

**Læringskulturen i en medisinsk intensivavdeling -
En kvalitativ studie om helsepersonellets opplevelser**



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i spesialsykepleie, spesialisering i Intensivsykepleie

MASTEROPPGAVE

Student: Miriam Bauge

Veileder: Professor Britt Sætre Hansen

Dato: 24.04.20

**MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i:
Intensivsykepleie**

SEMESTER: Vår 2020

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Miriam Bauge

VEILEDER: Professor Britt Sætre Hansen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

Læringskulturen i en medisinsk intensivavdeling - En kvalitativ studie om helsepersonellens opplevelser

Engelsk tittel:

The learning culture in a medical intensive care unit - A qualitative study of the health professionals' experiences

EMNEORD/STIKKORD:

Medisinsk intensiv avdeling (medical intensive care unit), læringskultur (learning culture), debriefing (debriefing), intensivsykepleier (intensive care nurse/critical care nurse), TALK

ANTALL ORD: 17977

STAVANGER: 24.04.20

Forord

En masterstudie med spesialisering i intensivsykepleie er snart ferdig. Dette 2-årige studiet har gitt meg nye faglige utfordringer. Det har vært en krevende, men læringsrik prosess. På grunn av koronaepidemien som kom 5-6 uker før innlevering av oppgaven, og som resulterte i at jeg som masterstudent måtte ut i 100% jobb, var det spesielt utfordrende. Det er menneskene rundt meg, som har bidratt til at jeg likevel klarer å levere innen første innleveringsfrist.

Takk til veileder Britt Sætre Hansen, for din konstruktive veiledning. Du har gitt meg oppmuntring og motivasjon gjennom hele prosessen. Spesiell takk for at du også veiledet i påsken på din fridag.

Takk til deltakerne i studien, som har bidratt med relevant og nyttig erfaring.

Takk til avdelingsleder for hjelp til å rekruttere deltakere, og som gjorde det mulig for meg å intervju i avdelingen.

Takk til familie og venner for støtte og Heia-rop på sidelinjen.

En spesiell takk til mine foreldre som har oppdratt meg i troen på at jeg kan klare alt, bare jeg jobber for det!

Stian, min fantastiske mann, du har ikke bare hjulpet meg med tekniske utfordringer og korrekturlesing, du har også støttet meg gjennom hele denne prosessen.

Nå gleder jeg meg til å bruke tiden på venner og familie. Mine tålmodige tre barn, Vanessa, Sebastian og Johannes, som har sett lite av mammaen i det siste.

TUSEN TAKK!

Sammendrag

Bakgrunn: Forskning viser at pasientskader er både et nasjonalt og et globalt problem. Å få ned pasientskader er et satsingsområde i helsevesenet. Behovet for antall intensivsenger er stigende, samtidig som intensivsykepleierne pålegges mer ansvar, og har et større press på å holde seg faglig oppdatert. Intensivsykepleiere er lovpålagt å utføre faglig forsvarlig helsehjelp, men det er også organisasjonen sitt ansvar å legge til rette for det.

Hensikt: Hensikten er å belyse hvordan en læringskultur er organisert i en medisinsk intensiv avdeling, gjennom helsepersonellet sine opplevelser. Samt beskrive hvilket felles ansvar intensivsykepleierne og ledelsen har for å få en bedring av læringskulturen i en travel arbeidshverdag.

Metode: Studien har en kvalitativ tilnærming der data samles inn ved hjelp av 2 fokusgruppe intervju av 12 helsepersonell (leger, intensivsykepleiere og sykepleiere) fra medisinsk intensiv avdeling. Teori som vil bli presentert er systemtenkning, og hva som er ledelsens og intensivsykepleierens ansvar for å få en bedre pasientsikkerhetskultur. Til slutt vil Talk- prosjektet bli omtalt.

Resultat: Gjennom to forskningsspørsmål fremkom det et tema: Tilfeldig, usystematisk og ikke i dialog med personalet. To sub-tema: Debrifing etter utfordrende situasjoner er bra men brukes for lite, og læring er individets ansvar og skjer tilfeldig.

Konklusjon: Deltakerne ønsker et system for læring. De opplever at læringen skjer usystematisk, og tilfeldig, og at det er den enkeltes ansvar. Det beskrives et behov for systematisert debrifing etter utfordrende situasjoner. Læring må organiseres av ledelsen i samarbeid med de ansatte.

Nøkkelord: Medisinsk intensivavdeling, læringskultur, debrifing, intensivsykepleier, TALK

Abstract

Background: Research shows that patient injury is both a national and a global problem. Reducing patient injuries is an area of focus in the health care system. The number of intensive care beds are increasing, while more responsibility is given to intensive care nurses along with greater stress to stay professionally up to date. Intensive care nurses are required by law to provide professional health care, but to facilitate this is an organizational responsibility.

Purpose: The purpose is to illuminate how a learning culture is organized in a medical intensive care unit, through the experiences of the health care professionals. Furthermore, describe the joint responsibility that intensive care nurses and management have for improving the learning culture during a busy day at work.

Method: The study has a qualitative approach, where data is collected by using 2 focus group interviews of 12 health care professionals (doctors, intensive care nurses and nurses) from the medical intensive care unit. The theory that will be presented is system thinking, safety culture, intensive nurse responsibility and job description, and the Talk project.

Result: One theme emerged from two research questions: random, unsystematic and not in dialogue with the health care professionals. Two sub-themes: Debriefing after challenging situations is preferable but rarely used, and learning is the individual's responsibility and happens randomly.

