

«Mottak av kritisk sykt barn på barneavdelingen»

En kvalitativ studie om sykepleieres erfaringer med mottak av kritisk sykt barn ved medisinsk barneavdeling.

INA MARIA SOLBERG CYRUS

KANDIDATNUMMER: 7073

VEILEDER

Anja Nastasja Robstad

Universitetet i Agder, 2024

Fakultet for helse- og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Antall ord: 21.956

Forord

Ikke visste jeg da jeg begynte på videreutdannelsen min hvor intense disse to årene skulle bli. Og det var kanskje like greit, for da hadde jeg kanskje ikke søkt. Men for et læringsutbytte jeg har hatt! Og tenk at det faktisk ble mulig for meg å skrive en masteroppgave!

Her jeg sitter ved et stuebord heldekket av bøker og artikler, to datamaskiner på grunn av tekniske problemer med den ene, påskepynt (ja, den står fortsatt framme selv om april snart blir til mai), et par kaffekopper og jentenes tegnesaker, så er det på tide å klappe både seg selv og en del andre på skulderen. For denne oppgaven har ikke blitt til av seg selv.

Aller først vil jeg takke min snille og kompetente veileder, Nastasja Robstad. For et lykkelodd! Alltid oppmuntrende og veldig tilgjengelig. Selv de dagene en føler seg på dypt vann, sender hun over en flytevest og noen kloke og varmende ord som gjør at en får tro på at det kanskje kommer til å gå allikevel.

Tusen takk til alle deltakerne i denne studien, for uvurderlige bidrag og for at jeg fikk bruke av deres tid.

Jeg vil også takke min nære kollega og medstudent, Hanne, for at vi bega oss ut på hvert vårt masterprosjekt parallelt, men allikevel sammen i våre daglige oppdateringer av denne følelsesmessige berg- og dalbanen. Dette arbeidet hadde vært ensomt uten henne!

En stor takk til mine kjære foreldre! Spesielt til pappa som har bidratt med sitt klare, men kritiske blikk, teknisk hjelp og utlån av maskin når min egen sviktet, og mamma, Knut og Ingegerd for støttende heiarop. Takk til tidenes svigerforeldre Bernt og Bente og tante Heidi, som har vært barnas andre hjem de siste par månedene.

Den største takken går til Håvard, verdens mest tålmodige mann, som har hatt oppdraget som familiens aktivitetsleder, tåretørker, humørspreder og solide støtte, og til våre tre elskede jenter Oda, Ylva Olava og Maria som sørger for å ikke skape kjedelige øyeblikk, og som har hjulpet meg med å sette det hele litt i perspektiv.

Ina Maria Solberg Cyrus
Sandnes, 24.04.2024

Sammendrag

Bakgrunn: Sykepleiere har omfattende oppgaver og ansvar ved mottak av kritisk syke barn på barneavdelingen. Det finnes lite/ingen forskning om sykepleieres erfaringer med å ta imot kritisk syke barn på barneavdeling, men relevant forskning beskriver ulike måter for å tilegne seg kompetanse, håndtere, forebygge og lindre stress.

Hensikt: Å få en dypere forståelse for hvordan sykepleiere erfarer å ta imot kritisk sykt barn ved medisinsk barneavdeling.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ta imot et kritisk sykt barn ved en medisinsk barneavdeling?

Metode: Kvalitativ metode med fenomenologisk hermeneutisk design. Semistrukturerte dybdeintervju med åtte barnesykepleiere/sykepleiere ansatt ved to barneavdelinger.

Funn: Analysen resulterte i fire hovedtemaer:

Alarmen går, adrenalinet bruser: Sykepleierne erfarte økt puls og fokus på oppgaven ved mottak av kritisk sykt barn.

Kaos eller kontroll – hva påvirker mottaket: Teamarbeidet må fungere godt for at sykepleierne erfarer mottaket trygt og kontrollert.

Trygghet i det forutsigbare: Å kjenne mottaksrommet, utstyret og kollegaer erfares trygt.

Erfaring og kunnskap gir trygghet for alle: Tidlig opplæring og jevnlig øving erfares som trygghetsskapende tiltak. Sykepleierne ønsker oftere øvinger enn de får per i dag.

Konklusjon: Sykepleiere erfarer mottak av kritisk sykt barn som utfordrende personlig, faglig og i samhandling med kollegaer. Det setter krav til teamarbeidet og tekniske og ikke-tekniske ferdigheter. Å prioritere øvelser og videreutdanne flere barnesykepleiere kan styrke sykepleiergruppens kompetanse og bidra til trygghet. For sykepleiere som deltar i barneteam, vil kompetansutveksling og å bli kjent på tvers av avdelingene bidra til trygghet.

Nøkkelord: Barnesykepleier, erfaring, mottak, teamarbeid, simulering, ikke-tekniske ferdigheter, kritisk sykt barn.

Abstract

Background: There is little/no research on how nurses experience receiving critically ill children on paediatric wards, but relevant research describes different ways to acquire competence, manage, prevent and relieve stress.

Aim: To gain a deeper understanding of how nurses experience receiving a critically ill child on a paediatric medical ward.

Objectiv: What are nurses' experiences of caring for a critically ill child on a paediatric medical ward?

Method: Qualitative method, with phenomenological hermeneutic design. Semi-structured in-depth interviews with eight nurses employed at two paediatric wards.

Findings: The analysis resulted in four main themes:

The alarm goes off, the adrenaline rushes: Nurses experienced a heightened sense of urgency and focus on the task at hand when receiving a critically ill child.

Chaos or control - what affects the reception: Teamwork must function well for nurses to experience the reception centre as safe and controlled.

Security in the predictable: Knowing the reception room, the equipment and their colleagues is experienced as calming.

Experience and knowledge provide security for everyone: Early training and regular rehearsals are perceived as confidence-building measures, but nurses would like to see more frequent rehearsals than they currently receive.

Conclusion: Nurses experience receiving critically ill children as challenging both personally, professionally and in interaction with colleagues. This requires good teamwork and good technical and non-technical skills. Prioritising exercises, but also educating more paediatric nurses, will strengthen the competence of the nursing team and contribute to increased safety. For nurses who participate in paediatric teams in the emergency department, exchanging expertise and getting to know each other across departments will contribute to safety.

Keywords: Paediatric nurse, experience, emergency department, teamwork, simulation, non-technical skills, critically ill child.

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	1
1.2 FORSKNINGSPROSJEKTETS HENSIKT	3
1.3 PROBLEMSTILLING.....	3
1.4 AVKLARINGER OG AVGRENSNINGER.....	3
2.0 SØKESTRATEGI	5
3.0 TEORETISK FORANKRING OG TIDLIGERE FORSKNING	8
3.1 DET AKUTT KRITISK SYKE BARNET	8
3.2 TRE FORMER FOR MOTTAK AV AKUTT KRITISK SYKE BARN	9
3.2.1 Medisinsk barneavdeling	9
3.2.2 Barneteam i akuttmottak	9
3.2.3 Barnemottak.....	10
3.3 BARNESYKEPLEIEREN.....	11
3.3.1 Roller i mottak på barneavdelingen.....	11
3.3.2 Belastninger for barnesykepleieren	12
3.4 MOTTAK I TEAM.....	14
3.4.1 Teamarbeid	14
3.4.2 Ikke-tekniske ferdigheter	15
3.4.3 Rollefordeling.....	16
3.5 KUNNSKAP, KOMPETANSE OG ERFARING	17
4.0 METODE	19
4.1 VITENSKAPSTEORETISK BAKGRUNN	19
4.1.1 Fenomenologi.....	20
4.1.2 Hermeneutikk	20
4.1.3 Bakgrunn for valg av kvalitativ metode	20
4.2 FORFORSTÅELSE	21
4.3 ETISKE OVERVEIELSER.....	22
4.3.1 Søknader og godkjenninger	22
4.3.2 Personvern og informert samtykke	23
4.3.3 Lagring av data.....	24
4.4 DATAINNSAMLING	24
4.4.1 Utvalg og rekruttering	24
4.4.2 Individuelle dybdeintervju.....	25
4.4.3 Prøveintervju.....	26
4.4.4 Gjennomføring av intervjuer.....	27
4.4.5 Transkribering	28

4.5 REFLEKSIV TEMATISK ANALYSE	29
4.5.1 Fase 1: Å bli kjent med dataene	30
4.5.2 Fase 2: Koding	30
4.5.3 Fase 3: Søke og identifisere tentative temaer	31
4.5.4 Fase 4: Videreutvikle og gjennomgå temaene	31
4.5.5 Fase 5: Avgrense, definere og navngi temaer	32
4.5.6 Fase 6: Rapportering, skrive ut analysen	34
4.6 METODEDISKUSJON	34
4.6.1 Pålitelighet	34
4.6.2 Troverdighet	35
4.6.3 Bekreftbarhet	35
4.6.4 Overførbarhet	36
4.6.5 Autensitet	36
4.6.6 Kvalitetsvurdering	36
5.0 PRESENTASJON AV FUNN	39
5.1 ALARMEN GÅR, ADRENALINET BRUSER	39
5.1.1 Skjerpende stress	39
5.1.2 Frykt for egen utilstrekkelighet	40
5.1.3 Negativt stress kan håndteres	41
5.1.4 Egne følelser kommer i andre rekke	42
5.2 KAOS ELLER KONTROLL –HVA PÅVIRKER MOTTAKET?	43
5.2.1 Avklarte roller gir trygghet	43
5.2.2 Tydelig og respektfull kommunikasjon – nøkkelen til tillit	45
5.2.3 Underbemanning skaper usikkerhet	46
5.3 TRYGGHET I DET FORUTSIGBARE	47
5.3.1 Forberedelse letter arbeidet og gir trygghet	47
5.3.2 Kjente rammer skaper trygghet	47
5.4 ERFARING OG KUNNSKAP GIR TRYGGHET FOR ALLE	49
5.4.1 Kunnskap og erfaring skaper trygghet	49
5.4.2 Tidlig opplæring gir trygghet	50
5.4.3 Et eget barnemottak til det beste for pasienten	52
6.0 DISKUSJON	53
6.1 ALARMEN GÅR, ADRENALINET BRUSER	53
6.2 KAOS ELLER KONTROLL – HVA PÅVIRKER MOTTAKET?	56
6.3 TRYGGHET I DET FORUTSIGBARE. ERFARING OG KUNNSKAP GIR TRYGGHET FOR ALLE	59
7.0 KONKLUSJON	64
7.1 IMPLIKASJON FOR PRAKSIS	65
7.2 FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING	65

REFERANSELISTE	66
VEDLEGG 1: STRUKTURERT LITTERATURSØK.....	71
VEDLEGG 2: GODKJENNING SIKT	74
VEDLEGG 3: GODKJENNING FEK	75
VEDLEGG 4: GODKJENNING PERSONVERNOMBUD, INTERNSIKKERHETSLEDER OG ENHETSLEDERE.....	76
VEDLEGG 5: SAMTYKKESKJEMA	78
VEDLEGG 6: INTERVJUGUIDE	82
Tabell 1. PICO-skjema	6
Tabell 2. Eksempel på analyseprosessen.....	33

1.0 Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Sykepleiere som jobber ved medisinske barneavdelinger ved sykehus har et bredt kunnskapsfelt å forholde seg til. Hit kommer alle pediatrike pasienter (0-18 år) med kronisk medisinsk eller akutt medisinsk sykdom, med spørsmål om og/eller behov for innleggelse. Pasienter med kirurgiske problemstillinger tas som oftest imot på andre avdelinger, og studien vil derfor ikke omhandle denne pasientgruppen.

I Norge organiseres barneavdelinger forskjellig fra sykehus til sykehus (Helsebiblioteket, 2018) etter hvilket regionalt helseforetak som eier sykehuset (Helse og omsorgsdepartementet, 2023). Noen av de største sykehusene har eget barnemottak der en tar imot akutt kritisk syke barn, slik som Haukeland og Ullevål, men de fleste sykehus har en løsning der en enten tar imot alle medisinske pasienter i sengeposten eller i akuttmottak der også voksne tas imot.

Vanlige årsaker til innleggelse på sykehus for de yngste barna skyldes sykdommer i luftveier og medfødte sykdomstilstander, mens for ungdommer mellom 10 og 19 år, er vanligste innleggelsesårsak skader og forgiftninger (Sjøbjerg, 2019, s. 127). Barnesykepleiere eller sykepleiere vil ofte være den første yrkesgruppen som barnet møter på sykehuset. Sykepleieren må være bevisst på at i et mottak ved sykehuset har barn og pårørende ofte hatt liten tid til å forberede seg, og det kan oppleves alvorlig og stressende (Sjøbjerg, 2019, s. 128).

Barn er ikke små voksne, hverken fysisk, psykisk, emosjonelt eller sosialt, og behandlingen må tilpasses barnets anatomi og fysiologi, og dette må barnesykepleieren være fortrolig med (Hazinski, 2013, s. 1-2). Barn har begrenset evne til mestring, og er emosjonelt og kognitivt umodne, slik at det ukjente kan by på store utfordringer for barnet (Sjøbjerg, 2019, s. 128). Av den grunn kan barnet være urolig, men dersom foreldrene er rolige, vil dette kunne smitte over på barnet. Dersom foreldrene viser at de er engstelige og stressede, vil også dette påvirke barnet (Sjøbjerg, 2019, s. 132). Sykepleierens ansvar i mottakssituasjon vil dermed også rette seg mot pårørende.

I Barnesykepleierens beskrivelse av funksjons og ansvarsområder står det at barnesykepleien skal utføres med utgangspunkt i kunnskaper og ferdigheter (Sjøbjerg et al., 2017). Videre kreves spesielle kunnskaper og erfaringer for å gjøre observasjoner og vurderinger av barn på grunn av at symptom bildet kan være diffust. Sykdomstilstanden kan endres raskt, og barn kan ha begrenset evne til å uttrykke seg språklig og forklare smerter eller andre symptomer (Sjøbjerg et al., 2017).

En pediatrik pasient skal i utgangspunktet være vurdert som ikke-kritisk syk hvis det blir meldt til medisinsk barneavdeling. Derfor kan sykepleier stå alene i mottakssituasjonen, til det eventuelt avgjøres om det trengs flere hoder og hender og/eller lege til stede. Situasjonen kan raskt endres til det verre (Sjøbjerg et al., 2017). En kompetent akuttsykepleier har evnen til «med et øyekast» raskt å oppfatte i hvilken grad barnet ser sykt ut (Hazinski, 2013, s. 1-2). Da bruker sykepleieren sitt kliniske skjønn (Jensen et al., 2018). Samtidig er det viktig at sykepleieren også har en systematisk tilnærming til faktorer som kan endre seg ved sykdom, slik at en raskt kan avgjøre om det bør gjennomføres umiddelbare tiltak (Markestad & Reigstad, 2023, s. 101-102). Dersom situasjonen er akutt, skal barnesykepleieren iverksette tiltak for å opprettholde eller gjenopprette livsviktige funksjoner (Sjøbjerg et al., 2017).

Sykepleiere har altså omfattende oppgaver og ansvar i en mottakssituasjon når kritisk syke barn ankommer medisinsk barneavdeling, og erfarer dette forskjellig. I en studie om mottak av baby med hjertestans i akuttmottak kom det fram at sykepleierne erfarte adrenalin, frykt og angst, samtidig som de kjente på en fellesskapsfølelse for å nå målet om å redde babyen. Å skulle prøve å redde babyens liv, erfarte de som fantastisk, spennende, men også veldig skremmende (Bentz et al., 2023).

Det finnes lite litteratur om sykepleiere som er ansatt på medisinsk barneavdeling sine erfaringer med mottak av kritisk syke barn, derfor oppfattes det relevant å forske på.

1.2 Forskningsprosjektets hensikt

Hensikten med prosjektet vil være å få en dypere forståelse for hvordan sykepleiere erfarer å ta imot et kritisk sykt barn på medisinsk barneavdeling. Målet er å finne holdepunkter for forbedringspotensial som kan være overførbare til andre barneavdelinger.

1.3 Problemstilling

Med dette som utgangspunkt, blir følgende problemstilling for masteroppgaven valgt:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ta imot et kritisk sykt barn ved en medisinsk barneavdeling?

1.4 Avklaringer og avgrensninger

I problemstillingen spørres det etter barnesykepleierens erfaringer. I Det Norske Akademis Ordbok beskrives erfaring som «kunnskap som resultat av iakttagelse, opplevelse eller liknende» (NAOB, 2024). I begrepet erfaring ligger en læringsprosess over tid, av opplevelser og refleksjon hvor kunnskap erverves. Erfaringene påvirker hvordan man gjør det som må gjøres, når og i hvilken sammenheng. Erfaringer gjøres i møte med fysisk og sosialt miljø, med individer, organiserte enheter og regelverk og ikke minst med seg selv. Studien er ikke en psykologisk studie, men en studie som ønsker å samle erfaringer som sykepleiere formulerer og som reflekteres i intervjuer.

Når et barn er meldt fra primærhelsetjenesten, er barnet triagert. Det betyr at barnet har fått en prioritet etter klinisk hastegrad slik at pasienter som trenger det mest får behandling først (Oslo Universitetssykehus, 2023). Barnets sykdomsgrad får da en farge som indikerer hastegraden; rødt, gult eller grønt, der rødt haster mest. Masteroppgaven avgrenses til å gjelde sykepleieres erfaringer med mottak av barn som meldes på rødt til akuttmottaket eller som blir triagert til rødt av sykepleier under mottaket på barneavdelingen.

Det er to forskjellige løsninger for hvordan barneavdelingene der datainnsamlingen ble gjennomført, tar imot barn. Den ene avdelingen har mottak på sengepost, men dersom pasienten er triagert til rødt prehospitalt, blir barnet tatt imot i barneteam i akuttmottaket. Det hender imidlertid at pasienter som blir tatt imot på barneavdelingen, enten blir dårlige eller er dårligere enn forventet og at barnesykepleieren triagerer barnet til rødt. Den andre barneavdelingen tar alle imot sine pediatriiske pasienter i akuttmottaket, både kritisk syke og de som ikke er kritisk syke. Derfor vil både mottak av kritisk sykt barn på barneavdeling og i akuttmottak bli inkludert i masteroppgaven.

Det kan være mange grunner til at et barn blir meldt som akutt kritisk syk til sykehuset. Studien har ikke som mål å belyse årsaker til innkomst, og kommer heller ikke til å omtale spesifikke diagnoser.

2.0 Søkestrategi

De første søkene etter relevant forskningslitteratur til masteroppgaven ble gjennomført i august 2023. Felles for alle søk var følgende avgrensninger:

- Teksten skulle være tilgjengelig i fulltekst, for at det skulle være mulig å lese hele artikkelen.
- Artikkelen skulle helst være fagfellevurderte, eller i det minste være skrevet av flere forfattere og publiserte i relevante tidsskrift, slik at en visste at kvaliteten var ivaretatt.
- Artikkelen skulle være skrevet på skandinavisk eller engelsk, slik at det var mulig for forskeren å forstå innholdet.
- Artikkelen skulle ikke være eldre enn 10 år, for å sikre at innholdet ikke var foreldet.

Databasene det ble søkt i var British Nursing Index (BNI) i ProQuest, Embase og Medline i OVID og Cinahl i Ebsco Host, da dette er databaser som har fokus på forskning rettet mot helse og/eller sykepleie (Polit & Beck, 2021, s. 92-96). Google Scholar ble også forsøkt, men her fikk en ingen aktuelle treff.

For å gjennomføre søkene ble «AND» og «OR» brukt som boolske operatører. «AND» avgrenser søket fordi søkeordene både før og etter må inkluderes i artikkelreferansen. «OR» utvider søket ved at artikkelreferansene skal inneholde enten søkeordet før eller søkeordet etter eller begge. Trunkering ble brukt for å søke på stammen av søkeordet, en finner dermed søkeord som har forskjellige endelser og ulike varianter av ordet (Polit & Beck, 2021, s. 93; Strømme, 2019).

Jeg valgte å utforme et PICO-skjema. Skjemaet er nyttig av flere grunner. For det første kan det brukes som et hjelpemiddel for å formulere spørsmål som etter hvert kan formes til en problemstilling. I tillegg kan det brukes for å identifisere og organisere søkeord (Strømme, 2019). PICO-skjema egner seg til problemstillinger som skal besvares med kvalitativ forskningsmetode, eksempelvis spørsmål om opplevelser og erfaringer (Helsebiblioteket, 2021b). Jeg samarbeidet med bibliotekar om å finne gode søkeord, og hun hjalp meg også underveis med å sette opp søk som ga treff. PICO-skjema i tabell 1.

TABELL 1. PICO-SKJEMA

		Norske søkeord	Engelske søkeord
P	Population/problem Hvilken populasjon eller hvilket problem dreier det seg om?	Barne- sykepleier Pediatrik sykepleier Spesialsykepleier Sykepleier	Pediatric/paediatric/children's nurse, Nurse Critical care nurse
I	Phenomen of Interest (Hvilken aktivitet, erfaring, opplevelse eller prosess dreier det seg om?)	erfaring opplevelse mottak Kritisk sykt barn Pediatrik pasient	Perception/perspective experience admitted/admittance Critically ill child/toddler/kid Hospitalized child Pediatric/paediatric
Co	Context (Hvilken kontekst eller setting dreier det seg om?)	sengepost barneavdeling akuttmottak barneteam mottaksteam	Children's ward children's department/room emergency department/room ER

Det ble gjort både ustrukturerte og strukturerte søk. I de strukturerte søkene ble det satt opp søkestrenger som til slutt resulterte i treff. For eksempel på strukturert litteratursøk, se vedlegg 1.

Treffene viste at det fantes relevante artikler som omhandlet teamarbeid, stress, kommunikasjon og bruk av simulering som treningsmetode, men jeg fant først og fremst at forskningen var knyttet opp mot akuttisykepleiere, akuttmottak, intensivavdeling, nyfødt intensivavdeling eller legevakt. Det lyktes meg ikke å finne artikler som direkte omhandlet mottak av kritisk sykt barn på barneavdeling eller om barnemottak som egen avdeling. Jeg lyktes heller ikke i å finne artikler om sykepleieres erfaringer med mottak av barn på barneavdeling. Jeg måtte derfor inkludere de mest relevante artiklene jeg fant. Dette gjelder for eksempel artikler som omhandler mottak, ivaretagelse eller av simuleringer knyttet til barn, men i andre sykepleierspesialiseringer. Jeg anser det som at artiklene har hatt stor overføringsverdi.

Utenom strukturerte søk i databaser, ble det i også gjort håndsøk hvor jeg fant relevante artikler i referanselistene til andre relevante artikler.

Artiklene ble først sortert etter tittelens relevans for problemstillingen. Deretter gikk en gjennom abstraktene på de utvalgte artiklene for å se om de fortsatt var relevante, og før de eventuelt faktisk ble inkludert, ble hele teksten gjennomgått. Referansesystemet Endnote ble brukt for å organisere de inkluderte artiklene.

3.0 Teoretisk forankring og tidligere forskning.

Kapittelet viser til forskning og teori knyttet til begreper som inngår i problemstillingen.

3.1 Det akutt kritisk syke barnet

Akutt kommer fra latin og kan blant annet bety «plutselig» eller «noe som kommer raskt». Akutt sykdom er altså en skade eller sykdomstilstand som oppstår raskt, og kan både innbefatte medisinske og kirurgiske lidelser (Stubberud, 2019, s. 19).

Når en person er kritisk syk, er tilstanden svært alvorlig, og i mange tilfeller livstruende. Tilstanden gjenkjennes ved svikt i ett eller flere organsystemer, prognosen kan være usikker, og tilstanden kan være ustabil. Sykdom kan være akutt eller kronisk og begge deler kan utvikle seg til kritisk sykdom (Stubberud, 2019, s. 19). Symptomer på sykdom kan framstå relativt like selv om sykdommen barnet blir innlagt med enten er kritisk eller mindre alvorlig. Eksempelvis kan symptomer på både ørebetennelse og encefalitt være at et spedbarn er utilpass eller skriker mye og tar brystet/flasken dårlig (Markestad & Reigstad, 2023, s. 101). Talespråket kan være uutviklet eller lite utviklet, og et lite barn kan like gjerne peke på magen som et annet sted når det skal forklare hvor det har vondt. Symptomer kan altså være relativt diffuse, og jo yngre barnet er, jo raskere kan alvorlig sykdom utvikle seg (Markestad & Reigstad, 2023, s. 101).

