



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskaplige fakultet

Sykepleieres erfaringer med veiledning i kreftomsorgen

En litteraturstudie med systematisk tilnærming

Cicilie Kaspersen og Hanna Norbye Svestad

Masteroppgave i kreftsykepleie SYP-3902, mai 2022

Antall ord: 16 902

“Å arbeide med mennesker kan ha sin pris”

(Bang, 2003, referert i Vråle, 2015, s. 80).

Forord

Arbeidet med denne studien har vært en lang og tidkrevende, men også målrettet prosess. Vi har møtt på utfordringer som har vært både interessant og lærerikt. I arbeidet med masteroppgaven har vi utviklet oss personlig og faglig, samt ervervet kunnskap som vil gagne oss på veien videre og forhåpentligvis kolleger og arbeidsplass. Ved hjelp av gode faglige diskusjoner og godt samarbeid er vi stolt over sluttresultatet.

Vi ønsker å starte med å takke vår motiverende og optimistiske veileder, Bente Ervik, for din tilgjengelighet, innlevelse, forståelse og ikke minst tydelig og presis veiledning gjennom hele studieprosessen. Vi har sammen med deg hatt gode faglige diskusjoner og du har kommet med motiverende ord for å holde motet vårt oppe.

Vi ønsker å takke bibliotekar Grete Overvåg ved Universitetsbiblioteket i Tromsø for enestående hjelp til søkeprosessen.

Uten god tilrettelegging av turnus og permisjoner i arbeidet med oppgaven hadde vi aldri klart å gjennomføre, takk til vår arbeidsplass Lungemedisinsk avdeling ved UNN Tromsø.

Tusen takk til venner, familie, kjærest/ektemann og barn for motiverende ord og forståelse underveis i prosessen.

Tromsø, mai 2022

Cicilie Kaspersen & Hanna Norbye Svestad

Sammendrag

Tittel: Sykepleieres erfaringer med veiledning i kreftomsorgen

Bakgrunn og hensikt: Det å arbeide med kreftpasienter kan være givende, men også stressende. Å møte pasienter med livstruende sykdommer som gjennomgår omfattende behandlingsregimer kan oppleves som utfordrende for mange sykepleiere. Hensikten med denne studien er å se på om veiledning kan bidra til at sykepleiere som arbeider i kreftomsorgen får bearbeidet de følelsesmessige påkjenningene som man kan oppleve ved å jobbe med kreftpasienter. Vi ønsker derfor å se på hvilke erfaringer sykepleiere har med veiledning på arbeidsplassen, både på individuelt- og avdelingsnivå, samt hvilke faktorer som kan ha betydning for gjennomføring av veiledning.

Metode: En litteraturstudie med systematisk tilnærming. 10 artikler er inkludert i studien, fem kvalitative artikler der det ble brukt intervju, tre systematiske litteraturgjennomganger og to tverrsnittstudier med kvantitative undersøkelser. Relevant forskning er kritisk analysert og nøye vurdert ved hjelp av tilpassede sjekklister. Det er utført tematisk analyse for å identifisere temaer fra artiklene.

Resultat: Sykepleiere og annet helsepersonell har hovedsakelig positive erfaringer med veiledning, og erfaringene omhandlet veiledningens positive innvirkning på stress, utbrenthet og mestring. I tillegg var økt faglig kompetanse og mulighet til refleksjon fremtredende. Det er også viktig å poengtere at veiledning har flere nyanser og at noen også hadde negative erfaringer. Sykepleieres erfaringer var både på individuelt- og avdelingsnivå. Resultatene peker også på utfordringer med praktisk gjennomføring av veiledning; hvilken type veiledning man skal velge, hvordan den skal organiseres og hvem som skal lede den.

Konklusjon: Studien vår viser at sykepleiere hovedsakelig hadde positive erfaringer med veiledning. Uten en ledelse som støtter og organiserer praktisk gjennomføring av veiledning er det mulig at veiledning ikke er gjennomførbart. Kreftsykepleiers rolle i gjennomføring av veiledning kan bli å ta ansvar, og sammen med ledelsen organisere veiledning. Likevel er det viktig å påpeke at det kan kreve flere empiriske bevis for å konkludere om veiledning er gjennomførbart eller ikke.

Nøkkelord: Litteraturstudie, veiledning, klinisk veiledning, gruppeveiledning, sykepleier, kreftsykepleier, kreftsykepleiers rolle, kreftpasienter, erfaringer, stress, utbrenthet, mestring, faglig kompetanse, refleksjon, praktisk gjennomføring, logistikkutfordringer, organisering, ledelse

Abstract

Title: Nurses' experiences with supervision in cancer care

Background and goal: Working with cancer patients is both rewarding and stressful. Many nurses feel that meeting patients with life-threatening diseases and going through comprehensive treatment can be a challenge. This study investigates how supervision can assist nurses in coping with the potential emotional stress related to working with cancer patients. We want to look at the knowledge nurses hold related to supervision at individual and department levels and what factors are relevant to implementing supervision.

Method: A literature study with a systematic approach. Articles are critically analyzed and thoroughly rated using a custom checklist. Themes are identified using thematic analysis. A total of 10 articles are included in the study: five qualitative articles using interviews, three systematic literature reviews, and two cross-sectional studies with quantitative research.

Results: Nurses' and other health personnel's experience with supervision is generally encouraging. However, there is not only a positive experience in the use of supervision. The optimistic effects pointed to its positivity towards stress, burnout, and coping. Another prominent reflection was better professional expertise and the ability to reflect. This study reveals some of the challenges towards supervision are related to its practical implementation. Some of the difficulties associated with supervision are what kind of supervision to use, how it should be organized, and who should lead it.

Conclusion: This study revealed that nurses, in general, had positive experiences with supervision. However, supervision can be challenging to accomplish without management who supports and organizes the practical implementation of supervision. Planning and organizing should include cancer nurses, as well as the management. Likewise, it could be vital to address empirical evidence issues for whether practical implementation supervision is achievable.

Keywords: Literature review, supervision, clinical supervision, group supervision, nurse, cancer nurse, role of cancer nurse, cancer patients, experiences, stress, burnout, coping, professional competence, reflection, practical implementation, logistics challenges, organization, management

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	1
1.1	Oversikts-søk og tidligere forskning	2
1.2	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	3
1.3	Oppgavens oppbygning	4
2	TEORETISK PERSPEKTIV	5
2.1	Veiledning	5
2.2	Kroppens reaksjoner; utbrenthet og stress	6
2.3	Ledelse og ansvar	7
2.4	Kreftsykepleie	8
3	METODE	10
3.1	Litteraturstudie med en systematisk tilnærming	10
3.2	Forforståelse	11
3.3	Beskrivelse av søkeprosessen og søkeresultat	11
3.4	Datainnsamling	13
3.5	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.6	Kvalitetsvurdering	16
3.6.1	Ekskluderte artikler	18
3.7	Etiske overveielser	18
3.8	Analyse	19
4	RESULTAT	22
4.1	Presentasjon av inkluderte artikler	22
4.2	Hovedtemaer	25
4.3	Erfaringer med veiledning på individuelt nivå	26
4.3.1	Positive erfaringer - Stress, utbrenthet, mestring, faglig kompetanse og refleksjon	26
4.3.2	Negative erfaringer – utrygt, ubehagelig og sårbart	27

4.4	Betydning av veiledning på avdelingsnivå.....	28
4.4.1	Positive erfaringer – sykefravær, samarbeid og kommunikasjon	28
4.4.2	Negative erfaringer – organisering og ledelse.....	29
4.5	Praktisk gjennomføring av veiledning – type veiledning, organisering og ledelse...	30
5	DISKUSJON	33
5.1	Erfaringer med veiledning på individuelt nivå.....	33
5.2	Praktisk gjennomføring av veiledning og betydning av veiledning på avdelingsniv	36
5.3	Kreftsykepleiers rolle i gjennomføring av veiledning.....	41
5.4	Diskusjon av metode	42
5.4.1	Styrker og begrensninger med egen litteraturgjennomgang	43
6	KONKLUSJON	44
6.1	Implikasjoner og relevans for praksis.....	45
7	ARBEIDSFORDELING GJENNOM PROSESSEN.....	46
	REFERANSELISTE	47
	Vedlegg 1, Første steg i dataekstraksjonen fra inkluderte artikler	i
	Vedlegg 2, Ekskluderte artikler etter fulltekst	iv
	Vedlegg 3, Sjekklistene fra helsebiblioteket	v
	Vedlegg 4, Presentasjon av inkluderte artikler.....	i

Tabelliste

Tabell 1 - Oversikt over litteratursøk	14
Tabell 2 - Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler basert på sjekklistene	17
Tabell 3 - Oversikt over tema hentet ut fra analysen	20
Tabell 4 - Matrise over inkluderte artikler	22
Tabell 5 - Hovedtemaer utarbeidet fra ekstraksjon av data.....	25

Figurliste

Figur 1 - Flytdiagram over utvelgelsesprosessen av artikler.....	12
--	----

1 INNLEDNING OG BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING

I Norge får en av tre personer kreft før fylte 75 år. Tall fra kreftregisteret viser at det var 35.515 nye krefttilfeller i Norge i 2020 og 10.981 dødsfall. Nærmere tre av fire kreftsyke overlever etter fem år, grunnet tidlig diagnostisering, forebygging og bedre, flere og mer tilpassede behandlingsmåter for kreftsykdommer (Kreftregisteret, 2021). Dette har ført til at kreftpasienter har måttet gjennomgå avansert behandling, håndtere senskader og bivirkninger, samt leve med risiko for tilbakefall av sykdommen. Noen kreftpasienter har også måttet forberede seg på døden, og av og til døden i nær fremtid (Reitan, 2017a). Det sykepleiefaglige målet vil være å trygge pasienten, lindre plagsomme symptomer og bidra til god livskvalitet i tiden som er igjen (Mathiesen, 2017).

Det å jobbe med mennesker som opplever alvorlig og ofte livstruende sykdom, krevende behandlingsregimer og det å møte lidelse og hyppig død av pasienter, kan være utfordrende for helsepersonell (Granek et al., 2017). Sykepleiere som jobber med kreftpasienter kan være sårbare for stress på arbeidsplassen, og kan til tider ignorere, eller unngå sine følelsesmessige erfaringer (med å vise omsorg for kreftpasienter) (Ko & Kiser-Larson, 2016). Arbeidskrav og organisatoriske faktorer kan også være med på å forsterke stressnivået til helsepersonell som jobber med kreftpasienter. Den følelsesmessige påvirkningen av stress kan ha en negativ effekt på tilfredsheten, ytelsen, personlig helse og velvære, samt kvaliteten på pasientbehandlingen (Granek et al., 2017). Sykepleiere kan oppleve det som utfordrende å reflektere rundt det å være vitne til døden, og lidelse for pasienter og pårørende. Liten refleksjon rundt følelsesmessige belastninger ved å miste pasienter er noe som kan være med på å føre til utbrenthet og tretthet (fatigue) blant sykepleiere (Henry, 2014). Turner et al. (2011) uttrykker at veiledning, trygghet og støtte fra arbeidskolleger kan være med på å forebygge emosjonell utmattelse og utbrenthet.

Som sykepleiere med henholdsvis fire og fem års erfaring fra medisinsk sengepost har vi møtt pasienter med forskjellige alvorlige og livstruende sykdommer, men da særlig pasienter med lungekreft. Lungekreft er en av de vanligste kreftformene i Norge og den som tar flest liv (Brustugun, 2017). Det er ca. 31% av kvinner og 24,7% av menn som lever 5 år etter stilt diagnose (Kreftforeningen, 2021). Disse tallene gjenspeiler at de fleste lungekreftpasienter har

kort forventet levetid. På bakgrunn av dette har palliasjon og terminal pleie en sentral plass i behandling av pasienter med lungekreft (Mathiesen, 2017). Dette er noe vi som sykepleiere som jobber med lungekreftpasienter står i hver dag, hvor en stor del av jobben er å ha omsorg for den døende pasienten og pårørende. Pasientene kan ha forskjellige forløp, men ofte er smerter, angst, depresjon, ensomhet og håpløshet fremtredende (Mathiesen, 2017). Grunnet avansert behandling til kreftpasienter forutsettes det at man har en spesialisert kompetanse for å imøtekomme kreftpasienters spesielle utfordringer og behov. Kreftsykepleie vil være en slik spesialisert kompetanse (Reitan, 2017a).

På bakgrunn av vår egen erfaring og tidligere forskning ønsker vi å se nærmere på veiledning. Vi ønsker å se på hvilke erfaringer sykepleiere har med veiledning, og hvilke faktorer som har betydning for gjennomføring av veiledning. Selv om vi har erfaring fra en type avdeling, er det viktig å påpeke at oppgavens tema også er relevant for andre avdelinger. Denne masteroppgaven bygger videre på vår prosjektskisse innlevert 11.10.2021.

1.1 Oversikts-søk og tidligere forskning

Vi startet hele prosessen med å gjøre et innledende oversikts-søk for å få et innblikk i kunnskapen som finnes på dette temaet. De aller fleste artiklene som ble identifisert i oversikts-søket handlet om stress, utbrenthet, fatigue, dårlig livskvalitet, emosjonell utmattelse, psykisk utmattelse og angst blant sykepleiere og helsepersonell som jobber med alvorlig syke og døende kreftpasienter (Black & Farmer, 2013; Granek et al., 2017; Arimon-Pagès et al., 2019; Ortega-Campos et al., 2020; Velando-Soriano et al., 2020).

For at sykepleiere skal kunne utføre trygg omsorg til kreftpasienter vil det være behov for en form for støtte. En slik støtte kan blant annet være utdanningsstøtte, mentoring, debriefing, klinisk veiledning og effektiv klinisk ledelse. Støtten blir ikke kun nødvendig for å opprettholde den faglige kompetansen, men for å forebygge utbrenthet og ´turnover` hos sykepleiere innenfor kreftomsorgen (Black & Farmer, 2013). Sykepleiere som opplever stress som en arbeidsbelastning kan ha et behov for å beskytte seg selv ved hjelp av personlige mestringsstrategier (Velando-Soriano et al., 2020). Sosial støtte kan ifølge Velando-Soriano et al. (2020) bidra til å redusere stress og forebygge utbrenthet blant sykepleiere. Granek et al. (2017) påpeker viktigheten med kollegastøtte blant helsepersonell som arbeider med døende pasienter. Forskerne uttrykker at sosial støtte, trening, meditasjon, tro og ferier kan være eksempler på ulike mestringsstrategier, som igjen kan være med på å hindre utbrenthet. Behovet

for mestringsstrategier vil variere fra person til person, men det vil være av betydning at ledelsen bidrar til å tilrettelegge for kollegastøtte (Granek et al., 2017). Studien til Ortega-Campos et al. (2020) så på bruken av forskjellige intervensjoner for å forhindre utbrenthet og fatigue blant kreftsykepleiere. En støttegruppe for kreftsykepleiere var en slik intervensjon. Støttegruppen skulle bidra til at kreftsykepleiere fikk utveksle erfaringer og lære av hverandre. Kreftsykepleierne opplevde mindre angst, og fikk økt selvtillit til å møte vanskelige situasjoner, som igjen var positivt for pasienten (Ortega-Campos et al., 2020). Ifølge Arimon-Pagès et al. (2019) kan angst og fatigue påvirke kreftsykepleieres evne til å styre sine følelser og medfølelse for pasienter.

Frem til nå har det vært liten forskning på ulike strategier for støtte til sykepleiere som arbeider innenfor kreftomsorgen. Det er et behov for videre forskning på strategier for å forebygge stress og ´turnover` hos sykepleiere (Black & Farmer, 2013). Velando-Soriano et al. (2020) uttrykker også at det fortsatt er lite forskning på tiltak som kan hjelpe på å øke motivasjonen, og unngå høy arbeidsbelastning hos sykepleiere som jobber med kreftpasienter. Forskerne sier det er nødvendig med mer forskning rettet mot sykepleiere (Velando-Soriano et al., 2020). Arimon-Pagès et al. (2019) peker på at det er behov for videre forskning på individuelle og miljømessige faktorer tilknyttet fatigue og angst blant sykepleiere som arbeider med kreftpasienter. Ifølge Granek et al. (2017) er det ingen intervensjoner mot det å følelsesmessig håndtere pasienter som er døende, som vil være egnet for alle. Forfatterne uttrykker at det blir viktig å tilby en rekke valgfrie intervensjoner, hvor deltakelse av onkologer også vil være nyttig for helsepersonellet som arbeider med alvorlig syke og døende kreftpasienter (Granek et al., 2017).

Det at det er et stort behov for forskning på ulike mestringsstrategier for å blant annet forhindre stress, utbrenthet og fatigue blant sykepleiere, og annet helsepersonell som arbeider innenfor kreftomsorgen er for oss interessant. Dette ligger til grunne for at vi ønsket å gjennomføre denne studien, og se på om veiledning kan være en slik mestringsstrategi.

1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Ifølge Ko & Kiser-Larson (2016) er det å trene, gå tur og være sosial med kolleger mulige strategier for å håndtere stress, og psykiske utfordringer blant sykepleiere som arbeider med alvorlig syke og døende kreftpasienter. Selv om dette kan være aktuelle strategier ønsker vi å se på hvordan vi som kreftsykepleiere og kolleger kan bedre arbeidshverdagen til sykepleiere som jobber med kreftpasienter. Vi ønsker å bidra med noe som er gjennomførbart på

arbeidsplassen, og finne tiltak som kan hjelpe sykepleiere å beherske oppgaver, og bearbeide det som stresser dem i arbeidshverdagen. Derfor lurer vi på om veiledning kan være et slikt tiltak.

Hensikten med denne studien er å se på hvilke erfaringer sykepleiere har med veiledning, hvilken betydning for den enkelte og på avdelingsnivå, og praktisk gjennomføring av veiledning; hva som skal til for at veiledning er gjennomførbart. Vi ønsker å kunne bidra med anvendelig kunnskap som er hensiktsmessig i vår arbeidshverdag, og som er overførbart til andre avdelinger og instanser. For å avgrense studiet har vi valgt å rette fokus mot sykepleiere som jobber med kreftpasienter i livets siste fase.

For å belyse vår problemstilling ønsker vi å svare på følgende forskningsspørsmål:

1. Hvilke erfaringer har sykepleiere med veiledning på arbeidsplassen?
2. Hvilke faktorer har betydning for gjennomføring av veiledning?

Vi har valgt å ikke presisere en problemstilling i denne studien, da tittelen på studien markerer problemområdet. Dette støttes av Gjevjon (2019) som peker på at en problemstilling ikke alltid kommer frem i klartekst. For å svare på våre forskningsspørsmål har vi valgt å gjøre en litteraturstudie med en systematisk tilnærming. For å analysere studiens inkluderte artikler har vi valgt å bruke tematisk analyse.

1.3 Oppgavens oppbygning

Kapittel en tar for seg innledning og bakgrunn for valg av tema og problemstilling, oversiktsøk og tidligere forskning, hensikten med studiet, problemstilling og presentasjon av forskningsspørsmål, samt oppgavens oppbygging. Det teoretiske perspektivet blir presentert i kapittel to og i kapittel tre redegjøres det for valg av metode for oppgaven. Kapittel fire presenterer resultater fra de inkluderte studiene. I kapittel fem drøftes resultatene fra de inkluderte studiene opp mot relevant teori, forskningsspørsmålene, annen relevant forskning og egne erfaringer, før vi legger frem vår avsluttende konklusjon i kapittel seks. I kapittel sju redegjør vi for arbeidsfordelingen gjennom forskningsprosessen.

2 TEORETISK PERSPEKTIV

I dette kapittelet vil vi presentere relevant teori for vår masteroppgave. Vi vil først presentere teori om 'veiledning', etterfulgt av 'kroppens reaksjoner; utbrenthet og stress', 'ledelse og ansvar', og til sist 'kreftsykepleie'. Vi ønsker å presisere at betydningen av veiledning i vår studie er rettet mot sykepleiere, og hvordan veiledning kan være til hjelp for sykepleiere.

