten.

*«Jeg sa jo i slutten hvert fall om hun hadde noen [spørsmål], og hun brøt inn underveis og det er bra. Så slipper hun å glemme, og vi kan presisere når vi er inne på det temaet der og da» (RG16).*

En rapportmottaker uttalte seg om informasjonsutveksling slik:

*“Det er også min oppgave å spørre om de opplysningene jeg trenger” (RM9).*

Rapportgiverne forklarte med hendene, og det var øyekontakt mellom rapportgiver og rapportmottaker flere ganger i løpet av rapporten. I de korte samtalene kom det frem at informantene hadde en gjensidig trygghet, og var komfortable med hverandre (RG1). Observasjonene viste at de fleste rapportgiverne snakket tydelig med behagelig stemme, og fremstod som rolige under rapporten, med unntak av et par tilfeller hvor rapportmottaker rapporterte at rapportgiver snakket for fort. Ved en pasientoverlevering fortalte rapportgiver til rapportmottaker at vekten hadde vært travel. Det kommer også frem i den korte samtalen med rapportmottaker i etterkant at hun opplevde rapportgiver som stresset (RM6). I en annen observasjon ble rapporten beskrevet som enkel og avslappet (RG1).

Det kom frem i de korte samtalene at væremåten til rapportgiver var av betydning for opplevelsen av pasientoverleveringen, og ble beskrevet av en rapportmottaker slik:

*“Hun [rapportgiveren]forstår hvis jeg lurer på noe. Hun er blid, og måten hun er på gjør det lett å spørre”* (RM9).

Ved våre observasjoner så vi at informantene hadde gjennomgående gode uttalelser om hverandre, og et godt samspill ved å hjelpe hverandre med det de var usikre på. Det kunne dreie seg om hvorvidt rapportmottaker var kjent med en prosedyre, et medikament eller en tilstand (12, 16). I våre funn var det for det meste rapportmottaker som stilte rapportgiver spørsmål, men det kom også frem at rapportgiver spurte rapportmottaker om hjelp. Blant annet ble det spurt om rapportmottaker kunne hjelpe med MTU, fordi hun selv ikke fikk det til (17). I en observasjon snakket informantene en god stund om hvordan en prosedyre skulle gjennomføres, og hvordan de skulle løse utfordringene knyttet til dette. Videre ble det også observert diskusjoner mellom informantene hvor de blant annet diskuterte om et medikament som var oppført i elektronisk kurve, skulle gis eller ikke (16). Pasientenes blodgass ble også ofte diskutert mellom informantene, og noen informanter tok en gjennomgang av relevant protokoll for infusjon som pågikk hos pasienten (9). Når våre observasjoner fant sted, var det blitt implementert et nytt journalsystem. Observasjonene viste at informantene på bakgrunn av dette hjalp hverandre med å blant annet rekvirere blodprøver til pasienter. I en observasjon ble bioingeniør inkludert i rapporten for å få svar på dette (RG9).

Det ble også observert at informantene hadde en felles gjennomgang av legemiddelutregning, for å regne ut videre dosering av infusjon. Her fikk rapportgiver bekreftelse fra rapportmottaker på at hun var enig med utregningen (9).

Videre illustrerte observasjonene våre at informantene hadde et godt samspill ved at de lo sammen og smilte under rapporten av det som opplevdes humoristisk (8, 9, 13, 15). Det kunne dreie seg om informasjon som kom ut på feil måte, eksempelvis ved at rapportgiver informerte om at rapportmottaker kun måtte gi hostesaft dersom pasienten var våken, at pasienten kavde mye, eller når rapportgiver gjorde om på stemmen for etterligning av pasienten eller legen.

## 6.0 Diskusjon

Studiens hensikt var å belyse hvordan pasientoverlevering i vaktskifte ble utført, å få kunnskap om nåværende rutiner og å belyse hvordan informantene opplevde pasientoverleveringen. Det ble funnet at det var varierende innhold og utførelse av pasientoverlevering i avdelingen, og på bakgrunn av de korte samtalene fremsto de nåværende rutinene som uklare. Til tross for dette opplevde flesteparten av informantene pasientoverleveringene som gode og strukturerte.

Herunder vil studiens funn bli diskutert opp mot tidligere forskning og eksisterende teori som er relevant for problemstillingen; "Hvordan gjennomføres pasientoverlevering av intensivsykepleiere i vaktskifte ved en intermediæravdeling, og hvordan opplevde informantene den i etterkant?". Det vil også bli diskutert studiens metode.

### 6.1 Uklare rutiner for rapportgiving i avdelingen kan påvirke ivaretagelse av pasienten

Det kom tydelig frem i våre observasjoner og i de korte samtalene at pasientoverleveringene var preget av avbrytelser og støy. Dette var blant annet støy fra andre rapporter som ble gitt i nærheten, støy fra utstyr og alarmer eller personell som

ryddet. Det kan tenkes at støy fra rydding av utstyr, og forstyrrelser relatert til dette kom av at de ansatte ikke hadde noen retningslinjer på hvordan man skal opptre i avdelingen under et vaktskifte. Man kan reflektere over om det ikke fantes noen rutiner som sa noe om at de andre ansatte under vaktskifte skulle være stille, ikke avbryte eller utføre oppgaver som innebar mye støy rundt rapportgivingen. I likhet med våre observasjoner, fant Amorim et al (2022) og Ahn et al. (2020) i sine studier elementer som hadde negativ påvirkning for pasientoverleveringen. Dette var eksempelvis parallelle samtaler i nærheten av rapportgivingen, støy i avdelingen og avbrytelser. Dette resulterte i manglende oppmerksomhet hos informantene. I våre observasjoner var det tydelig at rapportgiver som ble avbrutt mistet konsentrasjonen, og brukte ekstra tid for å komme tilbake til der hun stoppet rapporten. Dermed kan det tenkes at støy og avbrytelser påvirket pasientoverleveringen. Dette støttes av Grimshaw et. al. (2020) og Ahn et al (2020), som fant at pasientoverleveringen kunne ta lengre tid på grunn av forstyrrelser, og at avbrytelsene gjorde det vanskelig for intensivsykepleierne å konsentrere seg om overleveringen. I den ene pasientoverleveringen fra vår studie som ble gjennomført på et tomt pasientrom, uttalte rapportmottakeren seg om at det var deilig å ha rapport i et stille rom. På bakgrunn av dette opplevde informantene pasientoverleveringen som god. Det fant også Vretare & Anderzén-Carlsson (2020) i sin studie, hvor informantene opplevde bedre kommunikasjon ved overleveringer hvor de var i et stille rom uten avbrytelser.

Våre observasjoner viste at flere pasientoverleveringer stort sett ble gjennomført i korridoren på avdelingen. Her var det ofte flere andre personer i nærheten, og dørene inn til pasientrommene var åpne. Det kom også frem at noen deltakere hadde bekymringer for taushetsplikten ved å ha pasientoverlevering slike steder. Et aktuelt tiltak kunne vært at dørene hadde blitt lukket i forkant av pasientoverleveringen.

Helsepersonelloven (1999) sier:

*“Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell”* (Helsepersonelloven, 1999, § 21).

På grunnlag av helsepersonelloven kan det tenkes at pasientoverlevering ikke burde foregå i korridor. Bakgrunnen for dette er at observasjonene våre viste at pårørende og

andre pasienter kunne oppholde seg i samme rom. Dette kunne gitt dem mulighet til å få tilgang til andres personopplysninger. Det at informantene uttrykte bekymringer vedrørende dette kan tyde på at sykepleierne ble begrenset av virksomhetens rammer.

Det kom også frem i vår studie at informantene ikke alltid visste hvem de skulle få rapport av. Videre uttrykte flere informanter frustrasjon når de ikke fant lokasjon for overleveringen. Det kan derfor se ut til at avdelingen har mangelfulle plasser som egner seg for muntlig pasientoverlevering. Disse utfordringene kan tyde på at det var uklare retningslinjer i avdelingen for rapportgiving. Lignende funn ble også trukket frem i studien til Grimshaw et al. (2020), hvor sykepleierne sa at det å finne, og å gi rapport til flere sykepleiere, innebar mye venting. Det kunne dermed ta lang tid før pasientoverleveringen kunne starte, som igjen økte rapporttiden sykepleierne brukte (Grimshaw et al., 2020). På bakgrunn av dette kan det se ut til at dersom avdelingen hadde hatt egnede, faste plasser for pasientoverlevering, kunne frustrasjonen hos informantene vært unngått. Ved å ha egnede, faste plasser for pasientoverlevering, kan det tenkes at pasientoverleveringen kunne blitt mer effektiv, og sykepleierne hadde fått mer tid til rapportgiving.

Våre funn viste at informantene gikk inn på pasientrommet, i kun én pasientoverlevering. Likevel var det flere informanter som uttrykte at de burde gått inn til pasienten sammen med rapportmottaker i pasientoverleveringen. Det kan tenkes at dersom pasientoverleveringen foregikk inne på pasientrommet, kunne dette bidratt til bedre avklaring av gjenstående og delegerte arbeidsoppgaver. Det kunne også gitt et tydeligere bilde av pasienten og tilstanden til pasienten, samtidig som det kunne bidratt til bedre pasientinvolvering. Dette støttes av studiene til Paredes-Garsza et al. (2022) og Grimshaw et al. (2020). Der kom det tydelig frem at pasientoverlevering ved pasientens seng ga en bedre rapport, og var fordelaktig både for intensivsykepleierne og pasientene. Pasientoverlevering inne hos pasienten bidro til at informasjon ikke gikk tapt, i tillegg til at rapportmottaker fikk mer utfyllende informasjon (Amorim et al., 2022, Paredes-Garsza et al., 2022). Påtroppende sykepleier fikk også et visuelt bilde av pasienten ved å ha pasientoverlevering ved sengekanten. Dette ga muligheten for visuelle bekreftelser eller korrigeringer i forbindelse med informasjonen som ble gitt (Grimshaw et al., 2020). I tillegg kunne inkludering av pasienten føre til at pasienten selv kunne se fremgang i sin

behandling. Samtidig fikk intensivsykepleierne se pasienten som et helt menneske, og ikke bare en diagnose. Dessuten fikk de også muligheten til å dobbeltsjekke informasjon med pasienten (Grimshaw et al., 2020).

