



Uit

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for helse- og omsorgsfag

«Faglig gjennomgang etter uventede hendelser – Hva har betydning for at et slikt behov melder seg hos intensivsykepleieren? Kan samtalen over kaffekoppen være tilstrekkelig?»

Nina Johnsen

Benedicte Wæraas

Masteroppgave i Sykepleie SYP 3901 Mai 2016



Forord

Dette prosjektet startet allerede i mars 2012, da vi i forbindelse med avsluttende eksamen i forkurs i vitenskapsetikk, forskningsmetode og forskningsetikk, skulle skrive om et tema som engasjerte oss. Som intensivsykepleiere har vi alltid jobbe med et formål om å hjelpe pasienten på best mulig måte, men har savnet en arena hvor vi som helsepersonell har kunne ventilere de erfaringene og opplevelsene som har satt spor. På bakgrunn av dette ble prosjektet til. Det har vært en lang, til tider strevsomt, men også lærerikt og inspirerende prosess. Vi har igjennom alle disse årene vært to, noe som vi har opplevd som en styrke hvor vi har funnet støtte og hjelp i hverandre.

Vi hadde ikke kommet i mål uten våre gode hjelpere. Først vil vi takke våre deltakere for den tid og innsikt de gav oss. De åpnet opp og inspirerte oss videre i dette prosjektet.

Vi må takke vårt studie- og arbeidssted, Norges arktiske universitet, Institutt for Helse- og omsorgsfag, Helsevitenskapelige fakultet og campus Hammerfest, for all tid og støtte vi har fått gjennom denne prosessen. Våre medstudenter og kollegaer, spesielt Trine Lise, Solveig og Jeanette, takkes for gode samtaler og konstruktive tilbakemeldinger

Vår dyktige, engasjerende og inspirerende veileder og mentor de to siste årene, må rettes en stor, stor takk til. Tusen takk førsteamanuensis Ranveig Lind, for å ha holdt ut med oss og ikke gitt oss opp. Vi hadde ikke kommet i mål uten dine kloke ord, forventinger og veiledninger.

Til slutt må vi også få takke vår familie, ingen nevnt ingen glemt, som har lagt til rette for, vist forståelse og oppmuntret oss i en tid hvor deres kone/samboer/mamma, har måtte jobbe seine kvelder og helger.

Nina og Benedicte

Abstract	The Arctic University of Norway ,11th of May 2016
« Professional review after unexpected incidences – What influences intensive care nurses need for review? Can a conversation over a cup of coffee be enough?»	
<p>Background: Working as an intensive care nurse mainly entails providing healthcare to acute and/or critically ill people of all ages. The advancement of intensive care medicine and medical technology is allowing more patients to survive with advanced intensive care treatment. The treatment team must often make quick decisions, which can feel dramatic for individuals in the team. The need to discuss and mentally process the incident may therefore arise.</p> <p>Aim: In this study we wish to investigate the intensive care nurses need for, and experience with professional review after unexpected incidents. International studies refer only to a small number of hospitals which have systematized a debriefing process, and for that reason we want to investigate whether the “conversation over a cup of coffee” is sufficient.</p> <p>Method: A qualitative method was chosen, and research interviews of 6 intensive care nurses with a varied work experience from both local- and university hospitals were completed. Lundman and Graneheim’s content analysis was used as the method for qualitative content analysis.</p> <p>Findings: From the intensive care nurses descriptions about the need for, and experiences with professional review we identified three main areas called <i>affectedness, departmental culture and strategies for coping</i>. Under these themes both the need for, and experience with professional review was presented.</p> <p>Discussion: Different circumstances gave intensive care nurses the sense of a need for review of the incident. This was circumstances like how affected the intensive care nurse was, level of experience and circumstances surrounding the incident. Experiences with professional review were varied, where departmental culture, time constraints and organization all played roles. The lack of routines and guidelines for this topic resulted in the participants referring to alternative solutions for venting.</p> <p>Conclusion: This study describes a practice where there are no routines or culture for professional review. For that reason the intensive care nurses used their colleagues for venting. The conversations they described were random, person-dependent, and also had no value with regards to amongst other things procedures and cooperation in the treatment team. The participants expressed a desire for a structured review, but they failed to make this known to their superior. The way the regional health services are now run has resulted in a change in practice where time constraints and task-shift characterizes the working day. This has reduced the priority of self-care and professional growth of healthpersonell. It would be desirable to develop a method for review customized to today’s health care setting, and it may be time for a discussion about nurses’ professional understanding of their practice.</p>	
Key words: intensive care nurse, review, professional, debriefing, organization, leadership	

Abstrakt	Det Arktiske Universitet, 11 mai-16
<p>«Faglig gjennomgang etter uventede hendelser – Hva har betydning for at et slikt behov melder seg hos intensivsykepleieren? Kan samtalen over kaffekoppen være tilstrekkelig?»</p>	
<p>Bakgrunn: Å jobbe som intensivsykepleier innebærer i hovedsak å yte helsehjelp til akutt og/eller kritisk syke mennesker i alle aldre. Utviklingen innen intensivmedisin og medisinsk teknologi gjør at flere pasienter overlever avansert intensivbehandling. Behandlingsteamet må ofte ta hurtige avgjørelser som der og da kan oppleves dramatisk for den enkelte i teamet. Behovet for bearbeidelse og gjennomgang av hendelsesforløpet kan av den grunn melde seg.</p> <p>Hensikt: I denne studien ønsker vi å undersøke intensivsykepleierens behovet for og erfaringer med faglig gjennomgang etter uventede hendelser. Internasjonale studier viser til et fåtall sykehus som har satt faglig gjennomgang i system, og av den grunn ønsker vi å finne ut om «samtalen over kaffekoppen» er tilstrekkelig.</p> <p>Metode: En kvalitativ metode ble valgt og det ble utført forskningsintervju av seks intensivsykepleiere med ulik arbeidserfaring fra lokal – og universitetssykehus. Lundman og Graneheims innholdsanalyse ble brukt som metode for kvalitativ innholdsanalyse.</p> <p>Funn: Ut fra beskrivelsene intensivsykepleierne ga i forhold til behovet for og erfaringene med faglig gjennomgang, identifiserte vi tre hovedtemaer som ble kalt <i>berørthet, avdelingskultur og strategier for mestring</i>. Under disse temaene ble både behovet for og erfaring med faglig gjennomgang presentert.</p> <p>Diskusjon: Ulike forhold gjorde at behovet for faglig gjennomgang meldte seg hos intensivsykepleierne. Dette var forhold som berørthet, arbeidserfaring og forhold ved hendelsen. Erfaringene med faglig gjennomgang var noe ulikt, hvor avdelingskultur, tidspress og organisering var av betydning. Fravær av rutiner og retningslinjer på dette området resulterte i at deltakerne viste til alternative løsninger for ventilering.</p> <p>Konklusjon: Studien viser til en praksis hvor det ikke foreligger noen rutiner eller kultur for faglig gjennomgang. Av den grunn henvendte intensivsykepleierne seg i stedet til sine kollegaer for ventilering. Samtalene de viste til var tilfeldig, personavhengig og hadde heller ingen endringsverdi i forhold til blant annet prosedyrer og samhandling i behandlingsteamet. Deltakerne uttrykte et ønske om en strukturert gjennomgang, men de unnlot å melde sitt behov til nærmeste leder. Slik helseforetakene drives i dag, har dette resultert i endret ansvarspraksis hvor tidspress og oppgaveglidning preger hverdagen. Dette har ført til nedprioritering av egenomsorg og faglig vekst for helsepersonell. Det vil være ønskelig å utarbeide en metode for faglig gjennomgang som er tilpasset dagens praksis, og muligens er det tid for en diskusjon rundt sykepleierens profesjonsfaglige forståelse av praksis.</p>	
<p>Nøkkelord: intensivsykepleier, faglig gjennomgang, debriefing, organisasjon, ledelse</p>	

Innhold

1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt og forskningsspørsmål	2
1.3 Litteratursøk	4
2 Litteraturgjennomgang	5
2.1 Tidligere forskning	5
2.1.1 Teamwork.....	5
2.1.2 Stress	8
2.1.3 Debriefing.....	10
2.1.4 Simulering	12
2.1.5 Dagens sykepleie.....	14
2.2 Teoretisk rammeverk	15
2.2.1 Det profesjonelle byråkratiet.....	15
2.2.2 Intensivvirksomhet.....	16
2.2.3 Intensivenhet	17
2.2.4 Intensivsykepleie.....	18
2.3.1 Samhandling.....	21
2.3.2 Tverrprofjonell samhandlingskompetanse.....	23
2.4 Organisatoriske utfordringer	24
2.5.1 Den dobbelte kompetansen	24
2.5.2 Kultur	26
2.6 Debrifing og dens betydning.....	28
2.8 Simulering for økt handlingskompetanse.....	30
2.9.0 Intensivsykepleierens utfordringer.....	31
2.9.1 Rural sykepleie.....	31
2.9.2 Barn og unge	32

3 Metode.....	33
3.1 Bakgrunn for valg av kvalitativ metode og forskningsintervju.....	33
3.1.2 Å forske i eget felt.....	34
3.1.3 Form på intervju og intervjuguide.....	36
3.1.4 Utvalg og rekruttering	37
3.2 Gjennomføring av intervju	38
3.3 Transkribering	39
3.4 Innholdsanalyse.....	40
3.5 Forskningsetiske overveielser	44
3.6 Metoderefleksjon.....	44
3.6.1 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet	44
4 Presentasjon av funn.....	46
4.1 Berørthet.....	47
4.2 Avdelingskultur.....	49
4.2.1 Kultur	49
4.2.2 Struktur.....	51
4.2.3 Betydning av faglig gjennomgang	53
4.3 Strategier for mestring.....	55
4.3.1 Personlig ansvar	55
4.3.2 Teamwork: for- og baksiden av medaljen.....	58
4.3.3 Samtalen over kaffekoppen.....	59
4.4 Oppsummering	60
5 Diskusjon.....	61
5.1 Behovet for faglig gjennomgang.....	62
5.1.1 Å bli berørt av pasienten	62
5.1.2 Forhold ved intensivsykepleieren.....	65
5.1.3 Forhold ved hendelsen	69

5.2 Intensivsykepleierens erfaringer med faglig gjennomgang	71
5.2.1 Ildsjeleer og kultur	72
5.2.2 Savn etter rutine	82
5.2.3 Samtalen rundt kaffekoppen.....	84
5.2.4 Ja takk, begge deler	87
5.3 Avhengighetsforhold.....	90
6 Avslutning	91

Vedlegg 1 Godkjenning NSD

Vedlegg 2 Forespørrel om deltakelse i forskningsprosjektet

Vedlegg 3 Informasjonsskriv

Vedlegg 4 Samtykkeerklæring

Vedlegg 5 Intervjuguide

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Å jobbe som intensivsykepleier innebærer i hovedsak å yte helsehjelp til akutt og/eller kritisk syke mennesker i alle aldre. Det kreves spisskompetanse ervervet gjennom teori og praksis i utdanning til å bli intensivsykepleier. I arbeidet er det nødvendig å være årvåken, tenke, forstå og handle «føre-var» i størst mulig grad. Selv om intensivsykepleiere har et selvstendig ansvar i forhold til sin kliniske yrkesutøvelse, tar det tid å komme videre til et mer avansert nivå der man handler «føre var» (Benner & Have, 1995). Det stilles også høye krav til tverrfaglig samarbeid og ansvarsforholdet mellom de ulike profesjonene som inngår i teamarbeidet rundt pasienten på intensivavdelinger.

Utviklingen innen intensivmedisin og medisinsk teknologi gjør at flere pasienter overlever avansert intensivbehandling. Behandlingsteamet må ofte ta hurtige avgjørelser som der og da kan oppleves dramatisk for den enkelte i teamet. Dette er en del av den profesjonelle hverdagen til intensivsykepleieren og leger, men hvor noen hendelser skiller seg ut som mer dramatiske og ofte uventede, og derfor setter spor. Behovet for bearbeidelse og gjennomgang av hendelsesforløpet kan melde seg. Ulike faktorer kan ha betydning for om situasjonen er av en slik karakter at behovet for faglig gjennomgang melder seg. Trolig spiller sykepleiere og legers faglig forståelse og kognitive vurderinger en rolle og deres erfaringer er også av betydning. Individuelle faktorer har altså betydning for om behovet for faglig gjennomgang blir formidlet til vaktleder og daglig leder i intensivheten, og den som erkjenner slik gjennomgang som nødvendig, må selv melde sitt behov. I denne studien vil vi undersøke intensivsykepleierens erfaringer med hendelser som de har hatt behov for refleksjon over sammen med teamet som var tilstede i situasjonen, og om og når de selv melder sitt behov.

Forskning viser at det er få sykehus som har organisert et tilbud om faglig gjennomgang som rutine. Ved de anledninger dette blir gjennomført, viser studier at samtalen bærer preg av å være ustrukturert og tilfeldig bygget opp (Healy & Tyrrell, 2013; Magyar & Theophilos, 2010).

Under planlegging av denne studien samtalte vi med en intensivsykepleier som sa det slik:

” Jeg har jo sagt det mange ganger når vi har stått der, at dette her må vi ta å gå igjennom i ettertid. Men det har vel stort sett blitt at vi sykepleiere har pratet en del ... det blir jo gjerne over kaffekoppen ... ”

Som erfarne intensivsykepleiere vokste vår interesse for dette temaet etter denne samtalen. Vi undret oss over hvorfor terskelen tilsynelatende er høy hos den enkelte intensivsykepleier for å melde behov for faglig gjennomgang, og hvilke momenter som var av betydning for at man unnlot å gå igjennom slike hendelser. Ble «samtalen over kaffekoppen» tilstrekkelig, og var det et godt nok alternativ for en faglig gjennomgang?

1.2 Hensikt og forskningsspørsmål

Studiens hensikt er å få fram behovet for og erfaringer med faglig gjennomgang av uventede hendelser hos intensivsykepleiere. Gjennom intervju ønsker vi å få innsikt i intensivsykepleieres behov, opplevelser og erfaringer rundt faglig gjennomgang.

Studiens forskningsspørsmål er;

«Faglig gjennomgang etter uventede hendelser – Hva har betydning for at et slikt behov melder seg hos intensivsykepleieren? Kan samtalen over kaffekoppen være tilstrekkelig?»

Vi har i denne studien valgt å benytte oss av begrepet faglig gjennomgang i stedet for terminologien debriefing som er mest kjent. Faglig gjennomgang ble for oss et samlebegrep for både formelle og uformelle metoder med ulike innhold. Dette samlebegrepet innbefattet alle typer faglig gjennomgang som blant annet psykologisk debriefing, defusing, crises intervention og informal peer support (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003; Cronqvist, Lützn, Nyström, 2006; Dyregrov, 2002; Magyar & Theophilos, 2010). Vår tanke med å benytte dette begrepet, var å gi deltakerne en frihet til å fortelle om sine erfaringer med faglig gjennomgang. Ved å ha denne friheten, håpet vi at deltakerne skulle trekke fram både de formelle og eventuelt uformelle samtaler de hadde erfaring med rettet mot faglig

gjennomgang. Dette ville også åpne opp for å trekke inn den uformelle samtalen, som «samtalen over kaffekoppen» representerte.

Faglig gjennomgang har, slik vi ser det, flere formål. Her kan det trekkes fram læring, emosjonell støtte og forbedring av tverrprofesjonell samhandling som noen områder (Benner, Stannard, & Hooper-Kyriakidis, 2011; Cronqvist m.fl., 2006; Dyregrov, 2002; Healy & Tyrrell, 2013a).

Slik vi forstår begrepet debriefing, er dette begrepet satt i system med krav om struktur og er anerkjent på organisasjonsnivå i helseforetaket. Begrepet debriefing benyttes som beskrivelser av alle typer samtaler etter en kritisk hendelse med ulik varighet (Norman & Tinglöf Smedberg, 2012). Når det gjelder helsepersonell henviser teorien til det som kalles psykologisk debriefing. Det er en systematisk gjennomgang som gjennomføres i grupper som sammen har opplevd en dramatisk eller kritisk hendelse. Dyregrov (2002) sin definisjon av psykologisk debriefing, er snevrere enn det Norman og Tinglöf Smedberg (2012) viser til, og er en mer strukturert samtale med en viss varighet som utføres av en person med spesiell kompetanse.

Av erfaring opplever vi at begrepet debrifing er noe negativt ladet fordi det legger an til en samtale som kan oppfattes som avansert og krevende i en hektisk hverdag. Begrepet er dessuten omdiskutert i litteraturen fra flere hold. Diskusjon innebærer eksempelvis definisjon av begrepets innhold, spørsmål om dens kliniske tilstrekkelighet har blitt stilt og mangelfull opplæring av de personene som skal utføre intervensjonen (Dyregrov, 2002; Norman & Tinglöf Smedberg, 2012). Dette er en oppfatning vi også delte, og av den grunn valgte vi å benytte faglig gjennomgang som begrep i vår oppgave.

Etter å ha satt oss inn i når de ulike benevnelse ble anvendt, oppfattet vi at vi kunne påføre våre informanter usikkerhet og tvil om de hadde forstått innholdet i begrepene debriefing og eller psykologisk debriefing. Vi så at vi kunne komme til å fastlåse informanter i et spor som kunne begrense den åpne og frie samtalen. Begrepets definisjon innebærer kriterier for struktur og varighet av samtalen, noe som kunne føre deltakerne inn på dette sporet og dermed fastlåse deltakerne. Psykologisk debrifing krever også spesiell kompetanse for gjennomføring (Dyregrov, 2002), noe som kan være vanskelig å anskaffe for de ulike helseforetakene. Hvis kriteriene til psykologisk debrifing uteble, ville det da være rett å kalle det psykologisk debrifing?

Usikkerheten ble tydeligere etter ervervet teori på området, og vi fant klare fellestrekk mellom det vi hadde erfart som debriefing og det Dyregrov (2002) kaller avlastningssamtale eller defusing. Defusing defineres som en samtale som gjennomføres samme dag som den aktuelle hendelsen, og har en semi-strukturert form som har til hensikt å gi de berørte muligheten til å sette ord på hendelsen (Dyregrov, 2002).

På bakgrunn av ulike definisjoner, usikkerhet rundt begrepene og dens gjennomførelse, fant vi ut at faglig gjennomgang var rett begrep i denne sammenhengen.

1.3 Litteratursøk

I vårt søk etter forskning og bakgrunns litteratur har vi anvendt databasene Bibsys, MedLine, Pubmed, Swemed+, Norarth og Cinahl. Vi startet bredt med søkeordet debriefing, men fikk over 300000 treff på «psychological debriefing». Vi avgrenset derfor søkene gradvis og brukte Mesh termen debrifing kombinert med routines, evaluation, ICU, Crises intervention, team work, burnout og turnover, i ulike kombinasjoner. Vi fant da flere artikler som vi anså som relevant. Videre avgrensning ble gjort ut fra titler, abstrakter og deretter lesning av publikasjoner i sin helhet, dersom det var relevant. Vi studerte også referanser i artikler vi hadde festet oss ved, og gjorde nye relevante funn ut fra disse. Vi søkte også i Google Scholar med nevnte søkeord, hvor vi fant en eksamen fra Karlstad universitet som også har være til god hjelp i videre litteratursøk.

I forbindelse med ulike emner i masterstudiet har vi dessuten blitt introdusert for aktuell sykepleiefaglige teorier og annen faglitteratur, der noe er svært relevant som rammeverk for vår studie. Disse publikasjonene vil bli fortløpende presentert.

2 Litteraturgjennomgang

Litteraturgjennomgangen tar utgangspunkt i forskningsspørsmålet om behovet for og erfaring med faglig gjennomgang etter uventete hendelser. Vi starter med å gjennomgå tidligere forskning på temaet, etterfulgt av en beskrivelse av organisasjonsstruktur ut fra professorene Jacobsen og Thorsvik. Intensivvirksomheten og intensivsykepleierollen blir gjort rede for og som suppleres med en utlegning av begrepet kompetanse, gjennom Patricia Benners teori om kompetanseutvikling. Deretter blir profesjonene sykepleie-lege presentert ut fra sykepleier og sosiolog Nina Olsvolds forskning. Samarbeidet profesjonene imellom og betydningen av tverrprofesjonell samhandlingskompetanse og organisatoriske utfordringer, blir beskrevet ut fra sykepleier og førstelektor Arne Orviks forskning og publikasjoner. Avslutningsvis vil en utdyping av begrepet debriefing og psykologisk debriefing bli presentert ut fra Alte Dyregrovs teori. Simulering som metode for økt handlingskompetanse blir lagt fram som en mulig metode for å øke kompetansen. Teori på ulike forhold, som å jobbe med spesifikke pasientgrupper og jobbe ruralt, bli presentert. Dette for å kunne trekke noen sammenligninger opp mot og forklare det som kunne framkomme av deltakernes erfaringer.

2.2 Tidligere forskning

2.1.1 Teamwork

Rose (2011) lanserte en fagartikkel med tittelen «Interprofessional collaboration in the ICU: how to define», hvor formålet var å diskutere forholdet og kompleksiteten av tverrfaglig samarbeid og dens påvirkning av pasientens utfall av behandlingen i intensivavdelinger. I artikkelen vises det til intensivavdelinger med stort personale som jobbet skift samt høy grad av utbrenthet og utskifting av personell. Her ble det vanskelig å tilstrebe forente team som hadde trent på samarbeidet. Samarbeid ble definert som gjensidig avhengighet, i motsetning til idealet om selvstendighet eller autonomi. Autonomi ble beskrevet som utilstrekkelig for å oppnå godt tverrfaglig samarbeid i team. Intensivsykepleierne var avhengige av verktøy som sjekklister og guidelines for å oppnå innflytelse i avgjørelser om behandlingen av pasienten. Tradisjonelt sett oppfattet legene sjekklister og protokoller som krenkelse mot deres profesjonelle autonomi. Artikkelen refererer også til ulike studier hvor det beskrives at tverrfaglig samarbeid innebærer i stor grad arbeidsfordeling og partnerskap, men viser også til

maktforhold mellom profesjonene. Det finnes ulike barrierer for å kunne oppnå gode tverrfaglige team. Slike barrierer kan være makt, kommunikasjon, respekt for regler og ansvar i forhold til grenser for overtredelse og konflikter i forhold til teamarbeid. Spørsmål i forhold til makt, kontroll, kunnskap og status har vært diskutert i flere tiår. Teamene fungerte greit dersom teammedlemmene hadde godkjent reglene og hadde forståelse for den autoritære lederen. Men resultatet ble best når alle medlemmene ble betraktet som like. Artikkelen viste til faktorer som kunne fremme dette samarbeidet, som blant annet var debriefing og utvikling av teamarbeidet i form av teambuilding. Videre hevdes det at det forelå ingen tvil om at kommunikasjonssvikt som et resultat av dårlig tverrfaglig teamarbeid, resulterte i økt pasientskade og forlenget opphold på sykehus. Det førte også til økt ressursbruk og til slutt økt misnøye og økt utskifting blant omsorgspersonalet. Det var gjort tiltak for å forbedre dette samarbeidet med verktøy som sjekklister, skjema for daglige mål og protokoller. Forfatterne av artikkelen konkluderte med at det var liten tvil om at å fremme tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid mellom intensivpersonalet vil gi positivt utfall, både i forhold til kvaliteten på pleien og resultat av behandling (Rose, 2011).

Dette viser også Reader, Flin, Mearns, og Cuthbertson (2009) i sitt litteraturstudie, hvor de fant at effektive team er en forutsetning for optimal pasientbehandling i intensivavdelinger. Forfatterne hadde et spesielt fokus på lederskap. Det viste seg at majoriteten av studiene de studerte signaliserte en sammenheng mellom teamarbeid og prestasjon i intensivheten. Teamleders rolle identifiseres som en viktig brikke når det gjelder struktur og kommunikasjon innad i teamet. Reader m.fl. (2009) viser til et studie som tok for seg hvordan de ulike profesjonene opplevde kommunikasjons åpenhet. Flertallet av legene hadde positive opplevelser knyttet til kommunikasjonen sammenlignet med sykepleiere hvor kun en tredjedel delte samme opplevelse. De samme ulikhetene kunne sees mellom senior- og junior leger. Det handlet stort sett om hierarkiet som fremdeles har betydning.

Karanikola m.fl. (2012) gjorde en deskriptiv studie hvor de studerte tilfredsheten mellom intensivsykepleiere, og mellom intensivsykepleiere og leger. Det ble også sett på eventuelle sammenhenger mellom tilfredshet og symptomer på angst blant deltakerne. Studien ble foretatt i Hellas hvor 11 sykehus deltok med til sammen 229 deltagere. Hovedfunnene viste blant annet at det var liten sammenheng mellom de som hadde utviklet angst og det eventuelt dårlige samarbeidet mellom profesjonene. De konkluderte imidlertid med at angstproblematikken hadde sammenheng med deltakernes mentale helse. Faktorer som høyt

arbeidstempo, svært syke pasienter og situasjoner som fort kunne endres, ble beskrevet som nærliggende årsaker til utvikling av angstsymptomer. Her viste de til at ulike gjennomganger kunne skåne personalet mot disse reaksjonene. En annen studie Karanikola m.fl. (2012) henviste til, hevdet at intensivsykepleiere som jobbet i privat sektor var mer fornøyd med samarbeidet de hadde med legene. En sammenheng kunne her være hvordan sykehuset var drevet organisatorisk sett. I dette studiet blir det framhevet viktigheten av kommunikasjon mellom sykepleiere og leger, som da kunne assosieres med pasientens utfall. Og av den grunn ble det poengtert at den organisatoriske strukturen burde bli sett nærmere på med tanke på pasientens sikkerhet. Det ble også funnet at sykepleierens jobbtilfredshet og kvaliteten på kommunikasjonen mellom sykepleiere og leger kunne ha en sammenheng. Sykepleierne la ikke skylden på ledelsen, men på turnusen, hvor de viste til perioder med for liten bemanning. Legene hadde begrenset sensitivitet både for sykepleierens personlige behov, administrative ansvar og ansvar for andre pasienter som tilhørte andre leger (Karanikola m.fl., 2012). Kritikken til studien er at den er gjennomført i et lite land. Forholdene gresk og norsk helsevesen er svært ulike, med større hierarkiske forskjeller i kulturen. Men vi har valgt denne studien fordi den belyser litt andre aspekter enn de andre studiene vi har presentert, og av den grunn kan være bidragene inn i diskusjon.

Curtis og Shannon (2006) publiserte i 2006 en litteraturgjennomgang om legers og sykepleiers rolle i forhold til avsluttende behandling fra ulike intensivavdelinger i USA og Europa. De refererer til en studie som involverte 37 intensivavdelinger hvor de spurte om legers oppfatning av hvor deltakende sykepleierne var i diskusjoner rundt avsluttende behandling. Det kom fram at legene ønsket å ha sykepleierne mer med i diskusjonen. I andre studier som de refererte til, framkom det ulike svar fra leger og sykepleiere (Curtis & Shannon, 2006). Legene mente sykepleierne var deltagende i 50% av tilfellene mens sykepleierne mente det var deltagende i 27% av tilfellene. Det var anbefalt å studere videre tilstedeværelsen og kvalitet på samarbeidet sett ut i fra både lege, sykepleier og familiemedlemmer. På spørsmål om hvorfor dette er så viktig, framstiller pasienter og pårørende dette samarbeidet som avgjørende i situasjoner rundt avsluttende behandling. De viser til studier som viser at dårlig tverrfaglig samarbeid kan ha en sammenheng i forhold til økt mortalitet og lengere opphold på sykehuset. Men der finnes også studier som sier at det ikke er noen sammenheng. Det viste seg i hvert fall at bedre kommunikasjon mellom leger og sykepleiere har økt kvaliteten på samarbeidet og redusert det arbeidsrelaterte stresset for

sykepleiere. Bedre kommunikasjon mellom disse profesjoner er også assosiert med mer fornøyde pasienter. Til tross for at leger og sykepleiere jobber side om side med det samme målet, diskuterer de kun ved få anledninger sammen. Forfatterne hevder at leger og sykepleiere jobber sammen i hver sin silo. For å forbedre samarbeidet ønskes det både fra kritisk syke pasienter og deres familier at profesjonene skal heve seg over siloene og jobbe mer sammen.

2.1.2 Stress

Intensivsykepleiere som jobber med akutt-kritisk syke mennesker står overfor et stort ansvar i behandlingen av disse. Det kan oppleves som både belastende og stressfylt å jobbe under slike forhold. Cronqvist m.fl. (2006) gjorde en kvalitativ eksplorerende studie der 36 utvalgte sykepleiere fra ulike intensivavdelinger i Sverige deltok. De undersøkte ulike erfaringer av psykisk støtte, etter å deltatt i akutte hendelser, og studerte det stresset de ble utsatt for i den forbindelse. Intensivsykepleierne viste til erfaringer hvor de jobbet under svært stressende forhold og med høyt arbeids tempo. Intensivsykepleierne hadde erfaringer fra ulike gjennomganger, og men ikke alle sykehusene kunne vise til et organisert system. Hvis det ble gjennomført, var deltakelse i gjennomgangen frivillig. Det ble nevnt at aktiv deltakelse ble ansett som viktig og hvor ansvaret lå hos den enkelte deltakeren. Aktiv deltagelse i teamarbeidet ble sett på som både stressende og viktig. Hvis behovet for gjennomgang meldte seg, var det viktig at den enkelte signalisere sitt behov for støttende behandling, og hvor ledelsen da måtte legge til rette for dette. Det framkom også i studien at de som jobbet nattskift oftest ikke prioriterte å delta på de ulike gjennomganger, fordi de sov etter vakt eller at de prioriterte sin fritid. Intensivsykepleierne signaliserte videre at det gikk for lang tid før samtalen fant sted, hvor essensielle deler av opplevelsen var glemt og eller fortrent. Her hevdet de at det på den ene siden ikke var et behov, mens på den andre siden oppstod det i ettertid situasjoner hvor elementer av den tidligere hendelsen hadde en tendens til å «boble opp». Noen mente at det da kunne være for sent å komme over dette. Intensivsykepleierne beskrev to ulike typer gjennomganger som de hadde erfart. Det ene var det de kalte «Informal peer support» som ble benyttet der organisert debriefing ikke var mulig, eksempelvis for de som jobbet nattskift. Noen foretrakk denne type samtale, da den ikke hadde noe krav til

struktur. Den foregikk umiddelbart etter hendelsen, på vaktrommet sammen med kollegaer og ble erfart som mer givende. Her var begrunnelsen at ikke alle håndterte å snakke åpent i en stor forsamling med en psykolog som leder av støttesamtalen. I artikkelens diskusjon ble det antydnet at «Informal peer support» ble brukt som substitutt for en organisert debrief, spesielt for nattskiftet. Det kom også fram at «Informal peer support» passet gruppen bedre, fordi sykepleierne fikk luftet ut sine følelser med en de kjente godt. Men her kunne det være fare for at noen kunne falle utenom, hvis de for eksempel ikke var en del av gruppen som møttes uformelt. I denne studien kom det også fram at jobbteamets deltakere betød mye for opplevelsen av teamsamarbeidet. Det ble forklart med at hvis de jobbet med trygge eller med mer nervøse kollegaer, kunne dette påvirke hele teamet på negativ eller positiv måte både i forhold til prestasjon og samarbeidsevner. Videre ble det også hevdet at hvis intensivsykepleieren opplevde skyldfølelse i forhold til hendelser på jobb, burde det søkes profesjonell hjelp utenifra (Cronqvist m.fl., 2006).

I en fagartikkel av Caine og Ter-Bagdasarian (2003) kom det fram at både defusing og debriefing kunne være effektive metoder for å redusere stressreaksjoner hos intensivsykepleieren. Metodene ble beskrevet som lite tilgjengelige i avdelingene. Det ble også påpekt at ulike stressreaksjoner i verste fall kunne føre til utbrenthet hos intensivsykepleierne. Det beskrev ulike typer situasjoner som kunne framkalle forskjellige stressreaksjoner hos intensivsykepleierne, spesielt situasjonen hvor pasienten var nær eller bekjent. Det framkom også beskrivelser av «Critical Incidents Stress Management», som er et overordnet begrep som representere ulike strategier for bearbeidelse hvor «Critical Incidents Stress Debriefing» er en strategi. Sistnevnte ble beskrevet som en metode der intensivsykepleieren fikk muligheten til å delta på en strukturert gjennomgang 1-10 dager etter en hendelse. Formålet med denne type gjennomgang var at intensivsykepleieren fikk muligheten til dempe symptomer og tegn på krise, og man fikk kartlagt behovet for videre oppfølging. Dette ble ansett som effektivt og nyttig. De beskrev også «Defusing» som foregikk innen 12 timer etter en hendelse. Formålet med denne gjennomgangen var at den skulle redusere den akutte stressreaksjonen, samt at den skulle kartlegge behov for videre oppfølging. Denne metoden var ikke tilstrekkelig og heller ingen erstatning for debriefing (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003).