2.1 Veiledning

Tveiten (2019, s.11) uttrykker at "Veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot at mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier". Hensikten med veiledning å styrke mestringskompetansen til yrkesutøvere, samt at den skal bevisstgjøre hva som gir glede og mestring i jobben (Tveiten, 2019). Det finnes ingen entydig forståelse av mestringsbegrepet, men et fellestrekk er at mestring innebærer strategier for å beherske, tolerere og redusere ytre eller indre påkjenninger, samt følgene av slike påkjenninger. De er personlige og hensiktsmessige for ivaretagelse av egen helse (Eide & Eide, 2017). Ifølge Strømfors & Edland-Gryt (2013) er hensikten med faglig veiledning å reflektere over praksis, og har som mål å gjøre ansatte mer kompetente til å utføre jobben sin på en etisk forsvarlig og faglig god måte (Strømfors & Edland-Gryt, 2013). For at veiledning ikke skal bli tilfeldig er det nødvendig å vite hva man gjør, hvordan man gjør det man gjør, og hvorfor man gjør det man gjør. En forutsetning for at veiledning kan gjennomføres er at det settes av tid og at den planlegges godt, for å unngå at den som blir veiledet preges av behov for "å tømme seg" (Tveiten, 2019).

Ifølge Lauvås & Handal (2014) blir veiledning både vanligere og viktigere. Begrepet veiledning har flere ulike betydninger og kan brukes i mange ulike sammenhenger (Tveiten, 2019). Sykepleiefaglig veiledning fikk allerede en økt interesse på 1980-tallet. NSF's oppmerksomhet ble vekket i 1982 som var med på å gjøre at de engasjerte seg i utviklingen av sykepleiefaglig veiledning (Hermansen et al., 1992). Sykepleiefaglig veiledning skal ta utgangspunkt i sykepleierens faglige opplevelse i praksis, der man tar sikte på å motivere og hjelpe sykepleiere å bearbeide opplevelser fra sitt kliniske arbeid (Hermansen et al., 1992). Tveiten (2019) uttrykker at sykepleiere ofte har en veilederrolle.

Veiledning kan gjennomføres individuelt eller i gruppe, og kjernen i veiledning vil fortsatt være den samme (Tveiten, 2019). En grunn til at individuell veiledning brukes er at arbeidssituasjonen krever det grunnet en hendelse eller erfaring som krever tettere oppfølging, der det ikke er rom for gruppeveiledning (Vråle, 2015). Dialogen er hovedformen i veiledning og er en samtale mellom to eller flere likeverdige (Tveiten, 2019). Dialogen egner seg best i individuell veiledning, da den oftest handler om et en-til-en forhold mellom den som veileder og den som blir veiledet. Dialogen er sentrert rundt fokuspersonen og den som veileder har en formell funksjon, der dialogen baseres på kunnskap om veiledning (Tveiten, 2019). Dialogen mellom den som veiledes og den som veileder er virkemidlet der man forsøker å få til en åpen strukturert samtale med mål om læring som fremmer samarbeid og skapende virksomhet (Hermansen et al., 1992).

For å dra nytte av den enkeltes kompetanse og erfaringer kan man sette sammen grupper i veiledning (Vråle, 2015). Gruppeveiledning kan bidra til opplevelse av kollegialt fellesskap og ro, der man deler opplevelser, kunnskap og erfaringer (Vråle, 2015). Det å lindre smerte og medvirke til en fredfull død er blant annet noe av det som står sentralt i sykepleie. For at mindre erfarne sykepleiere skal mestre slike utfordringer er det viktig at de erfarne sykepleierne bruker sine ferdigheter, holdninger og kunnskaper til å veilede (Hermansen et al., 1992).

Den som veileder kan være ekstern, det kan for eksempel være en i gruppen som har et definert veilederansvar eller det kan være en kollega (kollegaveiledning). Veilederen bør ha kompetanse innenfor veiledning, og for å skape trygghet i gruppa bør veilederen være definert og fungere over tid. Det kan skape utrygghet i gruppa dersom veileder-funksjonen går på omgang (Tveiten, 2019).

2.2 Kroppens reaksjoner; utbrenthet og stress

Når man møter mennesker som blant annet er rammet av ensomhet, sykdom og mulig død kan det påvirke oss. Man kan bli emosjonelt aktivert og berørt av andres lidelser, og kroppen vil da reagere på samme måte som man reagerer på fare. Man går i beredskapsmodus for å beskytte seg selv (Isdal, 2017). Isdal (2017) løfter frem at vi kan være urolige og aktivert på innsiden, selv om vi opptrer som rolig og gjennomfører jobben vår med tilstedeværelse, tålmodighet, faglighet og respekt. Vi registrerer kanskje ikke det som skjer i kroppen og merker derfor ikke belastningene så lett. Til slutt, når det har gått for langt og kroppen sier tydelig ifra, kan vi møte veggene og ikke lenger klare å gå på jobb (Isdal, 2017).

Utbrenthet er noe som kan oppleves når man har en lite tilfredsstillende jobb, der man kan føle seg overveldet og maktesløs av arbeidet (Isdal, 2017). Klassiske tegn på det å være utbrent er følelsen av å være følelsesmessig, mentalt og fysisk utslitt; blant annet på grunn av lang tid i en krevende jobbsituasjon. Utbrenthet kan ramme mennesker i alle yrkesgrupper (Kvam, 2020), og ifølge Eide & Eide (2017) viser forskning at helsepersonell kan være utsatt for betydelig arbeidspress, og at det ikke er uvanlig at helsepersonell blir utbrente. Utbrenthet regnes som et yrkesfenomen og ikke en sykdom. Det blir omtalt som et syndrom, som er et resultat av kronisk stress på arbeidsplassen, som ikke har blitt behandlet på en vellykket måte. Typiske symptomer er en følelse av å være tappet for energi, emosjonelt utslitt, overbelastet, deprimert og trett/fatigue. Utbrenthet kan også påvirke hverdagsaktiviteten hjemme, og kan føre til reduserte prestasjoner (Kvam, 2020).

Stress kan oppleves som sykdomsskapende, og vil kunne skape spenning for den som opplever det (Reitan, 2017b). Det å ha manglende egenkontroll og oppleve tidspress i arbeidssituasjoner kan være en kilde til stress, og i tillegg ha sammenheng med økning av sykefravær på arbeidsplasser (St. mld. nr. 16, 2002-2003, s. 14). Stress kan deles inn i akutt og kronisk stress. Akutt stress er relatert til livshendelser, og er en forbigående reaksjon på psykisk eller fysisk stress. Kronisk stress er relatert til større eller mindre påkjenninger over lang tid. Dersom man oppnår en effektiv håndtering av stressende situasjoner, vil en styrkes i troen på at en kan håndtere fremtidige belastninger og oppleve mestring (Reitan, 2017b).

Når risikoen for utbrenthet er knyttet til arbeidsmiljøet og arbeidet, er det arbeidsgiverens hovedansvar å finne tiltak. Veiledning forstått som mestring og kompetanseutvikling kan være et slikt tiltak. Arbeidstaker har selv ansvar for å forebygge utbrenthet og kan be om veiledning (Vråle, 2015).

2.3 Ledelse og ansvar

I hovedsak handler ledelse om personer i lederstillinger som har et *spesifikt* ansvar og som har muligheten til å handle på vegne av for eksempel en organisasjon. I tillegg kan ledelse også dreie seg om et *generelt* ansvar, som handler om problemløsning og samarbeid mellom kolleger (Orvik, 2015). Det å være ansvarsbevisst kan ses som en form for oppmerksomhet eller beredskap på behovet i omgivelsene; ansvarlighet og bevissthet til å handle når pasientens tilstand krever det. Som helsepersonell har man et flerdimensjonalt ansvar som inkluderer å

bidra til organisasjonens videre utvikling. I tillegg har man et etisk, faglig og juridisk ansvar (Orvik, 2015).

Arbeidsmiljøloven § 1-1 første punkt uttrykker at lovens formål er å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utviklingen i samfunnet (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 1-1). Ifølge Karasek & Thorells (1990, referert i Ingstad, 2019, s. 184-185) er støtte fra kolleger og ledere en viktig faktor i sammenhengen mellom arbeidshelse og jobbkrav. Vi har alle ulike toleranse for hvor store krav vi mestrer som enkeltindivider. Hvilke ressurser arbeidstakere har og hvilke krav som stilles er viktig for å fremme jobbengasjement og forhindre utbrenthet (Saksvik & Christensen, 2015, referert i Ingstad, 2019, s. 185).

Tveiten (2019) uttrykker at ledelse kan ha likhetstrekk med veiledning, der lederen kan gjøre medarbeiderne ansvarlige og stimulere til motivasjon og innsats. Det er viktig å påpeke at avdelingssykepleieren kan få en uheldig dobbeltrolle ved å veilede sine sykepleiere, da lederen gjennom veiledningen kan få informasjon som kan være lett å utnytte som leder. Dette kan oppleves som utrygt for medarbeiderne (Tveiten, 2019). Leder- og veilederrollen bør ikke bekles av samme person, da det er en fare for at saker som skulle vært diskutert i veiledningen ikke blir diskutert (Tveiten, 2019).

2.4 Kreftsykepleie

“Kreftsykepleiers funksjon og ansvar er å utøve helhetlig sykepleie til pasienter som har kreft og deres pårørende, i samsvar med helselovgivningens krav til yrkesutøvelse og fagets kunnskaper og verdier” (Reitan, 2017a, s. 33).

Arbeidet med kreftpasienter vekker følelser hos helsepersonell, og det er nok misforstått den tanken om at helsepersonell skal være følelsesmessige nøytrale. Det kan lett fanges opp av pasienter dersom helsearbeideren får negative følelser og distanserer seg, og det er vesentlig at man ikke lar egne følelser komme ut av kontroll. Man skal heller ikke bruke pasientene til å dekke over følelsesmessige behov (Dahl, 2016), men i møte med alvorlig syke og døende kan helsepersonellens eget forhold til sykdom, liv og død bli aktualisert (Hirsch & Røen, 2016). Det åndelige/eksistensielle trenger å arbeides med der faste veiledningsgrupper kan være en systematisk måte å gjøre dette på (Hirsch & Røen, 2016) eller en måte å kanskje løse opp i dette kan være å søke kollegial bistand (Dahl, 2016). Kreftsykepleiere får i sin videreutdanning

kompetanse på ivaretagelse av det åndelige/eksistensielle, og åndelige/eksistensielle forhold bør integreres i internundervisning og veiledning (Hirsch & Røen, 2016). Prosessarbeid med egne tanker og reaksjoner der personalet kan få mulighet til å trekke inn eget forhold til døden bør utføres i mindre grupper (Hirsch og Røen, 2016).

Kreftsykepleiere har inngående kunnskap om kreftforebygging, kreftsykdom og behandling, lindrende/palliativ behandling, omsorg og pleie, rehabilitering og kreft som en kronisk sykdom. Kreftsykepleier skal arbeide kunnskapsbasert og sikre at nyere forskning tas i bruk i praksis og jobbe med forbedringsarbeid (NSFs Faggruppe for Kreftsykepleiere, 2019), og ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere § 4.2 skal “Sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar i kollegiet” (Norsk Sykepleierforbund, 2021).

3 METODE

I dette kapitlet vil vi presentere og redegjøre for metodisk valg for å besvare studiens forskningsspørsmål. Vi har fulgt Aveyards (2019) trinn for litteraturstudie og vil beskrive stegene i forskningsprosessen.

3.1 Litteraturstudie med en systematisk tilnærming

For å besvare våre forskningsspørsmål har vi valgt å gjennomføre en litteraturstudie med en systematisk tilnærming. Denne metoden er velegnet for å besvare våre forskningsspørsmål, da vi ønsker å samle og analysere eksisterende kunnskap på et område (Aveyard, 2019). Når man jobber innenfor helse- og sosialfag, er man pliktig til å holde seg oppdatert på faget sitt. (Aveyard, 2019). En litteraturstudie er en omfattende studie med fortolkning av litteratur som relaterer seg til et bestemt spørsmål. Innenfor litteraturstudie finnes det flere forskjellige tilnærminger, blant annet en systematisk tilnærming. I systematiske tilnærminger beskriver man hvordan litteraturen ble analysert og hvordan kvaliteten på litteraturen ble evaluert (Aveyard, 2019).

Metoden innebærer at man identifiserer et problemområde og søker etter relevant litteratur, før man kritisk vurderer og analyserer den valgte litteraturen. I tillegg vurderes også artiklenes styrker og svakheter. Videre skal resultatene analyseres, presenteres og kategoriseres i hovedfunn som skal komme frem i resultatdelen (Aveyard, 2019). Til slutt drøftes funn opp mot teori og tidligere forskning, samt at man beskriver videre anbefalinger for praksis.

Ved å gjøre en litteraturstudie med systematisk tilnærming vil man få en ny og utvidet forståelse på det emnet man forsker på. Det vil også kreve høy kompetanse hos forskeren da analyse og tolkning er svært krevende (Aveyard, 2019). Vi har valgt å bruke Aveyard`s (2019) beskrivelse av tematisk analyse, da forfatteren tar utgangspunkt i en forenklet tilnærming til analysemetoden designet for nybegynnere i forskningsfeltet (Aveyard, 2019). Denne fremstillingen av tematisk analyse er derfor velegnet for oss, da det er første gang vi skriver en masteroppgave.

3.2 Forforståelse

Som tidligere nevnt har vi begge erfaringer med det å arbeide med kreftpasienter. Vi har også erfart hvordan det føles å ikke få oppfølging etter arbeid med dødssyke kreftpasienter. I mange arbeidssituasjoner har vi følt på et behov for å reflektere rundt pasienthendelser med andre kolleger på en organisert måte. Vi har selv en følelse på og et ønske om at veiledning skal kunne være et velfungerende tiltak i en sengepost. På bakgrunn av samtaler med kolleger og sykepleiere på andre avdelinger har vi en forståelse av at det ikke finnes noen strukturerte tiltak for å bearbeide sorgprosessene man står i som sykepleier. Vi erkjenner at denne erfaringen gjør at vi sitter med en forforståelse av veiledning, og er positiv til bruken av den.

Vår antagelse har derfor vært at veiledning vil være et viktig tiltak i å bearbeide erfaringene man har som sykepleier i kreftomsorgen, og dermed være et positivt tiltak til å forbedre arbeidsmiljøet. Forskningsmaterialet og resultatet vil kunne bli påvirket av hvem du er som person. Samtidig som du ikke skal forsøke å eliminere deg selv, er det en risiko at søkestrategien kan speiles av forforståelsen (Malterud, 2017). Ved å være bevisst over vår forforståelse vil vi lete etter studier som heller motbeviser enn bekrefter vår forforståelse.

3.3 Beskrivelse av søkeprosessen og søkeresultat

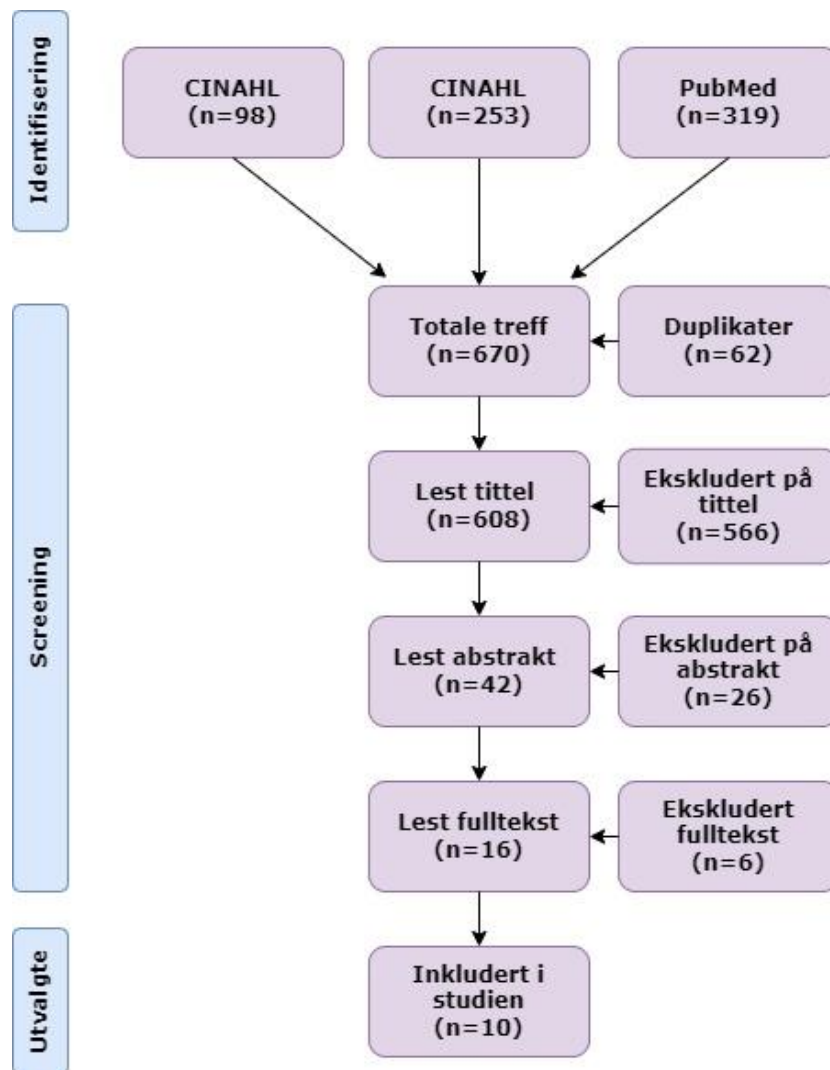
Da vi startet søkeprosessen høsten 2021 gjorde vi flere brede søk i forskjellige databaser som Google scholar, Cochrane Library, Oria, CINAHL og PubMed, for å få en oversikt på hva som fantes av forskning på vårt valgte tema. Disse søkene ga flere upresise treff for våre forskningsspørsmål. Vi gjorde også noen søk i SweMed+ og søkte manuelt i Sykepleien Forskning for å se hva som fantes av Skandinaviske tidsskrifter. For å avgrense søkene valgte vi å bruke MeSH (Medical Subject Headings), som er “kontrollerte” nøkkelord utviklet i databasen og som brukes for å kategorisere litteratur (Aveyard, 2019). Dette viste seg å være upassende for våre forskningsspørsmål, da vi fortsatt fikk mange uaktuelle treff.

Grunnet flere upresise søk valgte vi å kontakte bibliotekar for å få hjelp til å finne aktuelle søkeord. Vi gjorde et søk sammen med bibliotekar i CINAHL som gjenfinnes i tabell 1. Dette søket ga 98 treff. Vi valgte 37 artikler som vi tok med videre basert på overskrift. De fleste artiklene handlet om utbrenthet blant sykepleiere i kreftomsorgen og nevnte ingen forebyggende tiltak, og ble derfor sett på som lite egnet for å besvare våre forskningsspørsmål.

Vi har likevel valgt å inkludere to artikler fra dette søket i studien vår, da vi anså disse artiklene som aktuelle for vår studie.

Etter å ha konferert med vår veileder ble vi enig om å kontakte bibliotekar på nytt for hjelp til å finne nye søkeord som er mer rettet mot våre forskningsspørsmål. Sammen med bibliotekar gjorde vi et nytt søk i CINAHL som gjenfinnes i tabell 1. Vi fikk 253 treff i dette søket, og ved å lese overskrifter tok vi med oss 11 artikler videre, da disse artiklene handlet om veiledning til sykepleiere. De samme søkeordene ble brukt i PubMed og ga 319 treff, der vi tok 31 artikler med videre basert på overskrift. Disse artiklene handlet også om veiledning og ble derfor videre vurdert. Vi brukte referanseverktøyet EndNote for å fjerne duplikater.

Utvelgelsesprosessen er illustrert i en oversikt i et flytdiagram som vises i figur 1.



Figur 1 - Flytdiagram over utvelgelsesprosessen av artikler

Vi startet utvelgelsesprosessen med å sortere titler på artikler vi fant, og deretter ble de aktuelle titlene videre undersøkt ved å lese abstrakt hver for oss. Vi gikk deretter igjennom abstraktene sammen og satte de opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene våre. Vi valgte så ut relevante artikler vi ønsket å lese fulltekst på. Artikkene ble lest i fulltekst hver for oss, og ble vurdert ut fra hvorvidt de tilfredstilte inklusjonskriteriene. Videre sammenlignet vi hva vi hadde kommet frem til, og diskuterte oss frem til enighet om hvilke artikler som skulle inkluderes. Etter fulltekst satt vi igjen med 10 artikler som ble inkludert i vår studie. Disse artikkelene var fra europeiske og vestlige land.

For å kvalitetssikre søket undersøkte vi forfatterne og referansene til artikkelene vi fant. Vi så at flere av de inkluderte artikkelene refererte til hverandre. Vi valgte likevel å inkludere disse i studien, da de inneholdt andre relevante resultater for vårt tema.