Conclusion: The participants require a system of learning. They feel that learning occurs randomly and not systematically, and it is the individual's responsibility. There is a need of systematic debriefing after challenging situations. Learning must be organized by the management in partnership with the health care professionals.

Keyword: Medical intensive care unit, learning culture, debriefing, intensive care nurse, critical care nurse, TALK

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon	1
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	2
1.2 <i>Tidligere forskning</i>	3
1.2.1 <i>Debrifing som læring.....</i>	3
1.2.2 <i>Psykologiske effekter av debrifing</i>	4
1.2.3 <i>Inter kollegial læring</i>	5
1.2.4 <i>Forutsetninger for vellykket implementering.....</i>	6
1.3 <i>Studiens hensikt.....</i>	6
1.4 <i>Problemstilling og forskningsspørsmål.....</i>	7
2.0 Teoretisk rammeverk.....	7
2.1 <i>Systemtenkning: Senges fem disipliner.....</i>	7
2.2 <i>Pasientsikkerhetskultur.....</i>	9
2.2.1 <i>Ledelsen sitt ansvar.....</i>	9
2.2.2 <i>Intensivsykepleieren sitt ansvar.....</i>	11
2.3 <i>TALK.....</i>	12
3.0 Metode og metodiske overveielser.....	13
3.1 <i>Kvalitativ forskningsmetode</i>	13
3.2 <i>Egen forforståelse.....</i>	14
3.3 <i>Beskrivelse av forskningsfeltet.....</i>	15
3.4 <i>Fokusgruppeintervju</i>	16
3.5 <i>Valg av deltakere</i>	18
3.6 <i>Gjennomføring av fokusgruppeintervju.....</i>	19
3.7 <i>Transkripsjon</i>	22
3.8 <i>Analyseprosessen.....</i>	23
3.9 <i>Studiens troverdighet.....</i>	24
3.9.1 <i>Reliabilitet</i>	24
3.9.2 <i>Validitet.....</i>	25
3.9.3 <i>Overførbarhet</i>	27
3.10 <i>Forskningsetikk</i>	27
4.0 Resultater.....	29
4.1 <i>Tilfeldig, usystematisk og ikke i dialog med personalet.....</i>	29
4.1.1 <i>Debrifing etter utfordrende situasjoner er bra men brukes for lite</i>	30
4.1.2 <i>Læring er individets ansvar og skjer tilfeldig.....</i>	34
5.0 Diskusjon.....	42
5.1 <i>Tilfeldig, usystematisk og ikke i dialog med personalet.....</i>	42
5.1.1 <i>Debrifing etter utfordrende situasjoner er bra men brukes for lite</i>	42
5.1.2 <i>Læring er individets ansvar og skjer tilfeldig.....</i>	46
6.0 Konklusjon.....	53

<i>6.1. Implikasjoner for praksis</i>	53
<i>6.2 Implikasjoner for videre forskning</i>	54
Referanseliste	55

Vedlegg 1: Analyse

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Forespørsel om deltakelse i studie + samtykkeskjema

Vedlegg 4: Godkjenning fra forskningsavdelingen

Vedlegg 5: Informasjon til avdelingsleder

Vedlegg 6: Utdrag fra nyansatthefte

Begrepsavklaringer

Debriefing: Samtale om et hendelsesforløp

Dialyse: En metode å fjerne avfallsstoffer fra blod, når ikke nyrene fungerer

EKG: Elektrokardiogram, viser hjerterytmen

Furix: Vanndrivende medikament

Intox: Akutt legemiddelforgiftning

Int.spl: Intensivsykepleier, sykepleier med spesialkompetanse i intensivbehandling.

Ketoacidose: En tilstand forårsaket av høyt blodsukker

Non-invasive ventilation: Ikke-invasive ventilasjon støtter pasientens respirasjon gjennom et nesekateter eller maske. Gir et inspiratorisk og ekspiratorisk trykk, ofte tilsatt oksygen.

Optiflow: Gir høyt trykk av oksygen via nesekateter

PTSD: Post traumatisk stress syndrom

Respirasjonssvikt: En svikt i lungene, som gjør at kroppen ikke får tilført nok oksygen

Sepsis: Blodforgiftning

Telemetri: Viser pasientens kontinuerlige hjerterytme

1.0 Introduksjon

Denne studien tar for seg hvordan en læringskultur er organisert i en medisinsk intensivavdeling, samt beskriver hvilket felles ansvar intensivsykepleierne og ledelsen har for å få en bedring av læringskulturen i en travel arbeidshverdag. Som helsepersonell har vi et ansvar for å ivareta pasientsikkerheten gjennom forebygging av uønskete hendelser, og for å unngå at det fører til alvorlige konsekvenser for pasienten (Hjort, 2007). Pasientskader har vist seg å være både et nasjonalt og et globalt problem, og rangert som nummer 14 av verdens globale sykdomsbyrde. Norsk pasientskadeerstatning ga i 2018 medhold i 1235 av 4402 saker. Samme år ble det påvist minst en pasientskade i 11,9% av pasientoppholdene ved norske sykehus. Pasientskade defineres som: «*Utilsiktet fysisk skade som har oppstått som et resultat av medisinsk behandling eller som behandling har bidratt til, som krever ytterligere overvåkning, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang*» (Helsedirektoratet, 2019, s.31).

