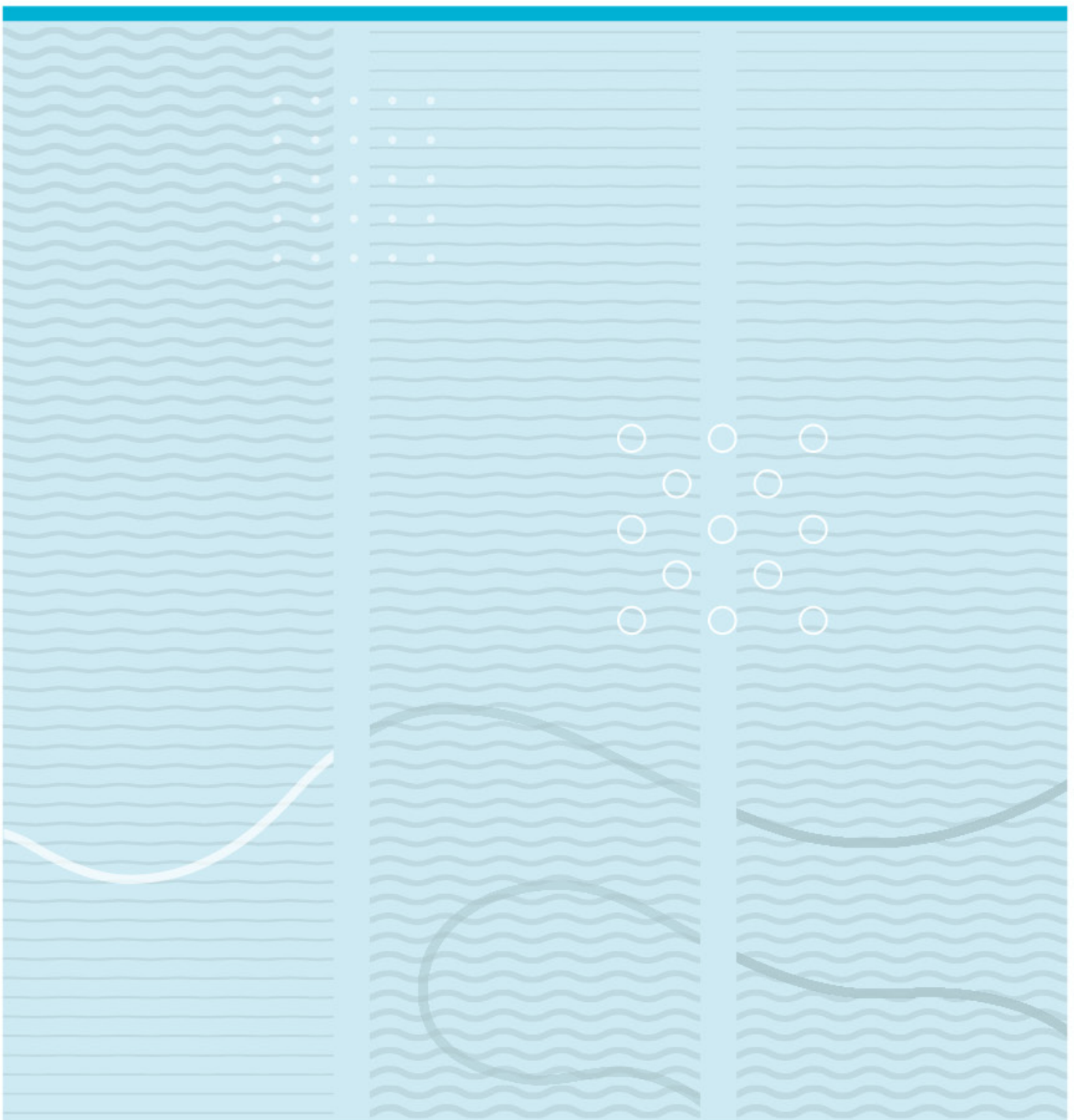


Mathias Riis og Ragnhild Sømme Kvinge

Hva kjennetegner prosedyrer ved mottak av intensivpasienter i ulike helseforetak i Norge

En kvalitativ studie



Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Mathias Riis og Ragnhild Sømme Kvinge

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Mottakssituasjoner av nye pasienter på intensivavdelingen og prosedyrer rundt dette har historisk sett vært lokalt betinget. I lys av pasientsikkerhetsprogrammet «i trygge hender 24/7» sin standardisering av observasjon på sengepost, ønsket vi å se på hva som kjennetegner prosedyrer for mottak av intensivpasienter på intensivavdeling.

Hensikt: Hensikten med studien var å se etter kjennetegn i prosedyrer for mottak av intensivpasienter på ulike intensivavdelinger i Norge.

Metode: Denne kvalitative innholdsanalysen sammenlignet prosedyrer fra intensivavdelinger på flere sykehus for å avdekke likheter og variasjoner. 16 intensivavdelinger fordelt på 14 sykehus ble forspurt, 13 intensivavdelinger svarte og 8 prosedyrer fra 7 sykehus ble inkludert i denne studien.

Resultat: Felles for disse prosedyrene var at de beskrev; formelle krav, oppfølging av pårørende, ressursfordeling, handlingsberedskap og at de definerte plan for pasienten videre. Det forelå spesielt fokus i prosedyrene rundt bruken av ABCDE-prinsippet i kliniske vurderinger, og det å beskrive samarbeid for å ivareta pasientsikkerheten.

Konklusjon: Studien kom frem til at på tross av flere likhetstrekk og sammenfallende fokusområder, foreligger det et behov for videre forskning rundt temaet og utviklingen av en enhetlig prosedyre.

Abstract

Background: Procedures regarding admission of new patients in an intensive care unit has historically been locally determined. In the light of standardization of clinical assessment of patients in general wards developed by the patient safety program “in safe hands 24/7”, we wanted to look at what characterizes procedures for admission of intensive care patients in an intensive care unit.

Purpose: The purpose of this study was to look for characteristics in procedures for admission of intensive care patients in different intensive care units in Norway.

Method: This qualitative content analysis compared procedures from intensive care units in different hospitals, to look at variations and similarities in the procedures. 16 intensive care units were asked from 14 different hospitals. 13 intensive care units answered, and 8 procedures from 7 different hospitals were included in this study.

Results: Common to these procedures were that they described the following; formal requirements, taking care of family members, allocate resources, preparation for action and having a defined plan for the patients. The procedures had a particular focus on use of the ABCDE-principals in clinical assessment and describing team work to ensure patient safety.

Conclusion: The study concluded, despite the similarities and common focus areas, there is a need for further research on the topic and development of a uniform procedure.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	7
1.1 Forforståelse og eget faglig ståsted	8
2 Bakgrunn	10
2.1 Pasientsikkerhet	10
2.2 Intensivpasienten	12
2.3 Samarbeid	12
2.4 Prosedyrer	14
2.5 Problemstilling	14
3 Metode	15
3.1 Design	15
3.2 Utvalg	15
3.3 Datainnsamling	17
3.4 Dataanalyse.....	18
3.5 Kvalitetsvurdering av prosedyrene	19
3.6 Troverdighet	20
4 Resultater	22
4.1 Formelle krav	22
4.2 Oppfølging av pårørende.....	22
4.3 Beskrivelse av samarbeid	23
4.3.1 Kommunikasjonsmetode.....	23
4.3.2 Definere lederansvar	24
4.3.3 Angi en tydelig rolleavklaring	25
4.3.4 Skape felles situasjonsforståelse	25
4.4 Følge ABCDE-prinsippet.....	26
4.5 Definere plan videre	26
4.6 Skape handlingsberedskap	27
4.7 Ivareta pasientsikkerhet	27

4.8	Beskrive ressursfordeling	28
5	Diskusjon	29
5.1	Formelle krav og ansvar	29
5.1.1	Utforming 30	
5.1.2	Beskrive samarbeid.....	31
5.1.3	Kommunikasjonsmetode.....	32
5.1.4	Definere lederansvar og tydelig rolleavklaring	34
5.1.5	Skape felles situasjonsforståelse	35
5.2	Beredskap	36
5.3	Ivareta pasientsikkerhet	37
5.4	Oppfølging av pårørende.....	41
5.5	ABCDE	43
5.6	Det vi ikke fant	46
5.7	Metodediskusjon	47
6	Konklusjon	49
7	Referanser/litteraturliste	50

Forord

Denne studien er utført i forbindelse med masterstudiet i intensivsykepleie ved Universitetet i Sør-Øst Norge. Da vi satte i gang med masteroppgaven ønsket vi å skrive om noe håndfast vi kunne ta med oss tilbake til hverdagen på jobb. I etterkant sitter vi igjen med nettopp dette; økt kunnskap og erfaring som vi kommer til å ta med oss videre i vår arbeidshverdag som intensivsykepleiere.

Vi ønsker å rette en takk til de intensivavdelingene rundt om i Norge som bidro med sine prosedyrer og dermed la grunnlaget for hele masteroppgaven. Tusen takk til Eli Larsen, Melanie Dalfors, og Kristine Garshol for korrekturlesing og konstruktive tilbakemeldinger på oppgaven.

En spesiell takk til vår veileder Edda Johansen for super veiledning og tilbakemelding på oppgaven vår. Takk for motivasjon og støtte under hele skriveperioden. Og ikke minst takk til familie, venner, medstudenter og kollegaer for støtte og oppmuntring gjennom hele høsten.

Tønsberg, 06.12.22

Mathias Riis og Ragnhild Kvinge

1 Innledning

Pasienter som legges inn på sykehus via akuttmottaket har fått en grundig ABCDE-vurdering før en eventuell overflytting til intensiv. Vitale funksjoner og problemområder er i stor grad kartlagt, det er bestilt undersøkelser og videre diagnostikk, samt besluttet hvilke tiltakspakker som skal iverksettes. En slik systematisk tilnærming er forankret i rutiner for mottak av pasienter, og bidrar til å øke pasientsikkerheten (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2020).

Pasientsikkerhetsprogrammet «i trygge hender 24-7» hadde i kampanjeperioden 2011-2018 «tidlig oppdagelse og rask respons av forverret somatisk tilstand» som ett av innsatsområdene. I den nasjonale opplæringen ble helsepersonell opplært i klar og konsis kommunikasjon ved bruk av en strukturert mal (ISBAR), i tillegg til bruken av observasjons- og beslutningsstøtteverktøyet National Early Warning Score (NEWS). NEWS legger frem råd til tiltak og oppfølging basert på pasientens vitale parametere, fra ubesværet normal tilstand, frem til behovet for kontinuerlig overvåkning (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2020).

NEWS-skåring gir en strukturert tilnærming for å oppdage forverret tilstand hos inneliggende pasienter på ulike sykehusavdelinger, men den legger ikke føringer for strukturerte og grundige ABCDE-vurderinger ved ankomst til intensivavdelinger (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2020). Hos inneliggende pasienter hvor det oppstår en akutt forverring på post og som dermed har behov for kontinuerlig overvåkning på intensiv, kan derfor risikere at praksis varierer når det gjelder en systematisk gjennomgang etter ABCDE-prinsippene ved mottak på intensivavdelingen.

En årsak til dette kan eksempelvis være at overflytting til intensivavdelinger (høyere behandlingsnivå) skjer raskt. Dette på grunn av en akutt forverring eller at forverringen ikke har blitt identifisert av postsykepleier tidlig i forløpet, slik at disse pasientene kan være svært klinisk preget ved ankomst intensivavdelingen. Av erfaring vet vi at overflytting til intensiv, og mottak av disse pasientene på intensiv i stor grad blir basert på intensivsykepleierens individuelle erfaring, dens kliniske blick og situasjonsforståelse. Dette gjør at pasientmottaket kan variere ut ifra hvor i landet du er, hvilken intensivsykepleier som er på jobb og denne intensivsykepleierens erfaring. Slik avventende praksis på post har ifølge Young et al. (2003) vist å øke sannsynligheten for intrahospital død med inntil 30%.

Det er gjennomført flere studier rundt bruken av Rapid Respons Team (RRT) og observasjons- og beslutningsstøtteverktøyet National Early Warning Score (NEWS), som dreier seg om vurdering av pasienter utenfor intensivavdelinger (Balshi et al., 2022; Jung et al., 2016; Lee et al., 2022; Thorén et al., 2022). Det er derimot skrevet betraktelig mindre om selve mottaket og vurderingene som blir gjort av pasienter på intensivavdelinger. Gjennom en masteroppgave er det i den senere tid er det utarbeidet en fagprosedyre for mottak av voksne pasienter (Bjørnu, 2021). Denne prosedyren tar for seg kliniske vurderinger som en intensivsykepleier skal foreta seg, men nevner ikke forberedelser, organisering eller andre faktorer som spiller inn i mottak av en intensivpasient.

Av erfaring vet vi at prosedyrer for mottak av pasienter til intensivavdelinger kan variere fra sykehus til sykehus selv om det foreligger en fagprosedyre. Vi ønsket derfor å vurdere ulike prosedyrer for mottak av pasienter på intensiv. I tillegg til å innhente prosedyrer for mottak av pasienter på intensivavdelinger, foretok vi et søk i databasene PubMed, Ovid, Chinahl og BestPractice, etter kunnskapsbaserte anbefalinger for mottak av pasienter i intensivavdelinger for å vurdere eksisterende prosedyrer. Søkeord vi brukte var; «critical care nursing», «critical care», «Intensive care unit», «team», «communication», «NEWS», «Rapid response team», «ABCDE», «patient admission», «deteriorating patient», «patient safety», og «crew resource management».

1.1 Forforståelse og eget faglig ståsted

Som forsker har man allerede en førforståelse av problemstillingen, og forskerens erfaring vil være med å prege det man skriver (Dalland, 2013). I kvalitativ forskning skal forskerne gjøre en analytisk fortolkning, og kan ha en større nærhet til feltet. Det er derfor viktig at forskerne er sin egen forskerrolle bevisst (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). I denne studien har forskningsmaterialet vårt vært prosedyrer, slik at vi ikke har hatt samme nærhet til feltet som vi ville hatt ved eksempelvis intervju. Likevel kan vi ikke unngå at analysedelen av datamaterialet preges av tolkning (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Dette har vi vært bevisst på og reflektert rundt. Vi vil derfor utdype vår forforståelse og faglige ståsted. Vi ble ferdig utdannet sykepleiere i 2017 og 2018, og har vår sykepleiererfaring fra blant annet den prehospitale tjenesten, indremedisinsk akutt sengepost og generell medisinsk sengepost. En av oss har også erfaring fra forsvaret som instruktør og veileder innen lederskap og gruppeutvikling. Vi har to til tre års erfaring fra våre stillinger på intensivavdelinger. Dette er intensivavdelinger på nivå 2a og en plass mellom 1 og 2a. Begge har fått opplæring i NEWS og ISBAR igjennom sykehusenes kompetanseprosjekt. Vi har

begge opplevd å delta på både gode og dårlige mottak og pasientoverføringer fra sengepost og til intensiv. Vi har undret oss over hvorfor det kan være så stor variasjon fra mottak til mottak, og hvilke faktorer som påvirker denne praksisen. Disse erfaringene har gitt oss en nysgjerrighet og et ønske om økt kunnskap om prosedyre for mottak av pasienter på intensiv og eventuelle variasjoner mellom prosedyrene.

2 Bakgrunn

2.1 Pasientsikkerhet

Verdens helseorganisasjon (WHO) skriver i sin globale pasientsikkerhetsplan for 2021-2030 (2021), at de har en nullvisjon for pasientskade. Samtidig legges det frem at i «høyinntektsland» opplever en av ti pasienter en uheldig hendelse i løpet av et sykehusopphold (Bienassis & Klazinga, 2022). WHO (2021) har i punkt 3.5 av sin strategi for å heve pasientsikkerheten 2021-2030, satt søkelys på pasientsikkerhet i overføringsfaser. Der trekkes det frem et behov for klare, standardiserte overføringsprosedyrer mellom avdelinger både intrahospitalt, interhospitalt og mellom andre omsorgstjenester. WHO beskriver også krav til enhetlig, klar og tydelig kommunikasjon sammen med innføringen av standardiserte prosedyrer ved overføring og mottak av pasient. Denne typen kommunikasjon er nødvendig både på tvers av avdelinger og på tvers av helseforetak (World Health Organization, 2021).

Helsedirektoratet innførte i januar 2011 pasientsikkerhetskampanjen «i trygge hender 24-7». Denne kampanjen har siden opprinnelig sluttdato utviklet seg til å bli nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. To av satsningsområdene til helsedirektoratet var sepsis og tidlig oppdagelse og rask respons av forverret somatisk tilstand (Helsedirektoratet, 2018a). Helsedirektoratet kom frem til at så mange som en tredjedel av unødige dødsfall skyldtes, eller kunne relateres til;

- Manglende eller for sen oppdagelse av forverret somatisk tilstand
- Mangelfull observasjon av pasienten
- Svikt og/eller misforståelser i kommunikasjonen mellom helsepersonell

(Pasientsikkerhetsprogrammet, 2020).