Pasientoverlevering ved sengekanten bidro også til å styrke sykepleier-og pasient forholdet, forbedret kvaliteten på omsorgen til pasientene, samtidig som at det fremmet kontinuitet i pleien (Grimshaw et al., 2020). I henhold til NSFLIS (2017) skal intensivsykepleiere inkludere pasientens erfaringskunnskap i behandlingen. Det kan derfor tenkes at pasientoverlevering i vaktskiftet kan være en god mulighet for inkludering av pasienten. På denne måten kan pasienten bidra til å oppklare eventuelle uavklarte detaljer vedrørende hendelsesforløpet og sykdomsbildet. Det kan også tenkes at pasientoverlevering inne på pasientrommet kan bidra til økt pasientmedvirkning, og i tillegg dekke pasientens rett til informasjon. Pasientmedvirkning og pasientens rett til informasjon er nemlig lovpålagt i pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3,1-3,2). Det vil si at intensivsykepleiere har et ansvar for å sørge for at dette blir opprettholdt i pasientbehandlingen.

En informant i vår studie uttrykket at hun ikke kunne ha pasientoverleveringen inne på pasientrommet, fordi det var på et flermannsrom. Dette støttes av studien til Grimshaw et al. (2020), som fant de at dersom rapporten foregikk inne på pasientrommet, måtte sykepleieren passe på å opprettholde taushetsplikten. Det kom også frem at pasientoverleveringen ved sengekanten noen ganger kunne være upassende, forstyrrende og ble anerkjent som tidkrevende (Ahn et al. 2020 & Grimshaw, 2020). Det ble trukket frem i våre funn at det kunne være lurt å gå inn til pasienten i pasientoverlevering, dersom pasienten var veldig dårlig. På denne måten kunne de ta en gjennomgang av utstyr, men dette var mer normalt på intensivavdelingen. Grunnen til at det var utfordrende å gjennomføre, var at en sykepleier på en intermediæravdeling ofte hadde ansvar for flere pasienter samtidig. Dette blir bekreftet av Grimshaw et al. (2020), hvor det kom frem at det var spesielt nyttig å ha pasientoverleveringen inne hos pasienten ved kritisk syke pasienter. Likevel kunne det være en utfordring med tidspress dersom sykepleieren hadde flere pasienter hun skulle gi rapport til. Til tross for dette kunne pasientoverlevering inne hos pasienten bidra til en visualisering av pasienten. Visualiseringen hjalp dem å koble sammen brikkene mellom det som stod på papiret og hvem pasientene deres var. Dette hindret sykepleierne å blande sammen pasienter og romnummer (Grimshaw et al., 2020).

Funnene i studien vår viste at det var ulike meninger vedrørende hvilke rutiner avdelingen hadde for pasientoverlevering. Dette kan peke mot at det var en usikkerhet angående rutinene for rapportgiving i avdelingen. Imidlertid ble det observert at flertallet brukte sykepleienotatet som struktur i pasientoverleveringen, som kan tyde på at det var en viss rutine. Denne måten å gi muntlig rapport på, fant også Ahn et al. (2020) i sin studie.

Flere av informantene i studien vår mente at det burde vært et felles system for rapportgiving i avdelingen. På bakgrunn av tidligere forskning kan det tenkes at et felles system, kunne hatt en positiv effekt på rapportgivingen i avdelingen (Wang et al., 2022 & Hoskote et al., 2016). I studien til Wang et al. (2022) fant de nemlig at implementeringen av sjekklister basert på ISBAR, førte til en mer strukturert pasientoverlevering, og sykepleierne glemte mindre informasjon. Til tross for dette viste funnene i studien til Ahn et al. (2020) at intensivsykepleierne ofte ikke brukte standardisert dokumentasjon, eller sjekklister for å bedre strukturen i rapporten. Dette kan indikere at selv om avdelingen i vår studie hadde fått implementert et felles system for rapportgiving, er det usikkert om det ville blitt brukt. I tillegg var flesteparten av våre informanter fornøyd med pasientoverleveringene, på tross av at noen mente at det var et manglende system i rapportgivingen. Det er imidlertid ikke et grunnlag for å ikke forsøke å ha et felles system for rapportgiving i avdelingen. Intensivsykepleieren har som ansvar å sikre kvalitet i pasientbehandlingen (NSFLIS, 2017), og ifølge Institute of Medicine (2001) blir kvalitet beskrevet gjennom at tjenestene skal være sikre, samordnede og effektive. Dette kunne eksempelvis blitt gjennomført ved hjelp av et felles system for rapportgiving i den aktuelle avdelingen.

Funnene i vår studie viste også at det ble gitt individuelle muntlige rapporter, hvor det var ulikt hvilken informasjon som ble inkludert. Noen informanter ga mye informasjon, mens andre ga mindre. Til tross for forskjellene var flesteparten av informantene fornøyd med innholdet i pasientoverleveringen. Individuelle pasientoverleveringer kunne ifølge studien til Spooner et al. (2016), føre til mangelfulle pasientoverleveringer, og dermed påvirke ivaretagelsen av pasienten. Det kan også tenkes at dette er med på å påvirke kontinuiteten i pasientbehandlingen, og bilde rapportmottakeren får av pasienten. Dette støttes av tidligere forskning som fant at dette bildet av pasienten var grunnlaget for organisering av arbeidet, og gjennomføringen av kontinuiteten i omsorgen til pasienten (Amorim et al., 2022, Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Det kan tenkes at dersom



informasjonen rapportgiver gir under en pasientoverlevering ikke er tilstrekkelig, vil kvaliteten, kontinuiteten og planen i pasientbehandlingen påvirkes. Det viste seg også i studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020) hvor sykepleieren som skulle overta pasientansvaret måtte bruke mer tid på å innhente informasjon, enn å ta vare på pasienten.

Andre funn i studien vår viste manglende dokumentasjon i forkant av noen pasientoverleveringer på grunn av tidsnød. Det ble observert i en av disse pasientoverleveringene manglende struktur i rapporten. Andre informanter som hadde dokumentert på forhånd, hadde en mer strukturert rapport. Det kunne tyde på at å dokumentere i forkant av en pasientoverlevering kunne bedre strukturen av rapporten. Dette støttes av studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020), som fant at den skriftlige rapporten ble beskrevet som et dokument designet for overlevering. Det kan på bakgrunn av dette tenkes at dersom man ikke er forberedt i forkant av pasientoverleveringen, kan overleveringen bli påvirket negativt. Nielsen (2021) skriver at en bør ha klart opplysninger om pasienten, ha satt seg inn i pasientens situasjon og å ha kjennskap til diagnose, vitale parametere og medisiner, før man skal videreformidle informasjonen. Det poengteres også viktigheten av å være godt forberedt med relevant informasjon før man kommuniserer med kollegaer (Nielsen, 2021). Dette støttes også av Wallin & Thor (2008) som skriver at man skal ved bruk av kommunikasjonsverktøyet ISBAR ha tilgjengelig pasientens journal, laboratoriesvar og legemiddelbehandling under hele rapporten. Dette grunner i pasientsikkerheten hvor man skal forebygge uønskede hendelser og pasientskader (Helsedirektoratet, 2019). I tillegg skal en intensivsykepleier ifølge NSFLIS (2017) forebygge komplikasjoner. Dersom en pasientoverlevering er preget av lite struktur og/eller feil i informasjonen som gis, kan det tyde på at risikoen for mangelfull informasjon er til stede, og dermed svekket pasientsikkerhet. Da kan man se viktigheten av funnet i studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020), hvor de fant at informantene sa at de måtte engasjere seg i kritisk tenkning, og dobbeltsjekke informasjon for å ivareta pasientsikkerheten. Dette støttes av Institute of Medicine (2001) som hevder at en prosess med pasientoverlevering kan føre til tap av informasjon. Det blir også bekreftet av Stubberud (2020), som hevder at god og strukturert kommunikasjon mellom sykepleierne, kan bidra til å bedre pasientsikkerheten. ISBAR er et anbefalt kommunikasjonsverktøy å bruke for å strukturere den muntlige kommunikasjonen mellom sykepleierne (Stubberud, 2020).