I intensivavdelingene foreligger det en stor risiko for at helsepersonell kan komme oppi hendelser som kan medføre alvorlige konsekvenser for pasienten. I tillegg har intensivavdelingene en økende kompleksitet i pasientbehandlingen som byr på mange utfordringer. Den enkelte pasient har rett på spesialtilpasset og tverrfaglig behandling med en klar plan og mål for oppholdet. I tillegg stilles det store krav til intensivsykepleierne i forhold til bemanning, kontinuitet og kompetanse. (NSFLIS, 2015, s.5).

På en intensivavdeling introduseres det ofte nye behandlingsmåter, og det er en høyteknologisk avdeling som krever jevnlig oppdatering i bruk av nytt medisinsk teknisk utstyr (NSFLIS, 2015, s.8). Rapporten fra NSFLIS (2015, s.6) viser at det er økende behov for intensivsykepleiere, samtidig som det er rekrutteringsproblemer. Behovet for antall intensivsenger er også stigende. Noen av utfordringene dette kan resultere i er økt arbeidsbelastning for intensivsykepleierne og mindre tid til faglig oppdatering. Det er derfor viktig at det etableres gode læringsarenaer og gode systemer for hverdagslæring i intensivavdelinger.

Det er ledelsen i den enkelte organisasjon som har ansvar for å etablere en sikkerhetskultur med arenaer for læring, og som gjør at de ansatte har mot til å si fra om risiko og uønskete hendelser (Patient Safety Network, 2014; Helsedirektoratet, 2019; Hjort, 2007). Verdens helseorganisasjon (WHO) sin rapport (2005, s.3) viser at rapportering av uheldige hendelser, der åpenhet og læring er et mål, har en effekt på pasientsikkerheten. Et verktøy som Patient Safety Network (2014) mener kan bidra til pasientsikkerhet er å bruke debriefing. Debriefing er en viktig strategi mellom to eller flere personer, med mål om å lære av hendelser gjennom diskusjon, analysering og refleksjon av tanker (Patient Safety Network, 2014).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

I min praksisperiode på medisinsk intensivavdeling ønsket noen av intensivsykepleierne i avdelingen at en av årets masteroppgaver skulle handle om debriefing av utfordrende situasjoner i avdelingen. De uttrykte et behov for mer bruk av debriefing i arbeidet. De ønsket å reflektere over utfordrende pasientsituasjoner, samtidig som de ønsket å lære. Det var flere som var frustrert over at det ikke var tilrettelagt for læring i arbeidshverdagen, samtidig som de ble pålagt mer ansvar og flere komplekse pasienter.

Som masterstudent har du det privilegiet at du kan fordype deg i noe som interesserer deg og kan være med på å kaste lys over noe som berører flere. Intensivsykepleiere trenger gode rutiner på læring i en intensivavdeling. Det er en travel avdeling, så det er viktig at læring blir organisert slik at det inngår som en naturlig del av det daglige arbeidet.

Et nytt klinisk debriefingsverktøy (TALK), som er ment å brukes etter både uheldige hendelser og suksesser, skal implementeres på flere avdelinger på universitetssykehuset. Jeg ønsker å undersøke hvordan personalet lærer på avdelingen før verktøyet blir tatt i bruk, men etter de har fått en innføring i det.

1.2 Tidligere forskning

I samarbeid med en bibliotekar har jeg kommet frem til følgende søkeord: Intensiv care unit OR icu, debriefing OR crisis intervention, posttraumatic stress disorder, learning, critical nurse, feedback, learning organization, social learning, lifelong learning, competence, successful implementation, implementation, Intensive nursery AND patient safety. Årstall 2013-2019, og vi har gjort søk i Cinahl, SveMed og Medline. Søkeord for relevante artikler førte også til andre artikler som har blitt tatt med.

De fleste studier tar for seg debriefing i forbindelse med simulering (George & Quatrara, 2018: Colman, Patera & Hebbar, 2019: Yukie, Chikako, Akira & Ryoji, 2013: Brown, Wong & Ahmed, 2018: Letcher, Roth & Varenhorst, 2017: Jansson, Syrjälä, Ohtonen, Meriläinen, Kyngäs & Al-kokko, 2017). Min studie ser på debriefing etter utfordrende pasientsituasjoner og ikke i sammenheng med simulering. Jeg har allikevel valgt å inkludere noen studier for å belyse læringseffekten en debriefing har. Forskning viser at helsepersonell lærer gjennom debriefing (Abelsson og Bisholt, 2017: Fey, Scrandis, Daniels, Haut, 2014: Ahmed et.al., 2012). Studier viser også at fravær av debriefing kan gi helsepersonell psykiske påkjenninger (Colville, Smith, Brierley, Citron, Nguru, Shaunak, Perkins-Porras, 2017: Spencer, Nolan, Osborn & Georgiou, 2019).

1.2.1 Debriefing som læring

Det er flere studier som fremhever positive effekter ved debriefing. Konstruktive, åpne og ærlige tilbakemeldinger uten å virke dømmende ble fremhevet som en viktig faktor for læring. Gjennom diskusjon og refleksjon følte deltakerne at de kom lærende ut av en debriefing (Abelsson og Bisholt, 2017: Fey, Scrandis, Daniels, Haut, 2014: Ahmed et.al., 2012: Spencer et.al., 2019: Couper, Salman, Soar, Finn & Perkins, 2013).