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal handlingsplan for 2019-2023 som omhandler pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring, hvor visjonen er en «trygg og sikker helse- og omsorgstjeneste, uten skade, for hver pasient og bruker, alltid og overalt» (Guldvog, 2019).

Lowverket er nedfelt for å hegne om pasientens rettigheter og sikre nødvendig helsehjelp. I følge helsepersonelloven §4 (Helsepersonelloven, 1999) har man som helsepersonell plikt til å handle

faglig forsvarlig og gi omsorgsfull hjelp. For å forebygge pasientskade eller forverring, ble helt konkrete tiltak innført på nasjonalt plan. Helsedirektoratet har gitt klare råd om krav til kompetanse hos helsepersonell for å avdekke forverret helsetilstand hos pasienter på sykehus. Det er satt fokus på enhetlig opplæring av helsepersonell sin observasjonskompetanse og bruken av validerte observasjons- og beslutningsstøtteverktøy (NEWS/NEWS2). Disse verktøyene bygger igjen på det anerkjente ABCDE-prinsippet (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2020). Tiltakene som iverksettes etter observasjon bygger på de samme prinsippene (Helsedirektoratet, 2020a). ABCDE-prinsippet er universelt anerkjent, og brukes i alle sammenhenger hvor man raskt ønsker å kartlegge og behandle pasienten i prioritert rekkefølge, på en systematisk måte (Peate & Brent, 2021; Resuscitation Council UK, 2021; Schoeber et al., 2020). Dette prinsippet brukes uavhengig av pasientens underliggende sykdom eller dens alvorlighetsgrad (Schoeber et al., 2020). ABCDE-undersøkelsen brukes blant annet prehospitalt i ambulansen og på legevakten, intrahospitalt i akuttmottak og ved mottak av pasienter på intensivavdelingen. I tillegg til at det brukes av intensivsykepleiere ved starten av hver vakt (Bjørnu, 2021). For å utføre ABCDE-undersøkelsen på en god måte, kreves det en forkunnskap, noe som det er lagt vekt på i spesialistopplæringen av intensivsykepleiere (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021).

Klar kommunikasjon med standardiserte termer og standardisert rapportoppbygging (ISBAR) ble trukket frem som et tiltak for å unngå misforståelser og at detaljer ble glemt i rapportsituasjoner (*Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand*, 2020). Intensivsykepleieren vil gjennom systematiske observasjoner og vurderinger i rapportsituasjon sammen med sykepleieren fra sengepost, kunne se mer helhetlig på pasientens situasjon, og dermed kunne bidra til raskere identifikasjon av helsesvikt på et tidligere stadium (Norsk Sykepleieforbund Landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017).

En studie fra 2013 konkluderte med at en treg eller forsinket (>4timer fra predefinerte kriterier for klinisk forverring) pasientoverføring fra sengepost til intensivavdeling økte sannsynligheten for intrahospital død med 30% (41% vs 11%)(Young et al., 2003). Dette påpeker viktigheten av tidlig overføring, men ikke nødvendigvis behovet for struktur og klar rollefordeling i mottak av disse pasientene når de ankommer intensivavdelingen. I pasientmottak har intensivsykepleieren en sentral rolle og et viktig ansvar for å raskt kunne kartlegge svikt i vitale funksjoner, koordinere innsats og

iverksette gode tiltak for å gjenopprette eller overta for sviktende organfunksjon raskest mulig (Norsk Sykepleieforbund Landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017).

2.2 Intensivpasienten

Pasienter som blir lagt inn på en intensivavdeling, er pasienter som trenger tett overvåking av helsetilstand og vitale parameter. Dette er pasienter med etablert eller livstruende svikt i ett eller flere organer, for eksempel hjerte, lunger eller nyrer, hvor man antar at svikten er potensielt reversibel (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). Etter ankomst intensivavdelingen vil det umiddelbart være behov for intensiv og krevende behandling for å, så raskt som mulig, stabilisere pasienten (European Society of Intensive Care medicine, 2017). Pasienten ankommer intensivavdelingen enten selvpustende eller ikke-selvpustende. Man har ikke funnet register over hvor mange pasienter som kommer ferdig intubert til intensivavdelingen, eller over hvor mange som kommer selvpustende. Av de ca. 15 000 som årlig behandles i norske intensivavdelinger, er 50 % av de registrerte liggedøgnene med respiratorbehandling (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). Selv om det er høyere dødelighet blant intensivpasienter, overlever cirka 4 av 5 pasienter oppholdet i norske intensivavdelinger (Helse Bergen, 2022).

2.3 Samarbeid

Intensivsykepleierens koordinerende, rådgivende og veiledende rolle i møte med sykepleiere ute på sengepostene trekkes frem i funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere (Norsk Sykepleieforbund Landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). Gjennom deltagelse på mobilt intensivteam (MIT) eller som mobil intensivsykepleier vil hen kunne systematisk observere, vurdere og gi råd til postsykepleiere slik at pasienter med tegn til alvorlig forverring ikke blir oversett eller undertriagert. Intensivsykepleieren forventes å ha en avansert kompetanse og en dypere forståelse av pasienter med svikt i ett eller flere organsystemer. Denne avanserte kompetansen gir intensivsykepleieren handlingskompetanse og muligheten til handlingsberedskap i møte med den akutt syke pasient som har behov for støtte til gjenoppretting av vitale funksjoner (Forsknings- og utdanningsdirektoratet, 2005).

Ikke-tekniske ferdigheter i medisinske akutt team har igjennom de siste 20 årene blitt satt på dagsordenen. Dette etter at flere studier viser at sterk og klar ledelse samt trening på ikke-tekniske ferdighet som kommunikasjon og samhandling på tvers av spesialiteter og yrkesgrupper reduserer antallet feil i medisinske behandlinger (Carne et al., 2012; Cooper et al., 2010; T. Reader et al., 2006; Wisborg et al., 2006). I en masteroppgave fra 2014 ble det observert 30 ulike teammottak i akuttmottak, med ulik hastegrad og teamsammensetning (kirurgiske, medisinske og nevrologiske). Oppgaven konkluderer med at teamarbeid rundt selv de dårligste pasientene var av svakt kvalitetsnivå (Tønnessen, 2014). En annen kvalitativ studie undersøkte hvilke erfaringer og opplevelser intensivsykepleiere hadde med teamarbeid ved mottak av kritisk syk pasient. Resultatene konkluderte med at graden av kommunikasjon, støtte og inkludering kunne påvirke teamets oversikt og opplevelsen av teamarbeid (Kaspersen, 2021). Reader et al.(2006) understreker i sin studie viktigheten med teamtrening og god samhandling på intensivavdelingen, der pasientgruppen ofte består av komplekse problemstillinger med behov for samhandling mellom flere spesialister.

Haerkens et al.(2015) la frem behovet for et systematisk teamarbeid igjennom systemet «Crew resource management» (CRM) på intensivavdelinger med fokus på kommunikasjon, ledelse og felles situasjonsforståelse for å bedre pasientsikkerheten ved å skape en utviklingskultur. Dette understøttes også i en større pre-, postimplementerings studie, der resultatene viste en subjektiv positiv opplevelse hos helsepersonell etter CRM hadde blitt innført. (Haerkens et al., 2015) En annen studie la frem at for å sikre optimal behandling krevdes det effektivt teamarbeid, og i særskilthet en fremtredende leder til å veilede og sikre fremdrift i teamet(T. W. Reader et al., 2009).

Pasienter som tas imot på intensivavdelingen er i en akutt og kritisk fase med svikt eller mulig svikt i ett eller flere organer (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). Intensivsykepleieren har en viktig funksjon i å systematisk kartlegge og handle raskt for å oppdage, avverge og forebygge komplikasjoner (Norsk Sykepleieforbund Landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). Ved at intensivsykepleieren gjør disse vurderingene systematisk og selvstendig, kan hen sette i gang livreddende behandling og unngå unødige pasientskader. Dette fordrer igjen at intensivsykepleieren har inngående kunnskap og høy kompetanse, samt at det foreligger tilgjengelig prosedyrer som støtter opp under kunnskapsbasert praksis i mottak av pasienter fra sengepost (Forsknings- og utdanningsdirektoratet, 2005). Uten samsvar i rutiner og prosedyrer i ulike avdelinger, på ulike sykehus og blant ulike helsearbeidere, kan

det bli variasjon på kvaliteten i tjenestene (Nylenna, 2018). Pasientsikkerheten kan dermed variere mellom avdelinger/sykehus avhengig av hvilke intensivsykepleiere som er på jobb.

2.4 Prosedyrer

En prosedyre kan defineres som «en fremgangsmåte for å utføre en aktivitet eller en prosess» (Nylenna, 2018). Dette innebærer som regel at prosedyren gir en oppsummering av hvem som har ansvar for hva, og hvor utstyr er tilgjengelig (Nylenna, 2018). Som intensivsykepleiere har vi et selvstendig ansvar for å holde oss oppdaterte på gjeldende prosedyrer i vår avdeling som vi trenger for å gjøre oss i stand til å utøve vårt yrke. Det er et lederansvar å sørge for at det foreligger gode prosedyrer for helsepersonell, slik at man som intensivsykepleier kan jobbe kunnskapsbasert (Norsk Sykepleieforbund, u.å.). Kunnskapsbaserte fagprosedyrer skal oppdateres senest 3 år etter forrige litteratursøk (Helsebiblioteket, 2015). Prosedyrer har tradisjonelt sett blitt utarbeidet lokalt, dette fører til mange ulike prosedyrer om samme problemstilling. I 2009 satte man derfor sammen et nasjonalt nettverk for å kvalitetssikre prosedyrene og i større grad samordne dem, slik at man kunne skape flere enhetlig prosedyrer (Strand, 2016). Dette nettverket opphørte fra 2018, uten at årsak til dette sto beskrevet (Tjensvoll, u.å.). Fra 2009 til 2017 er antall godkjente fagprosedyrer doblet ved sykehusene, men usikkerheten er stor i forhold til i hvor stor grad prosedyrene benyttes aktivt da kun seks av ti helseforetak måler bruk av prosedyrene (Nilsen, 2017).

2.5 Problemstilling

Hva kjennetegner prosedyrer ved mottak av intensivpasienter i ulike helseforetak i Norge?

3 Metode

3.1 Design

På bakgrunn av problemstillingen så vi det som hensiktsmessig å gjøre en kvalitativ studie basert på en dokumentanalyse av et utvalg eksisterende prosedyrer for mottak av intensivpasienter i Norge (Sander, 2022). Kvalitativ forskning egner seg godt der man har begrenset med tilgjengelig forskning (Malterud, 2018). Etter søk av litteratur i ulike databaser, fant vi lite forskning rundt vår problemstilling. Vi kom derfor frem til at det var hensiktsmessig å velge kvalitativ studie for å best kunne svare på problemstillingen. Kvalitative metoder benyttes der man ønsker å innhente kvalitative data som omhandler tekst, eksempelvis gjennom en kvalitativ innholdsanalyse/dokumentanalyse (Fangen, 2022; Grønmo, 2020b). Kvalitativ innholdsanalyse er gunstig å bruke når man ønsker å besvare problemstillingen gjennom å analysere og tolke betydningen og meningen av teksten i datamaterialet (Grønmo, 2020a). En induktiv dokumentanalyse er egnet å benytte når man ønsker å analysere datamaterialet med et åpent sinn (Tranøy, 2022). Man ser etter mønster i datamaterialet, og kategoriserer likheter og ulikheter i teksten (Graneheim et al., 2017). Fordi vi ikke hadde en «gullstandard» å sammenligne prosedyrene mot, ønsket vi å gjøre en induktiv dokumentanalyse, altså at man analyserer datamaterialet uten forhåndsbestemte mål om hva man skal finne i datamaterialet (Graneheim et al., 2017; Tranøy, 2022).

3.2 Utvalg

Utvalget var planlagt å inneholde inntil 10 prosedyrer for mottak av intensivpasienter fra ulike intensivavdelinger i Norge. Intensivavdelinger i Norge er definert på tre ulike nivåer (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). Vi valgte å avgrense vårt utvalg til intensivavdelingene på nivå 2a, 2b og 3. Dette fordi intensivavdelingene som er på nivå 1 kun skal motta pasienter med kortvarig behov for respiratorbehandling, overvåking og Non-invasiv Ventilasjonsstøtte (NIV) (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). I tillegg skal nivå 1 motta stabile pasienter fra et høyere nivå (2a, 2b og 3). Dette gjorde at vi vurderte at de prosedyrene

som hørte til intensivavdelinger i nivå 1 ikke samsvarte med masteroppgavens fokus (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014).

I følge Norsk Intensivregister, er det 62 intensivavdelinger i Norge (Buanes et al., 2022). Vi kontaktet 16 intensivavdelinger fordelt på 14 sykehus, da vi tenkte at det var mindre sannsynlig at vi kom til å motta prosedyrer fra alle de vi primært kontaktet. Av de 16 intensivavdelinger vi kontaktet, fikk vi svar fra 13 intensivavdelinger. Ved mangel på svar fra en intensivavdeling, kontaktet vi også andre intensivavdelinger ved samme sykehus i håp om å få svar. I e-posten som ble sendt til de ulike intensivavdelingene, ba vi dem om å definere hvilket nivå deres intensivavdeling var. Av de 13 intensivavdelingene som svarte, var det tre intensivavdelinger som svarte hvilket nivå deres avdeling var definert som. Vi brukte derfor tilgjengelige data og informasjon om de andre ulike intensivavdelingene for å vurdere hvilket nivå de var på. Det finnes ikke et nasjonalt register over nivåinndeling av intensivavdelinger (Buanes et al., 2022). Vi vurderte det til at avdelingene som hadde svart lå på nivå 2a, 2b og 3. En av avdelingene svarte at de var en blanding av 1 og 2a. Etter å ha lest prosedyren, samt undersøkt avdelingen nærmere, fant vi ut at prosedyren kunne inkluderes i studien fordi prosedyren svarte til kravene stilt til en intensivavdeling i nivå 2.

Det viste seg at ikke alle av de intensivavdelingene vi kontaktet hadde prosedyrer for mottak av intensivpasienter. Noen av avdelingene hadde prosedyrer under utarbeidelse som ikke enda var godkjent. Disse intensivavdelingene henviste oss ofte til andre relevante intensivavdelinger ved samme sykehus. Vi fikk også noen prosedyrer som var mest rettet mot traumepasienter, men disse prosedyrene ble ekskludert basert på eksklusjonskriteriene som var satt for studien. Mottak av traumepasienter som vanligvis kommer rett fra akuttmottak, følger egne prosedyrer og disse pasientene har som regel fått et grundig tverrfaglig mottak i traumemottaket før de ankommer intensivavdelingen. Vi valgte derfor å ekskludere disse prosedyrene.

Inklusjonskriterier:

- Prosedyrer eller handlingskort for mottak av voksne intensivpasienter
- prosedyrer som omhandler mottak av intensiv- og traumepasienter i samme prosedyre
- Prosedyrer godkjent til bruk i de ulike helseforetakene

Eksklusjonskriterier:

- prosedyrer som omhandlet mottak av barn
- prosedyrer for mottak av alvorlig syke i akuttmottak
- handlingskort om kun forberedelse til mottak i intensivavdelingen
- handlingskort (som vedlegg til hovedprosedyren) til bruk for sykepleier 1, 2 og 3 i mottak av intensivpasienter
- prosedyrer for mottak av traumepasienter i intensivavdelingen
- Utkast til prosedyrer for mottak av intensivpasienter som ikke er formelt godkjent til bruk

Totalt mottok vi 17 prosedyrer og handlingskort fra 13 intensivavdelinger. To prosedyrer ble ekskludert på grunn av at de omhandlet barn. To prosedyrer ble ekskludert på grunn av at de omhandlet mottak av traumepasienter. To prosedyrer ble ekskludert på grunn av at omhandlet pasienter i akuttmottaket eller kun omhandlet flyt av pasientinformasjon. Tre prosedyrer ble ekskludert på grunn av at de var handlingskort som handlet kun om forberedelser til mottak, eller lommekort kun til praktisk bruk. Etter vurdering av prosedyrene basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier satt vi igjen med åtte prosedyrer fra syv ulike intensivavdelinger i Norge.

3.3 Datainnsamling

Vi tok kontakt med 16 intensivavdelinger via e-post. Noen måtte ringes for å få tak i adresse, og da presenterte vi også masteroppgaven vår samtidig. De 16 intensivavdelingene vi kontaktet, vurderte vi til å representere et bredt spekter av intensivavdelinger fra hele landet. Dette omfattet intensivavdelinger fra universitetssykehus, regionalsykehus, sentralsykehus og lokalsykehus (Buanes et al., 2022). Av de 16 intensivavdelingene, fikk vi aldri svar fra fire av intensivavdelingene, tross flere e-poster med påminnelse om å svare. To av intensivavdelingene holdt på å utarbeide prosedyre, og hadde dermed ikke godkjent prosedyre. To av intensivavdelingene hadde ikke relevante prosedyrer for oss, og en av intensivavdelingene hadde ikke prosedyre. Etter flere påminnelser til intensivavdelingene, innhentet vi åtte prosedyrer fra syv ulike intensivavdelinger. Disse 8 prosedyrene danner grunnlaget for dokumentanalysen. Dokumentanalysen av lokale prosedyrer for mottak av inneliggende pasienter ble gjort ved bruk av Granheim og Lundmans tekstanalyse (Granheim & Lundman, 2004; Lindgren et al., 2020).