Funnene våre viste at informantene hadde ulik struktur av rapport ved pasientoverleveringen. Under observasjonene ble det funnet at informantene gjentok flere funksjonsområder til tross for at de brukte sykepleienotatet som mal. Observasjonene illustrerte at dette påvirket strukturen i rapportgivingen. Det ble også støttet av funnene fra de korte samtalene. Her ga informantene uttrykk for at det ble hopping og gjentakelser av funksjonsområder. I tillegg opplevde noen mangel på struktur. Flere studier viste at ustrukturerte muntlige overleveringer ble forbundet med økt risiko for å utelate viktig informasjon (Ahn et al., 2020, Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). Mangelfull informasjonsgiving ble i studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020) forbundet med forlengelse av sykehusoppholdet. Dette er ifølge Helsedirektoratet (2019) en pasientskade, fordi man har fått en konsekvens med forlenget sykehusopphold som pasientsikkerhet skal vernes mot. Til tross for tidvis mangel på struktur, opplevde de fleste informantene at informasjonsbehovet ble dekket gjennom pasientoverleveringen. Det kan støttes i at det ble observert at de fleste informantene inkluderte viktige områder i rapporten slik som tidligere sykdommer, gjennomgang av pasientens tilstand og situasjon, diagnostiske resultater, undersøkelser og HLR-status. I likhet med studiene til Amorim et al. (2022), Hoskote et al. (2016) og Spooner et al. (2013), kom det frem at de fleste av de samme komponentene var viktige i en pasientoverlevering. Observasjonene i vår studie som viste at flere informanter viderefremmet HLR-status, står i kontrast med studiene til Spooner et al., (2013) og Spooner et al., (2016). De fant at blant annet HLR-status var et element som sjelden ble informert om ved pasientoverleveringen.

I studien vår hevdet noen at de brukte kommunikasjonsverktøyet ISBAR og/eller ABCDE, men vi så at i noen av observasjonene var ikke dette tilfellet. I tillegg gikk informantene gjennom de ulike funksjonsområdene i forskjellig rekkefølge. De fleste informantene startet rapporten med pasientens identifikasjon, og gikk over til bakgrunn før de gikk gjennom situasjon og innleggelsesårsak. Ifølge ISBAR skal rekkefølgen være identifikasjon, situasjon og deretter bakgrunn (Finnigan et al., 2010). Stubberud (2020) skriver at ISBAR er et kommunikasjonsverktøy som anbefales for å strukturere og kvalitetssikre kommunikasjonen, og redusere sannsynligheten for at viktig informasjon går tapt. Det kan tenkes at dersom informantene ikke følger rekkefølgen til ISBAR, kan viktig informasjon utelates og påvirke pasientsikkerheten.

Et annet interessant funn når det gjaldt informantenes struktur i rapporten, var at det første funksjonsområdet som ofte ble prioritert å gi rapport om, var “sirkulasjon”. Noen informanter begrunnet dette i at det ble mer fokusert på sirkulasjon enn respirasjon i den muntlige rapporten. Årsaken var at sirkulasjonen ofte var den største utfordringen hos pasientene i avdelingen. Imidlertid skal man ved bruk av ABCDE-prinsippene, alltid starte med respirasjon før sirkulasjon (Resuscitation council, 2021).

Funnene som kom frem vedrørende å stille spørsmål underveis i rapporten var ganske omfangsrike. Det var ulike preferanser hos informantene, vedrørende om rapportmottaker skulle stille spørsmål underveis eller i slutten av rapporten. Det kom også frem at informantene spurte rapportgiver dersom det var noe de lurte på. Dette står i kontrast til tidligere forskning hvor det ble funnet at informantene var tilbakeholdne med å stille spørsmål fordi de ikke ville fremstå som inkompetente, eller fordi de var redde for å ta feil (Ahn et al., 2020). Noen rapportmottakere i studien vår ønsket å stille spørsmålene på slutten av rapporten for å unngå avbrytelser. Dette viste seg også i studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020), som fant at informantene var forsiktige med å stille spørsmål, fordi de ikke ønsket å forstyrre strukturen i overleveringen. På den ene siden ble noen av avbrytelsene i vår studie sett på som relevante, og informantene uttrykte ikke at de ble forstyrret av slike avbrytelser. På den andre siden observerte forfatterne at avbrytelsene kunne påvirke strukturen i rapporten, og at rapportgiver brukte ekstra tid på rapport når spørsmål eller andre avbrytelser kom underveis. Som observatører hvor vi ikke kunne stille spørsmål underveis i rapporten, ble det oppdaget at spørsmål vi hadde, ble besvart etter hvert i rapporten. Man kan derfor reflektere over om alle spørsmålene som ble stilt underveis i rapporten, egentlig var nødvendige, eller om rapportmottaker kunne ha ventet til slutten av rapporten. En informant i vår studie uttalte seg om at det var hennes plikt å spørre om de opplysningene hun hadde behov for. Det samme funnet delte studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020), hvor rapporten ble sett på som en situasjon hvor sykepleierne kunne stille spørsmål, og innhente informasjonen de ville ha. Denne uttalelsen støttes også av NSFLIS (2017), hvor det står at en intensivsykepleier skal sikre pasientens behandling gjennom kontinuitet, kvalitet og plan. Dessuten ble det også påpekt i studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020), at informantene oppfattet pasientoverleveringen som en mulighet for å optimalisere omsorgen på gjennom å stille spørsmål.

## 6.2 Muntlig rapport skaper rom for læring

Funnene fra vår studie viste at det oppstod ulike læresituasjoner i flere observasjoner. Dette var et funn som forfatterne ikke hadde regnet med å finne, på bakgrunn av tidligere erfaringer. Det var læresituasjoner hvor både rapportgiver og rapportmottaker stilte spørsmål til hverandre for å øke sin kompetanse, og hvor informantene delte sine faglige begrunnelser og vurderinger. På denne måten deltok informantene i undervisningsansvaret som NSFLIS (2017) beskriver som kompetansebygging, kvalitetsforbedring og utvikling av ny kunnskap. Det kan tyde på at ved deling av faglige vurderinger, kan kompetansen til informantene økes ved at det ved noen anledninger ble en samtale om disse vurderingene, og ved at det gis rom for refleksjoner. Dette støttes av Vretare & Anderzén-Carlsson (2020), som fant at informantene opplevde overleveringen som en mulighet for læring, og hvor de kunne få nytte av hverandres kunnskap og erfaring. I vår studie kom det også frem at flere aspekter ved pasientbehandlingen ble diskutert mellom informantene. Denne diskusjonen kan tenkes å bidra til læring hos informantene. Dette støttes av Vygotsky (2001) som skriver at når noen med mye erfaring jobber sammen med andre med mindre erfaring, kan begge parter lære av hverandre. Ved å undervise og sette ord på sine kunnskaper, vil man kunne oppnå økt læring (Vygotsky, 2001).

Det kom også frem i funnene våre at det var flere uformelle samtaler og muntlige beskjeder som var viktige for pasientbehandlingen. I en observasjon handlet en muntlig beskjed om at pasienten ikke var blitt informert om et svar fra en undersøkelse som ville blitt livsendrende. I studien til Grimshaw et al. (2020) fant de at sykepleierne ikke ønsket å inkludere alt i den muntlige rapporten. Det kunne dreie seg om ømfintlige problemer som at pasienten var døende eller nettopp funnet hjernesvulst, dersom legen enda ikke hadde informert pasienten om dette. Samtidig viste funnene våre at den muntlige rapporten inneholdt mange råd fra rapportgiver, logistikk av pasientbehandling, behandlingsprioriteringer, eller praktisk gjennomgang av for eksempel MTU. Sammenlignet med Helsedirektoratet (2019), som angir uklart oppfølgingsansvar som en av risikofaktorene for svekket pasientsikkerhet, viste våre funn at dette stort sett ble avklart under pasientoverleveringene. Det kan også tenkes at dersom man ikke hadde hatt muntlig rapport, ville elementer som videreformidling av råd, logistikk av pasientbehandlingen, behandlingsprioriteringer eller praktisk gjennomgang uteblitt. Dette

bekreftes av utsagnene fra de korte samtalene, hvor flere informanter uttalte at de ga mer muntlig informasjon enn det som ble dokumentert. Det ble også funnet i tidligere forskning, at den muntlige rapporten inkluderte informasjon som ikke sto i pasientjournalen, og kunne bidra til å ta riktige beslutninger om prioriteringer (Vretare & Anderzén-Carlsson, 2020). I tillegg kan det tenkes at ved å få råd fra en annen, eller å gå gjennom noe praktisk med en annen, øker kunnskapen og ferdighetene. Dette støttes av Vygotsky (2001) og Säljö (2006), som sier at man kan lære av hverandre ved å jobbe sammen.

En av våre informanter sa at hun kun dokumenterte fordi det var lovpålagt. Dette kan tyde på at informanten fant den muntlige pasientoverleveringen viktigere enn den skriftlige dokumentasjonen. Dette står i kontrast med hva Vretare & Anderzén-Carlsson (2020) fant, hvor den skriftlige rapporten ble sett på som permanent kommunikasjon, fordi sykepleierne kunne lese informasjonen om igjen og dobbeltsjekke informasjonen. Dersom man som rapportgivende intensivsykepleier vektlegger den muntlige overleveringen, og ikke følger den opp med å dokumentere det samme skriftlig, kan det tenkes at det kan gå ut over pasientsikkerheten. Årsaken til dette kan tenkes å være at støy og forstyrrelser kan føre til at rapportmottaker får vanskeligheter med å få med seg alt som blir sagt muntlig. På denne måten kan rapportmottaker miste muligheten for å dobbeltsjekke informasjonen skriftlig i etterkant fordi den ikke eksisterer. Dette støttes av Helsedirektoratet (2019) som uttaler at pasientoverganger kan være utfordrende for pasientsikkerheten, på grunn av økt risiko for svikt i informasjonsflyten og manglende kommunikasjon. På den ene siden så forfatterne at det var mye god og viktig informasjon som kom frem i den muntlige rapporten. På den andre siden var rapportgiveren da avhengig av at rapportmottakeren fikk informasjonen med seg. I våre funn var det en rapportgiver som søkte bekreftelse på om rapportmottaker forsto det som var blitt sagt. For å sikre seg bekreftelse på at rapportmottaker forstår informasjonen, må rapportgiveren bli nødt til å fange opp hvordan rapportmottakeren tolket det som blir sagt (Säljö, 2006, Vygotskij, 2001).