Bourgault m.fl. (2015) utførte en pilotstudie med tverrsnittdesign i Canada hvor det ble foretatt en kartlegging av den psykiske helsen til sykepleiere som hadde erfaring fra

akuttavdelinger. Av 40 frivillige deltagere, var det 29 som fullførte studiens ulike elementer. Det ble observert at akuttsykepleiere hadde lavere grad av empatiske evner. De registrerte også variabler som høyere grad av psykiske plager og lavere nivå av velvære. Blant disse variablene, fant de en sammenheng mellom grad av empati og velvære hos sykepleierne. De beskrev en urovekkende dårlig psykisk helse hos disse sykepleierne, og det ble signalisert et stort behov for støttende tiltak. Deres konklusjon var at de påviste innledende tegn på at velvære kan spille en rolle i sammenheng med evnen til empati hos akuttsykepleiere. De hevdet også at det var all grunn til å tro at å forbedre den psykiske helse hos akuttsykepleiere ville resultere i at disse sykepleierne fikk bedre empatiske evner. De beskrev et behov for å studere andre typer sykepleiere for å avdekke om lav grad av empatiske evner er primært eller sekundært til liten grad av velvære (Bourgault m.fl., 2015).

2.1.3 Debriefing

De fleste sykepleiere og leger som jobber i akuttavdelinger blir på et eller annet tidspunkt konfrontert med hendelser som setter spor. Healy og Tyrrell (2013) utførte en litteraturstudie relater til søkerord som stress, psykologisk debriefing og CISD (Critical incident stress debriefing), hvor engelske fagfellevurderte studier som baserte seg på fulltids- og deltids helsepersonell på akuttavdelinger ble inkludert. Funnene i disse studiene viste at selv om flesteparten av helsepersonellet anså CISD som viktig, kunne ingen av akuttavdelingene vise til rutiner eller guidelines. Ved de anledninger CISD ble gjennomført, bar det preg av å være lite forberedt og uformelt. På bakgrunn av disse funnene utarbeidet forfatterne en spørreundersøkelse som ble distribuert til 150 sykepleiere og leger som jobbet i tre akuttavdelinger i Irland, hvor 90 sykepleiere og 13 leger med gjennomsnittserfaring på 11,4 år deltok. Kjønnfordeling var som antatt, hvor flesteparten av sykepleierne var kvinner og over halvparten av legene var menn. I denne undersøkelsen kom det fram at nesten alle deltakerne mente at debriefing etter en stressfull hendelse var viktig eller meget viktig. Oppsikvekkende var det at godt over halvparten av de spurte, ikke hadde fått tilbud om å delta på debriefingsmøte. Det kom også fram at debriefing som regel kun ble gjennomført ved store ulykker, og nesten halvparten av deltakerne var usikre på om det forelå noen formelle retningslinjer for debriefing. Ved spørsmål om hvilke forventninger de hadde til

debriefingsmøtene, svarte nesten alle deltakerne at samtalen skulle bidra til emosjonell og psykisk støtte. Det ble også nevnt økt faglig vekst og forbedret klinisk praksis, og at debriefing forbedret behandlingsteamets ”spirit”. Forholdet mellom deltakernes erfaring med stressfulle hendelser og deltakernes mening om viktigheten av debriefing etter slike hendelser spilte inn. De som hadde mer erfaring med å håndtere slike hendelser, anså debriefing som mer viktig. En mulig forklaring på dette kunne være at de med mindre erfaring hadde færre hendelser å se tilbake på. Viktigheten av å implementere strategier for personell ble poengtert, da som et bidrag for å redusere den psykiske og fysiske påkjenningen enkelte hendelser kunne gi. Debriefing ble her trukket fram som en av strategiene som kunne implementeres for å motvirke slik belastning (Healy & Tyrrell, 2013a).

Magyar og Theophilos (2010) gjorde en litteraturstudie med forskning foretatt mellom 1996-2008. De inkluderte 40 artikler. Her vises det til ulike strategier som blant annet til defusing, psykologisk debriefing, Crisis intervention og Critical Incident stress management/CISD. Til tross for at det foreligger ulike strategier, blir det poengtert mangelfull forskning som handler om effekten disse strategiene har på helsepersonell. Videre framkommer det at det både er fordeler og minussider ved debriefing. Her trekkes spesielt fram en enkelt studie som viste til liten eller ingen reduksjon i psykologiske utfall etter debriefing. Kritikken til denne studien er at debriefing ble utprøvd på mennesker som ikke jobbet i akuttavdelinger eller var helsepersonell. Det kan stilles spørsmål til om det er sammenlignbart og mulig å overføre deres funn til helsepersonell som jobber under andre forutsetninger (Magyar & Theophilos, 2010).

Selv om det er lite forskning på effektiviteten av debriefing, kommer det tydelig fram at helsepersonell anser debriefing som nyttig, og en arena hvor faglig kompetanse hos den enkelte kan styrkes. Debriefing finner imidlertid sjelden sted, ofte fordi det ikke foreligger noen guidelines, prosedyrer eller rutiner i avdelingene. Det kommenteres hos Healy og Tyrrell (2013) at der debriefing en sjelden gang blir gjennomført, bærer det preg av dårlig ledelse, tidsknapphet og er lite strukturert. Av den grunn etterlyses retningslinjer/guidelines. Implementering av slike guidelines/retningslinjer bør det følges nøye opp, nettopp fordi det ikke foreligger noen forskningsbasert guidelines for fungerer (Magyar & Theophilos, 2010)

I en av de inkluderte studiene i litteraturstudiet til Healy og Tyrrell (2013), viser de til akuttstusykepleiere som sluttet fordi det var høyt arbeidspress, de hadde en stressende

arbeidsplass og de manglet støtte. En annen av de inkluderte studiene viste at stress på jobben kunne resultere i redusert jobbtilfredshet, økt sykefravær og store utskiftninger av personalet. Hvis debriefing hadde vært en del av hverdagen, ville trolig den store utskiftningen være redusert.

En stor internasjonal tversnittstudie gjort av Aiken m.fl. (2011), involverte 98116 sykepleiere på 1406 sykehus i 9 forskjellige land mellom 1999 til 2009. Studien viste at utbrenthet hos sykepleiere kunne sees i sammenheng med arbeidsmiljøet. Det var store variasjoner i sykepleiebemanningen som i så måte kunne ha viktige implikasjoner for rekruttering og bemanning av sykepleierstillinger. Videre viser studien til sykepleiere som var misfornøyd med jobben og den pleie- og omsorg som blir gitt til pasienten, og at de hadde dårligere opplevelse av arbeidsmiljøet enn de sykepleierne som trives i jobben. Den organisatoriske adferden ble identifisert som en viktig faktor hvis det skulle skje forbedring av kvalitet og sikkerhet på sykehuset. Her kom det fram at sykehusledelsen og de beslutningsdyktige lederne kunne jobbe målrettet for å bedre sykepleiernes arbeidsmiljø. Ved å jobbe med forhold som kunne gjøre at sykepleierne ønsket å bli i avdelingen, hvor blant annet bemanning hadde betydning, ville dette påvirke arbeidsmiljøet i positiv retning. Kompetanseheving og forbedring av samhandling mellom sykepleiere og leger, og økt støtte fra ledelsen til de som jobbet rundt pasienten vil også bidra til bedre arbeidsmiljøet (Aiken m.fl., 2011).

2.1.4 Simulering

Kritiske hendelser oppstår sjelden. Simulering blir brukt som metode for å trene på pasientsituasjoner som innbefatter akutt livstruende tilstander. Dahlen, Melbybråten, og Farmen (2013) publiserte en artikkel i Fagbladet Inspira som handlet om hvordan anestesisykepleiere anvender teori og ferdigheter fra simulering i praksis. Formålet med simulering ble i artikkelen beskrevet som:

«Utdannelse, vurdering, forskning og implementering av helserelevante systemer, hvor det overordnede målet er økt pasientsikkerhet. Det er ingen erstatning for klinisk

praksis, men et tilleggsverktøy for trening på sjeldne kritiske hendelser, for å få erfaring og ferdigheter som det ellers er vanskelig å tilegne seg»

(Dahlen m.fl., 2013, s. 13)

De hevdet at simulering gjennom briefing, gjennomføring og debriefing skal knytte teori og praksis sammen. Anestesipersonellet skal etter simulering føle seg mere trygg ved at deres praksis blir mere gjennomtenkt og reflektert. De gjennomførte et semistrukturert fokusgruppeintervju med anestesisykepleiere som hadde erfaring med simuleringstrening. De 5 anestesisykepleiere hadde variert yrkeserfaring. Anestesisykepleierne beskrev at det hadde vært lærerikt i forhold til hvordan de jobbet effektivt sammen og at de ble mer bevisst rolleavklaringene seg imellom. De påpekte viktigheten av at både anestesilege og sykepleier måtte være tilstede i simuleringen for at det skulle være mest mulig realistisk. På den ene siden fordi de til slutt skulle utvikle et felles handlingsgrunnlag og på den andre siden kunne dette utvikle og føre til en bedre forståelse for hverandres arbeidsoppgaver. I forhold til kommunikasjon trente de på «close-the-loop» -kommunikasjon for å unngå misforståelser og gjentakelser. For noen virker det litt kunstig å snakke slik, men de erkjente nytten av det. I simuleringen ønsket de monitor for at det skulle bli mest mulig virkelighetstro. Det var felles enighet om at simulering var nyttig for å få repetert både prosedyrer og algoritmer samt at disse ferdighetene ble benyttet i praksis. Deltakerne mente at erfaringene og refleksjonen fra simulering hadde gitt et bedre læringsutbytte, men hvor mye som ble omsatt til praksis var de imidlertid usikker på. Det er også vanskelig å tro at simulering er metoden for å endre gamle vaner. Om endring er målet krever dette motivasjon blant deltakerne i simuleringen (Dahlen m.fl., 2013).

Grad av motivasjon for å simulere uttrykkes dårlig og motivasjon henger sammen med læring. Det er nettopp læring som avgjør anvendelse i praksis. Det er mange faktorer som har betydning for å forstå om det er mulig å anvende ferdigheter fra simulering til praksis. Alle deltakerne viser til erfaring og læring fra simulering, men det foreligger usikkerhet hvordan den anvendes i praksis. Læringsutbyttet er med andre ord vanskelig å måle men utbyttet kan måles fra det ene scenariet til det andre. Til slutt erfarte deltakerne simuleringen som virkelighetstro og det støttes av Park og SAFEE i Dahlen m.fl. (2013) andre studier denne studien viser til, som hevder at simulering øker læringsutbytte. Konklusjonen fra studiet var at

simulering danner handlingsgrunnlaget og hvor det anbefales at andre kan studere videre hvordan dette anvendes i praksis (Dahlen m.fl., 2013).

2.1.5 Dagens sykepleie

Den engelske sosiolog og sykepleier Davina Allen har utført et etnografisk studie, hvor hun fulgte 40 sykepleiere i spesialisthelsetjenesten. Bakgrunnen for denne studien er at sykepleierens arbeid er i en endring. Arbeidet og oppgavene bærer mer preg av akutt syke pasienter som behandles stadig raskere i et avansert teknologisk miljø, enn slik det var for få år siden. Flexibilitet, jobbglidning og bedre utnyttelse av kompetanse er ønskelig i en hektisk hverdag. Omsorgsbegrepet og sykepleie- pasientforholdet er kjernen i profesjonen, men flere nasjonale og internasjonale studier viser at denne helhetlige tankegangen avviker fra det som sykepleiernes arbeid faktisk innebærer i dagens praksis. Hensikten med studien var å fornye forståelsen av profesjonsfaglig forståelse. I studien beskrives sykepleiernes faktiske ansvarsområder som å inneholde, det Allen i stor grad kaller organisasjonsarbeid. Dette arbeidet handler om artikuleringarbeid i pasientforløpet, hvor sykepleieren primært sørger for en relevant konstellasjon av aktører og handlinger for pasienten beste. Allen (2014) konkluderer med at den profesjonsfaglige forståelsen av praksis må komme på dagsorden, da det moderne helsevesenet vil kreve sykepleiere som i tillegg til å mestre og forstå fagets kjerneverdier, innehar de tekniske, organisatoriske og sosiale ferdigheter som er nødvendig (Allen, 2014).

2.2 Teoretisk rammeverk

2.2.1 Det profesjonelle byråkratiet

Hos Jacobsen og Thorsvik (2013) henvises det til H. Mintzberg som viser til ulike organisasjonsformer. For å forstå organisasjonsformene, må man kjenne til de ulike hoveddeler en organisasjon består av. Bildet under viser de fem hoveddelene som alle organisasjonene består av. Den operative kjernen består av en kjernen som da eksempelvis intensivsykepleierne representerer. Dette er da tjenesteytere som arbeider for at organisasjonen skal kunne realisere sine overordnede mål. Mellomledelsen er avdelingslederen på intensivenheten som har hovedansvaret for å koordinere og sørge for at arbeidet blir gjort. Mellomlederen er også bindeleddet mellom toppledelsen og den operative kjernen. Den som har det øverste administrative ansvaret er topplederen som i sykehus vil være direktøren. De to gjenværende gruppene, er grupper som ikke direkte er tilknyttet produksjon men som er nødvendig for at organisasjonen skal fungere. Her vil vi finne renholdsarbeidere, økonomipersonell, sentralbord og kantinepersonell.



Sykehus blir plassert under det Mintzberg kaller «Det profesjonelle byråkratiet». Det som kjennetegner denne organisasjonsformen er profesjonalisering, hvor mye av beslutningsmyndigheten og handlingsfriheten ligger hos den operative kjerne. Beslutningsmyndigheten kan ligge på dette nivået nettopp fordi den operative kjernen består av profesjonelle som innehar kompetanse og ferdigheter som er nødvendig for å løse arbeidsoppgavene på en tilfredsstillende måte. Det snakkes da om en desentralisert struktur som innebærer myndighet til den profesjonelle i forhold til avgjørelser som må fattes. Fordelen med denne typen organisasjonsform er at det tas raske avgjørelser baseres på faglige og forsvarlig vurderinger. Ulempen med denne formen impliserer samarbeids- og

styringsproblemer som kan oppstå mellom de ulike faggruppene. Det kan også oppstå hinder i utnyttelsen av de ulike profesjonenes kompetanse, da i forhold til ansvars- og arbeidsmåter. En annen bakdel med denne formen, er at det kan være vanskelig å holde styr på kostnadene, da skjønnet vil være det som styrer behandlingen og ikke økonomien. Denne organisasjonsformen blir kritisert av mange, blant annet for at den kun sies å være en idealistisk modell. Som motargument hevder Mintzberg at dette er ment som idealtipe og et utgangspunkt for å skape en mer realistisk organisasjonsform tilpasset den enkelte organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 88-103).

2.2.2 Intensivvirksomhet

Sykehuset har en organisasjonsstruktur hvor arbeidsoppgavene er fordelt, gruppert og koordinert. Denne strukturen påvirker atferden på tre ulike måter, i forhold til spesialisering, koordinering og stabilitet. Intensivenheten er et godt eksempel på hvordan en avdeling er strukturert i en organisasjon. Her vil alle som jobber innenfor intensivvirksomheten være spesialisert til å jobbe med spesifikke oppgaver. Det jobbes her etter rutiner, prosedyrer ol. for å få jobben gjort mest mulig hensiktsmessig, trygt og effektivt, samtidig som det gir muligheten til å jobbe samkjørt i team eller grupper. Ved å ha spesialiserte sykepleiere som innehar den kompetansen som forventes og trengs, vil dette resultere i stabilitet i atferden (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Intensivvirksomhet defineres blant annet, ifølge Retningslinjer for Intensivvirksomhet I Norge (2014), som en systematisk organisering som ivaretar pasienter med akutte, livstruende sykdommer som potensielt er reversible i sykehusenes intensivenheter. Målsetningen til de nevnte retningslinjene er å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen ved å vise hvordan norske intensivenheter bør organiseres. Videre anbefales det å følge evidente forslag på hvordan intensivenhetene best bør utformes og utstyres (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014).

2.2.3 Intensivenhet

En intensivenhet er en geografisk avgrenset enhet (avsnitt) i sykehuset som er bemannet av spesialutdannet personal, organisert som en multidisiplinær enhet, og teknisk utstyr til å behandle pasienter med svikt i ett eller flere organsystemer, hvorav respirasjonssvikt er den vanligste. Derfor er respiratorbehandling sentral i forhold til organisering og behandling.

(Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014, s. 9)

Intensivenhetene kan også behandle intermediærpasienter, pasienter som da ikke er respiratorkrevede eller krever andre intensivmedisinske tiltak. Enheten vil også kunne være delt opp i Generell - eller Spesialisert intensivenhet. I Norge følges den europeiske standard med tre nivåer av intensivenheter, hvor enhetene er organisert og utstyrt for å kunne håndtere ulike grader av komplekse tilstander. Nivå 3 representere universitetssykehusnivå som har alle tilgjengelige medisinskfaglige spesialiteter. Nivå 2A er intensivenheter som tilbyr svikt i ulike organsystemer hos voksne, og som har tilknyttet egen intensivlege. 2B er spesialiserte intensivenheter, som regel stasjonert på universitetssykehus, som for eksempel kun behandler spesifikke tilstander. Nivå 1 er enheter som behandler intensivpasienter med kortvarige behov (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). Disse nivåene ble for oss viktige å kjenne til, da våre deltakere representerte både nivå 3 og nivå 2A. Dette kunne komme til å ha betydning for om behovet for og erfaringen med faglig gjennomgang etter uventede hendelser meldte seg, var ulikt ut fra hvilket nivå intensivsykepleierne tilhørte.

Det behandles over 15.000 pasienter årlig i Norges ulike intensivenheter, hvor det er ca 60.000 liggedøgn og 30.000 respiratordøgn. Dette påvirker hverdagen til intensivsykepleiere og leger, som i tillegg til den komplekse pasienten må forholde seg til et bredt utvalg av utsyr og avanserte IKT-løsninger (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014).

2.2.4 Intensivsykepleie

Sykepleie er i dag et treårig bachelorstudium. De grunnleggende verdier i sykepleiefaget blir fremholdt som vesentlige gjennom hele utdanningsløpet, og gjennom senere yrkesutøvelse. Sykepleieren jobber etter yrkesetiske retningslinjer, som konkretiserer hva sykepleieren strekker seg etter for å sikre god praksis i sitt daglige virke. De utdyper også hvordan sykepleierens menneskesyn og grunnleggende verdier bør vernes i praksis (Norsk Sykepleieforbund, 2015).

Sykepleier og teoretiker Patricia Benner viser til Dreyfus & Dreyfus-modellen for å eksemplifisere hvordan sykepleieren tilegner seg kunnskap og utvikler ferdigheter gjennom 5 nivåer: novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert. Benner (1995) viser hvordan sykepleiere som nybegynnere befinner seg på novisestadiet, og bare delvis jobber selvstendig. Her er sykepleieren avhengig av det Benner kaller regler som veiledning til utøvelsen av sykepleie. Reglene kan være for eksempel prosedyrer og retningslinjer. Det poengteres at enhver situasjon er unik, så reglene vil ikke være tilstrekkelig men et supplement og grunnlag til videre utvikling (Benner & Have, 1995). Elstad (2014) beskriver «reglene» som inngangsporten til faglig utvikling. Deretter bygges ekspertkompetanse gradvis. Eksperten utfører sykepleie med integrerte ferdigheter, erfaringer og med forskjellig klinisk kyndighet. Hun viser til tre aspekter av kvalifisert praksis som har innvirkning på sykepleierens utvikling. Her beveger sykepleieren seg fra abstrakte prinsipper til egen konkret erfaring, som sitt nye paradigme. Det neste er hvordan sykepleieren oppfatter en krevende situasjon. Sykepleieren beveger seg fra å se situasjonen i bestanddeler til å se den som en komplett helhet. Til slutt sees endringen fra å være i en posisjon som utenforstående iakttaker, til deltakende aktør. Elstad og Hamran (1995) hevder at selv om en sykepleier har mange års erfaring innenfor yrket, trenger ikke det nødvendigvis bety at en er en ekspert i faget. Her handler det også om mengdetrening. Elstad og Hamran (1995) viser til Benner (1995) som beskriver at de dyktigste sykepleiere hadde minst 5 års erfaring på en og samme avdeling, for å kunne være i kategorien ekspert. Imidlertid framholder Benner (1995) erfaring også som et åpent begrep, hvor det finnes en åpning for utvikling. I følge Elstad og Hamran (1995) kan altså intensivsykepleieren med nok mengdetrening i ulike pasientsituasjoner, bevege seg fra «ferdiglært» til «ypperlig dyktig». Dette gir grunnlag for å kritisere brødrene Dreyfus & Dreyfus' modell for at den gir lite rom for utvikling når du har det som skal til for å bli betegnet som ekspert (Elstad & Hamran, 1995). Benners modell for kompetanse og kyndighet i sykepleien kan bidra til å belyse funn i vår studie, og til å få fram aspekter av betydning for å

forstå hvorfor intensivsykepleiere handler og opplever situasjoner slik som de gjør (Benner & Have, 1995). Dette kan også sees i lys av kunnskap, teoretisk og praktisk kunnskap. Teoretisk kunnskap vil alltid være den samme, uavhengig av hvem som eier den. Mens praktisk kunnskap derimot peker mot bærer av kunnskapen og den kontekst de befinner seg i. Nortvedt og Grimen (2004) anvender begrepet indeksert kunnskap, hvor årsakene til at den er indeksert, handler om at en sykepleiers handling aldri kan erstattes av en annen, men kun kan overlappes. Intensivsykepleieren må forstå handling ut fra hensikt og omgivelsene den befinner seg i. Kunnskap kan kun tilegnes hvis man gjør relevante erfaringer og lærer utførelsen, kunnskapen henvises da til kunnskapsbærer og opphav (Nortvedt & Grimen, 2004).

Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie. Intensivsykepleieren er en autorisert sykepleier som enten har videreutdanning i intensivsykepleie eller fagspesifikk mastergrad i intensivsykepleie. Intensivsykepleie blir av NSFLIS definert slik:

Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge for til rette for en verdig død. Målet med intensivsykepleie er å etablere en terapeutisk relasjon med intensivpasienter og deres pårørende, og å styrke pasienten fysiske, psykiske, sosiale og åndelig kapasitet med forebyggende behandling, lindrende og rehabiliterende tiltak

(Norsk Sykepleieforbund, 2004)

Intensivsykepleierens arbeid handler i stor grad om å ivareta akutt og kritisk syke pasienter i alle aldre og livsfaser. Dette innebærer at sykepleieren i tillegg til å gi omsorgsfull sykepleie, skal håndtere høyteknologisk utstyr som er en nødvendig for behandling av intensivpasienten. Intensivpasienten defineres som intensivpasient når «... det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel» (Norsk Sykepleieforbund, 2004).

Intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelse viser til ulike funksjoner og ansvar som kan deles opp i direkte og indirekte pasientrettet funksjon og ansvar. Direkte pasientrettet funksjon og ansvar retter seg mot forebygging, behandling, lindring og rehabilitering. Mens undervisning og veiledning, forskning og fagutvikling, og organisatoriske funksjoner inngår i det indirekte pasientrettede funksjons- og ansvarsområdet (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk

sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014; NSFLIS, 2015; Stubberud, 2015).

Som intensivsykepleier jobber man i team, eller det som blir beskrevet som multidisiplinære team som i hovedsak omhandler intensivsykepleiere og leger, men som også kan bestå av fysioterapeut, farmasøyt, prester og andre. Sykdommens og behandlingens kompleksitet vil være avgjørende for hvor mange intensivsykepleiere som jobber «bed-side» med pasienten. Det vises til 1,2-2 intensivsykepleiere per intensivpasient per vakt, hvor intensiv-sykepleierne har selvstendig ansvar for tiltak rettet mot pasienten. Det krever også et samarbeid i mellom intensivsykepleier- og lege, som blant annet skal koordinere pleie, behandling og tiltak til den enkelte pasient. Intensivlegen skal ha det overordnede medisinske ansvaret for intensivbehandlingen til pasienten (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014).

Både sykepleiere og leger jobber etter etiske regler. Disse reglene er veiledende inn i møte med pasienter, kollegaer og deres virke. Og også her stilles det krav til samarbeid med kollegaer og medarbeidere hvor det skal utøves respekt, og hvor leger har en rådgivende og veiledende funksjon (Den norske legeförening, 2015).

Å stå i situasjoner med akutt kritisk syke pasienter kan oppleves utfordrende for den enkelte intensivsykepleier. Den kollegiale støtten er nødvendig av mange grunner. Alvsvåg (2007) hevder at omsorg i praksisfelleskapet innebærer at man har en kultur og omtanke for den andre etter en hendelse. Men dette fordrer en «ildsjels» engasjement. Hun hevder videre at refleksjonen mellom kollegaer gir en felles intersubjektiv forståelse av situasjonen samt at det gir en mulighet til å reflektere over felles erfaringer. Hun viser til Aristoteles som kaller dette for «medskjønnere» (Alvsvåg, 2007). Dette kan forstås som det Gadamer i Elstad (2014) beskrives som å være i den hermeneutiske sirkel, hvor kollegaer bringer inn sine erfaringer og sin forståelse, som igjen blir til ny forståelse. Alvsvåg (2007) hevder også at kunnskap erverves gjennom refleksjon og beskriver den situasjonsrelaterte, uformelle og spontane samtalen som uvurderlig.

2.3.1 Samhandling

For at det daglige arbeidet på intensivheten skal forløpe som ønsket og til beste for pasienten, krever det samhandling mellom profesjonene innad og de ulike profesjonene rundt en intensivpatient.

Samhandling er et uttrykk for helse- og omsorgstjenestens evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.

(St.meld.nr 47, s. 13)

I følge sykepleier og sosiolog Nina Olsvold utfører leger og sykepleiere viktige funksjoner og oppgaver knyttet til pasientbehandling, og inngår derfor i en kooperativ arbeidssammenheng som innebærer at de må koordinere sine oppgaver for å få arbeidet gjort på en noenlunde helhetlig og effektiv måte. Kooperativ arbeid fanger både opp avgrensede arbeidsoppgaver og den gjensidige avhengigheten mellom de ulike profesjonene som deltar i behandlingen av pasienten. Når sykepleiere og leger forholder seg forskjellig i forhold til samarbeid, handler dette mye om yrkesgruppene. De har utviklet en arbeids- og ansvarspraksis med ulik orientering basert på lokalisering og profesjonell posisjon i organisasjonen, hvor kjønnete forventninger også spiller inn.

For å forklare forholdet mellom leger og sykepleieres måte å forholde seg til hverandre i det daglige virke, benytter Olsvold (2012) de lånte begrepene individualisme og kollektivism. Legene blir beskrevet som mer individualistiske enn sykepleiere, fordi de fremstår som mindre samarbeidsorienterte der egne interesser og mål blir satt foran felleskapets mål. Sykepleierne på sin side blir oppfattet som kollektivistiske, med et gjensidig avhengighetsforhold til andre og hvor egne interesser tilsidesettes foran andres.

Ved å beskrive individualisme versus kollektivism, antydes en mulig årsak til at leger ikke erkjenner sitt ansvar i den kooperative arbeidssammenheng. Sykepleie- og legefrelholdet sett fra et historisk perspektiv har vært preget av hierarkiske relasjoner og oppgavedelegering framfor felleskap og samarbeid. Legeprofesjonens arbeidsområder har vært karakterisert av en monopolsituasjon over et avgrenset arbeids- og fagområde, og har en helt annen posisjon i sykehus enn sykepleierens posisjon. Dette kan muligens også være en forklaring på hvorfor de ulike profesjonene har ulike roller i den kooperative sammenhengen (Olsvold, 2012a).

I følge Arne Orvik kan leger og sykepleiere ha godt samarbeid som team. Disse to profesjoner kan utfylle hverandre, men også skape rivninger. Ulike forhold som tillit, ansvar og makt er av betydning. I forhold til ansvar betyr dette blant annet å ta ansvar for konsekvenser av egne handlinger samt arbeid som egentlig tilfaller andre profesjoner. Sykepleierne jobber også nærmest pasienten. Når andre faggrupper trekker seg tilbake, står sykepleieren igjen med en forventning om å tilrettelegge for andre yrkesgrupper samt å ta ansvaret for systemet rundt pasienten. Her oppfattes ansvaret som større enn myndigheten. Orvik (2015) viser også til rapporten «Maktens Samvittighet» hvor det kom fram at sykepleiere i større grad enn andre yrkesgrupper tar ansvaret for oppgaver i organisasjonen. Her nevnes spesielt ansvar som egentlig tilfaller legene. Maktforholdet kan utvikle situasjonen negativt for sykepleiere, som kan bli stående i et dilemma med oppgaver uten nødvendig beslutningsmulighet, og som i så måte kan påvirke arbeidsmiljøet deres (Orvik, 2015). Her viser Elstad (2014) til sykepleiere som tar på seg mer ansvar enn nødvendig som, igjen fører til stress og skyldfølelse hos sykepleieren. På den andre siden viser hun til en kritikk hvor det hevdes at sykepleieren selv må ta ansvaret for sine valg (Elstad, 2014). Men sykepleieren befinner seg i det rommet at hun i første omgang må ta ansvar for pasienten. Her blir konsekvensen at en nedprioriterer seg selv og prioriterer pasienten først.

I følge Benner er det gjort tiltak for å bedre samarbeidet mellom lege og sykepleier profesjonene. Men både leger og sykepleiere oppfordres til å arbeide for å få til et bedre samarbeid både i forhold til relasjonsbygging og i arbeidssammenheng. Men her må sykehusadministrasjonen legge til rette slik at ledelsen får en mulighet til å fremme dette. Pleiepersonalet må ha en enkel vei å gå for å få muligheten til å diskutere forhold som omhandler pasientbehandlingen. For å oppnå effektiv pasientbehandling i et team kreves det at alle de berørte parter får uttrykke sine synspunkter om behandlingen. I følge Benner(1995) er dette en løpende prosess da pasienten kan være svært syk og situasjonen fort kan endres. Ulike meninger om behandlingen er ikke til å unngå. Men dette må ivaretas på et tidligst mulig tidspunkt. God koordinasjon mellom teamets enkeltmedlemmer er avgjørende for miljøet i teamet. Dette blir spesielt viktig for den enkelte i teamet, i forhold til turnover og burnout. Sykepleiere som ikke innehar den makt som skal til for å få fram sin mening om behandlingen eller behandlingssituasjonen, står i fare for å oppleve jobben sin som ubetydelig og effektiviteten påvirkes i negativ retning. Å stå med kritisk syke pasienter uten adekvate

diskusjonspartnere, kan føre til at sykepleieren opplever skyldfølelse og hjelpeløshet (Benner & Have, 1995).

2.3.2 Tverrprofesjonell samhandlingskompetanse

Orvik (2015) hevder at samhandling er et begrep som blant annet benyttes om samarbeidsutfordringer mellom for eksempel profesjoner som sykepleiere og leger. Begrepet blir også brukt som kriterier på hvilken kvalitet som utføres i det kliniske arbeidet. Denne samhandlingsformen kalles også tverrprofesjonell samhandling, og sees på som nødvendig i virksomheter som driver pasientbehandling. Her nevnes blant annet videre utvikling av den enkelte avdeling. For å klargjøre begrepet tydeligere i forhold til vår sammenheng, er tverrfaglighet en del av samhandlingen. Her jobber intensivsykepleieren og legen som team under forpliktende og involverende omstendigheter med et felles mål for pasienten.

Orvik (2015) viser til samarbeidet mellom de ulike profesjonene hvor kompetansen er av betydning. Han beskriver kompetanse som noe mer enn tankemessige prosesser eller individuell kunnskap. Kompetanse hevder han er noe kollektivt og noe som fagfolk har sammen. Sykepleierens kompetanse kan derfor sees i sammenheng med et arbeidsfellesskap mellom flere faggrupper i et team. Her knyttes den kliniske virksomheten sammen til en organisatorisk enhet, som forutsetter godt samarbeid (Orvik, 2015).

Orvik(2015) hevder også at kompetanse blant annet oppstår i relasjoner med andre fagpersoner, som da er et resultat av synergieffekter og av at kritisk refleksjon står svært sentralt. Kompetanse er i endring hos alle profesjoner. Dette krever at yrkesgrupper som sykepleiere og leger er kritiske og reflekterende til både sin egen og andre yrkesgruppers fagutøvelse. Orvik sier det slik; «De må lære seg å lære». Her spesifiseres det spesielt at både leger og sykepleiere kontinuerlig må forbedre sin praksis hvor retningslinjer og prosedyrer blir gjennomgått. Som sykepleier må vi til stadighet forholde oss til endringer i forhold til omstillingsprosesser som påvirker pasientarbeidet. Denne endringen påvirker hele praksisfellesskapet og intensivsykepleieren må forholde seg til det i den grad det påvirker arbeidsfordelingen hos profesjonene. For å håndtere denne endringen trenger intensivsykepleieren en kollektiv forståelse av kompetansen (Orvik, 2015, s. 22-23).