For å se om eventuelle nye artikler dukket opp gjentok vi søkene våre gjort i databasene CINAHL og PubMed. Dette gav oss ingen flere relevante treff på emnet.

3.4 Datainnsamling

I sykepleieforskning er CINAHL og PubMed noen av de viktigste databasene (Polit & Beck, 2021). CINAHL dekker et bredt spekter av internasjonal sykepleielitteratur og PubMed tar for seg medisinske- og helsefaglige yrker (Aveyard, 2019).

For å få et mer presist treff i tråd med forskningsspørsmålet, og for å gjøre søkene så systematisk som mulig råder Aveyard (2019) å starte søkene i *advanced search* (avansert søk) (Aveyard 2019). Vi brukte søkeordene i flere forskjellige kombinasjoner med de boolske operatorene AND og OR, for å få treff på artikler som inneholdt alle inkluderte søkeord. AND søker etter to termer og avgrenser søket. OR søker etter to eller flere termer og utvider søket (Aveyard, 2019). For videre avgrensning valgte vi å bruke tegnet * (trunkering/asterisk), der man ber databasene om å søke etter alle ord som er like frem til tegnet, altså en ordstamme (UiO Universitetsbiblioteket - Medisinsk bibliotek, 2017). Allerede fra første søk dokumenterte vi søkeprosessen med hvilken database det ble søkt i, dato, søkeord, hvor mange treff vi fikk og videre på overskrift, som kan ses i tabell 1.

Tabell 1 - Oversikt over litteratursøk

DATABASE:	DATO:	SØKEORD:	ANTALL TREFF:	VIDERE PÅ OVERSKRIFT:
CINAHL	21.01.22	1. oncological nursing OR oncology nurse* OR cancer nurse* (16.886) 2. workplace OR occupational OR «workrelated» OR professional (647.800) 3. 1 AND 2 (3.582) 4. strategy* OR intervention* OR planning OR support* (1.223.411) 5. 3 AND 4 (1.551) 6. prevent OR prevention (730.873) 7. 5 AND 6 (238) 8. oncological nursing OR oncology nurse* (14.033) 9. 2 AND 4 AND 6 AND 8 (205) 10. 2 AND 4 AND 6 AND 8 (filters: english, last 10 years, peer reviewed, academic journals) (98)	98	37
CINAHL	24.02.22	1. supervisor* OR supervision (30.515) 2. intraprofessional relations OR co-worker (1.476) 3. nurse OR nurses (549.567) 4. 1 AND 2 AND 3 (86) 5. intraprofessional relations OR co-worker OR peers (84.898) 6. 1 AND 3 AND 5 (430) 7. 1 AND 3 AND 5 (filters: english, last 10 years, peer reviewed, academic journals) (253)	253	11
PubMed	25.02.22	1. Supervision (MeSH Term) (542.177) 2. Interprofessional relations (MeSH Term) (19.190) 3. Nurse (MeSH Term) (25.468) 4. 1 AND 2 AND 3 (668) 5. supervisor* OR supervision AND interprofessional relations OR co-worker AND nurse OR nurses (126) 6. 5 (filter: english, danish, swedish, norwegian, last 10 years) (78) 7. supervisor* OR supervision AND interprofessional relations OR co-worker OR peers AND nurse OR nurses (645) 8. 7 (filter: english, danish, swedish, norwegian, last 10 years) (319)	319	31

3.5 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

I denne studien ønsket vi å se nærmere på veiledning og hvilke erfaringer sykepleiere har med den. I tillegg ønsket vi å se på hvilke faktorer som har betydning for gjennomføring av veiledning.

I datainnsamlingen ønsket vi i hovedsak å sette søkelys på kvalitative studier, da disse kan gi innsikt i fenomener som holdninger, erfaringer og opplevelser, som igjen kan være med på å gi en forståelse og innsikt på forskningsfeltet (Aveyard, 2019). Vi ønsket også å se på systematiske oversiktsartikler, da metoden tar sikte på å identifisere all tilgjengelig kunnskap om et bestemt emne (Aveyard, 2019). Tverrsnittstudier var også av interesse da disse er en form for kvalitative studier, og handler om å samle informasjon på en planlagt måte på et gitt tidspunkt og i en definert populasjon (Aveyard, 2019).

Vi valgte også å sette søkelys på studier som i hovedsak omhandlet sykepleiere, men studier som tok for seg annet helsepersonell var også av interesse. Annet helsepersonell som for eksempel kreftsykepleiere, helsefagarbeidere og jordmødre ble inkludert i studien da resultatene vil kunne være overførbare.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier skal hjelpe med å identifisere hva man burde søke etter til sin studie (Aveyard, 2019). For å holde fokus gjennom søkeprosessen spesifiserte vi følgende inklusjons- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier: Studier som inkluderer veiledning til sykepleiere og annet helsepersonell og deres erfaringer, faktorer som påvirker gjennomføring av veiledning, organisering og ledelse av veiledning, og kreftsykepleiers rolle i veiledning. Kun fagfellevurderte og publiserte artikler, som var utført i europeiske eller vestlige land ble inkludert i studien.

Eksklusjonskriterier: Forskning som inneholder andre tiltak enn veiledning og kommunikasjonsintervensjoner. Forskning som ikke var relevant for forskningsspørsmålene, forskning eldre enn 10 år, andre språk enn Engelsk og skandinavisk, og artikler bak betalingsmur eller som ikke er tilgjengelige ved Universitetet i Tromsø (UiT) sin server.

3.6 Kvalitetsvurdering

Ifølge Aveyard (2019) er det viktig å bli grundig kjent med den utvalgte forskningen. Dette for å vurdere om forskningen er relevant for studien, og for å finne ut hvor mye den skal vektlegges basert på kvalitet. Man blir kjent med forskningen ved å lese den flere ganger. Når man har blitt kjent med forskningen, er det viktig at kvaliteten blir kritisk vurdert. Dette gjøres ved hjelp av forskjellige vurderingsverktøy (Aveyard, 2019). Det blir essensielt å finne et kritisk vurderingsverktøy som passer til den type forskning man ønsker å vurdere, dette fordi spørsmålene spesifiseres etter metode i de forskjellige studiene (Aveyard, 2019).

For å vurdere de inkluderte artiklers relevans valgte vi å bruke sjekklister for vurdering av oversiktsartikler og kvalitative studier fra Helsebiblioteket (2016). I tillegg valgte vi å bruke en sjekkliste for tverrsnittstudier fra The Joanna Briggs Institute (JBI) (The University of Adelaide, 2022). Først gikk vi igjennom artiklene ved bruk av sjekklisene hver for oss, før vi sammen gikk igjennom artiklene. Dette for å kvalitetssikre vurderingen vi hadde gjort. Dette er noe Aveyard (2019) anbefaler. Videre sammenlignet vi arbeidet å vurdere artiklene opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene, samt forskningsspørsmålene. Kun fagfellevurderte artikler ble inkludert i studien.

Ut fra om artiklene oppfyller kriteriene på den aktuelle sjekklisten klassifiseres kvalitetsvurderinger som høy, middels/moderat og mangelfull kvalitet. Hvis alle eller de fleste av de 10 kriteriene på den aktuelle sjekklisten er besvart med "JA" vurderes artikkelen til å være av høy kvalitet (Helsebiblioteket, 2016). Det samme gjelder for sjekklisten fra JBI, men hadde åtte kriterier (The University of Adelaide, 2022). De inkluderte artiklene var kvalitative studier, systematiske oversiktsartikler og tverrsnittstudier. Sjekklisene for kvalitative studier, oversiktsartikler og tverrsnittstudier er vedlagt (vedlegg 3). Etter å ha lest og gjennomgått de inkluderte artiklene med sjekklister viste det seg at kvaliteten på artiklene var høy, og dermed egnet for å bruke i vår studie. En samlet vurdering av artiklene med styrker og svakheter kan ses i kronologisk rekkefølge i tabell 2.

For å kvalitetsvurdere de inkluderte artiklene har vi også sett på nivået på tidsskriftet artiklene er publisert i og har da tatt utgangspunkt i Norsk senter for forskningsdata (NSD) register over vitenskapelige publiseringskanaler. Nivå 2 er høyeste oppnåelige kvalitet på tidsskriftene etterfulgt av nivå 1 hvor tidsskrifter tilfredsstill minimumskravet for vitenskapelighet. Tidsskrifter som er vurdert til nivå 0 har fått avslag etter vurdering og er dermed ikke godkjent

(Norsk senter for forskningsdata, 2022). Selv om de inkluderte artiklene skåret høyt på sjekklisterne var ikke alle artiklene publisert i tidsskrifter av nivå 2 eller 1. Skår av tidsskriftene er vedlagt (vedlegg 4).

Tabell 2 - Kvalitetsvurdering av inkluderte artikler basert på sjekklister

Artikkel	Kvalitet	Styrker	Svakheter
Francke & de Graaff (2012)	HØY KVALITET. 9/10 JA på sjekklister for oversiktsartikkel.	Studien viser at det er noen bevis for at gruppeveiledning i kombinasjon med individualisert omsorgsplanlegging påvirker sykepleiere positivt.	Flere av de 17 inkluderte studiene hadde metodiske begrensninger.
Koivu et al. (2012)	HØY KVALITET. 8/8 JA på sjekklister for tverrsnittstudier.	Reliabiliteten og validiteten til de internasjonalt etablerte verktøyene som ble brukt i denne studien var allerede testet i den finske befolkningen.	Funnene kan ikke nødvendigvis overføres til andre helseinstitusjoner eller land. Svarprosenten var moderat.
Wittenberg-Lyles (2014)	HØY KVALITET. 8/10 JA på sjekklister for kvalitative studier.	De gjennomførte intervjuene ansikt til ansikt, noe som var en fordel da det var med på å gi subjektive funn.	Likheten til deltakerne i studien er med på å begrense mangfoldet av etnisitet og kjønn. Studien er ikke vurdert av etisk komite.
Poulsen et al. (2016)	HØY KVALITET. 7/8 JA på sjekklister for tverrsnittstudier	Tar for seg flere institusjoner og bør derfor kunne være representativt for mangfoldet i kreftarbeiderpopulasjonen. Studien er vurdert av etisk komite.	Tverrsnittstudie kan gjøre det vanskelig å etablere en årsakssammenheng. Det kan også være en mulig skjevhet/bias fra de som ikke responderte.
Nordbøe & Enmarker (2017)	HØY KVALITET. 10/10 JA på sjekklister for kvalitative studier.	De hadde et gruppeintervju hvor de gikk gjennom funnene med deltakerne for å sikre at de hadde fått med seg essensen. Studien er vurdert av etisk komite.	Kun seks informanter var med. Selv om de ikke hadde vært borti veiledning før var de ikke tilfeldig utvalgt, noe som gjør at det er risiko for at de allerede var åpne og positive for veiledning.
Pollock et al. (2017)	HØY KVALITET. 9/10 JA på sjekklister for oversiktsartikkel.	Det store antallet identifiserte gjennomganger og den klare konsensusen i deres rapporterte funn er med på å øke tillitten til at det ikke mangler relevante studier. Data samlet fra 2005-2015.	Konklusjonen som blir fremstilt i denne studien er begrenset av den dårlige kvaliteten på bevisene som er identifisert knyttet til klinisk veiledning. I syntese 2 ble kvaliteten ikke vurdert da studiene ble ansett som relevant for forskningsspørsmålet.
Vråle et al. (2017)	HØY KVALITET. 9/10 JA på sjekklister for kvalitative studier.	Setter søkelys på å beskrive hvordan sykepleiere kan reflektere over etiske utfordringer i samarbeidet med pasient og behandlingssystem. Studien er vurdert av etisk komite.	Resultatene i studien kan ha blitt påvirket av at deltakerne i studien kom fra samme arbeidssted og at veilederen hadde en dobbeltrolle som forsker og fagperson.

Buus et al. (2018)	HØY KVALITET. 10/10 JA på sjekklister for kvalitative studier.	Intervjuvarene reflekterte informantenes personlige perspektiver på motstand av klinisk veiledning. Studien er vurdert av etisk komite.	Det er mulig at utviklingen av et lengre forhold mellom informantene og intervjuer kunne ha skapt en dypere innsikt i informantenes forståelse av veiledningspraksis.
Cutcliffe et al. (2018)	HØY KVALITET. 10/10 JA på sjekklister av oversiktsartikkel	Har gjennomgått mange systematiske søk.	Studien kan være begrenset av de brukte databasene og søkeordene, da søkemotorene kanskje ikke har identifisert alle hensiktsmessige studier.
Saab et al. (2021)	HØY KVALITET. 10/10 JA på sjekklister for kvalitative studier.	Pålitelig- og troverdigheten til studien ble forbedret ved at primærforskeren dobbeltsjekket kodeprosessen. Forskerne hadde også dialog om datainnsamling og analysen gjennom hele prosessen. Studien er vurdert av etisk komite.	Det var kun deltakere som var interessert i å delta som ble intervjuet, noe som kan være med på å øke risikoen for skjevhet/bias og eventuelt hindre overføring av funn.

3.6.1 Ekskluderte artikler

Seks artikler ble ekskludert fra denne litteraturstudien og kan ses oppsummert og begrunnet i en tabell som er vedlagt (vedlegg 2). Eksempler på årsaker til at de seks artiklene ble ekskludert er grunnet dårlig skår på sjekklister, ikke passet inn i inklusjonskriteriene eller var bak betalingsmurer.

3.7 Etiske overveielser

Systematisk litteraturstudie krever ikke godkjenning fra NSD eller Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), men det er viktig at all forskning innenfor helsefagene gjøres på en etisk forsvarlig måte, noe som Helsinkideklarasjonen regulerer (Christoffersen et al., 2015). I Forskningsetikkloven (2017, § 8) står det at forskningsetiske normer skal tas stilling til ved at forskeren ikke skal forfalske data, plagiere andres forskning eller fabrikere data fra andre. For at vi skal ivareta disse etiske normer og prinsipper i vår studie, har vi brukt fagfelleverderte artikler som da allerede er etisk vurdert. Vi har også brukt sjekklister på alle inkluderte artikler, og gjort rede for alle relevante resultater for vår studie. Videre har vi referert til andres arbeid og vært nøye på korrekt sitering.

Når man skal analysere data må man unngå å miste og feiltolke data og holde seg tekstnær. I resultatdelen skal alle relevante resultater presenteres, også de negative, med ærlighet. Utdanning, videre forskning, styrker og svakheter samt implikasjoner for praksis skal

synliggjøres (Polit & Beck, 2021). Av respekt for forfatterne av de inkluderte artiklene har vi vært nøye med å sitere korrekt.

3.8 Analyse

For å analysere de inkluderte studiene fra datainnsamlingen valgte vi å bruke tematisk analyse. Aveyard (2019) henviser til flere forfattere og påpeker at tematisk analyse er en forenklet og tilpasset analyse som særlig egner seg godt for nybegynnere (Aveyard, 2019, s. 141). Grunnet dette passer denne analysemetoden for oss, da det er første gang vi skriver en masteroppgave. Ved å bruke tematisk analyse blir nye tolkninger utviklet på bakgrunn av sammenligning og analyse fra de inkluderte artiklene (Aveyard, 2019). Når man gjennomfører en analyse av aktuelle tema, vil den være avhengig av innsikten til tolkeren. Tolkeren skal forsøke å holde seg nøytral og det er viktig å forholde seg objektiv gjennom hele prosessen, samt ikke trekke konklusjoner på det man ønsker å finne (Aveyard, 2019). Dette er noe vi har hatt i tankene gjennom prosessen og har dermed vektlagt de negative resultatene på lik linje med de positive. Ved å forholde seg objektiv kan man bli overrasket av resultatet (Aveyard, 2019), noe vi ønsker.

Det første steget i en tematisk analyse handler om å identifisere temaer ut fra resultatene i artiklene (Aveyard, 2019). Når vi analyserte artiklene, leste vi nøye gjennom resultat- og diskusjonsdelen til artiklene. I tillegg leste vi metodedelen for å forstå resultatene på en bedre måte. Vi leste dette flere ganger som anbefalt av Aveyard (2019).

Neste steg i analysen omhandler å utvikle temaer fra resultatene og slå sammen disse temaene (Aveyard, 2019). Etter at vi hadde lest artiklene flere ganger skrev vi ned resultatene. Dette gjorde vi hver for oss for å kvalitetssikre at vi fikk med oss de samme resultatene fra artiklene. For å få en oversikt over resultatene og fra hvilke artikler resultatene var fra, lagde vi en tabell (vedlegg 1). I tabellen plottet vi inn temaene og satt kryss for hvilke artikler som omhandlet de samme temaene. Det ble identifisert 42 ulike temaer.

Videre tok vi de identifiserte temaene fra tabellen (vedlegg 1), sammenlignet dem og så etter motsetninger. Dette er ifølge Aveyard (2019) steg tre i tematisk analyse. Vi tok de identifiserte temaene, skrev de ned på lapper og la de utover bordet. Dette gjorde vi for å forsøke å se det store bildet. Deretter satt vi sammen temaene som sa noe om det samme. For å gjøre dette så systematisk og oversiktlig som mulig lagde vi en ny tabell (tabell 3), og satte inn de temaene og undertemaene vi hadde kommet frem til. For å lett kunne se sammenhenger og motsetninger

i resultatene satte vi kryss i tabellen (tabell 3) for hvilke tema de forskjellige artiklene hørte til. Vi gikk på nytt gjennom resultatene og så etter sammenheng. Vi navnga de temaene som hørte sammen med hovedtemanavn.

Selve analysen viste seg å være en lang og tidkrevende prosess. Likevel har det vært lærerikt, og vi har utført analysen med et åpent sinn. Etter analysen satt vi igjen med tre hovedtema; erfaringer med veiledning på individuelt nivå, erfaringer med veiledning på avdelingsnivå og praktisk gjennomføring av veiledning. Aveyards (2019) siste steg i tematisk analyse handler om å presentere temaene som er kategorisert i de sammenfattende hovedtemaene (tabell 5). For å få en god oversikt over de inkluderte artiklene laget vi en matrise som kan ses i tabell 4. Hovedtemaer og funn presenteres i resultatkapittelet.

Tabell 3 - Oversikt over tema hentet ut fra analysen

Tema hentet ut fra ekstraksjonsskjema:	Francke & de Graaff (2012) Artikkel 1	Koivu et al. (2012) Artikkel 2	Wittenberg-Lyles et al. (2014) Artikkel 3	Poulsen et al. (2016) Artikkel 4	Nordbøe & Enmarker (2017) Artikkel 5	Pollock et al. (2017) Artikkel 6	Vråle et al. (2017) Artikkel 7	Buus et al. (2018) Artikkel 8	Cutcliffe et al. (2018) Artikkel 9	Saab et al. (2021) Artikkel 10
1. Positive erfaringer på individuelt nivå										
- Forebygget eller reduserte stress, utbrenthet og fatigue	x	x	x	x	x		x		x	x
- Førte til styrket mestringsfølelse			x		x		x			
- Økt faglig kompetanse	x				x				x	
- Økt selvsikkerhet, selvillit og trygghet	x		x		x		x		x	x
- Økt arbeidsengasjement	x	x	x	x	x					
- Bedret evnen til å håndtere utfordringer					x					
- Forhindret «å ta med seg jobben hjem»			x		x					
- Bidro til refleksjon	x	x			x		x			
- Etske dilemmaer					x		x			
2. Negative erfaringer på individuelt nivå										
- Dårlig eller ingen erfaring			x					x	x	
- Ble opplevd som utrygg								x		x
- Ubehagelig å vise følelser								x		
- Redd for å vise faglig usikkerhet								x		
- Liten effekt på utbrenthet og stress	x								x	
- Ingen effekt på utmattelse	x	x								

3. Positiv betydning på avdelingsnivå - Mindre sykefravær - Økt sosial støtte - Redusert utskiftning av personell - Bedret arbeidsmiljø - Bedret samhold og samarbeid mellom kolleger - Bedret tverrfaglig samarbeid - Indirekte betydning for pasienten - Styrket kommunikasjonsferdigheter	x			x x x					x x	
4. Negativ betydning på avdelingsnivå - Manglende organisering - Ledelsen hadde liten kjennskap til gjennomføring - utfordringer med å støtte sine ansatte - Liten effekt på nedgang av sykefravær - Ingen fordeler for pasientene		x	x					x		x x x
5. Praktisk gjennomføring av veiledning - Tidsbruk - Logistikkutfordringer - Behov for å tilrettelegge/organisere - Viktig å bruke kompetente veiledere - utfordringer med å finne noen som kan veilede - Erfaringer med klinisk veiledning - Erfaringer med gruppeveiledning - Erfaringer med individuell veiledning	x x	x	x x x	x x x		x x		x x x	x x x	x x x x x x

4 RESULTAT

Vi vil i dette kapitlet presentere resultater etter Aveyards (2019) anbefaling. Først vil vi presentere de inkluderte studiene i en matrise, som kan ses i tabell 4. Det ble utarbeidet tre hovedtemaer ut fra analysen; *erfaringer med veiledning på individuelt nivå, erfaringer med veiledning på avdelingsnivå og praktisk gjennomføring av veiledning*. For at dette skal bli så systematisk som mulig blir hvert hovedtema presentert i hvert sitt underkapittel i resultatdelen. Alle resultatene under det gitte tema blir inkludert, presentert og beskrevet. Formålet med å sammenfatte resultatene fra de forskjellige studiene er for å identifisere ny kunnskap (Aveyard, 2019).