Couper et al. (2013) fant i sin systematiske oversiktsartikkel at en stor andel studier viste at ansatte på intensivavdelingene opplevde debriefing som noe positivt. Det var på grunn av effekten debriefing hadde etter livstruende situasjoner. I en studie gjort av Ahmed et al. (2012) fant forskerne at læringseffekten var størst når debriefingen fant sted så nær hendelsen som mulig. Tre hovedkomponenter som de mente burde være fokus

ved en strukturert debriefing var: bevissthet rundt egen utførelse, hvordan oppdraget ble utført, og hva som måtte forbedres. Det ble også avdekket at det var behov for etablering av en debriefing kultur, for å få tilbakemeldinger på deres tekniske ferdigheter for å fremme læringskulturen. Couper et.al., (2013) sin studie viste at debriefing forbedret også deltakernes ferdigheter etter en akutt situasjon, som resulterte i økt pasientoverlevelse som følge av bedre hjertekompresjoner.

Faktorer som hindret læring i en debriefing var at deltakerne syntes det var ubehagelig å gi negativ tilbakemelding når det var folk de ikke kjente. Da negative tilbakemeldinger ble erstattet av fokus på bare det positive, gikk læringsmål tapt. Debriefing med kjente personer, ga følelse av trygghet og negativ kritikk ble lettere å gi, noe som resulterte i læring. Det ble det også nevnt at alder, ulike nivåer på utdanning og kunnskaper skapte barriere for tilbakemeldinger i en debriefing (Fey et.al., 2014).

Mangel på tid, ble oppgitt i studien til Spencer et.al., (2019) som den største årsaken til at det ikke ble en gjennomgang etter en uheldig hendelse. Like etter var manglende erfaring i hvordan du skulle lede en debriefing som oppgitt som en årsak, og det var få helsepersonell som viste hvordan de skulle starte en debriefing. Det var ikke en kultur for debriefing, og organiseringen var dårlig. Det var som oftest de eldste som satte det i gang.

1.2.2 Psykologiske effekter av debriefing

Som følge av at helsepersonell deltar i akutte og utfordrende pasient situasjoner, så er det en stor prosentandel som pådrar seg symptomer som psykologiske traumer. Samtidig viser studier at en effekt ved debriefing er at den er med på å redusere stresset helsepersonellet blir påført (Colville, Smith, Brierley, Citron, Nguru, Shaunak, Perkins-Porras, 2017: Spencer, Nolan, Osborn & Georgiou, 2019).

En sentral komponent som ble nevnt for å håndtere og klare å komme seg videre etter en uheldig hendelse, var å snakke med kolleger og familie. Alle uttrykte ønske om å få en kultur på sin arbeidsplass som omhandlet debriefing med de involverte. Dette for å kunne få en tilbakemelding og refleksjon over egne oppgaver under hendelsen. Over

halvparten av de som opplyste om utbrenthet, ønsket mer debriefing og en mer reflektert praksis. I tillegg kom frem at flere ba om mer undervisning. Det var flere som aldri hadde fått noen oppfølging, da det ikke var kultur for det. En mekanisme helsepersonellet brukte var fortrenning av opplevelsen, slik at de skulle klare å utføre arbeidsoppgavene. De følte seg lite til stedet for pasientene i etterkant (Colville et.al, 2017). Studien til Spencer et.al., (2019) viste at helsepersonell oppga støtte som den største gevinsten ved en debriefing. Etter en debriefing følte de seg mer støttet av teamet. De som ikke deltok ved debriefing etter en hendelse, viste størst tegn på PTSD. Forekomsten var størst blant de yngste.

1.2.3 Inter kollegial læring

Bringsvor, Berntsen & Berland (2014) fant i sin studie at deltakerne ble påvirket og lærte av kulturen de jobbet i. Arbeidsplassen hadde en innflytelse på deres daglige sykepleiepraksis. Deltakerne innhentet kompetanse av hverandre i form av interkollegiale spørsmål som var relevant for praksis. Studier viser at spesifikke spørsmål og definerte svar ble hentet frem som viktig for kunnskapsformidling (Muldowney & McKee, 2011; Bringsvor et.al, 2014). Fra studien til Muldowney & McKee, (2011) viser det seg at så mye som 75 % av deltakerne (autoriserte sykepleiere) syntes det var et godt klinisk læringsmiljø på intensivavdelingen. Alle 64 deltakerne krysset av at de var enig i at det var et pedagogisk personell på intensivavdelingen. 86 % mente at de kunne stille så mange spørsmål de ville og 84 % mente at spørsmålene deres ble tilfredsstillende besvart (Muldowney & McKee, 2011). Funn fra Bringsvor et.al. (2014) sin studie viste at noe som bidro til kunnskapsutvikling var at det kom vikarer fra andre intensivavdelinger. Intensivsykepleiernes tverrfaglige samarbeid ble også beskrevet som en del av kunnskapsbasen de bygde praksis på.

Studien til Häggström, Bergmann, Månsson & Rising Holmström (2017) viste at en viktig faktor for læring var at du var omgitt av kompetente og støttende kolleger, som du kunne spørre dersom du lurte på noe. Det ble også fremhevet at det var viktig å ha støtte fra individer med forskjellige typer kompetanse; slik støtte var spesielt viktig for en nybegynner. Kollegial støtte bidro til tryggere læring. Intensivsykepleierne tok

ansvar og skapte diskusjoner rundt medikamentbehandlingen, og ga også forslag til mindre erfarne leger.