Kognitivt og emosjonelt påvirker umodenheten barns forståelse av sykdom og reaksjoner på den. Barnet må forholde seg til smerter og ubehag, og angsten for det ukjente gjør at det kan motsette seg behandlingen de får. Det kan bidra til forsinkelse av undersøkelser og prosedyrer (Stubberud et al., 2019, s. 128). Mestring av det ukjente er hovedutfordringen for barnet som blir innlagt med akutt og/eller kritisk sykdom (Jepsen et al., 2019). For å støtte barnet, påpeker Jepsen og medarbeidere (2019) at helsepersonell bør etterstrebe å beholde barnets og pårørendes integritet, noe som krever gode kommunikasjonsferdigheter og kunnskap om barns psykologiske utvikling. I det følgende skal vi se på rammene for arbeidssituasjonen i mottaket.

3.2 Tre former for mottak av akutt kritisk syke barn

Forskeren kjenner til tre måter å ta imot kritisk syke barn på i spesialisthelsetjenesten i Norge. Som eksempel på mottak ved medisinsk barneavdeling og barneteam i akuttmottak er beskrivelsene hentet fra prosedyrer som ligger i det interne kvalitetssystemet «EQS» ved Stavanger Universitetssykehus. Som eksempel på et barnemottak er informasjonen mottatt muntlig fra fagsykepleier ved Haukeland sykehus. Barnemottaket her er i en endringsprosess, og prosedyre for mottak av pediatrik patient er under utvikling.

3.2.1 Medisinsk barneavdeling

Et barn meldt til medisinsk barneavdeling blir meldt til lege som har forvakt som legger inn pasienten digitalt i registreringssystemet «Meona». Pasienten skal i utgangspunktet være vurdert prehospitalt til ikke å være kritisk sykt. Barnet vil i utgangspunktet bli tatt imot av en sykepleier eller helsefagarbeider, som selv må vurdere eget kompetansenivå og be om assistanse ved behov. Dersom lege mistenker at barnet kan være dårlig ved ankomst, skal vaktleder ved avdelingen peke ut minst en person som assistent for mottakssykepleieren/helsefagarbeideren. Lege kan også være til stede ved pasientens ankomst. Eksempel på denne prosedyren for mottak på barneavdeling er hentet fra kvalitetssikringssystemet «EQS» ved Stavanger Universitetssykehus internsider (Bårdsen, 2023).

3.2.2 Barneteam i akuttmottak

Dersom barnet meldes til akuttmottaket er det fordi barnet prehospitalt vurderes som kritisk sykt. Det vil da bli slått «kritisk sykt barn-alarm», og barneteamet vil ta imot barnet i akuttmottaket. En sykepleier på barneavdelingen får tildelt rollen som barnesykepleier og skal delta i barneteamet. Lege skal i teorien ha tid til å forberede barnesykepleieren om hva barnet meldes med, og om det eventuelt er noe spesielt hun/han bør forberede seg på. Barnesykepleier har en annen rolle i barneteamet enn hun/han har i mottak på avdelingen. Oppgaver her vil være å komme med faglige råd i forberedelse og gjennomføring av mottak etter behov. Bidra med utblanding og/eller istandgjøring av medikamenter og

væskebehandling samt eventuelt bidra med systematisk observasjoner etter A-B-C-D-E-prinsippet. Eksempel på denne prosedyren for barnesykepleiers rollebeskrivelse i akutt barneteam er hentet fra kvalitetssikringssystemet «EQS» ved Stavanger Universitetssykehus sine internsider (Bårdsen, 2021).

3.2.3 Barnemottak

Det finnes egne barnemottak kun ved de største sykehusene i landet: Haukeland Sykehus, Ullevål Sykehus og St. Olavs Hospital.

Her bruker forskeren eksempel fra Haukeland sykehus med muntlig informasjon fra fagsykepleier ansatt i barnemottaket. Skriftlig fagprosedyre er ifølge fagsykepleier under utarbeidelse. Barnemottaket på Haukeland er et mottak der alle barn (0-18 år) med medisinske problemstillinger tas imot. Fra og med våren 2024 skulle en også tatt imot kirurgiske pasienter, men dette er satt på vent. Dersom pasienten prehospitalt er vurdert som kritisk syk, vil barnet sendes direkte til akuttmottaket. Det er to sykepleiere i barnemottaket per vakt, og lege med forvakt er også stasjonert her. To sykepleiere har fast ansettelse i barnemottaket, og ellers ruller sykepleiere fra en av barneavdelingene mellom å ha vekten sin i mottaket eller på barneavdelingen. Ved St. Olavs Hospital finnes en løsning med eget barnemottak som tar imot barn med behov for øyeblikkelig hjelp. Pasientgruppen mottaket tar imot, er barn (0-16 år) med kirurgiske og medisinske problemstillinger, samt pasienter (0-18 år) med ortopediske problemstillinger. Barn med store traumer eller svikt i organer tas imot i akuttmottak.

3.3 Barnesykepleieren

En barnesykepleier er en autorisert sykepleier med master- eller videreutdanning i barnesykepleie (Sjøbjerg et al., 2017). Barnesykepleieren har spesialisert sin sykepleierkompetanse til akutt og/eller kritisk syke nyfødte, barn og unge. Det innebærer å ha kunnskap om kompliserte medisinske tilstander samt kunnskap om barnets utvikling fysisk, psykisk og sosialt (Sjøbjerg et al., 2017). Barnesykepleieren har spesielt god kunnskap om dette, og utstyret som brukes i mottak er tilpasset barnets størrelse (Hazinski, 2013, s. 1-2). Den skal også ha kunnskap om andres roller og kompetanser, samt tekniske og ikke-tekniske ferdigheter.

3.3.1 Roller i mottak på barneavdelingen

Barnesykepleierens rolle består først i å vurdere barnet og deretter informere lege, men også foreldre.

Litt avhengig av hvordan avdelingen er organisert, vil sykepleieren tre ut av sin rolle som sykepleier for inneliggende pasient og inn i mottakssykepleierrollen når det er meldt et barn til sengepost eller akuttmottaket (Ballangrud & Husebø, 2021a, s. 145-146). Når et barn ankommer barneavdelingen, gjennomfører barnesykepleieren en triagering av pasienten, altså en vurdering av hvor dårlig pasienten er og dermed hvor raskt pasienten trenger legetilsyn (Helsedirektoratet, 2022). Triageringen består av en kombinasjon av klinisk skjønn og systematisk tilnærming (Markestad & Reigstad, 2023, s. 102). En kompetent klinisk sykepleier som jobber med kritisk syke barn, kan i følge Hazinski (2013, s. 1-2) med «et øyekast» avdekke om pasienten ser bra eller dårlig ut. I løpet av dette øyeblikket observeres og evalueres pasientens hudfarge, hudperfusjon, bevissthet, respirasjon og i hvilken grad pasienten er tilpass eller utilpass. Den systematiske tilnærmingen kan være å gjennomføre en pediatrik tidlig varslingsscore (PEVS) som bygger på prinsippene om A-B-C-D-E (Huang et al., 2022; Jensen et al., 2018). Arbeidsoppgaven består også i å tydelig viderefremme pasientens tilstand og behov til legen, for eksempel ved bruk av kommunikasjonsverktøyet ISBAR (Identifisering, Situasjon, Bakgrunn, Analyse og Råd/anbefaling) (Solevåg et al., 2021).

Barnesykepleieren har, på linje med annet personell, ansvar for å informere og veilede foreldrene (inkluderer fosterforeldre eller de som opptrer i foreldrenes sted) om hvordan barnet kan reagere i forbindelse med sykdommen og opphold på institusjonen (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000).

3.3.2 Belastninger for barnesykepleieren

Når sykepleieren vet at det er meldt et barn som potensielt er dårlig eller kritisk dårlig kan sykepleieren oppleve det som stressende.

Stress er kroppens reaksjoner på belastning, og kan være av biologisk, psykologisk og/eller sosial art (Stubberud et al., 2019, s. 30). Stress kan defineres som «tilstanden som oppstår når samspillet mellom individet og omgivelsene leder individet til å oppleve en uoverensstemmelse, reell eller ikke, mellom kravene i situasjonen og individets ressurser» (Lazarus & Folkman, 1984, s. 19). Utfordringen kan ligge i hvordan en evner å håndtere stresset. Stress kan oppleves positivt eller negativt (Håkonsen, 2014, s. 234-236; Lazarus, 1999, s. 53-57). Positivt stress (eustress) beskrives som en opplevelse som kan forberede kroppen på det ekstra arbeidet situasjonen krever og dermed øke yteevnen, mens negativt stress (distress) fører til at personen kan settes ut av at stressorene overstiger kapasiteten til å mestre situasjonen.

Forskning viser at stresset kan komme av ulike årsaker, som for eksempel manglende mengdetrening og øvelse på gjeldende situasjon (Toida & Morimura, 2022).

Andre årsaker kan være gjenoppliving eller situasjoner der gjenoppliving kan bli nødvendig, traumehåndtering, usikre prosedyreferdigheter og uoversiktlig teamarbeid (Raab et al., 2024; Ojha et al., 2015). Ytterligere stressfaktorer fra akutsituasjoner som nevnes i litteraturen er usikkerhet, arbeidsmengde, tidspress, fatigue, prestasjonsangst, uvante situasjoner, hendelser der forventninger brytes, situasjoner der kritisk informasjon mangler eller man må vurdere flere behandlingsmetoder (Flin et al., 2008, s. 173). Adferdsmessige og emosjonelle indikatorer som følge av akutt stress kan blant annet være hyperaktivitet, irritabilitet, aggressivitet og tilbaketrekning så vel som angst, panikk, frykt for å gjøre feil, følelsen av å miste kontrollen, redusert konsentrasjon og vanskeligheter med å ta avgjørelser (Flin et al., 2008, s. 176-177). Stresset en opplever kan også føre til sekundært stress, som vil si det stresset en opplever ved å hjelpe eller forsøke å hjelpe en person som er lidende (Kellogg et

al., 2018). Sykepleiere som står i situasjoner der resuscitering av pediatriske pasienter kan blir aktuelt, står i spesiell fare for å utvikle posttraumatisk stress (Bentz et al., 2023).

Barnesykepleier i mottak av kritisk syke barn står i en krevende situasjon som medfører ulike former for stress. Flere studier poengterer viktigheten av kompetanse som stressreducerende tiltak (Flin et al., 2008; Raab et al., 2024; Ojha et al., 2015). For å lære ferdigheter, slik som gjenoppliving, traumehåndtering, prosedyreferdigheter og teamtrening, anbefaler forskning at sykepleiere og andre kollegaer øver på både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter (Flin et al., 2008, s. 181-182; Raab et al., 2024; Ojha et al., 2015). Øvinger kan gjennomføres på mange måter, for eksempel ved enkle ferdighetstreninger, in-situ simuleringer eller teamtreningprogram. For å forbedre ikke-tekniske ferdigheter eller forebygge eller minimere stress foreslår Flin (2008, s. 182) flere og mer spesifikke tiltak som for eksempel modell-læring ved å observere et team i en faktisk situasjon med et kritisk sykt barn til stede.

For en annen måte å lindre stress eller unngå sekundært stress eller posttraumatisk stress på, anbefales debrief som tiltak (Kellogg et al., 2018; Clark et al., 2019). Debrief skal helst gjennomføres så raskt som mulig, med alle involverte ansatte, og senest innen 24 timer etter den oppståtte situasjonen (Clark et al., 2019). Pleiepersonell som behandler pediatriske pasienter som opplever kritiske hendelser, kan i følge (Clark et al., 2019) påføres betydelige og negative psykologiske effekter. Eksempler på dette kan være utbrenthet, nedsatt evne til medfølelse og utilfredshet i forhold til det, samt manglende evne til å håndtere sekundært traumatisk stress (Clark et al., 2019; Kellogg et al., 2018). I tillegg hevder Bentz og medarbeidere (2023) at akuttisykepleiere som utsettes for pediatrisk gjenoppliving har høy risiko for å utvikle posttraumatisk stress. Debriefing kan lindre stresset, og derfor bør alt helsepersonell tilbys anledning til å debriefe (Clark et al., 2019).

En tredje måte er å utvikle og opparbeide seg mestringstro, et begrep introdusert av psykologen Albert Bandura (Bandura, 1997; Lai, 2021, s. 159). Mestringstro reflekterer oppfatningen en person har av egen kompetanse og forutsetninger for å løse oppgaver og håndtere utfordringer. Mestringstro er det en kaller domenespesifikt, som vil si at en har høy mestringstro for noen oppgaver og lav for andre (Lai, 2021, s. 159-160). Det er avgjørende at medarbeideren regner seg som kompetent til å påta seg sin rolle, i dette tilfellet som mottakssykepleier, på en proaktiv og fleksibel måte (Lai, 2021, s. 159). Slik kan en hevde at mestringstro er en av de viktigste driverne for kompetansemobilisering, og studier anser en

mestringsorientert lederstil som viktig for medarbeideres fleksibilitetsvilje. Graden av mestringsorientert støtte fra leder bør være høy (Solberg et al., 2021).

3.4 Mottak i team

Dette avsnittet presenterer sykepleierens rolle og ferdigheter i team. Dette gjelder i akuttmottaket som del av barneteamet, eller i tilfeller hvor barn blir tatt imot på barneavdeling og barnets tilstand forverres til kritisk syk. Det blir i avsnittet lagt vekt på ikke-tekniske ferdigheter i sykepleierens arbeid.

3.4.1 Teamarbeid

Dersom et barn blir kritisk sykt i mottakssituasjon på barneavdelingen, vil barnelege fungere som teamleder, sykepleiere fra avdelingen vil komme til unnsetning, det kan bli behov for hjelp fra anestesilege og -sykepleier og kanskje portør som er ansvarlig for å komme med hjertestarter. Hvordan en erfarer at teamarbeid en allerede har deltatt i fungerer, kan tenkes preger sykepleierne som har ansvar for mottak. Enten det som vil bli et team i mottaket på barneavdelingen eller barneteamet i akuttmottaket.

Teamarbeid kan forstås som to eller flere profesjonsutøvere som kompletterer hverandre i en behandlingssituasjon. Profesjonsutøverne er avhengige av hverandre og må samhandle for å realisere felles mål og oppnå resultater (Husebø & Ballangrud, 2021a, s. 24). Teamarbeid er viktig for at helsetjenesten skal kunne yte pasientsikre helsetjenester av høy kvalitet (Husebø & Ballangrud, 2021b, s. 15; Ballangrud et al., 2020). Teamarbeidet forutsetter et tett samarbeid når komplekse pasientsituasjoner oppstår, noe som innebærer et arbeidsklima med konstruktiv og ærlig kommunikasjon. Utover dette forutsetter teamarbeid struktur, altså hvordan teamet er sammensatt av antall medlemmer og deres faglige bakgrunn og kompetanse. Teamarbeidet avhenger også av hva som er oppdraget, hvor oppdraget skal løses, hvor ofte og hvordan teamet møtes (Husebø & Ballangrud, 2021a, s. 25).

For at sykepleiere skal bli gode på teamarbeid, må øvelse til, og det finnes anerkjente teamtreningsprogram og simuleringstrening. Den vanligste innleggelsesårsaken til pasienter

under ett år er pustebevis, og respiratorisk syncytialvirus (RS-virus) er den vanligste årsaken til bronkiolitt hos spedbarn og små barn (Sjøbjerg, 2019, s. 127; Raab et al., 2024). Det er gjort forskning med virtual reality-simulering for å gjenkjenne pustebevis og forestående respirasjonssvikt hos pediatriske pasienter og dermed opptrapping av omsorgen (Raab et al., 2024). Mot kontrollgruppen, som skulle gjennomgå et ordinært treningsprogram, var det en signifikant større sannsynlighet for at intervensjonsgruppen gjenkjente forestående respirasjonssvikt. En systematisk litteraturstudie fant at opplæring basert på kriseressurshåndtering (CRM) og TeamSTEPPS samt noen andre opplæringsprogrammer, samlet sett viste at treningsintervensjoner for teamarbeid og kommunikasjon forbedrer kulturen for sikkerhet og pasientsikkerhet i akuttmottak og kan påvirke pasientresultatet i positiv retning (Alsabri et al., 2022).

En oversiktsartikkel av Hughes og medarbeidere (2016) finner at det er en ulempe at mange team har liten stabilitet. Med det menes at det er stor rotasjon av teamledelse, at det er forskjellig ferdighetsnivå og at teamene har kort varighet. Teamene har ellers funksjonell rollestruktur med sterk gjensidig avhengighet. Alle egenskapene påvirker utvikling, implementering og evaluering av teamtrening (Hughes et al., 2016). En annen studie beskriver helsepersonell, ansatt ved akutte sengeposter, sine erfaringer med deltakelse i teamtrening. Studien finner at helsepersonellens deltakelse og erfaring med teamtrening påvirkes av deltakernes forventninger og organisasjonskultur, og at de satte pris på treningsprogram vedrørende teamarbeid som ble iverksatt av instruktør (Eddy et al., 2016).

3.4.2 Ikke-tekniske ferdigheter

Som del av et mottaksteam for kritisk syke barn, bør en sykepleier inneha en del ferdigheter som ikke går direkte på prosedyreferdighet eller på å kunne bruke det medisinsktekniske utstyret. Ferdighetene kalles ikke-tekniske ferdigheter, og kan defineres som «kognitive og sosiale ferdigheter og personlige ressurser som komplementerer tekniske ferdigheter og bidrar til en sikker og effektiv oppgaveutførelse» (Flin et al., 2008, s. 1). Ikke-tekniske ferdigheter blir i økende grad ansett som meget sentrale for et godt fungerende team. I en artikkel som omhandler effektiv gjenoppliving av nyfødte, identifiseres viktige ikke-tekniske ferdigheter som teamsammensetning, effektiv kommunikasjon, teamledelse, hierarki, teamtrening, debriefing og fysisk miljø (Ediger et al., 2022). Teamkommunikasjon og å ha en klart definert

leder, fremheves som viktig for effektiv gjenoppliving på fødestue, mens ineffektivt lederskap fører til dårlig teamkommunikasjon (Ediger et al., 2022).

Situasjonsbevissthet i teamet blir også ansett som en ikke-teknisk og menneskelig faktor, og et krav for sikker og effektiv pasientbehandling (Weller et al., 2023; Rooholamini et al., 2022). Situasjonsbevissthet beskrives som en dynamisk prosess hvor en oppfatter signaler fra omgivelsene, forstår betydningen av dem og på grunnlag av det forutser hvordan situasjonen kan komme til å utvikle seg. Slik kan en i samarbeid planlegge neste trinn i behandlingen (Weller et al., 2023). Situasjonsbevissthet avhenger blant annet av rollene som er involvert i teamet, evnene og erfaringen til medlemmene i teamet (Weller et al., 2023). I en studie ble situasjonsbevissthet i traumeteamarbeid studert (Rooholamini et al., 2022). Resultatet ble delt inn i syv kategorier: ressursfordeling (bruke korrekt og nødvendig utstyr, omfordele personer dersom flere personer trengs til spesielle oppgaver og fordele oppgaver til rett person), forutse og planlegge, unngå fikseringsfeil (insistere på å utføre en prosedyre eller å ta avgjørelser uten å innhente og vurdere all tilgjengelig informasjon), tilkalle hjelp ved behov, prioritere oppmerksomhet, revurdere pasienten og ha en delt mental modell.

3.4.3 Rollefordeling

En stilling innebærer forskjellige roller som en medarbeider trer inn i (Lai, 2021, s. 156). Når sykepleieren, som er ansatt ved sengepost, får meldt et kritisk sykt barn, vil hun/han skifte rolle fra å være ansvarlig for inneliggende pasient til å bli ansvarlig for ankommende pasient. Å være profesjonell innebærer god rolleforståelse, som vil si at en ikke først og fremst representerer seg selv, men rollen en innehar i jobbsammenheng (Lai, 2021, s. 156). Rollen bør være klart og tydelig definert, en skal ikke være i tvil om hvilke oppgaver en har ansvar for og hvilken beslutningsmyndighet en har (Lai, 2021, s. 157). Lai (2021, s. 156-159) trekker fram fire dimensjoner for å definere roller som presenteres i det følgende:

1. *Rollesamsvar* vil si at oppgaven som skal løses samsvarer med medarbeiderens kompetansepotensial. Kompetansepotensialet er et begrep hvor betydningen av det er sammensatt av kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger. Kompetansepotensialet kan være lavt, som for eksempel kan skyldes at rollen og medarbeideren har utviklet

seg i ulik retning eller det kan være høyt, og da er det godt samsvar mellom medarbeider og rolle.

2. *Rolleklarhet* vil si at rollen, og forventningene til den, er tydelig definert. Det skal ikke levnes tvil om hvilke oppgaver og hvilken beslutningsmyndighet som ligger til rollen. Oppgavene bør være prioritert innbyrdes, slik at medarbeideren ikke blir stående i en rollekonflikt.
3. *Rollebelastning* skal ikke være større enn at medarbeideren rekker å utføre oppgaven på tilmålt tid og med ønsket kvalitet. Rollen må altså stå i forhold til tiden en har til rådighet og tilgjengelige ressurser.
4. *Rolleorientering* viser til medarbeiderens vilje til fleksibilitet innenfor rollen. Lederen er sentral for i hvilken grad medarbeidere har en fleksibel rolleorientering, indirekte gjennom sin lederstil eller direkte gjennom forventningene hun/han kommuniserer. Å kommunisere mestringstro, har vist seg har en positiv effekt på medarbeideres fleksibilitetsvilje (Solberg et al., 2021). Det er avgjørende at medarbeideren ser på seg selv som kompetent til å inneha en rolle på en proaktiv og fleksibel måte (Lai, 2021, s. 159).

Når et mottaksteam i akuttmottaket settes sammen, er det på bakgrunn av teamets tverrfaglige kompetanse hvor hvert enkelt teammedlem har sin definerte oppgave. Prosedyrer for rollefordeling og rollenes arbeidsoppgaver er lagret i sykehusenes interne kvalitetssystem, eksempelvis internprosedyren «Akutt barneteam SUS» hentet fra Stavanger Universitetssykehus sitt kvalitetssystem «EQS» (Byberg, 2022). Sykepleier som tar imot barn ved barneavdelingen skal også følge egen prosedyre utarbeidet for denne typen mottak.

3.5 Kunnskap, kompetanse og erfaring

«Barnesykepleien skal ytes på grunnlag av kunnskaper og ferdigheter. ... Barnesykepleieren skal handle faglig forsvarlig, kjenne til – og anvende faglige-, etiske – og juridiske retningslinjer» (Sjøbjerg et al., 2017, s. 6). Kunnskap defineres som viten, lærdom, erkjennelse eller innsikt (Holmen, 2022). Pasient og pårørende forventer ikke bare at sykepleieren har kunnskap, men at sykepleieren også innehar kompetanse. Sykepleieren skal vise at hun/han har oversikt og kontroll uten å gå utover eget kompetansenivå (Stubberud et

al., 2019, s. 48). Kompetanse kan defineres som en persons kunnskap, ferdigheter og holdninger og hvordan disse brukes i samspill for å utføre oppgaver og nå definerte mål. Lai (2021, s. 11) hevder at kompetanse handler om det potensialet en person innehar, ved å bruke sine egne ressurser. Kompetansen vil vise om personen er i stand til å mestre oppgaver, møte krav og oppnå mål som er definert på forhånd. Slik kan en forstå kompetansebegrepet som mer oppfattende enn kunnskapsbegrepet. For å utøve sin kompetanse er det ønskelig at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder i praksis. Forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis og pasienters kunnskap og behov utgjør til sammen det en kaller kunnskapsbasert praksis. «Kunnskapsbasert praksis (KBP) er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasienters ønsker og behov i en gitt situasjon» (Helsebiblioteket, 2021a).