4.1 Presentasjon av inkluderte artikler

De inkluderte artiklene og hovedresultater fra artiklene er presentert i tabell 4 i kronologisk rekkefølge. Forfatter, årstall, tidsskrift, tittel, formål, forskningsmetode, deltakere/studiested og hovedresultater blir presentert i tabellen. Vi har valgt å rette fokus mot funn som i hovedsak er aktuelle for våre forskningsspørsmål, og som møter inklusjons- og eksklusjonskriterier som er satt for oppgaven. De inkluderte artiklene presenteres også vedlagt (vedlegg 4), som er en utvidet presentasjon.

Tabell 4 - Matrise over inkluderte artikler

Forfatter, år, tidsskrift	Tittel	Formål	Metode	Deltakere/ studiested	Hovedresultater
Francke & de Graaff 2012 International Journal of Nursing Studies	«The effects of group supervision of nurses: A systematic literature review»	Å få innsikt i allerede eksisterende forskningsbevis på effekt av gruppeveiledning for sykepleiere.	Systematisk review. Søk i databasene PubMed, Cinahl, Cocrane Library, Embase, ERIC, the NIVEL catalogue og PsycINFO.	17 artikler ble inkludert i studien. Studien ble utført i Nederland.	Sykepleiere som hadde gjennomgått gruppeveiledning ble mer kreative, kom på flere ideer og fikk mer arbeids glede. Gruppeveiledning utført på et universitetssykehus bidro til nedgang i antall sykedager blant sykepleiere, og hadde en positiv innflytelse på samhandling med kolleger blant sykepleiere.
Koivu et al.	«Who benefits from clinical	Denne studien hadde to mål: 1)	Tverrsnittstudie.	304 sykepleiere	De som benyttet seg av klinisk veiledning opplevde større mestring

2012 Journal of Clinical Nursing	supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurse»	identifisere hvilke sykepleiere som hadde mest nytte av klinisk veiledning, 2) undersøke om sykepleierne som mottok effektiv klinisk veiledning var mer fornøyd enn de som ikke gjorde det.	Søk ble gjort i databasene Cinahl, PubMed og PsycInfo.	som jobber på sykehus i Finland var med i studien. Studien ble utført i Finland.	på jobb, bedre kontroll, bedre samspill, fikk gode tilbakemeldinger fra pasienter, kolleger og ledelse på jobben de gjorde. De opplevde mindre symptomer på utbrenthet og var mer engasjert i arbeidsplassen. Opplevde også et forbedret samarbeid i teamet sitt.
Wittenberg-Lyles et al. 2014 Clinical Journal of Oncology Nursing	«Perceived Benefits and Challenges of an Oncology Nurse Support Group»	Å utforske de opplevde fordelene og barrierene ved å delta i en månedlig støttegruppe for kreftsykepleiere.	Kvalitativ metode med individuelle intervju.	10 kreftsykepleiere deltok i studien. Studien ble utført i USA.	Støttegruppe for kreftsykepleiere er en kommunikasjons-intervensjon for å forebygge de ødeleggende effektene av utbrenthet, utskiftning av personell, pasientens nød og tverrprofesjonelle kommunikasjonsmangler. Studien bekrefter at kreftsykepleiere mottar flerdimensjonale fordeler av å delta i en støttegruppe.
Poulsen et al. 2016 European Journal of Oncology Nursing	«Work engagement in cancer care: The power of co-worker and supervisor support»	Denne utforskende studien hadde som mål å undersøke foreningen av medarbeider- og veilederstøtte for kreftarbeidere.	Tverrsnittstudie.	573 kreftarbeidere med i studien. Studien ble utført i Queensland, Australia.	Det å ha støtte fra arbeidskolleger og andre som kan veilede (i forhold til kunnskap, råd og ekspertise) kan assosieres med lav emosjonell utmattelse. For å forbedre kollega- og veilederstøtten kan man benytte seg av kommunikasjons- og lederkurs. Lederne bør tilrettelegge for samhandling mellom de ansatte og de som veileder.
Nordbøe & Enmarker 2017 Open Journal of Nursing	«The Benefits of Person-Centred Clinical Supervision in Municipal Healthcare-Employees' Experience»	Målet med denne studien var å beskrive de ansattes opplevelse av fordelene ved å delta i en personsentrert klinisk veiledningssetting.	Kvalitativ metode med gruppeintervju og individuelle evalueringer rett etter og 12 måneder etter siste veiledningstime.	Totalt seks informanter deltok i studien: to sykepleiere, en ergoterapeut og tre hjelpepleiere. Studien ble gjort i Norge.	Deltakerne i studien opplevde at deres personlige ressurser og mestringsevne var blitt styrket av veiledningen. De utviklet evner til å møte utfordringene mer konstruktivt enn før. Veiledningen hjalp også deltakerne å reflektere og gjøre bevisste valg på jobb.
Pollock et al.	«A systematic review of	Å systematisk revidere bevis	Systematisk review.	Totalt 29 artikler ble	Effektiv klinisk veiledning vil sannsynligvis kreve kontinuerlig

2017 Journal of Advanced Nursing	evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals»	knyttet til klinisk veiledning for sykepleiere, jordmødre og alliert helsepersonell.	Søk i databasene Medline, Cinahl, Embase, AMED, CDSR, DARE, CENTRAL og HTA.	inkludert i studien. Studien ble utført i England.	læring og utvikling av veiledere og de som blir veiledet. De må være forpliktet til å selv vurdere sine ferdigheter og kompetanse gjennom refleksjon og gjennomgang av deres fremførelse.
Vråle et al. 2017 Sykepleien Forskning	«Ethical reflection and awareness in supervision»	Å undersøke hvordan etisk refleksjon i veiledning kan bidra til økt bevisstgjøring og forebygge moralsk stress.	Kvalitativ metode med fokusgruppeintervju.	Ni psykiatriske sykepleiere ved et DPS deltok i studien. Studien ble utført i Norge.	Deltakerne ga uttrykk for at veiledning hadde positive virkninger på f.eks. det å kjenne seg modig, og bli mer bevisst på egne verdier. De opplevde den systematiske etiske refleksjonen i veiledning som praktisk og konkret.
Buus et al. 2018 International Journal of Mental Health Nursing	«Resistance to group clinical supervision: A semistructured interview study of non-participating mental health nursing staff members»	Å utforske motstand til klinisk veiledning ved å undersøke perspektiver på klinisk veiledning fra psykiatriske sykepleiere som ikke deltok i klinisk gruppeveiledning.	Kvalitativ metode med individuelle semistrukturerte intervju.	24 psykiatriske sykepleiere deltok i studien. Studien ble utført på et psykiatrisk sykehus i Danmark.	Sykepleierne uttrykte at veiledning var utsatt for å bli nedprioritert under organisasjonsendringer eller når ansatte var stresset (akkurat de gangene det hevdtes at veiledning var mest nødvendig). Det vil være behov for at organisasjonsledere å organisere klinisk veiledning på måter som gjør det mulig for pleiepersonell å delta, samt finne akseptable typer veiledning som støtter faglig utvikling av sykepleiere.
Cutcliffe et al. 2018 International Journal of Mental Health Nursing	«A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing»	Å få innsikt i empiriske studier om klinisk veiledning for å undersøke vitenskapens tilstand.	Systematic review. Søk i databasene Cinahl, Medline, PsychL IT og British Nursing Index	28 artikler ble inkludert i studien. Studien ble utført i Australia.	De som benyttet seg av klinisk veiledning opplevde større mestring på jobb, bedre kontroll, bedre samspill, fikk gode tilbakemeldinger fra pasienter, kolleger og ledelse på jobben de gjorde. De opplevde mindre symptomer på utbrenthet og var mer engasjert i arbeidsplassen. Opplevde også et forbedret samarbeid i teamet sitt.
Saab et al. 2021	«Peer group clinical supervision: Qualitative	Å utforske erfaringene med veiledning fra perspektivene til	Kvalitativ metode med individuelle- og	Totalt 27 deltakere med i studien.	Stressreduksjon, problemløsning, håndtering av endring og forbedret prioritering var blant fordelene ved klinisk veiledning. Utfordringene

Collegian	perspectives from nurse supervisees, managers, and supervisors»	sykepleiere som blir veiledet, deres direkte ledere og kliniske veiledere.	fokusgruppeintervju.	Studien ble utført i Irland.	omfattet konkurrerende arbeidskrav, bemanningsproblemer og varighet, sted og prosessen i veiledningen. Deltakerne anbefalte å øke bevisstheten om klinisk gruppeveiledning på forhånd, sette av tid til den tildelte veiledningen og trene opp ekspertveiledere.
------------------	---	--	----------------------	------------------------------	--

4.2 Hovedtemaer

Gjennom analysen kom vi frem til tre hovedtemaer, som kan ses i tabell 5. Resultatene peker på at sykepleiere og annet helsepersonell opplevde at veiledning hadde betydning på individuelt nivå, men også på et avdelingsnivå. Deltakerne i artiklene opplevde hovedsakelig veiledning som positivt, da veiledning hadde innvirkning på stress og utbrenthet, følelse av mestring og faglig kompetanse. Disse erfaringene hadde også positiv innvirkning på avdelingsnivå. Det er dog viktig å påpeke at ikke alle opplevde veiledning som positivt. Veiledning ble også opplevd som noe utrygt, hvor deltakerne syntes det var ubehagelig å vise følelser, og faglig usikkerhet i veiledning. Et annet viktig resultat som kom frem var bruk av ulike typer veiledning, hvordan veiledning skal organiseres og hvem som skal lede veiledningen. I tillegg hadde støtte fra ledelsen betydning både på individuelt- og avdelingsnivå, samt praktisk gjennomføring av veiledning.

Vi velger først å presentere resultatene som handlet om positive og negative erfaringer på individuelt nivå, etterfulgt av positive og negative erfaringer på avdelingsnivå og til slutt praktisk gjennomføring av veiledning.

Tabell 5 - Hovedtemaer utarbeidet fra ekstraksjon av data

Erfaringer på individuelt nivå	Betydning på avdelingsnivå	Praktisk gjennomføring
<ul style="list-style-type: none"> Positive erfaringer med veiledning Negative erfaringer med veiledning 	<ul style="list-style-type: none"> Positive erfaringer med veiledning Negative erfaringer med veiledning 	<ul style="list-style-type: none"> Gjennomføring av veiledning

4.3 Erfaringer med veiledning på individuelt nivå

4.3.1 Positive erfaringer - Stress, utbrenthet, mestring, faglig kompetanse og refleksjon

Resultatene i studien peker på at sykepleiere har ulike erfaringer med veiledning. Hovedsakelig peker resultatene på positive erfaringer med veiledning (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Poulsen et al., 2016; Nordbøe & Enmarker, 2017; Vråle et al., 2017; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). I åtte av 10 artikler kommer det frem at veiledning kan være med på å forebygge stress, utbrenthet og/eller fatigue for sykepleiere og annet helsepersonell (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Poulsen et al., 2016; Nordbøe & Enmarker, 2017; Vråle et al., 2017; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). Wittenberg-Lyles et al. (2014) hevder at kollegastøtte kan ha en positiv innvirkning på stress og utbrenthet hos kreftsykepleiere. Utbrenthet kan i tillegg reduseres ved økt sosial støtte fra arbeidskolleger og veiledere innenfor kreftomsorgen (Poulsen et al., 2016). Deltakerne i studien til Nordbøe & Enmarker (2017) opplevde mindre personlig stress og fatigue, når de gjennom veiledning fikk til gode refleksjoner rundt pasienthendelser og etiske dilemmaer. De som deltok i klinisk gruppeveiledning, ble ifølge Saab et al. (2021) mindre stresset.

Videre beskriver tre av artiklene at sykepleiere og annet helsepersonell opplevde en styrket mestringsfølelse ved å delta i veiledning (Wittenberg-Lyles et al., 2014; Nordbøe & Enmarker, 2017; Vråle et al., 2017). Sykepleierne som deltok i studien til Vråle et al. (2017) ga uttrykk for at veiledning hadde positiv innvirkning på det å bli mer bevisst på egne verdier, og det å føle seg mer modig. Veiledning bidro til økt selvsikkerhet, selvtillit og følelse av trygghet hos deltakerne (Francke & de Graaff, 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Nordbøe & Enmarker, 2017; Vråle et al., 2017; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). Ifølge Saab et al. (2021) peker deltakerne på at klinisk gruppeveiledning førte til at de ble mer oppmerksom, rolige, selvsikker, selvbevisst, og fikk en følelse av "empowerment" (Saab et al., 2021). Ved å fremme egenomsorgen til kreftsykepleierne håndterte de pasientene sine bedre og ble i bedre stand til å gi mer gjennom arbeidsdagen (Wittenberg-Lyles et al., 2014). I tillegg ble kvaliteten på sykepleietjenestene bedre, da deltakerne opplevde personlig vekst, og evnen til å håndtere utfordringer ble styrket (Nordbøe & Enmarker, 2017). Deltakerne i Wittenberg-Lyles et al.

(2014) og Nordbøe & Enmarker (2017) rapporterer at deltakelse i veiledning gjorde at de ikke «tok jobben med seg hjem».

Tre av de inkluderte artiklene peker på at veiledning var med på å øke faglig kompetanse for sykepleiere og annet helsepersonell (hjelpepleiere og ergoterapeuter) (Francke & de Graaff, 2012; Nordbøe & Enmarker, 2017; Cutcliffe et al., 2018). Francke & de Graaff (2012) gjorde en systematisk review, der det kom frem at veiledning hadde positiv innvirkning på sykepleiernes ferdigheter og holdninger. Studien poengterte at gruppeveiledning bidro til at sykepleiere ble mer kreative, kom på flere ideer, fikk mer arbeidsglede og tillit, håndterte konflikter bedre, fikk mer personlig vekst, kvaliteten på omsorgen de ga ble bedre, og hadde en positiv effekt på sykepleiernes profesjonelle rolle. Ved at gruppeveiledning bidro til dette fikk sykepleierne en økt faglig kompetanse (Francke & de Graaff, 2012). Veiledning bidro også til økt arbeidsengasjement (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Poulsen et al. 2016; Nordbøe & Enmarker, 2017; Cutcliffe et al., 2018).

To av studiene peker på at det å reflektere rundt etiske dilemmaer i veiledning kan være med på å gi sykepleiere positive effekter som økt bevissthet, inspirasjon og motivasjon (Nordbøe & Enmarker, 2017; Vråle et al., 2017). I Nordbøe & Enmarker (2017) rapporterte deltakerne at det var vanskelig å reflektere med kolleger når etiske dilemmaer oppsto. Dette begrunnet de med at det var liten tid å reflektere rundt etiske dilemmaer i arbeidstiden. Det at man fikk bedre tid til refleksjon i veiledning ble derfor opplevd som nyttig for deltakerne. Evnen til å håndtere utfordringer ble også styrket ved å gjøre refleksjoner i veiledning (Nordbøe & Enmarker, 2017). Sykepleierne som deltok i studien til Vråle et al. (2017) opplevde etiske refleksjon i veiledning som konkret og praktisk. Veiledning kan bidra til etisk bevisstgjøring ved å tydeliggjøre viktige etiske omsorgsverdier i praksis (Vråle et al., 2017).

4.3.2 Negative erfaringer – utrygt, ubehagelig og sårbart

Til tross for at de fleste studiene pekte på mange positive erfaringer med veiledning, fikk vi også resultater på negative erfaringer med veiledning (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Buus et al., 2018; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). Veiledning ble opplevd som en negativ arena der de som deltok var engstelig for å komme i fokus av veiledningen, de var redde for at problemene de la frem skulle bli misforstått (Buus et al., 2018). Veiledning ble opplevd som utrygt, det var ubehagelig å vise følelser i veiledning og redselen for å vise faglig usikkerhet i en veiledningsgruppe ble rapportert (Buus et al., 2018;

Saab et al., 2021). Vråle et al. (2017) rapporterer at deltakerne syntes det var vanskelig å ta opp saker i veiledning når den andre parten ikke var til stede på grunn av det etiske aspektet i veiledningen, og at det følte sårbart. Tre studier rapporterte at deltakerne hadde dårlig eller ingen erfaring med veiledning, da de ikke hadde deltatt eller fått tilbud om å delta i veiledning (Wittenberg-Lyles et al., 2014; Buus et al., 2018; Cutcliffe et al., 2018).

I Koivu et al. (2012) sin tverrsnittstudie uttrykker de at klinisk veiledning ikke hadde effekt på følelsen av utmattelse for sykepleierne, de følte seg fortsatt kynisk og følte at jobben stilte høye krav. Sykepleierne opplevde det som vanskelig å integrere seg på arbeidsplassen og i privatlivet, selv om de fikk veiledning (Koivu et al., 2012). Francke & de Graaff (2012) peker også på at ikke alle sykepleierne opplevde at veiledning hadde positiv effekt på følelsesmessig utmattelse og heller ingen signifikant effekt på utbrenthet. Videre hevder de at veiledning ikke hadde effekt på sykepleiernes følelse av tilfredshet på jobben eller arbeidsrelaterte belastninger. I Cutcliffe et al. (2018) sin systematiske review kommer det frem at veiledning ikke hadde signifikante endringer på stress i eldre studier.

Oppsummert peker forskerne og deltakerne i de inkluderte artiklene på at de jevnt over var fornøyd med veiledning som tiltak, men det er dog viktig å påpeke at det finnes flere nyanser av veiledning. Veiledning kan bidra til å forebygge/reducere stress og utbrenthet, og i tillegg bidra til økt mestringsfølelse og faglig kompetanse, samt mulighet til refleksjon. Likevel kan veiledning være med på å skape redsel, utrygghet og sårbarhet blant sykepleiere og annet helsepersonell. Veiledning hadde heller ingen innvirkning på stress, utbrenthet, og følelsen av utmattelse og tilfredshet i noen av artiklene.

4.4 Betydning av veiledning på avdelingsnivå

4.4.1 Positive erfaringer – sykefravær, samarbeid og kommunikasjon

Resultatene i vår studie pekte også på erfaringer med veiledning med betydning på avdelingsnivå (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Poulsen et al., 2016; Nordbø & Enmarker, 2017; Vråle et al., 2017; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). I tre artikler ble det påpekt at veiledning var med på å redusere sykefraværet for sykepleiere og annet helsepersonell (Francke & de Graaff, 2012; Poulsen et al., 2016; Cutcliffe et al., 2018). I Poulsen et al. (2016) sin tverrsnittstudie var økt sosial støtte fra arbeidskolleger og veiledere innenfor kreftomsorgen med på å redusere sykefraværet, og hindre intensjonen om

å slutte i jobben. Ved at sykepleiere deltok i veiledning fikk de økt selvtillit, de følte seg støttet i krise, og de anerkjente følelsene sine bedre (Cutcliffe et al., 2018).

Flere av studiene beskriver en forbedring av samarbeid og teamarbeid blant sykepleiere (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Nordbø & Enmarker, 2017; Saab et al., 2021). Veiledning var også med på å bedre samholdet mellom kolleger (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Nordbø & Enmarker, 2017; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). Kreftsykepleierne som deltok i studien til Wittenberg-Lyles et al. (2014) var enige om at alle kreftsykepleiere skulle ha tilgang til en støttegruppe på arbeidsplassen. Støttegruppen skulle være en trygg plass hvor kreftsykepleierne kunne dele (validere) følelser og prosessere opplevd stress hos pasienter ved livets slutt (Wittenberg-Lyles et al., 2014). Veiledning førte også til bedre tverrfaglig samarbeid (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Vråle et al., 2017). I tillegg uttrykte deltakerne at veiledning førte til bedre arbeidsmiljø (Koivu et al., 2012; Nordbø & Enmarker, 2017).