2.3.3 Organisatoriske utfordringer

I følge Orvik (2015) skal sykepleiere være empatiske og effektive på samme tid. Dette er noe som i seg selv kan oppfattes som motstridige krav, men som er et resultat av at sykepleierne jobber i et system med ulike verdier og mål. Begrepet organisatorisk kompetanse framstilles i et kulturelt, strukturelt og prosessuelt perspektiv. Det kulturelle framstilles som noe organisasjonen er i forhold til pasienten, produksjonen og profesjonen. Her kan blant annet kritisk refleksjon benyttes om det er noe for eksempel sykepleiere vil ha endret. Det neste som omhandler det strukturelle perspektivet er på hvilken måte vi er organisert. Her diskuteres blant annet hvordan organisasjonen prioriterer, muligheter for faglig veiledning og forholdet mellom ulike profesjoner. Den kliniske hverdagen påvirkes indirekte slik at de ulike profesjoner må rette sin oppmerksomhet på organisasjonsformene, som en del av den organisatoriske kompetansen. Det sees på som grunnleggende å ha kunnskaper om organisasjons- og ledelsesspørsmål i virksomheten. Til sist knyttes denne kompetanseformen seg til prosesser i forhold til organiseringen av arbeidet i klinikken. Dette omhandler blant annet prioritering, planlegging, samhandling, oppfølging og evaluering i pasientarbeidet. Her forpliktes for eksempel leger og sykepleiere seg til gjensidig samarbeid og samhandling i en tverrprofesjonell ramme (Orvik, 2015, s. 57-66).

2.3.4 Den dobbelte kompetansen

I Orvik (2015) viser han til de svenske organisasjonsforskerne Karl Erik Sveiby og Anders Risling som lanserte uttrykket «den dobbelte kompetansen». De hevder at kvaliteten på de profesjonelles ytelse blir bedre om de i tillegg til sin kliniske kompetanse har forståelse for driften av sin egen organisasjon samt at de håndterer organiseringen av eget arbeide. For intensivsykepleiere som jobber med kritisk syke pasienter hvor tilstanden på kort tid kan endres til det verre, blir dette særdeles viktig. Her kreves at intensivsykepleieren er i stand til å ta raske beslutninger og handle kompetent og med bruk av faglig skjønn. Klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse er med andre ord utfyllende og gjensidig avhengige av hverandre. Den nevnte dobbelkompetanse ansees som selve faginnholdet i profesjonsutøvelsen men også for eksempel intensivsykepleiers evne til å organisere sitt eget arbeide (Orvik, 2015).

Moderne helsevesen styres etter økonomiske styringsmodeller som har sitt opphav fra privat sektor. New Public Management (*Ny offentlig ledelse*) som denne styringsformen kalles, har som formål å effektivisere og øke pasientenes, som her blir kalt kunder, tilfredshet. Strenge kvalitetskrav blir et resultat av økt oppmerksomhet på brukerrettigheter. NPM har i hovedsak preget tre områder innenfor helse- og omsorgsfeltet. *Enhetlig ledelsesformer* bygger på en leder som har det helhetlig ansvaret for driften. Det vil foreligge krav til resultatoppnåelse. Organisering av virksomheten etter forsvarlighetskrav, henviser til de som står nærmest problemene. *Autonomisering og fristilling* som dette representerte, er det andre området som preges av NPM. Det tredje området viser til *markedsliknende løsninger* for å sikre økt konkurranse, som resulterer effektivitet og brukertilfredshet. Hoveddimensjonene i NPM, går i grove trekk ut på profesjonalisering av lederrollen og profesjonsnøytral ledelse, Indirekte styring og kontroll, og et bruker –og borgerfokus. Disse dimensjonene kan indirekte påvirke den kliniske virksomheten. Det viser seg at det kyttes både ansvar og dilemmaer til denne styringsmodellen. NPM omfatter økt vekt på målstyring og desentralisering av økonomisk ansvar til den enkelte virksomhet, noe som medfører endringer både hos sykepleiere og legens praksis, da krav til økonomisk kontroll og effektivitet er en realitet. Innholdet i den organisatoriske kompetansen påvirkes og endres etter NPM inntog i helsevesenet (Orvik, 2015). I april -02 kommer det en motmelding til høringsnotatet fra sosial- og helsedepartementet om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. I denne motmeldingen reagerer en gruppe leger ansatt ved norske sykehus mot Sosial og helsedepartementets høringsnotat om statlig overtakelse av norske sykehus. Erfaringer fra andre land med denne styringsformen viste blant annet til økt misnøye, økt utgifter, mindre tillit, sterkere prioritering av de minst syke, mer administrasjon, dårligere vilkår for fagutøvelse og mindre samarbeid. Med bakgrunn i dette, argumenterte de for at norske sykehus skulle drives under demokratisk kontroll, og ikke slik det ble lagt an til, hvor norske sykehus skulle bli en del av en markedsstyrt forvaltningsmodell som styres av økonomi, konkurranse og kostnadseffektivitet. De anså prosessen om avgjørelse som for rask og de mente at saken fortjente en grundigere analyse og at den skulle avgjøres på en demokratisk måte. Mest av alt fryktet de negative faglige bivirkninger dette ville medføre, viste også til de kulturendringer dette ville medføre på de enkelte sykehus.

Intensivsykepleieren jobber etter en rekke forventninger og krav. Orvik (2015) skisserer rolleforventninger fra ulike aktører. Her utheves fra pasientens og kollegaers side at

sykepleieren må inneha faglig kyndighet, kommunikasjonsferdigheter og drive faglig forsvarlig omsorg. På den andre siden er det ønskelig fra administrative ledere at sykepleieren håndterer oppgavegliding hvor en må overta oppgaver som kanskje tilhører en annen profesjon. Her blir evnen til organisering av eget og andres arbeid samt faktorer som påvirker dette sett på som profesjonell kompetanse (Orvik, 2015).

Å benytte helsepersonell på en fleksibel måte gjerne i form av oppgavegliding, kan ifølge Orvik (2015), være ønskelig på bakgrunn av økonomiske grunner. Oppgavegliding er et begrep som sannsynligvis er like gammel som arbeidslivet selv. Norsk Overlegeforening (2012) utga et nettbasert blad som tok for seg denne tematikken. Her diskuteres begrepet ut fra representanter fra både sykepleie- og legeprofesjonen. I helsesektoren har oppgavegliding alltid eksistert, så det ansees ikke som et nytt fenomen. Men på bakgrunn av økende etterspørsel, ny teknologi, nye og endrede styringsformer og nytt lovverk som blant annet samhandlingsreformen, har diskusjon rundt oppgavegliding blitt mer framtrædende. Og av den grunn har man fått en oppblussing av debatten rundt dette. Oppgavegliding har vært et bidrag inn i diskusjonen om profesjonene, og dette som fenomen har blitt opplevd som en trussel mot profesjonenes særegenhet. Likevel er og representerer dagens praksis endringer som medfører omfordeling av oppgaver. Og på bakgrunn av dette må det foreligge noen føringer som forsikret forsvarlighet, kvalitet og pasientsikkerhet. I dette nettbaserte blandet ønsker blant annet Overlegeforeningen og forbundsleder i NSF denne debatten velkommen (Norsk Overlegeforening, 2012).

2.3.5 Kultur

Utfordringene som Orvik nevner spesielt rettet mot sykepleiere, kan også både sees og forklares ut fra det som Jacobsen og Thorsvik (2013) kaller kulturelle perspektiv. Orvik viser til sykepleiere som ikke alltid jobber slik den formelle strukturen pålegger dem å gjøre. Vi snakker da om avvik mellom den atferd som praktiseres og atferden som forventes i den formelle strukturen. Hvorfor kulturen får en betydning inn i organisasjonen handler, ifølge nyere studier, om at det sees en klar sammenheng mellom organisasjonskultur og effektivitet. Videre har noen studier vist at sterk organisasjonskultur samler de ansatte ved at de opplever

felleskap og tilhørighet, som i så måte kan være en viktig faktor inn i forklaringen av en vellykket bedrift.

Organisasjonskultur blir i Jacobsen og Thorsvik (2013) definert ut fra den mest refererte i organisasjonslitteratur, Edgar Schein, som:

«Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å meste sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon- som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene»

(Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 130)

Organisasjonskulturen gjenspeiler hvordan intensivsykepleiere handler i hverdagen, og av den grunn kan det være viktig å kjenne til de effektene organisasjonskulturen kan ha på atferden til sykepleieren. Organisasjonskulturer kan bidra til at intensivsykepleieren kan utvikle sin sykepleieidentitet, redusere usikkerhet, bidra til å føle tilhørighet og være en del av et felleskap. Dette felleskapet kan være motiverende og hvor alle jobber ut fra felles mål og verdier. Tillit er også et resultat av en sterk og fungerende kultur. Tillit fremmer også fleksibiliteten og handlingsfriheten. Tilhørighet, felleskap, motivasjon og tillit virker inn på en slik måte at samarbeid mellom mennesker, profesjoner og fungerer bedre. Dette bidrar også til at det er ønskelig å samarbeide, noe som gjør organisasjonen effektiv. Kulturen kan også sees som en formell struktur, fordi kulturen ofte gir «oppskrift» på hvordan sykepleiere bør handle i gitte situasjoner. Man blir fort lært opp til hva som blir viktig og kun konsentrere seg om det. Organisasjoner som innehar disse egenskapene framstår som organisasjoner med sterk kultur, og som kan være mer effektiv (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Organisasjonskulturen blir knyttet opp til en gruppe som har felles grunnleggende antakelser, slik som avdelingskulturen på en intensivsenhet hvor hovedtyngden av bemanningen består av intensivsykepleiere og leger. Kultur bli også ifølge Schein i Jacobsen og Thorsvik (2013) også basert på læring. Læring i den forstand at kulturen utvikles etter hvert som man løser problemene som både krever eksterne og interne tilpasninger. Kulturen i en organisasjon blir opprettholdt så lenge den blir oppfattet som riktig eller nyttig. Kulturen vil hele tiden bli testet mot virkeligheten. Praksis endres hvis kulturen og praksis er motstridene. Kulturen som rår i en avdelingen vil være den kulturen som videreføres til nyansatt, slik at det ligger

implisitte kjøreregler for hvordan en skal oppføre seg, tenke og forstå. Men ikke alle kulturer er preget av enhetlig og felles kultur, hvor det da både kan oppstå konflikter og tvetydighet, og ikke minst også bestå av et mangfold av kulturer. Et viktig aspekt i organisasjonskultur er at den ikke kan studeres direkte, slik som formelle mål og strategier. Grunnleggende antakelser, verdier og normer, og artefakter er tre kulturelle nivåer som eksisterer i kulturen. Disse nivåene avdekkes først når vi snakker, observerer og tolker med de ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

2.3 Debriefing og dens betydning

Som helsepersonell havner man fra tid til annen i situasjoner som oppleves dramatisk eller hvor man på annen vis blir sterkt berørt av en uventet hendelse. I den forbindelse vil det for mange oppleves som nyttig å kunne ha en arena hvor en møtes for å få satt ord på ens opplevelse og høre andres opplevelser, få forklare og få en forklaring for hvorfor andre oppførte seg som de gjorde. Det vil også hjelpe den enkelte til få nye perspektiv, lære av andres håndtering av situasjon og ikke minst få råd om hvordan håndtere påtrengende erfaringer (Dyregrov, 2002).

Under andre verdenskrig, på de franske strendene i Normandie i 1944, beskrives de første elementene av debriefing. Her ble soldater samlet i grupper for å gå igjennom det som hadde hendt. Begrepet debriefing som konsept har innenfor militæret blitt brukt som en betegnelse på møtet som ble holdt ved hjemkomst etter tokt. Til tross for dette, har ikke begrepet blitt tatt i bruk før på slutten av 1970-80- tallet, da relatert til gjennomgang av psykologiske sider ved hendelser av ekstrem karakter. Samtidig som militæret benyttet seg av dette konseptet, vokste interessen på dette området i takt med flere katastrofer. Det var da alt fra togulykker til rasulykker hvor det ble iverksatt intervensjoner for å hjelpe innsatsmannskaper. Jeffery T. Mitchell var den første som samlet flere personer i grupper i ved gjennomgang og utarbeidet en syv stegs modell for debriefing, en modell som i hovedsak er tatt i bruk over hele verden. Da debriefing allerede fra starten av ikke var ment som den eneste intervensjonen for å hjelpe personer etter kritiske hendelser, vokste CISM («Critical Incident Stress Management») fram som et overordnet uttrykk som beskrev en rekke forskjellige omsorgsstrategier. Strukturen for debriefing som Mitchell beskrev, var i utgangspunktet ment for innsats- eller

redningspersonell som da var mannsdominert. Derfor avspeilet strukturen en metode som skulle hjelpe menn til å uttrykke hva stressende hendelser gjorde med dem, det vil si tanker og følelser som menn tradisjonelt sett hadde vanskeligheter med å uttrykke. Men det viser seg at både strukturen og formatet vært brukt og vist sin nytte utenfor den opprinnelige hensikt.

Gruppeoppfølging etter kritiske hendelser har etter hvert fått en lang tradisjoner i Norge. Og de psykologiske debriefingsmøtene har tatt utgangspunkt i Mitchells modell, men også vektlagt blant annet akutt krisehjelp, kameratstøtte og veiledning av ledelsen. Dette viser at det også i Norge er tradisjoner for Critical Incident Stress Management (Dyregrov, 2002, s. 17-19).

Atle Dyregrov er psykolog og spesialist innenfor klinisk psykologi. I tillegg til at han jobber med barn som har opplevd tap og traumer, har han arbeidet ved en rekke større ulykker og katastrofer både i inn- og utland. Han er blitt belønnet for sitt arbeid innen krise- og katastrofepsykologi både i Norge og internasjonalt, og er en av de fremste innenfor krisehåndtering i Norge (Senter for Krisepsykologi). Psykologisk debriefing har ifølge Dyregrov til hensikt å forhindre unødvendige ettervirkninger. Den har også som funksjon å stimulere gruppesamhold og støtte, og fremme et tankemessig «grep» om situasjonen. Gjennomføring utføres en av de første dagene etter en hendelse. Det strukturerte møtet har en varighet på mellom to til tre timer hvor det stilles spesiell kompetanse til utførelse av psykologisk debriefing. For at debriefing skal fungere i den hensikt som er ment, underligger det noen aspekter som må være ivaretatt. Det handler først og fremst om at deltakerne har et ønske om å delta, samtidig som det krevers kunnskapsrike ledere som arbeider saklig etter både struktur og regler. Videre er viktigheten av gjensidig respekt mellom deltagerne er av betydning (Dyregrov, 2002).

Defusing, som også kalles avlastningssamtalen, har samme hensikt som debriefing. Forskjellen er at den gir de berørte i teamet på et tidlig tidspunkt muligheten til å sette ord på hendelsen. Her vil samhold være et mål, og kartlegging av individuelle behov for systematisk debriefing foregår på et senere tidspunkt. Defusing som konsept er friere i formen enn debriefing, har mindre struktur, den foregår like etter hendelsen og har en kortere varighet (Dyregrov, 2002). Denne samtalen blir kanskje brukt i mer eller mindre grad innenfor helsevesenet, nettopp fordi den er mindre strukturert og at den ikke stiller så mange kriterier.

2.4 Simulering for økt handlingskompetanse

Simulering har sitt opphav inne militæret helt tilbake til 1800-tallet, mens luftfart-, sjøfart- og kjernekraftverk praktiserer denne type trening i dag fordi det vanskelig lar seg gjennomføre i virkeligheten. Med samme begrunnelse har denne type trening blitt innført i helsesektoren.

Husebø og Rystedt (kap 11) henviser til Jeffries som definerer simulering på følgende måte;

Aktiviteter som etterligner et klinisk miljø, også som er konstruert for å kunne trene prosedyrer, beslutningstaking, og kritisk tenking ved hjelp av teknikker som rollespill og bruk av interaktiv video eller manikiner (automatiske dukker). En simulering kan i stor grad gjenskape virkeligheten, eller den kan representerer flere deler i kombinasjon for å etterligne virkeligheten.

(Husebø og Rystedt s.169)

En av årsakene til at man har implementert simulering i akuttmedisinske fagavdelinger handler om at handlingskompetansen øker i behandlingsteamet som bedrer pasientsikkerheten. Akutte hendelser med akutt kritisk syke pasienter, kjennetegnes av lite forutsigbarhet, krevere raske avgjørelser og tiltak i rett rekkefølge. Dette kan potensielt føre til høyt stressnivå blant helsepersonell. «Negativt stress» kommer til uttrykk gjennom redusert evne til logisk tenkning, lite løsningsorientert og hvor tidligere ervervet kunnskap kan svekkes. Dette vil i så måte kunne påvirke kvaliteten på pasienttiltak og behandling. Erfaring fra militæret viser til trening og drilling som metode for å motvirke negativ stress. Ved å gjennomføre jevnlig trening i akuttmedisin vises det blant annet til mulighet for gjenkjenning og behandling, teste akuttmedisinsk ferdigheter og trene på kommunikasjon og samspill. Lærings sirkelen benyttes i simuleringssammenheng i helsefagene, som viser læringsprosessens framdrift.



Sirkelen består av fem trinn hvor første trinn består av kunnskap som grunnlag for all læring. Neste trinn er ferdighetstrening, etterfulgt av beslutningstrening. Simuleringstrening er trinnet hvor tidligere kunnskaper skal settes i system og øves på. Dette trinnet tar utgangspunkt i de foregående trinn. Tilslutt finner vi klinisk praksis hvor alle ferdigheter fra tidligere trinn utøves i praksis og danner grunnlaget for nye kunnskaper om sirkelen repeteres.

Simulering er et godt verktøy og en velegnet metode for å dekke den enkelte helsepersonells behov ved at man gjentatte ganger kan simulere og tilpasse trening til den enkelte. På denne måten blir helsepersonell eksponert for de spesifikke hendelsene, som da sikrer et minimum kvalitetsnivå (Sollid, 2015). Simuleringsbasert trening blir hevdet som et av de viktigste tiltak for å forbedre pasientsikkerhet. På tross av dette finnes det liten forskning eller dokumentasjon på simuleringstreningens overføringsverdi til praksis (Husebø & Rystedt, 2015).

2.6 Intensivsykepleierens utfordringer

2.6.1 Rural sykepleie

I vår studie intervjuet vi intensivsykepleiere både fra lokalsykehus og universitetssykehus. I empirien framkom det elementer som kanskje kan ha en sammenheng til den rurale konteksten. Scharff (2013) beskriver i sin artikkel at kjernen av sykepleie er omsorg, og omsorg er substansen av forholdet mellom sykepleieren og pasienten. Hun hevder også at det som skjer i kjernen av rural sykepleie er noe annet enn det som skjer i kjernen av sykepleie

ellers. Det beskrives at det å være ruralt er som å «... being a long way from anywhere and pretty close to nowhere» (Scharff, 2013, s. 243). Å være rural fremstilles også som å være uavhengig og kanskje alene. I forhold til pasientsituasjoner må den rurale sykepleier være forberedt på at pasienten kanskje kan være en av hennes nærmeste familiemedlemmer. Her handler det om at sykepleieren her må være i stand til å ta hånd om det som er, der hun er samt være i stand til å ta konsekvensene av det i ettertid.

2.6.2 Barn og unge

De som jobber med syke og traumatiserte barn har, ifølge Dyregrov (2010), en veldig sterk grad av personlig engasjement i arbeidet sitt. Barn blir oppfattet som uskyldige og svært hjelpeløse. Som helsepersonell blir det ekstra stor påkjenning, fordi barn ikke har muligheten til å beskytte seg selv slik som voksne. Videre viser han til ulike måter helsearbeideren håndterer og distanserer sine følelser på. Men påkjenningen er så stor i arbeid med barn, at dette blir vanskelig fordi som helsepersonell identifiserer seg fort med barna og de foreldre som rammes. Reaksjoner den enkelte intensivsykepleier kan rammes av er blant annet hjelpeløshet, fordi man ikke vet hva godt man skal gjøre for pasienten. Det neste er redsel og angst, da man som hjelper identifiserer seg med pasienten og opplever sterk grad av sårbarhet i forhold til sine egne. Videre eksistensiell usikkerhet forbundet med at det kan reises spørsmål om forventninger rundt livet. Til slutt sorg og smerte da påkjenningen er så stor å bære, samt at de bebreider seg selv i forhold til om de hadde gjort alt de kunne for barnet. Når helsearbeidere pleier syke barn er det nødvendig å holde en viss distanse. Kommer man for nært, kan evnen til å hjelpe reduseres på grunn av for stor følelsesmessig involvering (Dyregrov, 2010).

3 Metode

3.1 Bakgrunn for valg av kvalitativ metode og forskningsintervju

Studiens tema ble avgjørende for valg av metodisk tilnærming. Vi søkte ny kunnskap om intensivsykepleierens behov for og erfaring med faglig gjennomgang etter uventede hendelser. Av den grunn valgte vi å benytte oss av kvalitativ metode og forskningsintervju for innhenting av empiri.

Kvalitativ metode bygger på teori om menneskelige erfaringer (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk), hvor målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, som det oppleves av den enkelte (Malterud, 2011, s. 26). Karakteristisk for kvalitativ design er at metoden er fleksibel i den forstand at den justerer seg i forhold til data som framkommer, der en søker en helhetlig forståelse. Den fordrer også at forsker er sterkt involvert og bruker seg selv som verktøy i hele forskningsprosessen (Polit & Beck, 2012, s. 487).

Med utgangspunkt i vår begrensede forståelse av behovet for faglig gjennomgang etter uventede hendelser, søkte vi ny kunnskap på temaet. Dette er i tråd med hermeneutikken, som har til hensikt å gjenopprette manglende eller svekket forståelse, og hvor spørsmål knyttes til forståelse og fortolkning. Innenfor hermeneutikken refereres det som oftest til to hovedtradisjoner, den tradisjonelle hermeneutikken og den filosofiske hermeneutikken. Den tradisjonelle hermeneutikken er metodeorientert og hvor det fokuseres på: «... korrekt fortolkning av tekster vi gjen-erfaring og gjen-skapning av forfatters bevissthet, liv og historisk epoke» (Thornquist, 2003, s. 140). I den filosofiske tradisjonen er grunntrekk ved mennesket og de universelle vilkår for forståelse lagt vekt på. Vi søkte som nevnt ny forståelse av vårt forskningsspørsmål, og valgte av den grunn å støtte oss til filosofen H.G Gadamer som er spesielt betydningsfull når det gjelder den filosofiske hermeneutikken. I Gadamers hermeneutikk sees mennesket på som historiske vesen, som forstår i kraft av fordommer som ikke bare er individuelle og private. Forståelsen er aldri umiddelbar og forutsetningsløs. Det betyr at vår fortolkning av oss selv og verden rundt oss, bærer preg av en rekke forhold som vanskelig lar seg forklare på en enkel måte. Det betyr at forståelsen ikke bare relateres til den tekst som skal forstås, men innbefatter den som forstå og fortolker. Gadamers forståelsestenkning baseres på språk og tradisjon, hvor vi med språket arver en fortid som vi selv ikke har vært medbestemmende i, og hvor denne språktradisjonen er med på forme vår forsøk på å forstå. Det vil si at det alltid vil være en for-forståelse som et produkt

av den språktradisjonen vi befinner oss i. For-dom er, ifølge Gadamer, ikke et negativt begrep i seg selv. Det skilles mellom fordommer som er positive eller fordommer som blir misforståtte, noe som kan komme til uttrykk i møte med oss som forskere og deltakere. Dette kan by på noen utfordringer da for-dommer i stor grad er ubevisst. Gjennom aktiv arbeid med å sette egne for-dom på prøve, åpner vi opp for ny forforståelse. Dette blir lettere hvis vi blir provosert, hvor vi da stiller spørsmål rundt forståelsen, tematiserer den og endrer den. Det handler om å få kontakt, eller å få en forståelseshorisont, som Gadamer kaller det. Som forskere må vi ikke ta for gitt at våre fordommer er rette, og det fordrer oss videre til å være åpen og å stille nye spørsmål til teksten. Vi bringes inn i teksten, og teksten inn i vår horisont. Horisontsammensmelting er da resultatet av denne prosessen, hvor målet er å smelte sammen vår og tekstens forståelse som resulterer i ny forståelse. Det finnes en hermeneutisk regel som sier at man skal forstå helheten ut fra deler og deler ut fra helhet, en hermeneutisk sirkel. I denne sirkelen finnes det ikke bare et forhold mellom deler og helhet som skal forstås, og her vil forsker/leser være en del av sirkelen. Det vil si at forskeren/leserens for-dom preger forståelsen, og hvor denne forståelsen igjen påvirker forskerens/leserens forståelse av seg selv og sin situasjon (Gadamer & Jordheim, 2003; Thornquist, 2003).

3.1.1 Å forske i eget felt

En viktig forutsetning for vår studie har vært vår nærhet til feltet. Som forskere i eget felt, ble det på et tidlig tidspunkt viktig å redegjøre for vår forforståelse. Forforståelsen er den bagasjen vi binger med oss inn i forskningsprosjektet. Den inneholder erfaringer, faglige perspektiv, hypoteser og den teorien vi har tilegnet oss. Forforståelsen kan være en styrke i vår studie, men kan også være en tung bær som kan gjøre at vi kun fokusere på det vi har med oss og ikke det som framkommer underveis (Malterud, 2011).

Vår erfaringsbakgrunn som intensivsykepleiere bidro til at vi kunne kjenne igjen og forstå hvordan det kunne oppleves å stå i situasjoner hvor behovet for faglig gjennomgang kunne melde seg. At vi var kjent med feltet innebar også at vi hadde kunnskaper om høyteknologisk utstyr og forsto de fagterminologiske uttrykk som ble brukt. Dette bidro til at vi fikk en lettere inngang til forskningsfeltet.

Ulempen med å forske i «eget felt», kan være at vår forforståelse kunne bli til for-dommer som gjorde at vi ikke evne å studerte det nye og hittil for oss ukjente i forskningsmaterialet. Vi kan aldri” nullstille” vår forforståelse, men ved å redegjøre for dette vil vi kunne gå prosjektet i møte uten å overdøver informantens stemme med egen forforståelse (Malterud, 2011; Tjora, 2012).

Gjennom flere års erfaring som sykepleiere og intensivsykepleier har vi flere situasjoner fra praksis å se tilbake på. Vi har liten erfaring med debriefing eller faglig gjennomgang, og de få ganger vi har deltatt har dette blitt gjennomført ved en tilfældighet hvor det ikke foreligger noen rutine eller prosedyre. På tross av dette har vi positiv erfaring. Positivt i den forstand at det har gitt oss en gjennomgang av situasjoner som har gjort inntrykk på oss. Vi fikk satt ord på hva vi opplevde, samtidig som vi fikk muligheten til å sette situasjon i perspektiv som da resulterte i bedre håndtering ved liknende hendelser senere. Vi opplevde at slik gjennomgang ga et bedre samhold i teamet, og at vi ble kjent på en annen måte. Vi er også enig om at hvis en faglig gjennomgang skal finne sted, må den som erkjenner sitt behov melde fra om det til sin nærmeste leder. Deretter forventer vi at legen med det medisinske ansvaret for pasienten er den som skal sørge for at gjennomgangen skal finne sted. Men våre forventinger står ikke i samsvar med hvordan det er i praksis. Vi vet at det er flere som har like forventinger som oss, og ingen endringer har skjedd på nåværende tidspunkt. Kanskje kan det være grunnen til at det ikke finnes noen rutiner eller prosedyrer på dette?

Vi er selv blitt svært bevisst på nytten av debriefing etter at vi ved flere anledninger har deltatt på simuleringstreninger i regi av BEST¹. Et viktig ledd i denne treningen er at man repeterer scenariene to ganger, hvor gjennomgang av film og tilbakemeldinger fra deltakerne skjer etter hvert scenario. Motivet for denne metoden er læring og forbedring, og at teamet skal ende opp med en mestringsfølelse i sin kliniske utførelse.

Som det unike mennesket hvert individ er, erkjenner vi at debriefing ikke kan påtvinges nettopp fordi den enkelte må kjenne et behov, og hver enkelt opplever hendelser ulikt. Sannheten for en, trenger ikke være sannhet for den andre, slik at en prosedyre for hvilke

¹ BEST (Bedre & systematisk traumebehandling) har som målsetning å bedre ledelse, kommunikasjon og samarbeid rundt alvorlig skadde pasienter gjennom tverrfaglig opplæring av team lokalt på sykehusene. Kursene er unike fordi man benyttet videofilming i evalueringen av øvelsene og at det er teamene og ikke den enkelte person som det fokuseres på. Dette er i tråd med moderne teori for teamarbeid. Crew resource management (CRM) trening har i lang tid vært benyttet innen lufttrygging og det er mange undersøkelser som tyder på at metoden er brukbar også innen akuttmedisin (Stiftelsen BEST, 2007).

hendelser som skal debriefes kan være vanskelig. En retningslinje som definerer strukturen og gjennomførelsen kan være nødvendig for at det i det hele tatt skal finne sted. Men det vi mener bør må foreligge, er en avdelingskultur som aksepterer og iverksetter hvis og når et behov for faglig gjennomgang melder seg.

Ved å erkjenne vår rolle i denne sammenheng og ved å jobbe med å bli våre for-dommer bevisst, åpnet vi opp for ny forforståelse, samtidig som vi jobbet for å inneha en refleksiv holdning (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010; Malterud, 2011; Tjora, 2012).

Forskerens integritet i kvalitativ forskning er av avgjørende betydning for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen som framstilles og de etiske beslutningene som treffes underveis. Kvalitativ forskning er interaktiv forskning, noe som åpner opp for tilbøyelighet for å la seg påvirke i den ene eller andre retningen og hvor det da kan bli vanskelig å opprettholde en profesjonell avstand (Kvale, Rygge, Brinkmann, & Anderssen, 2015).

3.1.2 Form på intervju og intervjuguide

Ved å få intensivsykepleierne til å reflektere rundt behovet for og erfaringen med faglig gjennomgang ved uventede hendelser, ble dybdeintervju eller det Malterud beskriver som semistrukturert intervju, valgt (Malterud, 2011, s. 129). Tjora (2012) viser til Kvale (1997) som referer til dybdeintervju hvor meninger, holdninger og erfaringer blir gjenstand for studiet. Intensivsykepleierens livsverden eller verden sett fra intensivsykepleierens ståsted var hovedmålet. Dybdeintervju som metode baseres på et fenomenologisk perspektiv, slik at vi søkte å forstå intensivsykepleierens erfaring og hvordan intensivsykepleieren reflekterte over disse. Her var det intensivsykepleierens subjektive opplevelser og erfaringer som var i fokus. Oppmerksomheten var knyttet til spesifikke følelser ved deres erfaringer av faglig gjennomgang, som kunne bidra til ny kunnskap på området.

Utformingen av intervjuguiden ble avgjørende for hva vi ønsket å få innsikt i og oppnå med denne studien. Intervjuguiden ble dannet med utgangspunkt i flere elementer. Våre fåtallige erfaringer med faglig gjennomgang og vår undring til feltet, ble viktige perspektiver når forskningsspørsmålet ble utformet. Gjennomgang av tidligere forskning på feltet økte vår interesse, og summen av disse elementene bidro inn i utvikling av intervjuguiden.

Spørsmålene ble dannet og revidert med utgangspunkt i å hjelpe oss til økt innsikt i temaet. Vi benyttet et utforskende perspektiv hvor vi vektla forståelsen av hva som fikk betydning for faglig gjennomgang, og derav få fram deltakernes erfaringer med faglig gjennomgang. Dette i tråd med Kvale m.fl. (2015), som viser til en artikkel skrevet av Giorgi, hvor forskningsspørsmålet styrer intervjuet. Intervjuguiden bidro ikke bare til å sørge for at forskningsspørsmålet ble besvart ut fra den frie samtalen, men strukturen i guiden sørget også for seriøsitet ovenfor deltakerne (Tjora, 2012).

Vi tilstrebet åpenhet under hele intervjuprosessen. Åpenhet både i forhold til det som deltakerne fortalte og ved å la de snakke uten for mange innsigelser. Deltakerne fikk informasjon om studien og tematikken. Det ble laget åpne spørsmål slik at informanten fikk tale fritt uten så mange innsigelser fra oss som forskere. Videre valgte vi å arbeide etter de tre fasene Tjora (2013) henviser til, som er; oppvarming, refleksjon og avrunding.