3.4 Dataanalyse

Vi valgte å gjøre en induktiv tekstanalyse da vi ikke fant en «gullstandard» i litteraturen som vi kunne vurdere prosedyrene opp imot. Vi lagde en faktaoversikt over prosedyrene, som beskrevet lenger ned. Vi brukte i tillegg AGREE-verktøyet som grunnlag for å vurdere prosedyrenes kvalitet og hentet relevante spørsmål derfra. (The AGREE Next Steps Consortium, 2017). Spørsmålene vi valgte ut fra AGREE verktøyet, var spørsmål vi vurderte som relevante for å svare på problemstillingen ved å kvalitetssikre utarbeidelsen av prosedyrene.

Gjennom bruk av Granheim og Lundmans tekstanalyse (Lindgren et al., 2020) har vi i vår dokumentanalyse utarbeidet meningsbærende enheter, kondensert, kodet og laget kategorier. Vi har vært to i denne prosessen. Først satt vi hver for oss og leste gjennom prosedyrene gjentatte ganger for å bli godt kjent med datamaterialet. For at vi selv skulle få god oversikt over prosedyrenes innhold utarbeidet vi, som tidligere nevnt, en egen oversikt over temaer og typiske trekk som gjentok seg i de ulike prosedyrene. Dette gav oss raskt en enkel oversikt over innholdet i prosedyrene, og om det var få eller mange prosedyrer som nevnte det samme. Eksempelvis registrerte vi hvor mange prosedyrer som nevnte ABCDE og hvilket år de sist var oppdatert. Vi gikk deretter gjennom prosedyrene på nytt og brukte farger for å understreke og utheve data i prosedyrene som vi fant relevant for problemstillingen. Deretter satte vi oss sammen for å sammenligne hva som hadde blitt trukket ut som relevant i forhold til problemstillingen i de ulike prosedyrene. Vi fant mange fellestrekk i de åtte prosedyrene som var bakgrunnen for resultatene i studien vår. Denne sammenstillingen ble utført forut for tekstanalysen for å vurdere hvordan vårt utgangspunkt var for de neste stegene i analyseprosessen. Vi fortsatte deretter hver for oss med å velge ut meningsbærende enheter og kondenserte de meningsbærende enhetene, før vi møttes for å sammenligne tekstene vi hadde vurdert som relevant for problemstillingen. Denne prosessen gjentok vi flere ganger før vi kom til enighet om kondenserte meningsbærende enheter. På samme måte satt vi igjen hver for oss når vi skulle utarbeide forslag til koder og kategorier. Vi satte oss deretter sammen og sammenlignet kodene og kategoriene, for så å komme til enighet om de koder og kategorier som var relevante for problemstillingen. Til slutt gikk vi over arbeidet flere ganger for å være sikre på at vi ikke har oversett noe eller feiltolket noe i tekstene.

Se vedlagt eksempel fra meningsbærende enhet til kondensering. De ulike fargene står for ulike prosedyrer.

	Meningsbærende enheter	Kondensering	Koder	Kategorier
	En helhetlig gjennomgang ved bruk av <u>ABCDE</u> -prinsippene, utføres så fort du har fått rapport om pasienten og overtatt ansvaret.	En helhetlig gjennomgang ved bruk av <u>ABCDE</u> -prinsippene, utføres så fort du har fått rapport om pasienten.	Kliniske vurderinger	Følge <u>ABCDE</u> prinsippet
	Systematisk <u>ABCDE</u> vurdering av pasientens vitale <u>parametre</u> ved inntak. Identifiser og iverksett nødvendige tiltak.	Systematisk <u>ABCDE</u> vurdering av pasient ved inntak.	Kliniske vurderinger	
	Anvend <u>ABCDE</u> -prinsippet for vurdering av pasient	Anvend <u>ABCDE</u> -prinsippet for vurdering av pasient	Kliniske vurderinger	

Tabell 1

3.5 Kvalitetsvurdering av prosedyrene

Man så det hensiktsmessig å gjøre en kvalitetsvurdering av prosedyrene. AGREE (The AGREE Next Steps Consortium, 2017) er et verktøy som er utarbeidet for å ha et rammeverk når man skal kvalitetsvurdere prosedyrer, blant annet kliniske retningslinjer. Man scorer spørsmålene de har utarbeidet på en skala fra 1-4. I denne skalaen betyr 4 at man er helt enig og 1 at man er helt uenig eller at det ikke er relevant, eller at man mangler opplysninger. Vi brukte AGREE som utgangspunkt for vår vurdering av prosedyrene og hentet ut relevante spørsmål fra AGREE-verktøyet (The AGREE Next Steps Consortium, 2017). Under er en oversikt over disse spørsmålene og medfølgende scoringer. Fargene beskriver de ulike prosedyrene.

AGREE									
Retningslinjens overordnede mål er klart beskrevet	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Pasientgruppen retningslinjen gjelder er klart beskrevet	3	4	4	4	4	4	4	4	4
Retningslinjens målgruppe er klart definert	4	4	3	4	3	3	4	4	4
Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet	1	1	2	1	1	2	1	3	3
Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget.	1	1	1	1	1	2	1	4	4
Anbefalingene er spesifikke og entydige	2	4	2	4	2	4	4	4	4
Retningslinjen er støttet med verktøy for bruk i praksis.	3	1	2	3	2	3	3	3	3

Tabell 2

Ut ifra denne tabellen kan man se at de fleste prosedyrene har lav score når det gjelder om anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget. Det bygger på at de færreste prosedyrene som vi fikk tilsendt hadde tilgjengelig kildehenvisning i prosedyren. Metoden for utarbeidelse av de ulike prosedyrene var ikke tydelig beskrevet. De aller fleste prosedyrene hadde imidlertid klare mål og en tydelig beskrevet pasientgruppe.

3.6 Troverdighet

Prosedyrene som ble innsamlet, er kun et utvalg av alle de ulike prosedyrene som finnes i Norge. Vi innhentet prosedyrer til vi fikk nok datagrunnlag, og satt igjen med et tilstrekkelig utvalg. Det kan likevel rettes kritikk mot at resultatet kan ha blitt preget av antallet prosedyrer som ble samlet inn, og at resultatet ville sett annerledes ut om vi hadde fått prosedyrer fra alle intensivavdelingene i Norge. Denne studiens troverdighet kan dermed påvirkes av datagrunnlaget. Troverdighet i kvalitative studier omfatter begrepene gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Graneheim et al., 2017).

Gyldighet (credibility) i kvalitative studier omhandler i hvor stor grad datamaterialet og analyseprosessen underbygger fokuset i studien (Graneheim & Lundman, 2004). For å etterleve dette i denne studien, har vi gjort rede for rutiner for utvelgelse, kontaktrutiner, oppfølging, hvor mange som svarte og hvor mange som hadde prosedyrer eller ikke. Vi har beskrevet vår fremgangsmåte detaljert i datainnsamlingen slik at den kan være etterprøvbart. Andre kan da gjøre samme undersøkelse og se om det gir lignende resultat (Polit & Beck, 2020). Datoene for prosedyrene vil være tilgjengelig, og man vil derfor kunne sjekke om prosedyrene er oppdatert i henhold til litteraturen eller ikke.

Et annet viktig poeng for å underbygge studiens gyldighet er i hvilken grad man velger ut de mest passende meningsbærende enhetene (Graneheim & Lundman, 2004). Derfor har vi laget et utdrag (se tabell 1) av analysedelen fra meningsbærende enheter til de endelige kategoriene. Slik kan leseren forstå hvordan vi har tolket teksten.

Studiens pålitelighet (dependability) omhandler hvorvidt data i forskningen endres over tid på bakgrunn av hvordan forskerne håndterer analyseprosessen (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim, Lindgren og Lundman (2017) trekker frem at det å være to i analyseprosessen kan bidra til økt pålitelighet. Dette har vi vært bevisst på i vår analyseprosess, slik at vi analyserte datamateriale uavhengig av hverandre før vi sammenlignet analysene. I dataanalysen brukte vi anerkjente verktøy for tekstanalyse (Lindgren et al., 2020). Vi har også utdypet vår forforståelse i innledningen av studien da dette er spesielt viktig i kvalitativ forskning (Malterud, 2017). Ved å være reflekterte har vi prøvd å unngå at egen forforståelse vil påvirke studien i stor grad, spesielt da vi foretok dokumentanalysen.

Overførbarhet (transferability) beskriver i den grad forskningen er så sammenlignbar at den kan benyttes i andre grupper eller i andre situasjoner. I vårt tilfelle beskriver dette om studien kan ha overføringsverdi til andre intensivavdelinger som ikke deltok i studien (Graneheim & Lundman, 2004). For at man skal kunne vurdere dette, er det spesielt viktig å beskrive kontekst og kultur (Graneheim & Lundman, 2004). Vi har beskrevet utvalget vårt nøye for å etterleve dette. Det var få avdelinger som svarte på hvilket intensivnivå deres avdeling definerte seg som. Vi har derfor måttet vurdere hvilket nivå de yter avansert helsehjelp på. Man kan derfor stille spørsmål ved om vi har et bredt nok utvalg og et riktig utvalg av prosedyrer fra de ulike intensivavdelingene. Ved å vurdere om prosedyrene har likhetstrekk kan man vurdere at de kan være overførbare til andre intensivavdelinger i Norge eller ikke.

4 Resultater

Etter inngående analyse av innsamlet datagrunnlag, beskrev resultatene hva som kjennetegner prosedyrer for mottak av intensivpasient på intensivavdeling. Felles for prosedyrene var at disse besto av formelle krav og beskrev oppfølging av pårørende. Beskrivelse av samarbeid var et større funn blant alle prosedyrer med flere enn ett helsepersonell. Underkategorier indentifisert under temaet samarbeid var; ledelse, rolleavklaring, felles situasjonsforståelse og kommunikasjonsmetode. Alle beskrev bruken av ABCDE-prinsippet. Andre signifikante funn var; handlingsberedskap, det å definere videre plan, pasientsikkerhet og ressursfordeling.

4.1 Formelle krav

Det tydeligste formelle kravet som gikk igjen i alle de innsamlede prosedyrene, var kravet om dokumentasjon. Alle de vurderte prosedyrene hadde tydelig definert hvilken rollefunksjon som hadde ansvar for dokumentasjon i de ulike fasene av et pasientmottak ved intensiv. Flere foretak plasserte ansvaret for dokumentasjon hos pasientansvarlig intensivsykepleier. Andre foretak i utvalget benyttet dedikerte personer til de rene dokumentasjons- og administrative oppgavene rundt pasientlogistikken.

«Dokumenter i pasientjournal etter gjennomgang av ansvarlig sykepleier.»

(Prosedyre 3)

«Intensivsykepleier med ansvarsfunksjon er ansvarlig for at pasienten registreres i

DIPS, MetaVision og pasientbok.» (Prosedyre 1)

Utformingen av prosedyrene varierte betydelig blant datamaterialet. Enkelte helseforetak hadde utformet sine prosedyrer i form av en overordnet lettfattelig prosedyre med flere tilhørende handlingskort for de ulike rollene og fasene i et pasientmottak. Andre hadde utarbeidet en mer omfattende prosedyre, som tok for seg hele den tverrfaglige prosessen med ansvarliggjøring av enkeltroller for administrative gjøremål så vel som de kliniske og praktiske oppgavene.

4.2 Oppfølging av pårørende

Ut fra det innsamlede datagrunnlaget er det tydelig at ivaretagelse av pårørende er en vesentlig del av mottak av pasient på en intensivavdeling. Seks av syv sykehus hadde definert håndtering av

pårørende som en oppgave i sin prosedyre for mottak av ny intensivpasient. Det fremkom derimot stor variasjon i hvordan denne håndteringen skulle utføres. Funn fra analysen viser at sykehus tilhørende et høyere behandlingsnivå (intensivnivå 3) hadde mer fokus på å «håndtere» pårørende. Mens regionale intensivavdelinger (intensivnivå 2/2b) hadde mer fokus på ivaretagelse av og omsorg for pårørende.

«Pårørende: er pårørende varslet, hvem er pårørende, kommer de til sykehuset?»

(Prosedyre 6)

«Øvrig personell skjermer de andre pasientene og sørger for at pårørende venter på pårørende rom» (Prosedyre 5)

«Koordinator tar imot og gir omsorg til pårørende.» (Prosedyre 7)

4.3 Beskrivelse av samarbeid

«Mottak av kritisk syke pasienter med behov for intensiv medisinsk behandling er ressurskrevende og krever godt teamsamarbeid for å sikre god pasientsikkerhet.»

(Prosedyre 2)

Felles for alle innhentede prosedyrer var kravet om, og beskrivelsen av, samarbeid mellom deltagerne i mottaket. Dette var uavhengig av om mottaket gjennomføres mono- eller tverrfaglig. Prosedyrene var variert i deres beskrivelse av utøvelsen og graden av samarbeid. Enkelte nevnte dette overordnet, mens andre presiserte hvordan dette burde gjennomføres. Elementer som tydelig rolleavklaring, kommunikasjon og klar ledelse nevnes som suksessfaktorer for et godt samarbeid.

4.3.1 Kommunikasjonsmetode

«I mottak av ny pasient er det viktig å avklare ansvarsfordeling. Tydelig kommunikasjon, closed loop dvs bekreft at beskjeder er mottatt, og at oppgaver blir/er blitt utført. Muntlig skriftlig rapportering skjer etter ISBAR-metoden.»

(Prosedyre 1)

Det foreligger også ulik praksis rundt kommunikasjon på ulike sykehus. Noen sykehus ønsket at undersøkende helsepersonell kun skulle rapportere til leder av mottaket ved avvik på normale funn, mens andre ønsket en tydelig gjennomgang av den kliniske vurderingen slik at alle i rommet fikk en felles situasjonsforståelse.

«Rask ABCDE-rapportere til sykepleier 1 ved avvik» (Prosedyre 5)

Felles for prosedyrene var at alle ønsket bekreftende kommunikasjon (closed loop).

Det er også beskrevet behovet for standardiserte kommunikasjons former, slik som for eksempel ISBAR.

«Under mottak av intensivpasient benyttes closed-loop communication av alle deltakerne i mottaket.» (Prosedyre 1)

Det var også en del ulikheter rundt rapport situasjonen i det pasienten ankommer intensivavdelingen. Enkelte prosedyrer beskrev at de først ønsket å motta en fullstendig rapport før de startet å koble opp pasient, foreta kliniske vurderinger og stabilisere. Andre beskrev hvordan helsepersonell som fulgte pasienten til avdelingen skulle gi rapport til pasientansvarlig mens det praktiske arbeidet med mottak av pasienten pågikk simultant.

«mottaket starter med at pasientansvarlig lege og sykepleier ved ... tar initiativ til en kort "bedside" temarapport om sykehistorie, årsak til innleggelse, klinisk status og behandling.» (Prosedyre 2)

4.3.2 Definere lederansvar

Flere av prosedyrene definerte lederansvar og hvordan denne rollen skulle utføres. Selve teamlederfunksjonen ble tydeligere beskrevet i prosedyrer der det var flere enn tre personer og flere fagfelt som skulle samvirke i mottak.

*«Pasientansvarlig lege (teamleder). Leder teamet, fortrinnsvis «hands off».»
(Prosedyre 2)*

I mottaksprosedyrer der man belaget seg på kun intensivsykepleiere ble rollen ofte omtalt som «pasientansvarlig». I disse var det enkelte prosedyrer som hadde tydeliggjort lederansvaret og funksjonen ved å øke synligheten til leder med hjelp av visuelle merker.

«Har egen vest som synliggjør rollen.» (prosedyre 8)

4.3.3 Angi en tydelig rolleavklaring

«Formålet er å etablere en teamstruktur i mottak av intensivpasienter. Prosedyren vektlegger informasjonsoverføring ved meldetidspunkt, samt tydelig rolle- og oppgavefordeling.» (Prosedyrer 3)

Alle prosedyrene som var planlagt med flere enn en intensivsykepleier, beskrev hvem som hadde ansvar for ulike oppgaver, ansvarsområder og hvordan disse skulle forholde seg til andre i teamet. Graden av detaljer og presentasjon av rollebeskrivelsen varierte fra handlingskort som ble tildelt hver rolle, til overordnede føringer.