Videre pekte fire av studiene på at veiledning styrket deltakernes kommunikasjonsevner (Wittenberg-Lyles et al., 2014; Nordbø & Enmarker, 2017; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). I Pollock et al. (2017) sin systematiske review uttrykte forfatterne at klinisk veiledning tok sikte på å støtte overføring, og opplæring av kommunikasjonsferdigheter i klinisk praksis for sykepleiere og annet helsepersonell, mens Cutcliffe et al. (2018) opplyser at klinisk veiledning handler om å trene på kommunikasjonsferdighetene.

Det kom frem i tre av 10 artikler at veiledning førte til indirekte fordeler for pasienter (Francke & de Graaff, 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Nordbø & Enmarker, 2017). Ved å fremme egenomsorgen til kreftsykepleierne håndterte de pasientene bedre, og ble i bedre stand til å yte mer gjennom arbeidshverdagen (Wittenberg-Lyles et al., 2014). Sykepleierne som hadde deltatt i veiledning mottok positive tilbakemeldinger fra ledelse, kolleger og pasienter på det arbeidet de utførte grunnet blant annet økt arbeidsengasjement (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012).

4.4.2 Negative erfaringer – organisering og ledelse

I studien belyses også negative erfaringer på avdelingsnivå (Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Buus et al., 2018; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). Fire av artiklene pekte på manglende organisering for å gjennomføre veiledning (Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Buus et al., 2018; Saab et al., 2021).

Flere studier rapporterte at det er behov for at ledelsen organiserer klinisk gruppeveiledning, og at det er behov for tilrettelegging slik at helsepersonell kan delta (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles, 2014; Nordbøe & Enmarker, 2017; Pollock et al., 2017; Buus et al., 2018; Saab et al., 2021). Ifølge Saab et al. (2021) hadde ledelsen lite kjennskap til veiledning og var skeptiske. Grunnet ressursmangel og underbemanning var det vanskelig for ledelsen å støtte sine ansatte til deltakelse i veiledning. Det var i tillegg mangel på prioriteringer og godkjenning fra noen ledere til å få veiledning gjennomført (Saab et al. 2021). Nordbøe & Enmarker (2017) påpeker at det er ledelsen sin oppgave å skape forutsetninger for deltakelse sammen med de ansatte. I studien til Wittenberg-Lyles et al. (2014) beskriver kreftsykepleierne det som utfordrende å ikke vite om støttegruppe-møtene skulle kompenseres for i arbeidstiden eller ikke, og at det ville kreve støtte fra administrasjon og ledelsen for å kunne gjennomføre veiledningen (Wittenberg-Lyles et al., 2014).

Cutcliffe et al. (2018) rapporterer at veiledning hadde liten effekt på nedgang i sykefravær blant sykepleiere. Videre identifiserte de at veiledning av sykepleiere ikke førte til fordeler for pasientene (Cutcliffe et al., 2018). Kommunikasjonsferdighetene mellom ledelsen og kolleger ble heller ikke bedre av å delta i veiledning (Francke & de Graaff, 2012). Deltakerne i Poulsen et al. (2016) som jobbet turnus rapporterte om mindre støtte fra sine kolleger og lite kontakt med ledelsen, da ledelsen jobbet på dagtid. Dette kom også frem i studien til Buus et al. (2018) hvor sykepleierne som jobbet natt uttrykte at de ikke hadde noe kontakt med ledelsen og følte seg derfor lite inkludert.

Oppsummert peker resultatene i studien på at veiledning kan bidra til å redusere sykefraværet, forbedre samarbeid og kommunikasjon blant sykepleiere og annet helsepersonell. I tillegg kan veiledning bidra til indirekte fordeler for pasienter. Likevel kom det frem i noen studier at veiledning hadde liten effekt på nedgangen av sykefravær. Det var manglende organisering for gjennomføring av veiledning og ledelsen hadde liten erfaring med veiledning.

4.5 Praktisk gjennomføring av veiledning – type veiledning, organisering og ledelse

Resultatene peker på utfordringer med praktisk gjennomføring av veiledning. Samtlige artikler presenterte gjennomføring av gruppeveiledning eller en type støttegruppe (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Poulsen et al., 2016; Nordbøe & Enmarker, 2017; Pollock et al., 2017; Vråle et al., 2017; Buus et al., 2018, Cutcliffe et al.,

2018; Saab et al., 2021). Enkelte studier rettet også søkelys mot individuell veiledning (Pollock et al., 2017; Cutcliffe et al., 2018). I tillegg ble kollegastøtte og andre kommunikasjonsintervensjoner tatt med (Francke & de Graaff, 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Poulsen et al., 2016).

En av de mest sentrale utfordringene som kom frem i artiklene var logistikkutfordringer ved gjennomføring av veiledning (Wittenberg-Lyles et al., 2014; Poulsen et al., 2016; Buus et al., 2018; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). I henhold til logistikkutfordringer var det utfordringer som å planlegge veiledning, finne noen som kunne lede veiledningsgruppen, og få regelmessig deltakelse (Wittenberg-Lyles et al., 2014; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). For å kunne gjennomføre veiledning med god kvalitet må man ha kjennskap til veiledning, og ha noen som er opplært (Nordbøe & Enmarker, 2017). I fire av studiene kom det frem at for å få god kvalitet på veiledningen er man avhengig av å finne en veileder som har kompetanse (Poulsen et al., 2016; Nordbøe & Enmarker, 2017; Pollock et al., 2017; Saab et al., 2021).

Det vil være behov for gjentakende opplæring for både de som skal veilede, og de som skal bli veiledet. Det vil også være viktig at de som veileder er engasjert, og selv tar ansvar for å utvikle sine ferdigheter og kompetanse gjennom refleksjon, og gjennomgang av deres prestasjoner (Pollock et al., 2017). Likevel peker studien til Wittenberg-Lyles (2014), Cutcliffe et al., (2018) og Saab et al. (2021) på at det er utfordringer med å finne aktuelle kandidater som kan lede veiledningen. Flere studier påpeker at det er ledelsens oppgave å finne noen av personalgruppen som kan ta ansvar for veiledningen (Pollock et al., 2017; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). Det kom også frem i flere av studiene at det var behov for å tilrettelegge og organisere veiledning (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Pollock et al., 2017; Buus et al., 2018; Saab et al., 2021).

De fleste studiene rapporterte at tidsbruk var et viktig aspekt for å kunne gjennomføre veiledning (Francke & de Graaff, 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Poulsen et al., 2016; Pollock et al., 2017; Buus et al., 2018; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021), og at det å finne et egnet tidspunkt, og et aktuelt sted å gjennomføre veiledning også var avhengig av støtte fra ledelsen (Wittenberg-Lyles et al., 2014; Poulsen et al., 2016; Nordbøe & Enmarker, 2017; Buus et al., 2018; Saab et al., 2021). Det var viktig at ledelsen satt av tid til veiledning (Francke de Graaff, 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Poulsen et al., 2016; Pollock et al., 2017; Buus et al., 2018; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021).

I studien til Buus et al. (2018) ønsket ikke sykepleierne å delta i klinisk gruppeveiledning grunnet at de hadde dårlig erfaring med den, og andre ting kom i veien for den (for eksempel nattevakter, lang reisevei, manglende tid og familieforpliktelser). Det var et spørsmål om prioriteringer. Grunner til å ikke prioritere klinisk gruppeveiledning utenfor vanlig arbeidstid var liten deltakelse, kanselleringer, turnusarbeid, ikke vite hva som skulle diskuteres, tidsberegning og pendling til jobb (Buus et al., 2018). Deltakerne i studien til Saab et al. (2021) uttrykte at en av grunnene til at de ikke møtte opp på veiledning var mangel på forståelse og kjennskap til veiledningsprosessen. Deltakerne påpekte også at det var vanskelig å møte opp på veiledningene grunnet høy arbeidsbelastning og lav bemanning (Saab et al., 2021). Flere av sykepleierne uttrykte at de ikke stolte på kollegene sine og at de var redd for å bli “overkjørt”, da flere hadde sterke personligheter og mange meninger (tok mye plass) (Buus et al., 2018).

Begrepet klinisk veiledning ble brukt i nesten alle artikler (Koivu et al., 2012; Nordbøe & Enmarker, 2017; Pollock et al., 2017; Buus et al., 2018; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). Til tross for hyppig bruk av dette begrepet uttrykker Pollock et al. (2017) at det er mangel på enighet om hva klinisk veiledning er, og hvordan den skal gjennomføres. Likevel peker studien til Cutcliffe et al. (2018) på at klinisk veiledning blant sykepleiere er i en gradvis økning.

Oppsummert peker resultatene i studien på hvilken type veiledning man kan benytte seg av, organisering av veiledning med fokus på logistikkutfordringer, og hvordan ledelsen kan bidra til gjennomføring av veiledning.

5 DISKUSJON

Denne systematiske tilnærmingen har vist at det er gjort en del forskning på veiledning i sykepleie. De fleste inkluderte studiene tar i hovedsak for seg sykepleieres erfaringer med veiledning, men presenterer også annet helsepersonells erfaringer med veiledning. Det ble funnet erfaringer både på et individuelt- og avdelingsnivå. Erfaringene dreide seg blant annet om stress, utbrenthet, mestring, faglig kompetanse, refleksjon, sykefravær, samarbeid og kommunikasjon. Resultatene pekte også på praktisk gjennomføring av veiledning, der ulike typer veiledning, organisering og ledelse i veiledning kom tydelig frem.

I dette kapittelet vil resultatene fra forskningsartikler drøftes opp mot forskningsspørsmålene, annen aktuell forskning, relevant bakgrunns litteratur og egne erfaringer. Våre forskningsspørsmål er: «Hvilke erfaringer har sykepleiere med veiledning på arbeidsplassen?» og «Hvilke faktorer har betydning for gjennomføring av veiledning?».

Analysen i denne studien resulterte i tre hovedtemaer som vil være de mest sentrale i diskusjonen. I kapittel 5.1 vil vi starte med å diskutere det første hovedtemaet, *erfaringer med veiledning på individuelt nivå*. Da vi ser en sammenheng mellom det andre hovedtemaet, *betydning av veiledning på avdelingsnivå*, og det tredje hovedtema, *praktisk gjennomføring av veiledning*, har vi valgt å diskutere disse sammen i kapittel 5.2 for å få en bedre flyt i diskusjonen. I kapittel 5.3 vil vi diskutere kreftsykepleiers rolle i gjennomføring av veiledning. Etter dette vil vi i kapittel 5.4 diskutere valg av metode, hvor vi trekker inn styrker og svakheter med oppgaven.

5.1 Erfaringer med veiledning på individuelt nivå

For mange sykepleiere kan veiledning være med på å redusere eller forebygge stress (Wittenberg-Lyles et al., 2014; Nordbøe & Enmarker, 2017; Buus et al., 2018; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). Ifølge Reitan (2017b) kan større eller mindre påkjenninger over tid føre til kronisk stress. Mulige kilder til stress kan være å oppleve tidspress i arbeidssituasjoner, og å ha en manglende følelse av egenkontroll (St. mld. nr. 16, 2002-2003). Tidligere forskning hevder at sykepleiere som arbeider med kreftpasienter kan være sårbare for stress på arbeidsplassen, da arbeidsbelastningen er stor, og ofte omhandler pasienter som er døende (Ko

& Kiser-Larson, 2016). Våre resultater peker på at veiledning også kan være med på å forebygge eller redusere utbrenthet og fatigue (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Poulsen et al., 2016; Nordbøe & Enmarker, 2017; Buus et al., 2018; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). På en annen side presenterer noen av resultatene at veiledning ikke hadde noen signifikante endringer på stress eller effekt av utbrenthet (Francke & de Graaff, 2012; Cutcliffe et al., 2018).

Utbrenthet er vanlig blant helsepersonell, og regnes som et yrkesfenomen og ikke en sykdom (Eide & Eide, 2017; Kvam, 2020). Dette støttes av forskningen til Velando-Soriano et al. (2020) som beskriver at utbrenthet er en realitet i sykepleieryrket. Ifølge Isdal (2017) er det å ikke klare å gå på jobb et tegn på utbrenthet. Vi ser sammenheng med dette i våre samlede søk, da forskningen rapporterte at utbrenthet og fatigue er vanlig blant helsepersonell, og særlig kreftsykepleiere og sykepleiere som arbeider med kreftsyke pasienter i livets siste fase. Vi har erfaring med å jobbe med alvorlige syke og døende pasienter, og på lang sikt tenker vi at det kan være en fare for at man blir utbrent når man ikke får bearbeidet påkjenningen dette kan medføre. Ifølge Isdal (2017) vil andres lidelser påvirke oss emosjonelt, og vi kan gå i beredskapsmodus for å beskytte oss selv. Selv om man kan se rolig ut og opptre faglig, registrerer man kanskje ikke de belastningene kroppen står overfor, og til slutt klarer man ikke å gå på jobb (Isdal, 2017). I tillegg til veiledning hevder Wittenberg-Lyles et al. (2017) at kollegastøtte også kan ha en positiv innvirkning på stress og utbrenthet. På mange måter kan man se sammenheng mellom kollegastøtte og veiledning, da veiledning skal bidra til opplevelse av kollegialt fellesskap (Vråle, 2015). Sosial støtte er også noe som bør vurderes med tanke på å forebygge utbrenthet (Velando-Soriano et al., 2020).

Som nevnt innledningsvis har vi erfaring med å jobbe på en hektisk sengepost, der vi daglig jobber med alvorlig syke og døende pasienter. Etter samtale med våre kolleger og sykepleiere fra andre avdelinger har vi fått et inntrykk av at de med jevne mellomrom føler seg stresset og utbrente. For å klare å stå i den hektiske arbeidshverdagen vår tenker vi at det er viktig å ha strategier som gjør at vi får en følelse av mestring. For å beherske ytre eller indre påkjenninger behøver man strategier for å ivareta egen helse, og mestring kan være en slik strategi (Eide & Eide, 2017). I våre resultater kommer det frem at veiledning styrket mestringsfølelse til sykepleiere (Wittenberg-Lyles et al., 2014; Nordbøe & Enmarker, 2017; Vråle et al., 2017). Sykepleiere fikk etter deltakelse i veiledning økt selvsikkerhet, bedre selvtillit og økt trygghet i å ta vanskelige avgjørelser (Francke de Graaff., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Nordbøe & Enmarker, 2017; Vråle et al., 2017; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). Veiledning

hadde også positiv innvirkning på å føle seg mer modig og bevisst på egne verdier (Vråle et al., 2017). Tveiten (2019) uttrykker at selve hensikten med veiledning er å styrke mestringskompetansen til yrkesutøvere. Vi tenker at økt selvsikkerhet, selvtilit, det å føle seg modig og trygg i å ta egne avgjørelser, blant annet kan være årsaker til styrket mestringsfølelse for sykepleiere og annet helsepersonell.

Det er for oss interessant at Francke & de Graaff (2012), Nordbø & Enmarker (2017) og Cutcliffe et al. (2018) rapporterer i sine studier at veiledning førte til økt faglig kompetanse for helsepersonell. Vi tenker at mestringsfølelse også kan knyttes til faglig kompetanse, da man som sykepleiere opplever mestring når man er trygg i egne kompetente avgjørelser. Dette støttes av deltakerne i studien til Nordbø & Enmarker (2017) som påpeker at følelsen av selvtilit hos sykepleiere og annet helsepersonell var med på å øke den faglige kompetansen. De peker videre på at veiledning med refleksjon skapte ny forståelse og kunnskap hos sykepleiere og annet helsepersonell (Nordbø & Enmarker., 2017). Hermansen et al. (1992) hevder at sykepleiefaglig veiledning er en metode for å kvalitetssikre sykepleien. Sykepleiefaglig veiledning har også som mål å bygge opp kompetansen på et faglig, etisk og personlig plan, samt skal være et hjelpemiddel for å øke den faglige standarden i sykepleien (Hermansen et al., 1992). Så hva menes med faglig standard? Våre resultater peker mot at sykepleierne som deltok i veiledning opplevde at de tok bedre kliniske valg, fikk personlig vekst, økt faglig kompetanse, styrket evne til å håndtere utfordringer og bedre kommunikasjonsferdigheter, noe som medførte fordeler for arbeidsplassen og indirekte fordeler for pasienter. Etter vår mening vil disse momentene samlet være med på å påvirke den faglige standarden. Ifølge Nordbø & Enmarker (2017) er man avhengig av støtte og muligheten til å utvikle faglig kompetanse for å stå i krevende arbeidssituasjoner.

Vi synes det er interessant at kun to av studiene konkret tar opp refleksjoner om etiske dilemma (Nordbø & Enmarker, 2017; Vråle et al., 2017). Vråle et al. (2017) rapporterer at etisk refleksjon i veiledning kan hjelpe sykepleiere å ta bedre avgjørelser. Sykepleieres og annet helsepersonells evne til å håndtere utfordringer ble styrket gjennom refleksjoner i veiledning (Nordbø & Enmarker, 2017). På en annen side kommer det frem at sykepleierne som deltok i studien ga uttrykk for at det var sårbart å ta opp saker i veiledning når den andre parten ikke var til stede, grunnet det etiske aspektet (Vråle et al., 2017). Det å kunne få diskutert og reflektert rundt situasjoner med andre kolleger tenker vi kan være med på å gjøre det lettere i arbeidshverdagen. Vråle (2015) uttrykker at veiledning i gruppe gir best utbytte når man skal diskutere etiske dilemmaer, og kaller det for etisk refleksjonsveiledning (Vråle, 2015).

Refleksjon handler om å oppnå en dypere forståelse av noe man har deltatt gjennom en fokusert og engasjert samtale (Strømfors & Edland-Gryt, 2013). De som veiledes skal reflektere over egne handlinger og egen praksis sammen (Tveiten, 2019). Etter vanskelige hendelser kjente sykepleierne behovet for å reflektere. Når vanskelige situasjoner oppsto følte de behov for å snakke med kolleger og diskutere dette (Honkavuo & Lindström, 2014). I vår arbeidshverdag er etiske dilemmaer stadig en utfordring da vi som sykepleiere blant annet skal ta avgjørelser på vegne av en annens persons liv som for eksempel ved lindring ved livets siste fase. Vi tenker at det å jobbe med alvorlig syke og døende kreftpasienter berører oss som mennesker, og Isdal (2017) påpeker at andres lidelser vil kunne påvirke oss emosjonelt. Gjennom denne studien har vi fått et innblikk i sykepleieres erfaringer med veiledning.

5.2 Praktisk gjennomføring av veiledning og betydning av veiledning på avdelingsnivå

Som tidligere nevnt er klinisk veiledning et gjennomgående begrep som brukes i flere av de inkluderte artiklene (Koivu et al, 2012; Nordbøe & Enmarker, 2017; Pollock et al. 2017; Vråle et al. 2017; Buus et al. 2018; Cutcliffe et al. 2018; Saab et al. 2021). Cutcliffe et al. (2018) uttrykker at klinisk veiledning blant sykepleiere er i gradvis økning. Allerede i 1982 engasjerte NSF seg i utviklingen av sykepleiefaglig veiledning (Hermansen et al. 1992), og det at Pollock et al. (2017) presiserer at det er en uenighet om hva klinisk veiledning er og hvordan den skal utføres mener vi er interessant da vi ser i gjennomgangen av forskningen at det er mye brukt. Vi har ikke erfaring med klinisk veiledning selv, og synes det er spennende at veiledning har vært interesse for i nesten 40 år. Det er fortsatt ikke forskning som bekrefter bruken av veiledning. Francke & de Graaff (2012) og Pollock et al. (2017) uttrykker at empiriske bevis som understøtter klinisk veiledning for sykepleiere er begrenset.