Tidligere forskning på intensivsykepleieres opplevelse av å ivareta barn, viste at graden av forberedelse var avgjørende (Gravdal et al., 2020). Hvis sykepleierne var godt forberedt på eventuelle situasjoner som kunne oppstå, erfarte de å ha bedre kontroll. Hadde de derimot lite erfaring med pasientgruppen, førte dette til mye usikkerhet. De anså god opplæring som viktig, slik årlig fagdag bidro til. Et ønske fra sykepleierne, ifølge artikkelforfatteren, var hyppigere simulering. Deltakelse i planlagt simuleringsbasert teamtrening på egen barneavdeling, bidrar til behandling av bedre kvalitet og at sykepleierne blir tryggere på egne ferdigheter (Rød et al., 2017).

Tidligere forskning legger vekt på at teamtreningprogram, slik som for eksempel «TeamSTEPPS» ved en kirurgisk avdeling i Norge, fører til økt bevissthet og kunnskap i teamet. Ferdighetene som blir forbedret, beskrives som verktøy og terminologi som fremmer felles forståelse i teamsamarbeidet (Ballanrud et al., 2020). Programmet legger vekt på systematisk tverrprofesjonell informasjonsutveksling, lederskap, bruk av situasjonsbestemt overvåkningsutstyr, samt felles forståelse for ansvar og åpenhet. En systematisk litteraturstudie har funnet at intervensjoner for teamarbeid og kommunikasjonstrening har effekt på pasientsikkerhet i akuttmottaket (Alsabri et al., 2022).

4.0 Metode

Å bruke en metode betyr at en følger en bestemt vei mot målet (Johannessen et al., 2021, s. 21). I følge Neumann (2021, s. 19) er det ikke mulig å skape en vitenskapelig tekst uten å støtte seg til en metode, og forskjellig metodelitteratur er viktig fordi vi trenger et mangfold av måter å drive vitenskap på. «Metode» er spørsmålet om hvordan en fremskaffer data og «metodologi» handler om hvordan vi får data til å fortelle noe mer enn seg selv (Neumann, 2021). Å samle inn, analysere og tolke data er del av det en kan kalle empirisk forskning, og data og empiri kan brukes som synonymer (Johannessen et al., 2021, s. 21, 26). «Empiri er utsagn om virkeligheten som har sitt grunnlag i erfaring , ikke syensing» (Johannessen et al., 2021, s. 26). Metodekapittelet vil presentere vitenskapsteoretisk bakgrunn, metode, design, datainnsamling og analyse brukt i masteroppgaven.

4.1 Vitenskapsteoretisk bakgrunn

Ofte skiller en mellom tre hovedområder i vitenskap; naturvitenskap, humanvitenskap og samfunnsvitenskap, sistnevnte vokste fram på begynnelsen av 1900-tallet (Thomassen, 2016, s. 41). Paradigmer i vitenskapen handler om grunnleggende antakelser og kunnskap om verden, og det positivistiske paradigmet har sitt utspring i naturvitenskapen (Malterud, 2017, s. 26-27). Positivismen representerer en videreføring av en rendyrket form av et empirisk vitenskapsideal, der idealet er at naturfenomener kvantifiseres, eller gjøres om til målbare størrelser for så å uttrykkes i et matematisk språk Thomassen (2016, s. 73, 140). Dette er utgangspunktet for kvantitativ forskning, som har vært mye brukt innenfor medisinsk forskning.

Sykepleie anses som relativt nytt å drive vitenskap innenfor, og tradisjonelt sett har helse- og sosialfagene stått i skjæringspunktet mellom naturvitenskap, samfunnsvitenskap og humanvitenskap. På grunn av fagets bredde, vil vitenskap fra forskjellige vinkler eller vitenskaper være gunstig fordi det kan føre til relevant praksiskunnskap (Thomassen, 2016, s. 41).

4.1.1 Fenomenologi

Fenomenologien ble utviklet på 1800-tallet av flere filosofer, men Edmund Husserl (1859-1938), regnes som filosofiens grunnlegger. Betegnelsen «fenomen» kommer fra gresk, og betyr framtoning eller det som viser seg eller kommer til syne, mens «logos» betyr lære. Husserl mente at en skulle sette sin egen forforståelse i parentes og være forutsetningsløs når en skulle undersøke et fenomen (Thomassen, 2016, s. 82-83).

Med et fenomenologisk utgangspunkt vil masteroppgaven søke essensen av fenomenet (Polit & Beck, 2021, s. 32), som her er sykepleiernes egne erfaringer. Essensen av fenomenet skal beskrives så nøyaktig som mulig, også relasjoner til andre fenomener (Malterud, 2017, s. 28-29). I fenomenologiske studier, er dybdeintervjuer dataenes hovedkilde, fordi en tror at virkeligheten finnes i menneskers erfaring og levde liv (Polit & Beck, 2021, s. 165).

4.1.2 Hermeneutikk

Fenomenologen Hans-Georg Gadamer (1900-2002), som studerte induktiv fenomenologi, og mente at menneskenes fordommer kunne brukes til å utvide sin egen forståelse av et fenomen. Ordet «fordom», slik vi forstår det, har gjerne et negativt fortegn, men Gadamer brukte ordet som at vi har en forforståelse, oppfatning eller refleksjon av noe (Wifstad, 2018, s. 127; Polit & Beck, 2021, s. 166). Mens Husserl mente at vi må sette forforståelsen vår til side, utviklet Gadamer teorien videre til det vi i dag kaller den hermeneutiske sirkel (Thomassen, 2016, s. 91-93). Den hermeneutiske sirkel beskrives som forståelse som utvikler seg mellom helhet og del i det materialet vi har (Polit & Beck, 2021, s. 166).

4.1.3 Bakgrunn for valg av kvalitativ metode

Mens positivismen har sine røtter i naturvitenskaplig tradisjon, har hermeneutikken sine røtter i humanvitenskaplig tradisjon. Mens naturvitenskapen i hovedtrekk er studiet av den fysiske natur, har humanvitenskapen på sin side sitt hovedfokus på mennesket og menneskeskapte fenomener slik som for eksempel språklige uttrykk, kulturuttrykk, handlinger, historiske hendelser og lignende (Thomassen, 2016, s. 44-45). «Kvalitative metoder er

forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres. ... Metoden kan bidra til å presentere mangfold, nyanser og subjektive erfaringer» (Malterud, 2017, s. 30). En kan således se at kvalitativ forskning tilhører humanvitenskaplig retning. Tradisjonelt har det vært et skarpt skille mellom disse to vitenskapelige retningene, men en ser i dag at skillet er i ferd med å myknes opp, nye synspunkter kommer til og det er legitimt med ulike tilnærminger til forskningen (Thomassen, 2016, s. 45).

Da valget skulle tas for hvilken metode som passet best for masteroppgaven, måtte jeg ta stilling til hva jeg var interessert i å få svar på med problemstillingen min. For å bestemme forskningsmetode, må en velge den som er mest relevant for formålet (Malterud, 2017, s. 32). Da svaret var at jeg ønsket å studere sykepleieres personlige erfaringer i forhold til å ta imot kritisk sykt barn, falt valget på kvalitativ metode. Målet for kvalitativ metode er forståelse framfor forklaring (Malterud, 2017, s. 32). Metoden er velegnet for å studere meninger, holdninger og erfaringer i mindre grupper eller hos enkeltpersoner (Kvale & Brinkmann, 2015). Ved å velge kvalitativ metode, velger jeg samtidig et forskningsdesign som utvikler seg underveis i prosessen, i det en ønsker å synliggjøre synspunktene til deltakerne i studien. Synspunktene er ukjente i forkant av studien (Polit & Beck, 2021, s. 161). Metoden kan også sies, med filosofiske forutsetninger, å ha bakgrunn i fenomenologi og hermeneutikk, og forskningsdesignet vil være fenomenologisk hermeneutisk når en kombinerer begrepene.

4.2 Forforståelse

Etter ca 10 års klinisk erfaring med sykepleie til barn, og nå student i barnesykepleie, vil jeg påstå at jeg nok har relativt stor grad av forforståelse av det daglige arbeidet deltakerne i studien står i. Malterud (2017, s. 44-46) beskriver forforståelse som en ryggsekk som vi tar med oss inn i forskningsprosjektet. Sekken er fylt med de erfaringene, hypotesene, det faglige perspektivet og den teoretiske referanserammen som er satt for prosjektet. Sekken kan være en byrde på den måten at forforståelsen kan virke førende for datasamlingen og analyseprosessen, med tanke på hvordan intervjuene forberedes og gjennomføres og hvilke resultater man får ut av det (Malterud, 2017, s. 44-46). Videre kan forforståelsen også virke som en motivasjonsfaktor, det som i utgangspunktet pirret nysgjerrigheten for å velge akkurat

det temaet forskeren valgte (Malterud, 2017, s. 44-46). Begge deler er noe jeg kan relatere til. Spesielt måtte jeg passe på at jeg holdt tilbake i intervjuene, og forsøkte å stille åpne spørsmål. Dermed fikk jeg også funn som jeg var uforberedt på.

4.3 Etiske overveielser

Etikk kommer fra gresk «ethos». Det betyr «sedvane», altså læren om moral og hva som er rett og hva som er galt. Når det er snakk om forskningsetikk, handler det om verdier eller normer for hvordan forskeren skal gå fram for å regulere og organisere vitenskapelig virksomhet (Lerdal, 2021, s. 124).

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har vedtatt rådgivende forskningsetiske retningslinjer som bør ligge til grunn i et hvert forskningsprosjekt (Staksrud et al., 2021). Retningslinjene bør brukes som et verktøy som skal hjelpe forskeren og å utvikle forskningsetisk skjønn og refleksjon, bidra til å finne løsninger på etiske dilemmaer, gjennomføre forskning på en ansvarlig måte og forebygge uredelighet (Staksrud et al., 2021). Oppsummert er hovedpunktene for retningslinjene at informantene har rett til selvbestemmelse og autonomi, at forskeren er pliktig å respektere privatlivet og at forskeren har et spesielt ansvar for å forebygge skade. I forhold til dette prosjektet har det innebåret at jeg har vært nøye med få godkjenning fra alle nødvendige instanser før forskningsprosjektet kunne starte, og å informere hver deltaker om at hun/han skal kunne bestemme over egen deltakelse ved å gi et uttrykkelig informert og frivillig samtykke til deltakelse, og skal kunne trekke seg når som helst uten å måtte avgi forklaring (Johannessen et al., 2021, s. 45).

4.3.1 Søknader og godkjenninger

Alle som forsker innen medisin vil måtte forholde seg til Helsinkideklarasjonen, en verdensomspennende sentral profesjonsnorm som fungerer som en form for etisk grunnlov for forskning på mennesker (World Medical Association, 2022). Helsinkideklarasjonen setter hensynet til sårbare grupper spesielt høyt, og i Norge er det de nasjonale og regionale forskningsetiske komiteene NEM og REK som har særlig ansvar for å kontrollere forskning

på sårbare grupper (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). I Norge omfattes medisinsk og helsefaglig forskning av helseforskningsloven som har som formål å fremme god og etisk forsvarlig forskning (Helseforskningsloven, 2008). For å handle lovmessig i mitt forskningsprosjekt har det vært viktig å få godkjenning fra alle nødvendige instanser før forskningsprosjektet kunne starte. Følgende søknader ble sendt i beskrevet rekkefølge:

1. Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT) ble søkt for å vurdere om prosjektet fylte krav til personvern. Meldeskjema ble utfylt og kom raskt godkjent i retur (Vedlegg 2).

2. Etter godkjenning av meldeskjemaet hos SIKT, ble dette oversendt til Fakultetets etiske komité (FEK) ved UiA som skulle godkjenne prosjektet av to grunner. Komitéen skal føre register over universitetets forskningsprosjekter og har i tillegg ansvar for å vurdere forskningsetisk forsvarlighet (Vedlegg 3).

3. Deretter ble det sendt søknad til personvernombudet ved aktuelle sykehus som godkjente datainnsamling på vegne av sykehusene (Vedlegg 4).

4. Og til slutt måtte avdelingsledere ved de aktuelle barneavdelingene også godkjenne datainnsamlingen på vegne av sine ansatte (Vedlegg 4).

Det ble vurdert av min veileder og meg at det ikke var nødvendig å sende søknad til Regionale Etiske Komitéer, fordi datainnsamlingen ikke skulle innhente helseopplysninger.

Prosjektveilederen leste igjennom og godkjente alle søknadene før de ble sendt.

4.3.2 Personvern og informert samtykke

Det er særlig viktig at deltaker føler seg trygg på at personvern og anonymitet blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte, uten risiko for gjenkjennelse (Malterud, 2017, s. 214). Personvern er retten til privatliv og til å bestemme over egne personopplysninger (Johannessen et al., 2021, s. 47). For å bevare denne retten, ble det i forkant av datainnsamlingen utarbeidet et samtykkeskjema, med utgangspunkt i en mal fra SIKT (Vedlegg 5). Skjemaet ble gjennomgått sammen med deltakeren i forkant av intervjuet, slik at deltakeren var vel

informert om prosjektet, at det er frivillig deltakelse og at den når som helst har muligheten til å trekke seg fra prosjektet uten videre forklaringer eller konsekvenser. Skjemaet ble utdelt i to eksemplarer, ett som deltaker beholdt og ett som forsker beholdt. Først når forskeren var trygg på at deltakeren følte seg informert og hadde forstått at deltakelsen var frivillig, signerte deltakeren samtykkeskjemaet.

4.3.3 Lagring av data

Datamaterialet skal oppbevares innelåst og utilgjengelig for uvedkommende (Malterud, 2017, s. 215). Det informerte samtykket som informantene har underskrevet på, som er i papirformat, ligger innelåst på eget kontor. Disse vil makuleres når masteroppgaven er levert og sensor har vurdert oppgaven.

Det transkriberte materialet ble anonymisert og sammen med lydfilene ble det lagret i en egen fil i UiA sitt «One drive»-område etter UiAs retningslinjer for oppbevaring av personopplysninger. Kun forskningsveileder og forsker har tilgang til filen og materialet som ligger lagret her. Datamaskinen forskeren bruker åpnes med kode eller touch-knapp, og kun forskeren har tilgang til maskinen.

4.4 Datainnsamling

4.4.1 Utvalg og rekruttering

For å finne rikest mulig data for å besvare forskningsspørsmålet, er det viktig å stille seg konkrete og kritiske spørsmål om hvem en ønsker å bruke som kilde (Polit & Beck, 2021).

For meg falt valget på et strategisk utvalg av barnesykepleiere som jobbet ved to barneavdelinger fordelt på to sykehus, ett regionalsykehus og ett lokalsykehus. Det var viktig å velge sykehus som ikke var så store, da barneavdelingene her gjerne har en bredere funksjon enn på de store sykehusene. I tillegg har ikke de mindre sykehusene eget barnemottak.

Det var ønskelig å oppnå så stor grad av metning av data som mulig, det vil si at en ikke lenger får ny informasjon fra informantene og at en oppnår redundans

(overskuddsinformasjon) (Polit & Beck, 2021, s. 178). Innenfor de begrensede rammene tilgjengelige ressurser setter, ble det avgjort at utvalget forsøksvis skulle bestå av et antall på åtte barnesykepleiere.

For å undersøke om det kunne være variasjon og bredde i erfaringsgrunnet, ønsket en i utgangspunktet å intervju en gruppe ansatte med lang ansettelsestid (> 2 år) og en med kort ansettelsestid (<9 måneder). Det sistnevnte viste seg å bli utfordrende, da avdelingene som ble kontaktet, ikke hadde ansatte med så kort ansettelsestid. Avgrensingen ble derfor at det skulle være så stor spredning som mulig i ansettelsestiden. En ønsket også i utgangspunktet at studien skulle inkludere kun sykepleiere med videreutdanning innen pediatri. Dette viste seg også å bli utfordrende fordi avdelingene har relativt få barnesykepleiere ansatt. Derfor måtte en også inkludere sykepleiere uten videreutdanning.

Da alle søknader var godkjente, kunne rekruttering av deltakere til studien begynne. Jeg startet med å ta kontakt med avdelingsledere på to aktuelle barneavdelinger ved to forskjellige sykehus. Begge fikk tilsendt prosjektbeskrivelse samt et informasjonsskriv som kunne henges opp på avdelingen. Ved den ene posten var det fagsykepleier som tok ansvar for rekrutteringen, og ved den andre var det avdelingslederen som tok ansvar. Det var hele tiden god maildialog mellom forsker og de som rekrutterte. Resultatet ble et strategisk utvalg på totalt åtte sykepleiere, der fem hadde videreutdanning innen barnesykepleie, og én var under samme videreutdanning. To sykepleiere hadde ikke videreutdanning, men en av dem hadde tatt andre fag i tillegg. Det ble rekruttert tre sykepleiere fra det ene sykehuset og fem fra det andre. Ansienniteten fra en medisinsk barneavdeling varierte fra to til førti år.

4.4.2 Individuelle dybdeintervju

Datainnsamlingen ble gjennomført med individuelle dybdeintervjuer av de utvalgte sykepleierne. Ved å intervju én person av gangen, kan en tydeligere få fram den individuelle fortellingen og fortolkningen enn om en gjennomfører gruppeintervju (Skilbrei, 2023, s. 66). Når en velger denne måten å samle data på, skal en samtidig være klar over at det er meget ressurskrevende med tanke på tidsbruk. Hvert intervju tar tid å gjennomføre, og etterarbeidet er stort (Malterud, 2017, s. 140).

Dybdeintervjuer er den hyppigst brukte metoden for innsamling av data (Polit & Beck, 2021,

s. 180). Det er ulike meninger om å kalle slike kvalitative intervjuer for dybdeintervju. En bør være forsiktig med å forstå et kvalitativt intervju som en samtale der en graver seg dypere og dypere ned i materien til en til slutt kommer til bunns i deltakerens erfaringer og fortolkninger, da dette ikke nødvendigvis er tilfellet (Skilbrei, 2023, s. 66; Malterud, 2017, s. 133). Jeg velger allikevel å operere med begrepet individuelle dybdeintervjuer da dette virker som et allment kjent og mye brukt begrep.

Fordi jeg har valgt å basere datainnsamlingen på en intervjuguide (Vedlegg 6) sier vi at intervjuene er semistrukturerte. Intervjuguiden kan inneholde temaer eller åpne spørsmål en skal ha vært innom i løpet av intervjuet, og intervjuerens funksjon er å oppfordre deltakerne til å snakke fritt rundt temaene i guiden (Polit & Beck, 2021, s. 181). Altså var det ikke helt åpne og uforberedte spørsmål som i en åpen samtale, men heller ikke lukkede eller helt låste spørsmål. Intervjuguiden tillater at spørsmål, temaer og rekkefølge kan variere (Johannessen et al., 2021, s. 105). Dersom deltakerne hadde mer å fortelle enn spørsmålet rommet, kunne jeg la dem snakke fritt eller evt. stille spørsmål utenom guiden, og likeledes dersom de begynte å snakke om temaer som kom senere, kunne en hoppe over disse spørsmålene.

Under utviklingen av intervjuguiden, ble det satt opp temaer som var relevante for forskningsprosjektet. Temaene handlet om sykepleiernes erfaringer fra før, under og etter mottak, hvordan de erfarte at avdelingens rutiner for mottak fungerte og hvordan de erfarte at de hadde tilegnet seg kunnskap rundt mottak. Deretter formulerte jeg hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål som ble stående i guiden jeg brukte. Det ble også stilt et åpent spørsmål til slutt, der deltakerne fikk mulighet til å komme med egne tanker eller kommentarer dersom det var noe de følte at de brant inne med.

4.4.3 Prøveintervju

Da jeg anså intervjuguiden som ferdig utarbeidet, ble det gjennomført et prøveintervju av en medstudent. Erfaringen fra prøveintervjuet ga meg minst tre viktige erfaringer: Jeg fikk prøvd ut det tekniske utstyret, og jeg ble bevisst at jeg med fordel kunne fjerne noen spørsmål fordi det ble for omfattende og langt. I tillegg erfarte jeg følgende om intervjuteknikk: det var mer nyttig å gi meg selv tid til å lytte helt ferdig til det medstudenten hadde å si, framfor å prøve å være klar med neste spørsmål i det hun var ferdig med setningen. Det fjernet fokuset fra

medstudenten å kikke i intervjuguiden. Etter prøveintervjuet ble intervjuguiden revidert og var klar for bruk. Medstudenten min intervjuet også meg, og jeg fikk opplevelsen av å sitte på den andre siden av bordet. Dette var også nyttig, da jeg så at det ikke var nødvendig for intervjueren å prøve å være så rask med å stille neste spørsmål. Erfaringen var at opplevelsen av å bruke for lang tid, først og fremst ligger hos den som intervjuer.

Det ble et mål at intervjuene skulle vare i omtrentlig 45 minutter, og antall spørsmål ble satt opp med tanke på det.

Etter hvert som intervjuene fant sted ble det også tydelig for meg, hvilke spørsmål som jeg så på som viktigere for å besvare problemstillingen min og hvilke som var mindre viktige. Det ble også lagt til et spørsmål spesielt tilpasset sykepleierne som deltok i mottak akuttmottaket. Intervjuguiden ble således et dokument i noe endring etter hvert som intervjuene ble gjennomført.

4.4.4 Gjennomføring av intervjuer

De åtte intervjuene ble gjennomført i løpet av tre dager i desember 2023. Før selve gjennomføringen av intervjuene kunne starte, ble skjemaet «Informert samtykke» gjennomgått sammen med deltakeren og signert i to eksemplarer.

Intervjuene ble gjennomført med fysisk tilstedeværelse av forskeren og en deltaker. Jeg ønsket en rolig og avslappet atmosfære i rommet dersom det lot seg gjøre. Samler en data fra samtaler, er konteksten rundt samtale en vesentlig ramme for kunnskapsutvekslingen (Malterud, 2017, s. 133). De individuelle intervjuene ble gjennomført i møterom eller på ledige pasientrom tilknyttet barneavdelingene. Det var kun deltaker og studentforsker til stede i rommet under intervjuet, og rommene hadde, så vidt meg bekjent, ingen avlyttningsmulighet. Det eneste som avbrøt oss en gang, var en deltakers jobbtelefon. Takket være intervjuguiden, var det greit å komme tilbake på sporet igjen. Selv om det var noe støy fra gangen av og til, hadde dette ikke innvirkning på flyten i intervjuene eller lydopptakene. Fordelen med å bruke rom tilknyttet avdelingen mener jeg var større enn ulempene. Sykepleierne var på jobb da de ble intervjuet, og fikk tillatelse av arbeidsgiver til å være borte fra arbeidsplassen inntil en time. At rommet var så nært førte til at de brukte minimalt med tid på å gå til og fra. I tillegg kan det ha medvirket til at deltakerne var på et kjent sted og dermed gjorde

intervjusituasjonen mer bekvem for dem.

Lydopptak av intervjuene ble tatt opp ved hjelp av to enheter; en mobiltelefon og ett nettbrett. Begge enheter hadde opplastet den samme godkjente app'en for lydopptak ved navn «Nettskjema Diktafon». Det ble brukt to enheter, slik at jeg hadde en back up i tilfelle den ene enheten sviktet under intervjuet. App'ene ble satt i gang på likt og stoppet på likt. Å bruke lydopptak, ga meg frihet i form av at en ikke er bundet til å notere under intervjuet, men det har også sine ulemper. Når forskeren gjennomfører intervju, observeres også deltakerens non-verbale kommunikasjon, slik som ansiktsuttrykk og gester. Med unntak av tydelige verbale lyder, som latter eller gråt, vil ikke et lydopptak klare å fange opp følelser som blir uttrykt uten ord. Dokumentasjonsformen har altså sin begrensning, og blir på den måten noe ufullstendig. Det må forskeren være bevisst på, og det utfordret meg til å være aktivt lyttende underveis i intervjuet (Johannessen et al., 2021, s. 117).