«Sykepleier 2 er medhjelper og utfører praktiske ting» (prosedyre 4)

«Intensivsykepleier 2 /assisterende sykepleier:

FØR pasienten kommer: Hjelp til å klargjøre sengeenhet og hente inn ekstra utstyr

Ved ANKOMST intensiv: Koble til monitorer

Sikre O2 tilførsel/luftveier. Koble pasienten til klargjort respirator i samarbeid med lege

Sjekke pågående iv væske og innganger, sug/dren/sonder/TD

Rask ABCDE- rapportere til sykepleier 1 ved avvik

Ta blodprøver NB! husk pretransfusjonsprøve

Hente medikamenter og iv væske

Dobbeltsjekke medikamenter og blod m/ sykepleier1 eller sykepleier3»

(Prosedyre 5)

4.3.4 Skape felles situasjonsforståelse

«Sikre felles forståelse av pasientsituasjonen og helhetlig pasientbehandling»

(Prosedyre 1)

Funn i analysen viste at flere prosedyrer fokuserte på å gi alle deltagere i mottaket en lik forståelse av hva som skjer med pasienten, når det skulle skje og hvordan. På tross av at felles situasjonsforståelse ble definert som et viktig moment forelå det flere ulikheter blant sykehusene. Enkelte presiserte informerende og oppsummerende «time-outs» der man samlet teamet for en felles gjennomgang av situasjonen, meldingene og funnene for å etablere et felles situasjonsbilde å jobbe ut fra.

«Kort gjennomgang av teamleder før pasienten kommer»

(Prosedyre 5)

Andre hadde avsatt en gitt tid med forhåndsdefinert ønsket handlemåte før en oppsummerende gjennomgang.

«De første 15 minuttene er fokus å stabilisere pasienten» (Prosedyre 5)

4.4 Følge ABCDE-prinsippet

Alle prosedyrene i datagrunnlaget presiserer viktigheten av en rask systematisk avklaring av pasientens situasjon og behov for tiltak.

«Når pasienten ankommer, koble opp monitorering og få en oversikt over pasientens tilstand ved bruk av ABCDE-prinsippene. Iverksett tiltak ved behov.»

(Prosedyre 6)

Det kommer frem fra analysen at en slik vurdering stilte høye krav til klinisk kompetanse hos det utøvende helsepersonell. I datagrunnlaget ble ABCDE-prinsippet beskrevet i varierende grad. Enkelte sykehus hadde utfyllende beskrivelser med henvisning til egne handlingskort, samtidig som det i andre prosedyrer blir forventet at utøvende helsepersonell har inngående kjennskap til ABCDE-prinsippet og kliniske vurderinger.

4.5 Definere plan videre

«Ansvarlig lege i mottak: Vurderer pasientens behov for behandling.»

(Prosedyre 1)

Resultatene varierte i hvilken grad det ble definert en behandlingsplan videre for pasienten. Sykehus med team ledet av spesialsykepleiere nevnte ikke, eller fokuserte i liten grad på, hvem som skulle kontaktes og når de skulle kontaktes for å ordinere medisiner, bestille prøver og rekvirere videre diagnostikk.

I de prosedyrene som la til rette for tverrfaglig bemanning med minst en lege til stede kunne man også lese at det ble fokusert mer på teamarbeid, samt avklaring av diagnostikk og videre behandling.

4.6 Skape handlingsberedskap

Gjennom arbeidet med datagrunnlaget kom det frem hvordan handlingsberedskap er en av grunnstenene i intensivmedisin, og at dette var gjennomgående i de fleste prosedyrer. I syv av åtte prosedyrer ble det beskrevet forberedelser til mottak i form av å gå igjennom rommet, klargjøring av utstyr og medikamenter man kan få behov for etter hvert som situasjonen utvikler seg. Enkelte prosedyrer definerte denne handlingsberedskapen til en egen rolle.

«Er tilgjengelig utenfor rommet for henting av utstyr, medikamenter og annet»

(Prosedyre 7)

Intensivavdelinger er av natur uforutsigbare. Dette bekrefter enkelte funn i analysen der det planlegges for en større pågang av pasienter med mulig samtidighetskonflikt.

«Koordinator for sone 1-2 skal i samarbeid med vakthavende anestesilege, beslutte hvilke pasienter som kan flytte på sengepost, for å frigi plass og personale. K sone 1-2 må ha fortløpende dialog med K sone 3-4, eventuelt

seksjonsleder.» (Prosedyre 4)

4.7 Ivareta pasientsikkerhet

«Sikre den akutt og/eller kritisk syke pasienten optimal behandling i mottak på intensivseksjonen. Dette forutsetter tilstedeværelse av riktig antall personale med relevant kompetanse og et smidig samarbeid mellom disse i mottaket.»

(Prosedyre 1)

Kvalitetsarbeidet i prosedyrene var planlagt for og definert. Samtidig bemerkes det at det forelå svært magre referanser til oppdatert litteratur utover henvisning til lokale retningslinjer og andre fagverk.

Det ble i flere av prosedyrene beskrevet at det skulle sikres optimal behandling, dobbeltsjekke medikamenter og jobbes med kvalitetsarbeid i forbindelse med prosedyren.

4.8 Beskrive ressursfordeling

Det var stor differanse i den planlagte bemanningen i de ulike prosedyrene. Det sykehuset med færrest planlagte deltagere satte krav til en intensivsykepleier, mens det sykehuset med den mest omfattende bemanningen hadde fem personer i et mottaksteam. Seks av åtte prosedyrer nevner behovet for minst to spesialsykepleiere som minste bemanning for å ta mot en kritisk syk pasient.

«Koordinator har ansvar for å legge til rette for minst 2 sykepleiere i mottaket.»

(Prosedyre 7)

Et annet funn var at det i enkelte prosedyrer kom frem en periodevis knapphet i ressurser. Det vil si at prosedyrene ikke nødvendigvis kunne benyttes i sin helhet på grunn av manglende bemanning.

«Dersom ressurser i avdelingen, er en spl 3 tilgjengelig» (Prosedyre 7)

5 Diskusjon

5.1 Formelle krav og ansvar

Funnene i studien pekte på hvordan kravet til dokumentasjon i spesialisttjenesten er ufravikelig. Spesialisthelsetjenesteloven § 8 og Helsepersonelloven § 3-2. beskriver begge hvordan helsepersonell må forholde seg til dokumentasjon (Helsepersonelloven, 1999 ; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Behovet for en enkel og entydig dokumentasjon som skal kunne følge pasienten, også i akutte situasjoner, ble både poengtert i WHO sin utredning og pasientsikkerhetsprogrammet «i trygge hender 24/7» (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2020; World Health Organization, 2021). Ansvarliggjøringen av enkeltpersoner kunne i enkelte av prosedyrene i datagrunnlaget virke som ren juridisk formalitet, mens det i andre prosedyrer fremkom mer som en ren oppgavefordeling med en ansvarlig person til å følge det opp. Ved å delegere ansvaret til et helsepersonell er helsepersonellet selv ansvarlig for at oppgaven er forsvarlig utført og i henhold til gjeldende krav og retningslinjer, i følge Helsepersonelloven § 4 (1999).

Alle de analyserte prosedyrene beskrev og definerte ansvaret for dokumentasjon. I enkelte prosedyrer ble dette ansvaret tildelt pasientansvarlig sykepleier i mottaksteamet. Dette kan betraktes som en fornuftig fordeling, da pasientansvarlig vil ha en bedre oversikt over pasientens helhetssituasjon, hvilke oppgaver som er utført og hvilke som bør prioriteres videre. Denne ansvarsfordelingen understøttes i en studie som så på pasientsikkerhet og sikkerhetskultur på sykehus (Bienassis & Klazinga, 2022).

Samtidig som en slik ansvarsfordeling kan gi en bedre oversikt for pasientansvarlig sykepleier, så avhenger dette av mengden prosedyrer og intervensjoner som skal utføres i mottakssituasjonen. En av prosedyrene i datagrunnlaget beskrev mottak av ny pasient på intensivavdelingen der det var kun avsatt en intensivsykepleier (Prosedyre 3). Erfaring fra eget virke på intensivavdeling tilsier at elektronisk dokumentasjon av forordninger og medisiner gitt raskt blir nedprioritert i ressursknappe situasjoner. Dette kan igjen føre til at oversikten baseres på sporadiske raskt nedskrevne detaljer, muntlige ordinasjoner og rapporter. Det er derfor nærliggende å se for seg at den felles situasjonsforståelsen, i beste fall, kan bli mangelfull dersom ansvaret for både klinisk undersøkelse, administrasjon av medisiner samt andre tiltak, i tillegg til dokumentasjon, tilfaller en enkelt intensivsykepleier. Andre prosedyrer fristilte dokumentasjonsansvar fra pasientansvarlig sykepleier

for å unngå kapasitetsmessig og mental overbelastning på grunn av mengden oppgaver som skal utføres. Dette omtales ofte som «taskloading». Ved å fristille dette ansvaret vil man kunne opprettholde en rask og tidsriktig dokumentasjon, samtidig fremme pasientsikkerheten (Neuraz et al., 2015). Dette vil igjen kunne gi leger og andre spesialister et bedre og mer oppdatert beslutningsgrunnlag, samtidig som det hever pasientsikkerheten.

5.1.1 Utforming

Utformingen av de innsamlede prosedyrene varierte stort i både utforming og omfang. Selve størrelsen og oppsettet på prosedyren kan i enkelte tilfeller gjøre den vanskelig håndterbar i en forberedende fase av mottak. På den andre siden kan enkle handlingskort mangle de rent formelle og administrative føringene som gjerne kommer frem av større, mer omfattende prosedyrer. Bruken av handlingskort fremheves som gunstig i en studie fra 2021, der man blant annet så på bruken av rollespesifikke handlingskort for å redusere den kognitive arbeidsmengden og fremme pasientsikkerhet (Smith et al., 2021). Kun to av åtte prosedyrer hadde handlingskort tilknyttet deres prosedyre, og tre av åtte beskrev i større eller mindre grad ansvarsområder og rollefunksjoner i sin prosedyre. Resultatet her, sett i lys av studien til Smith et al. (2021), viser at prosedyrer ved mottak av intensivpasienter i ulike helseforetak i Norge kan nytte godt av innføringen av handlingskort og standardiserte roller.

I første praksisforberedende fag i sykepleierutdannelsen blir det poengtert at prosedyrer skal hentes ut direkte før hver gjennomføring. Dette på grunn av at det kan ha skjedd vesentlig endringer eller revisjoner av prosedyren siden sist gang man leste gjennom den. Dette poengteres ytterligere i videreutdannelsen som intensivsykepleier og er nedfelt i NSF sine yrkesetiske retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund Landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017; Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Prosedyre 1 belyste på en god måte hvordan sykehusledelsen redegjorde for de rent formelle kravene, som registreringer og dokumentasjonskrav, som måtte ivaretas under et mottak av en pasient. Prosedyren fremsto som solid og utførlig utarbeidet, men noe tidskrevende og tunglest i en stresset situasjon. Sett opp mot prosedyre 4 der man hadde en mer pragmatisk prosedyre med flere handlings- og tiltakskort vedlagt. Denne prosedyren la vekt på mer praktiske oppgaver før og under mottakssituasjonen, samtidig som den ikke definerte de formelle kravene på en like klar måte som prosedyre 1. Omfanget og utforming av prosedyren kan ha betydning når man i en situasjon får meldt

en dårlig pasient til intensiv, hvor man sannsynligvis ikke har mer enn noen få minutter til å forberede både rom, medikamenter og teamet for mottak. Lengre og mer omfattende prosedyrer vil i slike situasjoner kunne være vanskelig å håndtere. I en slik stresset situasjon kan det å hente ut nyeste versjon bli nedprioritert til fordel for praktiske gjøremål. Oslo Universitetssykehus (OUS) har løst dette ved at de i mars 2022 lanserte deres prosedyreverk «eHåndboken» på app. Dette medfører at helsepersonell har den siste versjon av prosedyren lett tilgjengelig til enhver tid. Ved å benytte denne appen vil man raskt kunne klikke seg videre fra prosedyren til det handlingskortet som tilhører situasjonen (OUS, 2016).

5.1.2 Beskrive samarbeid

Resultatene fra analysen viste at samarbeid fremheves som en viktig faktor for å øke pasientsikkerheten i mottakssituasjon. Dette understøttes av flere internasjonale studier som viser at økt fokus og trening på samarbeid reduserer antall feil i medisinsk behandling (Carne et al., 2012; Cooper et al., 2010; T. Reader et al., 2006; Wisborg et al., 2006) . Samtidig ser man at gjennomføringen varierer betydelig fra sykehus til sykehus. Variasjoner innen bemanning, rolleavklaring og hvem som defineres som leder er spesielt synlig i sjiktet mellom intensivavdelinger på nivå 2a/2b og nivå 3. Flere av prosedyrene beskrev at størrelsen på mottaksteamet på intensiv måtte vurderes ut ifra tilgjengelige ressurser. Tilgjengelige ressurser på en intensivavdeling vil variere, og dette påvirker størrelsen på mottaksteamet og kvaliteten på behandlingen som gis (Neuraz et al., 2015). Det at prosedyrer beskrev ressursknapphet som en avgjørende faktor sammenlignet med størrelsen på teamet, samt hvilke spesialiteter man skal inkludere eller ikke, fremstår som dårlig praksis. Prosedyrer bør utarbeides kunnskapsbasert, slik at utførelsen og sluttproduktet ikke blir påvirket av tiden på døgnet, hvilken dag det er eller av andre mer økonomiske eller administrative faktorer (Folkehelseinstituttet, 2018; Neuraz et al., 2015)

En treårig studie, der man så på implementasjon av «Crew Resource Management» (CRM) på intensivavdelinger, underbygger viktigheten av samarbeid ytterligere. Klar og konsis rollefordeling, tydelig ledelse og standardisert kommunikasjon med tilhørende trening på dette har vist å redusere mortaliteten til kritisk syke pasienter på intensivavdelinger etter at det ble satt fokus på teamarbeid og implementasjon av CRM (Haerkens et al., 2015). Godt samarbeid i teamet vil dermed kunne redusere dødeligheten og sykdomsforløpet til pasientene (Haerkens et al., 2015). Analyseresultatet

har vist at samarbeid kan deles inn i flere underkategorier som alle påvirker opplevelsen av ett godt samarbeid. Dette underbygges også av funnene i studien til Kaspersen (2021).

5.1.3 Kommunikasjonsmetode

Bekreftende kommunikasjon eller «closed loop communication» beskrives av WHO og pasientsikkerhetsprogrammet som en så viktig faktor at det har blitt implementert i den nasjonale opplæringsplanen (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2020; World Health Organization, 2021). Flere studier viser også at fokus på kommunikasjonsform og kommunikasjonsmetode reduserer opplevd stress for helsepersonell i teamet og senker mortaliteten til kritisk syke pasienter (Carne et al., 2012; Dietz et al., 2014; Haerkens et al., 2015; Härgestam et al., 2013; Smith et al., 2021)

Flere av prosedyrene definerte denne kommunikasjonsformen som foretrukket i mottak av intensivpasienter. Graden av kommunikasjon i de ulike prosedyrene kunne likevel sees på som varierende. En prosedyre beskrev bruken av «closed loop communication» i gjennomgangen av klinisk undersøkelse (Prosedyre 1). Samtidig beskrev et annet sykehus hvordan de kun ønsket at avvik fra normale funn skulle meldes til teamleder (Prosedyre 5). Det fremstår som påfallende at sykehus på intensivnivå 3 valgte å kun rapportere om avvik fra normale funn, mens sykehus på lavere nivå gjerne ønsket en felles gjennomgang. Det kan tolkes som at graden av kritisk sykdom og realkompetansen avdelinger på et høyere behandlingsnivå har, forventes å være større enn på nivå 2a/2b. Samtidig som flere studier viser at bruken av ikke-tekniske ferdigheter og klar ledelse senker mortaliteten og gir høyere grad av vellykket resusitering (Carne et al., 2012; Hunziker et al., 2011; T. Reader et al., 2006; Stærk et al., 2022).

Med utgangspunkt i prosedyrer hentet fra intensivavdelinger på nivå 3, kan man se hvordan man ønsker å redusere unødvendig kommunikasjon og dermed senker støynivået og reduserer muligheten for «alarmfatigue» og «taskloading». Dette er i tråd med flere studier (Kane-Gill et al., 2017; Zakrison et al., 2016), som viser at ved å redusere mengden støy, meldinger og alarmer økes oppmerksomheten til de avvikende funn det faktisk varsles om. Zakrison et al.(2016) kom også frem til at støynivå og stress økte parallelt med sykdomsbildet og skadens alvorlighetsgrad. Dette førte til en betydelig risiko for pasientsikkerheten på grunn av redusert mengde behandlingskritisk informasjon fra helsepersonell som leverte pasienten ble oppfattet (Zakrison et al., 2016).