Funnene fra denne studien viser at veiledning kan utføres på forskjellige måter. Nordbøe & Enmarker (2017) forsket på klinisk veiledning i grupper hvor deltakerne ble oppfordret til å skrive ned situasjoner de opplevde på jobb som de ønsket å diskutere. Flere av sykepleierne i Buus et al. (2018) rapporterte at de ikke ønsket, av personlige grunner, å dele følelser og faglige utfordringer i gruppeveiledning. Sykepleierne uttrykket i tillegg at de ikke hadde tillit til alle kolleger i veiledning, og var da redde for å bli "overkjørt". Andre deltakere rapporterer at gruppeveiledning bedret samholdet mellom kolleger (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Nordbøe & Enmarker, 2017; Cutcliffe et al., 2018; Saab

et al., 2021). Vi tenker det kan være en fordel å skrive ned situasjoner i forkant som da kan føre til at deltakerne i gruppen ikke vet hvem som er kilden til saker som skal diskuteres. Vi tenker videre at det å sitte i en gruppe å skulle dele problemer, kan oppleves vanskelig og utfordrende dersom man ikke er komfortabel med å fortelle. Vi tenker også at gruppeveiledning kan føre til bedre samhold.

Andre sykepleiere var redde for å bli misforstått av veileder, og ønsket ikke å være i sentrum av veiledningen, noe som førte til at de ikke ville si hva de ønsket å snakke om i gruppen (Buus et al., 2018). Tveiten (2019) uttrykker at gjennomføring av gruppeveiledning vil kunne by på utfordringer dersom deltakerne ikke ønsker å dele følelser og hendelser foran en gruppe (Tveiten, 2019). Vi tenker at grunnet dette vil gruppeveiledning være mot sin hensikt, og det vil kunne være mer aktuelt med individuell veiledning, da individuell veiledning handler om samtaler og dialogen mellom en som veileder og en som blir veiledet (Tveiten, 2019). Vi tenker at hvis man som deltaker i gruppeveiledning klarer å være åpen og imøtekommende, kan man se på gruppeveiledning som en fordel, da man får flere synspunkter på ting og får reflektert. I gruppeveiledning peker Vråle (2015) nettopp på at man skal dele erfaringer, opplevelser og kunnskap. Gruppeveiledning kan i tillegg bidra til kollegialt fellesskap (Vråle, 2015).

På en annen side uttrykket noen deltakere i Buus et al. (2018) misnøye rundt gruppeveiledning, men det er viktig å påpeke at de fleste deltakerne i studien jobbet natt. Flere uttrykket at fordi de jobbet natt hadde de ikke behov for å delta i veiledning, uavhengig av type veiledning (Buus et al., 2018). Vi har forståelse for utfordringer med å delta i gruppeveiledning når man jobber natt, da man har liten fritid å avse. Noen sykepleiere foretrakk individuell veiledning foran gruppeveiledning (Buus et al., 2018). Individuell veiledning kan være aktuelt dersom en hendelse eller erfaring krever tettere oppfølging (Vråle, 2015). Tveiten (2019) uttrykker at selv om veiledning utføres individuelt eller i gruppe vil selve kjernen i veiledning være den samme. Vi tenker at individuell veiledning kan risikere å bli statisk, da den som blir veiledet ikke har tilgang til flere synspunkter, tolkninger eller kunnskap. Individuell veiledning vil også kunne være aktuelt å bruke, da man kun har en person å forholde seg til og ikke en hel gruppe.

Deltakelse i veiledning bidro til bedre samarbeid i gruppen og en følelse av bedre kontroll på jobb, og de som ikke deltok opplevde det vanskeligere og integreres i kollegiet (Koivu et al., 2012.). Videre førte deltakelse i veiledning til trygghet i å diskutere etiske dilemmaer og andre vanskelige hendelser, og det igjen førte til at sykepleierne ble mer trygg på avgjørelsene som ble tatt. Det å føle seg trygg og bli god på å lytte til kolleger, og andre profesjoner førte til bedre

tverrfaglig samarbeid (Nordbøe & Enmarker, 2017). Vår erfaring som sykepleiere er at vi ofte samarbeider tverrfaglig, og da er det viktig at man føler seg trygge i diskusjoner som kan være utfordrende og vanskelige. Veiledning førte til at sykepleierne ble mer selvsikre og trygg i å diskutere med kolleger om generelle ting og ikke bare pasient hendelser. Tidligere ble det mer tilfeldig at ting ble tatt opp i kollegiet (Nordbøe & Enmarker, 2017). Sykepleierne i Honkavuo & Lindström (2014) hadde ofte samtaler på pauserommet i lunsjtiden og brukte pauserommet som et sted der de snakket ut om følelser. Vi erkjenner at dette er noe vi også gjør på vår arbeidsplass. Denne tilfeldige praten på medisinerommet eller pauserommet blir ofte kort, og du må selv oppsøke den. I tillegg risikerer man å bli avbrutt i samtalen, da hektiske arbeidshverdager byr på avbrytelser. Vi savner derfor tilbud om organisert veiledning på arbeidsplassen vår, men tenker at det vil kreve nøye planlegging.

I flere studier rapporterte deltakerne logistikkutfordringer ved å gjennomføre veiledning (Wittenberg-Lyles et al., 2014; Poulsen et al., 2016; Buus et al., 2018; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). Logistikkutfordringene handlet blant annet om utfordringer med å planlegge veiledning (Wittenberg-Lyles et al., 2014; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). Grunner til å ikke prioritere klinisk gruppeveiledning utenom vanlig arbeidstid var blant annet liten deltakelse, kanselleringer, familieforpliktelser, turnusarbeid, tidsberegning, pendling til jobb og ikke vite hva som skulle diskuteres (Buus et al., 2018). Noe av dette kom også frem i studien til Saab et al. (2021), da deltakerne uttrykte at utfordringer knyttet til klinisk gruppeveiledning var mangel på forståelse og kjennskap til prosessen. Deltakerne bemerket at det var vanskelig å delta på veiledningen grunnet arbeidsbelastning og underbemanning (Saab et al., 2021). Cutcliffe et al. (2018) peker også på at sykepleierne som deltok i klinisk veiledning hadde ingen erfaring fra før, og opplevde det som utfordrende å innføre klinisk veiledning på sykehuset. Disse resultatene er kjennbare for oss da vi har en forståelse av at det kan være utfordrende å stille opp på veiledning før eller etter en arbeidsdag. Likevel ønsket en sykepleier i studien til Honkavuo & Lindström (2014) å få drøftet situasjonen samme dagen, og gikk gjerne overtid etter jobb for å få dette gjort. Vi tenker at når man jobber turnus vil man måtte møte før eller etter jobb, og dette kan være utfordrende da man kanskje er sliten etter for eksempel en nattevakt. Mange har forpliktelser på fritiden og alle disse faktorene samlet vil nok forhindre sykepleiere å delta i veiledning. Dette støttes av deltakerne i studien til Buus et al. (2018), da de opplevde at veiledning var noe de måtte prioritere på sin fritid grunnet turnusarbeid.

En annen faktor som var utfordrende med gjennomføring av veiledning var tid. Flere av studiene påpeker at tid er noe som spiller en viktig rolle når man skal gjennomføre veiledning

(Francke & de Graaff, 2012; Wittenberg-Lyles et al., 2014; Poulsen et al., 2016; Pollock et al., 2017; Buus et al., 2018; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). Tveiten (2019) uttrykker at det må settes av tid til veiledning for at den skal kunne gjennomføres slik at veiledningen ikke blir tilfeldig. Sykepleierne opplevde bedre effekt av klinisk gruppeveiledning når seansen varte i mer enn en time, og ble holdt minst en gang i måneden (Wittenberg-Lyles et al., 2014; Cutcliffe et al., 2018). Pollock et al. (2017) rapporterer at det var satt mellom 45 min til to timer til gruppeveiledning. I tillegg ble gruppeveiledningene holdt mellom hver uke og hver åttende uke. Det var satt av en time til individuell veiledning og ble holdt mellom hver 14 dag til hver tredje måned (Pollock et al. 2017). Som tidligere nevnt har vi erfaring med onsdagsmøte på avdelingen. Det er viktig å påpeke at disse møtene tok slutt, da det var lite oppmøte grunnet at helsepersonellet måtte ta seg av pasientene. Onsdagsmøtene ble nedprioritert. Vår erfaring er at det ikke settes av tid til veiledning, men at det kan settes av tid til debriefing etter akutte hendelser. Debriefingen blir arrangert av avdelingsleder og blir utført i arbeidstiden.

For at veiledning skal være gjennomførbart tenker vi at ledelsen må bidra i organiseringen. Dette støttes av artiklene i vår studie da det er viktig at ledelsen bidrar i organiseringen av veiledning, da det ofte er behov for å tilrettelegge slik at pleiepersonalet kan delta (Francke & de Graaff, 2012; Koivu et al., 2012; Wittenberg-Lyles, 2014; Nordbøe & Enmarker, 2017; Pollock et al., 2017; Buus et al., 2018; Saab et al., 2021). Selv om kreftsykepleiere og sykepleiere har ervervet flere organisatoriske oppgaver tenker vi at for å kunne innføre veiledning på en sykehusavdeling, vil det være nødvendig med støtte fra ledelsen. Uten ledelsen inn i bildet risikerer man dårlig struktur og oppmøte, og det blir fort den uformelle praten mellom kolleger på gangen eller i lunsjpausen. For å få gjennomført veiledning presiserer Wittenberg-Lyles et al., (2014) at man må planlegge veiledningen og være enig om når det skal gjennomføres. Det kommer frem at en leder bør planlegge å lede veiledningstimene (Wittenberg-Lyles et al., 2014). Kreftsykepleierne i studien til Wittenberg-Lyles et al. (2014) dannet en selvorganisert støttegruppe for kreftsykepleiere. Selv om de organiserte denne selv, hadde de ledelsen med seg på lag og fikk innvilget å ha støttegruppe-møtene i en time hver fredag morgen før pasientene kom (Wittenberg-Lyles et al., 2014). Koivu et al. (2012) peker på at det vil være behov for å gjøre en innsats for å lære hvordan man skal bruke klinisk veiledning som intervensjon på en ordentlig måte. Det vil også være nødvendig å finne akseptable typer veiledning som støtter faglig utvikling for sykepleiere (Buus et al., 2018). Før hadde helsepersonell et mer pasientnært arbeid, men med tiden har oppgavene blitt mer og mer organisatoriske. Nye samhandlingsverktøy, skåringsverktøy, sjekklister, dokumentasjon,

teknologi og standardisert pasientforløp har økt i omfang de siste årene (Ingstad, 2019). Lederansvaret har i tillegg blitt større, og som leder har man personalansvar (Ingstad, 2019). Tidligere forskning hevder at ledere for sykepleiere har et ansvar å finne intervensjoner som støtter sykepleiere. I tillegg er lederens personlighet, sympati, forståelse, etisk verdi og evne til å diskutere viktige aspekt for å kunne lede sykepleiere (Honkavuo & Lindstöm, 2012).

På en annen side kom det frem i studien til Saab et al. (2021) at ledelsen hadde liten kunnskap om og liten kjennskap til veiledning, samt det var mangel på prioriteringer. I tillegg var de skeptiske til gjennomføring av veiledning, da de opplevde det som vanskelig å støtte sine ansatte til deltakelse i veiledning, grunnet ressursmangel og underbemanning (Saab et al., 2021). Deltakerne i studien til Nordbøe & Enmarker (2017) hevder at ledelsen sin oppgave er å skape forutsetninger for deltakelse sammen med de ansatte. Ledelse dreier seg blant annet om å ha ansvar for problemløsninger og samarbeid med kolleger. Sykepleiere har også et lederansvar innenfor egen virksomhet (Orvik, 2015). Ledere innenfor helseomsorgen har også et ansvar å finne kompetente veiledere som kan identifisere og forbedre problemområder for lederskap og kommunikasjon. Dette for å støtte helsepersonell og arbeidsmiljøet slik at man på sikt kan få en sterk og støttende arbeidskultur (Poulsen et al., 2016). Det vil være behov for at ledelsen fremmer kollega- og veilederstøtte for bedre arbeidsengasjement blant helsepersonell som arbeider innenfor kreftomsorgen (Poulsen et al., 2016).

Flere studier peker på at veiledning førte til mindre sykefravær grunnet at sykepleierne som deltok i veiledning fikk økt selvtillit, de anerkjente følelsene sine og følte seg støttet i en krise (Francke & de Graaff, 2012; Poulsen et al., 2016; Cutcliffe et al., 2018). Vi tenker at det å ha en leder som organiserer veiledning kan bidra til at sykepleiere og annet helsepersonell får reflektert rundt hendelser, noe som igjen kan være med på å redusere sykefraværet. Det å motta støtte fra kolleger eller annen form for veiledning har vært koblet til lav emosjonell utmattelse/utbrenthet og det kommer frem i studiene at sosial støtte har effekt på arbeidsengasjement (Francke & de Graaff, 2012; Poulsen et al., 2016). Veiledning kan også være med på å forhindre at folk slutter og dermed føre til mindre utskifting av personalet (Poulsen et al., 2016). Nordbøe & Enmarker (2017) og Koivu et al. (2012) fremhever veiledning som tiltak for et bedre arbeidsmiljø. På en annen side rapporterer noen av deltakerne i Cutcliffe et al. (2018) at veiledning hadde liten effekt på sykefravær blant sykepleiere. For oss er et godt arbeidsmiljø viktig for blant annet trivsel på arbeidsplassen og at man ikke føler seg utslitt når man går fra jobb.

5.3 Kreftsykepleiers rolle i gjennomføring av veiledning

Nyere forskning peker på at sykepleiere ser på kreftsykepleiere som eksperter, rollemodeller og som mentorer. Kreftsykepleieren ses også på som en leder, som en sykepleierne ofte går til for å få råd (Krishnasamy et al., 2021). Kreftsykepleiere har først og fremst ansvar for pasienter som har kreft, og deres pårørende. Videre skal kreftsykepleiere utøve helhetlig sykepleie, og ha inngående kunnskap blant annet om kreftsykdom, omsorg og pleie, samt lindrende/palliativ behandling (Reitan, 2017a; NSF's Faggruppe for Kreftsykepleiere). I tillegg skal kreftsykepleiere og sykepleiere ta ansvar for veiledning i kollegiet, både faglig og etisk (Norsk sykepleierforbund, 2021).

Resultatene i studien peker på utfordringer med å finne aktuelle kandidater som kan lede veiledningen (Wittenberg-Lyles et al., 2014; Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021). For å kunne gjennomføre veiledning med god kvalitet må man ha kjennskap til veiledning, og ha noen som er opplært eller har kompetanse på veiledning (Nordbøe & Enmarker, 2017). Tveiten (2019) anbefaler at den som veileder bør ha kompetanse innenfor veiledning. Det kan være en ekstern veileder, en i gruppen med veilederansvar eller en kollega som da må fungere over tid. Det er dog viktig å påpeke at det ikke anbefales å bruke avdelingssykepleieren, da denne rollen kan misbrukes (Tveiten, 2019).

Kreftsykepleiere har som nevnt inngående kunnskaper om omsorg ved livets slutt. I Wittenberg-Lyles et al. (2014) var hovedfokuset en støttegruppe for kreftsykepleiere, der muligheten for å prosessere opplevd stress ved livets slutt var hovedformålet. Videre peker de på at alle kreftsykepleiere burde ha tilgang til en støttegruppe der man kan snakke om dødsfall av pasienter, og få utløp for eventuelt sorg og tap. Støttegruppen skulle i tillegg være en trygg plass å dele følelser, og kreftsykepleierne øvde på avspenningsteknikker for stressmestring gjennom aktiviteter som yoga, leire og fargelegging (Wittenberg-Lyles et al., 2014). Klinisk veiledning skulle også opptre som en trygg plass, der sykepleiere kunne anerkjenne følelsene sine (Cutcliffe et al., 2018). Det å arbeide med kreftpasienter kan være med på å vekke følelser hos helsepersonell (Dahl, 2016). For å bearbeide arbeidet med alvorlig syke og døende uttrykker Hirsch & Røen (2016) at veiledningsgrupper kan være en systematisk måte å bearbeide dette på. Kreftsykepleiere bør også ha internundervisning om hvordan man ivaretar seg selv for sine kolleger. Forfatterne anbefaler også veiledning i mindre grupper når man skal reflektere over forhold til døden (Hirsch & Røen, 2016).

Som kreftsykepleiere har vi tilegnet oss veiledningskompetanse gjennom utdanningen, og et av kreftsykepleiers ansvar er å veilede (Reitan, 2017a). Vår erfaring fra vår veilederutdanning er at det krever øvelse for å bli en god veileder. Eksempler på utfordringer med å veilede kan være det å lære seg å stille åpne, men også de riktige spørsmålene, og få den du skal veilede til å være veiledbar. Det å skulle veilede våre egne kolleger er også noe vi kan se på som utfordrende og som vi tenker kan by på noen etisk dilemma. Et eksempel på et etisk dilemma vil være oppmøte på veiledning og refleksjoner rundt hendelser hvor alle involverte parter ikke er til stede. En annen ting er at det kan være utfordrende å åpne seg for kollegiet, noe Vråle et al. (2017) også hevder.

Som tidligere nevnt er vi kreftsykepleiere også med på å stå i følelsesmessige situasjoner, da vi jobber tett med både pasient og pårørende. Hvis det er slik at vi skal pådra oss ansvaret om å veilede og støtte våre kolleger, hvem skal da støtte oss? Hvem støtter den som veileder? Wittenberg-Lyles et al. (2014) uttrykker at alle kreftsykepleiere bør ha tilgang til en støttegruppe på arbeidsplassen da veiledning fremmet egenomsorgen til kreftsykepleierne, som igjen førte til at de håndterte pasientene bedre, og ble i stand til å yte mer gjennom arbeidshverdagen (Wittenberg-Lyles et al. 2014). Selv om sykepleierne i studien til Krishnasamy et al. (2021) uttrykker at kreftsykepleiere er gode på egenomsorg, er viktig å påpeke at kreftsykepleiere også vil trenge en form for støtte, på lik linje med andre sykepleiere og annet helsepersonell.

5.4 Diskusjon av metode

Da vi startet denne masteroppgaveprosessen var det ingen av oss som hadde gjennomført en litteraturstudie med systematisk tilnærming. Dette kan ses på som vår største utfordring og vi hadde behov for å sette oss godt inn i metoden, da vi ønsket å gjøre den så etterprøvable som mulig. Det er viktig å påpeke at dette er en studentoppgave som kan være tydelig begrenset enkelte steder.

Artiklene vi inkluderte i vår studie er kvalitetsvurdert av oss begge. Allerede under søkeprosessen gjorde vi søkene med samme søkeord hver for oss og møttes deretter for å bli enig om hvilke artikler vi skulle lande på. Vi fortsatte å gjøre hvert steg i søke- og analyseprosessen på samme måte; først hver for oss, deretter sammen. Ved at vi gjorde det på denne måten kan ses på som en styrke ved studien og at oppgaven vår ble gjort mest mulig likt en systematisk litteraturstudie (Aveyard, 2019).

Det er viktig å påpeke at flere av de inkluderte artiklene i litteraturstudien refererer til hverandre. Dette kan ses på som en svakhet, da det kan tyde på at det finnes lite forskning på temaet. Det er tydelig at de samme forfatterne engasjerer seg i veiledning for sykepleiere. Likevel kan dette også ses på som en styrke da vi får en bekreftelse på at det er gjort aktuell forskning innenfor temaet.

Når vi ser oppgaven i sin helhet, er vi fornøyd med valget av metode. Likevel ser vi at det kunne vært aktuelt å belyse studien vår ved hjelp av en kvalitativ forskningsmetode, der man kunne gjort intervju med sykepleiere på en sengepost med kreftpasienter. Grunnet mulige sensitive opplysninger, vil et slikt intervju kreve søknad til REK (Christoffersen, Johannessen, Tufte, & Utne, 2015). Grunnet dette anså vi dette som uaktuelt for vår studie, da tidsrammen på masteroppgaven ikke strakk til.

5.4.1 Styrker og begrensninger med egen litteraturgjennomgang

Ettersom vi er uerfarne forskere, har denne studien noen begrensninger. Grunnet liten erfaring med litteratursøk fra før kan resultatet fra litteratursøket vårt ha mangler. Databasene som ble brukt i denne oppgaven er kjente databaser som ofte blir brukt i helse- og sykepleierett forskning. Når det er sagt, er det mulig at databasene og våre brukte søkeord ikke klarte å identifisere alle studier som kunne vært hensiktsmessig for vår oppgave. Dette kan ses på som en svakhet ved denne oppgaven. På grunn av oppgavens omfang valgte vi å bruke to utvalgte databaser. Ved å bruke flere databaser kunne vi funnet ytterligere relevante artikler. Mangel på fagspråklige engelskkunnskaper kan også ha satt begrensninger på utvalget av artikler. Vi tok oss god tid og benyttet oss av oversettingsprogrammer til norsk for å sikre at vi fikk med oss relevante resultater. Vi fikk råd og hjelp til søkeord og fremgangsmåte fra bibliotekar med god erfaring, noe som kan være med på å styrke studien vår. For forståelsen vår vil kunne gjøre at vi analyserer og tolker ut fra den, noe som kan være en svakhet med oppgaven.