På grunn av travel avdeling en av intervjudagene, hadde tre deltakere vanskeligheter med å komme ifra avdelingen for å avgi intervju. Allikevel valgte de å prioritere deltakelse. Disse tre intervjuene ble kortere enn de andre, det korteste varte i 30 minutter. Da ble det viktig for meg å velge de spørsmålene jeg anså som viktigst, og måtte dermed velge bort spørsmål som jeg anså som noe mindre viktigere. Det lengste intervjuet varte i 55 minutter, og de resterende intervjuene varte i omtrent 45 minutter.

4.4.5 Transkribering

Lydfilene som ble lagret i programmet «Nettskjema Diktafon» ble lastet inn i et annet dataprogram kalt «Nettskjema». Programvaren gjennomførte grov-transkriberingsjobben, slik at intervjuene ble lagret som transkriberte filer i programmet. Kvaliteten var varierende etter hvor mye dialekt deltakerne snakket, men sammen med lydopptakene, var det allikevel ikke vanskelig å forstå hva deltakeren hadde sagt. Teksten ble grundig gjennomlest og rettet med lydopptaket gående, slik at setningene ble fullstendige og uten betydelige skrivefeil. Noen ganger måtte jeg høre på lydopptaket flere ganger for å være sikker på at jeg hadde korrekt gjengivelse. For å sikre deltakernes anonymitet, kunne jeg valgt å fjerne deltakernes navn fra det transkriberte materialet. I stedet ble alle ekte navn erstattet med kallenavn, i tilfelle jeg skulle finne det naturlig å bruke navn i rapporten. Jeg lagde en oversikt på papir med hvilket

kallenavn som tilhørte hvem. Oversikten blir makulert ved studiens slutt.

4.5 Refleksiv Tematisk Analyse

For å forstå analyse, samt tolke og analysere datamaterialet har jeg valgt å bruke Braun og Clarkes (2022, s. 35) sekstrinnsmodell for refleksiv tematisk analyse. Braun og Clarke (2022, s. 9) ber forskeren å ta et bevisst valg i forhold til hvilken tilnærming en bruker til teori og empiri fordi resultatet av analysen vil ta ulik retning etter hvilken tilnærming en bruker. Analyse er en prosess der forskeren plasserer sitt fortolkede materiale inn i en teoretisk ramme (Skilbrei, 2023, s. 50). I kapittelets introduksjon beskrev jeg betydningen av empiri, og nå skal teorien kobles til empiri. For å enkelt forklare forholdet mellom empiri og teori kan en skille mellom deduktiv og induktiv tilnærming (Skilbrei, 2023, s. 50). Deduktiv tilnærming vil si at en legger tidligere forskning til grunn for en hypotese, for så å utarbeide et forskningsspørsmål som styrker eller svekker hypotesen (Skilbrei, 2023, s. 50). En trekker slutninger fra det allmenne til det enkeltstående. Med induktiv tilnærming menes at en trekker slutninger fra det enkeltstående til det allmenne. En tar utgangspunkt i enkeltindividet og anerkjenner at verden kan oppleves forskjellig etter hvilket ståsted en har (Malterud, 2017, s. 27). Med dette kvalitative forskningsprosjektet har jeg valgt induktiv tilnærming til forholdet mellom empiri og teori (Malterud, 2017, s. 27). Tilnærmingen jeg har valgt får konsekvenser for forskningsprosessen blant annet i form utvalg, analyse av tekst framfor tall, overførbarhet samt min egen forskerrolle (Malterud, 2017, s. 27) .

Tematisk analyse viser til at forskeren utforsker og deretter identifiserer mønstre eller temaer i kvalitative data for å finne svar på sine forskningsspørsmål eller problemstilling. Metoden er fleksibel med tanke på hvordan en går fram, prosessen er altså ikke lineær, men beveger seg fram og tilbake mellom de ulike fasene. Modellen er ment som en guide som forskeren kan bruke gjennom de ulike stadiene i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2022, s. 34-36). I ordet «refleksiv» ligger det at forskeren er seg sine egne fordommer og antakelser bevisst, og reflekterer rundt hvordan tanker og følelser kan påvirke analysen (Braun & Clarke, 2022, s. 13). Et eksempel på refleksivitet kan være egen forforståelse som ble beskrevet i avsnitt 4.2.

I en definisjon forfatterne trekker fram, brukes metaforen om at forskeren snur forskerlinsen

mot seg selv for å studere hvilken effekt en har på omgivelsene og menneskene som studeres, spørsmålene som stilles, hvilke data som samles inn og tolkningen av dem (Braun & Clarke, 2022, s. 13). Dette forstås som at forskeren, i dette tilfellet meg, har en indirekte og/eller direkte innvirkning på resultatet av datasamlingen, både gjennom møtet med deltakerne og hvordan jeg tolker svarene deres og velger å bruke dem sett i lys av min egen forforståelse og teoretiske kunnskap. Hensikten med Braun og Clarke's sekstrinns-modell, slik jeg forstår det, er å hjelpe forskeren med å tolke datamaterialet systematisk og inngående, og til slutt produsere en sammenhengende rapport på bakgrunn av dette. I kommende avsnitt vil jeg vise hvordan de seks trinnene ble brukt i min analyse av datasamlingen.

4.5.1 Fase 1: Å bli kjent med dataene

Fasen innebærer å få innsikt i, og å bli ordentlig kjent med datamaterialet (Braun & Clarke, 2022, s. 35). Jeg hadde allerede lyttet meg gjennom alle lydopptakene og leste i denne fasen gjennom den transkriberte teksten grundig, og noen også flere ganger. Det var viktig for meg å danne meg et tydelig bilde av hva deltakerne hadde sagt, og allerede da begynte jeg å ane hva som kom til å bli viktige funn for meg å ta med. Flere av deltakernes utsagn traff meg, jeg opplevde dem som sterke, og tenkte at de kom til å bli relevante for å illustrere den kommende rapporten.

4.5.2 Fase 2: Koding

Da transkriberingsjobben var gjennomført for alle intervjuene, ble filene med ferdig transkribert tekst importert til dataprogrammet NVivo (QRS, 2020). NVivo er et digitalt verktøy som hjelper til med å holde systematisk oversikt over det kvalitative datamaterialet gjennom hele analyseprosessen, og ble brukt i alle de påfølgende fasene.

I fase to går en systematisk til verks i å finne meningsbærende innhold eller enheter i setningene i det transkriberte materialet, og sette «merkelapper» på dem, også kalt kondensert meningsenhet eller koder (Braun & Clarke, 2022, s. 35). En kan kode teksten i ulike nivåer; spesifikt og detaljert eller mer overflatisk eller konseptuelt (Braun & Clarke, 2022, s. 35).

Resultatet ble over 550 koder fra datamaterialet, noen ble laget på bakgrunn av flere setninger hvor innholdet i teksten kunne samles til ett meningsbærende innhold, mens andre var mer spesifikke og var kodet bare ut av én setning. I begynnelsen brukte jeg lang tid på å bestemme meg for hvordan jeg skulle formulere meg for å lage en kort men allikevel informativ kode. Etter hvert som jeg ble mer rutinert gikk arbeidet noe fortere, men det var allikevel veldig viktig for meg å ikke overse noe informasjon. Dette ble altså et møysommelig og tidkrevende arbeid som jeg allikevel så på som grunnleggende viktig for det videre arbeidet. Kodene ble liggende under hverandre i alfabetisk rekkefølge i NVivo.

4.5.3 Fase 3: Søke og identifisere tentative temaer

I fase tre, begynte jeg å se tydeligere mønstre på tvers av dataene, og jeg kunne begynne å samle koder som delte samme grunnidé i mindre grupper som potensielt kunne gi meningsfulle temaer som svarte til problemstillingen (Braun & Clarke, 2022, s. 35). Gruppene ble kalt subtemaer. Hvert subtema fikk en egen overskrift som var relevant for innholdet i kodene. Ett subtema ble kalt «Demografiske opplysninger», og samlet opplysninger om for eksempel organisering av avdelingen. Et annet tema som ble kalt «Ikke data» inneholdt irrelevant informasjon, eksempelvis at forskeren sier «Nå har jeg skrudd på lydopptakeren». Disse to kategoriene ble ikke tatt med i det videre arbeidet. Totalt produserte jeg 17 subtemaer som jeg i ettertid arbeidet videre med i de kommende fasene.

4.5.4 Fase 4: Videreutvikle og gjennomgå temaene

Oppgaven i fase fire var å vurdere subtemaene i forhold til datasamlingen. Her gikk jeg grundig gjennom subtemaene for å se at temaene stemte godt overens med mønstrene av datasamlingen i relasjon til problemstillingen (Braun & Clarke, 2022, s. 35). Braun og Clarke beskriver fasen som spesielt viktig for å unngå at subtemaene overlapper hverandre eller er svake. Etter tredje fase hadde jeg 17 subtemaer, og vurderte det som mange. Jeg studerte tekstmaterialet igjen og fant ut at flere av subtemaene hadde overlappende innhold. Jeg kunne slå sammen flere av subtemaene, og stod til slutt igjen med 12 subtemaer. Sekstrinnsmodellen anbefalte nå å begynne å se om det utkrystalliserte seg hovedtemaer.

4.5.5 Fase 5: Avgrense, definere og navngi temaer

I fase fem skulle en finjustere analysen og sørge for at hovedtemaene en hadde valgt var tydelig avgrenset og definert. Hvert tema bør kunne fortelle sin lille historie, og bør få en slagkraftig og informativ overskrift (Braun & Clarke, 2022, s. 36).

For å finne hovedtemaer som jeg syns fungerte godt, brukte jeg min egen teknikk ved å klippe ut remser av papir med hvert subtema påskrevet. Deretter grupperte jeg papirremsene med subtemaer som jeg syns passet sammen temamessig. Da jeg var fornøyd, ga jeg gruppene overskrifter. Noen papirremser/subtemaer ble vurdert flere ganger og flyttet litt på etter dette også. Selv om NVivo kan brukes på samme måte, syns jeg allikevel det ga meg bedre oversikt å legge papirpuslespillet på et bord og flytte på remsene som jeg ville. Ut fra de 12 subkategorier utkrystalliserte det seg fire tydelig definerte hovedkategorier. Eksempel på tekstkondenseringen fra meningsenhet til hovedtema vises på neste side i tabell 2.

TABELL 2. EKSEMPEL PÅ ANALYSEPROSESSEN

Meningsenhet	Kodet meningsenhet	Subtema	Hovedtema
Så jeg føler jo ikke at jeg mister hodet og gråter, eller at følelsene tar overhånd sånn sett da. Jeg blir nok stresset, hvis jeg tenker at «åh, det er ikke sikkert at dette går», så merker jeg at jeg kan bli skjelven, men veldig fokusert på det jeg skal.	Lar ikke følelsene ta overhånd, kan bli stresset.	Skjerpene stress	Alarmen går, adrenalinet koker
Forberedelse er jo kjempeviktig, for kommer du i et mottak med et dårlig barn, og ting ikke er der du forventet at det kan være, eller du mangler noe og må løpe og finne og hente, det er klart at det øker jo stressnivået, men det øker jo også behandlingstiden, fra man får i pasienten til man får gjort det man skal, og det synes jeg er litt unødvendig. Så hvis man har tid, så er forberedelse alfa og omega.	Forberedelse forebygger stress i mottak.	Forberedelse letter arbeidet og gir trygghet	Trygghet i det forutsigbare
Det jeg synes er veldig positivt, er at det er veldig tydelig rollefordeling. Selv om det er en akutsituasjon og sånn sett litt uoversiktlig, så er det veldig tydelig rollefordeling. Alle vet hva de skal gjøre.	Tydelig rollefordeling er positivt.	Avklarte roller gir trygghet	Kaos eller kontroll – hva påvirker mottaket?
Vi oppfordrer alle de nye til å ofte sjekke utstyret på akuttrommet som vi skal gjøre en gang per vakt. Det er ofte de nye som gjør det for at de skal bli kjent og vite hvor ting er. For det er ofte de minst erfarne som blir bedt om å hente ting, men som kanskje har minst kunnskap om hvor det ligger.	Nyansatte oppfordres til å bli kjent raskt.	Tidlig opplæring gir trygghet.	Erfaring og kunnskap gir trygghet for alle

4.5.6 Fase 6: Rapportering, skrive ut analysen

Den siste fasen i tematisk analyse er å skrive en rapport. Rapporten presenteres under kapittel 5.0 Funn, og her kommer det fram hvilke temaer og subtemaer jeg valgte fra datamaterialet. Relevante sitater fra alle åtte deltakere ble satt inn i teksten for å illustrere temaene. I stedet for å bruke kallenavnene jeg hadde laget til deltakerne, valgte jeg heller å skrive deltakernummer under hvert sitat, da jeg synes det så ryddigere ut. Deltakernummerne er tilføyd under sitatene for å vise at alle deltakere er blitt sitert. Det er noe variasjon i antall ganger hver deltaker er blitt sitert, men mange utsagn er også blitt innbakt i analysen. Alle deltakere bidro med gode innspill til et rikholdig datamateriale.

4.6 Metodediskusjon

Dataenes pålitelighet er grunnleggende og essensiell for all forskning (Johannessen et al., 2021, s. 27), så også for dette forskningsprosjektet. For å vurdere kvaliteten på det valgte forskningsdesignet i denne studien, benyttes Lincoln og Gubas fem kriterier for kvalitetsforbedring av kvalitativ forskning (Lincoln & Guba, 1985; Denzin & Lincoln, 2000; Polit & Beck, 2021, s. 276-277).

4.6.1 Pålitelighet

Det første kriteriet skal sikre påliteligheten i forskningen. Det vil ikke være mulig i en kvalitativ studie å gjenskape studien i detalj, slik det vil kunne være mulig i en kvantitativ studie. Teoretisk ville det være mulig å gjenskape resultatene under de samme betingelsene med jamførbare informanter med samme erfarings- og kompetansebakgrunn. I praksis må en regne med at dette kan by på utfordringer fordi betingelser som arbeidsmiljø, endringer på arbeidsplassen, grunnleggende samfunnsmessige endringer og lignende kan endre seg over tid og kan være vanskelig å gjenskape. Som forsker har jeg mitt eget erfaringsgrunnlag, og ingen kan tolke dataene på samme måte, men det skal være mulig for en annen å sette seg inn i studien gjennom en åpen og detaljert beskrivelse forskningsprosessen. Det skal være mulig å spore dokumentasjon av data, metoder og avgjørelser for hele prosjektet, derunder også funn (Johannessen et al., 2021, s. 255-259). Underveis i prosjektet, loggførte jeg fortløpende hva

jeg gjorde, slik at det skulle bli lettere å huske når jeg senere skulle skrive oppgaven. Jeg har, på tross av nevnte utfordring kvalitative studier står overfor, etter beste evne forsøkt å presentere hele forskningsprosessen i kapittel 4.0. For å sikre pålitelighet, hevder jeg at beskrivelsen av metode og de avgjørelser som ble gjort er nøyaktig beskrevet, slik at fremskaffelsen og analysen av data skal kunne forstås av en leser.

4.6.2 Troverdighet

Det andre kriteriet er å sikre troverdighet i kvalitative undersøkelser. En må kunne vise til at framgangsmåten og funnene gjenspeiler studiens mål og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2021, s. 255-259). Vedvarende observasjon og triangulering er to teknikker som, i følge Lincoln og Guba (1985) øker sannsynligheten for at forskningens funn er troverdige. På grunn av egen forforståelse for fenomenet, trengte jeg ikke å bruke tid på vedvarende observasjon for å kunne skille relevant fra irrelevant informasjon. På denne måten kan min forforståelse ha bidratt til å øke troverdigheten. Metodetriangulering, betyr å sikre verdien av funnene og analysen ved bruk av flere metoder (Skilbrei, 2023, s. 79, 88-89). Av ressursbegrensede årsaker, ble ikke metodetriangulering brukt i dette forskningsprosjektet. Funnene ble heller ikke tilbakeført til informantene i etterkant, slik at funnene kunne bekreftes, og begge disse faktorene kan bidra til å svekke troverdigheten noe. Derimot ble funnene nøye gjennomgått av min kompetente veileder, slik at jeg ikke var alene i prosessen, noe som igjen kan styrke troverdigheten.

4.6.3 Bekreftbarhet

Det tredje kriteriet tilsvarer det som i kvantitativ forskning kalles objektivitetskriteriet (Johannessen et al., 2021, s. 255-259). Det handler om at forskeren holder seg objektiv i den grad det er mulig i en kvalitativ studie. Forskeren skal beskrive alle beslutninger i forskningsprosessen, slik at det er mulig for leseren å følge og vurdere beslutningene (Johannessen et al., 2021, s. 255-259). Analysen i denne studien ble gjort på grunnlag av deltakernes tanker og meninger. Alt som ble sagt ble tatt opp på lydopptaker, for så å bli transkribert og analysert. Jeg har forsøkt å være bevisst på at deltakernes utsagn skulle

gjenspeiles i analysen. Noen sitater ble også valgt ut til rapporten, slik at bekreftbarheten ble ytterligere styrket og viser til nøyaktig gjengivelse av deltakernes utsagn.

4.6.4 Overførbarhet

Det tredje kriteriet berører forskningsresultatenes anvendelighet i andre relevante sammenhenger (Johannessen et al., 2021, s. 255-259). I kvantitative studier snakker en om generaliserbarhet, i kvalitative studier snakker en om overføring av kunnskap til sammenlignbare kontekster – miljøer, arbeidssituasjoner og kompetanseområder. For å vise til at dette forskningsprosjektet har overførbarhet, kan vi se nærmere på utvalget av deltakere (Skilbrei, 2023, s. 88). I innledningen til kapittel 5.0 Funn, vil en se at utvalget bestod av sykepleiere med relevant kompetanse og erfaring i forhold til besvarelse av problemstillingen. I tillegg valgte jeg å intervju sykepleiere som var ansatt ved to barneavdelinger som hadde ulike måter å ta imot barn på. På denne måten kan en kanskje hevde at overførbarheten er bredere enn dersom datainnsamlingen kun hadde foregått ett sted. Jeg mener at deltakerne gav meg et rikt erfaringsgrunnlag å bygge funnene i masteroppgaven på. Funnene er relevante og derfor overførbare til andre avdelinger som behandler kritisk syke barn.

4.6.5 Autensitet

Det femte kriteriet utfordrer forskeren i å rapportere funnene i en tekstform som gir leseren mulighet til å leve seg inn i forskningsobjektets stemninger, språk og erfaringer (Polit & Beck, 2021, s. 277). For å sette leseren inn i sykepleiernes erfaringer har jeg inkludert sitater fra intervjuene i kapittelet der funnene presenteres. Gjennom sitatene snakker deltakerne direkte til leseren og gir leseren et inntrykk av hvordan det erfares å være mottakssykepleier på medisinsk barneavdeling eller i barneteam.

4.6.6 Kvalitetsvurdering

I det følgende vil erfaringer, skjevheter, avvik og oppfatninger som kan ha påvirket

tilnærmingen til og fortolkningen av prosjektet presenteres.

Som uerfaren forsker, men erfaren kliniker, må en være spesielt oppmerksom på at egen forforståelse må begrenses i møte med deltakere (Malterud, 2017, s. 44-46). Jeg prøvde å forberede meg slik at intervjuguiden inneholdt åpne spørsmål, og å være tilbakeholden med å stille ledende spørsmål underveis i intervjuene.

Jeg har gjennomført forskningsprosjektet alene, som både kan ha fordeler og ulemper. En fordel i forhold til gjennomføringen av intervjuer, kan være at en ikke risikerer kunstige forskjeller i analyseprosessen fordi at man har oppfattet deltakerne forskjellig (Hem et al., 2021, s. 127). En ulempe har vært at jeg i liten grad har kunnet diskutere prosessen og egne synspunkter med medstudenter.

Jeg valgte å intervju deltakerne enkeltvis. Alternativt kunne jeg valgt å gjennomføre fokusgruppeintervju for å besvare problemstillingen. Dette kunne også ha vært nyttig, i det fokusgruppeintervju er spesielt godt egnet dersom en vil studere erfaringer, holdninger eller synspunkter i forhold til miljøer der mange personer samhandler (Malterud, 2017, s. 138). I en mottakssituasjon av et kritisk sykt barn vil dette være veldig aktuelt, men jeg valgte det bort av to grunner spesielt. Den første grunnen var fordi jeg som studentforsker er uerfaren som intervjuer og et en-til-en intervju ville kunne føles mindre utfordrende enn å intervju en hel gruppe av gangen. For det andre ønsket jeg å gi deltakeren mulighet til å fortelle historier og erfaringer som vedkommende kanskje ikke hadde hatt tid til eller lyst til å dele i et gruppeintervju.

Det hadde vært mulig å gjennomføre intervjuene digitalt, men som uerfaren intervjuer ønsket jeg å møte deltakerne og få en mer helhetlig opplevelse av situasjonen. Personlig kan jeg få opplevelsen av at digitalt møte kan være mer formelt og stressende, noe som kanskje kunne påvirke resultatet.

Rekruttering av deltakerne bør gjøres av en person som har oversikt over ansiennitet og som kjenner sykepleierne på den måten at hun/han mener de kan klare å sette ord på tankene de har om problemstillingen. Fagsykepleier er å foretrekke til slikt arbeid i forhold til for eksempel de ansattes leder, da dette kan føre til at den ansatte føler seg presset til å delta (Skilbrei, 2023, s. 127). I min studie var det en fagsykepleier og en avdelingsleder som stod for rekrutteringen, jeg har ikke holdepunkter for å si om dette har påvirket resultatene.

Allikevel var alle deltakere positive og prioriterte for eksempel deltakelse da avdelingen var travel. Dette kan tyde på de var interesserte i å delta og at de stilte opp etter eget ønske.

Utvalget bestod av både barnesykepleiere og sykepleiere med grunnutdannelse. Det kan

tenkes at resultatet av intervjuene hadde blitt et annet dersom det kun var barnesykepleiere som hadde blitt intervjuet, så det må en ta høyde for. Selv opplevde jeg at metning ble oppnådd i svarene.

Jeg kjente ikke deltakerne på forhånd, med unntak av en deltaker som jeg studerer sammen med. Denne deltakeren ble i god tid informert om at det var jeg som skulle intervjuer henne, og fikk samtidig muligheten til å trekke seg. Vi har ikke hatt kontakt utover skolearbeidet, og det ble vurdert av partene at deltakeren kunne inkluderes i studien. Utover denne deltakeren var jeg verken kjent med sykehusene eller deltakerne. Dette bidrar til at deltakerne kan oppfatte forskeren som objektiv, og tillater at de kan snakke fritt uten å holde igjen informasjon i engstelse for at det kan få følger. Jeg, som forsker, gjorde det jeg kunne for å etablere en trygg ramme og vise respekt overfor deltakerne.

En skal være bevisst på at skjevheten som kan oppleves av deltaker mellom forsker og deltaker, kan påvirke kvaliteten på resultatene. Samtidig fant intervjuene sted i tilknytning til deltakernes arbeidsplass, som kan ha ført til at deltakerne følte seg mer komfortable i situasjonen.

Det finnes åpenbare ressursbegrensninger i et masterprosjekt. Dette prosjektet har ingen økonomisk støtte, og det er streng tidsbegrensning i forhold til gjennomføring av oppgaven. Derfor har en ikke mulighet til å samle inn data over lengre tid. I tillegg til forskerens begrensede tid, har også deltakerne begrenset tid i forhold til fravær fra avdelingen. Noen av deltakerne hadde det spesielt travelt på avdelingen den dagen intervjuene ble gjennomført. Det resulterte i at to av intervjuene hadde varighet på 30 minutter, og forskeren måtte velge ut sine mest relevante spørsmål til disse deltakerne. Jeg mener at dette ikke har påvirket metningen i studien.