1.2.4 Forutsetninger for vellykket implementering

Ved søk etter artikler som kunne beskrive forutsetninger for vellykket implementering i en intensiv avdeling, var ikke lett. Totalt 236 artikler var relatert til prosedyrer og ikke selve organiseringen. Det var artikler som innføring av ABCDE -prinsippene, diverse medikamenter, systemer, utstyr osv. Jeg fant kun en artikkel, som sa noe om organisering, selv om den opprinnelig tar utgangspunkt i et kommunikasjonsverktøy. Den artikkelen viser at langvarig implementering krever organisasjonsorienterte endringsstrategier. Det måtte være personlig engasjement hos både hver enkelt ansatt og ledelsen. Studien viste også at det var større sjans for å lykkes med en implementering om det var samme ledelsen og ansatte som jobbet der over tid (Visser & Wysmans, 2010).

Denne oppgaven omtaler også implementeringen av TALK, så det hadde vært gunstig og finne noen artikler om implementering, noe som verken jeg eller bibliotekaren lyktes med. Det er lite forskning som sier noe om hvordan debrifing organiseres i en intensivavdeling. Jeg fant også lite forskning om hvordan læringskulturen blir ivaretatt i arbeidshverdagen. På bakgrunn av det, anser jeg min studie som viktig for å belyse helsepersonellet sine opplevelser av hvordan læring organiseres i en medisinsk intensiv avdeling.

1.3 Studiens hensikt

Hensikten er å belyse hvordan en læringskultur er organisert i en medisinsk intensiv avdeling, gjennom helsepersonellet sine opplevelser. Samt beskrive hvilket felles ansvar intensivsykepleierne og ledelsen har for å få en bedring av læringskulturen i en travel arbeidshverdag.

1.4 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstilling:

Hvordan opplever helsepersonell at kulturen for læring og forbedring blir ivaretatt i en medisinsk intensivavdeling?

Følgende forskningsspørsmål er utledet av problemstillingen:

Forskningsspørsmål:

1. Hvilke erfaringer har helsepersonell med debrifing av utfordrende situasjoner?
2. Hvordan lærer helsepersonell i en travel arbeidshverdag?

2.0 Teoretisk rammeverk

For å svare på problemstillingen har jeg tatt med teori som omhandler systemtenkning, hvor jeg presenterer Senge (2006) sine fem disipliner. Jeg anser det som relevant å opplyse om det felles ansvaret ledelsen og intensivsykepleierne har for å få en etablert pasientsikkerhetskultur. På bakgrunn av det har jeg tatt med Helsedirektoratet (2018) sin nyeste rapport som er med på å belyse ledelsen sitt ansvar. Det blir også presentert intensivsykepleiernes ansvarsområder. Avslutningsvis har jeg presentert debrifingsverktøyet- TALK. Selv om oppgaven omhandler læring, er likevel ikke læringsteorier tatt med. Det sentrale er hvordan læring organiseres i en praktisk hverdag.

2.1 Systemtenkning: Senges fem disipliner

Peter Senge er en sentral teoretiker innen organisasjonsutvikling. Senge (2006, s.129) mener at en organisasjon lærer gjennom enkeltindivider som lærer. Det er avhengig av at enkeltindivider i organisasjonen tenker større, der alle har et felles ansvar. Gjennom ulike prosesser i en organisasjon, kan endringer internt bidra til en kulturendring. Senge (2006, s.6) mener at det er fem disipliner som står i sentrum for å få en bedre utvikling i en lærende organisasjon:

Personlig mestring: Senge (2006, s.129) første disiplin tar for seg personlig mestring. Hvordan du som menneske utvikler deg og er i en kontinuerlig læreprosess er selve hjørnesteinen av en lærende organisasjon. Som et individ har du din vilje, tanker og måte å tenke på. Som arbeidsgiver må en bidra til utvikling av disse egenskapene. Du har et ansvar om å handle og ikke bare snakke (Senge, 2006, s.162). Personer med høy personlig mestring er de personene med selvinnsikt og som er klar over sine vekstområder. De tar mer initiativ, søker læresituasjoner og er mer ansvarsbevisste i forhold til sitt arbeid og vil dermed lære raskere. Forutsetningen er at bedriften legger til rette for det (Senge, 2006, s.129).

Mentale modeller: Ofte er en ikke bevisst sin egne tankemåte, da det kan ligge i ubevisstheden. Mentale modeller omhandler hvordan en kan gjennom refleksjon kan bevisstgjøre sin tankemåte og handlingskraft, på en slik måte at en får det beste ut av seg selv, menneskene rundt og organisasjonen. (Senge, 2006, s. 164). Et viktig virkemiddel er nytenkning for å unngå å falle i samme mønster som «alle andre». For å unngå fastgrodd kultur, bør nye ideer testes ut for å se hvor gode de er. Dessverre er det slik at flere gode ideer ikke kommer til overflaten, nettopp på grunn av at det er ledere som ikke er reflektert over egne holdninger. Det fremheves at en god leder «legger vekk» sine holdninger og tar den ansattes nye ideer på alvor. Det vil være grunnlaget for nytenkning, som vil kunne gi ny kunnskap til virksomheten (Senge, 2006, s.163).

Felles visjon: Når en organisasjon har felles verdier og samme mål, og drivkraften er drevet av indre styrke, kaller Senge (2006, s.191) det for en felles visjon. Det vil si at alle bør ha en følelse av å skape en felles visjon, men likevel føle at det er en personlig visjon. At drivkraften kommer fra hjertet. Når den enkelte føler at d vil det gi en bærekraftig innvirkning på organisasjonen (Senge 2006, s.192).