Ved å ha fått innsikt i søkeprosessen blir det enklere for oss som kreftsykepleiere å søke etter relevant forskning og vurdere kvaliteten på forskningen. Dette vil være til god hjelp for oss, da kreftbehandlingen stadig er i utvikling og det vil være behov for å oppdatere seg på nyere forskning. Dette har vært en lærerik og interessant prosess.

6 KONKLUSJON

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvilke erfaringer sykepleiere har med veiledning på arbeidsplassen og hvilke faktorer som har betydning for gjennomføring av veiledning. Dette bunnet i at vi ønsket å se på om veiledning kunne være et aktuelt tiltak for å bearbeide den tunge arbeidsdagen vi som kreftsykepleiere og sykepleiere står i når vi arbeider med kreftsyke pasienter i livets siste fase.

Selv om noen av resultatene peker på negative erfaringer, hadde de fleste resultatene positive erfaringer med veiledning på individuelt- og avdelingsnivå. Det kom frem at veiledning kan ha en positiv innvirkning på stress og utbrenthet, mestring, faglig kompetanse og refleksjon. I tillegg kan veiledning være med på å redusere sykefravær og bidra til bedre samarbeid mellom kolleger. Resultatene beskriver også ulike utfordringer med praktisk gjennomføring av veiledning, blant annet organisering, ledelse og tid. Dette er faktor som blant annet har betydning for gjennomføring av veiledning.

Gjennom vår litteraturstudie har vi kommet frem til at veiledning er et tiltak som absolutt bør vurderes å gjennomføre i arbeidshverdagen til sykepleiere som arbeider med kreftpasienter, selv om det er behov for mer forskning på empiriske bevis og evidensbaserte studier. Videre ønsker vi som kreftsykepleiere å kunne ta ansvar for veiledningen, selv om det er viktig å påpeke at det vil kreve støtte og tilrettelegging fra ledelsen.

Som kreftsykepleier har man ervervet kunnskap om det å trå inn i en ledende rolle, noe som vil være nyttig i en veiledningssetting. For å kunne veilede blir det viktig å ha kunnskap på området. Ved å ha tatt videreutdanning i kreftsykepleie har vi også blitt introdusert til veiledning som valgfag, og har dermed fått kunnskaper om veiledning. Vi ønsker å kunne bidra med veiledning på vår sengepost for å prøve å lette arbeidshverdagen til våre kolleger.

For oss er det viktig å påpeke at vi ønsker at veiledningen skal være organisert og strukturert og ikke være den uformelle praten på gangen eller i lunsjpausen. Det skal være en trygg plass hvor kolleger kan reflektere rundt pasienthendelser og død. Det å bearbeide det vi står i er viktig for at vi skal kunne fungere som sykepleiere og holde ut i den travle arbeidshverdagen.

6.1 Implikasjoner og relevans for praksis

Tveiten (2019) peker på at kjernen i veiledning vil være den samme uansett hvem man veileder. Selv om flere av artiklene konsentrerer seg om veiledning til for eksempel jordmødre, psykiatriske sykepleiere, kreftsykepleiere, sykepleiere eller annet helsepersonell, tenker vi at veiledning er noe som vil være overførbart, og vil kunne ha samme effekt hos flere yrkesgrupper.

Det er grunn til å tro at disse funnene kan overføres til praksis på en sengepost, da veiledning handler om kommunikasjon og refleksjon. Funnene er dessverre ikke revolusjonerende, og det vil fortsatt være behov for flere evidensbaserte studier. Men likevel kan disse funnene være med på å bevisstgjøre bruken av veiledning og dens mulige positive innvirkning. Veiledning kan på en måte ses på som forbedringsarbeid innenfor terminal omsorg. Ved å forbedre sykepleiernes støtteapparat vil man kunne styrke samhandling med pasientene. Det vil kunne være behov for å sende sykepleiere på veiledningskurs. For at veiledning skal kunne fungere på en sengepost vil det være behov for å tilrettelegge i arbeidstiden, og danne strukturerte rammer rundt den. Det blir viktig å på forhånd sende ut hva som skal tas opp under veiledningen for å forberede deltakerne på hva som skal reflekteres.

Det vil være interessant for videre forskning å se på hvilken innvirkning veiledning har på sykepleiere som arbeider med terminale lungekreftpasienter. Det kan for eksempel gjøres ved å intervju erfarne sykepleiere som arbeider på en lungeavdeling, eller i en litteraturstudie.

7 ARBEIDSFORDELING GJENNOM PROSESSEN

Vi kan med handa på hjertet si at vi har samarbeidet godt gjennom hele masterprosessen. Vi har samarbeidet tett gjennom hele forskningsprosessen, hvor vi begge har vurdert og analysert de inkluderte studiene hver for oss. Vi har fordelt ulike områder mellom oss som vi har tatt ansvar for. Etter det har vi lest hverandres, gått igjennom og redigert. Vi har sammen gått igjennom hele oppgaven og lest setning for setning og redigert underveis. Gjennom hele prosessen har vi hatt faglige refleksjoner og diskusjoner.

REFERANSELISTE

- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_1
- Arimon-Pagès, E., Torres-Puig-Gros, J., Fernández-Ortega, P. & Canela-Soler, J. (2019). Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses: Results of a multicentre study. *European Journal of Oncology Nursing*, 43(2019), 1-6.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.007>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4. utg.). London: Open University Press.
- Black, E. & Farmer, F. (2013). A review of strategies to support the professional practice of specialist cancer nurses. *The Australian Journal of Cancer Nursing*, 14 (2), 22-28.
- Brunero, S. & Stein-Parbury, J. (2008). The effectiveness of clinical supervision in nursing: An evidence-based literature review. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25 (3), 86-94. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/230802446_The_effectiveness_of_clinical_supervision_in_nursing_An_evidence-based_literature_review
- Brustugun, O. T. (2017). Lungekreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjøllberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 488 - 499). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Buus, N., Delgado, C., Traynor, M. & Gonge, H. (2018). Resistance to group clinical supervision: A semistructured interview study of non-participating mental health nursing staff members. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27 (2018), 783-793. doi:<http://doi.org/10.1111/inm.12365>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanninger*. Oslo: Abstrakt Forlag AS.
- Cutcliffe, J. R., Sloan, G. & Bashaw, M. (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27 (2018), 1344-1363. doi:<http://doi.org/10.1111/inm.12443>
- Dahl, A. A. (2016). *Kreftsykdom: Psykologiske og sosiale perspektiver*. Oslo: Cappelen Damm AS.

- Drangsholt, E., Vråle, G. B. & Saxlund, A. M. (2019). Finnes det evidens for at sykepleiefaglig veiledning er nyttig? *Sykepleien Forskning*, 2019 (107). doi:<http://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2019.77672>
- Eide , H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2006-06-30-56). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23/30-56>.
- Francke, A. L. & de Graaff, F. M. (2012). The effects of group supervision of nurses: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (2012), 1165-1179. doi:<http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.012>
- Gjevjon, E. R. (2019). Tema, problemstilling, hensikt, forskningsspørsmål, hypotese og mål - hva er hva? *Sykepleien Forskning*, 2019 (14). doi:<http://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79024>
- Granek , L., Barbera, L., Nakash, O., Choen, M. & Kryzyzanowska, M. (2017). Experiences of Canadian oncologists with difficult patient deaths and coping strategies used. *Current Oncology*, 24 (4), 277-284. doi:<http://doi.org/10.3747/co.24.3527>
- Helsebiblioteket. (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Hentet 28.03.2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Henry, B. J. (2014). Nursing burnout interventions: what is being done? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (2), 211-214. doi:<http://doi.org/10.1188/14.CJON.211-214>
- Hermansen, M. V., Carlsen, L. B. & Vråle, G. B. (1992). *Sykepleiefaglig veiledning*. Otta: Ad Notam Gyldendal.
- Hirsch, A. & Røen, I. (2016). Ivaretagelse av åndelige og eksistensielle behov. I S. Kaasa & J. Loge (Red.), *Palliasjon: Norsk lærebok* (3. utg., s. 315-325). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Honkavuo, L. & Lindström, U. Å. (2014). Nurse leaders' responsibilities in supporting nurses experiencing difficult situations in clinical nursing. *Journal of Nursing Management*, 2014 (22), 117-126. doi:<http://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01468.x>
- Ingstad, K. (2019). *Organisasjon og ledelse: I helsefag og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold: En sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Ko, W. & Kiser-Larson, N. (2016). Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20 (2), 158-164.
doi:<http://doi.org/10.1188/16.CJON.158-164>
- Koivu, A., Saarinen, P. I. & Hyrkas, K. (2012). Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21 (2012), 2567-2578.
doi:<http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04041.x>
- Kreftforeningen. (2021, 28. september). *Lungekreft*. Hentet 06.10.2021 fra
<https://kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/lungekreft/#utbredelse-og-overlevelse>
- Kreftregisteret. (2021, 21. september). *Kreft i Norge*. Hentet 08.02.2022 fra
<https://www.kreftregisteret.no/Temasider/om-kreft/>
- Krishnasamy, M., Webb, U. M., Babos, S. L., Duong, J. T., Rohde, J. E., Ting, N. Y., . . . Mathieson, J. (2021). Defining Expertise in Cancer Nursing Practice. *Cancer Nursing*, 44 (4), 314-322. doi:<http://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000805>
- Kvam, M. (2020, 30. april). *Utbrenthet*. Hentet 28.09.2021 fra
<https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/utbrenthet/>
- Lauvås, P. & Handal, G. (2014). *Veiledning og praktisk yrkesteori* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademsik.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathiesen, A. S. (2017). Sykepleieutfordringer ved lungekreft. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient - Utfordring - Handling* (4. utg., s. 500 - 513). Oslo: Cappelen Damm Akademsik.
- Nordbøe, C. E. & Enmarker, I. (2017). The Benefits of Person-Centred Clinical Supervision in Municipal Healthcare-Employees' Experience. *Open Journal of Nursing*, 7(2017), 548-560. doi:<http://doi.org/10.4236/ojn.2017.75042>
- Norsk senter for forskningsdata. (2022, 17. April). *Register over vitenskaplige publiseringskanaler*. Hentet 17.04.2022 fra
<https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Om>
- Norsk Sykepleieforbund. (2021, 10. juli). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 10.07.2021 fra
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- NSFs Faggruppe for Kreftsykepleiere. (2019, 11. september). *Beskrivelse av kreftsykepleieres kompetanse, funksjon og ansvar*. Hentet 05.10.2021 fra

- https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-11/kompetansebeskrivelse-kreftsykepleiere.pdf
- Ortega-Campos, E., Vargas-Román, K., Velando-Soriano, A., Suleiman-Martos, N., Cañadas-De La Fuente, G. A., Albendin-Garcia, L. & Gómez-Urquiza, J. (2020). Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout in Oncology Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sustainability*, 12 (1), 1-12.
doi:<http://doi.org/10.3390/su12010072>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Pollock, A., Campbell, P., Deery, R., Fleming, M., Rankin, J., Sloan, G. & Cheyne, H. (2017). A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 73 (8), 1825-1837. doi:<http://doi.org/10.1111/jan.13253>
- Poulsen, M. G., Khan, A., Poulsen, E. E., Khan, S. R. & Poulsen, A. A. (2016). Work engagement in cancer care: The power of co-worker and supervisor support. *European Journal of Oncology Nursing*, 21 (2016), 134-138.
doi:<http://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.003>
- Reitan, A. M. (2017a). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 33-49). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Reitan, A. M. (2017b). Psykologisk krise og mestringsmuligheter. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: Pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 82-103). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- St. meld. nr. 16. (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge: Folkehelsepolitikken*. Helsedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20202021/id2838171/>
- Strømfors, G. & Edland-Gryt, M. (2013). *Jeg visste ikke at jeg kunne så mye: Praksisrefleksjon på arbeidsplassen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Saab, M. M., Kilty, C., Meehan, E., Goodwin, J., Connaire, S., Buckley, C., . . . Horgan, A. (2021). Peer group supervision: Qualitative perspectives from nurse supervisees, managers, and supervisors. *Collegian*, 28 (2021), 359-368.
doi:<http://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.11.004>

- The University of Adelaide. (2022, 28. mars). *Critical Appraisal Tools*. (JBI) Hentet 28.03.2022 fra <https://jbi.global/critical-appraisal-tools>
- Turner, J., Kelly, B. & Girgis, A. (2011). Supporting oncology health professionals: a review. *Psycho-Oncologie*, 5 (2), 77-82. doi:<http://doi.org/10.1007/s11839-011-0320-8>
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning - Mer en ord...* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- UiO Universitetsbiblioteket - Medisinsk bibliotek. (2017, juni). *PubMed: En veiledning fra Medisinsk bibliotek*. Hentet 08.10.2021 fra <https://sshf.no/seksjon/medisinskbibliotek/Documents/PubMed%2017%20sider-juni-2017.pdf>
- Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez-Baena, L., De La Fuente, E. I. & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2020). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*, 17 (1), 1-10. doi:<http://doi.org/10.1111/jjns.12269>
- Vråle, G. B. (2015). *Veiledning: når det røyner på...* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vråle, G. B. & Drangsholt, E. (2020). Er faglig veiledning nyttig for sykepleiere? *Sykepleien Forskning*, 2020 (108). doi:<http://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.82535>
- Vråle, G. B., Borge, L. & Nedberg, K. (2017). Ethical reflection and awareness in supervision. *Sykepleien Forskning*. doi:<http://doi.org/10.4220/sykepleienf.2017.61626>
- Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J. & Reno, J. (2014). Perceived Benefits and Challenges of an Oncology Nurse Support Group. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (4), E71-76. doi:<http://doi.org/10.1188/14.CJON.E71-E76>

Vedlegg 1, Første steg i dataekstraksjonen fra inkluderte artikler

Dette er den første tabellen vi laget da vi hentet ut de ulike temaene fra resultatene fra artiklene.

Vi har valgt å ta dette med som vedlegg for å vise vår analyseprosess.

	Francke & de Graaff (2012) 1	Koivu et al. (2012) 2	Wittenberg-Lyles et al. (2014) 3	Poulsen et al. (2016) 4	Nordbøe & Enmarker (2017) 5	Pollock et al. (2017) 6	Vråle et al. (2017) 7	Buus et al. (2018) 8	Cutcliffe et al. (2018) 9	Saab et al. (2021) 10
Veiledning reduserer stress			X		X		X		X	X
Veiledning bedret kommunikasjonsferdigheter			X		X				X	X
Veiledning bedret samholdet mellom deltakere og kolleger	X	X	X		X	X			X	X
Veiledning førte til økt selvsikkerhet	X				X		X		X	X
Veiledning fører til personlig vekst	X	X			X		X		X	
Veiledning bidro til refleksjon	X	X			X		X			
Veiledning førte til indirekte fordeler for pasienter	X		X		X					
Støtte fra kolleger og fra de som kan gi veiledning gir økt sosial støtte				X					X	
Veiledning forebygger utbrenthet/fatigue	X	X	X	X	X				X	
Veiledning reduserer sykefravær	X			X					X	X
Veiledning reduserer utskifting av personalet				X						
Veiledning førte til økt arbeidsengasjement	X	X	X	X	X					
Veiledning førte til økt faglig kompetanse	X				X				X	
Veiledning styrket evnen til å håndtere utfordringer					X					
Veiledning førte til økt trygghet			X		X					
Veiledning førte til økt selvtilitt	X				X		X		X	X
Veiledning ga tid til å diskutere etiske dilemmaer					X		X			

	Franske & de Graaff (2012) 1	Koivu et al. (2012) 2	Wittenberg-Lyles et al. (2014) 3	Poulsen et al. (2016) 4	Nordbøe & Enmarker (2017) 5	Pollock et al. (2017) 6	Vråle et al. (2017) 7	Buus et al. (2018) 8	Cutcliffe et al. (2018) 9	Saab et al. (2021) 10
Veiledning førte til bedre arbeidsmiljø		X			X					
Veiledning kan bidra til bedre tverrfaglig samarbeid	X	X					X			
Veiledning var helsefremmende			X		X					
Tidsbruk er viktig i veiledning	X		X	X		X		X	X	X
Veiledning forhindret deltakerne å «ta jobben med seg hjem»			X		X					
Veiledning førte til styrket mestringsfølelse			X		X		X			
Logistikkutfordringer ved veiledning			X	X				X	X	X
Dårlig/ingen erfaring med veiledning			X					X	X	
Veiledning hadde liten effekt på utbrenthet og stress	X								X	
Veiledning hadde ingen effekt på utmattelse	X	X								
Veiledning ble opplevd som utrygg								X		X
Ubehagelig å vise følelser i veiledning								X		
Redd for å vise faglig usikkerhet i veiledning								X		
Veiledning hadde liten effekt på nedgang av sykefravær									X	
Veiledning bidro ikke til fordeler for pasientene									X	
Behov for bedre tilrettelegging/organisering av veiledning	X	X	X			X		X		X
Manglende organisering fra ledelse i veiledning		X	X					X		X
Ledere hadde liten kjennskap til veiledning og gjennomføringen										X
Ledere opplevde det vanskelig å støtte sine ansatte i veiledning										X

	Francke & de Graaff (2012) 1	Koivu et al. (2012) 2	Wittenberg- Lyles et al. (2014) 3	Poulsen et al. (2016) 4	Nordbøe & Enmarker (2017) 5	Pollock et al. (2017) 6	Vråle et al. (2017) 7	Buus et al. (2018) 8	Cutcliffe et al. (2018) 9	Saab et al. (2021) 10
Skal veiledning gjennomføres i arbeidstiden eller ikke			X							
Utfordring med å finne noen som kan lede veiledningen			X						X	X
Viktig å bruke kompetente veiledere i veiledning				X		X				X
Brukte klinisk veiledning	X	X			X	X	X	X	X	X
Brukte individuell veiledning						X				
Brukte gruppeveiledning	X	X	X		X	X	X	X	X	X

Vedlegg 2, Ekskluderte artikler etter fulltekst

Her kommer en oppsummering og begrunnelse for ekskluderte artikler etter fulltekstlesning.

Forfatter, tidsskrift, land og årstall:	Tittel:	Metode:	Begrunnelse for eksklusjon:
Black & Farmer The Australian Journal of Cancer nursing Australia 2013	«A review of strategies to supporter the Professional practice of spesialist cacer nurse»	Review	Tar for seg forskjellige strategier, inkludert klinisk veiledning. Skårer dårlig på sjekkliste grunnet manglende metode. Var bak betalingsmur, måtte bestilles via biblioteket ved UiT.
Brunero & Stein-Parbury Australian Journal of Advanced Nursing Australia 2008	«The effectiveness of clinical supervision in nursing: An evidence-based literature review»	Evidence-based litterature review	Ser på klinisk veiledning og hvordan den kan benyttes som kollegastøtte og forhindre stress. Inngår ikke i inklusjonskriteriene grunnet årstall.
Drangsholt et al. Sykepleien Forskning Norge 2019	«Finnes det evidens for at sykepleiefaglig veiledning er nyttig?»	Review	Studien setter søkelys på evidens og ikke hvordan veiledning kan benyttes. Skårer dårlig på sjekkliste.
Honkavuo & Lindström Journal of Nursing Management Finland 2014	«Nurse leaders´responsibilities in supporting nurses experiencing difficult situations in clinical nursing»	Kvalitativ metode med en hermeneutisk tilnærming	Tar for seg viktigheten av kommunikasjon mellom sykepleiere og sykepleieledere. Nevner veiledning som et mulig tiltak, men blir ikke tatt opp i denne artikkelen.
Ortega-Campos et al. Sustainability Spania 2019	«Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Burnout in Oncology Nurses: A systematic Review and Meta-Analysis»	Systematisk review og Meta-analyse	Tar for seg intervensjoner for å redusere ´compassion fatigue` blant kreftsykepleiere. Studien nevner veiledning som en intervensjon, men går ikke nærmere inn på det.
Vråle & Drangsholt Sykepleien Forskning Norge 2020	«Er faglig veiledning nyttig for sykepleiere?»	Litteraturgjenno mgang.	Dårlig skår på sjekkliste. Hører sammen med forskningen gjort i Drangsholt et al. (2019). Skårer også dårlig på sjekkliste.

Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

- A: Kan du stole på resultatene?
- B: Hva forteller resultatene?
- C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

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

Om sjekklisten

Sjekklisten er inspirert av: Critical Appraisal Skills Programme (2017). *CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Systematic Review*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> Hentet: 09.03.2017.

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

Har du spørsmål om, eller forslag til forbedring av sjekklisten?
Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

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

Del A: Kan du stole på resultatene?

1. Er formålet med oversikten klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Formålet bør være klart formulert med hensyn til:

- populasjonen (personene oversikten handler om)
- tiltaket som gis til intervensjonsgruppen

- sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen
- utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes

Kommentar:

2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Relevante studier:

- svarer på samme spørsmål som oversikten
- har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:
 - a. effekt – randomisert kontrollert studie
 - b. årsak – kohortstudie
 - c. diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest
 - d. prognose – kohortstudie
 - e. erfaringer – kvalitativ studie
- Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten? Se etter:
 - populasjon
 - tiltak
 - sammenligning
 - utfall

Kommentar:

3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Se etter:

- hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne har søkt i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)
- om de søkte etter ikke-publiserte studier (i for eksempel Trials.gov)
- om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet (bias))

Kommentar:

4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.

- Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?

- Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig?
- Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?

Kommentar:

5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

- Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?
- Kommer resultatene (effektestimaterne med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?
- Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne for eksempel beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)
- Er analysemetodene som er brukt forklart? (For eksempel random eller fixed effect)
- Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?

Kommentar:

Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva forteller resultatene?

6. Hva er resultatene?

Tips: Vurder

- hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten
- hvordan resultatene er fremstilt, se etter:
 - a. gjennomsnittsforskjell (mean difference)
 - b. standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)
 - c. numbers needed to treat (NNT)
 - d. numbers needed to harm (NNH)
 - e. odds ratio (OR)
 - f. relativ risiko (RR)
 - g. relativ risikoreduksjon (RRR)
 - h. absolutt risikoreduksjon (ARR)

Kommentar:

7. Hvor presise er resultatene?

Tips: Se på

- konfidensintervall (KI/CI)
- interkvartilbredde (interquartile range (IQR))

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

8. Kan resultatene overføres til praksis?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad

- populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis
- din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten

Kommentar:

9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten

Kommentar:

10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?

Ja – Nei – Uklart

Tips: Vurder om, og i hvilken grad

- nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger
- det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten

Kommentar:

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie

Hvordan brukes sjekklisten?

Sjekklisten består av tre deler:

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

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

Om sjekklisten

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

Sjekklisten er laget som et pedagogisk verktøy for å lære kritisk vurdering av vitenskapelige artikler. Hvis du skal skrive en systematisk oversikt eller kritisk vurdere artikler som del av et forskningsprosjekt, anbefaler vi andre typer sjekklister. Se

www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister

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

Send e-post til Redaksjonen@kunnskapsbasertpraksis.no.

Kritisk vurdering av:

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

Del A: Innledende vurdering

11. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

14. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

17. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

Tips:

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

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

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

Kommentar:

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

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

19. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

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

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene?
- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?

- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?
- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Kommentar:

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

20. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?

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

- Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?
- Har studien avdekket behov for ny forskning?
- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Kommentar:

CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews

INTRODUCTION

JBI is an international research organisation based in the Faculty of Health and Medical Sciences at the University of Adelaide, South Australia. JBI develops and delivers unique evidence-based information, software, education and training designed to improve healthcare practice and health outcomes. With over 70 Collaborating Entities, servicing over 90 countries, JBI is a recognised global leader in evidence-based healthcare.

JBI Systematic Reviews

The core of evidence synthesis is the systematic review of literature of a particular intervention, condition or issue. The systematic review is essentially an analysis of the available literature (that is, evidence) and a judgment of the effectiveness or otherwise of a practice, involving a series of complex steps. JBI takes a particular view on what counts as evidence and the methods utilised to synthesise those different types of evidence. In line with this broader view of evidence, JBI has developed theories, methodologies and rigorous processes for the critical appraisal and synthesis of these diverse forms of evidence in order to aid in clinical decision-making in healthcare. There now exists JBI guidance for conducting reviews of effectiveness research, qualitative research, prevalence/incidence, etiology/risk, economic evaluations, text/opinion, diagnostic test accuracy, mixed-methods, umbrella reviews and scoping reviews. Further information regarding JBI systematic reviews can be found in the [JBI Evidence Synthesis Manual](#).

JBI Critical Appraisal Tools

All systematic reviews incorporate a process of critique or appraisal of the research evidence. The purpose of this appraisal is to assess the methodological quality of a study and to determine the extent to which a study has addressed the possibility of bias in its design, conduct and analysis. All papers selected for inclusion in the systematic review (that is – those that meet the inclusion criteria described in the protocol) need to be subjected to rigorous appraisal by two critical appraisers. The results of this appraisal can then be used to inform synthesis and interpretation of the results of the

study. JBI Critical appraisal tools have been developed by the JBI and collaborators and approved by the JBI Scientific Committee following extensive peer review. Although designed for use in systematic reviews, JBI critical appraisal tools can also be used when creating Critically Appraised Topics (CAT), in journal clubs and as an educational tool.

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer _____
 Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Was appropriate statistical analysis used?

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

EXPLANATION OF ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES CRITICAL APPRAISAL

How to cite: Moola S, Munn Z, Tufanaru C, Aromataris E, Sears K, Sfetcu R, Currie M, Qureshi R, Mattis P, Lisy K, Mu P-F. Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk . In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>

Analytical cross sectional studies Critical Appraisal Tool

Answers: Yes, No, Unclear or Not/Applicable

1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?

The authors should provide clear inclusion and exclusion criteria that they developed prior to recruitment of the study participants. The inclusion/exclusion criteria should be specified (e.g., risk, stage of disease progression) with sufficient detail and all the necessary information critical to the study.

2. Were the study subjects and the setting described in detail?

The study sample should be described in sufficient detail so that other researchers can determine if it is comparable to the population of interest to them. The authors should provide a clear description of the population from which the study participants were selected or recruited, including demographics, location, and time period.

3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?

The study should clearly describe the method of measurement of exposure. Assessing validity requires that a 'gold standard' is available to which the measure can be compared. The validity of exposure measurement usually relates to whether a current measure is appropriate or whether a measure of past exposure is needed.

Reliability refers to the processes included in an epidemiological study to check repeatability of measurements of the exposures. These usually include intra-observer reliability and inter-observer reliability.

4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?

It is useful to determine if patients were included in the study based on either a specified diagnosis or definition. This is more likely to decrease the risk of bias. Characteristics are another useful approach to matching groups, and studies that did not use specified diagnostic methods or definitions should provide evidence on matching by key characteristics

5. Were confounding factors identified?

Confounding has occurred where the estimated intervention exposure effect is biased by the presence of some difference between the comparison groups (apart from the exposure investigated/of interest). Typical confounders include baseline characteristics, prognostic factors, or concomitant exposures (e.g. smoking). A confounder is a difference between the comparison groups and it influences the direction of the study results. A high quality study at the level of cohort design will identify the potential confounders and measure them (where possible). This is difficult for studies where behavioral, attitudinal or lifestyle factors may impact on the results.

6. Were strategies to deal with confounding factors stated?

Strategies to deal with effects of confounding factors may be dealt within the study design or in data analysis. By matching or stratifying sampling of participants, effects of confounding factors can be adjusted for. When dealing with adjustment in data analysis, assess the statistics used in the study. Most will be some form of multivariate regression analysis to account for the confounding factors measured.

7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?

Read the methods section of the paper. If for e.g. lung cancer is assessed based on existing definitions or diagnostic criteria, then the answer to this question is likely to be yes. If lung cancer is assessed using observer reported, or self-reported scales, the risk of over- or under-reporting is increased, and objectivity is compromised. Importantly, determine if the measurement tools used were validated instruments as this has a significant impact on outcome assessment validity.

Having established the objectivity of the outcome measurement (e.g. lung cancer) instrument, it's important to establish how the measurement was conducted. Were those involved in collecting data trained or educated in the use of the instrument/s? (e.g. radiographers). If there was more than one data collector, were they similar in terms of level of education, clinical or research experience, or level of responsibility in the piece of research being appraised?

8. Was appropriate statistical analysis used?

As with any consideration of statistical analysis, consideration should be given to whether there was a more appropriate alternate statistical method that could have been used. The methods section should be detailed enough for reviewers to identify which analytical techniques were used (in particular, regression or stratification) and how specific confounders were measured.

For studies utilizing regression analysis, it is useful to identify if the study identified which variables were included and how they related to the outcome. If stratification was the analytical approach used, were the strata of analysis defined by the specified variables? Additionally, it is also important to assess the appropriateness of the analytical strategy in terms of the assumptions associated with the approach as differing methods of analysis are based on differing assumptions about the data and how it will respond.

Vedlegg 4, Presentasjon av inkluderte artikler

Forfatter(e), År, Land:	Tittel, Stuedsted:	Formål	Metode, Deltakere:	Funn:	Funn relevant for problemstilling:	Tidsskrift:	Nivå på tidsskrift:	Fagfelle -vurdert:
1 Francke & de Graaff 2012 Nederland	«The effects of group supervision of nurses: A systematic literature review» Studien ble utført i Nederland.	Å få innsikt i allerede eksisterende forskningsbevis på effekt av gruppeveiledning for sykepleiere.	Systematisk review. Søk i databasene PubMed, Cinahl, Cochrane Library, Embase, ERIC, the NIVEL catalogue og PsycINFO. 17 artikler ble inkludert i studien.	Fire av de inkluderte studiene var av høy metodisk kvalitet og peker på positive effekter på sykepleiernes ferdigheter, holdninger og interaksjoner med pasienter innenfor demens-omsorgen. Gruppeveiledningen var kombinert med individuell omsorgsplanlegging som også er med på å hindre konklusjoner om effektiviteten av gruppeveiledning alene.	Sykepleiere som hadde gjennomgått gruppeveiledning ble mer kreative, kom på flere ideer og fikk mer arbeids glede. Gruppeveiledning utført på et universitetssykehus bidro til nedgang i antall sykedager blant sykepleiere, og hadde en positiv innflytelse på samhandling med kolleger blant sykepleiere.	International Journal of Nursing Studies.	Nivå 2	JA
2 Koivu et al. 2012	«Who benefits from clinical supervision and how? The association between clinical supervision and the work-related well-being of female hospital nurse»	Denne studien hadde to mål: 1) identifisere hvilke sykepleiere som hadde mest nytte av klinisk veiledning, 2) undersøke om sykepleierne som	Tverrsnittstudie. Søk ble gjort i databasene Cinahl, PubMed og PsycInfo. 304 sykepleiere som jobber på sykehus i	Selv uten et solid vitenskapelig bevisgrunnlag er det en økende interesse for klinisk veiledning blant medisinske- og kirurgiske sykepleiere. Denne studien stiller spørsmål om hvorvidt klinisk veiledning er til nytte hvis	De som benyttet seg av klinisk veiledning opplevde større mestring på jobb, bedre kontroll, bedre samspill, fikk gode tilbakemeldinger fra pasienter, kolleger og ledelse på jobben de gjorde. De opplevde mindre symptomer på utbrenthet og var	Journal of Clinical Nursing.	Nivå 2	JA

Finland	Studien ble utført på et sykehus i Finland.	mottok effektiv klinisk veiledning var mer fornøyd enn de som ikke gjorde det.	Finland var med i studien.	sykepleiernes personlige ressurser er knappe eller oppbrukte.	mer engasjert i arbeidsplassen. Opplevde også et forbedret samarbeid i teamet sitt.			
3 Wittenberg-Lyles et al. 2014 USA	«Perceived Benefits and Challenges of an Oncology Nurse Support Group» Studien ble utført i USA.	Å utforske de opplevde fordelene og utfordringene ved å delta i en månedlig støttegruppe for kreftsykepleiere.	Kvalitativ metode med individuelle intervju. 10 Kreftsykepleiere deltok i studien.	Kreftsykepleierne satte søkelys på kommunikasjonsstrategier som både er gunstig for kolleger, pasienter og pårørende. De ønsket ikke å diskutere ledelsesklager, personlige konflikter eller utfordringer ved arbeidsbelastning. De ville gjøre dette mens de holdt på med avspenningsteknikker (farging, leire eller yoga). Møtene hadde ingen spesifikk agenda, men det var satt av tid for at sykepleierne skulle slappe av.	Støttegruppe for kreftsykepleiere er en kommunikasjonsintervensjon for å forebygge de ødeleggende effektene av utbrenthet, utskiftning av personell, pasientens nød og tverrprofesjonelle kommunikasjonsmangler. Studien bekrefter at kreftsykepleiere mottar flerdimensjonale fordeler av å delta i en støttegruppe.	Clinical Journal of Oncology Nursing.	Nivå 1	JA
4 Poulsen et al. 2016 Australia	«Work engagement in cancer care: The power of co-worker and supervisor support» Studien ble utført i Queensland.	Denne utforskende studien hadde som mål å undersøke foreningen av medarbeider- og veilederstøtte for kreftarbeidere.	Tverrsnittstudie. 573 kreftarbeidere deltok i studien.	Kollegastøtte og veilederstøtte er forbundet med arbeidsengasjement på en positiv måte. Ledere i helsevesenet må finne veiledere med ferdigheter til å fremme god kommunikasjon og lederevne for å støtte alle ansatte/kolleger.	Det å ha støtte fra arbeidskolleger og andre som kan veilede (i forhold til kunnskap, råd og ekspertise) kan assosieres med lav emosjonell utmattelse. For å forbedre kollega- og veilederstøtten kan man benytte seg av kommunikasjons- og lederkurs. Lederne bør tilrettelegge for samhandling	European Journal of Oncology Nursing.	Nivå 1	JA

					mellom de ansatte og de som veileder.			
5	«The Benefits of Person-Centred Clinical Supervision in Municipal Healthcare-Employees' Experience»	Målet med denne studien var å beskrive de ansattes opplevelse av fordelene ved å delta i en personsentrert klinisk veiledningssetting.	Kvalitativ metode med gruppeintervju og individuelle evalueringer rett etter og 12 måneder etter siste veiledningstime. Totalt seks informanter deltok i studien, to sykepleiere, en ergoterapeut og tre hjelpepleiere.	Inkludering av personsentrert klinisk veiledning er en prosess som kan bidra til bedre kommunikasjon og mellommenneskelige relasjoner, samt øke kvaliteten på kommunale helsetjenester.	Deltakerne i studien opplevde at deres personlige ressurser og mestringsevne var blitt styrket av veiledningen. De utviklet evner til å møte utfordringene mer konstruktivt enn før. Veiledningen hjalp også deltakerne å reflektere og gjøre bevisste valg på jobb.	Open Journal of Nursing.	Nivå 0	JA
2017	Studien ble utført i en liten kommune i Midt-Norge.							
Norge								
6	«A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals»	Å systematisk revidere bevis knyttet til klinisk veiledning for sykepleiere, jordmødre og alliert helsepersonell.	Systematisk review. Søk i databasene Medline, Cinahl, Embase, AMED, CDSR, DARE, CENTRAL og HTA. Totalt 29 artikler ble inkludert i studien.	Var enige om at det var mangel på en enighet over hva klinisk veiledning er og hvordan den bør benyttes. Det er mangel på fleksibilitet og variasjoner innenfor hva som brukes som veiledning. Det er ikke nok bevis for valg av en spesifikk modell eller måte å levere klinisk veiledning på.	Effektiv klinisk veiledning vil sannsynligvis kreve kontinuerlig læring og utvikling av veiledere og de som blir veiledet. De må være forpliktet til å selv vurdere sine ferdigheter og kompetanse gjennom refleksjon og gjennomgang av deres fremførelse.	Journal of Advanced Nursing.	Nivå 2	JA
2017	Studien ble utført i England.							
England								
7	«Ethical reflection and awareness in supervision»	Å undersøke hvordan etisk refleksjon i	Kvalitativ metode med fokusgruppeintervju.	Når veiledning fokuserer konkret på refleksjon over etiske dilemmaer i tverrprofesjonelt og	Deltakerne ga uttrykk for at veiledning hadde positive virkninger på f.eks. det å kjenne	Sykepleien Forskning	Nivå 1	JA

Vråle et al.		veiledning kan bidra til økt bevisstgjøring og forebygge moralsk stress.	Ni psykiatriske sykepleiere ved et DPS deltok i studien.	tverretattlig samarbeid, ser det ut til at det blir tydeligere for den profesjonelle hvilke verdivalg de står overfor. Bevisstgjøring i veiledning kan hjelpe den enkelte profesjonsutøver til å få mot til å artikulere og tydeliggjøre viktige etiske omsorgsverdier i praksis.	seg modig, og bli mer bevisst på egne verdier. De opplevde den systematiske etiske refleksjonen i veiledning som praktisk og konkret.			
2017	Studien ble utført i Norge.							
Norge								
8	«Resistance to group clinical supervision: A semistructured interview study of non-participating mental health nursing staff members»	Å utforske motstand til klinisk veiledning ved å undersøke perspektiver på klinisk veiledning fra psykiatriske sykepleiere som ikke deltok i klinisk gruppeveiledning.	Kvalitativ metode med individuelle semistrukturerte intervju. 24 psykiatriske sykepleiere deltok i studien.	Noen av sykepleiere oppfattet klinisk veiledning som en negativ inntrenging. Motstand til veiledning var avhengig av informantenes perspektiv på den. De sykepleierne som ikke deltok i veiledningen, var de som jobbet nattevakter og ikke hadde behov, og de som hadde dårlig erfaring og ikke mestret veiledningen (ved f.eks. føle at de ikke kom til ordet).	Sykepleierne uttrykte at veiledning var utsatt for å bli nedprioritert under organisasjonsendringer eller når ansatte var stresset (akkurat de gangene det hevdes at veiledning var mest nødvendig). Det vil være behov for at organisasjonsledere å organisere klinisk veiledning på måter som gjør det mulig for pleiepersonell å delta, samt finne akseptable typer veiledning som støtter faglig utvikling av sykepleiere.	International Journal of Mental Health Nursing.	Nivå 1	JA
2018	Studien ble utført på et psykiatrisk sykehus i Danmark.							
Danmark								
9	«A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing»	Å få innsikt i empiriske studier om klinisk veiledning for å undersøke	Systematic review. Søk i databasene Cinahl, Medline, PsychLIT og British Nursing Index.	Det har vært en gradvis øking av klinisk veiledning blant sykepleiere. Likevel er praksis av klinisk veiledning fraværende i empiriske studier som viser effektive, kompetente eller	De som benyttet seg av klinisk veiledning opplevde større mestring på jobb, bedre kontroll, bedre samspill, fikk gode tilbakemeldinger fra pasienter, kolleger og ledelse på jobben de	International Journal of Mental Health Nursing.	Nivå 1	JA
Cutcliffe et al.								

2018		vitenskapens tilstand.	28 artikler ble inkludert i studien.	meningsfulle resultater. Det foreslås videre utvikling av relevant rammeverk for kompetanse på klinisk veiledning.	gjord. De opplevde mindre symptomer på utbrenthet og var mer engasjert i arbeidsplassen. Opplevde også et forbedret samarbeid i teamet sitt.			
Australia	Studien ble utført i Australia.							
10	«Peer group clinical supervision: Qualitative perspectives from nurse supervisees, managers, and supervisors»	Å utforske erfaringene med veiledning fra perspektivene til sykepleiere som blir veiledet, deres direkte ledere og kliniske veiledere.	Kvalitativ metode med individuelle- og fokusgruppeintervju. Totalt 27 deltakere med i studien.	Funn fremhever flere positive aspekter ved klinisk gruppeveiledning, inkludert personlige fordeler som stressreduksjon og problemløsning, samt fordeler for klinisk praksis. Ved at sykepleiere føler seg mindre stresset og er godt rustet til å håndtere utfordrende kliniske situasjoner, kan man få indirekte fordeler for organisasjonen og pasienter.	Stressreduksjon, problemløsning, håndtering av endring og forbedret prioritering var blant fordelene ved klinisk veiledning. Utfordringene omfattet konkurrerende arbeidskrav, bemanningsproblemer og varighet, sted og prosessen i veiledningen. Deltakerne anbefalte å øke bevisstheten om klinisk gruppeveiledning på forhånd, sette av tid til den tildelte veiledningen og trene opp ekspertveiledere.	Collegian	Nivå 1	JA
2021	Studien ble utført i Irland.							
Irland								