Ved å presisere at kun avvikende funn skal rapporteres vil man raskere kunne identifisere livskritiske meldinger og alarmer fra medisinsk teknisk utstyr. Fordelene ved redusert støynivå må sees i sammenheng med at teamet kan miste den felles situasjonsforståelsen som utøvelsen av ikke-tekniske ferdigheter er med på å fremme. Inngangsverdier og funn kan være med på å definere endring ved senere kliniske vurderinger (Carne et al., 2012; T. Reader et al., 2006).

På tross av at kommunikasjonsformen er definert, var det ikke i noen av prosedyrene definert hva som skulle kommuniseres. Resultatene fra analysen viste et sprik innen datamaterialet som omhandlet defineringen av hva man skulle kommunisere. Dette kan dermed føre til større variasjoner fra team til team innenfor samme sykehus og samme vaktlag. Dette sammenfaller både med funnene til Kaspersen (2021), og med pre-implementasjonsstudien til Haerkens et.al. (2015). Samtidig belyser WHO(2021) og flere studier behovet for både standardisering av kommunikasjonsform og standardisering av hva som skal kommuniseres (Dietz et al., 2014; Haerkens et al., 2015; Helsedirektoratet, 2018a; Hårgestam et al., 2013). Enkelte profesjoner er vant til å jobbe i rigide, standardiserte team med bakgrunn i opplæring og praktisk arbeid med teamstrukturer som Advanced trauma lifesupport (ATLS), Advanced Medical lifesupport (AMLS) og Advanced Pediatric Lifesupport (APLS). Egne erfaringer tilsier at mottaksteam på intensiv varierer fra vakt til vakt, og sjelden består teamene av samme personell fra dag til dag. Dette bekrefter behovet for standardiserte roller og handlingsmåter, slik at uavhengig av hvilke personer som er på jobb, vil alle kunne fylle de gitte rollene på en adekvat og mest mulig lik måte. Dette vil kunne være med på å skape forutsigbarhet og trygghet innad i teamet. Ved et tverrfaglig mottak vil en av styrkene være at man får kompetansen til de ulike profesjonene som jobber mot et felles mål. (American college of surgeons, 2008; National Association of Emergency Medical Technicians, 1999; Resuscitation Council UK, 2003).

Felles fra hele analysen var beskrivelsen av samarbeid i team. Det forekom flere ulikheter i hvordan man organiserte teamene. Sett i lys av at flere prosedyrer også la vekt på ikke-tekniske ferdigheter og bekreftende kommunikasjon med «closed loop communication»; kan god kommunikasjon og felles situasjonsforståelse innad i teamet kompensere for manglende organisering (Gundrosen et al., 2016).

5.1.4 Definere lederansvar og tydelig rolleavklaring

Kun i tre av prosedyrene ble rollen som leder definert. I to av disse var lederen en lege, og i den siste var det en sykepleier. Funnene viste at alle prosedyrene definerte hvilken sykepleier i teamet som skulle ha rollen som pasientansvarlig sykepleier. Det forekom også i enkelte prosedyrer at det i tillegg til pasientansvarlig sykepleier, ble definert pasientansvarlig lege og medisinsk ansvarlig. Studien til Reader et al. (2009) viste at tydelig lederskap i teamarbeid på intensiv er særs viktig for å sikre optimal behandling og samhandling tverrfaglig. Lederens evne til å støtte opp under teamet og skape en psykososial trygghet for alle medlemmene bemerkes av Manthous et al. (2011) som avgjørende for god gruppedynamikk og prestasjon. Dette underbygges av Paradis et al. (2013), som viste hvordan usikkerhet rundt rollefordeling og lederskap kan ha svært negative konsekvenser for pasientsikkerheten.

Intensivsykepleier ble i en prosedyre definert som leder. Dette går mot anbefalinger fra flere studier der man ser at tverrfaglig samarbeid hever pasientsikkerheten og behandlingen (Cooper et al., 2010; Manthous et al., 2011; T. W. Reader et al., 2009). En spesialist har både dypere og bredere kompetanse innen intensivmedisin enn en intensivsykepleier og kan dermed raskere trekke slutninger og iverksette tiltak fortløpende. Dette er i tråd med internasjonale studier hvor legens handlingskraft og veiledende funksjon vektlegges for å sikre god fremdrift i behandlingsforløpet (Hunziker et al., 2011; Manthous et al., 2011; T. W. Reader et al., 2009). Samtidig som det å ha en lege som leder vil tilføre mottakssituasjonen en betydelig fordel ved å oppnå raskere avklaring og mulighet for en tydelig plan videre, er det ressurskrevende. På mindre sykehus kan dette gå utover beredskapen på avdelingen og sykehuset ellers, fordi man binder opp en lege til hver enkel innleggelse på intensivavdelingen.

Egne kliniske erfaringer tilsier at det ofte vil kunne forekomme samtidighetskonflikter som vil kunne dra legen ut av en mottakssituasjon. Ved å definere intensivsykepleiere som leder for mindre alvorlige innleggelser der det ikke forventes større komplikasjoner kan man gi god kontinuitet for teamet og muligheten til å oppskalere mottak etter alvorlighet ved å tilføre flere spesialister. Imidlertid kan iverksettelse av nye behandlingstiltak bli forsinket ved at funn og tilstander må vurderes av lege. Samtidig viser studier at når man ekspanderer teamet med nye medlemmer er dette en kritisk fase, der god kommunikasjon og lederskap er spesielt viktig (Gundrosen et al., 2016).

5.1.5 Skape felles situasjonsforståelse

Flere av prosedyrene nevnte felles situasjonsforståelse som et viktig punkt for samarbeid rundt pasienten. Enkelte prosedyrer presiserte behovet for en oppsummering av tilgjengelig informasjon om pasienten og situasjonen i starten av mottaket. Dette er i tråd med siste forskning utgitt juli 2022, som konkluderer med at en strukturert briefing før pasientens ankomst øker teamets prestasjon i mottakssituasjonen (Iattoni et al., 2022). Andre studier viser at underveis i akutte situasjoner så vil det ofte foreligge et stort informasjonsbehov for å oppnå en god og felles situasjonsforståelse (Calder et al., 2017).

Prosedyre 3 trakk frem hvordan teamets leder skulle ha en veiledende funksjon overfor teamet gjennom å sikre felles situasjonsforståelse ved å oppsummere situasjonen underveis i mottaket. Ved å fristille leder fra oppgaver og prosedyrer, for å ha en mer rendyrket rolle som leder, vil man i tråd med siste forskning ha lavere mortalitet og bedre pasientforløp (Kennedy-Metz et al., 2022; Neuraz et al., 2015; Paradis et al., 2013). Dette er også i tråd med erfaringer fra fokusgruppeintervjuer av intensivsykepleiere, der teammedlemmer opplevde det som ryddig når spesialisten sto i bakgrunn og ledet (Kaspersen, 2021).

En annen prosedyre (prosedyre 5) poengterte hvordan hovedmålet de første 15 minuttene var å stabilisere pasienten. Dette er en måte å sikre felles forståelse i teamet om intensjon og målsettinger ved mottaket av pasienten. Samtidig som intensjonen var kommunisert manglet det beskrivelse av hvordan det skulle utføres. Miller et al. (2009) sin studie viste at i akutte situasjoner var sykepleiere inkonsekvente med bekreftende kommunikasjon og ikke-tekniske ferdigheter. Manglende føringer rundt samarbeid og kommunikasjon vil kunne føre til like mange subjektive inntrykk av situasjon som det er teammedlemmer. Dette kan bemerkes som betenkelig, sett sammen med resultatene til Calder et al. (2017) som viste, at i tverrfaglige team var det hovedsakelig legen og dokumentasjonsansvarlig sykepleier som kommuniserte høyt utad i teamet. Samtidig viser resultater fra observasjonsstudier at team ikke fulgte predefinerte, standardiserte kommunikasjonsformer, men likevel klarte å gjennomføre pasientmottaket på en god måte (Gundrosen et al., 2016).

5.2 Beredskap

Flere av prosedyrene omtalte beredskap i større eller mindre grad. Man kan stille seg spørsmål ved hva som menes med beredskap. I følge store norske leksikon, kan beredskap defineres som «det å være forberedt til innsats for å møte uventede kritiske situasjoner» (Rein, 2020). Noen få av prosedyrene linket til egne beredskapsplaner. I de fleste andre prosedyrene var beredskap beskrevet som at det eksempelvis var en tredje sykepleier som kunne bistå ved behov, og var tilgjengelig utenfor rommet, eller at visse personer var tildelt ansvar å klargjøre rommet. Disse ovennevnte punktene er en viktig brikke i det som omhandler beredskap. En del av intensivsykepleierens funksjon- og ansvarsbeskrivelse er å bidra til en effektiv og forsvarlig ressursbruk. Dette omhandler blant annet å bidra i diskusjon rundt prioriteringer og ressursfordeling (Norsk Sykepleieforbund Landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). I en av prosedyrene var det spesifikt nevnt planer ved økt pågang av pasienter, ved at koordinator samarbeider med vakthavende anestesilege om hvilke pasienter som kan flyttes til sengepost og så videre for å frigjøre personalet og plass.

Som ferdig intensivsykepleier skal du, ifølge Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning § 9, kunne anvende kunnskaper og ferdigheter for å ha handlingsberedskap og handlingskompetanse i akutte og kritiske situasjoner (Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning, 2021). En intensivavdeling er preget av raske omveltninger. Det som startet som en rolig vakt, kan plutselig endre seg til veldig hektisk og kan strømme inn med dårlige pasienter. Pasienter som legges inn på en intensivavdeling har i hovedsak behov av akutt hjelp, hvor behandlingen ikke kan utsettes på grunn av kritisk eller truende organsvikt (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014).

Av egen erfaring er det gjennom hele vekten mye fokus på rutiner knyttet til forberedelse. At alt av utstyr er sjekket og ligger klart på sin faste plass. At rommene sjekkes daglig og at respiratorene står klare, ferdig sjekket. At bakkene på rommene og i avdelingen er fylt opp og signert. Dette handler om at man i situasjoner hvor det må handles raskt, har forberedt alt man kan, og dermed kan sikre raskere hjelp til pasienten (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). Å sørge for at dette på forhånd er forberedt og klart, så man også var tydelig beskrevet i prosedyrene i datagrunnlaget. Alle disse oppgavene knyttet til forberedelse av pasienten, var spesifikt delegert til ulike roller i teamet. Noen av prosedyrene hadde egne lommekort

eller lenker til vedlegg hvor man kunne krysse av for alt som skulle sjekkes og forberedes. Disse sjekkene kunne gjennomføres enten daglig eller før en pasient kom til avdelingen. Hvis dette ikke står klart og tydelig i prosedyren, hvem som har ansvar for rutinesjekk og forberedelser, kan det i verste fall ikke blir utført. Dermed kan man stå i et mottak av en kritisk syk pasient hvor utstyr ikke er på plass og rom ikke er klargjort, for eksempel at ventilasjonsbagen ikke er sjekket eller at respiratoren ikke er klargjort. Dette kan true pasientsikkerheten.

Det er ikke bare utstyr som må være på plass på en intensivavdeling, man må også sørge for at det er tilstrekkelig med intensivsykepleiere (Lykke, 2022). Som innlegget til Paula Lykke nevner, har det vært et stadig økende problem med for få intensivsykepleiere, noe som ble enda tydeligere under covid-19 pandemien (Lykke, 2022). Da vi innhentet informasjon om de ulike intensivavdelingene vi mottok prosedyre fra, var det forskjellig prosentandel av intensivsykepleiere og sykepleiere på de ulike intensivavdelingene. Dette kan kanskje ha vært med å prege hvordan prosedyrene ble utformet gjeldende ressurs og beredskap.

5.3 Ivareta pasientsikkerhet

Pasientsikkerheten står sentralt i norsk helsevesen, og det arrangeres årlig en pasientsikkerhetsuke (Helsedirektoratet, 2020b). Spørsmålet er i hvor stor grad man ser at fokus på pasientsikkerheten gjenspeiles i praksis; eksempelvis i mottak av pasienter på intensiv, hvor det er en hårfin balanse mellom godt og dårlig utfall. Vi la fort merke til at det viktigste fokuset i alle prosedyrene som ble innsamlet var pasientsikkerhet, altså det etiske grunnprinsippet om å ikke skade pasienten (Ruyter et al., 2014). Dette har dermed også preget diskusjonen av resultatene. Pasientsikkerhet i de undersøkte prosedyrene omhandler blant annet følgende; hvor forfatterne har hentet kildene fra, og om det i det hele tatt er dokumentert hvor kildene er hentet fra, hvor mange og hvem har vært med i teamet som har utarbeidet og godkjent prosedyren, og ikke minst hvordan organiseringen og kompetansen i mottaksteamet på intensiv er (Folkehelseinstituttet, 2018). Flere prosedyrer nevnte spesielt det å sikre helhetlig og optimal pasientbehandling, slik at pasienten blir ivaretatt ved mottak av intensivseksjonen. Det ble spesifikt nevnt i prosedyre 1 at dette forutsatte relevant kompetanse med tilstrekkelige ressurser og et smidig samarbeid.

Noen ganger går pasienthåndtering galt, selv med gode prosedyrer tilgjengelig. Som helsepersonell har vi en plikt til å si ifra hvis man ser at kvaliteten på arbeidet går ut over pasientsikkerheten, eller

at det truer pasientsikkerheten (Ruyter et al., 2014). Ved avvik på pasientsikkerheten trekkes frem at man bør gå tjenestevei, men erfaring viser at dette i flere tilfeller kan være utfordrende for ansatte (Ruyter et al., 2014). I de tilfeller man opplever dårlige mottak av pasienter på intensiv, kan årsaken ha vært for lite ressurser eller dårlig organisering. Dårlig organisering kan også skyldes at man ikke har en prosedyre, eller at prosedyren ikke følges (Nilsen, 2017). Av egen erfaring er det varierende i hvor stor grad ansatte tørr å melde fra om forhold som kan gå ut over pasientsikkerheten i en avdeling. Ved at man har prosedyrer tilgjengelig, har man en standard man kan måle kvaliteten på praksisen og pasientsikkerheten opp mot (Nylenna, 2018). Slik kan det være lettere å oppdage avvik fra standard praksis, og lettere å argumentere med en prosedyre som grunnlag for mål på kvaliteten.

Rekruttering og ikke minst det å beholde intensivsykepleiere er en utfordring på de aller fleste intensivavdelinger, hvor mangelen på intensivsykepleiere har vært lenge kjent (Aareskjold et al., 2021). Man har ikke oversikt over hvor mange i Norge som er intensivsykepleiere, men det jobbes med at intensivsykepleiere kan få spesialistgodkjenning. Lill Sverresdatter Larsen, leder for NSF, mener at dette kan øke pasientsikkerheten og kvalitet på tjenesten (Helmers, 2021). Ved nyansettelser på intensivavdelinger blir en intensivsykepleier i flere tilfeller erstattet av en vanlig sykepleier, noe vi selv også har erfart fra egne avdelinger. Kompetanse som intensivsykepleiere besitter kan ikke dekkes opp av vanlige sykepleiere (Aareskjold et al., 2021). Ved en høy prosentandel av sykepleiere uten spesialkompetanse i en intensivavdeling, kan manglende kompetanse true pasientsikkerheten. Dette fordi det kreves intensivsykepleierkompetanse for å behandle akutte og kritisk syke pasienter (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). Viktigheten av relevant kompetanse og tilstrekkelig mengde helsepersonell var en av funnene som ble gjentatt i flere prosedyrer. I mottakene som flere av de undersøkte prosedyrene beskrev, var det planlagt for opp til tre intensivsykepleiere i mottaksteamet. Av egen erfaring er ikke det alltid like lett å etterleve. Ressursknapphet er et viktig punkt som kan true pasientsikkerheten. I prosedyre 2 ble det skrevet om et spesifikt ønsket antall intensivsykepleiere til pasientmottaket, dersom ressursene tillot det. Man bør ha sikret seg gode rutiner for raskt å få tak i kompetent personell ved ressursknapphet (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). Dette kan innebære å tilkalle vikarer, som kan være både ukjente eller kjente på avdelingen. For å sikre gode og trygge mottaksteam med personell som ikke er like kjent med rutinene på avdelingen, er det ekstra viktig med enkle og praktiske prosedyrer som er enkle å forholde seg til. Manglende kompetente personalressurser er

ikke et ukjent tema, og ble veldig tydelig under covid-pandemien. Det var ikke utstyr som var problemet, men kompetent personell (Koronakommisjonen, 2022).

Pasientoverføringer til intensiv er en kritisk fase for akutt og kritisk syke pasienter (Ligtenberg et al., 2005; Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). I prosedyre 1 nevnes det at man skal sikre at pasienten blir ivaretatt ved mottak av intensivseksjonen. Prosedyre 7 nevner spesifikt at man skal sikre ivaretagelse av pasienten fra moderavdeling til intensivavdeling. Et av de kritiske punktene i pasientoverføring omhandler tidspunktet for overtagelse av ansvar for pasienten ved ankomst intensiv. Man kan stille spørsmål rundt hvilket tidspunkt intensivsykepleieren overtar ansvaret for pasienten. Om det er før eller etter rapport, eller om er det uavklart. Det er gjort mer forskning rundt kommunikasjon i pasientoverføringer, men det er funnet lite forskning når det gjelder ansvarsoverlevering, spesielt av kritisk syke pasienter til intensivavdelingen (McFetridge et al., 2007).