Det kom også frem i våre funn at den muntlige pasientoverleveringen inneholdt en viss egenlæring for rapportgiveren. Dette kom til uttrykk ved at informantene under pasientoverleveringen oppdaget feil de hadde gjort i dokumentasjonen, eller at de oppdaget at noe ikke var blitt dokumentert. Det ble også funnet at rapportgiveren selv

oppdaget at hun hadde glemt å gi rapport om noe. Dette kan tyde på at den muntlige rapporten var til hjelp for rapportgiver, for å kunne dobbeltsjekke informasjon og arbeidet hun hadde gjort. Dette støttes av Amorim et al. (2022), som fant at pasientoverlevering kunne brukes til organisering av arbeidet, og for å sikre kontinuitet i omsorgen.

Det kom også frem i våre observasjoner at rapportgivere fikk hjelp av rapportmottakere til enkelte oppgaver. På denne måten så det ut som at også rapportgiver lærte noe under pasientoverleveringen. Dette støttes av Säljö (2006) som sier at en lærer ved hjelp av å ta i bruk de kunnskapene og ferdighetene de eksponeres for, i ulike sosiale sammenhenger. Videre skriver Säljö (2006) at kunnskap og læring er noe som vokser frem i sosiale sammenhenger, og er foranderlig gjennom hele livet. Pasientoverlevering med muntlig rapport kan ses på som en sosial sammenheng, og kan dermed bidra til læring både hos rapportgiver og rapportmottaker.

Funnene våre viste også at væremåten til informantene var avgjørende for et godt samspill, og for at rapportgiver skulle føle seg trygg på å stille spørsmål. Dette kom til uttrykk ved at dersom rapportgiveren var blid og hyggelig, var det lettere å stille spørsmål. Dette støttes av studien til Vretare & Anderzén-Carlsson (2020), hvor informantene opplevde at en "god tilnærming" forbedret kommunikasjonen mellom de ansatte. Et annet funn i studien vår var at flere av informantene smilte og lo sammen i løpet av pasientoverleveringen. Dette tydet på at de hadde en god relasjon. En god relasjon henger ofte sammen med god kommunikasjon (Sletteland, 2014). Det kan derfor tenkes at en god relasjon mellom rapportgiver og rapportmottaker, øker sjansen for en god kommunikasjon i rapporten, og bedrer pasientoverleveringen. Det ble også funnet i studien vår at flere informanter kommuniserte med kroppsspråk gjennom smil, gestikulering og øyekontakt som indikerte et godt samspill mellom informantene. Munksgaard (2021) hevder at kroppsspråket som for eksempel et smil, bidrar til å forsterke de verbale utsagnene. Dette støttes av Sletteland (2014), som skriver at kommunikasjon skal bidra til å synliggjøre verdien av informasjonen man får eller gir, og skape forståelse. En annen observasjon i studien vår var at noen rapportgivere snakket fort, og gjennom de korte samtalene kom det frem at også rapportmottakerne hadde samme opplevelse. Dette påvirket kommunikasjonen mellom informantene ved at det fremsto som at rapportmottaker ikke slapp like lett til med oppfølgings spørsmål. Det samme fant Ahn. et al. (2020), hvor sykepleieren som skulle gi rapport var stresset, og

oppstod det en-veis-kommunikasjon, som ble et hinder for pasientoverleveringen. I den samme studien fant de også at dårlig kommunikasjon kunne øke stress hos den påtroppende intensivsykepleieren, og dermed påvirke pasientbehandlingen. Dette sto i kontrast til funnene i vår studie hvor kommunikasjonen stort sett var god, og lite preget av stress. En informant opplevde rapportgiver som stresset, men uttalte at hun selv forholdt seg rolig på tross av dette. Observasjonene illustrerte også at rapportgiver var stresset gjennom rask tale og kroppsspråket. Informantens opplevelse av rapportgiveren kan ha blitt påvirket av kroppsspråket. Dette støttes av Munksgaard (2014), som skriver at kroppsspråket kan bidra til hvordan en situasjon oppleves, med blant annet stemmeleie og talehastighet.

Et annet funn var at flere rapportgivere uttalte seg om sine oppfatninger av pasienten som person, både med positive og negative ord. Det kan tenkes at dette kan ha hatt en påvirkning på rapportmottakeren i sitt møte med pasienten. Den samme oppfatningen hadde Amorim et al. (2022) og Vretare & Anderzèn-Carlsson (2020). De fant at informantene dannet seg et bilde av pasienten når de snakket om pasientens helsetilstand på en nedsettende måte. På bakgrunn av dette kan det tenkes at man bør unngå å uttale seg om pasienten på en negativ måte, slik at påtroppende intensivsykepleier kan danne seg et uavhengig inntrykk av pasienten. Grunnen til dette er for å unngå at pasientbehandlingen blir påvirket, og for å unngå at rapportmottakeren møter pasienten med samme holdning. Det kan også tenkes at negative uttalelser om pasienten, og arbeidet som venter rapportmottaker, kan påvirke rapportmottakerens arbeidslyst og moral. Dette kan igjen påvirke pasientbehandlingen.

I våre observasjoner kom det frem at flesteparten av rapportgiverne åpnet opp for spørsmål underveis, eller mot slutten av rapporten. Dette ga rapportmottakerne mulighet til eventuelle oppklaringer. Dette sier noe om informantenes relasjon og kommunikasjon. Kommunikasjonen er avhengig av samspillet mellom to parter (Säljö, 2006). Samspillet mellom informantene kan gjøre læring mulig, og gjennom muntlig kommunikasjon er det lettere å forstå prinsipper, tanker og vurderinger (Säljö, 2006, Vygotskij, 2001). Våre funn viste at rapportmottakerne satte pris på at rapportgiveren åpnet opp for spørsmål. Dette støttes av Säljö (2006) og Vygotskij (2001), som skriver at gjennom muntlig kommunikasjon er det mulig å tilpasse samtalene til hverandre. Dett er fordi informantene

har mulighet til å komme med tilbakemeldinger. Videre ble det observert i studien vår at alle rapportmottakerne stilte spørsmål og/eller oppfølgingsspørsmål i pasientoverleveringen. Denne måten å kommunisere på støttes av Eide & Eide (2017), som sier at helsepersonell reagerer på det den andre sier, ut fra sin egen fagkunnskap. Eide & Eide (2017) angir at kommunikasjon handler mye om å lytte.

Våre tanker med at stille rapport var en bedre løsning enn muntlig rapport, har i etterkant av studien endret seg. Forfatterne har fått et nytt synspunkt, og så i etterkant av studien viktigheten av å ha muntlig rapport. Vi så også at det kunne komme læring og mer nyttig informasjon ut av den muntlige rapporten, kontra den skriftlige. I etterkant av studien satt vi igjen med økt forståelse av å vente med å stille spørsmål. Spørsmålene så vi kunne være forstyrrende, og prege strukturen i rapporten.

### 6.3 Drøfting av metode

Ved en kvalitativ studie kan man justere antall observasjoner etter kvaliteten på datainnsamlingen (Polit & Beck, 2012). Dette så forfatterne at kunne være en fordel. I forkant av datainnsamling var det uvisst hvilken kvalitet de innsamlede dataene ville ha, og forfatterne hadde nytte av å kunne justere antall observasjoner underveis i datainnsamlingen. På denne måten kunne forfatterne sikre rike data. Metoden i studien var hensiktsmessig for å svare på problemstillingen. Dette var fordi forfatterne hadde et ønske om å forstå hvordan en rapport ble gitt, hva den inneholdt og for å innhente informantenes opplevelser. De korte samtalene i etterkant av rapporten, bidro til å få innsyn i informantenes opplevelser av rapport i en pasientoverlevering. Observasjonene ble brukt for å se hva informantene faktisk gjorde, og konteksten rundt. Observasjon uten deltakelse kan bidra til å øke kunnskapen, men det innebærer også en risiko for at forfatterne kan ha misforstått handlingen (Malterud, 2021). Det kom frem i funnene at noen informanter sa at de brukte ISBAR for å strukturere rapporten, mens våre observasjoner illustrerte at dette ikke var tilfellet. På denne måten så forfatterne at å ha ikke-deltakende observasjoner kunne bekrefte eller avkrefte informantenes utsagn under de korte samtalene. Dette støttes av Jacobsen (2015) som hevder at man ved observasjon som metode kan registrere informantenes faktiske atferd, og registrere om det stemmer



overens med det informantene oppgir at de gjør. For å unngå problemer med at informantene ikke husker det som har blitt gjort, eller ikke snakker sant, kan observasjoner være en styrke.

På den ene siden kan en svakhet med observasjon og kort samtale som metode, ha vært at man fikk begrenset med data. Under de korte samtalene bar det i noen observasjoner preg av at informantene hadde liten tid til rådighet. Noen informanter skulle hjem, og ønsket ikke å være på jobb utover arbeidstiden for å delta i studien. Samtidig hadde informantene som skulle på jobb, flere arbeidsoppgaver som måtte gjøres. Dette kan ha påvirket svarene vi fikk under de korte samtalene. Det kan diskuteres om man kunne fått mer utfyllende svar, ved for eksempel å gjennomføre et intervju. Under et intervju ville muligens mer data blitt innhentet, fordi informantene hadde fått bedre tid til å uttrykke seg. På den andre siden ville dette tatt lengre tid, og det er usikkert om man ville fått rekruttert like mange informanter på denne måten. I tillegg var det også essensielt å fange opp informantenes opplevelser av pasientoverleveringen like etter at den var ferdig. Dette var for å sikre at informantene husket mest mulig fra den aktuelle pasientoverleveringen. Dette kunne blitt vanskelig å få sikret med intervju som metode.