Av forskningsartiklene som ble inkludert i oppgaven, var mange av dem skrevet av forskere fra land fjernt fra Norge. En bør være bevisst på at det kan være kulturforskjeller, som kan føre til andre resultater enn det ville blitt i Norge.

Det siste punktet som er aktuelt å presentere er begrensninger av transkribering i dataprogrammet «Nettskjema». Lydopptakene ble automatisk transkribert, og en kunne se tydelig forskjell på kvaliteten av transkriberingen i forhold til hvilken dialekt deltakeren snakket. Østlandsk var enklest for programmet å forstå. Forskeren opplevde allikevel verktøyet som godt og hadde ikke noen større problemer med å forstå deltakernes ytringer.

5.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil fokuset være på funnene som kom fram av dataanalysen som ble gjort av intervjuene. En ser at mange faktorer spiller inn for hvordan mottak av kritisk sykt barn erfares. Her vil sykepleiernes stemme løftes fram, og sitater fra intervjuene illustrerer funnene. Utvalget bestod av åtte sykepleiere, der fem hadde videreutdanning innen barnesykepleie, og én var under samme videreutdanning. To sykepleiere hadde ikke videreutdanning, men en av dem hadde tatt andre fag i tillegg. Det ble rekruttert tre sykepleiere fra det ene sykehuset og fem fra det andre. Ansienniteten fra medisinsk barneavdeling varierte fra to til førti år.

Funnene presenteres i en kategorisk framstilling, med fire hovedkategorier. Kategoriene har jeg kalt “Alarmen går, adrenalinet bruser”, “Erfaringer fra mottaksrommet”, “Trygghet i det forutsigbare” og “Erfaring og kunnskap gir trygghet for alle”. Kategoriene dreier seg om sykepleiers erfaringer med håndtering av stress, erfaringer om hva som gjør at selve mottaket er velfungerende, erfaringer av hva som bidrar til trygghet og til slutt en kategori om hva sykepleierne erfarer at kunnskap og erfaring på området bidrar til. Hovedkategoriene har flere underkategorier som blir omtalt.

5.1 Alarmen går, adrenalinet bruser

Deltakerne i studien erfarte at de som regel kunne kjenne på pulsøkning da de fikk meldt et kritisk sykt barn til avdeling eller akuttmottaket, og noen betegnet dette som stress. Stresset ble utløst av ulike årsaker. Mange erfarte at stresset gjorde dem fokuserte på oppgaven som ventet dem.

5.1.1 Skjerpende stress

Flere sykepleiere erfarte at når de fikk meldt et kritisk sykt barn til avdelingen eller akuttmottaket, var det ofte slik at en fysisk og psykisk reaksjon meldte seg; de erfarte at pulsen steg og at adrenalinet fungerte slik at de ble stresset eller skjerpet eller begge deler. De

fleste erfarte at de ble fokuserte på arbeidsoppgavene som hadde med mottaket å gjøre.

«Men at du er litt mer med på å bidra og tenke gjennom hva som kan skje og prøve å være litt i forkant hvis man klarer. Så jeg ser på det egentlig som positivt. At man blir litt påskrudd. At det er lettere å jobbe godt og effektivt, som ofte er en god ting.» (Deltaker 6)

Deltakerne erfarte at en aldri helt vet hva som venter en når det blir meldt et kritisk sykt barn til posten eller akuttmottaket. Det kunne virke nervepirrende å bare ha noen få opplysninger å gå ut ifra. Noen prøvde å se framover og tenke på hva som kunne bli verst tenkelige utfall av situasjonen og forberede seg på det.

«Så man blir jo litt kontrollert stresset, på en måte. Jeg kjenner jo litt på at nå må jeg stå sette meg litt på hva som helst, tusle bort der, kanskje ha litt høy puls, kanskje rekker å hive i meg et glass saft, jeg aner ikke om jeg skal stå der i fem minutter eller halvannen time, bare for å være litt på.» (Deltaker 8)

5.1.2 Frykt for egen utilstrekkelighet

Flere erfarte at stresset ble utløst av frykten for at en selv ikke er rask nok eller frykten for at en gjør feil. Spesielt var sykepleierne som deltok i barneteamet i akuttmottaket, opptatt av medikamenthåndtering og følte på et ekstra ansvar for blandekortene som er spesielt utviklet for barn. I akuttsituasjoner benyttet sykepleierne medikamenter som de ellers ikke bruker, og følte seg dermed mindre kjent med dem. Frykten for å gjøre regnefeil, fortynningsfeil eller administreringsfeil var til stede hos flere. Av og til måtte sykepleierne også administrere medikamentene selv, selv om det gikk utenfor deres ansvar i akuttmottaket.

«Ja, jeg føler jo et voldsomt ansvar da. Utenom barnelegene er jeg der som sykepleier som kan medisiner på barn, og sykepleierne der [akuttmottak] strekker seg veldig til meg for å spørre «hvordan skal vi gjøre det?» Så jeg føler jo ansvar for medisinene og administreringen av dem, selv om jeg bare skal kontrollere. Og når jeg sier at ting er klart, så er det ikke gitt at det er noen andre som gir dem. Det er ofte at det blir meg også.» (Deltaker 8)

5.1.3 Negativt stress kan håndteres

Sykepleierne i studien beskrev ulike erfaringer i forhold til hvordan de valgte å håndtere sine egne opplevelser av stress, og kollegaers stress, i mottakssituasjon. Noen opplevde at stress ikke ble utløst fordi det var ro innad i temaet. Andre deltakere erfarte at når de opplevde kollegaer som stresset, kunne tiltak være avhengig av hvilken stilling kollegaen hadde i mottakstemaet. Dersom kollegaen som var stresset hadde høyere stilling enn deltakerne, eller hadde en stilling som gjorde at vedkommende bare kom inn for å utføre en oppgave for så å forlate rommet igjen, erfarte deltakerne at det kunne føles ukomfortabelt å forsøke å støtte eller avlaste. Flere deltakere erfarte da at de heller valgte å fokusere på å jobbe enda roligere selv i håp om at det kunne smitte over på kollegaen. Dersom en stresset kollega hadde tilsvarende stilling eller mindre erfaring enn en selv, erfarte deltakerne at det kunne fungere å avlaste den andre med oppgaver eller gi konkrete oppgaver for å hjelpe han/henne med å dra fokuset over på noe som vedkommende følte mestring ved.

«...i hvert fall hvis du har en kollega som er litt stressa, så blir det sånn, ok, jeg trenger bare at du gjør klar den veneflonen, du finner det sånn, sånn, sånn, sånn... og så prøver jeg å gi litt korte og konsise meldinger, sånn at de får gjort det, du får den hjelpen du trenger, og de blir ikke overveldet. De får en oppgave og føler de klarer å håndtere den.» (Deltaker 1)

Flere som deltok i studien erfarte at de ble stresset selv i mottakssituasjon, og flere tiltak for å roe seg ned ble trukket fram. Å få en beroligende hånd på skulderen, en kort pustepause der man fortalte seg selv at dette går fint eller å tenke på at man egentlig kan dette og stole på egne evner var gode tiltak. En hadde blitt mer bevisst gjennom videreutdannelsen sin, på at en ikke får jobbet fortere enn den tiden det faktisk tar å gjøre oppgaven.

«Det er nok også en ting jeg har kjent mer gjennom masterstudiet, at man vet at det er bedre å ta det rolig i det tempoet som det tar. For man får ikke gjort det raskere, da blir det feil. Det må man bare kommunisere tydelig. Er man i en akuttsituasjon der det trengs kjapt, så får jeg ikke gjort noe raskere enn det man får gjort uansett.» (Deltaker 4)

5.1.4 Egne følelser kommer i andre rekke

De fleste sykepleierne fortalte at de hadde erfart at en kunne bli følelsesmessig påvirket av stresset og de emosjonelle opplevelsene en opplevde i en mottakssituasjon. Det kunne for eksempel forårsakes av sterke følelser hos pasientens pårørende, at en opplevde noe som minte dem om egen familie, eller at en forstod at mottaket ikke kom til å ende godt.

«Jeg kan jo huske en gang at det kom inn en femåring, og så hadde han akkurat like støvler som mitt eget barn. Så de støvlene sto liksom på gulvet, og da kommer du plutselig veldig nær. Da assosierer du det litt mer til dine egne barn, for eksempel. Det trenger ikke alltid være det samme, men det er bare et eller annet der som... Hvis du linker det til noe personlig, da kan du få en reaksjon.» (Deltaker 3)

Samtidig fortalte de at en der og da ikke kan la følelsene få slippe til fordi en må beholde fokuset på jobben sin.

«Og så kan jeg ikke la meg vippe meg av pinnen selv om man kan kjenne på følelser. I forhold til det, så må jeg gjøre det som skal til, for at en kommer videre og får den behandlingen en skal.» (Deltaker 5)

Mange deltakere hadde erfart at de etter et stressende mottak kunne kjenne på frustrerte eller triste følelser, eller lurte på hva andre i mottaket hadde gjort mens de selv var fokuserte på egne oppgaver. De hadde erfaring med at avdelingsleder eller enkeltstående sykepleiere som hadde følt behov for det, hadde innkalt til debrief etter utfordrende mottak eller mottak der utfallet for pasientens del ble fatalt. To av sykepleierne hadde foreløpig ikke deltatt på mottak der en følte behov for debrief etterpå, men de fleste hadde derimot god erfaring med det.

«For min egen del er jeg alltid like overrasket over hvor fattet jeg klarer å være. Men der og da er en på en måte relativt drillet på hva man skal gjøre. Da gjør man det litt på automatikk, og så kommer reaksjonen etterpå. Da er det alltid fint å ha en debrief.» (Deltaker 6)

Noen mente til og med at det burde være et generelt krav om debrief etter team som ikke gikk helt som det skulle, både for å få luftet egne tanker og følelser og for å høre hvordan andre opplevde mottaket. Debrief kunne bidra til å forebygge at stressende tanker fikk grobunn til å

bygge seg større. De erfarte at dersom en skal kunne arbeide på en barneavdeling, er en nødt til å prosessere opplevelsene på veien.

«Men så er det noe med det å, hvis en skal stå i dette yrket, at en ikke tar med seg alt videre i bagasjen. At en får prosessert det ferdig, sånn at det ikke blir bagasje. Det tror jeg er veldig viktig.» (Deltaker 1)

5.2 Kaos eller kontroll –hva påvirker mottaket?

Sykepleierne erfarte at det var mange faktorer som påvirket mottaket av et kritisk sykt barn. Et mottak kunne oppleves kaotisk eller kontrollert avhengig av teamlederens lederstil, fordeling av roller generelt og hvordan kommunikasjon og samarbeid fungerte mellom pasient, pårørende og personell.

5.2.1 Avklarte roller gir trygghet

Deltakerne erfarte at rollefordelingen i et team var viktig. Deltakerne fortalte at det er barnelegen som er teamleder i mottak av kritisk sykt barn, og dette gjelder for begge sykehus hvor datainnsamlingen foregikk. De erfarte at teamleder har en stor del av æren for hvordan teamet fungerte og hvordan man samarbeidet. En utydelig eller usikker teamleder, kunne derimot påvirke teamet negativt.

«Hvis man ikke får tid til å ha en kjapp gjennomgang med hva vi kan forvente, hva skal gjøres klart, hvem er teamleder, hvilken lege skal ta styringa. Noen ganger har man både overlege og LIS, og hvis det er litt uklart hvem som egentlig styrer dette, så overføres jo det til resten av teamet. Det blir litt for mange kokker, noen ganger så melder anestesilegen seg på, og at det blir litt for mange meninger uten at.... at man ikke følger algoritmen i riktig rekkefølge.» (Deltaker 6)

Sykepleierne erfarte at det ga en dårlig opplevelse å være i mottak hvis ingen tok tydelig lederansvar, men i motsatt fall ga det en følelse av kontroll. Hvis lederen var tydelig på hvem

som skulle gjøre hva, var det lettere å være i forkant og tenke på hva som kom til å bli neste steg. Det var en positiv opplevelse.

«Men det er jo bare en følelse av at de mottakene man husker som positivt, så har det vært veldig kontrollert. Vi har følelsen av at vi har kontroll på en måte.» (Deltaker 7)

Sykepleierne hadde ulike erfaringer etter om sykepleieren deltok i mottak ved barneavdelingen eller om sykepleieren deltok i akuttmottaket. Alle var enige om at det var viktig med avklarte roller, men sykepleierne som jobbet med mottak i avdelingen, erfarte at de hadde mer uskrevne regler for rollefordelingen. De fortalte at det som oftest bare var én sykepleier som tok imot også de nokså dårlige pasientene. Dersom det var behov for assistanse, måtte sykepleieren selv tilkalle den hjelpen det var behov for, og sånn sett var rollene allerede avklarte. Fra en temadag hadde det kommet fram at det var flere av de nye sykepleierne som ikke var klar over at det fantes en arbeidsfordeling i et mottak på post, og mente de hadde et forbedringspotensial i å drive opplæring i dette. Det fantes også blant deltakerne usikkerhet i forhold til om de hadde en klar rollefordeling i akuttsituasjoner i mottak på post. Sykepleierne mente det uansett ble en naturlig fordeling fordi kollegaene kjente hverandre og visste hvilke oppgaver som skulle dekkes. Deltakeren mente allikevel at det kunne være nyttig å ha en skriftlig prosedyre, mens to barnesykepleiere var tydelige på at de mente det ikke var behov for skriftlig prosedyre for rolleavklaring på barneavdelingen.

«Man strekker seg langt for å hjelpe. Det akutte må jo alltid prioriteres. Så får heller den medisinen til den andre pasienten bli litt forsinket. Ja, for du tar det som er viktig. Så jeg tror ikke du trenger egentlig noe rollefordeling her. Det er en som tar imot det du fordeler, og så tar man det derfra.» (Deltaker 3)

I akuttmottaket, derimot, var rollene helt avklarte, og det ble erfart som trygt.

«Og når vi har barneteam her, så har vi jo tildelte roller, og det gjør det også tryggere. Så hvis jeg ikke helt vet hva som er min rolle, så mister jeg litt kontrollen, og det kan oppleves mer utrygt da.» (Deltaker 2)

5.2.2 Tydelig og respektfull kommunikasjon – nøkkelen til tillit

Sykepleierne beskrev hvordan de hadde erfart at kommunikasjonen kollegaer imellom kunne bidra til at mottaket opplevdes trygt og kontrollert. Til tross for at mange ansatte samarbeidet ved mottak av et kritisk sykt barn, kunne stemningen være rolig og det opplevdes godt. Flere erfarte at en tydelig, men allikevel høflig tone i kommunikasjonen bidro til at stressnivået ble holdt lavt. Videre kunne en god tone også ellers i det daglige arbeidet lette kommunikasjonen i akutsituasjoner. Kommunikasjonen med pasienten ble også trukket fram som viktig for å opprette tillit.

«Så det er jo viktig med den kommunikasjonen og i forhold til tillit til pasienten, så mye som en kan, da, i starten. Få en god samhandling helt fra starten.» (Deltaker 5)

Barnesykepleierne, som hadde mottak på barneavdelingen, erfarte det første møtet med pasienten som verdifullt. De mente at mottaket hadde stort potensiale med tanke på å trygge og ivareta barnet. En kunne prøve å ta seg tid til å forebygge frykt for sykehus, nåler og prosedyrer, fordi mange av oppgavene i et mottak ikke bare var rent medisinske. Kommunikasjonsformen kunne også virke mot sin hensikt, erfarte de, og gjøre pasienten utrygg.

«Jeg hadde senest denne uka en alkoholintoks på en 14-åring som var veldig kaotisk og lite sammenhengende, og det sto fire-fem stykker over ham og snakket med hverandre, og ikke med han. Han ble veldig utagerende på grunn av at ingen pratet med ham. Så det ble en dårlig opplevelse for han, i stedet for at man inkluderer han.» (Deltaker 6)

Deltakerne hadde erfart hvordan samarbeidet de ansatte imellom kunne påvirke effektiviteten av mottaket. De fleste sykepleierne erfarte at de hadde godt samarbeid på posten og at de hjalp hverandre når det var behov. Det var viktig å prioritere det mest akutte, og flere erfarte at en tok dette på alvor, slik at en satte mindre viktige oppgaver til side. Men også samarbeidet med barnet og pårørende kunne gjøre et mottak til en dårlig eller god opplevelse for både pasient, pårørende og sykepleieren selv.

«Hvis barnet er veldig redd, og man ikke får forklart hva som skal gjøres, og ikke får prøvd å roe ned barnet og få dem til å spille på lag, så kan det bli en dårlig opplevelse. Jeg føler at de

gangene hvor pasienten blir overkjørt av enten lege eller sykepleier, at det skjer ting som de ikke er helt forberedt på, så kan det fort bli dårlige opplevelser og at man blir redd. Og så sitter det igjen ofte resten av innleggelsene, kanskje lenger.» (Deltaker 6)

Å gjennomføre sykepleie til pasienter som ikke ville samarbeide ble erfart som spesielt vanskelig. Flere tenkte på hvordan mottaket kunne gjennomføres mer effektivt gjennom samarbeid med pasienten. Et barn som er veldig redd vil være vanskelig å samarbeide med, og en erfarte da at det lønte seg å prioritere å bruke tid på å trygge barnet.

«Og jeg tror nok det jeg synes er mest vanskelig er mottak med tvang, for eksempel, det kan og gi meg frysninger, du får en vond følelse når du vet at, spesielt hvis det er livsviktig, det er noe som er nødt til å gjøres, samme om det er vondt. Vi har ikke muligheten til å vente på at du skal gi denne Midazolamen, eller gi noe som er noe som beroliger barnet på en annen måte, så må du jo bare prøve å bruke det du har.» (Deltaker 4)

5.2.3 Underbemanning skaper usikkerhet

Sykepleierne hadde erfart at det kunne være for dårlig bemannet på avdelingen deres til at en klarte å gjennomføre mottak der alle oppgaver ble fylt, og at følelsen av å være alene eller for få i situasjonen kunne oppleves stressende og utrygt. Deltakerne erfarte at underbemanning ofte kunne gå ut over oppgaver i mottaket som for eksempel gjaldt å støtte foreldrene eller å dokumentere arbeidet underveis. Noen erfarte at de kunne kjenne på ubehag knyttet til om de fikk den hjelpen de trengte eller ikke, da de visste at det var få folk på jobb og at samtidighetskonflikter kunne oppstå.

«Nei, altså det går jo stort sett greit. Hvis det er veldig travelt. Det er jo ikke alltid sånn supermange på jobb. Men som sagt, man prioriterer det som er akutt. Det må man bare.» (Deltaker 3)

5.3 Trygghet i det forutsigbare

Samtlige sykepleiere som deltok i studien hadde erfart på forskjellige måter at det kjente var det trygge; det være seg å kjenne rommet og utstyret, i forholdet til kollegaer eller det å ha størst mulig forforståelse av hva som kunne komme til å skje i mottaket. Å være kjent førte til en større ro både personlig og i situasjonen.

5.3.1 Forberedelse letter arbeidet og gir trygghet

Å ha tid til å planlegge mottaket erfarte sykepleierne som trygt; å få vite hva og hvem som var meldt og legge en plan i samarbeid med legen. Noen ønsket å forberede seg ved å logge seg inn i journalen og lese om pasienten, mens andre kunne bruke tiden på å lese seg opp på prosedyrer en følte seg usikker på.

«Da ville jeg brukt tiden min på å få mest mulig informasjon, og vite min rolle og få oversikt om det er noe vi skal finne frem eller gjøre klart før barnet ankommer. (...) Ja, det som gjør et mottak til en positiv opplevelse er at man har litt tid til å snakke litt sammen vi som skal være der, om hva som kommer, hva vi kan forvente, hva det er viktig at vi har klart.» (Deltaker 7)

Noen hadde erfart at dersom de fikk tid til å tenke igjennom aktuelle medisiner, eller til og med begynne å gjøre i stand medisinene til mottaket, førte dette til mer effektivitet og mindre stress.

«Er det noe jeg ikke helt husker, så prøver jeg å slå opp og lese litt. (...) Så litt avhengig av hvor mye tid vi har, så er det å tenke hva er potensielle medisiner, så jeg prøver å lese meg opp og samle litt kunnskap, og så fordele roller med de jeg skal ned [til akuttmottaket] med.» (Deltaker 2)

5.3.2 Kjente rammer skaper trygghet

Mange av sykepleierne trakk fram erfaringene med at de følte seg tryggere i mottakssituasjon dersom de kjente kollegaene sine godt, for da visste de hvor de hadde hverandre. De synes det

var lettere å kommunisere, de trengte færre ord da de skulle fordele oppgaver og de syns det ble mindre anstrengende.

«Hvis du har en du har god kjemi med, går godt overens med, så er det jo og ofte lettere å kommunisere. Kanskje trenger man ikke si like mange ord, fordi man kjenner hverandre bedre. Sånn at ting... en vet litt automatisk hva den andre forventer, og hva er sin rolle. Kanskje har en stått i en mottakssituasjon før sammen og evner å se, ok, nå mangler vi å gjøre det, da tar jeg meg av det.» (Deltaker 1)

Spesielt sykepleierne som primært deltok i barneteam, hadde erfart forskjellen på å stå i akuttsituasjon med kollega en kjenner godt i motsetning til kollega en ikke har truffet før.

«Jeg har for eksempel en medkollega som både jobber i barnepost og akuttmottak. Så i det øyeblikket hvor vi havner på samme barneteam, så slippes jo mine skuldre ned med en gang. Og jeg tenker at dette er plankjøring, fordi her kjenner vi hverandre, vi vet hvor vi har hverandre, vi snakker litt det samme språket i forhold til barn og utstyr. Så det er klart at det er kjempeforskjell på om jeg møter akkurat henne i et barneteam, eller hvis det er en som jeg aldri har sett før.» (Deltaker 8)

Den samme deltakergruppen hadde også erfaring med at teamleder, som da er barnelege, av og til heller tok direkte kontakt med barnesykepleier enn de som var ansatt i akuttmottaket, fordi han eller hun kjente dem bedre. Dette forklarte deltakerne kunne føre til at en ble dratt ut av sin rolle i mottak.

Deltakerne erfarte at jo bedre kjent i lokalet en var, jo flere usikkerhetsmomenter kunne en eliminere. I akuttsituasjoner hadde de erfart at det kunne være travelt og uforutsigbart, og da følte det ubehagelig og utrygt å ikke kjenne rommet og hvor utstyret befant seg.

«Men hvis det er kritisk sykdom, så er det jo ofte sånn at det skjer veldig fort. Så det går jo på mye på trygghet fra før, tenker jeg. Trygghet i forhold til å kunne utstyret, og at du ikke skal bli så stresset. Kan du ikke det, så vil du jo bli mye mer stresset, tenker jeg.»
(Deltaker 5)

Å være et sted man ikke var så godt kjent, f.eks. i akuttmottaket, kunne føles greit så lenge en

ikke var mer involvert i pasienten enn det rollebeskrivelsen tilsa. Men dersom det var forventet at en skulle være mer “hands on” pasienten ville det være behov for opplæring av hvor utstyret befant seg.

5.4 Erfaring og kunnskap gir trygghet for alle

Videreutdannelsen og/eller generell erfaring hadde tilført sykepleierne kunnskap som igjen hadde gitt dem trygghet til å stå i sitt daglige virke. Erfaringene de hadde gjort seg gjennom sine år på sengeposten, hadde også ført til at de så behovet for noe de ikke hadde per i dag, nemlig et eget barnemottak.