Det kom tydelig frem i prosedyrene at ansvar var ulikt og ofte utydelig beskrevet. Prosedyre 6 er tydelig på at først når pasienten er oppkoblet og du har kontroll på pasienten, kan du motta rapport. Det kan tolkes dit at intensivsykepleieren har fått ansvaret for pasienten før man har fått rapport. Samtidig kan det være utfordrende å få stabilisert pasienten før rapport er mottatt. Man kan da mangle informasjon som kan være kritisk viktig for stabiliseringen av pasienten og behandlingen (McFetridge et al., 2007). Av egen erfaring kan det virke som at sykepleierne som kommer med pasienten antar at så lenge de har kommet innenfor døren på intensivavdelingen, har de ikke lenger noe ansvar for pasienten. Samtidig viste en studie at sykepleierne fra mottak opplevde at intensivsykepleierne umiddelbart fokuserte på de akutte behovene til pasienten, og at de ikke følte at det var rom for at de kunne gi rapport, men at rapporten var prioritert i andre rekke (McFetridge et al., 2007).

Om det skjer en akutt, kritisk forverring i det pasient ankommer intensivavdelingen, før intensivsykepleier har fått rapport, kan det utfordre pasientsikkerheten. Det kan da være uklart hvem som har ansvaret. I samme studie som nevnt over, beskrev de hvordan ansvaret for pasienten mellom ambulansen og akuttmottaket skiftet symbolsk i det pasienten ble flyttet fra båren og over til sengen (McFetridge et al., 2007). En av de ekskluderte prosedyrene var den eneste prosedyren som hadde beskrevet spesifikt når ansvaret skifter fra den ene helsepersonellet til det andre. Dette var en av

prosedyrene som var ekskludert grunnet det var rettet mot traumepasienten. Prosedyren gjorde det klart at ansvarlig lege under transport hadde ansvar for pasienten og utstyr helt frem til rapport var avgitt og sjekklister gjennomgått. Det finnes lite forskning på trygge pasientoverføringer av intensivpasienter som kommer fra akuttmottak eller sengepost, men det derimot mye forskning på pasientoverføring av postoperative pasienter (McFetridge et al., 2007; Reine et al., 2019). Pasientsikkerheten er dog viktig i begge typer mottak. Det kunne dermed vært hensiktsmessig om prosedyrene beskrev en tydeligere avklaring på hvem som har ansvar for pasienten, og når dette ansvarsskiftet skjer i pasientoverføringen (McFetridge et al., 2007).

Dobbeltkontroll av medikamenter og pumpeinnstillinger er beskrevet som viktig i pasientsikkerheten og er forskriftsfestet (Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008; Helsedirektoratet, 2018b). Det å unnlate dobbeltkontroll av legemidler kan føre til feilmedisinering, som er en av hyppigste årsakene til pasientskader (Helsedirektoratet, 2020b; Smeulers et al., 2014). Spesielt i pasientoverføringer kan det oppstå mangelfull informasjonsutveksling mellom helsepersonell som kan føre til svikt i legemiddelhandtering hos pasienten (Pasientsikkerhetsprogrammet, u.å.). I de fleste av de undersøkte prosedyrene var dobbeltkontroll beskrevet som ett punkt som måtte utføres. Noen av prosedyrene beskrev nøye hvem som skulle utføre dobbeltkontroll, eksempelvis sykepleier 1 eller sykepleier 3. Andre prosedyrer hadde kun beskrevet at dobbeltkontroll måtte utføres, men ikke hvem som hadde ansvar for det. Legemidlene som administreres på intensiv er ofte potente, eksempelvis pressorer, og det skal dermed ikke mye feiladministrering til før legemidlene potensielt kan gjøre skade (Legemiddelhandboka, 2017; Pasientsikkerhetsprogrammet, u.å.). I tillegg er pasientene oftest kritiske syke og tåler ikke store legemiddelfeil. Derfor er det også viktig at pumpeinnstillinger er sjekket, eksempelvis at riktig styrke på medikamentet stemmer med riktig styrke innstilt på pumpen (Forskrift om legemiddelhandtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp, 2008). Mottak av en kritisk syk pasient kan være stressende i form av at mange legemidler skal forordnes og startes opp samtidig, gjerne så raskt som mulig. Helsedirektoratet pekte på travelhet som en av årsaken til at dobbeltkontroll ikke ble utført (Helsedirektoratet, 2018b; Hewitt et al., 2016). Ved at man har nok ressurser i mottak av pasienten, og at det er tydelig hvem som har ansvar for at dobbeltkontrollen utføres, kan man forebygge feil i legemiddelbehandling og sørge for at pasientsikkerheten etterleveres (Helsedirektoratet, 2018b).

5.4 Oppfølging av pårørende

Ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven, § 3-3, har nærmeste pårørende rett på informasjon om pasientens helsetilstand og den helsehjelpen som pasienten får (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). I nesten alle prosedyrene var håndtering av pårørende beskrevet som en del av mottaket av pasient på intensiv. Det var derimot beskrevet forskjellig hvordan man skulle håndtere de pårørende. Det at pårørende er tilfreds er viktig, også sett i et samfunnsperspektiv (Blom et al., 2013; Frivold et al., 2015). I doktorgradsavhandlingen til Gro Frivold, kommer det frem at pårørende i ettertid av et intensivopphold kan slite med angst og depresjon i flere år (Baumhover & May, 2013; Frivold et al., 2015). I 2017 ble det derfor gjort et kvalitetsforbedringsprosjekt for å undersøke tilfredshet blant pårørende i norske intensivavdelinger (Sjøbø & Kvåle, 2017).

Det er mye som skjer i det en akutt og kritisk syk pasient ankommer intensivavdelingen, og mange gjøremål skal skje samtidig og så raskt som mulig. Viktigheten av det første møtet med pårørende kan da kanskje bli undervurdert (Dokk et al., 2014). Hele grunnlaget for hvordan oppholdet vil bli, og tilliten som blir skapt, handler om førsteinntrykket pårørende får med sykepleier og avdeling. Jo mer alvorlig skaden eller sykdommen er, dess viktigere er det med presis informasjon til pårørende (Dokk et al., 2014). Det var derfor interessant å se hvordan de ulike prosedyrene beskrev håndteringen av pårørende. Eksempelvis hvordan prosedyre 7 beskrev spesifikt at, i tillegg til at koordinator tar imot pårørende, skal det «gis omsorg» til pårørende.

Prosedylene beskrev ulikt hvem som burde ta hånd om de pårørende. Noen gav ansvaret til koordinator, andre til pasientansvarlig sykepleier. Noen av de undersøkte prosedyrene nevnte at lege skulle gi informasjon, og i noen få prosedyrer var det ikke nevnt noen spesifikk person. Eksempelvis i prosedyre 6, hvor det bare ble stilt spørsmål ved pårørende; hvem de var og om de var varslet. Om det var lege eller sykepleier som skulle informere pårørende ble også diskutert. På en måte kan legen beskrive mer tydelig og klart den medisinske problemstillingen til de pårørende, noe som ble trukket frem som viktig for pårørende (E. Azoulay et al., 2001). Samtidig ble det i en annen studie pekt på at det var enklere for pårørende å forstå informasjonen fra sykepleierne fordi de vanligvis brukte færre vanskelige ord (Kjelland, 2019). En annen studie igjen pekte på viktigheten av at det var kontinuitet i de som informerte slik at de pårørende fikk lik informasjon (E. Azoulay et al., 2001). Det sentrale her er at intensivsykepleieren spiller en viktig rolle i hvordan pårørende vil oppleve og håndtere den

oppståtte krisen, gjennom hvordan intensivsykepleieren møter og kommuniserer med pasientens pårørende (Wong et al., 2015).

Ved at det er en koordinator som tar imot pårørende, kan det ta tid for de pårørende å få informasjon om pasientens tilstand, da koordinator som regel ikke har like utdypende informasjon som pasientansvarlig sykepleier eller lege har. Det å skulle vente på informasjon er en stressfaktor i seg selv for de pårørende (Kjelland, 2019). Samtidig kan det være utfordrende for pasientansvarlig sykepleier å gå tidlig fra pasienten for å møte pårørende, når pasienten nylig har ankommet intensivavdelingen. Flere prosedyrer, eksempelvis prosedyre 5, viste til at pårørende blir vist til venteværelset før de eventuelt fikk informasjon og fikk komme inn og se pasienten. Det kunne mulig være av praktiske årsaker. Både at det er såpass mange mennesker på rommet under et mottak av en intensivpasient, eller at prosedyrene må fullføres før pårørende kan se pasienten. Eksempelvis ved innleggelse av urinkateter eller sentralt venekateter, hvor det er hensiktsmessig å ha mest mulig ro rundt situasjonen. Dette stemmer godt overens med egen erfaring, hvor man vet at pårørende sitter og venter på informasjon, samtidig som man ønsker å få en god oversikt over pasienten, og fått utført de viktigste av behandlingstiltak og nødvendige prosedyrer før pårørende kommer inn. Likevel kan denne tiden noen ganger forlenges unødvendig ved at sykepleieren ønsker å være ferdig med alt de har planlagt å gjøre før får se pasienten (Moesmand & Kjøllesdal, 1998). Denne ventetiden kan føre til økt stress og egne fantasier hos pårørende som allerede er i en svært stresset situasjon (Moesmand & Kjøllesdal, 1998).

Etter ankomst i intensivavdelingen kan situasjonen til pasienten noen ganger raskt utvikle seg til et spørsmål om å avslutte medisinsk behandling eller til spørsmål om organdonasjon (Moesmand & Kjøllesdal, 1998). I flere studier fremkommer viktigheten av en allerede etablert tillit fra pårørende til ansvarlig helsepersonell i slike situasjoner, og at helsepersonell noen ganger kan undervurdere behovene til pårørende (Sweet & Mannix, 2012; Wong et al., 2015). Ved å skape et godt førsteinntrykk til pårørende av avdelingen og det ansvarlige helsepersonellet, kan det være lettere for pårørende å håndtere situasjonen når det noen ganger kommer viktige og vanskelige avgjørelser i pasientens videre behandling (Sweet & Mannix, 2012). Av egen erfaring virker det å være lettere for pårørende å håndtere vanskelige tema og avgjørelser hvis de allerede har etablert et tillitsforhold til deg som helsepersonell. Vi har av egen erfaring opplevd at det å være svært bevisst på førsteinntrykket til pårørende, kan ha en positiv innvirkning på hvordan de håndterer hele

situasjonen. Ved at man sørger for en god opplevelse for pårørende i deres første møte med pasienten i en intensivavdeling, og av deg som pasientansvarlig sykepleier. Vi har også opplevd dette den andre veien; at ved et uheldig negativt førsteinntrykk må man benytte mye mer tid og ressurser på å øke tilliten igjen til pårørende i forbindelse med beslutninger angående pasientens videre helsehjelp.

COVID-19 pandemien belyste nettopp viktigheten av informasjon og tilstedeværelse for pårørende. Pårørende opplevde økt stress og negative senvirkninger etter pasientens opphold (É. Azoulay et al., 2021; van Veenendaal et al., 2021). Studier viste at pårørendes behov for informasjon økte betraktelig ved manglende mulighet for tilstedeværelse (Chen et al., 2021). Ved at man grunnet smittevern ikke kunne være til stede hos covid-pasienten og fikk sett hvordan intensivsykepleierne behandlet pasienten, opplevde de pårørende større mistillit til sykepleierens kvalitet på pleien til pasienten. Dette gjaldt spesielt hvis de i tillegg opplevde manglende eller utilstrekkelig informasjon fra helsepersonellet (Chen et al., 2021).

Pårørendehåndtering er på dagsorden på intensivavdelinger over hele landet, mulig i større grad nå på grunn av opplevelser under covid-19 pandemien. Det er nylig startet et prosjekt som ønsker å systematisere pårørendehåndtering slik at de blir bedre ivaretatt og man kan redusere eventuelle negative senvirkninger (Børø Sund et al., 2021). Prosjektet begrunnes med den traumatiske påkjenningen pårørende får av å se en av sine nærmeste blir akutt syk, og hva slags følger dette kan få for de pårørende (Børø Sund et al., 2021). Dette prosjektet vil forhåpentligvis få positive følger for hvordan pårørendehåndtering vil bli beskrevet i kommende oppdaterte prosedyrer for mottak av pasienter på intensiv.

5.5 ABCDE

Viktigheten av ABCDE-undersøkelse kom frem som en tydelig fellesnevner blant alle de innhentede prosedyrene. Alle prosedyrene hadde nevnt ABCDE, men i ulik grad. ABCDE-prinsippet er anerkjent i møte med den kritisk syke pasienten og brukes som et verktøy for å systematisk kartlegge pasienten for å kunne prioritere tiltak i riktig rekkefølge (Resuscitation Council UK, 2021; Smith & Bowden, 2017; Thim et al., 2012). Dette kan bidra til at pasienten får mer effektiv behandling av teamet og bedre pasientutfall (Peate & Brent, 2021; Thim et al., 2012). Det fordrer dog at helsepersonell som utfører ABCDE-undersøkelse har tilstrekkelig kompetanse for å kombinere de objektive data med klinisk

skjønn for en riktig vurdering (Peate & Brent, 2021). Dette trekkes også frem av Helsedirektoratet, hvor tidlig oppdagelse og rask respons av forverret somatisk tilstand er en høy prioritet i Pasientsikkerhetsprogrammet (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2020). Observasjon av pasienten og oppdagelse av forverret sykdom ble av Helsedirektoratet i to av tre punkter trukket frem som direkte årsak til, eller kunne relateres til, en av tre unødige dødsfall (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2020).

Det som skilte de undersøkte prosedyrene fra hverandre, var den store variasjonen av hvor tydelig ABCDE-undersøkelsen var beskrevet. Hvis prosedyrene er ment å brukes som et verktøy ved pasientmottak, krever det inngående forkunnskap om ABCDE. Man kan undre seg over hva man forvente at intensivsykepleieren har av kompetanse i utførelsen av en ABCDE-undersøkelse av en intensivpasient. Noen av prosedyrene beskrev at ABCDE-prinsippet skulle brukes i systematisk undersøkelse av pasienten, uten noe videre forklaring. Helsedirektoratet trekker frem tilstrekkelig observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse som det mest effektive tiltaket ved oppdagelse av forverret helsetilstand hos en pasient (Helsedirektoratet, 2020c). Intensivpasienter som blir innlagt på en intensivavdeling er som oftest akutt kritisk syke pasienter, som enten er selvpustende eller ikke-selvpustende, der tilstanden raskt kan forverres (Stubberud, 2020).

Helsepersonell skal handle i samsvar med sine forventede kvalifikasjoner ifølge Helsepersonellovens paragraf 4 (Helsepersonelloven, 1999). Som intensivsykepleier har man en forventet kompetanse i å kunne observere og identifisere forverring hos pasienten på et tidlig stadium, samt igangsette tiltak (Norsk Sykepleieforbund Landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). Av erfaring fra egen spesialisering var det stort fokus på ABCDE-undersøkelse i undervisningen og under simulering. Dette har gjort at det sitter i ryggmargen vår å skulle systematisk utføre en ABCDE-undersøkelse i mottak av ny pasient eller etter vaktskifte. Vi merket derimot at det kunne variere i ulik grad av hvor systematisk eller flytende ABCDE-undersøkelsen ble gjort blant ulike intensivsykepleiere. En studie som undersøkte kunnskapsnivået om ABCDE-undersøkelsen blant ulikt helsepersonell, viste at blant annet yngre helsepersonell scoret høyere på kunnskapsnivå om ABCDE-undersøkelsen enn eldre helsepersonell (Schoeber et al., 2020). Ved at ABCDE-undersøkelse kun er nevnt i prosedyren, uten tilleggsforklaringer, kan det tenkes at det vil bli større variasjon i utførelse av ABCDE-undersøkelsen. Det kan tenkes at man har ulike utgangspunkt for kilder og dermed ulik kompetanse. Dette kan spesielt gjelde på intensivavdelinger hvor det også jobber vanlige sykepleiere, hvor variasjonen i utførelsen av ABCDE-undersøkelsen kan merkes i enda større grad. Det er i overensstemmelse med

nevnte studie som viste at sykepleier hadde signifikant lavere score på kunnskapsnivå om ABCDE-undersøkelsen enn overleger og LIS 2/3 leger (Schoeber et al., 2020). Studien påpeker viktigheten av forkunnskap som forutsetning for god etterlevelse av ABCDE-undersøkelsen (Schoeber et al., 2020). Derfor kan det på slike avdelinger med forskjellig prosentandel av intensivsykepleiere og sykepleiere, være desto viktigere med en detaljert prosedyre for utførelsen av ABCDE-undersøkelse ved mottak av intensivpasienter. Oslo Universitetssykehus (OUS) har utarbeidet en prosedyre hvor det nøye og detaljert er beskrevet klinisk undersøkelse av intensivpatienten basert på ABCDE-prinsippene (Bjørnu, 2021). Ved systematisk bruk av denne prosedyren, både av intensivsykepleiere og sykepleiere, vil man kunne oppleve en økt likhet i utførelsen av den kliniske undersøkelsen.