Vår forforståelse, med erfaringer av pasientoverleveringer under arbeid på sykehus, og som studenter i praksis kan ha preget denne studien. Det at forfatterne startet å innhente tidligere forskning og teori før observasjonene startet, kan også ha preget studien. Forfatterne hadde da allerede fått innsikt i kommunikasjon og rapportverktøy.

Det var avdelingsleder som foretok utvalget av informanter til studien. Forfatterne forsøkte å ikke påvirket utvalget, og fulgte alle retningslinjer knyttet til dette. Når avdelingsleder skulle rekruttere informanter til studien, var det enkelte tilfeller hvor forfatterne var i nærheten. En informant uttrykte at hun følte seg presset til å delta. Det kan tenkes at informanten følte seg presset fordi forfatterne allerede var til stede i avdelingen idet hun ble spurt om å delta. Forfatterne synes dette var uheldig. Det ble derfor forsøkt å uttrykke at hun fremdeles kunne trekke seg. En annen svakhet med utvalget var at det ble brukt samme intensivsykepleier to ganger, på grunn av utfordring med rekruttering av utvalg. På tross av dette var funnene i disse observasjonene fremdeles interessante. Et begrenset utvalg kan ha bidratt til begrenset mengde innsamlet data, noe

som kan ha vært en svakhet med studien. Forfatterne fant mer effektive måter å utfylle feltnotatene på, etter hvert i datainnsamlingen. Vi ble også flinkere på å stille oppfølgingsspørsmål under de korte samtalene som etter hvert ga mer innholdsrike data. Dersom man hadde hatt flere informanter, kan det derfor tenkes at studien hadde inneholdt enda flere og rikere data.

Det å gjennomføre en pilotobservasjon i forkant av studien, gjorde at observatørene fikk øvelse i å observere som igjen kunne sikre kvalitet i datainnsamlingen (Polit & Beck, 2012).

En kvalitativ innholdsanalyse har et fokus på å tolke tekster, og blir benyttet mye i sykepleieforskning (Lundman & Graneheim, 2012). På den ene siden kan det tenkes å være gunstig i en studie for å kunne samle og løfte funnene for å få en forståelse av dataene. På den andre siden er det viktig å ikke tolke for mye slik at dataene mister sin mening, og informantene ikke kjenner seg igjen i funnene. For å unngå dette ble feltnotatene transkribert like etter hver observasjon. For å styrke validitet og reliabilitet i studien ble analyseprosessen, kontekst og hendelser i observasjonene beskrevet. Dette er i tråd med Johannesen (2021) sin oppfatning av hvordan validitet og reliabilitet skal styrkes. Det var i utgangspunktet tiltenkt at forfatterne etter de første observasjonene, skulle observere hver sin pasientoverlevering for å være mest mulig effektiv. Dette ble endret på da vi så at det var nødvendig å være to observatører i hver pasientoverlevering, for å få med seg alle aspekter av observasjonen. Dette kan også ha vært med på å styrke reliabiliteten i studien. Det at pasientoverleveringene ble påvirket av støy, kan ha bidratt til at observatørene ikke fikk med seg all informasjonen, noe som kan ha påvirket reliabiliteten.

Det at det ikke ble benyttet lydopptak i datainnsamlingen kan ha vært en svakhet for reliabiliteten og validiteten. Forfatterne kan på denne måten ha gått glipp av viktige funn, eller ha beskrevet observasjoner feil. Når forfatterne i etterkant ser tilbake på hvordan den valgte metoden ble utført, kan det tenkes at bruk av lydopptak kunne ha lettet hele prosessen med innsamling av data og transkribering. På denne måten kunne informantens utsagn blitt gjengitt ordrett, og muliggjort mer omfangsrike funn. Likevel ville det kanskje for informantene blitt sett på som mer ubehagelig med bruk av lydopptak, noe som trolig ville ha vanskeliggjort prosessen med rekruttering av informanter til studien. En annen utfordring med lydopptak, var at det antakeligvis ville

vært utfordrende å få innhentet godkjenninger for gjennomføring av studien. Sensitive personopplysninger til pasientene hadde da blitt tatt opp på lydbånd, og godkjenninger for dette er en omfattende prosess.

Forfatterne og de ansatte i avdelingen hvor datainnsamlingene skulle foregå brukte mye ordet “rapport” når det ble snakket om hva som skulle observeres. Dette kan ha preget observasjonene til å kun handle om rapportgivingen i stedet for hele pasientoverleveringen. I tillegg ble informantene tatt bort fra situasjonen etter rapportgivingen for å delta i de korte samtalene til studien. Dette kan ha bidratt til at informantene ikke gikk inn til pasienten i etterkant av den muntlige rapporten.

Det er leseren som bedømmer studiens overførbarhet. Likevel kan funnene fra vår studie muligens være overførbar til lignende fenomener med muntlig rapport. Det kan også tenkes at studien vår kan være nyttig for avdelinger som kun har skriftlig rapport, og som ønsker å endre praksisen til muntlig pasientoverlevering.

## 6.4 Implikasjoner

Det kom frem i funnene fra denne studien at informantene hadde flere tanker om forbedring av muntlig rapport og pasientoverlevering i avdelingen. Forfatterne har også gjort seg noen tanker om nåværende praksis, og forslag til videre forskning.

### 6.4.1 Implikasjoner til klinisk praksis

Et funn som gikk igjen hos flere informanter, var at de ønsket bedre fasiliteter for rapportgiving. De ønsket en rolig plass, hvor ingen andre kunne høre hva som ble sagt. På denne måten kunne de ivareta taushetsplikten overfor pasienten. I tillegg ønsket informantene et skjermet rom for å unngå forstyrrelser og avbrytelser.

Et annet forslag til forbedring av pasientoverleveringen i avdelingen, var å ha egne rom med tilgang til hver sin PC. Dette ble også uttrykt av en annen informant, som sa at det

ofte var få tilgjengelige plasser med PC under pasientoverleveringen. Dette ble begrunnet med at dersom en informant skulle finne seg en ny PC, kunne det ta lang tid å logge inn.

Et annet ønske for forbedring av rapporten var at flere informanter ønsket et felles oppsett for hva som skulle bli sagt under pasientoverleveringen. På denne måten kunne man unngått at unødvendig informasjon ble videreformidlet. En informant ønsket også at avdelingen hadde satt fokus på rapporten, på grunn av pasientsikkerheten. Hun uttrykte at det hadde vært lurt å bruke ISBAR, fordi det da var lettere å få med alt under pasientoverleveringen, og unngå å glemme informasjon.

Det ble også lagt frem et forslag fra flere om å utvide rapporttiden. Dette var fordi pasientoverleveringen i dagens praksis bar preg av tidspress, og informantene ønsket generelt bedre tid til rapportgivingen.

Forfatterne foreslår på bakgrunn av teori og tidligere forskning, å inkludere pasienten mer under pasientoverleveringene. Pasientoverlevering inne på pasientrommet kan være hensiktsmessig når pasienten er på enerom, og pasientens kognitive tilstand tillater det.

#### 6.4.2 Implikasjoner til videre forskning

Med utgangspunkt i tidligere forskning, fant forfatterne at det eksisterte forskning om pasientoverlevering mellom ulike avdelinger. Men det var sparsomt med forskning om pasientoverlevering i et vaktskifte mellom intensivsykepleiere. Ytterligere forskning vedrørende pasientoverlevering i et vaktskifte mellom intensivsykepleiere, ses det derfor et behov for. Spesielt fordi dette er noe som foregår hver dag, flere ganger om dagen.

Det kunne vært hensiktsmessig å ha mer forskning om pasientoverlevering i en intermedieravdeling, da det meste av den eksisterende forskningen omhandlet intensivavdelingen. Forfatternes erfaringer er at arbeidsmåten og avdelingenes fasiliteter er veldig ulike. Det kunne derfor vært nyttig med mer forskning i intermedieravdelinger.

En studie om pasientens opplevelse av pasientoverlevering kunne også vært nyttig. På denne måten kunne man sett nærmere på, blant annet hva som var viktig for pasienten

under pasientoverleveringen, dens trygghet og medvirkning. I tidligere forskning kommer det frem at pasientinvolvering kunne bedre kvaliteten på omsorgen pasientene fikk. Det kunne også være interessant å undersøke nærmere pasientinvolvering, hvor pasientoverlevering foregikk ved sengekanten. Forskning om dette kan ha betydning for videre praksis.

En studie hvor det forskes på ulikhetene i muntlig og skriftlig rapport, kunne vært verdifullt å se på. Det kunne da vært nyttig å sett på hvilken informasjon som kun ble videreformidlet muntlig, og ikke dokumentert skriftlig, og motsatt. Det ville vært interessant å undersøke nærmere hvor ofte dette skjer, og om det innebærer en risiko for pasientsikkerheten. En studie på dette kunne ha vært av stor betydning for rapportens praksis og ivaretagelse av pasientsikkerheten.

## 7.0 Konklusjon

I denne studien var hensikten å få belyst hvordan en intensivsykepleier på en intermediæravdeling, gjennomfører pasientoverlevering i vaktskifte. Det var også ønskelig å belyse hvordan informantene opplevde pasientoverleveringen i etterkant. I tillegg ønsket vi å se nærmere på avdelingens nåværende rutiner, hvordan disse utføres og om det er behov for å endre disse.