5.4.1 Kunnskap og erfaring skaper trygghet

Flere av deltakerne fortalte at de bruker det de kaller for Klinisk Stige på post, et opplæringsprogram som trinnvis bygger videre på det en har lært. I begynnelsen får en, ifølge deltakerne, være med på situasjoner som observatør og bidra med små eller etter hvert større ting når en føler seg trygg på det. På tross av dette, erfarte sykepleierne at de ble nervøse de første gangene de deltok i mottak av kritisk sykt barn. Erfaring har gjort at de ble tryggere på situasjonene som kom.

«Jeg husker veldig godt de første akutsituasjonene jeg var på. Da var jeg helt skjelve på hendene, og skulle trekke opp og skalv som bare det. Jeg hadde så mye adrenalin. Jeg var ikke noe redd, men du blir så litt oppgira, litt spent og litt redd, og litt alt samtidig. Så erfaring hjelper veldig. Har du sett en pasient og vært i en situasjon, så blir du jo tryggere.»
(Deltaker 1)

Sykepleiere som har lang fartstid hadde erfart at jo flere mottak en deltar i, jo tryggere føler en seg. Noen syntes at de fikk mye ut av å gå med callingen, slik at en relativt hyppig kom med i barneteamet. De erfarte at å delta i barneteamet etter hvert både ga mestringsfølelse og følelsen av å bidra til noe større, i tillegg til at du kunne ta med kunnskap tilbake til avdelingen.

«Det er jo litt mestringsen og da, når man både takler presset og stresset og situasjonen og tenker at her bidrar jeg, eller jeg var med på å få dette barnet friskt, ut av den akutte fasen. ... Og gitt at jeg har vært med på så mange barneteam, når det da skjer reelt på post, så tenker jeg at jeg er bedre forberedt, på et vis, til å kunne takle den situasjonen, kanskje på en bedre måte enn de som aldri vil gå med callingen.» (Deltaker 8)

Barnesykepleierne som jobbet på sengeposten fortalte at det er stor bredde i pasientgruppen. Med mye erfaring fra forskjellige typer pasienter lærte de seg å se forskjellen på virkelig dårlige pasienter og hvilke pasienter som kunne vente litt. De hadde erfart at henvisende lege antok at pasienten var dårligere enn de selv tolket pasienten som ved ankomst sykehuset, men at det også kunne være motsatt.

«Og så er det jo ofte at det du får høre er ikke alltid det du får inn, både på pluss og minus. Altså ofte synes jeg at ting høres verre ut enn det de er. Og andre ganger, i det sekundet de kommer inn, så skjønner du at her er det alvorlig. Dette her er ikke tull liksom. ... Du må alltid være forberedt på at det kan være noe annet som kommer.» (Deltaker 3)

5.4.2 Tidlig opplæring gir trygghet

Sykepleierne fortalte at det var mange nye sykepleiere på avdelingen, og noen nevnte at det hadde vært et generasjonsskifte. Derfor hadde de erfart det var viktig at de nye fikk tidlig opplæring både for at de skulle føle seg tryggere dersom det oppstod en situasjon, men også for at mottakene skulle foregå med pasientsikkerhet. Det var også viktig å la de nye være nye, og legge opplæringen på deres nivå. Eksempelvis kunne det være effektivt å delegere mindre konkrete oppgaver når de var med i sine første mottak.

«Nei, da handler det vel om å bare gi dem veldig konkrete oppgaver. Fordi de har jo ikke det overblikket, og de kan ikke se hva som må gjøres. Da kan du heller bare fortelle dem, kan du ta av ham bukse, eller kan du holde denne, eller kan du finne en bleie, altså skjønner du, konkrete oppgaver. Ellers så blir det for mye.» (Deltaker 3)

På én avdeling erfarte de at å drive opplæring ved bruk av "Klinisk stige" fungerte bra. Andre mente at de nok kunne være flinkere til å involvere de nye tidlig, slik at det ble mindre

skummelt dersom de ble satt opp med callingen. Samtidig ble det nevnt at man måtte ha en viss ansettelsestid før en fikk lov til å gå med callingen.

«Jeg har jo nevnt simulering et par ganger. Jeg synes det er veldig viktig. Det er viktig at man tar med seg de ferskere sykepleierne i de vanskeligere og tøffere situasjonene tidlig nok, sånn at de ikke plutselig må stå i en situasjon alene uten å ha vært i noe lignende med noen andre før. ... Når man ikke føler seg kompetent i en situasjon så er det veldig ubehagelig.»
(Deltaker 6)

Deltakerne hadde erfart at simulering er en effektiv kilde til kunnskap. Samtlige deltakere mente at å ha stått i tilsvarende situasjoner tidligere, virket både stressforebyggende og tryggende når man plutselig stod i en akuttsituasjon.

«Det er vel det viktigste for at det skal gå fint, at man simulerer på ting. Da kan man oppdage ting man kanskje gjør litt som man kunne gjort bedre. Da er det bedre å gjøre feil på en simulering hvor det ikke har noe å si, sånn at man lærer av det.» (Deltaker 6)

De av deltakerne, som deltok i barneteam, nevnte også at de likte å simulere fordi det ble et naturlig møtepunkt med de ansatte i akuttmottaket. De regnet det som verdifullt å ha møtt de en potensielt kunne komme til å jobbe med. Erfaringene deres viste at det å øve gjorde dem mer bevisste på hvordan de jobbet. Deltakerne var enige om at øving burde gjennomføres oftere, og viste til at det nok er en grunn til at legene har ukentlige simuleringer. Hyppige og korte øvelser ble foretrukket framfor øvelser som varte en hel dag og kun ble avholdt en gang i året. Noen tok initiativ til å øve på egenhånd i rolige stunder.

«Ideelt sett bør man nok simulere litt oftere. Da kommer man inn i en måte at man lærer seg å planlegge. Akuttsituasjon på post får man ikke planlagt. Hvis man har simulert på det, så vet man litt mer hva man skal gjøre.» (Deltaker 6)

5.4.3 Et eget barnemottak til det beste for pasienten

Det var flere deltakere som mente at alle barn, uansett diagnose, burde tas imot av de sykepleierne og legene som har best kompetanse på barn. Det erfartes tryggere med tanke på å ivareta barnets sikkerhet og integritet.

«Ja, jeg synes i forhold til når det gjelder mottak av barn, så synes jeg det er kjempeviktig at de som tar imot barn i de situasjonene, er de som har kunnskapen og erfaringen med barn. Så jeg skulle jo ønske at alle barn ble tatt imot av oss her. Nå blir ortopediske og kirurgiske barn tatt imot i akuttmottak, av sykepleierne der nede. Jeg tror at de hadde hatt det enda bedre hadde de blitt tatt imot her. Så jeg tror det å ha egne barnesykepleiere eller sykepleiere til barn som tar imot de barna er viktig.» (Deltaker 2)

De sykepleierne som deltok i barneteam i akuttmottaket erfarte også ambivalens. Å ha rollen som barnesykepleier i akuttmottaket erfartes positivt fordi du ble verdsatt for spesialkompetansen på medikamentregning og blandekort. Samtidig erfartes bekymring rundt at en ikke alltid hadde følelsen av å kunne stole på at en fikk korrekt utført dobbeltkontroll.

«For det har jeg også vært med på noen ganger, at etter et barneteam, så kommer det sykepleier bort og sier sånn, du hvordan var det med de blandekortene, kan ikke du vise meg? Og så må jeg stå og tegne opp dose/styrke/mengde-trekanten, og så tenker jeg inni i meg, ja men kjære vene, du har jo dobbeltkontrollert meg, men gjorde du det bare fordi du regnet med at det jeg gjorde var riktig, eller var du faktisk enig?» (Deltaker 8)

Spesielt sykepleierne som var knyttet til barneteamet, erfarte at de trodde det hadde vært positivt å ha et eget barnemottak for effektiviteten og barnas skyld.

«Så et rent barnemottak hadde vært bra for gangen i det. Jeg tror gangen i hele barneteamet hadde gått mye raskere og smoothere, kanskje. Pluss at det rent forsvarlig hadde vært bedre med at man var kjent med barna.» (Deltaker 8)

6.0 Diskusjon

Funnene relatert til problemstillingen om hvordan sykepleiere erfarer mottak av kritisk sykt barn på medisinsk sengepost ble sortert under fire hovedtemaer. En kan se at mange av erfaringer kan relateres til ikke-tekniske ferdigheter. Forskere som har studert ikke-tekniske menneskelige faktorer i et traumeteam anser lederskap, kommunikasjon, teamarbeid og situasjonsbevissthet som avgjørende for håndteringen av pasienten og suksessen til traumeteamet (Rooholamini et al., 2022). De nevnte faktorene blir alle inkludert i drøftingen, som sentrale erfaringer også for deltakerne i denne studien.

6.1 Alarmen går, adrenalinet bruser.

Sykepleierne i denne studien erfarte kroppslige reaksjoner da det ble meldt et kritisk sykt barn til barneavdelingen eller akuttmottaket. Deltakerne følte på økt puls som kunne beskrives som stress som igjen førte til fokus på arbeidsoppgaven. Stresset var forårsaket av ulike årsaker. Disse funnene stemmer godt overens med andre studier som har sett på hvordan det erfares å ta imot kritisk syke barn. For eksempel erfarte akuttsykepleiere som utsettes for pediatrik gjenoppliving at de følte på adrenalin, frykt og angst mens de ventet på at barnet skulle ankomme, og relaterte følelsene til ansvaret for å redde barnets liv og bevare barnets potensiale (Bentz et al., 2023). Artikkelen til Toida og medarbeidere (2022), viser at spesielt nye sykepleiere på barneavdelingen har høye nivåer av engstelse (målt ved bruk av VAS-skala) for å behandle kritisk syke barn med eksogene sykdommer.

Deltakerne i denne studien erfarte spesielt bekymringer rundt bruk av akuttmedisiner til barn som de ikke var vant med å håndtere. Sykepleiere i barneteam kunne erfare at de stod litt alene da de ikke alltid følte at dobbeltkontrollen som ble gitt av sykepleier i akuttmottaket var blitt gitt på et faglig forstått grunnlag. Tidligere forskning viser at medikamentregningsfeil, spesielt i akuttsituasjoner, forekommer hyppigere for pediatriske pasienter enn for voksne, og at sykepleiere med kortere klinisk erfaring i pediatrik omsorg oftere begår feil enn sykepleiere med lengre erfaring. Doseringsfeil framkommer som den vanligste medisineringsfeilen til pediatriske pasienter (Toida & Morimura, 2022; Kozer, 2009). Slik kan en forstå at engstelsen hos deltakerne i denne studien kan være berettiget. På den ene

siden skal en sykepleier med bachelorgrad ha bestått medikamentregningseksamen, og skal dermed ha kompetanse på feltet. Imidlertid har en nyutdannet sykepleier lite erfaring fra klinisk arbeid. Erfaringen en får i det kliniske arbeidet, vil gjøre at en eksempelvis kan forstå hva som kan være for høye eller for lave doser av et medikament til et barn. I begrepet erfaring ligger en læringsprosess over tid som består av opplevelser og refleksjon hvor kunnskap erverves (NAOB, 2024). På den andre siden, kan også sykepleiere med lengre ansettelsestid fra en pediatrik avdeling være uvante med bruk av akuttmedisiner, da akuttsituasjoner oppstår relativt sjeldent på en barneavdeling. Videre vil en barnesykepleier som deltar i barneteam, samarbeide tett med sykepleier fra akuttmottaket som ikke nødvendigvis har mye erfaring med medikamentregning for barn. Alt i alt betyr dette at det i høyeste grad er trygghetskapende og et nødvendig krav for både uerfaren og erfaren sykepleier med dobbeltkontroll på et faglig forstått grunnlag. «Dobbeltkontroll innebærer kontroll av pasientens navn, legemiddelets navn, styrke, dose og holdbarhet, utblanding, administrasjonsmåte og eventuelt hastighet på infusjonen» (Kolberg, 2021). For pasientsikkerhetens og begge sykepleierens trygghet, betyr dette at en annen kompetent sykepleier skal hentes inn dersom en av sykepleierne føler seg usikker. Imidlertid kan en kanskje tenke seg at dette er et spørsmål om tid og bemanning.

I en annen studie fant man at medisinerings av barn er vanskeligere enn voksne grunnet uvante doseringer og økt metabolisme (Gravdal et al., 2020). Samtidig sluttet alle informantene seg til et utsagn om at behandlingsprinsippene var like som for voksne, det var bare formatet som var mindre (Gravdal et al., 2020). Det er uklart hva informanten la i begrepet «formatet», og en kan forstå begrepet på flere måter. En kan tolke det slik at utstyr eller medisiner er tilpasset pasienten, og dermed kan være i mindre skala eller format. Dersom informanten mente at pasienten selv er i mindre format enn en voksen pasient, kan begrepet diskuteres. En skal være bevisst på at barn ikke er små voksne (Hazinski, 2013), da de er umodne fysisk og psykisk, men igjen gjerne kan ha raskere metabolisme i forhold til en voksen.

En annen årsak til stress blant deltakerne i denne studien var en erfart forventning om at arbeidet, når en skal ta mot kritisk sykt barn, måtte gå raskt. Deltakerne hadde ulike erfaringer med tiltak som kunne fungere for å roe ned seg selv eller kollegaer. Flere i denne studien hadde erfart at ro i mottaksrommet kunne bidra til å holde stressnivået lavt. Sykepleiere har et yrke med høy arbeidsbelastning, og stress er et vedvarende problem for sykepleiere i spesialisthelsetjenesten (Suresh et al., 2013). En kan se for seg at svært stressede sykepleiere

gir dårligere kvalitet på behandlingen og at pasientsikkerheten dermed reduseres. Den ikke-tekniske ferdigheten relatert til dette, handler om hvordan en velger å håndtere stress (Flin et al., 2008, s. 11). Toida og Morimura (2022) understreker at det er viktig å håndtere stresset på en hensiktsmessig måte. I min studie erfarte sykepleiere at under stressende situasjoner, kunne det hjelpe å støtte seg til tanken om å stole på egne kunnskaper og ferdigheter.

Barnesykepleierne visste at de hadde kunnskapene og ferdighetene til å kunne stå i situasjonen, og minnet seg selv på det. Dette kan tolkes som en form for aktiv bruk av mestringsstro (Bandura, 1997; Lai, 2021, s. 159). Sykepleierne i denne studien erfarte situasjonen som stressende på den ene siden, men regnet på den andre siden seg selv som kompetente for å påta seg rollen som mottakssykepleier. De hadde tillit til egen kompetanse, og dermed høy grad av mestringsstro for oppgaven (Lai, 2021, s. 159). Denne styrken ga dem vilje til å være fleksible i arbeidet, både med tanke på å skifte rolle fra sengepost-sykepleier til mottakssykepleier, og med tanke på hva som kom til på møte dem i mottaket. Vilje til å være fleksible, avhenger av sykepleierens indre motivasjon (Solberg et al., 2021). Når den indre motivasjonen er høy, er viljen til fleksibilitet tilsvarende høy (Solberg et al., 2021). Forskning viser at mestringsorientert støtte fra medarbeideres leder bør være høy fordi det påvirker den enkelte medarbeiders indre motivasjon (Solberg et al., 2021). Å komme med tilbakemeldinger, utviklingsveiledning og læringsmuligheter er eksempler på mestringsorientert lederstil (Solberg et al., 2021). En kan på den andre siden se for seg en sykepleier som ikke føler seg kompetent og har lav mestringsstro for oppgaven. Da vil en mene at det er viktig at sykepleieren selv tar ansvar for eget kompetansenivå og gir beskjed dersom en ikke føler seg kompetent for oppgaven før en har fått opplæring. Videre kan en se for seg at en sykepleier kan være kompetent, men ikke føler mestringsstro for oppgaven. Lederen kan i dette tilfelle hjelpe medarbeideren med å finne sin indre motivasjon ved å ha en mestringsorientert lederstil (Solberg et al., 2021). Oppsummert vil det si at mestringsstro er en holdning og en av de viktigste driverne for kompetansepotensial (Lai, 2021, s. 159; Solberg et al., 2021).

For å lindre umiddelbart stress og forebygge sekundært stress erfarte deltakerne i denne studien at debrief var viktig etter deltakelse i utfordrende mottak av kritisk sykt barn. Debrief hjalp dem med å danne et helhetlig bilde av den tilbakelagte situasjonen, og i tillegg erfarte de at dette var et forum som åpnet for følelser. Mange forskningsartikler og mye litteratur anbefaler debrief som et verktøy som både virker stresslindrende og stressforebyggende (Clark et al., 2019; Kellogg et al., 2018; Bentz et al., 2023). I en studie med akuttisykepleiere

som deltakere, finner en at sykepleierne ønsker å høre positiv forsterkning og konstruktiv kritikk under debrief, men ønsker ikke å diskutere emosjonelle sider under debrief, slik at de holder seg objektive og profesjonelle. De ønsker at debrief skal være frivillig, men samtidig at alle som deltok i hendelsen bør være involvert (Clark et al., 2019).

Deltakerne i min studie så ikke på debrief bare som et forum for å gjennomgå situasjonen objektivt og klinisk. Det var tvert imot åpenbart at de hadde behov for et rom hvor de kunne bearbeide følelser som de ikke kunne la komme til overflaten under mottaket. Flere i studien erfarte behov for å prosessere opplevelsene fra mottaket, slik at stressende følelser ikke fikk grobunn til å bygge seg opp. I norsk simuleringstrening, hvor kompetansen en tilegner seg skal kunne overføres til virkelige situasjoner, oppfordres deltakerne til å reflektere over erfaringene de fikk i debriefingsfasen (Husebø & Rystedt, 2018, s. 183-184). Deltakerne oppfordres til å sette ord på følelser, stille spørsmål og gi respons. Her kan det kanskje være snakk om kulturforskjeller. En kan lese at deltakerne i den amerikanske studien til Clark og medarbeidere (2019) benytter seg av kanaler utenfor jobb for å bearbeide følelser. I en canadisk studie bemerket deltakerne at de hadde ønsket formelle debriefer for å samkjøre deltakernes erfaringer etter akuttsituasjoner, men at dette av ulike årsaker ofte ikke ble prioritert av ledelsen (Bentz et al., 2023). Dette gjorde at deltakerne følte at situasjonen de hadde deltatt i med gjenoppliving av pediatriske pasienter aldri ble lagt bort, men lett ble gjenopplevd og alltid preget deltakerne på ulike vis. Artikkelen hevder at akuttsykepleiere som utsettes for pediatrisk gjenoppliving har høy risiko for å utvikle posttraumatisk stress (Bentz et al., 2023). Sett under ett vil debrief kunne ha positiv betydning for medarbeidere som gjennomgår mottak av kritisk sykt barn, dersom mottaket på noe vis har blitt opplevd utfordrende.

6.2 Kaos eller kontroll – hva påvirker mottaket?

Deltakerne i denne studien delte flere erfaringer fra arbeidsmiljøet i mottakssituasjonen. Erfaringer som ble nevnt hyppig, hadde med teamets rollefordeling og kommunikasjon å gjøre. Barnesykepleiers rolle i barneteamet var avklart, men på barneavdelingen erfarte de sykepleierens rolle i mottak mer som muntlig overført og erfaringsbasert kunnskap. Flere mente at det ikke var nødvendig å ha prosedyre for rollefordeling fordi de uansett visste hva

som krevdes av dem.

På den ene siden var deltakerne usikre om det fantes prosedyre for rollefordeling på avdelingen. På den andre siden er god rolleforståelse en forutsetning for å være profesjonell, som vil si at en opptrer på en måte som gjenspeiler rollen en har i jobbsammenheng (Lai, 2021, s. 156). Rolleklarhet er en av dimensjonene Lai (2021, s. 157) mener er med å definere en rolle. Rollen skal være tydelig definert slik at medarbeideren ikke skal kunne komme til å bli stående i en rollekonflikt (Lai, 2021, s. 157). Slik forskeren forstår det, hadde deltakerne god innsikt i hva rollen i mottaket innebar. For eksempel nevnte de at de selv måtte hente inn flere hender eller mer kompetanse, som for eksempel lege, ved behov. Når ikke prosedyre foreligger, kan det kanskje tyde på at de har tilegnet seg kunnskap under praktisk opplæring og/eller erfaringsbasert læring. Deltakerne hadde erfart at de hadde opparbeidet seg mest kunnskap om mottak av barn ved klinisk erfaring. Med tanke på kunnskapsbasert praksis ser imidlertid forskeren for seg at kombinasjonen av skriftlig prosedyre og opplæring vil være til hjelp og trygghet dersom en er nyansatt eller har liten klinisk erfaring med pediatriske pasienter. «Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon» (Helsebiblioteket, 2021a).

I denne studien hadde sykepleierne erfart usikkerhet i mottak på avdelingen dersom vekten var underbemannet. Dersom det ikke var nok ansatte på jobb, var deltakerne engstelige for at det kunne medføre at en ikke fikk hjelp akkurat da en trengte det. Dette kan relateres til en annen dimensjon for hva Lai (2021, s. 158) mener definerer roller; «Rollebelastning». Rollebelastning innebærer at sykepleieren skal rekke å gjennomføre oppgaven på tilmålt tid, og av ønsket kvalitet (Lai, 2021, s. 158). Oppgaver i mottaket som kunne nedprioriteres hvis bemanningen var for lav, var for eksempel omsorg for pårørende og dokumentasjon i situasjonen. På tross av at alle roller i mottaket ikke ble dekket, mente sykepleierne at akutte situasjoner alltid ble prioritert.

Sykepleierne i denne studien uttalte seg liknende om at teamleders rolle var meget viktig for hvordan mottaket av kritisk sykt barn erfartes. Mottaket kunne på den ene siden, ifølge deltakerne, flyte godt dersom teamleder var klar og tydelig i kommunikasjonen og tok raske og konstruktive beslutninger. Dersom teamleder på den andre siden var usikker eller andre medarbeidere blandet seg inn i teamlederrollen, kunne mottaket erfares uoversiktlig og i verste fall kaotisk. Teamleder-rollen ble altså tillagt stor del av æren for hvor godt teamet

fungerte, noe en kan finne igjen i andre studier. I en mixed method-studie var respondentene enige om at en klart definert leder var viktig ved gjenoppliving på fødestue, og framhever hierarkiet i et team som sentralt (Ediger et al., 2022).

I denne studien vektla deltakerne kommunikasjonsformen som en vesentlig del av teamarbeidet. At en kommuniserer med en tydelig, men allikevel respektfull tone, erfarte deltakerne som tilfredsstillende og noe som kunne bidra til at stressnivået holdt seg lavt. I tillegg var de også opptatte av at kommunikasjonsformen rundt barnet og den direkte kommunikasjonen med barnet og pårørende også påvirket barnets stressnivå.

Mange studier og litteratur omtaler hvordan kommunikasjonsformen påvirker teamarbeidet (Ediger et al., 2022; Gravdal et al., 2020; Flin et al., 2008, s. 69-82; Ballangrud & Husebø, 2021b, s. 117-118; Cunningham et al., 2018). «Kommunikasjon er å utveksle informasjon, tilbakemeldinger og respons, idéer og følelser» (Flin et al., 2008, s. 69). På den ene siden letter tydelig kommunikasjon og ledelse teamarbeidet, og Flin og medarbeidere (2008, s. 69) regner kommunikasjon som fundamentalt for effektivitet og sikkerhet. På den andre siden kan lite hensiktsmessig og utydelig lederskap ha sin årsak i dårlig teamkommunikasjon (Ediger et al., 2022). I situasjoner hvor rask handling er avgjørende og teammedlemmer kan bli stresset, er det lett at kommunikasjonen påvirkes. Kommunikasjonsformen kan bli krass og kjeftete eller det kan sendes mange beskjeder uten at en er sikker på at en har en mottaker.