Gruppelæring: Senge (2006, s.217) mener at en gruppe mennesker som jobber sammen i et team har bedre sjans for å lykkes, enn om du jobber alene som et enkelt individ. Summen av gruppen sin intelligens vil være større en den enkeltes. Mentale- og felles visjoner er grunnlaget for gruppelæring. For å få en gruppe til å samarbeide er det viktig at det er en felles oppgave. Gjennom dialog får alle legge frem sine synspunkter,

og ved diskusjon får en løfte frem positive og negative sider ved en sak. Det forutsetter at den enkelte er mottagelig for den beslutningen som har flest for-argumenter. Som gruppe medlem vil du ikke bare få en personlig vekst, men det vil resultere i at gruppen vil oppnå bedre resultater, samtidig som det skje en utvikling i gruppen (Senge, 2006, s.221).

Systemtenkning: Systemtenkning er Senges (2006, s.69) siste disiplin og integrerer alle de overnevnte disiplinene. For å kunne mestre de andre disiplinene er det en forutsetning at systemtenkning er til stede. Det er ment som et rammeverk for å fokusere helhetlig og forstå enkeltelementer i en større sammenheng. Det er viktig at en stiller spørsmål om hvorfor ting er som de er, og hvordan vi som individ kan snu det ved å gjøre noe med systemet. Som leder er det viktig at det hentes kunnskap fra de ansatte, i stedet for å kontrollere. Tenke helhetlig, og sette det i et system. Det vil kunne bidra til dypere forståelse av problemet, og resulterer i best mulig løsninger.

2.2 Pasientsikkerhetskultur

Pasientsikkerhetskultur defineres som: *«Hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten, og gjenspeiler de delene av organisasjonskulturen som har betydning for risiko i pasientbehandling»* (Helsedirektoratet, 2019, s.31).

Jeg anser det som viktig at sikkerhetskultur, som ledelse ansvar, blir tatt med som teori, da data fra intervjuene viste at lederinvolvering var mye av det som lå til grunn for å få en optimal læringskultur.

2.2.1 Ledelsen sitt ansvar

I denne oppgaven blir ledelsen i den medisinske intensivavdelingen omtalt som den ansvarlige ledelsen når det gjelder å danne en sikkerhetskultur. For å opprettholde kvalitetssikkerhet i helsevesenet, så er det avgjørende og ha en sikkerhetskultur. Når en oppretter en slik kultur så er det viktig å sette inn tiltak for å øke sikkerheten (Patient

Safety Network, 2014). Det er spesielt en forskrift som er sentral. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjeneste §7c (2016):

Plikten til å gjennomføre

«utvikle og iverksette nødvendig prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivning, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet»

Helsedirektoratet sin handlingsplan (2019) har fokus på fire satsningsområder som skal bidra til å forbedre pasientsikkerheten ved å redusere forekomsten av pasientskader:

Ledelse og kultur: Oppfordrer ledere til å skape en kultur for pasientsikkerhet og kvalitetssikring. Det må tilrettelegges for et arbeidsmiljø med fokus på læring og forbedring. Ikke bare av de ansattes erfaringer, men også av erfaringer fra pasienter og pårørende. Leder må ha skape et miljø ved åpenhet og oppmerksomhet, der feil og uønskete hendelser anses som en læresituasjon (Helsedirektoratet, 2019, s. 16).

Øke kompetanse: Dette punktet styres av Helsepersonelloven §§1-77 (2000) som skal se til at pasienten får faglig forsvarlig helsehjelp. Helsepersonell skal kunne få tilpasset et opplæringsprogram som skal imøtekomme den ansattes behov, for å sikre kompetanse på det aktuelle fagområdet. For at det skal være en kvalitetssikring må det være et opplæringsprogram som er tilpasset den enkelte og på det aktuelle området. Det er opp til den enkelte virksomhet hvordan dette gjøres, men at det samarbeides på nasjonalt nivå for å styrke kvalitetssikring (Helsedirektoratet, 2019, s.18).

Nasjonale satsinger: Det er flere satsinger som er i bruk for å redusere pasientskader. Her kan det bl.a. nevnes handlingsplaner, pakkeforløp, pasientforløp og forskjellige sikkerhetsprogrammer. I den nye handlingsplanen fokuseres det på arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Det må koordineres og samarbeides nasjonalt for nye og eksisterende satsinger, og det legges vekt på at satsingene skal være kunnskapsbasert (Helsedirektoratet, 2019, s.20).

Systemer og strukturer: Helsedirektoratet jobber med å få godt nok system som klarer å fange opp data som kan gi et bedre innsyn i avvik av pasientsikkerhet og

pasientskader. Dette er spesielt viktig for å kunne gjøre tiltak, forbedre praksis, og se resultater (Helsedirektoratet, 2019, s.21).

2.2.2 Intensivsykepleieren sitt ansvar

For å konkretisere hva spesialiteten intensivsykepleie innebærer, er det utarbeidet en funksjons- og ansvarsbeskrivelse. Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleierne omhandler flere dimensjoner av hva det vil si å behandle alvorlig syke pasienter. Ved direkte pasientrettet arbeid skal en intensivsykepleier utøve forebyggende, lindrende, rehabiliterende og behandlende tiltak. Indirekte så skal de også holde seg faglig oppdatert gjennom forskning, veiledning og undervisning. Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen skal bidra til at det blir gjort tiltak for å ivareta pasientsikkerheten (NSFLIS, 2017, s.1).