Det kom tydelig frem i våre funn at pasientoverleveringen ble gjennomført ulikt, og informantene hadde delte meninger om hvilket system som skulle brukes i forbindelse med pasientoverlevering i avdelingen. Dette tyder på uklare rutiner i avdelingen. Flere brukte sykepleienotatet som utgangspunkt for rapportgivingen, men informantene hadde fremdeles ulik struktur. Tidligere forskning viser at ISBAR kan bidra til å strukturere rapporten, og øke pasientsikkerheten. Et viktig funn som også støttes av tidligere forskning, var at å dokumentere i forkant av pasientoverleveringen, bedret strukturen i rapporten. Funnene viste at pasientoverleveringene kunne være preget av utfordringer, som følge av at pasientoverleveringene foregikk i korridoren. Dette var utfordringer knyttet til taushetsplikten, støy og avbrytelser. De informantene som hadde pasientoverleveringen på et eget rom, var stort sett mer fornøyde med overleveringen, og

la vekt på at grunnen var redusert støynivå og forstyrrelser. Lignende funn ble også sett i tidligere forskning.

Informantene opplevde pasientoverleveringen stort sett som gode, og de var fornøyd med strukturen og innholdet i rapporten. Det ble observert gjennomgående godt samspillet mellom informantene, og de hadde en fin pasientomtale. Det ble også funnet at flere av informantene ga mer muntlig rapport, enn hva som ble dokumentert skriftlig. Den muntlige rapporten tok for seg flere egne tanker og vurderinger om pasientbehandlingen, videreformidling av råd, instruksjer, delegering av oppgaver og praktisk gjennomføring. Det ble funnet i tidligere forskning og teori, at slike tanker og vurderinger kunne bidra til økt læring.

## 8.0 Referanseliste

Aase, K. (2022). *Pasientsikkerhet*. Universitetsforlaget.

Ahn, J.-W., Jang, H, H.-Y. & Son, Y.-J. (2020). Critical care nurses' communication challenges during handovers: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Nursing Management*, 2021(29), 623-643. DOI: 10.1111/jonm.13207

Amorim, E. J., Assis, Y. I. S., Santos, M. C., Silva, T. F. L, Santos, R. N. S. S. & Cruz, J. S. (2022). Procedure for the handover: nurses' perspective in Intensive Care Units. *Rev baiana enferm.* 36(44492), 1-10. DOI 10.18471/rbe.v36.44492

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (Red.). (2020). *Kvalitative metoder. En grundbog*. (3. utg.). Hans Reitzels forlag.

Cuba, Egon G. & Lincoln, Y.S. (1998). "*Competing Paradgims in Qualitative Research*" i: *The Landscape of Qualitative Research. Theories and Issues*. London: Sage.

Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utgave). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Finnigan, M.A., Marshall, S.D. & Flanagan, B.T. (2010). ISBAR for clear communication: one hospital's experience spreading the message. *Aust Health Rev* 2010; 34 (4): 400-404. doi: 10.1071/AH09823.

Foster-Hunt, T., Parush. A., Ellis, J., Thomas., M. & Rashotte, J. (2015). Information structure and organisation in change of shift reports: An observational study of nursing hand-offs in a Paediatric Intensive Care Unit. *Intensive and Critical Care Nursing.* 31(3), 155-164. DOI: 10.1016/j.iccn.2014.09.004

Grimshaw, J., Hatch, D., Willard, M. & Abraham, S. (2020). A qualitative study of the change-of-shift report at the patients' bedside. *Wolters Kluwer Health*, 39(2), 66-76. DOI: 10.1097/HCM.0000000000000291

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*, 2019-2023.

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/\\_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf?fbclid=IwAR1S7tteEURjwe53g0657dJfZyZjGah-KPqqmY\\_Z2FkBH\\_brBvN9IVGrzn8](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf?fbclid=IwAR1S7tteEURjwe53g0657dJfZyZjGah-KPqqmY_Z2FkBH_brBvN9IVGrzn8)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om taushetsplikt og opplysningsrett* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. [https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL\\_5](https://lovdata.no/pro/#document/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5)

Helsedirektoratet (2020). *Virksomheter bør sikre at muntlig kommunikasjon mellom helsepersonell er systematisk og strukturert*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand/rutiner-for-rask-respons-ved-forverret-tilstand/virksomheter-bor-sikre-at-muntlig-kommunikasjon-mellom-helsepersonell-er-systematisk-og-strukturert#de708b4e-0295-43ff-b824-918803b56660-praktisk>

Hoskote, S. S., Africano, C. J. R. & Braun, A. B. (2016). Improving the Quality of Handoffs in Patient Care Between Critical Care Providers in the Intensive Care Unit. *American Journal of Medical Quality*, 32(4), 376-383. DOI: [10.1177/1062860616654758](https://doi.org/10.1177/1062860616654758)

Institute of Medicine (2001). *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*.



ISBAR MED SALSA. Retningslinje. Oslo: Oslo universitetssykehus, 2016. Hentet 23.08.2022 fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/78698>

Jacobsen, D.I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Jacobsen, D.I. (2021). *Forforståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2021), *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Lee, P., Allen, K. & Daly, M. (2012). A “communication and patient safety” training program for all healthcare staff. Can it make a difference? *BMJ Quality & Safety*, 21(1), 84-88.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage.

Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur.

Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.

Moi, D.B., Söderhamn, U., Marthinsen, G.N., & Flateland, S.M., (2019). Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell. *Sykepleie forskning*, 2019(14), e-74699. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.74699>

Munksgaard, M. E. (2021). Kommunikation og klinisk lederskab (Red.), *Kommunikation for sunhedsprofessionelle*. Gads Forlag.

- Nielsen, A. O. (2021). Kommunikation i akutte situationer K. Jørgensen (Red.), *Kommunikation for sunhedsprofessionelle*. Gads Forlag.
- NSF. (2017, 20. September). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. [https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/funksjons-og-ansvarsbeskrivelsen-for-intensivsykepleiere-vedtatt-20september2017\\_1.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/funksjons-og-ansvarsbeskrivelsen-for-intensivsykepleiere-vedtatt-20september2017_1.pdf)
- Pauley, J.A. & Pauley, J.F. (2011). Establishing a culture of patient safety. Improving communication, building relationships, and using quality tools. Milwaukee, Wisconsin: ASQ Quality Press.
- Paredes-Garza, F., Lázaro, E. & Vázquez, N. (2022). Nursing bedside handover in an intensive care unit with a mixed structure: Nursing professionals' perception. *Journal of Nursing Management*, 30(8), 4314-4321. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/jonm.13834>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9. utgave). Lippincott, Williams and Wilkins.
- Resuscitation Council UK. (2021). *The ABCDE approach* <https://www.resus.org.uk/library/abcde-approach>
- Säljö, R. (2006). *Læring og kulturelle redskaper*. Cappelen akademisk forlag.
- Sletteland, N. (2014). *Helsekommunikasjon og digitale medier* (1. utgave). Gyldendal Akademisk AS.
- Spooner, A. J., Aitken, A. M., Corley, A., Fraser, J. F. & Chaboyer, W. (2016). Nursing team leader handover in the intensive care unit contains diverse and inconsistent content: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*. 61 (2016). 165-172.
- DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.05.006

- Spooner, A. J., Chaboyer, W., Corley, A., Hammond, N. & Fraser, J. F. (2013). Understanding current intensive care unit nursing handover practices. *International Journal of Nursing Practice*. 19(2). 214-220. DOI: 10.1111/ijn.12058
- Stubberud, D.-G. (2021) Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utg., s. 28). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2021) Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utg., s. 41-78). Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2021) Intensivsykepleierens funksjon og ansvar ved behandling av traumer. I D.-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utg., s. 634). Cappelen Damm Akademisk.
- Thagaard, T. (2015). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*. (4. utgave, 2 opplag). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Vretare, L. L. & Anderzén-Carlsson, A. (2020). The critical care nurse's perception of handover: A phenomenographic study. *Intensive & critical care nursing*, 58 (102807), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102807>
- Vygotskij, L. S. (2001) *Tenkning og tale*. Gyldendal akademisk.
- Wallin, C.J. & Thor, J. (2008). SBAR – modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. *Läkartidningen*, 105 (26-27): 1922-1925
- Wang, L., Ma, Y.-J., Chen, X.-T., Zhang, J. & Liu, T. (2022). The design and application of an intensive care unit point-of-care nursing handover checklist based on the situation, background, assessment, and recommendation. *Public Health*, 10(3389), 1-6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1029573>
- WHO. 2007. Communication During Patient Hand-Overs. I WHO. Hentet 16. Mai 2022.

## 9.0 Vedlegg

### Vedlegg 1: PICO-skjema

Første litteratursøk:

| P (patient)                  | I (interest)    | C (context)         | o (outcome) |
|------------------------------|-----------------|---------------------|-------------|
| ICU patients                 | Shift report    | ICU                 |             |
| Intensive care unit patients | Handoff         | Intensive care unit |             |
| Critical care patients       | Change-of-shift |                     |             |
|                              | Bedside report  |                     |             |

Andre litteratursøk:

| P                     | I                      | C                   | o |
|-----------------------|------------------------|---------------------|---|
| Intensive care nurses | Handover               | ICU                 |   |
| Critical care nurs*   | Handoff                | Intensive care unit |   |
| ICU nursing           | Care transfer          | Critical care       |   |
|                       | Shift report           |                     |   |
|                       | Shift handovers        |                     |   |
|                       | Handover communication |                     |   |
|                       | SBAR                   |                     |   |

Tredje litteratursøk:

| P                    | I               | C                   | o |
|----------------------|-----------------|---------------------|---|
| ICU nurs*            | Shift report    | ICU                 |   |
| Intensive care nurs* | Handoff         | Intensive care unit |   |
|                      | Change-of-shift |                     |   |
|                      | Bedside report  |                     |   |

## Vedlegg 2: Henvendelse til avdelingssykepleier angående masterprosjekt

Henvendelse til avdelingssykepleier angående masterprosjekt

Charlotte Anda

Tlf. 48119990

E-post: c.anda@stud.uis.no

Ariane Elise Risvoll Kolstad

Tlf. 97608227

E-post: ae.kolstad@stud.uis.no

Undertegnede er masterstudenter i spesialsykepleie med spesialisering i intensivsykepleie ved UiS. Tema for masteroppgaven er «Intensivsykepleiers rapport ved overlevering av pasient i vaktskifte». Vi ønsker å se nærmere på hvordan rapport blir gitt av

intensivsykepleiere i vaktskiftet, hva den inneholder og hvordan den opplevdes i etterkant. Denne studien har relevans for intensivsykepleiere da hensiktsmessig dokumentasjon og informativ rapport ved overlevering bidrar til å sikre kvalitet, kontinuitet og plan i pasientens behandling.