Sykepleierne i denne studien erfarte et mer uoversiktlig mottak når kommunikasjonen ble ineffektiv. Eksempelvis da flere leger blandet seg inn i teamledelsen, eller hvis en fikk utydelige eller tvetydige beskjeder. I en systematisk litteraturstudie om teameffektivitet, identifiserte forskerne fem betingelser som de mener muliggjør at intervensjoner fungerer og gjør teamet effektivt (Cunningham et al., 2018). En av betingelsene er «effektiv kommunikasjon», som innebærer at kommunikasjon tilrettelegger for felles oppfatninger og klarhet om ansvar, roller og formål. For å oppnå dette, kan en bruke Flin og medarbeidere (2008, s. 78-81) sin anbefaling om følgende tre punkter for effektiv teamkommunikasjon: Teamleder gir eksplisitte beskjeder som vil si korte og informative beskjeder. Beskjeder blir gitt med god timing, altså bør mottakeren ikke være opptatt med andre kritiske ting når beskjeden blir gitt, og siste punkt er at beskjeder bør avgis med selvsikkerhet, verken aggressivt eller passivt. I mange tilfeller vil mottaker av beskjedene være sykepleier, og sykepleieren sørger for å svare med closed loop. Closed loop er en kommunikasjonsstrategi hvor en bekrefter informasjonen som utveksles (Cunningham et al., 2018). Effektiv kommunikasjon i teamet resulterer i en felles situasjonsbevissthet, noe som til slutt fører til

bedre resultater av intervensjonene (Cunningham et al., 2018).

Flere av deltakerne i denne studien var opptatte av at kommunikasjonsformen kollegaene imellom indirekte kunne påvirke barnet og pårørende. Barnet kunne bli engstelig dersom det ikke ble inkludert eller det var usikkerhet om behandlingsstrategi. Sykepleierne hadde erfart at ved å prioritere å trygge pasienten og få pasientens tillit slik at en fikk til et samarbeid med pasienten, kunne mottaket bli mer effektivt fordi barnet ble mindre engstelig. Det var også viktig for deltakerne at pårørende ble inkludert og informert. Barn kan oppleve sykehusinnleggelse som uvant og utrygt (Jepsen et al., 2019; Stubberud et al., 2019, s. 127-129). Lyder, rutiner og helsepersonell kan være ukjente. Disse faktorene, i tillegg til smertefulle og ubehagelige opplevelser som de heller kanskje ikke hadde opplevd tidligere, kan føre til at barn føler på tap av kontroll. Dette kan gjøre dem usikre og sårbare (Jepsen et al., 2019). Måten barna prøvde å håndtere situasjonen på, var å konvertere det ukjente om til noe de kjente fra før for å prøve å bevare sin integritet. Spesielt å få være nært sine pårørende og å få hjelp av helsepersonalet for å forstå hvorfor de måtte gjennom behandlingen hjalp dem å mestre det ukjente (Jepsen et al., 2019). I det ligger det et uttrykt behov for kunnskap om barns psykologiske utvikling samt gode kommunikasjonsferdigheter hos helsepersonell som jobber med pediatriske pasienter (Jepsen et al., 2019).

Informasjon og støtte til og inkludering av pasient og pårørende erfartes av deltakerne i denne studien ikke bare som viktig for å skape en trygghet i det ukjente, men inngår i barnesykepleiers, på linje med annet helsepersonell, arbeidsoppgaver (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2000; Sjøbjerg et al., 2017). Det er et tankekors at flere av deltakerne erfarer at denne arbeidsoppgaven, i tillegg til dokumentasjon, kan være vanskeligst å dekke i en akutsituasjon der det ikke alltid er bemanning til at egne sykepleiere eller annet helsepersonell kan avses til disse oppgavene. Å gi informasjon og støtte kan derfor bli noe som kan skje når mottakssykepleier har et ledig øyeblikk eller parallelt med at hun/han gjør andre oppgaver, som ikke alltid erfares ideelt.

6.3 Trygghet i det forutsigbare. Erfaring og kunnskap gir trygghet for alle.

Deltakerne i studien erfarte at det å være mest mulig mentalt forberedt til en forestående mottakssituasjon av kritisk sykt barn, var et trygghetsskapende tiltak. Underveis i mottaket gjorde god informasjon fra teamleder det lettere å forberede seg på neste mulige

arbeidsoppgave.

Situasjonsbevissthet er et begrep som deltakerne ikke direkte brukte under intervjuene, men det er allikevel mange funn i studien som kan knyttes til begrepet. Situasjonsbevissthet er en ikke-teknisk ferdighet som beskrives som en dynamisk prosess som handler om å oppfatte signaler og informasjon fra omgivelsene, forstå og tolke informasjonen for så å bruke informasjonen til å forutse kommende situasjoner (Flin et al., 2008, s. 48; Weller et al., 2023). I studien min, samlet deltakerne for det første inn så mye informasjon som mulig om pasient og pasientens tilstand via lege og journal før de gikk inn i mottaket. Informasjonen de fikk ble tolket, slik at de kunne forutse hva som kunne komme til å bli aktuell behandling. De hadde også erfart at det var viktig å vite hvor nødvendig utstyr var plassert. For det andre var deltakerne også bevisste på hva de andre sykepleierne i mottaket gjorde, kommuniserte kort, gjerne bare med blick dersom de kjente hverandre godt, og fordelte oppgaver på den måten. I en studie ble situasjonsbevissthet i traumeteamarbeid studert (Rooholamini et al., 2022). Studiens resultater sammenfaller med deltakernes erfaringer fra min studie. De to viktigste kategoriene som ble identifisert var ressursfordeling og å unngå fikseringsfeil.

Ressursfordeling beskrives som å bruke korrekt og nødvendig utstyr, omfordele personer dersom flere personer trengs til spesielle oppgaver og fordele oppgaver til rett person. Å bruke rett utstyr gjelder alle teammedlemmer inkludert sykepleieren, men sykepleieren kan også få som arbeidsoppgave å gjøre i stand utstyr for legen. Det betyr at sykepleieren både skal kjenne utstyret og vite nøyaktig hvor det ligger. I akutte situasjoner er det ikke rom for å begynne å lete. Omfordeling av personer og fordeling av oppgaver vil først og fremst være teamleders oppgave, men det fordrer at hun/han vet hvilke folk hun/han har med seg i teamet. Dette kan være en utfordring i et team som ikke er stabile. Til nesten alle mottak av kritisk syke barn i akuttmottak vil teamet bestå av forskjellige medlemmer avhengig av hvem som er på vakt (Grimen, 2009, s. 128). Teamet vil som regel ikke kjenne hverandres personlige kompetanse, men vet allikevel hvilke roller som er til stede og hvilken kompetanse det er forventet at rollen innehar. Dette betyr at team-medlemmene bør ha gjensidig tillit til kompetanse (Grimen, 2009, s. 128). I tillegg vil det si at teamet har et ansvar for å melde tilbake til teamleder dersom arbeidsbelastningen blir for stor slik at ressurser kan omfordeles.

Noen av sykepleierne i min studie hadde erfart at personlig stress kunne bli utløst av frykten for at de ikke var raske nok eller frykten for å gjøre feil, noe som kan forstås som en personlig usikkerhet. Det er velkjent at det finnes barrierer for å si ifra. Det kan skyldes

hierarkiet i helsevesenet, at en tviler på seg selv, forventninger om negative tilbakemeldinger og opplevde grenser mellom yrkesgruppene (Weller et al., 2023). Fikseringsfeil betyr at en insisterer på å utføre en prosedyre eller å ta avgjørelser uten å innhente og vurdere all tilgjengelig informasjon (Rooholamini et al., 2022). For å unngå fikseringsfeil bør også teammedlemmer komme med sine synspunkter. Barnesykepleieren er med og bedømmer akutte og komplekse situasjoner (Søbjerg et al., 2017), altså bør barnesykepleierens synspunkter komme fram og også tas med i vurderinger. Teamledelsen har ansvar for å skape et inkluderende miljø for å skape psykologisk trygghet slik at ledelsen igjen kan dra veksler på den kollektive ekspertisen (Weller et al., 2023). Oppsummert vil teamets situasjonsbevissthet være avhengig av at teamet, inkludert sykepleierne, kombinerer den kognitive kapasiteten for å overvåke pasienten aktivt, hverandres handlinger og miljøet mottaket foregår i (Weller et al., 2023).

Alle deltakere i denne studien hadde samme tanker om at erfaring og kunnskap gjør en tryggere og mer klar for å stå i utfordrende akutte situasjoner. Noen av sykepleierne hadde god erfaring med opplæringsprogrammet «Klinisk stige», men alle mente at jo flere mottak en deltar i desto tryggere blir en, og med den brede pasientgruppen var bred erfaring viktig. Dette sammenfaller med en studie der intensivsykepleiere var opptatte av at det skulle legges til rette for god opplæring på avdelingen, og at det skulle settes av tid til å bli kjent med utstyr og apparater (Gravdal et al., 2020). Intensivsykepleierne mente at apparatfortrolighet var viktig, spesielt i situasjoner som ble preget av stress og uforutsigbarhet, fordi en oppnår tillit når intensivsykepleieren konsentrerer seg om pasienten samtidig som han/hun håndterer apparatene pasienten er avhengig av (Gravdal et al., 2020). Apparatfortrolighet er en teknisk ferdighet og et begrep informantene ikke bruker i denne studien. En kan allikevel se for seg verdien av begrepet, og at det kan være overførbart til barnesykepleierens rolle i mottakssituasjon.

For å oppnå mengdetrening av akuttsituasjoner, slik mottak av kritisk sykt barn vil kunne være, har deltakerne i denne studien erfart at øving og simulering er essensielt. Mottak av kritisk sykt barn på barneavdeling skjer ikke ofte, og da sykepleierne går i turnus, er det relativt sjeldent at hver enkelt sykepleier er med i mottak av kritisk sykt barn. Deltakerne erfarte at det er både stressforebyggende og tryggende i mottak av kritisk sykt barn å ha stått i tilsvarende situasjoner tidligere, og at simulering kan være en trygg tilnærming. Ankepunktet deres var at de erfarte at frekvensen av øving og simulering var for sjelden, og ønsket var å

trene hyppigere.

Det finnes bred enighet om at simulering anses som en velutviklet og velbegrunnet metode for kunnskapsheving (Gravdal et al., 2020; Rød et al., 2017; Flin et al., 2008, s. 243-261; Ballangrud et al., 2020; Alsabri et al., 2022; Raab et al., 2024). Simuleringsbasert trening på barneavdeling fører til at personalet føler seg tryggere på egne ferdigheter og bidrar til høyere kvalitet på pasientbehandlingen (Rød et al., 2017). Spesialsykepleierne som ble intervjuet hevdet at de både handlet raskere og mer effektivt etter simuleringstrening (Rød et al., 2017). Både simuleringer i simulerings-sentere, på avdelingen (in situ) og nå også virtual reality-simuleringer bidrar til økt pasientsikkerhet (Alsabri et al., 2022; Raab et al., 2024).

Årsaker til at sykepleiere erfarer at de sjeldent får simulere, kan være et spørsmål om ressurser. Eksempelvis tar det tid i en travel arbeidshverdag, og i tillegg kan det være vanskelig å samle et tverrfaglig team som befinner seg i forskjellige avdelinger. I en studie om simulering av nyfødt-resuscitering på nyfødt intensivavdeling, kommer det fram at hyppige og korte simuleringsbaserte treninger kan bidra til å fremme og opprettholde ventilasjonsferdigheter (Haynes et al., 2021). Kanskje vil det være enklere å gjennomføre i praksis, som supplement til simuleringer slik de gjennomføres i dag. En annen studie konkluderer med at «organisering og gjennomføring av simulering i den enkelte barneavdeling er tilfeldig og uten klare krav og rammer» (Rød et al., 2017). Studien konkluderer videre med at det kan være et «behov for en norsk standard for simuleringsbasert teamtrening for leger og sykepleiere i barneavdelinger for å ivareta pasients sikkerhet i akutsituasjoner» (Rød et al., 2017). For å oppsummere kan vi se at simulering og teamtrening som regel har positive ettervirkninger i form av trygghet hos personell, økt pasientsikkerhet, bedret pasientutfall, og at personell i sin helhet er positive til å gjennomføre trening og simulering. Ut ifra drøftingen kan vi forstå at stressforebyggende tiltak også kan være kompetansehevende tiltak.

I denne studien hadde sykepleierne erfart at det føltes tryggere å kjenne kollegaene sine godt. De erfarte at kommunikasjonen mellom nære kollegaer fløt lettere fordi de kjente hverandres kompetanse. Dersom det var nye sykepleiere eller en deltok i barneteam kjente ikke kollegaene hverandre tilsvarende godt, og deltakerne kunne erfare mer usikkerhet. En kan drøfte hvor vidt det har betydning for pasientsikkerheten om kollegaene i et team kjenner hverandre eller ikke. Kollegaene skal uansett ha den faglige kompetansen i orden, derfor er

dette kanskje mer et spørsmål om personlig trygghet, kolleganærhet og arbeidsmiljø. Støttende kollegaer reduserer stress, og for sykepleiere som har nære og positive relasjoner i en avdeling finner en ofte en avdeling med høy moral (Slota, 2013, s. 46-47). Dersom en deler intense stressende situasjoner der en blir følelsesmessig berørt, kan dette føre til samhold og forståelse for medarbeideres følelser i teamet og kanskje til og med vennskap (Slota, 2013, s. 46-47). Team som oppstår i barneavdelingen vil kunne ha denne effekten sykepleierne imellom da de oftere kan være på vakt sammen, mens barneteam i akuttmottaket sjeldent vil inkludere de samme medarbeiderne. Deltakere i Gravdal og medarbeidere (2020) sin studie om intensivsykepleiere som ivaretar barn på intensivavdeling, deltar på fagdag en gang i året sammen med ressursgruppen for barn, og ønsker mer tid avsatt til både det og simulering. De har med andre ord gjort tiltak for at medarbeiderne på tvers ressursgruppene skulle bli bedre kjent med hverandre og hverandres kompetanse.

Det var deltakere i min studie, både fra gruppen som hadde mottak på avdelingen og gruppen som deltok i barneteam som så fordeler med å ha eget barnemottak. De viste da til andre sykehus hvor dette er mottaksformen for medisinske pediatriske pasienter. Deltakerne hadde erfart at når kollegaene kjenner hverandre, har god kompetanse om barn, er vant med å vurdere barn og har tillit til at kollegaene har god kompetanse på medikamentregning, erfart mottaket tryggere å gjennomføre.

Å ha tillit til noen avhenger av kunnskap og erfaring som bygges opp gjennom gjentakende kontakt. Erfaringen må oppleves som et gode for begge parter (Grimen, 2009, s. 35-37). Fagdag på tvers av kollegagrupper trekkes i forskning fram som en fordel (Gravdal et al., 2020), og en kan se på dette som en mulighet for tillitsskapende tiltak for sykepleiere som deltar i barneteam på tvers av avdelinger.

7.0 Konklusjon

Hensikten med dette masterprosjektet var å få en dypere forståelse for hvordan sykepleiere erfarer å ta imot kritisk syke barn på medisinsk barneavdeling.

Sykepleiere erfarer mottak av kritisk sykt barn som utfordrende både personlig, faglig og i samhandling med kollegaer. Et slikt mottak setter høye krav til kompetanse og ferdigheter. Mange sykepleiere føler på skjerpene stress i forbindelse med mottak av kritisk sykt barn.

Oppgaven konkluderer med at kompetanse bidrar til å redusere stress. Barnesykepleiere opparbeider seg gjennom videreutdannelsen høyere kompetanse i forhold til behandling av kritisk syke barn. Å tilrettelegge for å videreutdanne flere barnesykepleiere kan være en måte å heve sykepleiergruppens kompetanse på. Å prioritere små og hyppige øvelser eller simuleringer i tillegg til de ordinære, kan være en annen.

Etter mottak av kritisk sykt barn kan det å avlaste sykepleieren for hans/hennes ansvar, og gi rom for å vise følelser, altså å gjennomføre debrief, bidra til forebygging av sekundært stress hos sykepleieren.

Det å kjenne hverandres personlige kompetanse bidrar til tryggere samarbeid i teamet. Felles møtepunkt på tvers av avdelinger, her spesielt med tanke på medisinsk barneavdeling og akuttmottaket, kan fremme samarbeidet og en kan dra veksler på hverandres kompetanse. Hospiteringer begge veier, felles kurs eller fagdager i tillegg til felles simuleringer kan være slike tiltak.

7.1 Implikasjon for praksis

Denne studien kan føre til at barneavdelinger får økt oppmerksomhet på at god opplæring og at hyppige, men ikke nødvendigvis lange, øvelser og simuleringer kan bidra til mer trygghet for sykepleieren i mottak av kritisk syke barn. I tillegg vil prioritert tid til øvelser kunne bidra til å opprettholde barnesykepleieres kompetansenivå.

Det kunne være et forslag å utarbeide en prosedyre for rollefordeling i mottak av kritisk syke barn på barneavdelingen eller øke bevisstheten på prosedyren hos de ansatte dersom det allerede finnes en.

En annen anbefaling for sykepleiere som deltar i barneteam, på bakgrunn av funn fra denne studien, er å legge til rette for tettere kontakt med sykepleiere som tar imot kritisk sykt barn i akuttmottaket f.eks. ved hjelp av hospiteringer begge veier, felles fagdager og eventuelt andre måter å utveksle kompetanse på, slik at opplevelsen av å være i akuttmottaket blir enda tryggere.

7.2 Forslag til videre forskning

Sett i lys av denne studien, kan videre forskning undersøke akuttisykepleieres erfaring med mottak av kritisk sykt barn i barneteam i akuttmottaket. Hvordan de erfarer å samarbeide tett med barnesykepleiere ville kunne bidratt til både spennende og verdifull kunnskap. Det kunne også være interessant å studere hvor ofte hver enkelt sykepleier, ansatt ved barneavdeling, i praksis simulerer opp mot hva teori anbefaler.

REFERANSELISTE

- Alsabri, M., Boudi, Z., Lauque, D., Dias, R. D., Whelan, J. S., Östlundh, L., Alinier, G., Onyeji, C., Michel, P., Liu, S. W., Jr Camargo, C. A., Lindner, T., Slagman, A., Bates, D. W., Tazarourte, K., Singer, S. J., Toussi, A., Grossman, S. & Bellou, A. (2022). Impact of Teamwork and Communication Training Interventions on Safety Culture and Patient Safety in Emergency Departments: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 18(1), e351-e361. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000782>
- Ballangrud, R., Aase, K. & Vifladd, A. (2020). Longitudinal team training programme in a Norwegian surgical ward: a qualitative study of nurses' and physicians' experiences with teamwork skills. *BMJ Open*, 10(7), e035432-e035432. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035432>
- Ballangrud, R. & Husebø, S. E. (2021a). Fødeenheter og sengeposter for barn. I *Teamarbeid i helsetjenesten : fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv* (s. 141-148). Universitetsforlaget.
- Ballangrud, R. & Husebø, S. E. (2021b). Teamarbeid og teamtrening i helsetjenesten og utdanninger. I *Teamarbeid i helsetjenesten : fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv*. Universitetsforlaget.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control* (S. F. Brennan, Red.). Freeman.
- Bårdsen, K. (2021). *Barnesykepleier i «Akutt barneteam», rollebeskrivelse* (Dokument-id: 44704). Stavanger Universitetssykehus.
- Bårdsen, K. (2023). *Mottak på 3E/4D - dårlig barn/kritisk sykt barn (for pleiepersonell)* (Dokument-id: 11079). Stavanger Universitetssykehus.
- Bentz, J. A., Vanderspank-Wright, B., Lalonde, M. & Tyerman, J. (2023). 'They all stay with me'—An interpretive phenomenological analysis on nurses' experiences resuscitating children in community hospital emergency departments. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 32, 701-714. <https://doi.org/10.1111/jocn.16273>
- Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic analysis : a practical guide*. SAGE.
- Byberg, K. K. (2022). *Akutt Barneteam SUS* (Dokument-id: 32905). Stavanger Universitetssykehus.
- Clark, P. R., Polivka, B., Zwart, M. & Sanders, R. (2019). Pediatric Emergency Department Staff Preferences for a Critical Incident Stress Debriefing. *Journal of Emergency Nursing*, 45(4), 403-410. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.11.009>
- Cunningham, U., Ward, M. E., De Brún, A. & McAuliffe, E. (2018). Team interventions in acute hospital contexts: a systematic search of the literature using realist synthesis. *BMC Health Services Research*, 18(1), 536. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3331-3>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Denzin, N. K. & Lincoln, Y. S. (2000). *Handbook of qualitative research* (2. utg.). Sage.
- Eddy, K., Jordan, Z. & Stephenson, M. (2016). Health professionals' experience of teamwork in education in acute hospital settings: a systematic review of qualitative literature. *JBIS database of systematic reviews and implementation reports*, 14(4), 96-137. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-1843>
- Ediger, K., Rashid, M. & Law, B. H. Y. (2022). What Is Teamwork? A Mixed Methods Study on the Perception of Teamwork in a Specialized Neonatal Resuscitation Team. *Frontiers in Pediatrics*, 10. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.845671>

- Flin, R., O'Connor, P. & Crichton, M. (2008). *Safety at the sharp end : a guide to non-technical skills*. Ashgate.
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2000-12-01-1217). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2000-12-01-1217>
- Gravdal, H., Sandnes, H. L. & Gundersen, E. M. (2020). Å ivareta barn på generell intensivavdeling – intensivsykepleieres erfaringer. *Sykepleien Forskning*, 15(80265), e-80265. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2020.80265>
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit*. Universitetsforlaget.
- Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Haynes, J., Rettedal, S., Perlman, J. & Ersdal, H. (2021). A Randomised Controlled Study of Low-Dose High-Frequency In-Situ Simulation Training to Improve Newborn Resuscitation. *Children*, 8(12), 1115. <https://doi.org/10.3390/children8121115>
- Hazinski, M. F. (2013). Children Are Different. I M. F. Hazinski (Red.), *Nursing care of the critically ill child* (Third edition. utg., s. 1-18). Elsevier.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2023, 16. januar). *Grunnstrukturen i helsetjenesten*. regjeringen.no. Hentet 06. mars fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>
- Helsebiblioteket. (2018, 06. juni). *Organisering av tilbud ved ulike sykehus og foretak*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/generell-veileder-i-pediatri/18.standard-for-barneovervakning-i-norge/organisering-av-tilbud-ved-ulike-sykehus-og-foretak>
- Helsebiblioteket. (2021a, 17. september). *Kunnskapsbasert praksis*. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
<https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Hem, E., Friis, S., Kirkevold, M., Vaglum, P. & Hem, E. (2021). *Innføring i klinisk forskning og fagutvikling*. Universitetsforlaget.
- Holmen, H. A. (2022). *Kunnskap*. Hentet 28.03. fra <https://snl.no/kunnskap>
- Huang, L., Cheng, L., Sun, Y., Nian, F., Tao, T., Wu, J. & Ye, H. (2022). Effective Evaluation of Nursing Intervention Based on Pediatric Early Warning Score for Pediatric Patients in the Respiratory Department. *Evidence-based Complementary & Alternative Medicine (eCAM)*, 2022, 1-5. <https://doi.org/10.1155/2022/3769851>
- Hughes, A. M., Gregory, M. E., Joseph, D. L., Sonesh, S. C., Marlow, S. L., Lacerenza, C. N., Benishek, L. E., King, H. B. & Salas, E. (2016). Saving Lives: A Meta-Analysis of Team Training in Healthcare. *Journal of applied psychology*, 101(9), 1266-1304. <https://doi.org/10.1037/ap10000120>
- Husebø, S. E. & Ballangrud, R. (2021a). Hva menes med teamarbeid? I *Teamarbeid i helsetjenesten : fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv* (s. 23-39). Universitetsforlaget.
- Husebø, S. E. & Ballangrud, R. (2021b). Introduksjon. I *Teamarbeid i helsetjenesten : fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv* (s. 15-20). Universitetsforlaget.
- Husebø, S. E. & Rystedt, H. (2018). Simulering innen helsefag. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (Bd. 3). Universitetsforlaget.
- Jensen, C. S., Nielsen, P. B., Olesen, H. V., Kirkegaard, H. & Aagaard, H. (2018). Pediatric Early Warning Score Systems, Nurses Perspective - A Focus Group Study. *Journal of pediatric nursing*, 41, e16-e22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.004>
- Jepsen, S. L., Haahr, A., Eg, M. & Jørgensen, L. B. (2019). Coping with the unfamiliar: How do children cope with hospitalization in relation to acute and/or critical illness? A