Noen av prosedyrene henviste til handlingskort med beskrivelse av ABCDE-undersøkelsen, slik at man enkelt kunne ta med det handlingskortet når den skulle utføres. Samtidig var det i noen prosedyrer, eksempelvis prosedyre 1, linker til flere prosedyrer og handlingskort. Dette kunne gjøre det lite håndterlig i en akutt situasjon hvor man enkelt vil ha tilgang til prosedyrene.

Det er forskjell på å utføre en ABCDE-undersøkelse på en selvpustende pasient og en intubert pasient. Eksempelvis ved at man på en intubert pasient må sjekke størrelse på endotrakealtuben, antall cm endotrakealtuben ligger i munnvik/tannrekke og cufftrykk under punkt A i ABCDE-undersøkelsen. Ingen av de utvalgte prosedyrene som beskrev ABCDE-prinsippene skilte på dette. Derimot var det en prosedyre vi måtte ekskludere, hvor de under hvert punkt i ABCDE-undersøkelsen presenterte undersøkelsen for både en selvpustende og en intubert pasient. Dette virket å være veldig enkelt og å gjennomføre på en systematisk måte. En av de andre prosedyrene beskrev ABCDE-undersøkelsen med detaljer under hvert punkt med utgangspunkt i at pasienten ikke var intubert, men kunne være i fare for å måtte intuberes.

ABCDE-undersøkelsen er viktig for den systematiske kliniske observasjonen av intensivpatienten i en akutt og kritisk fase (Resuscitation Council UK, 2021; Schoeber et al., 2020). Men ved at prosedyrene har svært ulik fremstilling av ABCDE-undersøkelsen, kan det oppstå forskjeller i utøvelsen av de kliniske observasjonene. I akuttmottak er teamet drillet i AMLS tankegangen, hvor man jobber svært systematisk og hvor alle i teamet har hver sin rolle (American college of surgeons, 2008; National Association of Emergency Medical Technicians, 1999). Dette kan gi overføringsmuligheter til intensiv i det mottaksteamet på intensiv gjennomgår ABCDE-undersøkelsen. I stedet for at man har ulike

måter å gjennomgå den systematiske undersøkelsen på, ut ifra hvilken intensivavdeling man er på og derav prosedyre man følger, kan man i stedet jobbe ut ifra likt språk og prosedyre, som WHO nevner i sine mål (World Health Organization, 2021).

5.6 Det vi ikke fant

Like interessant som resultatene fra analysen, var funn av emner og hva som ikke var beskrevet. Ingen av prosedyrene beskrev noen form for triagering, prioritering eller skalering av mottak av pasient på intensivavdelingen. Intensivavdelinger er av natur en høyintensitetsarena, ofte med tidspress og ressursknapphet. Samtidig kan vurdering og triagering av komplekse intensivkandidater og pasienter være særdeles utfordrende (Gopalan & Pershad, 2019). Hvis man ser bort ifra avdelinger på nivå 3, vil de fleste intensivavdelinger på nivå 1 og 2 oppleve et variert utvalg av pasienter som legges inn på deres avdeling. Det kan være alt fra oppstart av høypotente medikamenter som krever kontinuerlig overvåking, overføringspasienter fra høyere behandlingsnivå som skal rehabiliteres og avennes respirator, til den akutt kritisk syke pasienten der det virkelig kreves godt tverrfaglig samarbeid for å overleve dagen. Resultatet av manglende triagering og skalering av mottak kan føre til «alarmfatigue» hos helsepersonell hvis hver enkelt pasient skal igjennom denne prosedyren (Kane-Gill et al., 2017).

Flere prosedyrer i datagrunnlaget (Prosedyre 3, 4, 7) baserer seg på spesialsykepleierdrevne mottak. Dette går mot studier som viser fordelene med spesialistdrevne team (Hunziker et al., 2011; T. W. Reader et al., 2009). Samtidig kan det stilles spørsmål, basert på egne erfaringer, om «avklarte» innleggelser på intensiv kan tas imot av spesialsykepleiere i team, i stedet for fullt mottaksteam. En slik rangering og triagering av mottak kan både virke ressursbesparende, og man motvirker «alarmfatigue» ved at alle innleggelser på intensiv skal ha teammottak.

Pasientsikkerhetsprogrammet «i trygge hender 24/7» beskriver bruken av mobilt intensiv team (MIT) som et resultat av en klinisk forverring eller forhøyet NEWS-score (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2020). Dette underbygges av en studie utført ved Karolinska der man så på dødeligheten før og etter innføring av MIT (Konrad et al., 2010). Ingen av de innsamlede prosedyrene beskrev om de hadde MIT som ressurs på sykehuset eller hvordan en eventuell overlevering fra MIT skulle foregå.

Ved både aktivering av MIT og medisinsk mottaksteam i akuttmottaket, vil teamet først utføre en systematisk klinisk vurdering av pasienten der pasienten befinner seg (Strømme, 2013). Denne

vurderingen foretas før det besluttes om det foreligger behov for overføring til intensivavdelingen. Et av spørsmålene er om det da fortsatt bør foretas et vanlig standardisert mottak av pasienten på ny ved ankomst intensivavdeling, uavhengig av MIT/ikke MIT. Det kan sees som en svakhet ved prosedyrene at denne problemstillingen ikke er nevnt eller beskrevet på noen måte.

5.7 Metodediskusjon

Vi gjorde et utvalg fra 16 intensivavdelinger som ble forespurt om prosedyrer, hvor vi endte med åtte prosedyrer fra sykk ulike intensivavdelinger. Man kan spørre seg om dette var tilstrekkelig med intensivavdelinger for å representere intensivavdelingene i Norge. Vi valgte bevisst å spørre sykehus i de største regionene i Norge. Vi forsøkte å innhente prosedyrer fra ulike geografiske områder i landet. Norge er langstrakt med kulturelle forskjeller. Ved å beskrive kulturelle forskjeller fra de ulike avdelingene kunne det kanskje vært enklere å vurdere overføringsverdi til andre sykehus. Men vi hadde begrenset med informasjon om avdelingene. Vi visste for eksempel ikke hvor mange prosent av de som jobbet på avdelingene som var intensivsykepleiere og hvor mange som var sykepleiere uten videreutdanning. Det kan tenkes at dette har påvirket hvordan de ulike avdelingene har utarbeidet prosedyren. Eksempelvis, om prosedyren for mottak av intensivpasienten var beskrevet svært detaljert med tanke på at man forventet lavere kompetanse hos sykepleierne, eller at det var lite detaljer grunnet forventet høy kompetanse på en avdeling med bare intensivsykepleiere.

Vi hentet ut relevante spørsmål fra AGREE som kvalitetsvurdering av prosedyrene (The AGREE Next Steps Consortium, 2017). Selv om prosedyrene scoret lavt på noen av punktene i AGREE, valgte vi å inkludere alle utvalgte prosedyrer likevel. Dette kan ha påvirket resultatet i studien.

Vi valgte å utføre en kvalitativ studie for best å svare på problemstillingen. Fordi vi kun har sett på prosedyrene for mottak av intensivpasienter, og ikke selve mottaket for intensivpasienter, kom vi frem til at en kvalitativ studie med innhenting av prosedyrer var best egnet. Hadde problemstillingen hatt fokus på generelt mottak av intensivpasienter kunne en annen metodisk tilnærming vært aktuelt. Vi har ikke undersøkt i hvilken grad prosedyrene blir brukt og etterleves. Derfor bør oppgaven leses med varsomhet. Vi fikk tilbakemelding fra flere intensivavdelinger om at de enten utarbeidet nye eller revidert prosedyrer, og ønsket dermed ikke sende prosedyrer som ikke var formelt godkjente. Det kan tyde på at dette er et tema som er på dagsorden. Hadde man dermed gjort denne

studie igjen litt senere, hadde muligens resultatet sett noe annerledes grunnet flere nye og oppdaterte prosedyrer.

6 Konklusjon

Prosedyrer for mottak av intensivpatient kjennetegnes av at de beskriver elementer som handlingsberedskap, mono- og tverrfaglig samarbeid, pasientsikkerhet og behovet for en felles situasjonsforståelse. Felles for prosedyrene er at de gjennomgående omhandler pasientsikkerhet i stor grad. Dette kommer spesielt frem i mål og hensikt beskrevet i prosedyrene. Alle prosedyrene beskrev ansvarsfordeling rundt lovpålagte oppgaver som dokumentasjon og journalføring. Beredskap var beskrevet i varierende grad i prosedyrene, hvor beredskap var i form av forberedelser i forkant av at pasienten skulle ankomme avdeling, eller at det var nok tilgjengelige ressurser å bistå i mottaket. Dette var et viktig fokus i prosedyrene. Noen få prosedyrer hadde linker til ytterligere beredskap i form av masseinnleggelse. Samarbeid og kommunikasjon ble beskrevet i samtlige prosedyrer. Gjennomgående var bruken av ikke-tekniske ferdigheter med bekreftende kommunikasjon og rolleavklaring. Størrelsen på teamet og sammensetningen varierte fra en intensivsykepleier alene til største team på 3 intensivsykepleiere og 2 spesialister. Flere av prosedyrene hadde handlingskort knyttet til sine prosedyrer der hver enkelt rolle var beskrevet. Alle prosedyrene nevnte ABCDE-prinsippet i sine prosedyrer. Noen beskrev dette detaljert under hvert punkt i ABCDE-undersøkelsen, mens andre prosedyrer nevnte kun at undersøkelsen skal følge ABCDE-prinsippet. De fleste prosedyrene krevde, ut ifra hvordan de var beskrevet, at man hadde inngående forkunnskap om ABCDE-prinsippet for å kunne utføre en riktig ABCDE-undersøkelse.

Pårørende var nevnt i alle prosedyrene, men det skilte i stor grad på hvem som hadde ansvar for å ta imot dem, fra koordinerende sykepleier, pasientansvarlig sykepleier, lege eller øvrig personell.

Basert på utvalget prosedyrer analysert kan vi stadfeste at det foreligger større ulikheter nasjonalt. Det anbefales at det utarbeides en enhetlig nasjonal prosedyre, med særlig fokus på samarbeid, rolle- og ressursfordeling og der det er rom for lokale stedlige tilpasninger rundt praktiske løsninger.

7 Referanser/litteraturliste

American college of surgeons. (2008). *Advanced Trauma Life Support*. ACS.

<https://www.facs.org/quality-programs/trauma/education/advanced-trauma-life-support/>

Azoulay, É., Curtis, J. R. & Kentish-Barnes, N. (2021). Ten reasons for focusing on the care we provide for family members of critically ill patients with COVID-19. *Intensive Care Medicine*, 47(2), 230–233. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-06319-5>

Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Lemaire, F., Mokhtari, M., Le Gall, J.-R., Dhainaut, J. F. & Schlemmer, B. (2001). Meeting the Needs of Intensive Care Unit Patient Families. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 163(1), 135–139.

<https://doi.org/10.1164/ajrccm.163.1.2005117>

Balshi, A. N., Al-Odat, M. A., Alharthy, A. M., Alshaya, R. A., Alenzi, H. M., Dambung, A. S., Mhawish, H., Altamimi, S. M. & Aletreby, W. Th. (2022). Tele-Rapid Response Team (Tele-RRT): The effect of implementing patient safety network system on outcomes of medical patients—A before and after cohort study. *PLOS ONE*, 17(11), e0277992.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277992>

Baumhover, N. C. & May, K. M. (2013). A vulnerable population: families of patients in adult critical care. *AACN Advanced Critical Care*, 24(2), 130–148.

<https://doi.org/10.1097/NCI.0b013e318286489e>

Bienassis, K. de & Klazinga, N. S. (2022). Developing international benchmarks of patient safety culture in hospital care. *OECD Health Working Papers*, 2(134), 69.

<https://doi.org/10.1787/18152015>

Bjørn, S. S. (2021). *Klinisk undersøkelse av intensivpatienten - voksne*. ehandboken.ous-hf.no.

<https://ehandboken.ous-hf.no/document/138985>

- Blom, H., Gustavsson, C. & Sundler, A. J. (2013). Participation and support in intensive care as experienced by close relatives of patients—A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 29(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.04.002>
- Buanes, E. A., Kvåle, R., Helland, K. F. & Barratt-Due, A. (2022). *Årsrapport for 2021 med plan for forbedringstiltak*. <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-08/%C3%85rsrapport%202021%20Norsk%20intensiv-%20og%20pandemiregister.pdf>
- Børøsund, E., Watland, S., Nes, L. S., Ollivier, M., Rygg, C., Nordang, E. F., Tømmer, P., Nordbø, S. J. & Itzchaki, Y. (2021). *Pårørende til kritisk syke – veien videre - avdeling for digital helseforskning*. Digital Health. <https://www.digitalhealth.no/prosjekter/p%C3%A5r%C3%B8rende-til-intensivpasienter/index.html>
- Calder, L. A., Mastoras, G., Rahimpour, M., Sohmer, B., Weitzman, B., Cwinn, A. A., Hobin, T. & Parush, A. (2017). Team communication patterns in emergency resuscitation: a mixed methods qualitative analysis. *International Journal of Emergency Medicine*, 10(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12245-017-0149-4>
- Carne, B., Kennedy, M. & Gray, T. (2012). Review article: Crisis resource management in emergency medicine. *Emergency Medicine Australasia*, 24(1), 7–13. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2011.01495.x>
- Chen, C., Wittenberg, E., Sullivan, S. S., Lorenz, R. A. & Chang, Y.-P. (2021). The Experiences of Family Members of Ventilated COVID-19 Patients in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(7), 869–876. <https://doi.org/10.1177/10499091211006914>

- Cooper, S., Endacott, R. & Cant, R. (2010). Measuring non-technical skills in medical emergency care: a review of assessment measures. *Open Access Emergency Medicine*, 2(2010), 7–16.
<https://doi.org/10.2147/OAEM.S6693>
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* (5. Utgave). Gyldendal Akademiske.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Forskningsetikk.
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Dietz, A. S., Pronovost, P. J., Mendez-Tellez, P. A., Wyskiel, R., Marsteller, J. A., Thompson, D. A. & Rosen, M. A. (2014). A systematic review of teamwork in the intensive care unit: What do we know about teamwork, team tasks, and improvement strategies? *Journal of Critical Care*, 29(6), 908–914. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.05.025>
- Dokk, L., Forgaard, M., Sveen, U., Andelic, N., Holmsen, V., Holmgren, H. & Lindviksmoen, L. (2014). Jo mer informasjon, jo bedre. *Sykepleien*, 102(4), 60–63.
<https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0037>
- European Society of Intensive Care medicine. (2017). *What is Intensive Care?* ESICM.
<https://www.esicm.org/patient-and-family/what-is-intensive-care/>
- Fangen, K. (2022). *Kvalitativ metode*. Forskningsetikk.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>
- Folkehelseinstituttet. (2018). *Metode og minstekrav for utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nye-fagprosedyrer/artikler/metode/metode-og-minstekrav-for-utarbeidelse-av-kunnskapsbaserte-fagprosedyrer>

Forsknings- og utdanningsdirektoratet. (2005). *Rammeplan for intensivsykepleie*.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269388-rammeplan_for_intensivsykepleie_05.pdf

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. (2008).

Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp

(FOR-2008-04-03-320). Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>

Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning. (2021). *Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning* (FOR-2021-10-26-3094).

Kunnskapsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2021-10-26-3094>

Frivold, G., Dale, B. & Slettebø, Å. (2015). Family members' experiences of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study.

Intensive and Critical Care Nursing, 31(4), 232–240.

Gopalan, P. D. & Pershad, S. (2019). Decision-making in ICU – A systematic review of factors considered important by ICU clinician decision makers with regard to ICU triage decisions.

Journal of Critical Care, 50, 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2018.11.027>

Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29–34.

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim, Ulla H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research:

concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*,

24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Grønmo, S. (2020a). Innholdsanalyse. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*.

<http://snl.no/innholdsanalyse>

Grønmo, S. (2020b). Kvalitativ metode. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*.

http://snl.no/kvalitativ_metode

Guldvog, B. (2019). *Nasjonalt handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*.