I tilknytning til vår masteroppgave ønsker vi derfor å observere rapportsituasjoner ved intermediæravdelingen. Det skal da observeres rapport ved overlevering av pasient mellom intensivsykepleiere i vaktskifte. I tillegg ønsker vi å ha separate korte samtaler med de intensivsykepleierne som deltok i rapporten (både giver og mottaker) i etterkant av rapporten. Denne vil inneholde korte spørsmål som hvordan de opplevde rapporten, hva som var bra og hva som kunne vært gjort annerledes.

Vi ønsker å gjennomføre minimum 20 observasjoner, og at vi ikke observerer samme intensivsykepleier flere ganger. For å sikre tilstrekkelig med data vil antall observasjoner bli justert etter kvaliteten på dataene som blir innhentet.

Inklusjonskriteriene våre er at deltakerne er intensivsykepleiere. Eksklusjonskriteriet er at deltakeren som skal overta pasienten ikke er kjent med pasienten i forkant av rapporten.

Vi ber deg om tilgang til vår datainnsamling ved å velge ut aktuelle deltakere til vår studie basert på våre inklusjonskriterier når tillatelsene for prosjektet er gitt. Deltakerne vil bli aidentifisert, og data vil oppbevares etter gjeldende regler for Universitetet i Stavanger samt bli makulert etter prosjektets avslutning.

På forhånd takk!

Vår veileder er Dagrunn Nåden Dyrstad.

Med vennlig hilsen

Charlotte Anda og Ariane Elise Risvoll Kolstad

## Vedlegg 3: Informasjonsskriv til informantene

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Intensivsykepleiers rapport ved overlevering av akutt kritisk syk pasient i vaktskiftet”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan rapport gjennomføres i vaktskiftet mellom intensivsykepleiere ved en iintermediæravdeling. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### Formål

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan rapport blir gitt av intensivsykepleier i en overlevering av en akutt kritisk syk pasient i vaktskiftet, hva den inneholder og hvordan den opplevdes i etterkant. Vi ønsker å få mer kunnskap om nåværende rutiner, og belyse hvordan disse utføres. Dette er en masterstudie med relevans for intensivsykepleiere da hensiktsmessig dokumentasjon og rapport ved overlevering bidrar til å sikre kvalitet, kontinuitet og plan i pasientens behandling.

Det foretrekkes å observere hvilken kontekst rapporten blir gitt i, hva som blir rapportert og eventuelle avbrytelser som oppstår. Gjennom korte samtaler med intensivsykepleierne i etterkant av rapportsituasjonen vil det bli belyst hvordan de opplevde rapporten, hva som fungerer godt og forslag til forbedring.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta i denne masterstudien fordi du faller inn under våre kriterier for utvalg. Et inklusjonskriterium er at deltakerne er intensivsykepleiere og arbeider ved intermediæravdeling. Eksklusjonskriteriet er at intensivsykepleieren som skal motta rapporten, har kjennskap til pasient på forhånd. Utvalget vil bli trukket av avdelingssykepleier.

Hva innebærer det for deg å delta?

Denne studien har et kvalitativt deskriptivt design med observasjon som metode. Gjennom observasjon vil man forsøke å forstå handlingene, og gjerne sett sammen med deltakernes egne opplevelser av hendelsen.

Dersom du velger å delta i denne masterstudien vil det innebære at du blir observert én gang under overlevering av en pasient i et vaktskifte på din arbeidsplass. Vi ønsker å gjøre observasjoner uten deltakelse. Det vil si at vi ikke skal påvirke situasjonen på noen måte, og du skal få gjennomføre rapporten slik du ellers ville gjort det.

Når pasientoverleveringen er over, vil vi spørre deg om noen få spørsmål angående rapporten. Det vil da være ca. 5 spørsmål om hvordan rapporten gikk, hva som var bra og hva som kunne vært gjort annerledes. Denne korte samtalen vil vare mellom 5-10 minutter, og skal foregå enkeltvis. Opplysningene som samles inn, vil bli registrert ved hjelp av notater.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det er masterstudentene Charlotte Anda og Ariane E.R Kolstad, samt veileder av masterprosjektet Dagrunn Nåden Dyrstad som vil ha tilgang til personopplysninger og data som blir innhentet i studien.

For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til dine personopplysninger vil vi erstatte navn og kontaktopplysninger med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Datamaterialet vil bli lagret på en bærbar datamaskin som er passordbeskyttet. Lagring av datamaterialet vil utgå innen 12.05.2023. Datamaterialet fra



PC vil bli slettet og data fra papirform, observasjonsskjemaene og samtykkeskjemaene makuleres.

Alle innhentede data vil bli aidentifisert, og det vil ikke være mulig å identifisere deg i den endelige masteroppgaven. Deltakerne vil dermed ikke kunne gjenkjenne seg ved eventuell publikasjon.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når masteroppgaven er levert 12. mai 2023. Da vil alle personopplysninger, samt datamaterialet slettes og makuleres.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Stavanger har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

Veileder ved UiS: Dagrunn Nåden Dyrstad:

E-post: [dagrunn.n.dyrstad@uis.no](mailto:dagrunn.n.dyrstad@uis.no)

Masterstudent ved UiS: Charlotte Anda:

E-post: [c.anda@stud.uis.no](mailto:c.anda@stud.uis.no)

Masterstudent ved UiS: Ariane Elise Risvoll Kolstad:

E-post: [ae.kolstad@stud.uis.no](mailto:ae.kolstad@stud.uis.no)

Personvernombud UiS:

Rolf Jegervatn. E-post: [personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no)

Personvernombud SUS:

Rafal Yeisen. E-post: [personvernombud@sus.no](mailto:personvernombud@sus.no)

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

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Dagrunn Nåden Dyrstad*

Kolstad

(Veileder)

Charlotte Anda og Ariane Elise Risvoll

(Masterstudenter)

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet “Intensivsykepleiers rapport ved overlevering av en akutt kritisk syk pasient i vaktskiftet”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

“ å delta i observasjon”

“ å delta i kort samtale”

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

-----  
-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vi bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet.

-----  
-----

Sted/dato

Signatur

-----

Rolle i prosjektet

-----  
-----

Sted/dato

Signatur

-----

Rolle i prosjektet

## Vedlegg 4: Observasjonsguide

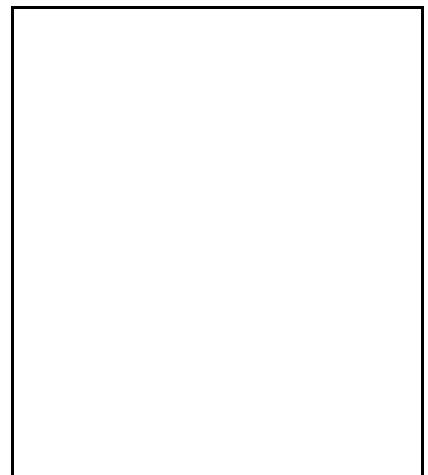
Del 1:

|   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| Kontekst: (Intensiv, enerom/tomannsrom, sittende/stående) | Intensivsykepleier som gir rapport: | Intensivsykepleier som tar imot rapport: |
| Dag/dato (nr. Observasjon):                               | Stillingsprosent:                   | Stillingsprosent:                        |
| Tidspunkt for dag: (Rapport D/A)                          | Arbeidserfaring: (år)               | Arbeidserfaring:                         |
| Anvendt tid:  |                                     |  |
| Til stede under observasjon (påførende, lege, andre?):    |                                     |  |

Del 2:

Observasjoner av handlinger og innholdet i rapport:

(Eks. Nonverbal kommunikasjon, forstyrrelser/avbrytelser, kommunikasjonsverktøy, inkludering av pasient, påførende).



## Vedlegg 5: Kort samtale etter rapport

| Samtale med rapportgiveren   | Samtale med rapportmottakeren  |
|--|--|
| Hvordan opplevde du overleveringen, inkludert rapporten?                                     | Hvordan opplevde du overleveringen, inkludert rapporten?                       |
| Ble rapporten gjennomført slik du hadde planlagt? Hvis nei; hva endret seg?                  | På hvilken måte ble informasjonsbehovet ditt dekket?                           |
| Hvilket system brukte du når du gav rapport?   | På hvilken måte var innholdet relevant/irrelevant?                             |
| Finnes det et system for rapportgiving i avdelingen, i tilfelle hvilket?                     | Finnes det et system for rapportgiving i avdelingen, i tilfelle hvilket?       |
| På hvilken måte slapp mottaker av rapport til med eventuelle spørsmål?                       | På hvilken måte slapp du til med det du lurte på?                              |
| Hva fungerte bra i rapporten?  | Hva fungerte bra i rapporten?  |
| Hva kunne blitt gjort annerledes under pasientoverleveringen?                                | Hvilke forslag har du til forbedring av rapportgivingen?                       |
| Var det noe du rapporterte om muntlig, som du ikke dokumenterte skriftlig? Hvis ja; Hvorfor? | Var det noen muntlig rapport som ikke var dokumentert skriftlig? Hvis ja; Hva? |
| Annet?   | Annet?   |

## Vedlegg 6: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Innledende vurdering
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare. For hvert av underspørsmålene skal du krysse av for «ja», «nei» eller «uklart». Valget «uklart» kan også omfatte «delvis».