Oppvarmingsfasen bestod av informasjon og definisjoner av ulike begrep, samt kartlegging av deltakerens alder og arbeidserfaring. I refleksjonsfasen valgte vi å benytte oss av en narrativ inngang, eksempelvis; «Kunne du tenke deg å fortelle om en uventet hendelse som har gjort inntrykk på deg?». Vi åpnet da opp for at deltakeren kunne fortelle og dele sin historie, uten at vi la noen føring på hvilken retning dette skulle gå. Vi fikk da deltakeren til å snakke åpent og fritt med egne ord. Denne teknikken sikrer at forskeren får all den informasjon som er ønskelig, samtidig som det gir deltakeren friheten til komme med så mange eksempler som ønskelig (Polit & Beck, 2012). Herunder ble det utformet oppfølgingsspørsmål som kunne stilles for å utdype innholdet og for bedre å forstå deltakerens egen forståelse. Eksempel: «Kan du si litt om hva du tenkte om at faglig gjennomgang ikke ble tatt tak i»? Avslutningsvis ble deltakeren gitt muligheten til å komme med andre ytringer hvis ønskelig, og deltakeren fikk informasjon om «veien videre» for denne studien.

3.1.3 Utvalg og rekruttering

Ut fra den problemstillingen vi ønsket å belyse, ble et strategisk utvalg sammensatt med målsetning at materialet har best mulig potensial (Malterud, 2011, s. 56). I vårt studie inkluderte vi 6 intensivsykepleiere, 3 fra et lokalsykehus og 3 fra et universitetssykehus.

Et utvalg på 6-8 deltakere vil ifølge Tjora (2012) være tilstrekkelig, og kan gi et syn på tematikken, noe som støttes av Polit og Beck (2012) som henviser til 10 eller færre. Videre sier de at deltakeren må ha opplevd fenomenet en søker å undersøke og da kunne uttrykke hvordan de opplevde det (Polit & Beck, 2012, s. 523).

Vi søkte intensivsykepleiere med ulik arbeidserfaring, for å kunne få frem ulike nyanser i forhold til når behov for faglig gjennomgang melder seg. Ved å ha en variasjonsbredde ville dette gi en mulighet å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010; Malterud, 2011). Da flere intensivavdelinger benytter seg av vikarer, ønsket vi kun intensivsykepleiere med fast ansettelse. Dette på bakgrunn av at vikarer fra andre steder/land kanskje ikke vil få fram det særegne ved denne avdelingen, som kanskje ville spille en rolle inn i behovet for og erfaring med faglig gjennomgang.

Utvalget ble gjort ved de to nevnte sykehusene, og avdelingsledere ved de aktuelle avdelingene ble kontaktet for å få tillatelse til å rekruttere deres intensivsykepleiere til studiet. (Vedlegg 1). Skriftlig informasjon (Vedlegg 2) ble delt ut til alle som viste interesse for studien. De tre første intensivsykepleierne som tok kontakt med oss fra hvert sykehus, var de tre som fikk delta i studien. Rekrutteringsprosedyren medførte at deltakerne ikke opplevde press fra oss som forskere eller fra avdelingsleder, med frivillig deltakelse gjennom at de å kontaktet oss på telefon eller mail. Samtykkeerklæring (Vedlegg 3) ble signert og levert oss før intervjuene fant sted.

3.2 Gjennomføring av intervju

For at vi skulle lykkes i gjennomføringen av dybdeintervju, var det en forutsetning at vi som intervjuere tok ansvar for å sette rammene for intervjuet. Vi tilstrebet å finne et passende lokale på deres arbeidsplass hvor deltagerne følte seg trygge, og med komfortable møbler (Tjora, 2012). Vi hadde som mål å skape god kontakt med deltagerne ved at vi lyttet oppmerksomt og viste interesse, forståelse og respekt for det deltagerne sa. Det var også viktig at vi forholdt oss avslappet i situasjonen. Før intervjuet startet introduserte vi oss selv, og forklarte hvilke roller vi studenter skulle ha gjennom intervjuet. Vi brukte også tid på å informere deltakerne. Vi nevnte spesielt formålet med studien, hva lydopptakeren skulle

brukes til, og deretter spurte vi om deltakerne hadde noen spørsmål før intervjuet startet. Siden vi er to studenter som sammen skriver denne masteroppgaven, fikk vi muligheten til delta begge to på alle intervjuene. Vi fordelte rollene slik at den ene hadde funksjon som intervjuer mens den andre var moderator. Moderator fulgte med intervjuets struktur og skrev notater underveis (Kvale m.fl., 2015; Polit & Beck, 2012).

Vi tilstrebet på den ene siden å holde en viss struktur, men hvor vi på den andre siden jobbet for å få fram informantenes subjektive erfaringer og deres egen forståelse av temaet. Vi forsøkte å gi muligheten til å snakke fritt om temaene vi hadde på vår intervjuguide. Uten for mange innsigelser fra oss, ville deltagerne kunne reflektere løst rundt detaljer som igjen kunne føre fruktbare refleksjoner utenom intervjuguidens tema. Her hadde både intervjueren og co-moderatoren en stor oppgave i å holde orden på allerede besvarte temaer fra intervjuguiden (Polit & Beck, 2012; Tjora, 2012)

Til slutt avrundet vi intervjuet med å si at vi nå hadde fått mye ny kunnskap, og vi spurte deltageren om han/hun hadde noen spørsmål eller noe han/hun ville tilføye før vi avsluttet intervjuet. Dette ga deltageren en mulighet til å ta opp eventuelle tema han/hun hadde tenkt på gjennom intervjuet. Etter at lydopptakeren var slått av fortsatte ofte deltagerne ved å bringe emner fram som var av vår interesse. Det ble her også skrevet feltnotater samt avklart med deltaker at vi kunne bruke dette som en del av vårt empiri (Kvale m.fl., 2015).

3.3 Transkribering

I transkripsjonen foretok vi en transformasjon fra muntlig intervjusamtale til skriftlig tekst. Vi gjorde i denne prosessen alle våre seks intervju tilgjengelig for analyse. Denne prosessen er ifølge Kvale m.fl. (2015) forbundet med tekniske og fortolkningsmessige problemstillinger.

Vi fikk til sammen 94 sider utskrevet tekst. Vi valgte selv å foreta transkripsjonsarbeidet fordi vi anså det som viktig å sikre de mange detaljer som kunne være relevante for vår analyse. Et annet godt argument for å transkribere selv, var at vi kunne sikre momenter som kunne oppklare uklarheter som kunne få betydning for meningen i det ferdigskrevne tekstmaterialet (Kvale m.fl., 2015). Malterud (2011) hevder at ved å gjøre transkriberingen selv, kan dette

bidra til å styrke validiteten i en studie. Hun sier også at «Transkripsjon er ikke en passiv og teknisk handling, men inngår i den analytiske prosessen i ulik grad» (Malterud, 2011, s. 78).

Transkripsjonen ble utført med felles skriveprosedyre (skrifttype Times New Roman, skriftstørrelse 12 og enkel linjeavstand). Vi transkriberte ordrett det informantene sa hvor pauser, understrekinger og følelsesuttrykk (som latter og gråt) ble ivaretatt. Småord som «Ja» og «mmm», ble også tatt med. Vi valgte å transkribere på bokmål, da mange av våre deltagere hadde ulike dialekter som kunne komme til å være gjenkjennelse i det skriftlige materialet. Senere så vi at i noen av sitatene var det vanskelig å tyde mening og innhold på grunn av pauser og småord. Her måtte vi analysere og gjøre små endringer slik at teksten ble mere lettlest og forståelig og i tråd med det vi forstod som meningsinnhold (Kvale m.fl., 2015; Tjora, 2012). I følge Kvale m.fl. (2015) finnes det ingen sann og objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form. Men vi vurderte denne formen som den beste transkriberingsformen for vår studie. Videre fordelte vi arbeidsoppgavene under intervjuprosessen, hvor den ene hadde ansvaret for sikre elementer som kunne få betydning for meningsanalysen og til slutt for det endelige resultatet. Kvale m.fl. (2015) sier at «Det kan imidlertid være distraherende å ta omfattende notater under et intervju, fordi det avbryter samtalens frie flyt» (Kvale m.fl., 2015, s. 206) men dette unngikk vi, siden vi var to.

Analysearbeidet var en anstrengende og tidkrevende prosess. Vi anså dette som nyttig og en start på analyseprosessen, hvor vi gjennom dette arbeidet fikk et helhetsinntrykk av vårt materiale og hvor kategorier begynte å tre fram (Malterud, 2011).

3.4 Innholdsanalyse

Målet i kvalitative studier er å utvikle ny kunnskap, ikke reprodusere det vi fra tidligere vet. Analysen skal gjennom empirien vise fram til nye beskrivelser, nye begreper eller teoretiske modeller (Malterud, 2011). Kvalitativ forskning stiller store forventninger til forsker, hvor blant annet kreativitet, tankearbeid og intellektuell kapasitet inngår i dette arbeidet. Videre krever det at forsker er mottakelig for det som vokser fram av empirien utover egne forventninger og forskningsspørsmålet (Tjora, 2012).

Det finnes en rekke ulike modeller innenfor kvalitativ tekstanalyse, og vi valgte å ta utgangspunkt i kvalitativ innholdsanalyse som blir beskrevet av Lundman & Granheim (2010). Kvalitativ innholdsanalyse har fått tradisjon innenfor helsevitenskapen. Gransking og tolking av tekster er hovedfokus i den metodiske tilnærmingen. Her vil fortellers «sannhet» være veiledende, hvor verden blant annet blir sett på som komplisert, kontekstavhengig og subjektiv. Teksten som skal analyseres, må av den grunn sees i sammenheng med informantens personlige historie, livsvilkår og rådende kultur (Lundman & Granheim, 2008). Krippendorff i Lundman og Granheim (2008) sier at teksten ikke har en gitt mening, men meningen fremgår av leseren forståelse. Teksten kan i så måte tolkes forskjellig, hvor de ulike tolkningene kan være av like stor gyldighet (Lundman & Granheim, 2008, s. 159-160). Ved bruk av denne analysemodellen foreligger det noen sentrale begreper som vil bli forklart etterhvert som vi redegjør for vår analyse.

Hele intervjuet beskrives som analyseenheten, og at for å få en helhet ble tekstene lest flere ganger etter vi hadde transkribert dem. Deretter reflekterte vi over og samsnakket om hovedmomentene i tekstene. Refleksjon og diskusjoner resulterte i domener, som ble delt opp etter hovedspørsmålene i intervjuguiden. Domener kan beskrives som at deler av en tekst inneholder et spesifikt tema. Ved å gjøre dette, laget vi en grov struktur uten stor grad av fortolkning. Vi fikk da tre domener; Hendelser, Faglig gjennomgang og Ansvar.

Vi trakk ut meningsbærende deler av tekstene som da ble plassert i de ulike domenene. Meningsenheten utgjorde sitater fra intensivsykepleierne, som deretter ble kondensert. Målet med kondensering er å gjøre teksten kortere og dermed mer håndterlig videre i prosessen. Med utgangspunkt i den kondenserte teksten, ble koder dannet. Koden skal kortfattet beskrive innholdet i meningsenheten, og den skal også hjelpe forsker til å reflektere på en ny måte (Lundman & Granheim, 2008; Tjora, 2012). Tabell 1 viser et lite utdrag av vår analyse.

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Underkategori	Kategori
” Vi fikk meldt en hjertestans utenifra ... da var min oppgave å begynne med komprimering Og i det jeg ble sliten og skulle få avløser til komprimering...så..ser jeg..på pasienten..da ser jeg hvem det er..en mann som jeg har kjent”	Meldt hjertestans utenifra. Oppgaven var å komprimere. Kjente pasienten	Akutt hendelse, pasienten er bekjent.	Bekjentskap	Følelsesmessige opplevelser
” ... spesielt når det er yngre pasienter der det kanskje er litt sånn traumatiske ting som har skjedd ... som blir tøff når du står i det, men som en klare å takle på beste måte, etter beste evne når man står i det. Men at det fort kan bli vanskelig i ettertid, hvis en ikke snakker om det”	Yngre pasienter ved traumatiske hendelser. Tøft å stå i. Takler etter beste evne. Kan bli vanskelig i ettertid, hvis det ikke blir snakket om det.	Traumatiske hendelser med yngre pasient grupper	Barn og unge	

Tabell 1

Vi brukte også underkategorier og kategorier, hvor det ikke alltid ble dannet underkategorier. Kategoriene ble etablert etterhvert som det framstod koder som hadde liknende innhold. Kategoriene skal i utgangspunktet være homogene og heterogene på samme tid, i den forstand at koder som inngår i en kategori skal være beslektet og av den grunn utelukke andre. Men dette sies og ble opplevd som vanskelig, fordi vi studerte intensivsykepleierens erfaringer. Vi opplevde ved flere anledninger at enkelte koder kunne inngå i flere kategorier, men ved nærmere gjennomgang framstod forskjellen tydeligere (Lundman & Granheim, 2008). Se eksempel tabell 2 nedenfor:

Domener	Underkategorier	Kategorier	Tema
Akutte Hendelser	Bekjentskap	Følelsesmessig	Berørthet
	Novisen	Opplevelser	
	Barn- og unge		
Faglig gjennomgang	Ildsjel	Kultur	Avdelingskultur
	«Det går hus forbi»		
	Savn etter rutiner		
	«Døren er åpen»		
	Avstand til kontoret		
	Ulike gjennomganger	Struktur	
	Tidsperspektiv		
	Ledelsen skaper rom		
	Læringsaspektet	Betydning av faglige gjennomgang	
	Pasientsikkerhet		
	Trygghet og bekreftelse		
	Enkeltindividets erfaringer		
Ansvar	Melde behovet	Personlig ansvar	Strategier for mestrings
	Undertrykt behov		
	Jobbglidning		
	Personlig involvering		
	«Såpass må du tåle»		
	Kommunikasjonssvikt	Teamarbeid For- og bakside	
	Rollesvikt		
	Uenighet		
	Godt teamarbeid		
	Teambuilding		
	Medskjønnere	Samtalen over kaffekoppen	
	Substitutt		
	Ingen endringsverdi		
	Omtanke for den andre		
	Bli sett		
Nærhet til feltet			

Tabell 2

Ut fra underkategorier og kategorier framkom tre tema som oppsummerer våre funn. Tema ble til med utgangspunkt i kategoriene som ”hørte sammen”.

3.5 Forskningsetiske overveielser

Vårt forskningsprosjekt handler om intensivsykepleiernes erfaring med og behovet for faglig gjennomgang, og av den grunn inngikk det innhenting av informert samtykke fra deltakerne. Her framkommer det at det er frivillig deltakelse og at informantene når som helst kunne trekke seg fra studien uten å oppgi noen grunn. Da ville opplysningene bli slettet.

Vi trengte ikke godkjenning fra REK (Regional komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) fordi det ikke vil fremkomme helseopplysninger eller biologisk materiale. Studien handler om intensivsykepleieres erfaringer. Vi måtte søke godkjenning hos NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste) som «fungerer som et kompetansesenter for veiledning av forskere og studenter innen områdene datainnsamling, dataanalyse, metode, personvern og forskningsetikk» (Ruyter, 2003).

3.6 Metoderefleksjon

For å forklare troverdighet diskuteres det hvilket begrep som passer best i de ulike tradisjoner. Graneheim og Lundman (2004) beskriver i deres studie at i den kvalitative forskning brukes fortsatt begrep som validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Dette er begreper som egentlig tilhører den kvantitative tradisjonen. Andre mener at begrepene validitet og reliabilitet har samme mening uansett tradisjon. I vår studie har vi valgt å benytte oss av validitet, reliabilitet og generaliserbarhet som indikatorer på kvaliteten i studien (Polit & Beck, 2012; Tjora, 2012).

3.6.1 Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet

Reliabilitet/troverdighet blir brukt som indikator for å måle om studiens data er pålitelig. For at våre data skal være reproduserbare i samme kontekst og med andre deltagere, kreves det at vi forskerne har gått fram med en stabil og fast reliabilitet både i forhold til intervju, transkribering og analyse. Imidlertid vil vi hevde at kvalitative data aldri kan bli eksakt

reprodusert. Slik data vil alltid ha en subjektivitet ved seg, og knyttet til en bestemt kontekst og til både intervjuer og informant. Studien kan vanskelig bli oppfattet som troverdig om det framtrer mangel på pålitelighet. Datamaterialet blir heller ikke gyldig ved mangel av troverdighet gjennom prosessene (Kvale m.fl., 2015; Polit & Beck, 2012).

Våre fortolkninger av materialet kunne påvirke resultatet og dermed også studiens troverdighet. Vi valgte av den grunn å skrive ned vår forforståelse og redegjøre, for den for å gjøre oss selv bevisst på hva den var. Vi hadde som mål at både transkribering og analysen på best mulig måte skulle gjengi meningen, slik deltageren hadde til hensikt å meddele oss denne. Fordi vi og våre deltakere hadde felles intensivfaglig profesjon som bakgrunn, ville våre felles erfaringer kunne hjelpe oss i å forstå mening som ikke kom direkte fram i opptakene. Men her måtte vi vise stor forsiktighet med fare for svekket pålitelighet (Malterud,2011).

Vi validerte vårt prosjekt gjennom alle faser. Dette kalles for kontinuerlig prosessvalidering (Kvale m.fl., 2015). Vi var to forskere som gjennomførte denne studien. Dette ga oss hele tiden muligheten til å sjekke om prosessene i arbeidet var fornuftige og forsvarlige, samt at det ga oss muligheten til å validere kunnskapen vi hadde som hensikt å formidle. Kunnskapen ble dermed ikke privat, men kommunisert og diskutert med den andre som bidro til å styrke gyldigheten. Veileder har i tillegg lest alle intervjuene og bidratt inn i analyse og drøfting av funn, og i øvrige deler av studien. Dette har bidratt til å forsterke valideringsprosessen. Videre tilstrebet vi også å styrke kunnskapens gyldighet ved å diskutere om våre eventuelle funn ville bidra inn i konteksten til intensivsykepleierens hverdag. Målet var at vår studie skulle ha en pragmatisk validitet som ville få konsekvenser for praksis (Kvale m.fl., 2015). På bakgrunn av at studien er kvalitativ, vil den ikke kunne produsere generaliserbar kunnskap. Men våre funn vil bidra med gjenkjennende elementer og kunnskap som kan overføres til liknende praksiser som våre seks informanter kom fra. Av den grunn ville både generaliserbarheten og overførbarheten være en forutsetning for at våre kunnskaper skulle kunne deles med andre. Vår tidligere erfaring fra feltet ville også ha stor betydning (Malterud,2011).

Da vi startet denne studien, tok vi en avgjørelse på hvilken terminologi vi skulle bruke i denne masteroppgaven. I kap 1.2 redegjør vi for hvorfor vi valget å benytte begrepet faglig gjennomgang i stedet for de ulike termene innenfor debriefing. Det vi i etterkant ser, er imidlertid at ved å benytte faglig gjennomgang som begrep, kunne vi komme til å utelate de

emosjonelle delene av en gjennomgang. Ved å anvende begrepet faglig gjennomgang, så kan det trolig tolkes dit hen at det kun blir fokusert på en gjennomgang basert på tiltak og behandling rettet mot pasienten, på bakgrunn av ordet ”fag” som oftest blir knyttet til teoretiske aspekter. Det kunne bli oppfattet som at det ikke var rom for å snakke om de følelsene den enkelte intensivsykepleier opplevde i de spesifikke hendelsen de nevnte. Våre funn peker i den retning at intensivsykepleierens følelser der og da ble avgjørende for om behovet for en gjennomgang meldte seg. Dette kunne være med på å svekke studiens generaliserbarhet. Hver av våre informanter nevnte det emosjonelle/psykiske aspektet uoppfordret inn i sine fortellinger, og av den grunn var det ut fra vårt syn tilstrekkelig og tilfredsstillende. Og slik vi ser det, vil våre funn være på høyde med de funn vi eventuelt ville ha fått ved å bruke eksempelvis psykologisk debriefing.

Til tross for dette, benyttet våre deltakere seg av begrepet debriefing. Av den grunn kunne vi med fordel ha benyttet begrepet fra starten av. Vi ser at vår forforståelse mest sannsynlig har innvirket og påvirket vårt valg av begrep. Vi opplevde problem med å skille faglig gjennomgang og debriefing fra hverandre i oppgaven, og av den grunn valgte å benytte begge begrep i drøftingen (se fotnote side 66).

4 Presentasjon av funn

De 6 intensivsykepleiere som deltok i vår studie, hadde varierende arbeidserfaring innenfor intensivyrket. Alderen til intensivsykepleierne varierte fra 27 år til 59 år. Spredning i arbeidserfaring var stor, hvor intensivsykepleieren med minst arbeidserfaring hadde under ett år mens den med mest erfaring hadde 36 år å vise til. Den variasjonsbredden som alder og arbeidserfaring intensivsykepleierne representerte, gjenspeilte et mangfold av våre funn som var med på å belyse forskningsspørsmålet vårt fra flere hold. Hendelsene som ble trukket av intensivsykepleierne, var hendelser som kategoriseres som akutt- eller traumatiske hendelser. Deltakerne poengterte og bekreftet at faglig gjennomgang ikke var en del av deres hverdag, hvor to av deltakerne ikke hadde noe erfaring med faglig gjennomgang.

Med erfaringer enten fra faglig gjennomgang eller simuleringstrening i praksis, kunne den enkelte deltaker vise til klare formeninger om innholdet i en eventuell faglig gjennomgang.

De hadde også klare meninger om hvordan strukturen gjennomgangen skulle ha. Ansvaret for og gjennomføring av faglig gjennomgang på individ- og ledelsesnivå ble skissert, som viste til felles enighet blant intensivsykepleierne. Det kom tydelige fram hvilke hendelser intensivsykepleierne satt igjen med og som hadde gitt mest inntrykk. Deltakerne trakk fram det de opplevde som spesielt utfordrende i de spesifikke hendelsene, som da resulterte til at behovet for faglig gjennomgang meldte seg.

Ut ifra de beskrivelsene intensivsykepleierne ga i forhold til behovene for og erfaringene med faglig gjennomgang, identifiserte vi tre hovedtemaer som vi ønsker å presentere som et resultat av analysen. De følgende temaene er:

1. Berørthet
2. Avdelingskultur
3. Strategier for mestring

4.1 Berørthet

Intensivsykepleierne uttrykte at de kunne bli følelsesmessig involvert i enkelte hendelser. De emosjonelle uttrykkene som kunne være gråt og frustrasjon, kunne opptre i etterkant, men også under selve hendelsen. Et viktig ruralt aspekt viste seg å ha betydning, nemlig at i en liten by er forholdene små, og man kan risikere å få inn pasienter som man vet av fra tidligere, som man kanskje kjenner, eller som til og med er ens slektning. En deltaker fortalte dette:

” Det kom inn ei dame som også er i familien min. Ett par timer senere får hun asystoli ... mens jeg komprimerer, så knekker jeg sammen og begynner å gråte. Tårene triller ned på pasienten”.

Det spesielle her er at hun samlet seg likevel om oppgaven, hvor hun fortsatte med gjenoppliving fram til kollegaene forsto hvorfor hun var berørt og ga henne avløsning. Selv om kollegaene tok over, klarte ikke deltakeren å distansere seg fra pasienten. Hun ble da stående et stykke utenfor og følge med. Det ble her tolket som at informantens kjennskap til pasienten gjorde sånn at hun ønsket å være tilstede, selv om hun selv ikke deltok i

resusiteringen. Det handlet på ingen måte om deltakerens tvil i forhold til behandlingsteamet, snarere tilstedeværelsen til pasienten.

Men intensivsykepleierne fortalte også om akutte hendelser som involverte unge og barn, og dette var hendelser som gjorde sterke inntrykk:

” .. Spesielt når det er yngre pasienter der det kanskje er litt sånn traumatiske ting som har skjedd .. som blir tøff når du står i det, men som en klarer å takle på best mulig måte, etter beste evne når man står i det. Men at det fort kan bli vanskelig i ettertid, hvis en ikke snakker om det.”

Deltakerne snakker her om hendelser som setter spor etter seg, noe som ikke er ukjent i dette yrket. Møter med de nevnte pasientgruppene er en del av hverdagen i intensivavdelinger. Men ut fra det deltakerne forteller, ser det ut til at det kreves mer erfaring fra å ha arbeidet med slike pasientgrupper for å kunne håndtere dette og jobbe videre i en flyt, selv om man er berørt. Deltakerne viser både til hva som skjer hvis de blir personlig berørt, og til hendelser som håndteres profesjonelt. De uttrykker at det kan bli vanskelig å gå videre hvis det ikke finnes en arena hvor disse følelsene blir ventilert.

I kontrast til å arbeide med erfaring og rutine, er situasjoner som de intervjuede intensivsykepleierne erindrer fra de var ny i faget. Det er med en påfallende tydelighet slike hendelser har festet seg i minnet hos sykepleierne. Karakteristisk for funnene her, er at de også beretter om at de var svært følelsesmessig berørt, og selvfølgelig også usikre. En av deltakerne forteller om egen tilkortkommenhet med situasjon og med det avanserte medisinske tekniske utstyret som var i bruk:

” Det var en stans, en bevitnet stans med masse utstyr og mange personer rundt. Lucasen² hadde de fått opp å gå og det var litt sånn, altså det var vel diskusjoner helt siden innkomst hvilken behandlingsnivå en skulle legge seg på. Det er klart når du er nokså ny i faget og når du på en måte får den akutte situasjonen kasta på deg. Det gir jo inntrykk. Det er jo en heavy situasjon å stå i.”

² LUCAS™ hjertekompresjonssystem er et portabelt verktøy, laget for å løse problemer i forbindelse med manuell hjertekompresjon (JOLIFEAB, 2009, s. 6).

”.. akkurat ferdigutdannet så hadde vi ei lita jente. Hun får hjertestans, eh, og det skjer veldig fort. Foreldrene kom, fikk plass ved fotenden av sengen. Og de satt der hele tiden mens vi gjorde gjenopplivning, også døde hun der.”

Som nyutdannet er det mange inntrykk som skal bearbeides, men hendelsene som trekkes frem er hendelser som også setter inntrykk på erfarne intensivsykepleiere. Men fokuset er noe ulikt. Novisen opplever hendelsene som kaotisk, og usikkerhet rundt hva som skjer og hvorfor det skjer. Mens de erfarne intensivsykepleierne dweler rundt samhandlingen i behandlingsteamet. Erfaring kan «ruste» intensivsykepleieren til å håndtere ulike hendelser, men noen hendelser setter spor. Hendelser som involverer bekjenskaper eller barn og unge er slike. Dette er hendelser som rører ved deg som menneske, hvor det til tider kan være vanskelig å overstyre det personlige engasjementet.

4.2 Avdelingskultur

4.2.1 Kultur

Deltakerne refererte til leger som på bakgrunn av personlig engasjement tok initiativ til det de kalte debrifing. De viste til ulik motivasjon. Motivasjon sett i sammenheng med personlig engasjement pekte i positiv retning da anestesilegen hadde tro på og så nytten av faglig gjennomgang. Her var det et personlig engasjement som drev fram og sørget for at det ble gjennomført. Det var påfallende at uten ildsjelens tilstedeværelse, frafalt også rutinen som forelå.

” Vi hadde en anestesilege som var veldig opptatt av dette her. Hun sluttet for en del år siden.. hun var veldig opptatt av det. Og da hadde vi faktisk en del debrifing .. etter at hun sluttet, så har det liksom glidd helt ut.”

De viste til erfaring fra ” gamle dager” hvor debrifing ble gjennomført av ildsjeler som hadde et faglig og personlig engasjement. Dette resulterte i en kultur i avdelingen, hvor ikke bare hendelser med negativt utfall ble gjennomgått, men også hendelser som ble ansett som «vellykket».

” Ildsjeler” fra dagens praksis viser at motivasjonen for faglig gjennomgang blant annet handlet om frustrasjon over rutinesvikt i hendelser.

” Vi hadde nettopp en gjennomgang.. og det er en helt ny kvinnelig lege, og når de er ny, så er de litt mer ydmyk i forhold til det de har erfart.. hun var ganske frustrert.”

Motivasjonen peker da i negativ retning i den forstand at gjennomgangen gjennomføres på bakgrunn av frustrasjon over det som skjedde. Ønsket om å få samsnakke med kollegaer meldte seg, da legen med det medisinske ansvaret følte behovet for ventilering. Dette kan tolkes i den retning at legens erfaring spiller en rolle om behovet melder seg.

Deltakerne snakket ved flere anledninger om den hektiske hverdagen med tidspress. Dette ble blant annet tolket som en hovedgrunn til at faglig gjennomgang ikke fikk prioritet i avdelingen. Det handlet i stor grad om at andre arbeidsoppgaver stod for tur, og hvor tiden til intensivsykepleierens egenomsorg ble nedprioritert. Av den grunn ble tidspunkt for gjennomgang av den enkelte hendelse forskjøvet fram i tid, noe som resulterte i at det hadde gått for lang tid slik at viktige detaljer gikk tapt:

” Når det er hektisk, så er det ofte veldig hektisk over lengere perioder. Når ting oppstår så går man jo rett over i modus på neste ting, så rekker du ikke snakke om det. Det går så pass lang tid .. vanskelig å huske detaljer.”

Deltakerne uttrykte stor frustrasjon over at det i hektiske perioder ble nedprioritert å ” stoppe opp” for å gjennomgå eller snakke om det som hadde vært vanskelig. Flere av deltakerne fortalte om ikke eksisterende rutiner og uttrykte fortvilelse over dette.

Det ble også referert til hendelser, hvor deltakerne i ettertid angret på at en ikke hadde fått snakket igjennom hendelsen eller hatt det oppe som tema.

Ledelsen spilte en stor rolle i forhold til om faglig gjennomgang skulle inne sted. Deltakerne var opptatt av at det var den nærmeste leders ansvar å legge til rette for gjennomføringen. Flere av deltakerne opplevde lederne som tilgjengelig og positiv når de ble oppsøkt. Og om behovet for faglig gjennomgang meldte seg, var det ikke vanskelig å gå til ledelsen for å be om det.

”..aldri vanskelig å spørre eller få tid til å snakke med en leder”.

Dette til tross for at det verken forelå en rutine eller kultur for gjennomføring av faglig gjennomgang.

4.2.2 Struktur

De av deltakerne som hadde tidligere erfaring med faglig gjennomgang, ble bedt om å gi en beskrivelse av gjennomgangen de hadde deltatt på. Det ble da referert til strukturert gjennomgang hvor de viste til klare retningslinjer. Her ble alle som hadde vært involvert i hendelsen tilkalt, og hvor muligheten for innspill var tilstede. Det ble gjennomført av en som da hadde et personlig engasjement og mulig kompetanse på området.

En deltaker sa det slik;

” Vi hadde et eget rom, hun innkalte alle rundt pasienten, Stab, lab, røntgen. Vi vi hadde en teknisk debrief.. gikk gjennom bit for bit. Noen hadde innspill, noen hadde ikke. Snakket rundt innspillene. Hun var utrolig ryddig. Det var ikke sånn at hun hadde utdanning eller veilederutdanning. Det var i kraft av at hun var anestesilege

De nevnte erfaringene er fra 10-15 år tilbake, og representerer ikke dagens praksis. På beskrivelser av faglig gjennomgang fra dagens praksis, kommer det fram to ulike former for samtaler.

På den ene siden ble det vist til den ”tekniske” samtalen med anestesilegen som var rettet mot tiltak og gjennomført behandling av pasienten. På den andre siden viste de til en samtale med sine intensivsykepleierkollegaer som hadde «emosjonell» ventilering som motiv. Her snakket de om sin erfaring og hvordan de opplevde hendelsen. De snakket også om følelsen de kjente på der og da, og hvor bekreftelse fra kollegaene i forhold til sine handlinger i situasjonen ble viktig:

«.. så sier jeg kanskje andre ting til en kollega. At man prater litt dypere med sin intensivsykepleierkollega, prater litt sånn fagteknisk eller faglig da med anestesilege»

Her viser deltakerne til to ulike samtaler som tjener ulike formål, men som supplerer hverandre fordi de dekker ulike behov.

Slik det framkommer av datamaterialet, forelå det ikke noe fastsatt system eller struktur for faglig gjennomgang. Det var kun en av de seks intensivsykepleierne som kjente til en prosedyre i avdelingen, på bakgrunn av at vedkommende hadde vært med på å konstruere den. Prosedyren handlet om debrifing rettet mot katastrofer. Denne prosedyren var datert flere år tilbake, og den var nærmest gått i «glemmeboken» i det daglige virke.