Ut fra problemstillingen er det naturlig å trekke inn punkt 3.0 som omhandler undervisning, fagutvikling og forskning. Under punktet står det 3 punkter jeg har valgt å omtale i min oppgave:

- Intensivsykepleieren bidrar i relevante fora med kritisk refleksjon og etisk bevissthet om spesialitetens kontekst, praksis og rammer.
- Intensivsykepleieren initierer, samarbeider om å ta ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning.
- Intensivsykepleieren bruker relevant pedagogiske og oppdatert kunnskapsbasert tilnærming i sin undervisning, veiledning og rådgivning (NSFLIS, 2017, s.3)..

For å fremheve sykepleie som profesjon har jeg valgt å ta med noen Yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019) for sykepleiere som vil være med på å skape en mer reflektert diskusjon:

- Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.
- Sykepleieren holder oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis.
- Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten.

2.3 TALK

TALK var under implementering da jeg foretok mine intervju, og i intervjuguiden har jeg et spørsmål som omhandler dette verktøyet. Det ble omtalt i mine data som et brukbart, lovende verktøy i forhold til hvordan utfordrende situasjoner kan bli snudd til aktiv læring. Det er derfor tatt med i teoretisk rammeverk.

TALK (2014) er et klinisk debrifingsverktøy som har blitt laget for å lettere kunne strukturere en debrifing. Gjennom en ikke-dømmende refleksjon har debrifingsverktøyet som mål å bidra til en mer støttende kultur for de ansatte, samt øke kompetansen for å bedre pasientsikkerheten.

TALK har fire punkter som skal strukturere kommunikasjonen. Det er ment å kunne gjøres når som helst og hvor som helst. Ikke bare etter vanskelige hendelser, men også etter hendelser hvor ting har fungert bra.

T-Target-Fokus

Bli enige om hva som er viktig å diskutere for å sikre pasientbehandling/sikkerhet. Del ditt perspektiv.

A-Analysere

Utforsk avtalt fokus, 1. Hva hjalp eller hva hindret..

Kommunikasjon, beslutningstaking, situasjonsforståelse? 2. Hvordan kan vi gjenta vellykket hendelse eller forbedre den?

L-Læringspunkter

Hva kan teamet lære av hendelsen?

K-Kjernetiltak

Hva gjør vi gjøre for å opprettholde og forbedre pasientbehandling/sikkerhet? Hvem bringer nøkkeltiltakene videre? Hvem følger dem opp?

Verdier:

- Identifisere positive strategier og atferd. Unngå negative kommentarer. Velg nøytrale uttrykk.
- Identifisere små tiltak og følg dem opp.
- Fokuserer på å finne løsninger, heller enn å fordele skyld.
- Profesjonell kommunikasjon, sette pris på alles innspill. Være lærevillig og åpne for nye innspill (Talk, 2014).

3.0 Metode og metodiske overveielser

I dette kapittelet vil det redegjøres for hvordan studien ble gjennomført. Det innebærer presentasjon av kvalitativ forskningsmetode, etterfulgt av min forforståelse. Det vil også bli gitt en beskrivelse av forskningsfeltet, hvorfor det ble valgt fokusgruppeintervju, og hvordan intervjuet ble gjennomført. Valg av deltakere og analyse prosessen vil komme etterpå. Avslutningsvis vil troverdighet i studien bli beskrevet, etterfulgt av studiens forskningsetikk.

3.1 Kvalitativ forskningsmetode

I studien har det blitt brukt en kvalitativ tilnærming med induktiv eksplorerende design. Det er en anbefalt forskningsmetode når en er ute etter menneskers erfaringer og meninger (Malterud, 2012, s.42). Den kvalitative metoden handler om hvordan tekst produseres og hvordan den tolkes. Det er forskningsdata som blir til gjennom dialog med forsker og verden i prosesser av relasjoner og konstruksjoner (Pedersen & Nielsen, 2010, s.7). Metoden tar utgangspunkt i hvordan mennesker lever sine liv ved å studere livet fra innsiden. Forsker søker etter forståelse av de sosiale fenomener han studerer (Thagaard, 2018, s.12). Ofte forståelse fremfor forklaringer, med utgangspunkt i å fokusere på helheten og det spesifikke sett i sammenheng (Pedersen & Land, 2001, s.17).

Metoden bygger på «det fortolkede paradigmet», som sier noe om at samme virkelighet kan tolkes forskjellig, avhengig av ståstedet en har (Malterud, 2012, s.19).

Hermeneutikken (fortolkninger) og fenomenologien (erfaringer) står sentralt innen kvalitativ metode, og en kombinasjon av disse tankesettene er mye brukt innen sykepleierforskning (Malterud, 2012, s.19). Innen kvalitativ forskningsmetode finnes det flere tilnærminger for datainnsamling. Det er studiens problemstilling som bør være avgjørende for hvilken metode forskeren velger å benytte seg av (Polit & Beck, 2012, s. 535). Denne studien har både et fenomenologisk og et hermeneutisk vitenskapssyn, hvor hensikten er å beskrive hvordan kulturen for læring og forbedring blir organisert i en arbeidshverdag. Fenomenologiske forskere spør etter essensen av det fenomenet som er erfart av menneskene, og søker etter betydningen av det. (Polit & Beck, 2012, s.494). Gjennom menneskets subjektive virkelighetsoppfatning søker forsker etter menneskets dypere mening gjennom opplevelser og forståelse om fenomenet, og lar den ytre verden komme i bakgrunnen (Thagaard, 2018, s.36). Hermeneutikken fremhever at menneskers handlinger kan ha en dypere betydning enn det som fremstår som åpenbart. Tilnærmingen fremhever hvordan jeg som forsker oppfatter data, og er bevisst at min tolkning ikke er konkluderende, da den kan tolkes forskjellig ettersom den kan ses i forskjellig kontekst (Thagaard, 2018, s.37).