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2018). *CASP checklist: 10 questions to help you make sense of qualitative research*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 15.10.2020.

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se [www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister](http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister)

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?

Send e-post til [Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no](mailto:Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no).

Kritisk vurdering av:

[Sett inn referansen til studien/artikkelen du vurderer med denne sjekklisten]

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?
- Hvorfor ville de finne svar på det?

- Er problemstillingen relevant?

**Kommentar: Hensikten med studien var å belyse hvordan rapport ble gitt ved overlevering, hva den inneholdt, og hvor god den opplevdes i etterkant. Det var ønskelig å få mer kunnskap om nåværende rutiner og belyse hvordan disse utføres. Problemstillingen er relevant.**

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?

**Kommentar: Ja, fordi forskerne er ute etter å forstå intensivsykepleieres erfaringer og opplevelser.**

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

**Kommentar: Observasjon er hensiktsmessig for å svare på problemstillingen. Forskningsdesignet er begrunnet. Forfatterne har ikke diskutert hvordan observasjon som metode ble valgt, men det er begrunnet hvorfor.**

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Når man bruker for eksempel strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har

bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige.

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?
- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)? x
- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?
- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?
- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

**Kommentar: Det er gjort rede for hvem som ble valgt ut, og hvorfor akkurat de ble valgt. Det er også beskrevet hvordan utvalget foregikk ved at avdelingsleder utførte utvalget. Det er ikke diskutert hvorfor noen ikke valgte å delta fordi dette forfatterne ikke hadde noe med utvalget å gjøre, og vet derfor ikke årsaken. Karakteristika ved utvalget er beskrevet med kjønn, arbeidserfaring og stillingsprosent.**

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Datainnsamlingen må være omfattende nok i både bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger.

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?
- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?
- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide?
- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?



- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)?
- Har forskerne diskutert metning av data?

**Kommentar: Det er beskrevet hvilken metode og analyse som er brukt i studien, og begrunnet dette. Datainnsamlingen er beskrevet, og observasjonsguide og spørsmålene til de korte samtalene ligger som vedlegg. Metoden er ikke endret i løpet av studien, men antall observasjoner ble justert, og det er beskrevet hvorfor dette ble gjort. Samtidig ble det diskutert metning av data. Det kommer klart frem hvordan at dataene er innsamlet ved hjelp av feltnotater).**

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på:
  - a. utforming av problemstilling
  - b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting
  - c. analyse og hvilke funn som presenteres
- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

**Kommentar: Det er beskrevet forfatterens forforståelse. Det er også beskrevet at forfatterne ikke hadde påvirkning i utvalget. Det er beskrevet analyse og funn gjennom kategorier og tema som blir presentert. Det er beskrevet at spørsmål ble lagt til i de korte samtalene, og begrunnet hvorfor.**

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:**

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?

- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.
- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

**Kommentar: Det ble sendt et informasjonsskriv til informantene som inkluderte hensikt med studien, hva det innebar for informantene å delta og informasjon om hvordan de kan trekke seg.**

**Forfatterne skriver at en informant uttalte at hun følte seg presset til å delta, og hvordan forfatterne håndterte dette.**

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert.

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?
- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?
- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?
- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

**Kommentar: Det er blitt redegjort for innholdsanalysen som ble brukt og de ulike trinnene i analysen. Det er også tatt med et eksempel fra analysen.**

Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja –  Nei –  Uklart

Del B: Hva er resultatene?

9. Er funnene klart presentert?

Ja –  Nei –  Uklart

**Tips:** Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares.

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?
- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

**Kommentar: Funnene våre er presentert i to temaer med følgende kategorier. Enkelte funn fra vår studier har vist seg å være like funn fra tidligere forskning. Forfatterne har trukket frem både likheter og ulikheter fra våre funn opp mot tidligere forskning. Dette både for å underbygge funnene eller å kritisk vurdere de. Forfatterne har diskutert opp mot vår problemstillingen, og både for og i mot de ulike funnene. Funnenes troverdighet har blitt diskutert i metodekapittelet.**

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

**Tips:** Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen.

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?

- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

**Kommentar: Forfatterne har diskutert studiens bidrag med eksisterende forskning, og har kommet med innspill til videre forskning og implikasjoner til praksis. Forfatterne har i diskusjonskapittelet foreslått studiens overførbarhet til lignende fenomener.**

### Vedlegg 7: Mal for sykepleienotat

- |   |
|---|
| <p><b>1 Kommunikasjon/sanser:</b></p> <p><b>2 Kunnskap/utvikling/psykisk:</b></p> <p><b>3 Åndedrett/sirkulasjon:</b></p> <p><b>4 Ernæring/væske/elektrolytt balanse:</b></p> <p><b>5 Eliminasjon:</b></p> <p><b>6 Hud/vev/sår:</b></p> <p><b>7 Aktivitet/funksjonsstatus:</b></p> <p><b>8 Smerte/søvn/hvile/velvære:</b></p> <p><b>9 Seksualitet/reproduksjon:</b></p> <p><b>10 Sosialt/planlegging av utskrivelse:</b></p> <p><b>11 Åndelig/kulturelt/livsstil:</b></p> <p><b>12 Annet/legedelegerte aktiviteter og observasjoner:</b></p> |
|---|

## Vedlegg 8: Godkjenning av PVO

[Oppdragsdokument fra ansvarlig leder i HST - 310821932\\_1237731563468558\\_2344834896291...](#)

### eProtokollnr:

3561-3561

### Institusjon

Helse Stavanger HF

### Institusjon utenfor eProtokoll

Universitetet i Stavanger

### Periode

Oppstart: 01.11.2022

Avsluttes: 12.05.2023

### Status

Innlevert

### Tilbakemelding

Helse Stavanger HF

Behandlet

Hei

Prosjektet kan starte opp under forutsetning av at prosedyren for lagring av data ved UiS etterfølges. Passordbeskyttet pc er ikke sikker lagring.

Mvh

Forskningsavdelingen

Meld endring

eProtokoll er utarbeidet av Bernt Olav Økland og Reidar Thorstensen, Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning, Helse Vest RHF, med støtte fra Helse Vest IKT.

Alle henvendelser rettes til: eProtokoll, [personvernombudet@sus.no](mailto:personvernombudet@sus.no)

Dette nettstedet benytter informasjonskapsler til å huske språkvalg og til å samle inn statistikk.

[Personvern](#) - [Informasjonskapsler](#)

# Vedlegg 9: Godkjenning av SIKT (NSD)

[Meldeskjema](#) / [Masteroppgave: Observasjonsstudie av rapport i vaktskifte ved en i...](#) / Vurdering

## Vurdering

| Referansenummer | Type     | Dato       |
|-----------------|----------|------------|
| 842551          | Standard | 07.10.2022 |

### Prosjekttittel

Masteroppgave: Observasjonsstudie av rapport i vaktskifte ved en intensivavdeling

### Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

### Prosjektansvarlig

Dagrunn Nåden Dyrstad

### Student

Ariane Elise Risvoll Kolstad

### Prosjektperiode

03.10.2022 - 12.05.2023

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

### Rettslig grunnlag

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 12.05.2023.

[Meldeskjema](#) 

### Kommentar

#### OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

#### VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

#### OM TAUSHETSPLIKTEN TIL HELSEPERSONELL

I forkant av observasjonene vil avdelingen på sykehuset hvor studien finner sted innhente samtykke fra pasienten om oppheving av taushetsplikten under observasjonen. Vi anbefaler at helsepersonell bekrefter i dokumenterbar form ovenfor prosjektet og sykehuset at de har kontaktet pasienten og innhentet samtykke.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp

til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

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

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 10: Studentbidrag

### Vedlegg 6: Master i spesialsykepleie, spesifisering av studentbidrag

#### UNIVERSITETET I STAVANGER

Studentene som skriver sammen, forplikter seg til å bidra likt. Den enkeltes bidrag skal spesifiseres, og signeres av studentene og veileder ved innlevering av masteroppgave.

##### STUDENT 1

Charlotte Anda

Spesialisering i: intensivsykepleie

##### STUDENT 2

Ariane Elise Risvoll Kolstad

Spesialisering i: intensivsykepleie

Bidrag: I utarbeidelsen av masteroppgaven har vi som studenter jobbet sammen om prosjektskisse, prosjektplan, litteratursøk, søknadsprosess for godkjenninger, innsamling av data, transkribering og analyse. I resultat-og diskusjonsdelen har temaer og kategorier blitt delt opp likt, og arbeidet med hver for oss. I etterkant har dette blitt gjennomgått av begge studentene for å få en felles forståelse. Vi som studenter har bidratt på lik linje med endringer av teksten underveis i prosessen, blitt enige om hvilke elementer som skal ekskluderes, og hvilke elementer som skal utdypes. Vi har hatt et godt samarbeid gjennom hele prosessen, og har sett fordelene med å være to om prosjektet.

##### Signatur:

Student 1  Student 2 

Veileder: 