Intensivsykepleierne ønsket seg imidlertid en strukturert gjennomgang for å drøfte hendelsesforløpet. Dette fordi det ga den anledning til å snakke om erfaringer de hadde, og det ga deltakerne en mulighet til å snakke om egne følelser og erfaringer som de ellers ikke vil fortalt om. Slik blir det sagt av en deltaker;

«En systematisk gjennomgang av en konkret hendelse, får du fram andre ting enn det du gjør med bare å snakke med to. Du blir tvunget til å si ting som, som kanskje ikke er like trivelig å snakke om. Men som er viktig å få lufta ut ... hadde det vært en mal .. vært en mer åpen arena for å snakke om det»

Alle deltakerne hadde klare meninger om når tid den faglige gjennomgangen skulle finne sted. Det ble beskrevet som særdeles viktig at gjennomgangen måtte foregå tettest mulig opp til hendelsen. Dette ble begrunnet med at de da husket best. Videre kom det fram at det var viktig få lagt av seg tanker og opplevelser som kunne være vanskelig å håndtere på egen hånd, på et tidligst mulig tidspunkt. Slik denne sykepleieren sa det: *«Det beste er faktisk å gjøre det før du går hjem»*

Intensivsykepleier er underlagt taushetsplikt om pasienten og pasientbehandlingen. Dette medfører at man ikke har anledning til å støtte seg på for eksempel sine familiemedlemmer for å få «luftet ut» tanker og følelser relatert til pasientsituasjoner som de har arbeidet i. Intensivsykepleieren er med andre ord prisgitt kollegaer i den forbindelse. Tidspunktet ble derfor en avgjørende faktor for gjennomføring av faglig gjennomgang, nettopp fordi intensivsykepleieren ikke kunne samtale med sine egne familiemedlemmer når arbeidsdagen var over og behovet for å snakke var sterkest.

For at faglig gjennomgang skulle kunne gjennomføres, var samtlige deltakere enige om at den enkelte intensivsykepleier eller lege selv var ansvarlig for å melde sitt behov.

Intensivsykepleierne hadde sitt arbeidssted rundt sengen og fokus rettet mot pasientbehandlingen.

Dette ble derfor et hinder å iverksette organiseringen av faglig gjennomgang, det ville gå på bekostning av nødvendig oppmerksomhet rettet mot pasienten. Slik en pasient sa:

«Det må komme fra ledelsen. Altså det rommet må de finne, for det kan ikke hver enkelt som står ved pasienten finne»

Så organiseringen av faglig gjennomgang måtte komme fra sine nærmeste ledere. Hvis det kom fra den nærmeste lederen, antok deltakerne at flere ville melde behovet. Det fordret at ledelsen la til rette og «ga rom» for dette;

«.. det er et ledelsesansvar å og gi rom for det. Gi mulighet for at det skal kunne skje sånn at det er en mulighet. Da tror jeg flere vil melde sitt behov»

Det formelle ansvaret for å organisere og sørge for å få gjennomført faglig gjennomgang ble lagt til ledelsen. Hvis dette ansvaret skulle ligge på den enkelte intensivsykepleier, ville de måtte organisere og prioritere arbeidsoppgavene sine ytterligere. Dette ville til slutt kunne gå på bekostning av den pasientrettede tiden.

4.2.3 Betydning av faglig gjennomgang

For å overleve i yrket ble det hevdet at både kulturen og aksepten for å ha faglig gjennomgang måtte være tilstede. Det ville dessuten bidra til at de ble bedre utrustet til å møte lignende situasjoner ved en senere anledning. Ved å ha en faglig gjennomgang av hendelsen sammen med de andre i teamet, ville det ifølge deltakerne, føre til en oppklaring av elementer som kunne være uklare i forhold til hendelsesforløpet. Hvis behovet var tilstede, fikk deltakerne også mulighet til emosjonell ventilerings. Denne gjennomgangen ville til slutt bidra til faglig vekst for hele teamet. Slik sa en deltaker:

«Jeg tror nok at hvis ... skal man holdes lenge i et sånt yrke, eller ha det bra i et sånt yrke, ikke minst være engstelig for å gå inn i lignende situasjoner så tror jeg det burde være en kultur eller en aksept for å ha sånne samtaler ...»

Sammenligninger til ulike treningsmetoder som brukes i det daglige, eksempelvis BEST (Bedre systematisk traumetrening) og hjertestanstreninger, ble av deltakerne trukket fram som eksempler på måter å gjennomgå ulike hendelser på. Under disse treningene er faglig

gjennomgang, debriefing, høyt prioritert med tanke på læring. Deltakerne hevdet at etter å ha gått i «sømmene» av en situasjon, erfarte de læring som bidro til at de ble bedre i håndteringen av neste hendelse. De snakket om å evaluere seg selv og hva en kunne gjøre bedre. Dette ble spesielt framhevet av sykepleierne som jobbet i det rurale.

En deltaker hadde mye igjen for å snakke med sine kollegaer eller likesinnede i en situasjon der det var naturlig. Hun hevdet dessuten viktigheten av å gjøre det for å kunne takle nye lignende situasjoner. Det kom tydelig fram at kollegaer hadde stor betydning i denne sammenhengen. Det ble også trukket fram at sykepleieren enkelte ganger vegret seg for å ta kontakt med sin kollega, for å ventilere sine tanker etter en hendelse. Det handler da om at kjemien mellom intensivsykepleierne ikke stemte. Det poengteres videre at den kollegiale samtalen ikke kunne erstatte faglig gjennomgang. De var begge betydningsfulle og viktige på hver sin måte:

«Å debriefe eller snakke med en kollega om hendelsen i en setting der det er naturlig, det er jo bedre enn å gå aleine å tenke på det»

Ved å sette faglig gjennomgang på dagsordenen ville det medføre en faglig kompetanse som gjorde intensivsykepleieren mer trygg og faglig styrket i møte med lignende situasjoner. Dette kunne til slutt øke pasientsikkerheten og ikke minst være positivt for faget.

Faglig gjennomgang bidro til økt trygghet for den enkelte fordi de etter en gjennomgang fikk en bekreftelse på hva som var gjort rett, og om det hadde endringspotensiale. En deltaker sa det slik;

«... man fikk tryggheten i det man gjorde, men fikk en bekreftelse på at det man gjorde var rett, eller kan det endres, kan man gjøre det annerledes»

En av deltakerne som hadde erfaring med debriefing, mente at debriefing hadde mer fokus på «gjøremål» slik som behandlingstiltak. Det lagt lite vekt på hvordan den enkelte hadde fungert i sin rolle i teamet. Det ble heller ikke prioritert å gjennomgå hvordan kommunikasjonen dem imellom hadde fungert og opplevelsene til hver enkelt deltaker. Dette ble av deltakerne poengtert som en av de få svakheter ved debriefing.

Gjennom intervjuene kom det fram ulike behov for faglig gjennomgang. De antydte selv at de var ulike individuelle personligheter. Dette gjaldt spesielt i forhold til hvordan de i varierende grad opplevde situasjonene, hvor sterke de var og behovet de hadde for faglig gjennomgang i

ettertid. De refererte også til arbeidserfaring og ervervet kompetanse som intensivsykepleiere eller bare personlighet, og hvordan dette spilte en rolle for om behovet for faglig gjennomgang meldte seg:

«Enkelte ting kan være tøffere for noen og for andre ikke tøft i det hele tatt, altså det er jo veldig varierende»

«Jeg tror hver enkelt person har forskjellige personligheter som på en måte tillater seg forskjellige ting i forhold til å være sterk eller stå i de situasjonene. Vi er veldig forskjellig!»

En deltaker uttrykte skepsis i forhold til obligatorisk debriefing, og noe som kan tolkes som skepsis i forhold til fastsatt system uten variasjon. Man skulle ikke bare «prate for og prate», som deltakeren sa. Viktighet av respekt for den enkeltes behov måtte respekteres. Et viktig moment i denne sammenhengen var at denne deltakeren ikke kunne vise til tidligere erfaringer med strukturert gjennomgang, og vi har tydet dette til å være antakelser i forhold til hvordan deltakeren så for seg faglig gjennomgang.

4.3 Strategier for mestring

4.3.1 Personlig ansvar

For at faglig gjennomgang skulle finne sted, var det viktig at noen tok ansvaret for det. Deltakerne ble spurt om hvem de mente hadde dette ansvaret, hvor de fleste refererte til det personlige ansvaret som hver og en intensivsykepleier har. Det ble poengtert at den enkelte som stod i situasjonen måtte erkjenne om behovet meldte seg:

«.. det er jo den enkelte som er i situasjonen som må kjenne litt på når tid bør vi ha ei debriefing..»

Det kom også fram at enkelte intensivsykepleiere følte et personlig ansvar overfor pasienten. Dette kunne tolkes i den retning at intensivsykepleierne følte at de sto alene med ansvaret for pasienten og av den grunn gjorde at de følte et «eierforhold» til pasienten. Behovet for gjennomgang kunne da oppleves større hos den enkelte.

Behovet for ”utlufting” var individuelt, hvor erfaring hadde betydning i den forstand at de med mer erfaring hadde lettere for å godta utfallet i en pasientsituasjon, mens de med mindre erfaring stilte mer spørsmål rundt utfallet.

En sa det slik;

«... det blei jo dødsfall, det gjorde det. Og da går det litt innpå én det der når du har jobbet med en pasient for å prøve og prøve og prøve. Også går det ikke, og da tror jeg det er viktig å snakke om ting som ... for å få luften det forskjellige. For det kan jo være forskjellig syn på hvordan en tenker ut fra alder og erfaring, og det en har med seg»

Det personlige ansvaret handlet også om å passe på seg selv, hvor første steg var å melde et behov inn til sin nærmeste leder. Selv om hver enkelt hadde et personlig ansvar, ble det trukket fram et ønske om å bli sett av ledelsen. Etter å ha opplevd en hendelse med streke inntrykk, ble det av en deltaker sett på som krevende å skulle uttrykke sine behov videre til sin nærmeste leder. Det ble uttrykket et ønske om å bli sett.

Deltakerne satt med en opplevelse av at de var flinke til å ta seg av hverandre, men noen følte at lederne var fraværende. Deltakerne ønsket at deres nærmeste ledere skulle bli mer synlig og forstå hva som ”rørte seg i avdelingen”. Videre uttrykte sykepleierne at det fysiske rommet, hvor de lederne satt på kontoret, ble en avgrensing av deres engasjement ut i avdelingen:

«... så skulle jeg ønske at det var noen som faktisk så det behovet før jeg måtte adressere fordi det var ganske tøft å skulle si noe om hva jeg selv følte ...»

Til tross for at alle intensivsykepleierne mente at det var et individuelt ansvar å melde behovet for faglig gjennomgang, var det veldig få av intensivsykepleierne som faktisk gjorde det.

Selv om den enkelte følte for å snakke om hva som hadde skjedd, var usikkerheten rundt egne følelser av så stor betydning at man valgte å ikke melde inn sitt behov;

«... at man føler at man er spesiell i så måte at man må prate om noe som kanskje ikke andre synes er nødvendig»

Det at noen av deltakerne unnlot å melde sitt behov, ble begrunnet med at de satt igjen med en følelse av å ha involvert et stort apparat for at den ene sykepleieren skulle få tilfredsstilt sitt behov. Å skulle tilbakekalle flere av behandlingsteamet, ble i overkant hevdet de. Her valgte

sykepleieren å holde tilbake og ikke videreformidle sitt behov, i stedet for å ha selvtillit nok til å stå fram:

«Herregud, skal kirurgen komme hjemmefra bare fordi hun på intensiv skal ha debrief»

Vi tolker det slik at intensivsykepleierne unnlot å melde sine behov fordi det kunne risikere at den enkeltes følelser ville bli eksponert. Det medførte også ekstraarbeid for den enkelte og behandlingsteamet, da med tanke på andre arbeidsoppgaver og tid.

Noen av deltakerne beskrev også at de nå hadde fått oppgaver som ikke nødvendigvis er sykepleieoppgaver. Dette resulterte i mindre tid til pasientene og mindre tid til å ta være på seg selv i en hektisk hverdag. Den ene hendelsen avløser den andre, slik at det ble vanskelig å stoppe opp før neste situasjon sto for tur. Slik som en av deltakerne sa;

«... så har det blitt mindre og mindre tid til å ivareta de som er nær pasienten. Det blir flere og flere oppgaver som trekkes bort fra pasienten. Undersøkelser, ny IKT-test, hygienetest ...»

Et annet poeng som også kom fram i lys av dette, handlet om de forventningene intensivsykepleierne hadde til seg selv. Dette kunne være forventninger knyttet til blant annet arbeidserfaring og dyktighet, og som bidro til at intensivsykepleierne undertrykte sine behov for faglig gjennomgang. Vi tolket det dit hen at lang arbeidserfaring var med på å begrense hva intensivsykepleierne uttrykte:

«Vi skal på en måte være så flinke og så dyktige til enhver tid, også bruker en ikke tiden på å stoppe opp, rett og slett, for å gå igjennom den enkelte situasjon»

Ved å ha lang arbeidserfaring, stilte intensivsykepleierne noen forventninger til seg selv samt at andre hadde forventninger til dem. De framstilte det slik at de fleste hendelsene var av slik karakter at «såpass må du tåle» som intensivsykepleier;

«... før når det var rutiner på det, da det var en mulighet, så gjorde jeg det. Men nå gjør jeg det ikke. Jeg tenker at jeg har jobbet for lenge som sykepleier, jeg har jobbet for lenge ...»

Deltakeren valgte dermed å holde de følelsesmessige reaksjonene for seg selv, i stedet for å uttrykke sine behov i avdelingen. Ansvar for å håndtere de følelsene som kunne oppstå etter en hendelse ble da liggende hos intensivsykepleieren selv.

4.3.2 Teamwork: for- og baksiden av medaljen

På intensivsenheten jobber tverrfaglige team rundt pasienten. Og de hendelsene som ble trukket fram av intensivsykepleierne, var hendelser hvor flere yrkesgrupper var involvert. Det å jobbe i tverrfaglige team er til fordel for pasienten, men det kan være utfordrende. Å måtte forholde seg til flere spesialister som kom med ulike ordinasjoner på samme tid, var ifølge deltakerne ikke alltid like enkelt. Det ble også referert til akutte hendelser, hvor stressnivået var høyt hos de fleste i behandlingsteamet:

«.. da får jeg så mange beskjeder, som regel både fra anesthesi- og medisinsk lege. Så blir det kaotisk for da tenker jeg i mitt hode, hva skal jeg prioritere først»

Å finne sin plass i behandlingsteamet under de aktuelle hendelsene, opplevde intensivsykepleierne som problematisk, dette til tross for at rollefordelingene var klare. Men fordi hendelsene kunne være hektisk og med et snevert handlingsrom, kunne det oppstå kommunikasjonssvikt og til tider rollesvikt;

«Det er jo opplest og vedtatt, men jeg har jo vært i mange traumesituasjoner hvor det ikke har vært noen klar leder»

Ved at teamleder uteblir eller ikke fungerer, blir presset og ansvaret hos den enkelte aktøren større. Dette kan føre til usikkerhet, og opplevelser deltakerne i studien forteller om bærer preg av høyt stressnivå. Tydeligst kom det fram hos deltakerne som jobbet ruralt, da de ofte stod i akutte hendelser hvor de fastsatte rollene eller behandlingsnivået var uavklart. Dette var ofte hendelser hvor pasienten kom «rett fra gata».

Uenighet i behandlingsteamet ble også beskrevet som kilden til frustrasjon, og hvor behovet for faglig gjennomgang meldte seg. Slik vi har tolket det, hadde samhandling og kommunikasjon i teamet stor betydning for om behovet for faglig gjennomgang meldte seg.

Det ble bekreftet ved at deltakerne trakk frem hendelser som bar preg av et godt samarbeid. En av deltakerne sa det slik;

«Men da var det så, vi var så, skikkelig «on» i situasjonen at vi faktisk snakket om det etterpå. Vi som var der, mestret pasienten. Det var en sånn lykke egentlig»

Det viser også at behovet for faglig gjennomgang ikke bare er ønskelig når hendelsesforløpet ikke fungerer, men at det også er av stor verdi når det fungerer. Et godt samarbeid bidro til at teamets deltagere vokste og de økte sin kompetanse og handlingsberedskap. Følelsen av «å stå alene» ble også mindre.

4.3.3 Samtalen over kaffekoppen

Etter at intensivsykepleierne hadde fortalt om en uventet hendelse, ble de spurt om de hadde hatt en faglig gjennomgang i ettertid. De fleste refererte til manglende rutiner som kunne involvere hele teamet. De ble videre spurt om de hadde andre måter å snakke om sine opplevelser på, som eksempelvis å oppsøke intensivsykepleiekollagaer for å snakke om hendelsen. Slik vi forstår dette er dette ikke nødvendigvis et substitutt for fraværende rutine eller prosedyre, men mer en del av hverdagen hvor intensivsykepleierne snakket sammen og drøftet egne og felles erfaring.

«... vi som sykepleiere vi har jo en tendens til å ta en situasjon opp flere ganger, og spesielt hvis det er noen situasjoner som ligner på hverandre ... som selvfølgelig har gjort mye inntrykk, og gjerne kanskje andre har opplevd litt av det samme. Da kan vi prate litt lenge»

Det ble tydelig hvor viktig intensivsykepleierkollegaene var for hverandre. Å bli sett, tatt vare på og bli vist omtanke for, er noe som lå implisitt i intensivsykepleiernes væremåte. Dette kom til uttrykk i form av et klapp på skulderen, hjelpe til når det var litt tøft eller en uformell samtale på kafferommet eller på medisinerrommet. For at intensivsykepleieren skulle kunne støtte en kollega på denne måten, krevde det at de var på «gulvet» og hadde nærhet til feltet. At kollegaene kjente til og forsto hva dette dreide seg om. Nærmeste leder ble derfor ikke nødvendigvis en slik samtalepartner, fordi avstanden fra kontoret ut i avdelingen ble for stor.

Selv om den kollegiale støtten ble ansett som uerstattelig, hadde den ikke noen endringsverdi på det organisatoriske nivået. Så lenge disse behovene ikke ble synliggjort og videreformidlet til sin nærmeste leder, ville det ikke bli noen endringer i avdelingen. En av intensivsykepleierne sa det slik;

«På et kafferom eller bak forhenget ved siden av pasienten, så er det ingen som ser det»

Intensivsykepleierne valgte alternative løsninger for å få ventilert sine opplevelser og tanker. De anså det som et stort steg å kontakte sin nærmeste leder for å uttrykke sitt behov. I denne forbindelsen ble medkollegaer ansett som viktige samtalepartnere. Men denne samtalen ville ikke føre til endringer av rutiner eller prosedyrer i avdelingen.

4.4 Oppsummering

Ved oppsummering av våre funn kom det fra at hendelser som involverte barn, unge eller bekjente, var hendelser som berørte intensivsykepleierne. Arbeidserfaring var av betydning for hvordan deltakerne håndterte disse hendelsene. Der ble referert til en tidligere kultur hvor debriefing ble basert på ildsjeler. Dagens kultur bar preg av tidspress, med liten mulighet til å stoppe opp samt at det ikke forelå noen rutiner i avdeling. Om debriefing ble gjennomført var det basert på enkeltpersoners engasjement. Ledelsen ble ansett som tilgjengelig om behovet for faglig gjennomgang meldte seg.

På bakgrunn av manglende rutiner for faglig gjennomgang, framkom det to ulike former for samtaler som tjente ulike formål, men som supplerte hverandre da de dekket ulike behov. Kollegaene ble ansett som uunnværlig. På tross av dette var det ønskelig med en strukturert gjennomgang, som ble gjennomført før de avsluttet vekten. Det var de nærmeste ledere som måtte organisere gjennomgangen. Faglig gjennomgang ble sett på som nødvendig, for ventilering og faglig vekst. Den enkelte sykepleier erkjente ansvaret for å melde behovet, noe de ikke gjorde da det både handlet om å «blottlegge» egne følelser og at det ville involvere et stort apparat. Det handlet også om økt arbeidsomfang hvor tiden ikke strakk til for egenomsorg. Dette resulterte til at den enkelte påtok seg ansvaret for bearbeiding. Teamarbeid som var utfordrende ble også trukket fram som en faktor for at behovet for faglig

gjennomgang meldte seg. For å kompensere for manglende rutine, ble «samtaalen over kaffekoppen» med kollegaer benyttet, men denne samtalen hadde ingen endringsverdi i forhold til blant annet rutiner og prosedyrer.

5 Diskusjon

Analysen av intervjumaterialet identifiserte tre hovedtemaer som vil bli drøftet i ulike kontekster i dette kapitlet. For å kunne besvare forskningsspørsmålet, har vi valgt å legge opp diskusjonsdelen noe annerledes enn slik funnene ble presentert. Vi har valgt først å diskutere ulike forhold som gjorde at behovet for faglig gjennomgang meldte seg. Deretter diskuteres erfaringene intensivsykepleierne hadde med faglig gjennomgang.

Det første temaet er berørthet. Deltakerne beskrev ulike typer pasientgrupper som de ble sterkt berørt av og som genererte et behov for en faglig gjennomgang av hendelsene med kollegaer eller andre. Forhold som den enkelte sykepleiers personlighet, deres arbeidserfaring og forhold ved situasjon i seg selv ble også avgjørende for om behovet meldte seg. Ved beskrivelser av erfaringer med faglig gjennomgang ble det vist til flere aspekter som innbefattet blant annet kultur, savn etter rutiner og kollegaers betydning i forhold til erfaringer med faglig gjennomgang. Dette vil vi drøfte ut fra følgende struktur:

Behovet for faglig gjennomgang:	Erfaring med faglig gjennomgang:
<ul style="list-style-type: none">• Å bli berørt av pasienten• Forhold ved intensivsykepleieren• Forhold ved situasjon	<ul style="list-style-type: none">• Ildsjeler og kultur<ul style="list-style-type: none">○ «Såpass må du tåle»○ «Det går hus forbi»○ «Døren er åpen»• Savn etter rutine• «Samtalen over kaffekoppen»• «Ja takk begge deler»

Tabell 3

5.1 Behovet for faglig gjennomgang

Etter gjennomgang av funnene i studien, utkrystalliserte det seg tre faktorer som kunne indikere at behovet for faglig gjennomgang ville melde. Den første faktoren handler om berørthet sykepleieren opplevde i møte med pasienten. Pasientgrupper som utmerket seg var barn og ungdom, og om sykepleieren hadde nære relasjoner til pasienten. Den rurale konteksten viste seg å ha betydning. Den andre faktoren gjenspeilte forhold ved sykepleieren selv der personlighet og arbeidserfaring var avgjørende for om behovet meldte seg. Til slutt var forholdet til situasjonen, hvor stress, kommunikasjon og samhandling i behandlingsteamet var viktige utløsende elementer for behov for faglig gjennomgang.

5.1.1 Å bli berørt av pasienten

Deltakerne i studien viste ofte til hendelser som hadde gjort et sterkt inntrykk og hvor de hadde blitt følelsesmessig berørt og involvert. Hendelsene som ble trukket fram involverte pasienter som var bekjente av dem eller var i slekt med dem, men det kunne også være hendelser som involverte barn og unge. Slik vi tolker det, sier Martinsen (2003), at ved å bli berørt av en situasjon åpnes det opp for å se mer. I følelsen ligger det en fundamental forståelse, hvor vi forstår emosjonelt før vi forstår kognitivt. Våre deltakere trakk frem spesifikke hendelser, hvor de følte på berørtheten. Berørthet kan gå igjen på variert vis fra en hendelse til en annen (Martinsen, 2003). Våre funn kan ikke på noen måte generaliseres, men det er slik vi ser det, noen typiske trekk som intensivsykepleier vil kunne nikke gjenkjennende til i en annen setting.

Til tross for de påkjenningene intensivsykepleierne opplevde under disse hendelsene, gjennomførte de arbeidsoppgavene der og da på en profesjonell måte.

En deltaker trakk fram en hendelse hvor hun som intensivsykepleier så at en pasient som var innlagt i intensivavdelingen hun arbeidet i, og som hun var i nær slekt med, fikk hjertestans. Intensivsykepleieren startet da med den største selvfølge gjenopplivning på pasienten og inngikk i den forbindelse som en del av hjertestansteamet. Denne hendelsen oppsto på et lokalsykehus, hvor man jobber under mer rurale forhold enn i en større by og i et større sykehus. Scharff (2013) beskriver ruralt sykepleie som særegen i dens natur og omfang i

forhold til i urbane settinger. Videre sier hun at i kjernen av rural sykepleie ligger det noe mer enn omsorg til pasienten. Slik vi tolker dette, handler det om å måtte jobbe under forhold der man må være forberedt på at neste pasient kan være en du kjenner eller et familiemedlem. Intensivsykepleieren som startet gjenopplivning av pasienten, opptrådte profesjonelt. Hun samlet seg rundt oppgaven, til tross for at hun var svært emosjonelt påvirket. Dette er et godt eksempel på det særegne ved å jobbe ruralt, hvor du kan risikere å måtte behandle dine familiemedlemmer og likevel måtte opptre profesjonelt. Scharff (2013) poengterer også at det spesielle med det rurale, er at den profesjonelle aktøren som er involvert må «stå i det» og ta ansvar slik situasjonen krever og må være i stand til å ta konsekvenser av det i etterkant.

Akutte hendelser som involverer barn og unge, ble ofte trukket fram fordi de gjorde et spesielt sterke inntrykk. Intensivsykepleierne fortalte at det var tøft å stå i situasjonen, men man håndterte det man skulle, på best mulig måte og etter beste evne. Å jobbe med barn går inn på den enkelte, fordi barn er sårbare og hjelpeløse. I følge Dyregrov (2010) opplever helsepersonell ekstra store påkjenninger i møte med barn, fordi denne pasientgruppen ikke har mulighet til å beskytte seg selv. Helsepersonell, særlig de som har barn selv, har også en tendens å identifisere seg med barna og familien som rammes og som gjør det spesielt og setter spor (Dyregrov, 2010).

Slik våre funn viser, ser det ut til at intensivsykepleiernes erfaringer har betydning for hvordan de nevnte pasientgruppene håndteres. De med en bredere erfaringsbakgrunn så ut til å jobbe videre i en bedre flyt i arbeidet selv om de var berørt. Ut fra funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere, kreves det av en intensivsykepleier at intensivsykepleie skal kunne utøves til akutt og kritisk syke pasienter i alle aldre og alle livsfaser (NSFLIS, 2015). Dette kan i midlertidig, slik som våre deltakere beskriver, være noe utfordrende. Og på tross av at intensivsykepleierne hadde lang fartstid innenfor intensiv, uttrykte deltakerne at de hadde vanskeligheter med å jobbe videre, hvis det ikke eksisterte en arena hvor disse følelsene ble ventilert. I følge Healy og Tyrrell (2013) er det viktig å implementere strategier for å håndtere opplevelser som disse hendelsene gir. Det finnes forskjellige mestringsstrategier beskrevet i litteraturen (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003; Dyregrov, 2002; Healy & Tyrrell, 2013; Magyar & Theophilos, 2010), men her vil psykologisk debriefing trekkes frem som en mulig strategi. Dyregrov (2002) beskriver dette som en systematisk gjennomgang i grupper hvor formålet blant annet er å forhindre unødvendige ettervirkninger, ventilere følelser og bidra til videre hjelp om nødvendig. Vi så

at dette gav våre deltakere en mulighet til å strukturere sine erfaringer i samtale med andre som har opplevd det samme, og sette sine erfaringer i et helhetlig perspektiv. Dyregrovs (2002) anbefalinger finner også støtte hos Healy og Tyrrell (2013), som fant at helsepersonell forventet at systematisk gjennomgang skulle bidra til emosjonell og psykisk støtte. Ved å ha en kultur for en systematisk gjennomgang, kan man også si at slike samtaler demonstrerer omsorg og ivaretagelse av de ansatte fra organisasjonens side (Dyregrov, 2002). Det foreligger lite forskning på effekten debriefing har på helsepersonell. I studien til Magyar og Theophilos (2010a) vises det til at debriefing hadde liten eller ingen effekt på det psykologiske utfallet hos studiens deltakere. Denne studien hadde imidlertid deltakere fra andre fagområder enn helsefag, slik at det kan settes spørsmålsteget ved overførbarheten til den konteksten vi drøfter.

I vårt materiale viser deltakerne gjennomgående at det ikke finnes noen rutiner eller retningslinjer på systematisk gjennomgang. Dette framkommer også i forskningen vi har støttet oss til, og hvor det henvises til flere internasjonale studier der det etterlyses retningslinjer eller rutiner (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003; Cronqvist m.fl., 2006; Healy & Tyrrell, 2013). Ved å studere deltakernes erfaring av at det innebærer store påkjenninger å jobbe med sårbare grupper som barn og bekjente, tolker vi det slik at det er nødvendig at det foreligger en retningslinje eller en rutine for at systematisk oppfølging av helsepersonell i avdelingene skal kunne finne sted. Ved å unnlate å ha gjennomgang etter uventede hendelser med barn, kan intensivsykepleieren oppleve hjelpeløshet, redsel og angst i forhold til identifisering. Og hvor eksistensielle spørsmål kan bli plagsomme og repeterende, på bakgrunn av en generell oppfatning av at barn skal få leve og ikke dø av sykdom eller skade.

Spørsmål rundt helsepersonells innsats og om de kunne være sikre på at pasienten fikk den optimale behandling, blir også diskutert i litteraturen (Dyregrov, 2010). Vi så spor av sterk personlig ansvarfølelse i hendelsene som ble beskrevet. Vår studie viser at hendelser som involverer pasienter som var nære eller bekjente av sykepleieren, kunne framkalle ulike stressreaksjoner. Ved å ikke bearbeide disse stressreaksjonene, kan det i verste fall resultere til utbrenthet og en revurdering av om man skal fortsette i jobben. Aiken m.fl. (2011) drøfter dette og sier at utbrenthet og mangel på systematisk oppfølging, antagelig er en medvirkende årsak til utskifting av personell (Aiken m.fl., 2011). For at intensivsykepleierne skal kunne bearbeide disse stressreaksjonene, bør det derfor arbeides for å innføre rutiner for oppfølging av dem. Det bør også være en kultur i avdelingen som åpner opp at for den enkelte

sykepleiers behov kan bli synliggjort. Vi vil mer enn antyde at arbeidsmiljøet her spiller en stor rolle. Hos Aiken m.fl. (2011) vises det til sammenhengen mellom arbeidsmiljø og misnøye hos sykepleierne og utbrenthet. Det framkom også i denne studien at misnøyen påvirket kvaliteten på pleien av pasienten. Dette kan sees i sammenheng med funnene hos Bourgault m.fl. (2015) som viste til at sykepleiere som ble utsatt for negativt stress over tid, utviklet lavere grad av empatiske evner. Ved å forbedre den psykiske helsen hos sykepleieren vil trolig den empatiske evnen også forbedres, noe som i så måte vil bidra til å øke pasientsikkerheten. Dette poengterer betydningen av å ha en arena hvor intensivsykepleiere og annet akuttpersonell får ventilere sin erfaringer. Å etablere arenaer for oppfølging av helsepersonells behov for faglig gjennomgang, vil derfor slik vi ser det også signalisere organisasjonens støtte, slik Dyregrov (2002) hevder. Å etablere strukturer som bidrar til at intensivsykepleierne opplevde at deres behov blir tatt på alvor, og at de ikke ansees som utbytbar, kan resultere i redusert utskifting og utbrenthet blant sykepleiere, slik man fant at effekten var blant akuttpersonell i Healy og Tyrrells studie (Healy & Tyrrell, 2013).

5.1.2 Forhold ved intensivsykepleieren

Intensivsykepleierne i denne studien beskrev at erfaring hadde betydning for om behovet for faglig gjennomgang var tilstede. Vi så at hendelsene som særlig ble trukket fram, var hendelser som intensivsykepleierne opplevde når de var nyutdannet og i Benner (1995) forstand var noviser. Novisene beskrev en følelse av egen tilkortkommenhet i hendelser og med oppgaver som var hektiske og avanserte, der de opplevde stor usikkerhet rundt det som skjedde og hvorfor det ble slik det ble. Dette resulterte i at de som uerfarne sykepleiere ofte hadde hatt «et fullt beger» av inntrykk som de kunne hatt behov for å drøfte med mer erfarne kollegaer. Slike hendelser kunne også gjøre inntrykk på de erfarne, men her var fokuset noe ulikt.