Helsedirektoratet. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-](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)

[kvalitetsforbedring-i-helse-og-](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)

[omsorgstjenesten/Nasjonalt%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitet](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)

[sforbedring%202019-2023.pdf/_/attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-](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)

[4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonalt%20handlingsplan%](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)

[20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf](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)

Gundrosen, S., Andenæs, E., Aadahl, P. & Thomassen, G. (2016). Team talk and team activity in

simulated medical emergencies: a discourse analytical approach. *Scandinavian Journal of*

Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine, 24(1), 135.

<https://doi.org/10.1186/s13049-016-0325-1>

Haerkens, M. H. T. M., Kox, M., Lemson, J., Houterman, S., Hoeven, J. G. & Pickkers, P. (2015). Crew

Resource Management in the Intensive Care Unit: a prospective 3-year cohort study. *Acta*

Anaesthesiologica Scandinavica, 59(10), 1319–1329. <https://doi.org/10.1111/aas.12573>

Helmers, A.-K. B. (2021). *Flere spesialsykepleiere kan få spesialistgodkjenning*. Sykepleien.

<https://sykepleien.no/2021/10/flere-spesialsykepleiere-kan-fa-spesialistgodkjenning>

Helse Bergen. (2022). *Norsk intensivregister (NIR)*. [https://helse-bergen.no/norsk-intensivregister-](https://helse-bergen.no/norsk-intensivregister-nir)

[nir](https://helse-bergen.no/norsk-intensivregister-nir)

Helsebiblioteket. (2015). *Oppdatering*. [https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nye-](https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nyefagprosedyrer/artikler/metode/oppdatering)

[fagprosedyrer/artikler/metode/oppdatering](https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nyefagprosedyrer/artikler/metode/oppdatering)

Helsedirektoratet. (2018a). *I trygge hender 24/7*. I trygge hender 24/7.

<http://www.itryggehender24-7.no/>

Helsedirektoratet. (2018b). *Riktig dobbeltkontroll kan redusere antall legemiddelfeil*.

https://www.helsedirektoratet.no/laeringsnotat/riktig-dobbeltkontroll-kan-reducere-antall-legemiddelfeil/Riktig%20dobbeltkontroll%20kan%20redusere%20antall%20legemiddelfeil.pdf/_/attachment/inline/28661d3d-adf3-494b-acfb-745d2ce992a3:240ecbcd697af548932d5c81c790862b9d174b07/Riktig%20dobbeltkontroll%20kan%20redusere%20antall%20legemiddelfeil.pdf

Helsedirektoratet. (2020a). *Faglige råd*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand/kompetanse>

Helsedirektoratet. (2020b). *Pasientsikkerhetsprogrammet - I trygge hender 24/7*. I trygge hender 24/7. <http://www.itryggehender24-7.no/>

Helsedirektoratet. (2020c). *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand*.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Helse- og omsorgsdepartementet. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A74

Hewitt, T., Chreim, S. & Forster, A. (2016). Double checking: a second look. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22(2), 267–274. <https://doi.org/10.1111/jep.12468>

Hunziker, S., Johansson, A. C., Tschan, F., Semmer, N. K., Rock, L., Howell, M. D. & Marsch, S. (2011). Teamwork and Leadership in Cardiopulmonary Resuscitation. *Journal of the American College of Cardiology*, 57(24), 2381–2388. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.03.017>

Härgestam, M., Lindkvist, M., Brulin, C., Jacobsson, M. & Hultin, M. (2013). Communication in interdisciplinary teams: exploring closed-loop communication during in situ trauma team training. *BMJ Open*, 3(10). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003525>

- Iattoni, M., Ormazabal, M., Luvini, G. & Uccella, L. (2022). Effect of Structured Briefing Prior to Patient Arrival on Interprofessional Communication and Collaboration in the Trauma Team. *Open Access Emergency Medicine, Volume 14*, 385–393.
<https://doi.org/10.2147/OAEM.S373044>
- Jung, B., Daurat, A., De Jong, A., Chanques, G., Mahul, M., Monnin, M., Molinari, N. & Jaber, S. (2016). Rapid response team and hospital mortality in hospitalized patients. *Intensive Care Medicine, 42*(4), 494–504. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4254-2>
- Kane-Gill, S. L., O'Connor, M. F., Rothschild, J. M., Selby, N. M., McLean, B., Bonafide, C. P., Cvach, M. M., Hu, X., Konkani, A., Pelter, M. M. & Winters, B. D. (2017). Technologic Distractions (Part 1): Summary of Approaches to Manage Alert Quantity With Intent to Reduce Alert Fatigue and Suggestions for Alert Fatigue Metrics. *Critical Care Medicine, 45*(9), 1481–1488.
<https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002580>
- Kaspersen, J. (2021). *Mottak av akutt, kritisk syk pasient på intensiv En magnet på helsepersonell som har mulighet til å bidra* [Masteroppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet]. Institutt for helsevitenskap i Gjøvik. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2988428>
- Kennedy-Metz, L. R., Barbeito, A., Dias, R. D. & Zenati, M. A. (2022). Importance of high-performing teams in the cardiovascular intensive care unit. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 163*(3), 1096–1104. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2021.02.098>
- Kjelland, K. (2019). Pårørende til hardt skadde vil ha informasjon, men beholde håpet. *Sykepleien, 107*(78738), e-78738. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.78738>
- Konrad, D., Jäderling, G., Bell, M., Granath, F., Ekbohm, A. & Martling, C.-R. (2010). Reducing in-hospital cardiac arrests and hospital mortality by introducing a medical emergency team. *Intensive Care Medicine, 36*(1), 100–106. <https://doi.org/10.1007/s00134-009-1634-x>

- Koronakommisjonen. (2022). *Myndighetenes håndtering av koronapandemien*. NOU 2021:6.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/>
- Lee, S.-I., Koh, J. S., Kim, Y. J., Kang, D. H. & Lee, J. E. (2022). Characteristics and outcomes of patients screened by rapid response team who transferred to the intensive care unit. *BMC Emergency Medicine*, 22(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00575-y>
- Legemiddelhåndboka. (2017). *L8.10.1.2 Noradrenalin*.
<https://www.legemiddelhandboka.no/L8.10.1.2/Noradrenalin>
- Ligtenberg, J. J., Arnold, L. G., Stienstra, Y., van der Werf, T. S., Meertens, J. H., Tulleken, J. E. & Zijlstra, J. G. (2005). Quality of interhospital transport of critically ill patients: a prospective audit. *Critical Care*, 9(4), 446. <https://doi.org/10.1186/cc3749>
- Lindgren, B.-M., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108(103632), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Lykke, P. (2022). *Det nytter ikke med nok utstyr om man ikke har nok intensivsykepleiere*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/2022/04/det-nytter-ikke-med-nok-utstyr-om-man-ikke-har-nok-intensivsykepleiere>
- Malterud, K. (2018). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Manthous, C., Nembhard, I. M. & Hollingshead, A. B. (2011). Building effective critical care teams. *Critical Care*, 15(4), 307. <https://doi.org/10.1186/cc10255>
- McFetridge, B., Gillespie, M., Goode, D. & Melby, V. (2007). An exploration of the handover process of critically ill patients between nursing staff from the emergency department and the intensive care unit. *Nursing in Critical Care*, 12(6), 261–269. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2007.00244.x>

- Miller, K., Riley, W. & Davis, S. (2009). Identifying key nursing and team behaviours to achieve high reliability. *Journal of Nursing Management*, 17(2), 247–255. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00978.x>
- Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (1998). *Å være akutt kritisk syk* (1. utg.). Universitetsforlaget AS.
- National Association of Emergency Medical Technicians. (1999). *Advanced Medical Life Support*. <https://www.naemt.org/education/amls>
- Neuraz, A., Guérin, C., Payet, C., Polazzi, S., Aubrun, F., Dailler, F., Lehot, J.-J., Piriou, V., Neidecker, J., Rimmelé, T., Schott, A.-M. & Duclos, A. (2015). Patient Mortality Is Associated With Staff Resources and Workload in the ICU: A Multicenter Observational Study*. *Critical Care Medicine*, 43(8), 1587–1594. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001015>
- Nilsen, L. (2017). *Dobling av antallet fagprosedyrer ved sykehusene*. Dagens Medisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/01/06/dobling-av-antallet-fagprosedyrer-ved-sykehusene/>
- Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. Legeforeningen. https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer_for_intensivvirksomhet_151014.pdf
- Norsk Sykepleieforbund. (u.å.). *Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp*. Hentet 24. november 2022, fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/faglig-forsvarlighet-og-omsorgsfull-hjelp>
- Norsk Sykepleieforbund Landsgruppe av intensivsykepleiere. (2017). *Funksjon- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/czwgg4sqZCCRzfiNDM56nSWsxlGCKwVuoUe0fcXZ6NYPysIQb.pdf>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- Nylenna, M. (2018). Veileder, retningslinje, prosedyre. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 138(2). <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0737>
- OUS. (2016). *eHåndboken for Oslo universitetssykehus*. eHåndboken. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/136057>
- Paradis, E., Leslie, M., Gropper, M. A., Aboumatar, H. J., Kitto, S. & Reeves, S. (2013). Interprofessional care in intensive care settings and the factors that impact it: Results from a scoping review of ethnographic studies. *Journal of Critical Care*, 28(6), 1062–1067. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.05.015>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/kap3#kap3>
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (u.å.). *Legemiddelrelaterte skader*. Itryggehender. Hentet 24. november 2022, fra <https://www.itryggehender24-7.no/reducer-pasientskader/legemiddelrelaterte-skader>
- Pasientsikkerhetsprogrammet. (2020). *Tidlig oppdagelse og rask respons av forverret somatisk tilstand*. Itryggehender. <http://www.itryggehender24-7.no/reducer-pasientskader/tidlig-oppdagelse-av-forverret-tilstand>
- Peate, I. & Brent, D. (2021). Using the ABCDE approach for all critically unwell patients. *British Journal of Healthcare Assistants*, 15(2), 84–89. <https://doi.org/10.12968/bjha.2021.15.2.84>
- Polit, D. E. & Beck, C. T. (2020). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. utg.). Wolters Kluwer. <https://ebookcentral.proquest.com/auth/lib/ucsn-ebooks/login.action?returnURL=https%3A%2F%2Febookcentral.proquest.com%2Flib%2Fucsn-ebooks%2Fdetail.action%3FdocID%3D6797142>

- Reader, T., Flin, R., Lauche, K. & Cuthbertson, B. H. (2006). Non-technical skills in the intensive care unit. *British Journal of Anaesthesia*, 96(5), 551–559. <https://doi.org/10.1093/bja/ael067>
- Reader, T. W., Flin, R., Mearns, K. & Cuthbertson, B. H. (2009). Developing a team performance framework for the intensive care unit*: *Critical Care Medicine*, 37(5), 1787–1793. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e31819f0451>
- Rein, T. (2020). Beredskap. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. <http://snl.no/beredskap>
- Reine, E., Rustøen, T., Ræder, J. & Aase, K. (2019). Postoperative patient handovers—Variability in perceptions of quality: A qualitative focus group study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(3–4), 663–676. <https://doi.org/10.1111/jocn.14662>
- Resuscitation Council UK. (2003). *EPALS (European Paediatric Advanced Life Support) Course*. Resuscitation Council UK. <https://www.resus.org.uk/training-courses/paediatric-life-support/epals-european-paediatric-advanced-life-support>
- Resuscitation Council UK. (2021). *The ABCDE Approach*. <https://www.resus.org.uk/library/abcde-approach>
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sander, K. (2022). *Dokumentanalyse/innholdsanalyse*. Estudie. <https://estudie.no/dokumentanalyse/>
- Schoeber, N., Linders, M., Binkhorst, M., Draaisma, J., Fuijkschot, J., Morsink, M., Nusmeier, A., Van Riessen, C., Scheffer, G. J., Turner, N., Verhage, R., De Boode, W., Fluit, C. & Hogeveen, M. (2020). Healthcare professionals' knowledge of the systematic ABCDE approach. *Resuscitation*, 155(1), 29. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2020.08.087>
- Sjøbø, B. & Kvåle, R. (2017). *Pårørendetilfredshet i norske intensivavdelinger - et kvalitetsforbedringsprosjekt*. Helse Bergen. [---

60](https://helse-</p></div><div data-bbox=)

bergen.no/seksjon/intensivregister/Documents/Forskning,%20studier/Prosjektdokument%20-%20familietilfredshet/Sluttrapport%20revidert.pdf

- Smeulers, M., Onderwater, A. T., van Zwieten, M. C. B. & Vermeulen, H. (2014). Nurses' experiences and perspectives on medication safety practices: an explorative qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 22(3), 276–285. <https://doi.org/10.1111/jonm.12225>
- Smith, D. & Bowden, T. (2017). Using the ABCDE approach to assess the deteriorating patient. *Nursing Standard*, 32(14), 51–63. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e11030>
- Smith, Hasan Abid, M., Mohsin Abid, M. & Ratnani, I. (2021). Effectiveness of applying human factors and ergonomics model during crisis situation in an ICU setting. *Chest*, 160(4), A1278. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.07.1166>
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Helse- og omsorgsdepartementet. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Strand, G. (2016). *Prosedyrearbeid – fortsatt meningsløst mangfold?* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet.
- Strømme, T. (2013). *Mobilt Intensiv Team* (Institutt for Helsefag) [Masteroppgave, Universitetet i Stavanger]. <https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/handle/11250/184250>
- Stubberud, D.-G. (2020). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utg., s. 27–38). Cappelen Damm AS.
- Stærk, M., Lauridsen, K. G., Støtt, C. T., Riis, D. N., Løfgren, B. & Krogh, K. (2022). Inhospital cardiac arrest — the crucial first 5 min: a simulation study. *Advances in Simulation*, 7(1), 29. <https://doi.org/10.1186/s41077-022-00225-0>
- Sweet, L. & Mannix, T. (2012). Identification of parental stressors in an Australian neonatal intensive care unit. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 15(2), 8–16.

The AGREE Next Steps Consortium. (2017). *The AGREE II Instrument*. Agree Trust.

<https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>

Thim, T., Krarup, Grove, Rohde, & Lofgren. (2012). Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. *International Journal of General Medicine*, 5, 117–121. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S28478>

Thorén, A., Joelsson-Alm, E., Spångfors, M., Rawshani, A., Kahan, T., Engdahl, J., Jonsson, M. & Djärv, T. (2022). The predictive power of the National Early Warning Score (NEWS) 2, as compared to NEWS, among patients assessed by a Rapid response team: A prospective multi-centre trial. *Resuscitation Plus*, 9, 100191.

<https://doi.org/10.1016/j.resplu.2021.100191>

Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. (2020). Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>

Tjensvoll, K. (u.å.). *Fagprosedyrer*. Helsebiblioteket. Hentet 24. november 2022, fra

<https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer>

Tranøy, K. E. (2022). Metode. I E. Bolstad (Red.), *Store norske leksikon*. <http://snl.no/metode>

Tønnessen, R. (2014). *Kvaliteten på teamarbeid i akuttmottak*.

Masteravhandling. [https://uia.brage.unit.no/uia-](https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/221744/Regine%20T%C3%B8nnessen%20oppgave.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[xmlui/bitstream/handle/11250/221744/Regine%20T%C3%B8nnessen%20oppgave.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/221744/Regine%20T%C3%B8nnessen%20oppgave.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

van Veenendaal, N., van der Meulen, I. C., Onrust, M., Paans, W., Dieperink, W. & van der Voort, P.

H. J. (2021). Six-Month Outcomes in COVID-19 ICU Patients and Their Family Members: A

Prospective Cohort Study. *Healthcare*, 9(7), 865.

<https://doi.org/10.3390/healthcare9070865>

Wisborg, T., Brattebø, G., Brattebø, J. & Brinchmann-Hansen, Å. (2006). Training multiprofessional trauma teams in Norwegian hospitals using simple and low cost local simulations. *Education for Health: Change in Learning & Practice*, 19(1), 85–95.

<https://doi.org/10.1080/13576280500534768>

Wong, P., Liamputtong, P., Koch, S. & Rawson, H. (2015). Families' experiences of their interactions with staff in an Australian intensive care unit (ICU): A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(1), 51–63. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.06.005>

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/343477>

Young, M. P., Gooder, V. J., McBride, K., James, B. & Fisher, E. S. (2003). Inpatient transfers to the intensive care unit: Delays are associated with increased mortality and morbidity. *Journal of General Internal Medicine*, 18(2), 77–83. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20441.x>

Zakrisson, T. L., Rosenbloom, B., McFarlan, A., Jovicic, A., Soklaridis, S., Allen, C., Schulman, C., Namias, N. & Rizoli, S. (2016). Lost information during the handover of critically injured trauma patients: a mixed-methods study. *BMJ Quality & Safety*, 25(12), 929–936.

<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2014-003903>

Aareskjold, O. M., Lieungh, M., Forberg, E., Morken, I. M., Skavern, H. j, Aune, M. L. & Bergli, E. (2021). *Intensivsykepleie - fra videreutdanning til spesialistgodkjente intensivsykepleier med masterkompetanse*. <https://www.nsf.no/fg/intensivsykepleiere/nyheter/intensivsykepleie>