- qualitative metasynthesis. *J Child Health Care*, 23(4), 534-550.
<https://doi.org/10.1177/1367493518804097>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utgave Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte og Line Christoffersen. utg.). Abstrakt forlag.
- Kellogg, M. B., Knight, M., Dowling, J. S. & Crawford, S. L. (2018). Secondary Traumatic Stress in Pediatric Nurses. *J Pediatr Nurs*, 43, 97-103.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.08.016>
- Kolberg, L. G. (2021). *Barn - administrering og kontroll av legemidler* (ID: 19413). Stavanger Universitetssykehus.
- Kozer, E. (2009). Medication Errors in Children. *Paediatric Drugs*, 11(1), 52-54.
<https://doi.org/10.2165/0148581-200911010-00017>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs.; 3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lai, L. (2021). *Strategisk kompetanseledelse* (4. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion : a new synthesis*. Springer.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lerdal, A. (2021). Etikkk og personvern i forskning. I T. Rustøen & A. Lerdal (Red.), *Klinisk forskning innen helsefag : hvordan utvikle god forskning - sentrale elementer* (1. utgave. utg., s. 124-137). Fagbokforlaget.
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforl.
- Markestad, T. & Reigstad, H. (2023). Vurdering, observasjon og overvåkning av akutt syke barn. I T. Markestad (Red.), *Klinisk pediatri* (4. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- NAOB. (2024). Erfaring. I *Det Norske Akademis Ordbok*. Det Norske Akademi for Språk og Litteratur 2024. Hentet 11.04. fra <https://naob.no/ordbok/erfaring>
- Neumann, I. B. (2021). *Innføring i diskursanalyse : mening, materialitet, makt* (2. utgave. utg.). Fagbokforlaget.
- Ojha, R., Liu, A., Rai, D. & Nanan, R. (2015). Review of Simulation in Pediatrics: The Evolution of a Revolution. *Front Pediatr*, 3, 106-106.
<https://doi.org/10.3389/fped.2015.00106>
- Oslo Universitetssykehus. (2023). Triage. I *E-håndboken* (Bd. 7). <https://ehandboken.ous-hf.no/>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (Tenth edition. utg.). Wolters Kluwer.
- QRS. (2020). NVIVO. <https://www.qsrinternational.com/nvivo-qualitative-data-analysis-software/home>
- Raab, D. L., Ely, K., Israel, K., Lin, L., Donnellan, A., Saupe, J., Klein, M. & Zackoff, M. W. (2024). Impact of Virtual Reality Simulation on New Nurses' Assessment of Pediatric Respiratory Distress. *American Journal of Critical Care*, 33(2), 115-124.
<https://doi.org/10.4037/ajcc2024878>
- Rød, I., Moen, E. I. W. & Struksnes, S. (2017). Simuleringsbasert teamtrening på barneavdeling. *Sykepleien Forskning*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61032>
- Rooholamini, A., Gandomkar, R., Basiri, K., Jalili, M. & Jafarian, A. (2022). Identifying Situational Awareness Behaviors in Trauma Teams; a Nominal Group Technique Study. *Arch Acad Emerg Med*, 10(1), e88-e88.
<https://doi.org/10.22037/aaem.v10i1.1826>
- Skilbrei, M.-L. (2023). *Kvalitative metoder : planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon* (2. utgave. utg.). Fagbokforlaget.

- Slota, M. C. (2013). Psychosocial Aspects of Pediatric Critical Care. I M. F. Hazinski (Red.), *Nursing care of the critically ill child* (Third edition. utg.). Elsevier.
- Søbjerg, I. L. (2019). Å ivareta psykososiale behov hos barn og ungdom. I D.-G. Stubberud, A. Eikeland & I. L. Søbjerg (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utgave. utg., s. 127-166). Gyldendal.
- Søbjerg, I. L., Brandt, L. M. & Tunby, J. (2017). *Barnesykepleier: funksjons- og ansvarsområder*. Norsk Sykepleierforbund.
https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/barnesykepleier-funksjons-og-ansvarsomrader-2017_0.pdf
- Solberg, E., Lai, L. & Dysvik, A. (2021). When midway won't do: the curvilinear relationship between intrinsic motivation and willingness to be flexible. *Journal of managerial psychology*, 36(2), 156-169. <https://doi.org/10.1108/JMP-02-2020-0107>
- Solevåg, A. L., Hinna, U. T., Eggen, E. H., Engan, M., Gundersen, I. & Døllner, H. (2021, 01.01.2021). *Pediatrisk tidlig varslingskår, triage og kommunikasjon*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/akuttveileder-i-pediatri/1.akutte-prosedyrer-og-tilstander-inkludert-ulykker/1.14-pediatrisk-tidlig-varslingskar-triage-og-kommunikasjon>
- Staksrud, E., Kolstad, I. & Enebakk, V. (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/nesh/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Strømme, H. (2019). Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning. *Sykepleien Forskning*, 14, e-61015. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.61015>
- Stubberud, D.-G. (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D.-G. Stubberud (Red.), *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utgave. utg., s. 30-34). Gyldendal.
- Stubberud, D.-G., Søbjerg, I. L. & Eikeland, A. (2019). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom* (2. utgave. utg.). Gyldendal.
- Suresh, P., Matthews, A. & Coyne, I. (2013). Stress and stressors in the clinical environment: a comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland. *Journal of clinical nursing*, 22(5-6), 770-779.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04145.x>
- Thomassen, M. (2016). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Toida, C. & Morimura, N. (2022). An Analysis of Stress Concerning Pediatric Emergency Care Nurses. *Cureus*, 14(1), e21299-e21299. <https://doi.org/10.7759/cureus.21299>
- Weller, J. M., Mahajan, R., Fahey-Williams, K. & Webster, C. S. (2023). Teamwork matters: team situation awareness to build high-performing healthcare teams, a narrative review. *British Journal of Anaesthesia*, 132(4), 771-778.
<https://doi.org/10.1016/j.bja.2023.12.035>
- Wifstad, Å. (2018). *I Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforl.
- World Medical Association. (2022). *WMA declaration of Helsinki - ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

VEDLEGG 1: Strukturert litteratursøk

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run via	Results
1	(pediatric or paediatric) adj3 nurs* or Pediatric nursing/		Ovid - Embase 1974 to 2024 April 11	18460
2	nurs* adj5 (perspecti* or view* or experienc*)		Ovid - Embase 1974 to 2024 April 11	41051
3	(exp Occupational Stress/ or stress		Ovid - Embase 1974 to 2024 April 11	1689206
4	1 and 2 and 3	limit to yr="2014 - Current"	Ovid - Embase 1974 to 2024 April 11	87
5	nurse or nurses or nursing or healthcare		Ovid - Embase 1974 to 2024 April 11	1476284
6	teamwork or simulation or teamwork/ OR simulation/		Ovid - Embase 1974 to 2024 April 11	603990
7	1 and 5 and 6	limit to yr="2014 - Current"	Ovid - Embase 1974 to 2024 April 11	330
8	4 and 7	limit to yr="2014 - Current"	Ovid - Embase 1974 to 2024 April 11	5
https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&NEWS=N&PAGE=main&SHAREDSEARCHID=1TVlPxHAjw pKY87PU2SJcDrc2YjNt41kp7tGdN3wOdTF4M4zlSjdlFEjMG4gv0wm8				
1	((pediatric or paediatric) adj3 nurs*) and (nurs* adj5 (perspecti* or view* or experienc*)) and (occupational stress/ or stress)	limit to yr="2014 - Current"	Ovid - APA PsycInfo 1806 to April Week 1 2024	21
2	(nurse or nurses or nursing or healthcare) and (teamwork or simulation or teamwork/ or simulation/) and ((pediatric or paediatric) adj3 nurs*)	limit to yr="2014 - Current"	Ovid - APA PsycInfo 1806 to April Week 1 2024	23
3	1 AND 2		Ovid - APA PsycInfo 1806 to April Week 1 2024	1
https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&NEWS=N&PAGE=main&SHAREDSEARCHID=5iGOzsY6Nj EEJLLXQDp6Zn6j9EFrQw2uRG1Kz7t4p43XJYqh5QWiAs0a8N0wYqURL				
1	((pediatric or paediatric) ADJ3 nurs*) OR Pediatric nursing/) AND ((nurs* ADJ5 (perspecti* OR view* OR experienc*)) AND (exp Occupational stress/ or stress)	limit to yr="2014 - Current"	Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to April 11, 2024	82

2	(nurse or nurses or nursing or healthcare) AND (teamwork or simulation) AND (Pediatric nursing/ OR ((pediatric or paediatric) ADJ3 nurs*))	limit to yr="2014 - Current"	Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to April 11, 2024	208
3	1 AND 2		Ovid MEDLINE(R) ALL 1946 to April 11, 2024	8
https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&NEWS=N&PAGE=main&SHAREDSEARCHID=A4fSjLbxPwiLKrZFckGnYZAGL55dk4QNoSjaQqwROmzj3SM8fuGEamquJGcYeoBj				
1	(PEWS OR pediatric Early warning score) AND (nurse or nursing or nurses)	Limiters - Publication Date: 20140101-	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	54
2	((pediatric or paediatric) N3 nurs*) OR MH ("pediatric nursing")) AND ((nurs* N5 (perspecti* OR view* OR experienc*)) AND ((MH "Stress") OR stress))	Limiters - Publication Date: 20140101-	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	97
3	(nurse or nurses or nursing or healthcare) AND ((teamwork or simulation) OR MH teamwork OR MH simulations) AND (((pediatric or paediatric) N3 nurs*) OR MH ("pediatric nursing"))	Limiters - Publication Date: 20140101-	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	354
4	2 AND 3		Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	9
S 1	MAINSUBJECT.EXACT("Pediatric nursing") OR ((pediatric OR paediatric) NEAR/3 nurs*)	Limits applied: 2014-01-01- 2024	Proquest: British Nursing Index	8206
S 2	nurs* NEAR/5 (perspecti* OR view* OR experienc*)	Limits applied: 2014-01-01- 2024	Proquest: British Nursing Index	30784
S 3	MAINSUBJECT.EXACT("Occupational stress") OR stress	Limits applied: 2014-01-01- 2024	Proquest: British Nursing Index	36641

S 4	S1 AND S2 AND S3		Proquest: British Nursing Index	832
S 5	(MAINSUBJECT.EXACT("simulation ") OR simulation* AND	Limits applied: 2014-01-01- 2024	Proquest: British Nursing Index	9183
S 6	MAINSUBJECT.EXACT("Teamwork ") OR teamwork	Limits applied: 2014-01-01- 2024	Proquest: British Nursing Index	6591
S 7	S5 OR S6		Proquest: British Nursing Index	14376
S 9	nurse or nurses or nursing or healthcare	Limits applied: 2014-01-01- 2024	Proquest: British Nursing Index	259267
S 1 0	S1 AND S7 AND S9	Limits applied: 2014-01-01- 2024	Proquest: British Nursing Index	891
S 1 1	S4 AND S10		Proquest: British Nursing Index	265

VEDLEGG 2: Godkjenning SIKT

14.09.2023, 13:52

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Sykepleieres erfaringer med å ta imot kritisk sykt barn på barnepost.](#) / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer
798849

Vurderingstype
Automatisk

Dato
14.09.2023

Tittel

Sykepleieres erfaringer med å ta imot kritisk sykt barn på barnepost.

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Prosjektansvarlig

Anja Nastasja Robstad

Student

Ina Maria Solberg Cyrus

Prosjektperiode

15.08.2023 - 30.06.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2024.

[Meldeskjema](#)

Grunnlag for automatisk vurdering

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

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

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

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

<https://meldeskjema.sikt.no/650183ba-1d68-40cc-8efd-79596a1f8c1e/vurdering>

1/2

14.09.2023, 13:52

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

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

Informasjonssikkerhet

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

VEDLEGG 3: Godkjenning FEK



Ina Maria Solberg
Cyrus

Tidspunkt for godkjenning: : 24/09/2023

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Sykepleieres erfaringer med å ta imot kritisk sykt barn på barnepost. - RITM0235175

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00

VEDLEGG 4: Godkjenning personvernombud, internsikkerhetsleder og enhetsledere

Fra: Vivi Haavik Tønnessen <Vivi.Tonnessen@[REDACTED]>

Sendt: 8. november 2023 10:16

Til: 'imcyrus@student.uia.no' <imcyrus@student.uia.no>

Emne: 23/11922-1 - Søknad om datainnsamling - Masteroppgave - Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ta imot et kritisk sykt barn ved en akuttmedisinsk barnepost? - Ina Maria Solberg Cyrus

Hei

Søknaden er godkjent av enhetsleder ved Barne- og ungdomsposten i [REDACTED]. Søknaden er også sendt til enhetsleder i [REDACTED].

Informasjonssikkerhetsleder og personvernombud skal også godkjenne datainnsamlingen. Dersom du ikke har mottatt svar fra meg innen en uke, MÅ du sende meg en ny e-post.

Mvh Vivi

Vivi Haavik Tønnessen

Spesialrådgiver // e-læringskonsulent I (47+) [REDACTED] I [vivi.tonnessen@\[REDACTED\]](mailto:vivi.tonnessen@[REDACTED])

Fra: Vivi Haavik Tønnessen <Vivi.Tonnessen@[REDACTED]>

Sendt: 10. november 2023 12:33

Til: 'imcyrus@student.uia.no' <imcyrus@student.uia.no>

Emne: SV: 23/11922-1 - Søknad om datainnsamling - Masteroppgave - Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ta imot et kritisk sykt barn ved en akuttmedisinsk barnepost? - Ina Maria Solberg Cyrus

Hei

Enhetsleder ved Barne- og ungdomsposten [REDACTED] har også godkjent datainnsamling.

Mvh Vivi

Fra: Vivi Haavik Tønnessen <Vivi.Tonnessen@[REDACTED]>

Sendt: 13. november 2023 11:10

Til: 'imcyrus@student.uia.no' <imcyrus@student.uia.no>

Emne: SV: 23/11922-1 - Søknad om datainnsamling - Masteroppgave - Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ta imot et kritisk sykt barn ved en akuttmedisinsk barnepost? - Ina Maria Solberg Cyrus

Hei

Søknaden er godkjent av informasjonssikkerhetsleder. Nå venter vi bare på svar fra personvernombud.

Mvh Vivi

Fra: Vivi Haavik Tønnessen <Vivi.Tonnessen@[REDACTED]>

Sendt: fredag 24. november 2023 13:23

Til: Ina Maria Solberg Cyrus <imcyrus@student.uia.no>

Emne: SV: 23/11922-1 - Søknad om datainnsamling - Masteroppgave - Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ta imot et kritisk sykt barn ved en akuttmedisinsk barnepost? - Ina Maria Solberg Cyrus

Hei

Nå har personvernombudet også godkjent datainnsamling.

Lykke til

Mvh Vivi

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ta imot kritisk sykt barn ved en akuttmedisinsk barnepost?»

Formålet med prosjektet

Dette er et spørsmål til deg om du vil delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å

- Få en dypere forståelse av hvordan sykepleiere med ulik ansettelsestid erfarer å ta imot barn på barneposten som er kritisk syke.
- Sykepleiere er en sentral del av mottakets personell og innehar viktig kunnskap og erfaring på området.
- Alle sykepleierne som intervjues har deltatt i ett eller flere mottak av kritisk sykt barn og har dermed erfaring på området. Dette gir masterstudenten viktige bidrag til studien.
- Intervjuene danner grunnlaget for en masteroppgave innen barnesykepleie.
- Masteroppgaven kan kanskje føre til at sykepleiere opplever mottakssituasjoner tryggere, enda mer kunnskapsbaserte og enda mer effektive og kan dermed gi økt sikkerhet for pasientene.
- Personopplysninger om deltakerne skal ikke brukes til andre formål senere. Når masteroppgaven er levert og sensor har godkjent oppgaven, vil data bli slettet og samtykkeskjema makulert.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får denne forespørselen fordi

- Du er sykepleier som er ansatt ved en akuttmedisinsk barnepost. Det skal intervjues ca 8 sykepleiere, og du er forespurt om å delta fordi du oppfyller kravet i studien til ansettelsestid ved avdelingen; enten mindre enn 9 måneder eller mer enn 2 år.
- Det er fagsykepleiere som har valgt deltakerne ut etter disse kriteriene, slik at det blir tilfeldig for masterstudenten hvem som skal intervjues.
- Intervjuet er delt inn i temaer som er relatert til forberedelse og gjennomføring av mottak av kritisk sykt barn.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for helse- og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder, masterstudent Ina Maria Solberg Cyrus og hennes veileder fra universitetet, Anja Nastasja Robstad, er ansvarlig for personopplysningene som behandles i prosjektet.

Det er frivillig å delta

Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn.

Hva innebærer det for deg å delta?

- Du skal få delta i et intervju der masterstudenten skal intervju deg.
- Intervjuet vil vare i ca. en time.
- Av personopplysninger som samles inn er navn, alder og ansiennitetstid. Personopplysninger vil anonymiseres fullstendig i masteroppgaven.
- Intervjuet vil foregå med lydopptak i et avtalt rom der ingen andre har mulighet til å avlytte eller overhøre samtalen.

Kort om personvern

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler personopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Du kan lese mer om personvern på neste side.

Med vennlig hilsen

Anja Nastasja Robstad
Veileder fra UiA

Ina Maria Solberg Cyrus
Masterstudent

Utdypende om personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

- Det er kun masterstudent og veileder fra UiA som vil ha tilgang til personopplysningene.
- Følgende gjøres for å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene dine:
 1. Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.
 2. Datamaterialet lagres på egen forskningsserver tilknyttet UiA
 3. Datamaskinen som brukes kan kun åpnes med kode
 4. Samtykkeskjema lagres innelåst
- Deltakerne skal ikke kunne gjenkjennes i publikasjon, men ansettelsestid (presisering: mindre enn 9 måneder eller mer enn 2 år) på avdelingen vil kunne publiseres.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for Helse- og idrettsvitenskap ved Universitetet i Agder, Anja Nastasja Robstad og Ina Maria Solberg Cyrus, har personverntjenestene ved Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

Vi vil gi deg en begrunnelse hvis vi mener at du ikke kan identifiseres, eller at rettighetene ikke kan utøves.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 30. juni 2024.

Personopplysninger vil da slettes.

Spørsmål

Hvis du har spørsmål eller vil utøve dine rettigheter, ta kontakt med:

Ina Maria Solberg Cyrus, student ved Universitetet i Agder på telefon [REDACTED] eller på følgende mailadresse: imcyrus@student.uia.no

- Du kan også kontakte veileder Anja Nastasja Robstad, førsteamanuensis ved Institutt for helse- og sykepleievitenskap ved Universitetet i Agder, på telefon [REDACTED] eller på mailadresse: nastasja.robstad@uia.no
- Eller personvernombudet ved Universitetet i Agder: Trond Hauso på mailadresse: personvernombuduia@uia.no eller telefon: [REDACTED]

Hvis du har spørsmål knyttet til Sikts vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt på e-post: personverntjenester@sikt.no, eller på telefon: [REDACTED]

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan erfarer sykepleier ved akuttmedisinsk barnepost å ta imot kritisk syke barn», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i intervju
- At all min informasjon kan brukes i masteroppgaven så lenge det blir anonymisert.

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

Dato/signatur

VEDLEGG 6: Intervjuguide

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med å ta imot et kritisk sykt barn på akuttmedisinsk barnepost?

Innledning til intervju:

Presentasjon av masterstudenten

Tema 1: Informanten

Jeg har først lyst til å høre litt kort om deg. Kan du si navnet ditt og hvor gammel du er?

Oppfølgingsspørsmål:

- a. Hvor lenge har du vært ansatt på barneavdelingen?
- b. Har du videreutdanning og når ble du ferdig med den?
- c. Har du erfaring fra akuttmedisinsk arbeid fra før du begynte å jobbe på denne avdelingen?
- d. Omtrent hvor mange ganger du har vært med på mottak av akutt kritisk sykt barn i sykehusets akuttmottak som en del av «barne-teamet»?

Tema 2: Erfaringer med mottak

Tenk generelt på mottak av barn meldt på rødt til barneposten. Fortell meg først litt om hva som gjør et mottak til en positiv opplevelse for deg?

Oppfølgingsspørsmål:

- a. Og hva gjør at et mottak føles mindre bra?
- b. Har du konkrete eksempler eller historier du vil fortelle om positive eller negative opplevelser i mottak?
- c. Har erfaring med debrief i etterkant av akuttsituasjoner?

Tema 3: Planlegging av mottak

Fortell meg litt om hva du ville ha brukt tiden din til fra et barn er meldt på rødt til det ankommer avdelingen?

Oppfølgingsspørsmål:

- a. Hvilken erfaring har du med fordeling av arbeidsoppgaver sykepleierne imellom i forberedelsesfasen?
- b. Hvordan tenker du at det er hensiktsmessig å dele på oppgavene sykepleierne imellom?

Tema 4: Gjennomføring av mottak

Hvilke hovedoppgaver vil du si at du, som mottakssykepleier, har når pasienten har ankommet avdelingen?

Oppfølgingsspørsmål:

- a. Hvordan opplever du at avdelingens rutiner for gjennomføring av mottak fungerer?

Tema 5: Egne følelser i mottakssituasjon

Tenk deg at du er mottakssykepleier og får et barn meldt til posten som kritisk syk. Si litt om de følelsesmessige reaksjonene du opplever

Oppfølgingsspørsmål:

- a. Hva mener du kan være årsaken til de følelsene som oppstår?
- b. Hvordan vil du si at egne følelser kan påvirke mottaket av pasienten?
- c. Hvordan håndterer du stress hos deg selv eller hos andre i en mottakssituasjon?
- d. Hva tror du kan bidra til å forebygge stress i forkant av mottak?

Tema 6: Kommunikasjon

Hvordan tror du forholdet mellom sykepleierkollegaer kan påvirke en mottakssituasjon?

Oppfølgingsspørsmål:

- a. Har du tanker om hvordan sykepleiere kan kommunisere med hverandre i en mottakssituasjon?

Tema 7: Retningslinjer/prosedyrer/kunnskap

- a. Kjenner du til om avdelingen har skriftlige retningslinjer eller prosedyrer for mottak av barn og av kritisk sykt barn?
- b. Hvordan syns du avdelingens retningslinjer for gjennomføring av mottak av kritisk sykt barn fungerer?
- c. Hva tenker du en skriftlig prosedyre for fordeling av arbeidsoppgaver sykepleiere mellom kunne bidratt med?

Tema 8: Kunnskap/Egenskaper

Et mottak av kritisk sykt barn krever mye kunnskap. Det finnes mange måter å tilegne seg kunnskap på. Hvordan vil du si at du har lært det du kan om mottak av kritisk sykt barn?

Oppfølgingsspørsmål:

- a. Hvis du skal trekke fram en ting, hva vil du si er den viktigste metoden å lære slik kunnskap på for deg?
- b. Hvilke egenskaper vil du si er positive å inneha i mottak av kritisk sykt barn?

Tema 9: Barnemottaksteamet

Hvordan er din opplevelse av å være sykepleier som en del av barneteamet i akuttmottaket?

Oppfølgingsspørsmål:

Hvordan opplever du at kollegaer i barneteamet ser på barnesykepleieres deltakelse i arbeidet i akuttmottaket?

Avslutning:

Er det noe annet du vil snakke om eller tilføye?

Er det i orden at jeg tar kontakt igjen, dersom noe skulle være uklart eller jeg trenger supplerende informasjon?