I de hendelsene som intensivsykepleierne beskrev, vil de ifølge Benner (1995), ha forventinger både til seg selv og til behandlingsteamet rundt seg. Dette på tross av at intensivsykepleierne fram til da kanskje ikke hadde noe praktisk erfaring fra slike hendelser, men kun hadde en teoretisk forståelse av dem. Benner (1995) viser til regler som et rammeverk, som blant annet prosedyrer og retningslinjer kan være, og som kan være

veiledende i disse situasjonene. Men hun poengterer videre at disse reglene ikke vil være tilstrekkelige og muligens også vil kunne begrense intensivsykepleierens innsats, fordi enhver situasjon er unik. Elstad (2014) viser også til disse «reglene», at de kan være hensiktsmessig, og beskriver dette som inngangsporten til faglig utvikling. Alvsvåg (2007) problematiserer kliniske situasjoner som flertydige og at de kan kreve flere handlingsalternativer. Ved å inneha evnen til å utøve et godt faglig skjønn, vil muligheter og begrensinger bli synlig slik at det beste handlingsalternativet blir benyttet. For å utøve et godt skjønn, kreves det en viss distanse til det Benner og Have (1995) refererer til som regel. Den teoretiske kunnskapen vil intensivsykepleieren trolig inneha, men det faglige skjønn og den praktiske kunnskapen kan være mangelfull. Den praktiske kunnskapen som nevnes her vil ifølge Nortvedt og Grimen (2004), knyttes til den som utøver intensivsykepleie, som i dette tilfellet er novisen. Den praktiske kunnskapen kommer til uttrykk i våre bedømmelser, vurderinger, vårt skjønn og i våre handlinger. Den praktiske kunnskapens indeksikalitet kommer tilsynet i form av mangel på relevant erfaring og forståelse av handlingens hensikt, og av de omgivelsene som novisen befinner seg i. Som et resultat av kort erfaring og manglende praktisk kunnskap, kan novisen stå overfor en situasjon, hvor hun ikke evner å utføre alle arbeidsoppgaver hun er ansvarlig for på en tilstrekkelig og faglig akseptabel måte.

Behovet for faglig gjennomgang meldte seg også hos erfarne intensivsykepleiere, men da var det gjerne andre elementer som var av betydning. Ekspertsykepleieren, altså intensivsykepleieren med lang erfaringsbakgrunn, vil kunne handle på bakgrunn av en dyp forståelse av situasjonen og vil kunne se helheten. Helhet innbefatter også en forståelse av at et velfungerende teamarbeid er på plass. Dette kan være aspekter av selve pasientbehandlingen, av kommunikasjon, samhandling og ledelse.

Hvis det oppstår usikkerhet og eventuell konflikt rundt et av disse aspektene, vil ekspertene legge merke til det og behovet for faglig gjennomgang vil melde seg. Benner m.fl. (2011) viser til at feilaktige vurderinger blir redusert ved tydelig kommunikasjon. Kommunikasjon kan også oppleves vanskelig, spesielt når det gjelder status og spenninger i maktforhold, som vi til tider kan finne mellom leger og sykepleiere (Benner m.fl., 2011). Dette bekreftes av studiet til Reader m.fl. (2009) som viser til de ulike oppfattelsene av kommunikasjonens åpenhet mellom leger og sykepleiere, hvor leger oppfatter kommunikasjonen som bedre enn det sykepleierne gjør. En åpen og god dialog er avgjørende for pasientutfallet, hevder Benner

m.fl. (2011). Curtis og Shannon (2006) støtter opp dette, hvor de viser til at kommunikasjonen mellom leger og sykepleiere har økt kvaliteten på samarbeider.

Vi kan diskutere hva det innebærer å ha erfaring. Med utgangspunkt i Elstad og Hamran (1995) trenger ikke nødvendigvis en intensivsykepleier med mange års praksis innenfor yrket å være en ekspert på alle områder innenfor intensivsykepleie.

Elstad og Hamran (1995) refererer til Benner og Have (1995) som beskjedent uttrykker og beskriver erfaring som et åpent begrep med mulighet for utvikling. Men utviklingen er avhengig av mange nok pasientsituasjoner, slik at det blir mulig å bevege seg fra «ferdiglært» ekspert til «ypperlig dyktig», hvor du kan da gjøre mer enn du kan forklare ut fra teorien. Her kritiserer Elstad og Hamran (1995) brødrene Dreyfus som Benner og Have (1995) viser til, hvor Dreyfus-modellen gir lite rom for utvikling om du allerede er i kategorien ekspert.

Deltakere i vår studie hadde sin erfaring fra lokalsykehus og universitetssykehus. Vi kan med sikkerhet hevde at de «erfarne» intensivsykepleierne fra de nevnte sykehusene hadde variert erfaringsbakgrunn. Dette gjelder antageligvis alle intensivsykepleiere i enhver intensivavdeling. Men vi vil presisere at vi i vår studie finner at det er et skille mellom å jobbe på lokalsykehus versus det å jobbe på universitetssykehus. De fleste av intensivsykepleierne de to ulike sykehusene representerer, vil være eksperter, slik Benner og Have (1995) viser til, på ulike områder innenfor samme spesialitet. Våre funn viser, på tross av dette, at intensivsykepleierne refererte til de samme utfordringer og årsaker til at behovet for faglig gjennomgang meldte seg. Tharaldsteen og Skoglund (2015) hevder i sin artikkel at sykepleiere i distriktet jobber i en praksis som består av en stor variasjonsbredde med ulike tilstander og situasjoner. De viser til at enkelte tilstander og spesifikke situasjoner kan opptre relativt sjelden. På bakgrunn av dette, altså mangel på mengdetrening, har de rurale sykepleierne større utfordringer med både å holde seg faglig oppdatert og å utvide sine evner til vurdering i akutsituasjoner, enn sykepleiere i større sykehus har. Simuleringstrening, traumetrening og HLR-trening ble både verdsatt og trukket fram som nødvendig, spesielt av studiens deltakere fra den rurale kontekst. Dette kan forklare at selv om intensivsykepleierne hadde lang erfaring, innebar ikke det nødvendigvis at de ikke hadde behov for faglig gjennomgang. I rurale strøk kan simulering være en metode som kan bidra til at intensivsykepleierne blir mer forberedt på å møte akutte pasientsituasjoner. Dette vil kunne føre til økt handlingsgrunnlag som igjen kan forbedre pasientsikkerheten (Sollid, 2015; Tharaldsteen & Skoglund, 2015). Tharaldsteen og Skoglund (2015) refererer også til Wisborg

m.fl. i sin artikkel, der det blir hevdet at trening i traumeteam og på simulering er gode metoder for å utvikle erfaring og øke kompetanse på fagområder hvor akutte hendelser sjelden oppstår.

I vårt materiale antydte deltakerne at ulike individuelle personligheter var av stor betydning for hvordan de opplevde hendelsene. Deltakerne fortalte at intensivsykepleierens personlighet og emosjonelle styrke var av betydning for om behovet for faglig gjennomgang meldte seg i ettertid. De refererte til intensivsykepleiere som var sterke og som håndterte disse situasjonene nærmest på ”strak arm”. Deltakerne fortalte også om intensivsykepleiere som ikke var fullt «så sterke», uavhengig av arbeidserfaring, hvor behovet for psykisk støtte etter å ha jobbet under belastende og stressfulle forhold, ble tydeligere. Å jobbe med akutt kritisk syke pasienter innebærer at intensivsykepleieren har et stort ansvar. Og ulike hendelser kan framkalle stressreaksjoner hos den enkelte. For å unngå utbrenthet og redusere stressreaksjoner hos intensivsykepleierne, er det viktig med et organisert system hvor forholdene er lagt til rette for faglig gjennomgang. Men som forskning viser, er det få sykehus i innland- og utland som har faste retningslinjer som ivaretar slik oppfølging (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003; Cronqvist m.fl., 2006).

Når det gjelder erfaringen til den enkelte intensivsykepleier, vil erfaring fra tidligere klinisk praksis også ha betydning for hvordan opplevelsen blir håndtert. Som novise i intensivyrket har intensivsykepleieren som regel en snever erfaringsbakgrunn fra akutte hendelser. For å heve den mangelfulle praktiske kompetansen, kan simulering være en metode for å tilegne seg praktisk erfaring. Våre deltakere med erfaringer fra rurale strøk, så både nytten av og etterspurte treningsmetoder som simulering, fordi de opplevde dette som et bidrag inn i økt handlingskompetanse. Det hevdes i Sollid (2015) at simulering vil ikke på noen måter erstatte praksis men metoden kan øke intensivsykepleierens ferdigheter ved å trene på sjeldne og dagligdagse hendelser, og dermed bidra til å etablere et handlingsreservoir. Novisen innehar den teoretiske kunnskapen, men mangler ofte den praktiske utførelsen. Simuleringen vil her kunne bidra til å knytte teori og praksis nærmere sammen (Sollid, 2015). Simulering som metode har vist til forbedring fra en simulering til den neste. Det kan imidlertid drøftes, og det er vanskelig å måle hvorvidt intensivsykepleieren evner å overføre de lærte kunnskapene til praksis. Men det hevdes at simulering danner handlingsgrunnlag, som særlig vil være vesentlig for novisen og de som jobbet ruralt (Dahlen m.fl., 2013).

5.1.3 Forhold ved hendelsen

Intensivsykepleierne i denne studien trakk fram ulike hendelser som gjorde at behovet for faglig gjennomgang kunne melde seg. Fellesnevnerne i disse hendelsene var at det var flere profesjoner involvert, og med ulike utfordringer ved å jobbe i tverrprofesjonell faglige team. Utfordringer som deltakerne erfarte, kunne for eksempel være å forholde seg til flere spesialister på en og samme tid. Akutte hendelser som økte stressnivået hos de fleste i behandlingsteamet, ble også nevnt. Å finne sin plass i behandlingsteamet i slike situasjoner ble sett på som utfordrende fordi hendelsenes akutte preg førte til innsnevret handlingsrom, kommunikasjonssvikt og til tider til rollesvikt. Rollefordelingene var stort sett klargjort på forhånd, men på bakgrunn av stress og mangel på oversikt i situasjonen, kunne dette medføre rollesvikt. Ved fravær av teamleder, medførte dette et større ansvar og press på den enkelte.

Å være intensivsykepleier i et behandlingsteam som kunne bestå av leger med ulike spesialiseringer, kunne til tider by på utfordringer da rollefordelingene kunne være uavklart og misforstått. De hadde vanskeligheter med å sortere informasjon samt prioritere hvilken rekkefølge ordineringsen skulle utføres i. Dette kan tyde på at manglende ledelse i teamet påvirket kommunikasjonsdynamikken og samhandling. For at kommunikasjon og samhandling skal fungere i et team, er det viktig at teammedlemmene har en felles forståelse for teamledere og dens rolle. Når teamledere uteblir kan konflikter relatert til maktforhold oppstå. Dersom respekten for regler uteblir, jobber den enkelte mer som selvstendige individer og ikke som et team med felles mål. Teamleders rolle identifiseres som en viktig brikke i forhold til struktur og kommunikasjon innad i teamet. Likevel viser forskning at der alle i teamet ble betraktet som likeverdige, ga dette best utfall (Reader m.fl., 2009; Rose, 2011) Dette blir ifølge Benner m.fl. (2011) enda mer tydelig når den kliniske situasjonen er i endring og hvor behandlingsnivået er uavklart. Det poengteres likevel at åpen dialog mellom sykepleier og lege, er viktig for pasientbehandlingen (Benner m.fl., 2011; Karanikola m.fl., 2012).

Noen av våre deltakere viste til hendelser hvor de befant seg i situasjoner hvor pasienter kom «rett fra gata», og hvor det forelå usikkerhet både i forhold til behandlingstiltak- og nivå. Teamleder kunne utebli, da ansvarsforholdene ikke var bestemt på bakgrunn av manglende diagnostisering. Det kunne for eksempel være at pasienten kom inn med en tentativ medisinsk diagnose, men som viste seg å ha kirurgisk hastekarakter og kirurgen lot vente på seg.

Intensivsykepleierne ble i disse situasjonene utsatt for et enormt stress, hvor de opplevde et større individuelt ansvar for behandlingen av pasienten. Opplevelsen som intensivsykepleieren hadde her, kan sees i sammenheng med det Scharff (2013) beskriver som kjernen av rural sykepleie hvor en kan oppleve å stå alene i situasjonen og måtte ta hånd om det man står ovenfor. Dette kan antakelig forklare hvorfor deltakerne fra lokalsykehuset opplevde simulering som viktig, og at de spesielt etterspurte en arena for faglig gjennomgang.

Likeverdige team vil representere best oppnåelige praksis, men sett i historisk perspektiv vil dette kanskje vanskelig la seg gjennomføre. Sykepleie- og legeprofesjonene har en bakgrunn preget av hierarkiske relasjoner og oppgavedelegering, i stedet for samarbeid og felleskap (Olsvold, 2012a). Ulikhetene mellom profesjonene kommer tydelig fram i opplevelsen av kommunikasjonens åpenhet. Flertall av leger i Reader m.fl. (2009) sin studie viste til positive oppfattelser av teamsamarbeidet, mens kun en tredjedel av sykepleierne hadde samme oppfatning (Reader m.fl., 2009). Denne hierarkiske relasjonen kom også tilsynet hos deltakerne i vår studie i de hendelsene hvor det oppstod uenighet i teamet. Benner og Have (1995) trekker fram at uenighet i behandlingsteamet ikke er til å unngå, hvor konflikthåndtering må tas så tidlig som mulig. Dersom sykepleieren ikke innehar den autoritet som skal til for å få fram sine synspunkter rettet mot pasientbehandlingen og teamsamarbeidet, vil sykepleieren oppleve sin rolle som mindre viktig. Dette kan føre til at effektiviteten påvirkes i negativ retning, og sykepleieren kan oppleve skyldfølelse og hjelpeløshet. I verste fall vil dette kunne medføre påvirkning på sykepleieutøvelsen og ha innvirkning på teamarbeidet i negativ forstand i forhold til prestasjon og samarbeidsevne (Cronqvist m.fl., 2006).

Dårlig tverrprofesjonell samarbeid og kommunikasjonssvikt kan resultere i økt ressursbruk, misnøye og utskiftning blant helsepersonell. Dårlig tverrprofesjonell samarbeid kan sees i sammenheng med at pasientens opphold på sykehus kan forlenges, og i verste fall kan det føre til pasientskade (Curtis & Shannon, 2006). Derfor ansees tverrfaglig samarbeid som meget viktig, og man har i den forbindelse utviklet ulike verktøy for å forbedre dette samarbeidet. Dette kan være verktøy som skjemaer, sjekklister og protokoller som skal kunne bidra til å skape struktur og derigjennom forbedre samarbeidet. Videre har debriefing og utvikling av relasjonsarbeid og teamarbeid i form av teambuilding vært brukt for å fremme samarbeidet (Rose, 2011).

Ved å benytte seg av de nevnte metoder for å forbedre samarbeidet innad i teamet, vil de ulike profesjonene erkjenne sin posisjon i teamet, og at de er gjensidig avhengig av hverandres kompetanse. Kompetanse blir sett på som noe mer enn individuell kunnskap. Det blir sett på som kollektivt og noe profesjonene har til sammen i teamarbeidet. Profesjonene jobber sammen for et felles mål rundt pasientbehandlingen, hvor kritisk refleksjon står sentralt. Det er dette Orvik (2015) kaller tverrprofesjonell samhandlingskompetanse. I tråd med dette og slik deltakerne framhevet, innebærer det å jobbe i tverrprofesjonelle team mange utfordringer. Å jobbe med akutt kritisk syke mennesker hvor det står om liv, kan oppleves både som belastende og stressfullt for det enkelte teammedlem. Slik vi anser det, kan dette være med på å forklare hvorfor det oppstår kommunikasjonssvikt i samhandlingen. En deltaker trakk fram en hendelse hvor behandlingsnivået var uavklart før hendelsen oppstod, noe som ble erfart som forsterkende på opplevelsen av stress, og dermed påvirket vedkommendes handlingsevne. Akutte hendelser karakteriseres av uoversiktighet og kompleksitet. Tiden og handlingsrommet er begrenset, noe som krever rask handling, og som er avgjørende for pasientens liv (Stubberud, 2015). Dette beskriver stresset teamet er utsatt for, som også kan forklare rollesvikt og kommunikasjonssvikt. Stress påvirker negativt, i den forstand at det reduserer evnen til å tenke logisk. Det medfører også utfordringer med å se løsninger i situasjonen, og å kunne anvende tidligere ervervet kunnskap. Dette vil igjen kunne påvirke kvaliteten på tiltak og behandling rettet mot pasienten (Sollid, 2015).

5.2 Intensivsykepleierens erfaringer med faglig gjennomgang

Erfaringene deltakerne hadde med faglig gjennomgang var noe ulike. To av seks intensivsykepleiere hadde ingen erfaring med faglig gjennomgang, men de hadde klare formeninger og ønsker om dette. Dette var for øvrig intensivsykepleiere med minst arbeidserfaring. Resterende deltakere hadde alle erfaring med faglig gjennomgang, men her var det stor variasjonsbredde. Det kom også fram et tydelig savn etter rutiner eller retningslinjer, som ikke eksisterte i noen av de intervjuedes praksiser. På bakgrunn av fravær av rutiner og retningslinjer, viste deltakerne til ulike strategier som de benyttet seg av for å overleve i yrket.

5.2.1 Ildsjeler og kultur

Når intensivsykepleieren ble bedt om å fortelle om sine tidligere erfaringer med faglig gjennomgang, var det kun to av deltakerne som kunne referere til slike erfaringer fra dagens praksis. Deltakerne beskrev da uformelle møter med den ansvarlige lege, hvor gjennomgangen fant sted like etter hendelsen. Initiativet ble tatt av legen på bakgrunn av frustrasjon som ble opplevd under hendelsen. Her ble hendelsen gjennomgått og alle som hadde behov for å snakke fikk muligheten til det. Gjennomgangen kan linkes opp til det Dyregrov (2002) kaller defusing. Denne avlastningssamtalen gir de teammedlemmene muligheten til en gjennomgang like etter hendelsen (Dyregrov, 2002). Deltakerne med lengre arbeidserfaring refererte til erfaringer som de opplevde for 10-15 år siden. Ut fra det de fortalte om gjennomgangen (eller debriefing som deltakerne kalte det for), kan det sammenlignes med det Dyregrov (2002) referer til som psykologisk debriefing. Her ble hele behandlingsteamet innkalt, og hvor alle fikk muligheten til å samtale. Det var en klar og tydelig leder, men de erfarte noe usikkerhet ved anestesilegens kompetanse i henhold til kriterier for psykologisk debriefing. Anestesilegen som stod bak dette tilbudet, gjorde det på bakgrunn av eget engasjement, og hvor denne legen så nytten av en slik gjennomgang. Både fra dagens praksis og tidligere praksis ble debriefing³ gjort på bakgrunn av motivasjon av ulik karakter. Leger med det medisinskfaglige ansvaret, var initiativtakerne. Hendelsene som ble framhevet viste at legene ble drevet både av faglig- og av personlig engasjement. Slik vi tolker dette ut fra det deltakerne fortalte, lå ansvaret for gjennomføring av debriefing hos den ansvarlige legen. Dette ble tydelig da vi så hva disse ildsjelene betydde i denne sammenhengen og det var påfallende at uten ildsjelens tilstedeværelse, bortfalt også debriefingen.

På intensivheten ligger det overordnede medisinske ansvaret hos intensivlegen (eventuelt anestesilege på enkelte intensivheter), som er ansvarlig for pasienten og som skal lede det multidisiplinære teamet (Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014). Og ifølge Dyregrov (2002) vil oppgaven som debriefingsleder ofte tilfalle den lederen som er ansvarlig for den gruppen om rammes. Men

³ Faglig gjennomgang og debriefing vil fra nå av brukt om hverandre, av den grunn at deltakerne benyttet seg konsekvent av debriefing. Av den grunn ble det vanskelig å skille disse to begrepene.

slik det framkommer i Retningslinjer for intensivvirksomheten (2014) vil det multidisiplinære teamet som i utgangspunktet involverer både intensivsykepleie- og lege ha et selvstendig ansvar rettet mot utøvelsen, men også koordinere behandlingen til pasienten. Dette er i første rekke tenkt med utgangspunkt i pasienten og pasientsikkerheten, og sier lite om at de ulike profesjonene skal ta ansvar for hverandre. Slik vi erfarer det, foreligger det verken rutiner eller retningslinjer som sier noe om at de ulike profesjonene skal ta ansvar for å følge opp hverandre. Dette kan muligens være en forklaring på hvorfor det ikke foreligger en rutine på faglig gjennomgang. For hvem skal ta ansvaret for dette? Det vi med sikkerhet kan si er at det både er lovpålagt og forventes at profesjonene skal samhandle på en faglig forsvarlig måte rettet mot pasienten (Meld. St. 47, 2008-2009; Norsk Anestesiologisk Forening & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere, 2014; Reader m.fl., 2009; Rose, 2011).

Som deltakerne i studien antydet lå dette ansvaret hos legene, men slik Olsvold (2012) setter sykepleier og leger i kontrast til hverandre beskrives leger som mer individualistisk, hvor egne mål og interesser blir satt foran felleskapets mål. Dette kan kanskje bidra til å forklare at den ansvarlige legen ikke ser behovene som eventuelt kan oppstå etter enkelte hendelser og derfor heller ikke anser det som sitt ansvar å ta tak i. Det kan også muligens sees i sammenheng med at leger ikke erkjenner sin rolle i det kooperative arbeidet i den forstand at de ikke anser at deres handlinger påvirker de andre som inngår i dette arbeidet (Olsvold, 2012). Men er det riktig å pålegge leger dette ansvaret, basert på de fåtallige erfaringene deltakerne hadde? Ved å se på hvordan legers arbeidsdag er lagt opp, vil det kanskje være en naturlig forklaring på hvorfor de kanskje ikke tar ansvar eller ser behovet for faglig gjennomgang slik sykepleiere gjør. Deres arbeidsdag preges av, det vi vil kalle «uro», da deres arbeidsdag ikke nødvendigvis er knyttet opp til en enkelt avdeling. Variasjonen er stor, sett ut fra sykepleierens arbeidsdag hvor de som regel forholder seg til en pasient tilknyttet en avdeling. Her kan muligens ansvaret på lik linje ligge hos intensivsykepleieren som står «bedside» til pasienten? Eller er det ledelsen som har dette ansvaret?

5.2.1.1 «Såpass må du tåle»

Erfaringene med faglig gjennomgangen som ble referert til i denne studien, ble gjennomført av ildsjeler, drevet av et personlig engasjement og de representerte verken flertallet i lege- eller sykepleiergruppen. Alvsvåg (2007) viser til omsorg i praksisfelleskapet, hvor det er

kultur for å ta vare på hverandre når det er hendelser som setter spor. Ildsjeler trekkes fram når praksisfellesskapet ikke fungerer, hvor ildsjelene sørger for å ta vare på den som trenger det. Blir ildsjelene borte, blir også omsorgen for kollegaer borte. Kanskje kan ildsjelene sees i sammenheng med at det i avdelingene studiens deltakere jobbet i ikke forelå noen formelle retningslinjer på debriefing, men det kan muligens også sees i sammenheng med den rådende avdelingskulturen i de ulike avdelingene. Kultur i organisasjon kan blant kan være felles oppfatning og verdier hos de ansatte, og at de jobber etter et sett med felles regler eller retningslinjer som kan si noe om hvordan den enkelte bør opptre i avdelingen. Kulturen baseres også på felles grunnleggende antakelser (Jacobsen & Thorsvik, 2013). I intensivenheten vil kulturbærere være de ulike profesjoner, i hovedsak intensivsykepleier og leger. Erfaringene som deltakerne viste til, kan tyde på at disse grunnleggende antakelsene på noen områder av kulturen er ulike. Et annet argument for at det ikke foreligger noen kultur for debriefing, som vi har vært inne på tidligere, er at det kan være at det ikke oppfattes som riktig å gjøre det fordi man betviler nytteverdien av et slikt tiltak. For hvis vi ser tilbake til 10-15 år siden, refererte to av informantene til en kultur og rutine i avdelingene for debriefing. Mens i dag foreligger det verken kultur eller rutiner for dette. Hva årsakene til dette er, kan være mange. Men ifølge Schein i Jacobsen og Thorsvik (2013) opprettholdes kulturen kun hvis den oppfattes som riktig, og dette støtter opp om våre funn som tilsier at debriefing ikke er vanlig forekommende i intensivenhetene deltakerne jobber i. Kulturen vil i praksis kontinuerlig bli testet med virkeligheten, og trolig bli endret hvis de grunnleggende antakelsene er feile.

Ved spørsmål om hvem som hadde ansvar for å melde sitt behov for faglig gjennomgang, var samtlige deltakere enig om at ansvaret lå hos den enkelte. Hvis en intensivsykepleier ble satt faglig eller personlige på prøve under en hendelse, lå ansvaret for å be om oppfølging hos den enkelte som opplevde dette. Det individuelle ansvaret ble også trukket fram i studien til Cronqvist m.fl. (2006). Men på tross av enighet om ansvar, var det få av deltakerne i vår studie som faktisk meldte sitt behov videre. Kanskje kan dette være en av årsakene til at rutinene døde ut? Når behovene ikke meldes, vil det kanskje over tid oppfattes som at det ikke foreligger noe behov?

Studios deltakere beskrev ulike faktorer som ble av betydning for hvorfor de ikke meldte sine behov. Dette gikk blant annet på at det var usikkerhet rundt egne følelser og deres betydning i den store sammenhengen. De kunne ikke framheve seg selv og sitt behov for

debriefing som viktig og forvente at andre i behandlingsteamet oppfattet dette som like viktig. En annen deltaker viste til det store apparatet som ble «alarmert» og involvert, og da anså de sitt eget behov som av mindre betydning og valgte å undertrykke det. Deltakerne viste også til forventninger de hadde til seg selv, og til forventninger de antok resten av behandlingsteamet hadde til intensivsykepleiere. Her ble uttrykket «såpass må du tåle» brukt. Her viste deltakerne tydelig hva de oppfattet som krav både fra andre og til seg selv, og som førte til at de ikke uttrykte sine behov. Slik vi ser det, uttrykker intensivsykepleierne noen grunnleggende antakelser som i dette tilfellet er i misforhold til egne verdier. Som tidligere nevnt hadde deltakeren behov for faglig gjennomgang og ansvaret lå på den enkelte for å melde dette. Men på bakgrunn av krav som den enkelte oppfattet til seg selv og kulturen i avdelingen med en «Såpass må du tåle» -holdning og innskrenket handlingsrom i forhold til tidspres, ble ikke behovet for faglig gjennomgang videreformidlet. I Jacobsen og Thorsvik (2013) vises det her til misforholdet mellom deltakerens opplevelse av å trenge å ha en faglig gjennomgang, og adferden deltakeren uttrykket ved å ikke melde behovet.

Å være intensivsykepleier innebærer forpliktelser, både formelle og uformelle. Olsvold (2015) henviser til det formelle ansvaret som knyttes blant annet til juridiske og administrative regler. Mens det profesjonelle ansvaret eksempelvis kan knyttes til intensivsykepleierens funksjonsbeskrivelser, kan sosialt ansvar sees i sammenheng med intensivenheten og de «spilleregler» som regjerer der. Når intensivsykepleierne unnlater å melde sitt behov for faglig gjennomgang, kan det handle om det personlige ansvaret den enkelte innehar. Det personlige ansvaret berører ikke bare det ansvaret intensivsykepleieren har for pasienten, det handler også om det ansvaret intensivsykepleieren tar for seg selv. Ved å ta ansvar for seg selv, kreves det at man beveger seg utover de formelle juridiske, administrative og profesjonelle føringene. Det kreves også, etter vår mening, en sterk intensivsykepleieidentitet, som ifølge Hovland og Andersen (2007) blant annet skapes gjennom erfaringer som innebærer det å være i en sosial kontekst og være deltakende i disse kontekstene. Identiteten skapes ikke isolert i individet, men i den konteksten som omhandler praksis, felleskapet og individet selv (Hovland & Andersen, 2007). Ved å ha en sterk sykepleieidentitet innehar sykepleieren den trygghet som skal til for å melde sitt behov. Men på den andre siden kan den sosiale konteksten være så dominerende at behovene undertrykkes. Dette kan forklares ut ifra det Jacobsen og Thorsvik (2013) refererer til i sosialiseringprosessen som blant annet den nyutdannede intensivsykepleieren gjennomgår

ved oppstart i intensivheten. Her læres intensivsykepleieren blant annet hvordan hun skal opptre for å bli anerkjent som en medlem. Hvis uttrykk som «såpass må du tåle» er gjeldende, vil det ut fra vårt syn være vanskelig for intensivsykepleieren å formidle sine behov for debriefing.

5.2.1.2 «Det går hus forbi»

Tidstyver i en hektisk hverdag ble også trukket fram av intensivsykepleierne som et argument for at det ikke fantes debriefing. Arbeidsoppgaver som hygienetester, IKT-tester og andre administrative oppgaver bidro til at sykepleieren fikk mindre tid til de oppgavene som måtte prioriteres, som først og fremst var relatert til pasienten, og dernest til å ta vare på seg selv. Det deltakerne refererer til her, er ifølge Orvik (2015) en form for krysspress hvor sykepleieren opplever krav i forhold til sin plikt til pasienten og dens gjøremål på den ene siden, og de administrative oppgavene som venter på den andre siden. Dette krysspresset er et stadig tilbakevendende tema, hvor de kliniske arbeidsoppgavene også flyter mer og mer i hverandre (Orvik, 2015). Jobbglidning er et begrep som er blitt mer vanlig bruk i helsevesenet. Det beskrives å ha sammenheng med bakgrunn i økning i pasienttall, nye og endret sykehusstruktur og ikke minst aspekter ved samhandlingsreformen. Jobbglidning er kort beskrevet å overlate oppgaver som for eksempel har tilhørt en profesjon, til en annen, oftest til en person lavere i hierarkiet (Orvik, 2015). Hensikten med jobbglidningen er å optimalisere bruken av personalressurser (Norsk Overlegeforening, 2012). I intensivsykepleien er priming av prismasett for kontinuerlig hemodialyse et godt eksempel. Dette er en tidkrevende og avansert prosedyre som legene tidligere utførte, men som sykepleiere nå gjør. Sykepleiere har betimelig stilt spørsmål ved grenser for hvor mye ekstra arbeid som kan «gli nedover» til dem, fordi disse nye oppgavene truer de egentlige pleie- og overvåkingsoppgavene faget tradisjonelt har hatt. Jobbglidning oppgave for oppgave innebærer også et spørsmål om hvem som skal ha oversikt og sørge for at pasienten får en sammenhengende behandling (Norsk Overlegeforening, 2012; Orvik, 2015). Elstad (2014) poengterer aspekter av dette ved å vise til at sykepleiere har en tendens til å påta seg et grenseløst ansvar, som fører til mer stress og tidsnød, og genererer mer skyldfølelse. Olsvold (2012a) underbygger dette ved å vise til at sykepleie i sin natur er kollektivistisk, der

sykepleierne i et gjensidig avhengighetsforhold til andre, påtar seg mer med begrunnelse i at det er til det beste for pasientene, og dette bidrar til å sette egne interesser i bakgrunnen. Allen (2014) viser også til en form for jobbglidning, hvor hun viser til artikuleringarbeid sykepleierne gjør daglig. Sykepleieren befinner seg i tillegg til å stå «bed-side» med pasienten, i et grensesnitt mellom ulike profesjoner i behandlingsteamet. Dette er en viktig og nødvendig oppgave for å sikre best mulig pleie til pasienten (Allen, 2014). Men ansvaret for «alt og alle» blir i Elstad (2014) kritisert av både Tholens og Vike, og hvor kritikken begrunnes med at sykepleieren har og må ta ansvar for egne valg. Men som sykepleier er du avhengig av å ha et handlingsrom og hvor ansvaret i første omgang er for pasienten (Elstad, 2014). Dette gjør at sykepleieren vil prioritere pasienten foran seg selv, og der ledig tid til å stoppe opp uteblir. Tidspresset og jobbglidningen kan som tidligere nevnt sees i sammenheng med styringsformene organisasjonen styres etter. Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til Mintzberg som plasserer sykehus under organisasjonsformen «Det profesjonelle byråkratiet». I denne organisasjonsformen ligger beslutningsmyndigheten og handlingsfriheten hos den operative kjerne, altså hos sykepleiere og leger. Denne organisasjonsformen kritiseres da den ansees å være idealistisk hvor skjønnet styre behandlingen, og ikke økonomien (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Dette er ikke i samsvar med hvordan dagens praksis styres. I 2001 ble New Public Management (NPM) introdusert for det norske helsevesenet. Denne styringsideologien har som formål å effektivisere den kliniske virksomheten ved å overføre noen prinsipper for ledelse og økonomisk styring fra forretningsvirksomhet, for å sikre kvalitet og ressursbesparelser. Styringsmodellen har fått mye kritikk. Allerede før denne styringsformen ble innført i helsevesenet, ble det forfattet en detaljert «motmelding» mot høringsnotatet fra sosial- og helsedepartementet om statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten. Kritikken gikk blant annet ut på at styringsformen, ut fra andre lands erfaringer, viste til økt misnøye, stigende utgifter, mindre tillit og dårligere vilkår for samarbeid og fagutøvelse. Orvik (2004) kritiserer også denne styringsmodellen, ved å si at denne «... stykkprisverden og økonomiske rasjonalitet» (Orvik, 2004, s. 196), er på stadig kollisjonskurs med profesjonsetikken, som setter hensynet til pasienten foran hensynet til økonomi.

Ut fra våre funn viste deltakerne til en hektisk hverdag med nye arbeidsoppgaver, som denne styringsmodellen har ført til. Deltakerne viste til erfaringer hvor de hadde mindre tid til pasienten og hvor de måtte prioritere bort tid til å søke kollegial støtte etter hendelser som gjorde sterke inntrykk. NPM resulterer i redusert handlingsrom og den fleksibiliteten

profesjonene er avhengig av å ha i møte med pasienten (Orvik, 2004). Det faglige skjønn og handlingsrommet får ikke plass, fordi effektivisering påvirker handlingsrommet til den enkelte sykepleier. Dette resulterer i nedprioritert tid til egenomsorg. Dette strider i sin natur mot det Mintzberg i Jacobsen og Thorsvik (2013) viser til i sin organisasjonsform som idealtipe for den enkelte profesjon.

Orvik (2004) viser til evalueringer fra nabolandene Sverige og Danmark etter implementering av NPM, som viser at NPM har påvirket sykepleieprofesjonen mest. Sykepleierne har automatisk overtatt koordineringsjobben og sykepleierne fungerer som «limet» som sørger for at restoppgavene blir gjort ut fra de føringene som er lagt (Orvik, 2015). Dette støttes også av Allen (2014) hvor hun viser til artikuleringsarbeidet sykepleierne innehar og som formidler mellom faktiske pleieoppgaver og alle koordineringsoppgaver til beste for pasientforløpet. På tross av kritikken hevder Orvik (2015) at de ulike profesjonene må forholde seg til de endringene som skjer i helsevesenet, fordi det påvirker arbeidsfordelingen og praksisfellesskapet. For å håndtere endringene, krever det at sykepleiere og leger holder seg oppdatert på retningslinjer og prosedyrer (Orvik, 2015).

Vi anser NPM som medvirkende til å svekke og begrense sykepleieprofesjonens grunnlag. Slik vi ser det, har denne styringsformen derfor verken tjent til det gode for pasienten, og heller ikke for sykepleierne.

Endringer i helsevesenet de siste 15 år, med blant annet NPM og med flere behandlende pasienter, har ført til endringer av praksis og endring i krav til helsepersonell.

Effektiviseringens fokus på økonomistyring har ført til kortere liggetid for de innlagte pasientene og flere pasienter til poliklinisk og dagbehandling. Endringen medfører at de som faktisk blir innlagt, kun er de sykeste pasientene. Som våre deltakere refererte til, medfører det et ubegrenset behov for pleie og omsorg, men ressurstilgangen i form av tid og personell er begrenset (Orvik, 2015). Kvalitet er noe som tilstrebes fra alle hold, og en måte å forbedre og erkjenne de endringer praksis har hatt, er å utvikle en den dobbelt kompetansen som Orvik (2015) viser til. Dette innebærer at i tillegg til å inneha faglig kompetanse og organisere eget arbeid, må en kjenne til og forstå hvordan organisasjonen fungerer. Å ha både klinisk kompetanse og organisatorisk kompetanse vil dette være avgjørende for kvaliteten, blir det hevdet. Det kan sees som et kvalitetsstempel. Men disse kompetansene kan også settes i motsetning til hverandre, hvor det da vises til at den kliniske kompetansen må betraktes som

tilstrekkelig for organisering av eget og andres arbeid. Til tross for dette burde disse to føres sammen, da de både er gjensidig utfyllende og avhengige av hverandre (Orvik, 2015). Å inneha denne kompetansen vil, slik vi tolker det, hjelpe intensivsykepleieren til å forstå hvordan og hvorfor helsevesenet blir styrt slik det gjør. Det vil også, slik Orvik (2015), hevde øke kvaliteten. Dette stiller etter vårt syn store krav til intensivsykepleieren, men det stiller også krav til organisasjonen. Hvis forventningene peker i retning av at sykepleieren skal inneha den dobbelte kompetansen, må organisasjonen sørge for at sykepleieren erverver seg dette. Orvik (2015) hevde videre at kompetanse er noe kollektivt og noe fagfolk har sammen. Deltakerne i vår studie, viste til teamarbeid som ikke fungerte optimalt. Vår bekymringer rettes her mot teamarbeidets dysfunksjon, da den ifølge Orvik (2015) kan begrense kompetansen til det enkelte teammedlemmet.

Slik praksisen beskrives ut fra våre deltakere, noe som også støttes opp av Cronqvist m.fl. (2006); Healy og Tyrrell (2013); Magyar og Theophilos (2010), foreligger det ikke noen formell retningslinje eller rutine som gir intensivsykepleieren mulighet til å ventilere sine opplevelser som kan knyttes til det krysspresset de står ovenfor, eller etter hendelser som setter spor. Kvaliteten på den kliniske utøvelsen av intensivsykepleie vil derfor kunne påvirkes i negativ retning, da stress ifølge Sollid (2015) og Cronqvist m.fl. (2006), kan påvirke fagutøvelsen både i øyeblikket og over tid. Dette vil videre, ifølge Bourgault m.fl. (2015); Caine og Ter-Bagdasarian (2003); Cronqvist m.fl. (2006), kunne føre til økt utbrenthet og høy utskifting av helsepersonell. Og ved å ta i betraktning NPM sine krav til effektivisering og resultatoppnåelse, vil vi hevde at det vil være til organisasjonens beste å implementere en rutine eller retningslinje som ivaretar helsepersonell behov for emosjonell støtte.

Deltakerne refererte til en kultur for 10-15 år siden hvor debriefing var en del av rutinen i avdelingen. Det ble også hevdet at datidens praksis var veldig annerledes enn hva dagens praksis er. Vi trekker her tydelige sammenhenger med NPM og dens endringer i helsevesenet, og av den grunn stiller vi spørsmålet om implementering av den nye styringsformen resulterte i at debriefing ble «barnet som ble kastet ut med badevannet»? Eller handlet det om at debriefing var et motefenomen som etterhvert døde ut av seg selv? Muligens kan det handle om at debriefing som metode ikke er tilpasset den hektiske hverdagen som den kliniske praksisen representerer?

Sykepleie som profesjon har alltid hatt sykepleie-pasientrelasjonen i fokus ut fra et holistisk perspektiv, men dagens kliniske praksis viser til en annen hverdag hvor sykepleie omhandler så veldig mye mer (Allen, 2014). Her vil vi støtte oss til Allen (2014) som poengterer at sykepleiepraksisen har endret seg, og hvor hun stiller spørsmål ved om det holistiske perspektivet i sykepleie må forstås på en ny måte, og som også inkluderer det usynlige og organisatoriske arbeidet (Allen, 2014). Og kanskje kan dette åpne opp for muligheter som dagens praksis ikke til nå har klart å etterkomme, som faglig gjennomgang?

5.2.1.3 «Døren er åpen»

Deltakerne i studien mente at ledelsen spilte en viktig rolle for spørsmål om faglig gjennomgang skulle finne sted. Opplevelser av at ledelsen var tilgjengelig og positiv når deltakerne tok kontakt, var felles for alle deltakerne. Dette bidro til at det ikke opplevdes som vanskelig å skulle formidle et behov for faglig gjennomgang. Opplevelsen deltakerne beskriver, oppfatter vi som en åpen og god samhandling mellom de ulike aktørene. Orvik (2015) viser i denne forbindelse til flere studier som betegner maktavstanden mellom ledere og medarbeider som liten, hvor både medvirkning og medbestemmelse står sentralt.

Felles for intensivavdelingene som rekrutterte deltakere til vår studie, var at den kliniske ledelsen besto av sykepleiere med samme intensivbakgrunn som resten av de ansatte hadde. Orvik (2015) viser til en avhandling hvor styrken den faglig ledelsen vil inneha hvis lederne har den samme kliniske bakgrunn vil framheves. Dette bidrar til felles forståelse av ansvaret som innebærer behandling, pleie og omsorg til pasienten. Det framkom av deltakerne i vår studie at de mente at ledelsen hadde et ansvar for å organisere faglig gjennomgang, noe som medførte at de også måtte sette av tid og rom. Hensikten med ledelse blir av Jacobsen og Thorsvik (2013) blant annet beskrevet som å få medarbeidere til å yte bedre, realisere bestemte mål og få medarbeidere til å trives i arbeidet. Å imøtekomme intensivsykepleiernes ønsker og krav i forhold til organisering av faglig gjennomgang, vil kunne øke trivselen og styrke faglig fellesskapsfølelse hos den enkelte (Healy & Tyrrell, 2013).

Helsepersonell styrer stort sett sitt eget arbeid som innbefatter både det kliniske og de organisatoriske arbeidsområdene (Orvik, 2015). Det betyr at det ligger mye ansvar på den enkelte intensivsykepleieren. Olsvold i Orvik (2015) viser til det formelle ansvaret som ligger til profesjonene og det ansvaret som faktisk framtrer i det daglige. Det foreligger etter vår mening ingen tvil om at intensivsykepleierne tar mer ansvar enn det som ligger i deres myndighet hva gjelder ansvar for pasienten. Imidlertid framkom det av våre funn at intensivsykepleieren ikke videreformidlet sine behov for faglig gjennomgang til sin leder. Det påfallende var at alle deltakerne refererte til ledelsens ansvar, og etter vår mening, nærmest ansvarliggjør de ledelsen for manglende rutiner, men til tross for dette unnlot de selv å uttrykke å melde sine behov. Dette kan kanskje sees i sammenheng med det Olsvold i Orvik (2015) refererer til som ikke-spesifisert ansvar. Dette ansvaret blir ikke anerkjent i organisasjonen på lik linje med det offisielle ansvaret. Ved at det verken foreligger noen rutiner, retningslinje eller kultur, kan dette ansvaret dermed «pulveriseres».

Når det er sagt, har ledelsen et ansvar som ligger til deres mandat som ledere. Studier som Orvik (2015) viser til, beskriver to ulike lederstiler: medarbeiderorientert lederstil og oppgaveorientert lederstil. I vår sammenheng vil en medarbeiderorientert lederstil være påkrevd, noe som innebærer at lederen er støttende og relasjonsorientert. For som noen av deltakerne trakk fram, var det ønskelig at ledelsen så hvordan intensivsykepleieren hadde det og av den grunn kunne tilby en faglig gjennomgang. Deltakerne begrunnet dette med at det til tider kunne være vanskelig å oppsøke ledelsen etter en hendelse som hadde gjort et sterkt inntrykk. En annen deltaker mente at den uformelle samtalen med kollegaene var tilstrekkelig, da det ble unaturlig å snakke om egne følelser til annet personell som man ikke hadde et nært forhold til. Hvis ledelsen også deler denne oppfatningen, vil det slik Cronqvist m.fl. (2006) hevder, kunne være at ledelsen ikke anser det som sitt ansvar å tilby psykisk støtte. Jacobsen og Thorsvik (2013) anvender begrepene direkte og indirekte ledelse. Gjennom indirekte ledelse vil ledelsen kunne påvirke kulturen i avdelingen, enten ved å styrke de verdier og normer som er i en avdeling, eller ved å forandre dem. Ved å ikke erkjenner sitt ansvar i forhold til psykisk støtte eller faglig gjennomgang, vil det etter vår mening, være vanskelig å endre kulturen i avdelingen. For å lykkes i å endre en kultur, må det anerkjennes fra ledelsen. Det fordrer at ledelsen erkjenner sitt ansvar og legger til rette for en slik kulturendring. Men slik som vi forstår, står lederne med «en fot i hver leir», i et krysspress, skviset mellom en topptung styringsideologi med sine økonomiske krav, og hensynet til pasienter og de ansatte.

Orvik (2015). Økonomisk detaljstyring vil innenfor dagens helsevesen sannsynligvis føre til at man må beregne tidsbruk og økonomiske konsekvenser, dersom faglig gjennomgang skulle bli innført som systematisk del av praksis (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Slik vi oppfatter det, vil implementering av en ny rutine både være ressurs- og tidskrevende. Ved å gjennomføre faglig gjennomgang med utgangspunkt i psykologisk debriefing som Dyregrov (2002) viser til, vil innleie av kvalifisert personell til å lede gjennomgangen bli nødvendig og dermed medfører dette økte kostnader. Dette vil muligens ikke være i samsvar med NPMs grunnleggende fokus på høy produktivitet og effektivitet, selv om det vil være bidragende inn i å styrke den faglig kvaliteten (Orvik, 2015).

En annen mulig måte å forstå hvorfor deltakerne i vår studie ikke valgte å videreformidle sine behov for faglig gjennomgang til ledelsen, kan muligens sees i sammenheng med det Olsvold (2012) viser til for å belyse sykepleiernes orientering mot organisasjonen. Her brukes begrepet «locals» for å beskrive sykepleieren, som utviser høy grad av lojalitet til organisasjonen og mindre grad av orientering mot seg selv og sin egen profesjon (Olsvold, 2012). Effektivisering, økonomi, tidsknapphet og prioritering rettet mot pasienten kan da være sykepleierens fokus, og av den grunn frafaller fokusering på egne behov bort.

5.2.2 Savn etter rutine

Våre deltagere uttrykte stor frustrasjon over at det ikke forelå noen fastsatte rutiner for faglig gjennomgang i avdelingene de tilhørte. Kun en av deltakerne hadde kjennskap til at det fantes en prosedyre, men den var ikke i bruk i det daglige. Denne prosedyren var rettet spesielt mot katastrofer, og ikke mot å ivareta personell etter mer regulære hendelser. Intensivsykepleierne fortalte om hendelser som de hadde vært en del av, og som de gjerne skulle ha gjennomgått, men ikke hadde fått muligheten til. Disse funnene er i overensstemmelse med funn hos Healy og Tyrrell (2013).

I vår studie framkom det ulike forslag på hvordan deltakerne ville ha organisert og gjennomført den faglige gjennomgangen. Det forelå blant annet et ønske om en tydelig og strukturert gjennomgang, hvor det ble argumenterte med at strukturen ville tvinge de involverte til å snakke om erfaringer som de ellers ikke ville trukket fram, dersom det hadde

vært et mer tilfeldig opplegg. Denne gjennomgangen har fellestrekk med det Dyregrov (2002) kaller psykologisk debriefing. Her stilles det krav til struktur, ledelse og tidspunkt for gjennomføringen (Dyregrov, 2002). Cronqvist m.fl. (2006) viser i sin studie til ulike erfaringer deltakere hadde hatt med faglig gjennomgang. De hevdet, i likhet med våre funn, at et fåtall av sykehusene hadde et organisert system for dette. Dette støttes også av Healy og Tyrrell (2013) og Magyar og Theophilos (2010), som hevdet at debriefing som sjelden og tilfeldig ble gjennomført, bar preg av dårlig ledelse, tidsknapphet og lite struktur. På den andre siden hevdet deltakerne i studien til Cronqvist m.fl. (2006), at de som jobbet turnus på natt heller prioriterte sin fritid, framfor å komme på jobb for å være med på debriefing. De argumenterte også med at disse gjennomgangene ble avholdt for lang tid etter hendelsen, noe som medførte at viktige elementer da kunne være glemt. Flere deltakere fra denne studien mente også at de heller ønsket å snakke med en kollega der og da, enn å vente i dagevis på en debriefing. Å snakke om sine opplevelser og følelser i en stor forsamling ble også beskrevet som utfordrende for den enkelte. Likevel ble det presisert at enkelthendelser kunne «poppe opp» på et senere tidspunkt hvis man unnlot å gjennomføre debriefing. Konsekvensen av dette var da at spor av hendelsene hadde festet seg, og en senere bearbeidelse ville være hensiktsløs. Det ble også poengtert hos Cronqvist m.fl. (2006) at konsekvenser av å utelate debriefing, i verste fall kunne føre til både utbrenthet og stressreaksjoner (Cronqvist m.fl., 2006). En faglig gjennomgang avholdt i nær tid til hendelsen, kunne avdekke eventuelle videre behov for oppfølging og slik bidra til å ivareta den enkelte medarbeiders helse (Caine & Ter-Bagdasarian, 2003; Cronqvist m.fl., 2006; Healy & Tyrrell, 2013). En av våre deltakere med erfaring fra flere «debriefinger», hevdet at denne metoden hadde mer fokus på behandlingstiltak, enn på opplevelsen til hver enkelt i teamet. Dette opplevde deltakeren som en bakdel med debriefing. Hvis dette oppleves av flere som har erfaring med debriefing, vil kanskje funnene i enkeltstudiet som Magyar og Theophilos (2013) viser til, være gjeldende da de fant ut at der ikke forelå noen reduksjon av psykologiske utfall etter å ha gjennomført debriefing. Det må presiseres at denne studien ikke gjaldt helsepersonell, men tilfeldige mennesker som hadde opplevd kritiske eller uheldige hendelser. Tatt i betraktning om det foreligger lite forskning på nytten av debriefing eller ulike meninger omkring begrepet, er det ifølge Dyregrov (2002) «... en moralsk forpliktelse å hjelpe mennesker etter kritiske hendelser» (Dyregrov, 2002, s. 27). Videre vil det være viktig å tilegne seg kunnskaper rettet mot hvilke type samtale som vil være best tilpasset helsepersonell, og hvilke situasjoner og hvilke tidspunkt denne samtalen skal gjennomføres på (Dyregrov, 2002).

5.2.3 Samtalen rundt kaffekoppen

Som et resultat av manglende rutiner for oppfølging av ansatte etter hendelser de kunne hatt behov for en faglig gjennomgang av, beskrev deltagerne hva de gjorde som kompensasjon for å få ventilert og drøftet sine opplevelser og erfaringer. De nevnte blant annet en type samtale som vi oppfattet som en mestringsstrategi for et manglende tilbud. Denne samtalen foregikk i en setting der det var naturlig, og fant sted på tilfeldige steder sånn som på skyllerommet, på vaktrommet eller på medisinerrommet. Det ble poengtert at denne samtalen ikke kunne erstatte faglig gjennomgang. Likevel ble dette det eneste alternativet for lette på det emosjonelle «trykket» og å reflektere sammen med en kollega over erfaringer fra hendelsen. Vi har valgt å kalle dette for «samtalen over kaffekoppen», da den representerer en uformell samtale som den enkelte intensivsykepleiere må ta initiativ til for å få gjennomført. Denne samtalen er uten struktur og gir intensivsykepleieren valget om å snakke om det de ønsker å si noe om, når det passer og til den det passer dem å snakke med. Slik vi tolker det kan det sammenlignes med det Cronqvist m.fl. (2006) i sin studie kaller «informal peer support». Den ble benyttet der debriefing ikke var mulig, som for eksempel til nattskiftet eller ved situasjoner der det var vanskelig å gjennomføre debriefing. Enkelte av deres deltakere foretrakk «Informal peer support» -samtalen, fordi denne samtalen var litt løsere i formen og passet den enkelte deltaker bedre. Studien viste også til deltakere som betraktet denne type samtaleform for mer nyttig enn debriefing, fordi den bland annet var løsere i formen og passet bedre inn i forhold til tid og gjennomføring (Cronqvist m.fl., 2006).

Våre deltakere beskrev også at «samtalen over kaffekoppen» hadde andre fordeler enn en strukturert gjennomgang hadde. Intensivsykepleierne fikk mulighet til å reflektere over hendelsen de hadde vært en del av, på et tidspunkt og på et sted som passet den enkelte. Viktig var det også at de fikk samsnakket med kollegaer som ga dem muligheten til å forstå egne og felles erfaringer. Dette understreker den viktige betydningen av en felles refleksjon mellom kollegaene. Lumby i Hovland og Andersen (2007) setter derimot spørsmålsteget ved hvor stor endringsverdi refleksjonen har. Videre sier hun at om den skal gi mening og føre til videre transformasjon i intensivsykepleierens praksis, kreves det en kritisk refleksjon. Denne refleksjonsformen utføres når kollegaer utveksler felles erfaringer. En tenkende refleksjon vil her ikke være tilstrekkelig da det kan ende med at du må reflektere med deg selv (Hovland & Andersen, 2007).

Intensivsykepleierne i vår studie hevdet at for at en «samtale over kaffekoppen» skulle være nyttig og effektiv for den enkelte, krevde det at samtalepartene var kollegaer som jobbet «bedside» med pasientbehandling. Det krevde at de hadde inngående kunnskaper og kompetanse i saken eller hendelsen det var snakk om. Nærmeste leder hadde for stor avstand til sengen og pasientarbeidet og hadde av den grunn vanskelig for å sette seg inn i sakens kjerne. Den nærmeste leder ville altså aldri kunne erstatte en medkollega i denne sammenhengen, slik våre deltakere mente det. Personer som ifølge våre deltakere egner seg som samtalepartnere, kan ligne på det Aristoteles i Alvsvåg (2007) kaller for «medskjønnere». En slik «samtale over kaffekoppen» åpner en mulighet for intensivsykepleierne til å reflektere over mange aspekter av hendelsen, og særlig situasjoner som etterlot dem med usikkerhet og tvil. Refleksjonen ga også både læring og trygghet i egen praksis. En slik samtale gir, ifølge Alvsvåg (2007) deltakerne en felles forståelse over hvilke vurderinger som blir viktige i de ulike situasjonene, og de kan få innspill fra de andre til å se situasjonen fra flere sider. Som et resultat av drøftingene blir sykepleieren som erfarte hendelsen og medskjønnere`s erfaringer smeltet sammen. I den neste lignende situasjon vil egne tidligere erfaringer og andres meddelte erfaringer bli lagt til grunn når intensivsykepleieren skal ta beslutninger. Beslutningen vokser da ut av en felles forståelse, den er ikke lenger privat og den kan derfor sees på som intersubjektiv (Alvsvåg, 2007; Thornquist, 2003). Elstad (2014) viser til Søren Kierkegaards kjente utsagn om veiledning som sier at «... den som virkelig ønsker å hjelpe en annen, må forstå mer enn han, men først og fremst forstå det han forstår» (Elstad, 2014, s. 86). Det fordrer at de intensivsykepleierne som ønsker en medkollega å reflektere med, må snakke med noen som har en bredere forståelse og kompetanse enn seg selv, og de må til sammen utvikle en felles forståelse. Gadamer i Elstad (2014) viser til forståelsen som åpen og at «mennesker er forstående vesen» (Elstad, 2014, s. 88). Videre hevdes det at for å forstå den andre, må en allerede forstå den en har forstått i tråd med Kierkegaards utsagn. For at intensivsykepleiere skal få faglig utbytte av «samtalen over kaffekoppen», kreves det derfor at både kollegaene og intensivsykepleierne har en for-forståelse de allerede forstår og har erkjent, som etter samtalen blir til ny forståelse. Den nye forståelsen tar nå intensivsykepleierne med seg som en ny erfaring og ny forforståelse inn i den neste situasjonen. Det er dette Gadamer kaller for den hermeneutiske sirkel (Elstad, 2014; Gadamer & Jordheim, 2003; Thornquist, 2003).

Deltakerne beskrev betydningen av å være der for hverandre som kollegaer når behovet for en samtalepartner var tilstede. Dette kunne bli bekreftet i form av å oppleve seg sett, å få en klapp på skulderen eller gjennom en samtale på pauserommet. Spesielt etter hendelser som kanskje hadde vært utfordrende for den enkelte, kunne dette være meget viktig og kjærkomment. I rurale strøk kan det gå lenge mellom hver gang man håndterer ulike akutte hendelser. Intensivsykepleierne får ikke muligheten til mengdetrening av de ulike pasientsituasjoner, som man vil få på et universitetssykehus (Tharaldsteen & Skoglund, 2015). Her ser vi spesielt betydningen av å lære av egne og andres erfaringer. «Samtalen over kaffekoppen» blir en viktig brikke i fagutviklingen, fordi det gir intensivsykepleieren et refleksjonsrom i fellesskap med andre og deres erfaringer. I sum blir de samlede erfaringer fruktbare i en neste, lignende situasjon (Alvsvåg, 2007).

Studiens deltakere hadde imidlertid ikke bare «samtalen over kaffekoppen» som alternativ samtaleform for å få ventilert erfaringer fra særlig utfordrende situasjoner. Den andre samtaleformen var av en mer teknisk art. For å beskrive skillet mellom de to, foregikk den tekniske varianten på en slik måte at legen og intensivsykepleiere på tilfeldig initiativ samtalte rundt behandlingstiltak og deres effekter. Mens «Samtalen over kaffekoppen» hadde til hensikt å bidra til at hver enkelt fikk gi uttrykk for sin opplevelse av situasjonen, få støtte til sine handlinger og ikke minst få mulighet til å vise følelser. Det framkom av materialet at samtalene tjente til ulike formål, og de dekket ulike behov. Intensivsykepleierne var også opphengt i at som helsepersonell er du underlagt taushetsplikten i arbeidet med pasientene. Dette innebærer at du er forhindret fra å få luftet ut tanker og følelser etter jobb, overfor for eksempel familiemedlemmer. Dette poengterer betydningen av å få «luftet ut» før man forlater avdelingen etter endt arbeidsdag. Dette samsvarer med det som kom fram i studien til Cronqvist m.fl. (2006) hvor informantene hevdet at på grunn av blant annet taushetsplikten, fungerte «informal peer support» best, fordi den foregikk rett etter hendelsen.

En av våre deltakere mente at som ny og uerfaren var hun avhengig av støtten fra sine kollegaer, og om hun anså situasjonen slik at det passet å henvende seg med ønske om å reflektere over en situasjon. Både mellommenneskelig kjemi hvordan de kunne snakke med den andre, om de følte at de kjente den andre litt og tidligere erfaringer, fikk betydning for om de tok kontakt. Sykepleieren fortalte videre at det fordret både at du var på vakt med «de rette» kollegaer, og at du hadde selvtillit nok til å uttrykke dine behov der og da. Dette er ikke i tråd med funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere hvor det blant annet er

nedfelt at intensivsykepleiere har undervisende og veiledende funksjon overfor eksempelvis egen faggruppe (NSFLIS, 2015). Vi ser her en sammenheng med at man som intensivsykepleier i tillegg til å ta ansvaret for seg selv, også har ansvaret for sine medkollegaer. Men slik det framkommer fra en av våre deltakere, ville det bli problematisk å skulle hjelpe andre kollegaer når en selv ikke hadde fått hjelp til å snakke om og håndtere sine egne tanker.

Hovland og Andersen (2007) viser til Wegner, hvor praksisfelleskapet blir presentert som et sosiokulturelt begrep. Dette felleskapet er skapt av de som jobber der. Felleskapet trenger forøvrig ikke være preget kun av tette og gode relasjoner, det kan også være både utfordrende og konfliktfylt. Akre & Ludviksen i Hovland og Andersen (2007) hevder at en forbedret dialog mellom kollegaer i en avdeling er en av de største utfordringene for å forbedre læringsmiljøet for de ansatte. Dette kan forklare vår deltakers frustrasjon over at man ikke alltid kan støtte seg på sine kollegaer etter en hendelse. I følge Hovland og Andersen (2007) har for eksempel intensivsykepleierens posisjon, kunnskapsnivå og erfaring stor betydning for den makt en innehar. Det krever på den andre siden at de nye intensivsykepleierne forstår de ulike aktørenes posisjoner og innretter seg etter dette i sin integreringsprosess. Da tar de selv ansvar for å tyde rådende maktforhold, og kan med dette også være sårbare for vilkårlige intensivsykepleieres vilje eller ønske til å invitere til dialog om utfordrende hendelser i praksis. Dette innebærer et betydelig integreringsarbeid, og spørsmålet som da kan stilles er om den nye og uerfarne intensivsykepleieren alene kan klarer disse forhandlingene?

Det fordres i alle fall at den enkelte intensivsykepleier er en del av subkulturen i avdelingen, og at det er en slik type kultur hvor det foreligger åpenhet for å ha å ha en samtale om behovet skulle være tilstede (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

5.2.4 Ja takk, begge deler

Deltakerne i studien beskrev ulike nyanser av erfaringer de hadde med faglig gjennomgang. Vi tror vi har grunnlag for å hevde at psykologisk debriefing slik Dyregrov (2002) beskriver det, både blir for teknisk og for krevende i intensivsykepleiernes hverdag. En årsak kan være de krav som stilles både til gjennomføring og struktur (Dyregrov,2002). Den hektiske og ofte

ad hoc-pregede virksomheten ble av våre deltakere beskrevet som hovedårsak til at faglig gjennomgang ikke ble prioritert. Her framla de argumenter som at «nye arbeidsoppgaver sto for tur», at det ikke var tid til «å stoppe opp» og at tiden til egenomsorg ble nedprioritert. De henviste til tidligere rutiner og hvor det hadde vært kultur for faglig gjennomgang, men det representerte ikke dagens praksis. Her mener vi måten dagens helseforetak blir drevet da i forhold til blant annet styringsformen New Public Management, jobbglidning og de endringer dette medfører, kan forklare hvorfor de må prioritere slik de gjør. Et annet problem med gjennomføring av faglig gjennomgang er at man i helseforetakene jobber i tredelt vaktssystem, og derfor ofte har kun to eller færre vakter per uke på dagtid. Slike strukturelle hindringer som turnusarbeid, poengteres også av Alvsvåg (2007), som å være mulige årsaker til mangel på organisert fagutvikling og faglig gjennomgang. Dette støttes også av Cronqvist m.fl. (2006) som viser til intensivsykepleiere som gikk nattskift og dermed nedprioriterte å møte opp når de ble innkalt til faglig gjennomgang på tidspunkter der de måtte sove etter vakt eller hadde fri etter vakt. Healy og Tyrell (2013) viser til erfaringer fra akuttisykepleiere som beskrev en praksis hvor debriefing sjelden fant sted, og hvor det verken forelå prosedyrer eller guidelines på avdelingene. De få erfaringene de hadde med debriefing, bar preg av lite struktur, de var dårlig organisert hva angår ledelse og bar preg av tidsknapphet (Healy & Tyrell, 2013).

Deltakerne i vår studie ga tydelige beskrivelser av fordelene tilknyttet faglig gjennomgang. De trakk spesielt fram den faglig utrustning det ville medføre å ha faglig gjennomgang. Og at dette ville resultere at de ble mer trygge og faglig styrket i møte med nye akutte situasjoner. I slike samtaler kunne de oppleve seg veiledet på om de hadde tenkt riktig, og om de hadde handlet riktig og forsvarlig. De hevdet også at faglig gjennomgang ville være positivt for faget og til slutt resultere i økt pasientsikkerhet. Faglig gjennomgang ville dermed bidra til at ikke bare sykepleieren fikk økt trygghet og faglig styrke i praksis, men hele fagmiljøet, noe som ville komme pasient og pårørende til gode. Dette støttes opp av Benner m.fl. (2011), som viser til intensivsykepleie som både emosjonelt og utfordrende yrke, som krever raske beslutninger og hvor det ikke er rom for feil (Benner m.fl., 2011). Dette understreker nytten av og viktigheten med faglig gjennomgang. I slik faglig gjennomgang kan det trekkes noen paralleller til det Pestolesi i Benner, Kjerland, Heggen, og Thorbjørnsen (2010) viser til, hvor hun oppfordret sine studenter til refleksjon etter pasientsituasjoner for å utvikle deres evne til relevansvurdering. Våre deltakere trakk fram hendelser som de opplevde som utfordrende,

men også hendelser hvor behandlingsteamet hadde funger godt. Gjennom refleksjon og gjennomgang vil dette medføre læring for alle deltakerne, gjennom artikulering av hendelsesforløpet. Dette vil ifølge Pestolesi i Benner m.fl. (2010) bidra til utvikle egen evne til å vurdere kliniske situasjoner. Alvsvåg (2007) hevder at refleksjon gir overblikk og at kunnskapen som erverves gjennom refleksjonen etter en situasjon, kan føre til at man er mer forberedt til den neste. Hun hevder videre at refleksjon er nødvendig for ervervelse av ny kunnskap i en hos helsepersonell (Alvsvåg, 2007). Healy og Tyrell (2013a) viser i sin studie til at helsepersonell beskriver debriefing som nyttig i forhold til styrking av sin faglige kompetanse.

Samtalen over kaffekoppen ble som en uunnværlig samtale med kollegaer. Den hektiske hverdagen i avdelingen og fravær av rutiner og retningslinjer, gjorde at dette ble deres måte å håndtere erfaringer de hadde behov for å reflektere over. De satte pris på sin kollegaer og det kom tydelig fram hvor viktig de var for hverandre. De beskrev slike samtaler som betydningsfulle og enkle, men også effektive. Alvsvåg (2007) beskriver den situasjonsnære, uformelle og spontane samtalen som uvurderlig. Ved noen tilfeller er det saker som ikke kan vente, og som må tas med en gang. Likevel poengterer Alvsvåg (2007) at i enkelte tilfeller vil ikke denne uformelle og spontane samtalen være tilstrekkelig, og hvor det da kreves en systematisk gjennomgang. Men denne samtalen kommer ofte for sent og det krever organisering og struktur (Alvsvåg, 2007), noe også våre deltakere støtter opp om.

Intensivsykepleierne i vår studie ønsket både en teknisk samtale og «samtalen over kaffekoppen». Den tekniske samtalen inkluderte intensivsykepleiere og den ansvarlige legen, hvor tilbakemelding på tiltak og behandling var sentralt. Det ble poengtert at sykepleier hadde behov for bekreftelse fra legen på den jobben hun hadde utført. Minuset med denne samtalen kunne være at sykepleieren selv måtte ta initiativ for å få en gjennomgang av hendelsen, noe som krevde en sykepleier med mot og trygghet. «Samtalen over kaffekoppen» ble en samtale hvor ventilerings av erfaringen ble viktig. Dette var en uformell samtale med en medkollega, hvor hensikten var å få bearbeide opplevelser og forhåpentligvis oppnå ny forståelse av den gitte situasjonen. Som deltakerne i vår studie angir, ønsket de begge disse samtalen på bakgrunn av at de hadde ulike betydninger og dekket ulike behov. Problemet slik vi ser det, er at disse samtalen antagelig ikke har noen endringsverdi utover egenverdi. Endringer rettet mot organisering i teamet eller endring av prosedyrer vil være problematisk, fordi disse to samtalen ikke representerer alle deltakere i et behandlingsteam. Det kan settes et

spørsmålstegn ved troverdigheten i forhold til endringsverdi når det kun refereres til to synspunkter, da dette er en samtale som oftest foregår mellom to personer.

Fra vårt ståsted har vi all grunn til å tro at ved kun å privatisere erfaringer med en kollega, kan dette føre til at man verken får endret på prosedyrer samt evaluert og vurdert teamarbeidet i den konkrete situasjonen. Hadde samtalene for eksempel inkludert hele teamet, kunne deres samlede synspunkter og jobbrelevante erfaringer blitt mer gjeldende gjennom å få betydning for praksis. Det kunne for eksempel ført til bedre teamsamarbeid og endring på prosedyrer og rutiner som debriefingen hadde vist at kanskje ikke fungerte i praksis. Vi støtter oss her til studien gjort av Healy og Tyrrell (2013) hvor deltakernes forventninger til debriefing viste til at det kunne føre til økt faglig vekst og forbedret klinisk praksis, og at gjennomføring av debriefing kunne føre til forbedring av behandlingsteamets ”spirit” (Healy & Tyrrell, 2013). Å implementere debriefing vil, ifølge Aiken m.fl. (2011), kunne få stor betydning for praksis i forhold til økt kompetanse, forbedret samhandling mellom sykepleiere og leger samt økt støtte fra nærmeste leder. Dette vil igjen bidra til bedre arbeidsmiljø (Aiken m.fl., 2011).

5.3 Avhengighetsforhold

Vi har på bakgrunn av våre funn og gjennom å arbeide med drøftingen av funnene, utarbeidet en tannhjulsmodell (fig.1) som skal illustrere avhengighetsforholdet mellom faglig gjennomgang, emosjonell og faglig vekst, og pasientsikkerhet. Tennene i tannhjulsmodellen representerer ulike forhold som påvirker, og som virke inn på pasientens behandling. Tannhjulet som representerer intensivsykepleieren har ulike komponenter som innvirker på hverandre. Behovet for faglig gjennomgang melder seg når intensivsykepleieren blir berørt, føler seg utilstrekkelig eller opplever et teamarbeid som svikter. Det negative stresset dette kan medføre, påvirker intensivsykepleieren evne til utøvelse av sykepleie (Sollid, 2015). For at faglig gjennomgang skal finne sted, foreligger et ansvar hos intensivsykepleierne for å melde sitt behov til sine nærmeste ledere. Faglig gjennomgang er en arena hvor behandlingsteamet møtes og har som formål å føre til faglig vekst og emosjonell ventilerings etter hendelser som setter spor (Alvsvåg, 2007; Cronqvist m.fl., 2006; Dyregrov, 2002; Healy & Tyrrell, 2013; Hovland & Andersen, 2007). For at denne gjennomgangen skal finne sted,

avhenger det av at organisasjonen erkjenner og skaper en arena hvor de legger til rette for gjennomføringen (Jacobsen & Thorsvik, 2013).

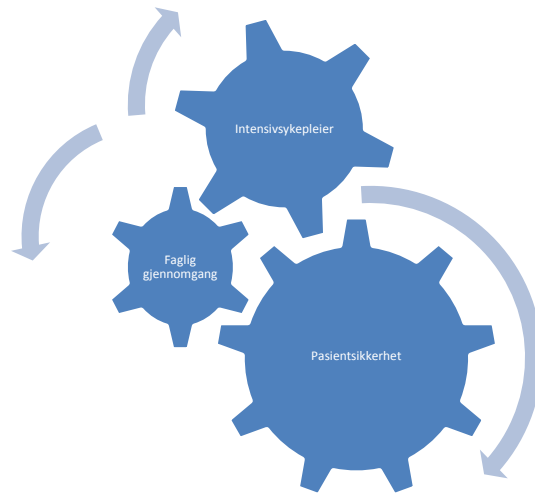


Fig nr .1

For at dette tannhjulet skal fungere, er alle hjulene avhengig av hverandre. Stopper et hjul, påvirkes driften av de øvrige hjulene, og det vil ikke bare få konsekvenser for pasienten, men også for sykepleieren. Denne modellen representere ikke dagens praksis. Slik som deltakerne fra vårt studie viste, har de etablert egne strategier for å ventilert sine behov som måtte oppstå etter uventede hendelser, på bakgrunn av en manglende rutine. «Samtalen over kaffekoppen» ble på ingen måte ansett som en erstatning for faglig gjennomgang, og den hadde heller ingen endringsverdi. Forskning viser også at ved fravær av rutiner, vil det føret til blant annet føre til utbrenthet blant sykepleierne og i verste fall gå ut over pasientsikkerheten (Bourgault m.fl., 2015; Cronqvist m.fl., 2006; Healy & Tyrrell, 2013; Magyar & Theophilos, 2010).

6 Avslutning

I denne kvalitative studien har intensivsykepleierne behov for og erfaringer med faglig gjennomgang blitt presentert og diskutert. Ut fra vår analyse framkom det tre hovedtemaer som ble diskutert i ulike kontekster. Våre funn viste til ulike forhold som var avgjørende for

om behovet for faglig gjennomgang meldte seg. Barn og unge, bekjente eller nær familie var pasientgrupper som gjorde sterke inntrykk på intensivsykepleieren. Arbeidserfaring som intensivsykepleier hadde og personlighet var av betydning for om hendelsen gjorde inntrykk. Ulike forhold ved hendelsene som påvirket teamarbeidet, slik som svikt i kommunikasjon, uklar ledelse og rollesvikt, ble referert til. I denne studien diskuteres erfaringene intensivsykepleierne hadde med faglig gjennomgang, hvor de trakk fram ildsjeler, ansvarsforhold, tidligere praksis og ledelsens tilstedeværelse. Vi har også diskutert «samtalen over kaffekoppen», og om denne samtalen er tilstrekkelig i en praksis hvor det ikke foreligger noen rutiner eller retningslinjer for faglig gjennomgang.

Våre funn i dette studiet viser til en praksis hvor intensivsykepleierne uttrykker et ønske om en strukturert gjennomgang. Til tross for at de erkjenner sine behov og ansvaret for å melde sine behov til sine nærmeste ledere, praktiserer ikke dette. Det foreligger ingen rutiner eller retningslinjer i avdelingene, og av den grunn ingen kultur for faglig gjennomgang. Deltakerne viste til en praksis hvor de benytter sine kollegaer til ventilerings etter hendelser som setter spor. Dette viser seg å ikke være tilstrekkelig, da disse samtalene var tilfeldig, personavhengig og ikke hadde noen endringsverdi i forhold til blant annet prosedyrer og samhandling i team.

Slik som helseforetakene i dag drives har det medført en endret praksis som har resultert i økt pasientrotasjon, krav til produksjon og effektivitet. Det har vist seg at ansvarspraksisene har endret seg, slik at helsepersonell påtar seg andre oppgaver enn det som ligger til deres profesjon. For sykepleieren har dette medført flere arbeidsoppgaver som har ført til at de blir stående i et krysspress mellom organisasjonens krav og pasientarbeidet. Dette har ført til et tidspres hvor sykepleieren tilsidesetter sine egne behov. Fagutvikling og faglig gjennomgang er eksempler på behov som har måttet vike.

Den nye styringsmodellen, samhandlingsreformen og utvikling innenfor medisin stiller andre krav til sykepleieren som blant annet organisatorisk kompetanse og kunnskaper om tverrprofesjonell samhandling. Som sykepleiere har man i en årrekke vært tro mot sin sykepleiefaglige tradisjon i forhold til sykepleie-pasient perspektivet med en holistisk tankegang. Denne tradisjonen kommer i konflikt med dagens praksis, som stiller andre krav til sykepleieren.

På bakgrunn av dette stilles det store krav rettet mot sykepleieren, og av den grunn burde det foreligge et system som ivaretar den enkelte sykepleier. Forskning viser at uten et system som ivaretar den enkeltes behov for ventilering, ser man en økt tendens til utbrenthet og utskifting av personell. Som litteraturen viser til, finnes det mange ulike måter å ivareta helsepersonell etter uventede hendelser. Våre deltakere viste til tidligere erfaringer hvor gjennomgangen bar preg av fastsatte rammer og krav til gjennomføring. Slik vi ser det vil en gjennomgang av slik karakter, blir for tidkrevende og avansert i intensivsykepleierens hverdag. En «romsligere» gjennomføring like etter hendelsen ble uttrykt som et ønske og, vil slik vi tenker, være mer tilpasset dagens praksis. Dette åpner opp for og gir grunnlag for videre forskning til hvilke metoder som vil være best tilpasset intensivsykepleie, nettopp for å redusere utbrenthet og utskifting i pleiestaben. For at sykepleierne skal kunne henge med i dagens praksis, må det kanskje også stilles noen relevante spørsmål i forhold til sykepleierens profesjonsfaglige forståelse av praksis.

Vi tror og håper at denne studien vil kunne bidra inn i den kliniske hverdag ved å få satt faglig gjennomgang på dagsorden, og at den derved kan løfte fram en metode for å styrke intensivsykepleierens trygghet, øke deres mestring og styrke deres faglige kompetanse. Et samlet sluttresultat av å etablere faglig gjennomgang som et systematisk tilbud, vil både være styrket intensivsykepleiefaglig kompetanse og derved også økt pasientsikkerhet.

Litteraturliste:

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., . . . Aunguroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4), 357-364. doi: 10.1093/intqhc/mzr022
- Allen, D. (2014). Re-conceptualising holism in the contemporary nursing mandate: From individual to organisational relationships. *Social Science & Medicine*, 119, 131-138. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.08.036
- Alvsvåg, H. (2007). Læring av sykepleie-gjennom personlig og profesjonell erfaringer. I H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Engasjement og læring* (s. 205-232). Oslo: Akribe AS.
- Benner, P., & Have, G. (1995). *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis* (Sykepleieteori). Oslo [København]: TANO : I samarbeid med Munksgaard.
- Benner, P., Kjerland, L., Heggen, K., & Thorbjørnsen, K. M. (2010). *Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer*. [Oslo]: Akribe.
- Benner, P., Stannard, D., & Hooper-Kyriakidis, P. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: a thinking-in-action approach* (2nd utg.). New York: Springer Publ.
- Bourgault, P., Lavoie, S., Paul-Savoie, E., Grégoire, M., Michaud, C., Gosselin, E., & Johnston, C. C. (2015). Relationship Between Empathy and Well-Being Among Emergency Nurses. *Journal of Emergency Nursing*. doi: 10.1016/j.jen.2014.10.001
- Caine, R. N., & Ter-Bagdasarian, L. (2003). Early identification and management of critical incident stress. (Advanced Practice). *Critical Care Nurse*, 23(1), 59-65.
- Cronqvist, A., Lützén, K., Nyström, M.(2006). Nurses' lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *Journal Of Nursing Management*, 14(5), 405-413. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00631.x
- Curtis, J. R., & Shannon, S. E. (2006). Transcending the silos: toward an interdisciplinary approach to end-of-life care in the ICU. *Intensive Care Med*, 15-17. doi: 10.1007/s00134-005-2865-0
- Dahlen, S. S., Melbybråten, G., & Farnen, G. (2013). Læring av simulering. *Inspira*(4), 13-18. doi: ISSN 0809 – 9707

- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteer.
- Den norske legeforening. (2015). *Etiske regler for leger*. Hentet 09. April 2016 fra <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>
- Dyregrov, A. (2002). *Psykologisk debriefing: hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelser*. Bergen: Fagbokforl.
- Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer: en håndbok for foreldre og hjelpere* (2. utg. [i.e. 3. utg.]. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenking* (Grunnlagstenkning i sykepleie). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Elstad, I., & Hamran, T. (1995). *Et kvinnefag i moderniseringen: sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Gadamer, H.-G., & Jordheim, H. (2003). *Forståelsens filosofi: utvalgte hermeneutiske skrifter* (Cappelens upopulære skrifter Ny rekke). Oslo: Cappelen.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Healy, S., & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency Nurse*, 20(10), 32-37.
- Hovland, O. J., & Andersen, G. S. (2007). Integrering i praksisfelleskapet med refleksjon som verktøy. I H. Alvsvåg & O. Førland (Red.), *Engasjement og læring* (s. 189-203). Oslo: Akribe.
- Husebø, S. E., & Rystedt, H. (2015). Simulering innen helsefag. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet, Teori og praksis* (s. 169-186). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- JOLIFEAB. (2009). *LUCASTM 2 hjertekompresjonssystem*. Hentet 08. April 2016 fra http://www.physio-control.com/uploadedFiles/countries/Norway/LUCAS2_IFU_100666-07_Rev_A.pdf
- Karanikola, M. N. K., Papathanassoglou, E. D. E., Kalafati, M., Stathopoulou, H., Mpouzika, M., & Goutsikas, C. G. (2012). Exploration of the association between professional

- interactions and emotional distress of intensive care unit nursing personnel. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 31(1), 37-45. doi: 10.1097/DCC.0b013e31823a55b8
- Kvale, S., Rygge, J., Brinkmann, S., & Anderssen, T. M. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lundman, B., & Graneheim, H. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglung-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (s. 159-172). Lund: Författarna och Studentlitteratur 2008.
- Magyar, J., & Theophilos, T. (2010). Review article: debriefing critical incidents in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 22(6), 499-506.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup*. Otta: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 47. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid* (St.meld. ... (trykt utg.)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Norman, J., & Tingløf Smedberg, E. (2012). Debriefing och avlastningssamtal ur intensivvårdssjuksköterskans perspektiv.
- Norsk Anestesiologisk Forening, & Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere. (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNORGE_23.10.2014.pdf.
- Norsk Overlegeforening. (2012). Oppgaveglidning-Task-shift. *Overlegen*, (1), 4-19. Hentet fra <http://legeforeningen.no/yf/overlegeforeningen/Om-oss/Overlegen/>
- Norsk Sykepleieforbund. (2004). *Definisjoner*. Hentet 08. April 2016 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/270500/Definisjoner>
- Norsk Sykepleieforbund. (2015). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 09. April 2016 fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler>
- Norsk Sykepleieforbunds Landsgruppe av Intensivsykepleiere. (2015). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere*. Oslo: Utdanningsutvalget, NSFLIS.
- Nortvedt, P., & Grimen, H. (2004). *Sensibilitet og refleksjon: filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Olsvold, N. (2012). Sykehusarbeidets organisering av profesjonenes arbeids- og ansvarspraksiser. I A. H. Tjora (Red.), *Helsesosiologi: Analyser av helse, sykdom og behandling* (s. 406-427). Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Olsvold, N. (2015). Organiseringsarbeid, et viktig bidra til effektivisering og samordning i helsetjenesten [Powerpoint fra forelesning].
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. utg.). [Oslo]: Cappelen Damm akademisk.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9th utg.). Philadelphia, Pa.: Wolters Kluwer Health.
- Reader, T. W., Flin, R., Mearns, K., & Cuthbertson, B. H. (2009). Developing a team performance framework for the intensive care unit.
- Rose, L. (2011). Interprofessional collaboration in the ICU: how to define?(Clinical report). *Nursing in Critical Care*, 16(1), 5.
- Ruyter, K. W. (2003). *Forskningsetikk: beskyttelse av enkeltpersoner og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Scharff, J. E. (2013). The distinctive nature and scope of rural nursing practice: Philosophical bases. I C. A. Winters (Red.), *Rural Nursing* (s. 241-258). New York: Springer Publishing company.
- Senter for Krisepsykologi. Hentet 09. April 2016 fra <https://www.krisepsyk.no/staben/atledyregrov>
- Sollid, S. J. M. (2015). Simulering og akuttmedisin. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet, Teori og praksis* (s. 187-204). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Stiftelsen BEST. (2007). *Bedre og systematisk teamtrening*. Hentet 17. April 2016 fra <http://bestnet.freka.net/node/55>
- Stubberud, D.-G. (2015). Intensivsykepleiens funksjon og ansvar. I T. Guldbrandsen & D.-G. Stubberud (Red.), *Intensivsykepleie* (s. 29-41). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Tharaldsteen, E., & Skoglund, I. (2015). Simulering som læringsmetode kan bidra til økt sykepleiefaglig handlingskompetanse i rurale strøk. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning*, 11(2), 180-188. doi: 10.7557/14.3721
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hørfagres gate 2
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884-

Ranveig Lind
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 20.08.2015

Vår ref: 44103 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.07.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44103	<i>Faglig gjennomgang etter uventede hendelser. Hva har betydning for at slikt behov melder seg hos intensivsykepleieren?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Ranveig Lind</i>
Student	<i>Benedicte Wæraas</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marte Byrkjeland

Kontaktperson: Marte Byrkjeland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Benedicte Wæraas benedikte.waraas@uit.no

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdtnaa@sv.uib.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 44103

Basert på de opplysningene som er gitt i prosjektmeldingen, kan vi ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det ligger til grunn for vår vurdering at alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet er anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken:

- direkte via personentydige kjennetegn (som navn, personnummer, epostadresse el.)
- indirekte via kombinasjon av bakgrunnsvariabler (som bosted/institusjon, kjønn, alder osv.)
- via kode og koblingsnøkkel som viser til personopplysninger (f.eks. en navneliste)
- eller via gjenkjennelige ansikter e.l. på bilde eller videoopptak.

Personvernombudet legger videre til grunn at navn/samtykkeerklæringer ikke knyttes til sensitive opplysninger.

Vedlegg 2

Avdelingsleder
Intensivsenhet

H.fest 06/10-15

Forespørsel om å få gjennomføre intervju av intensivsykepleiere, samt hjelp til rekruttering av informanter ved avdelingen.

Takk for hyggelig samtale på telefon og muligheten til å sende forespørsel til Dem og deres intensivavdeling.

Våre navn er Nina Johnsen og Benedicte Wæraas. Vi jobber som universitetslektorer ved UIT, Norges Arktiske Universitet, campus Hammerfest. Vi er begge utdannet intensivsykepleiere, og har vår erfaring fra lokalsykehus. Vi har siden høsten 2013 vært mastergradsstudent ved UIT, Norges Arktiske Universitet, og vi skal nå gå i gang med vår masteroppgave.

Tema for masteroppgaven er:

Intensivsykepleierens behov for og erfaring med faglig gjennomgang etter uventede hendelser.

Problemstillingen er:

«Faglig gjennomgang etter uventede hendelser - Hva har betydning for at et slikt behov melder seg hos intensivsykepleieren? Kan samtalen over kaffekoppen være tilstrekkelig?»

Hensikten med dette masterprosjektet er å få et innblikk i behovet og erfaringer av faglig gjennomgang ved uventede hendelser hos intensivsykepleiere. Som intensivsykepleier konsentrerer arbeidet seg i hovedsak om å yte helsehjelp til akutt eller kritisk syke mennesker i alle aldre, hvor intensivsykepleieren har et selvstendig ansvar i forhold til sin kliniske yrkesutøvelse. Det forventes videre at intensivsykepleieren skal håndtere psykologiske reaksjoner som kan oppstå i forbindelse med kritiske eller uventede hendelser. Enkelte hendelser forutser og forventer vi utfallet på, mens andre ganger skjer det endringer som kan være uventet og/eller oppleves dramatisk for de involverte intensivsykepleiere. Behovet for en

gjennomgang av situasjonen kan være tilstede, og gjennomføres oftest tilfeldig «over kaffekoppen» med kollegaer i avdelingen. Men er dette godt nok? Er vi flinke nok til «å se hverandre» etter slike hendelser? Eller hadde rutiner eller guidelines hjulpet oss til å fange opp de som trenger en gjennomgang etter den ene hendelsen som ikke ble helt som den skulle?

Vi har i dette prosjektet valgt å kalle det for «faglig gjennomgang» i stedet for debriefing. Dette begrunner vi med at vi erfaringsmessig har opplevd at debriefing legger an til en samtale som kan oppfattes som avansert og krevende i en hektisk hverdag, og ved å bruke debriefing stilles den noen kriterier som ikke alle er kjente med. Begrepet er også noe omdiskutert i litteraturen. Vi håper og ønsker at det skal komme fram gjennom intervju hvilken metoden som passe best, for at våre behov som intensivsykepleiere skal bli dekt.

Vi søker til deres avdeling med bakgrunn i at vi ønsker å møte intensivsykepleiere med variert erfaring, da vi tenker at dette kan ha betydning for når behovet for faglig gjennomgang melder seg.

Vi ønsker å gjennomføre intervjuet på et eget rom på sykehuset. Det vil ta ca 1-1,5 timer pr intervju, og det vil bli gjort digitalt lydopptak av samtalen. Som nevnt er vi ute etter intensivsykepleierens behov og erfaringer, slik at det ikke vil innefatte pasientopplysninger. Vi vil være tilgjengelig ift gjennomføring av intervjuene, slik at det er på best mulig måte tilpasses den enkelte og avdelingen.

Vi håper også å få gjennomført intervjuene så snart som mulig, da oktober/november 2015.

Masterprosjekt er meldt inn og godkjent hos Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjenester (NSD), og vi forholder oss til deres regler om oppbevaring og sletting av datamaterialet. Studiet har fått nr. 44103 hos NSD.

Vår veileder på masterprosjektet er Førsteamanuensis Ranveig Lind, Det Helsevitenskapelige Fakultet, institutt for helse- og omsorgsfag, UIT, Norges Arktiske Universitet. Hun kan kontaktes på Mail: Ranveig.Lind@unn.no

Dersom vår søknad aksepteres håper vi at dere kan være behjelpelig å rekruttere informanter. Utvalget skal være på 6 intensivsykepleiere, der de første 3 som svarer direkte til oss blir med i studiet. Inkluderingskriteriene for å velge ut de 6, er at alle må være intensivsykepleiere og at de har ulik ansiennitet.

Vi vil ettersende pr.brev eller mail, det materialet som skal videresendes til utvalget

Det er frivillig å delta i studien og informantene kan ved enhver tid trekke seg fra studien, uten å oppgi grunn.

Hvis det skulle være noe uavklart, noen opplysninger som skulle mangle eller noen spørsmål, kan vi kontaktes på mail eller telefon:

Nina Johnsen: Mail: Nina.johnsen@uit.no

Tlf: 91706631/78450637

Benedicte Wæraas: Mail: Benedikte.waraas@uit.no

Tlf: 90508020/78450642

Vi ser frem til et godt samarbeid. På forhånd takk!

Med vennlig hilsen

Nina Johnsen & Benedicte Wæraas

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Intensivsykepleierens behov for og erfaring med faglig gjennomgang etter uventede hendelser.

Bakgrunn og formål

Vi er to intensivsykepleiere som nå jobber som universitetslektorer ved UIT, Norges Arktiske Universitet, campus Hammerfest. Vi har siden høsten 2013 vært mastergradsstudent ved UIT, Norges Arktiske Universitet, og vi skal nå gå i gang med vår masteroppgave.

Forskningsspørsmålet er:

«Faglig gjennomgang etter uventede hendelser - Hva har betydning for at et slikt behov melder seg hos intensivsykepleieren? Kan samtalen over kaffekoppen være tilstrekkelig?»

Intensivsykepleiere har et selvstendig ansvar i forhold til sin kliniske yrkesutøvelse, hvor det også kreves at en skal kunne håndtere psykologiske reaksjoner som kan oppstå i forbindelse med kritiske eller uventede hendelser. Noen gang oppleves disse hendelsene som dramatisk for den involverte intensivsykepleieren. Og behovet for en gjennomgang av situasjonen kan være tilstede. Erfaringsmessig utføres dette ved en tilfeldighet og «samtalen over kaffekoppen» med kollegaer blir ofte et substitutt. Men er dette godt nok? Er vi flinke nok til «å se hverandre» etter slike hendelser? Eller hadde rutiner eller guidelines hjulpet oss til å fange opp de som trenger en gjennomgang etter den ene hendelsen som ikke ble helt som den skulle?

Vi har i dette prosjektet valgt å kalle det for «faglig gjennomgang» i stedet for debriefing. Dette begrunner vi med at vi erfaringsmessig har opplevd at debriefing legger an til en samtale som kan oppfattes som avansert og krevende i en hektisk hverdag, og ved å bruke

debriefing stilles den noen kriterier som ikke alle er kjente med. Begrepet er også noe omdiskutert i litteraturen. Vi håper og ønsker at det skal komme fram gjennom intervju hvilken metoder som passe best, for at våre behov som intensivsykepleiere skal bli tilfredsstilt.

Slik at hensikten med dette masterprosjektet er å få et innblikk i behovet og erfaringer av faglig gjennomgang ved uventede hendelser hos intensivsykepleiere.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vi ønsker å intervju deg om dine behov for eller erfaringer med faglig gjennomgang etter uventede hendelser. Intervjuene er individuelle og vil vare ca 1-1,5 timer. Intervjuet vil bli gjennomført på din arbeidsplass hvor begge masterstudentene vil delta, og det vil bli gjort digital lydopptak av samtalen. Intervjuene vil bli gjennomført når det passer best for deg og avdelingen, da utenfor arbeidstiden. Vi vil komme tilbake til tidspunktet i samråd med deg.

Informasjon som fremkommer i intervjuet skal brukes til det som er beskrevet i dette prosjektet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Vi har på forhånd meldt prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjenester (NSD), og vi forholder oss til deres regler om oppbevaring og sletting av datamaterialet. Alt av informasjon som kommer frem under intervjuet vil bli behandlet uten navn, og det vil bli opprettet fiktive navn slik at det ikke skal være mulig å spore samtalen tilbake til deg som person.

Fram til eksamen er avlagt vår 2016, vil det kun være vi som forskere og vår veileder som vil ha tilgang til datamaterialet. Etter dette vil datamaterialet slettes etter personvernloven.

Det vil ikke være mulig for andre å gjenkjenne deg i studiet gjennom resultatene som vil blir publisert. Prosjektet skal etter planen avsluttes i mai 2016.

Frivillig deltakelse:

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil lydopptaket og tekstmaterialet bli slettet og makulert. Seksjonslederen har valgt ut 6 aktuelle intensivsykepleiere til prosjektet. De 4 første som

svarer oss dirkete på henvisningen blir med i studiet. Det medfører at seksjonsledere ikke vet hvem som har samtykket og deltar i studiet.

Studien er meldt til og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

For øvrig:

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til prosjektet kan vi kontaktes på:

Navn: Nina Johnsen

Navn: Benedicte Wæraas

Tlf:

Tlf:

Mail: nina.johnsen@uit.no

Mail: benedikte.waraas@uit.no

Samtykke til deltakelse i masterprosjektet

«Faglig gjennomgang etter uventede hendelse – Hva har betydning for at et slikt behov melder seg hos intensivsykepleieren? Kan samtalen over kaffekoppen være tilstrekkelig?»

Jeg har mottatt informasjon og er villig til å delta i prosjektet.

.....

(Dato og signatur)

Jeg kan kontaktes direkte for nærmere avtale om tidspunkt for intervjuet på

Telefon:

Intervjuguide

Oppvarmingsfasen:

Vi hilser og presenterer oss for hverandre og fortelle hvilke oppgaver vi som forskere vil ha under dette intervjuet. Den ene vil stille spørsmål mens den andre vil lytte, notere og evt. Stille tilleggs spørsmål.

Vi informerer kort om prosjektets problemstilling og hensikt. Vi definerer «uventede hendelser» og «faglig gjennomgang» for at informantene skal få innsikt i hva vi legger i begrepenes betydning.

Informasjon om informanten: Alder og antall år som intensivsykepleier.

Refleksjonsfasen:

«Kunne du tenke deg å fortelle om en uventet hendelse som har gjort inntrykk på deg?»

- Hva var det som gjorde at nettopp denne hendelsen (situasjonen) gjorde inntrykk på deg, til sammenligning med andre situasjoner?
- Ved mangel på detaljer i hendelsen/situasjon, oppfordre informanten til å gå tilbake til det de sa og gå mer i dybden?
- Hadde du behov for faglig gjennomgang? Ble det gjennomført?
- Dersom de var flere sykepleiere og leger i situasjonen, var det andre som også hadde behov for faglig gjennomgang?

«Kan du si litt om selve gjennomgangen, og hva du tenkte underveis?»

Ved gjennomgang	Ingen gjennomgang
<ol style="list-style-type: none">1. Var det emner du savnet belyst?2. Har denne gjennomgangen hatt noen betydning for deg i etterkant?<ol style="list-style-type: none">a. Kan du tenke deg å utdype det?	<ol style="list-style-type: none">1. Kan du si litt om hva du tenkte om at dette ikke ble tatt tak i?2. Dersom du hadde et behov for å drøfte hendelsesforløpet, opplevde

<p>b. På hvilken måte....?</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Hvem tok initiativ? Ledelse/Struktur? 4. Hvordan opplevde du dette? 5. Er det ivaretagende strukturer i avdelinga, som f.eks. gode rutiner og prosedyrer, høy kompetanse ol? 6. Når tid bør slik gjennomgang etter ditt syn finne sted? Samme dag, i løpet av få dager, eller spiller tiden ikke noen rolle bare man vet at det er organisert? 	<p>du det som vanskelig å be om det? (Hvordan opplevde du dette?)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kunne du tenke deg andre måter slike hendelser (eller DENNE hendelsen) kunne blitt tatt opp på? (Kaffekoppen) 4. Har du tenkt noe på hva som gjorde at du ikke opplevde et behov for gjennomgang? (iht problemstillingen) 5. Tidligere erfaringer? Utdyp! 6. Er det ivaretagende strukturer i avdelinga, som f.eks. gode rutiner og prosedyrer, høy kompetanse ol, slik at behovet ikke melder seg? 7. Når tid bør slik gjennomgang etter ditt syn finne sted? Samme dag, i løpet av få dager, eller spiller tiden ikke noen rolle bare man vet at det er organisert?
---	--

Avslutningsvis:

«Hvem mener du har ansvar for at det skjer gjennomgang av uventede hendelser i avdelingen?»

1. På hvordan måte da?
2. Personlig kontra ledelsesnivå

Avrundingsspørsmål:

Informasjon om «veien videre» ift den dataen som framkommer under intervjuet.
Transkribering som informanten kan få innsyn i, og deretter analysering av tekst.

Takker for deltakelse og avklaring om vi i etterkant kan ta kontakt med informanten ved eventuelle spørsmål.

Vedlegg 6

Oversikt arbeidsfordeling SYP 3901

Det hele startet med at vi hadde en felles interesse for temaet, og av den grunn valgte å jobbe sammen. Vi fikk muligheten til å skrive masteroppgaven sammen, og tok et tidlig standpunkt på at vi gjennom hele denne prosessen skulle jobbe mer eller mindre sammen. Dette ble viktig fordi vi begge skulle kjenne et «eierskap» til oppgaven, men også for å kunne stå inne for det som blir presentert i oppgaven.

Utforming av forskningsspørsmål, utarbeidelse av intervjuguide og gjennomføring av intervju ble gjort i et samarbeid. Og i intervjusituasjonen fordelte vi oppgavene og av den grunn utnyttet muligheten det ga oss å være to. Den ene fikk oppgaven som intervjuer og den andre hadde rollen som moderator. Transkriberingsarbeidet delte vi i oss imellom, hvor vi transkriberte tre intervju hver. Deretter gjennomgikk vi intervjuene i felleskap.

Analysearbeidet foretok vi i sin helhet sammen, hvor vi gjennom nøye planlegging utarbeidet rammer for de ulike temaer. Diskusjon om innhold og tema ble diskutert i fellesskap, før vi fordelte noen kapitler oss imellom. Resten av kapitlene ble konstruert sammen. Under dette arbeidet jobbet vi både sammen og individuelt for innhenting av forskning og litteratur. Alt av litteratur som er benyttet, er blitt diskutert og avgjort på bakgrunn av felles enighet. Alt i alt, et samkjørt prosjekt hvor begge to har deltatt likeverdige.