3.2 Egen forforståelse

Hans Georg Gadamer (1900-2002) var en sentral filosof i hermeneutikken og regnes som grunnleggeren for begrepet forforståelse. Hans filosofi om forforståelse sier at den ikke er umiddelbar og forutsetningsløs, men bygger på fordommer. Han fremhever at fortolkningene vi gjør oss relateres til vår bakgrunn som bygger på kultur og arv, og at vi som mennesker dermed ikke har et nullpunkt (Thornquist, 2003, s 163).

Mine ni år som sykepleier gjør at jeg har tilegnet meg erfaringer. Jeg har jobbet på flere avdelinger ved samme sykehus som jeg har gjort intervjuene. Jeg har også vært sykepleier (student) i avdelingen jeg har intervjuet, og dermed dannet meg et bilde over situasjonen. Ved å kjenne til miljøet vil en automatisk utvikle en forforståelse sett fra innsiden. Det kan resultere i at jeg er mindre åpen for ny forståelse. For å få en utvikling i egen forforståelse, må jeg som forsker øke bevisstheten rundt denne rollen. Det vil

kunne bidra til ny forståelse av temaet (Thornquist, 2003, s.164). Selv om jeg har erfaringer fra avdelingen som student, har jeg ikke hatt en rolle som fast ansatt. Jeg kan dermed stå i fare for å belage min forforståelse på de erfaringene jeg har hatt på avdelingen, noe som kanskje vil resultere i at jeg ikke har den helhetlige forståelsen. En annen ulempe er at jeg kan la min subjektivitet på temaet hindre at jeg åpner opp for ny forståelse. At jeg allerede ved intervjuet har laget meg en konklusjon, som kanskje ikke stemmer. Det kan være både bevisste og ubevisste tanker som jeg ikke er oppmerksom på, og dermed kan det skapes en annerledes oppfatning (Thornquist, 2003, s.142). Fordelen er at jeg vet en del om kulturen i avdelingen, noe som kan være en fordel når en skal sette seg inn i temaet. Det kan igjen føre til at jeg lettere stiller de riktige spørsmålene for å komme til kjernen i intervjuene. Thagaard (2018, s. 190) fremhever styrken ved å ha kjennskap til felten ved å gjenkjenne deltakernes situasjon ut fra egne erfaringer. Det kan være med å bekrefte forståelsen vi utvikler. Det var først etter at jeg hadde dannet tema og skrev inn resultatene at jeg kjente meg igjen i noe av det som ble sagt. Min nysgjerrighet rundt temaet gjorde at jeg gikk inn i prosjektet, med et åpent sinn. Når en går inn i et prosjekt, så er det fordi du har en interesse for temaet. Det har vært lærerikt å lese om forforståelsen til studien, og bidratt til at jeg har vært mer bevisst og reflektert over valgene jeg har gjort underveis.

3.3 Beskrivelse av forskningsfeltet

Intensivavdelingen er en medisinsk intensivavdeling som har spesialkompetanse på behandling av akutt og kritisk syke pasienter, som ikke trenger respiratorbehandling, men behov for spesiell overvåkning. Gjennomsnittlig liggetid er ca to døgn. Av totalt 80 ansatte er 28 intensivsykepleiere, 47 sykepleiere og 5 helsefagarbeidere. Det er en leder og, assisterende ledere og en fagutvikling sykepleier. I tillegg er det en avdeling hvor det er mye turnusleger/leger i spesialisering. Det er stor arbeidsbelastning og det er ikke uvanlig at en intensivsykepleier har 3 pasienter samtidig.

Avdelingen har 24 sengeplasser fordelt på tre avsnitt (1, 2 og 3).

Avsnitt 1 behandler pasienter med organsvikt. De største pasientgruppene er pasienter med: Hjerteproblemer, respirasjonssvikt, sepsis, dialyse, intox og ketoacidose.

Pasientene er selvpustende, men har ofte behov for oksygenbehandling i form av NIV og Optiflow. Avansert medikamentell behandling som blant annet pressor er vanlig. Avsnitt 2 behandler pasienter med akutte hjerteinfarkt, eller andre alvorlige hjertefeil, som har behov for telemetrioovervåking.

Avsnitt 3 er for sub-akutte hjertepasienter med mulighet for telemetrioovervåking og enkle medikamentinfusjoner. Det er tunet hvor det jobber sykepleiere, og ikke intensivsykepleiere.

Avsnitt 1 og 2 er forbeholdt intensivsykepleierkompetanse, men sykepleiere med erfaring jobber der også. Det sitter også en intensivsykepleier/sykepleier som er scopvakt. Det vil si at de overvåker både avdelingens telemetrier, og de som tilhører kardiologisk sengepost. Personen skal også svare på telefoner de dagene det ikke er sekretær, registrere at eksterne EKG er mottatt og overlevert til en kardiolog.

For å øke kompetansen hos sykepleierne, så er det et pågående «kompetanshevingsprosjekt». En sykepleier skal gå to måneder sammen med en intensivsykepleier, med mål om å øke kompetansen. Det er fokus på individuell opplæring for de sykepleierne som trenger lengre opplæringstid. I tillegg får sykepleierne tre veiledningsdager, hvor utvalgte intensivsykepleiere går gjennom sirkulasjonssvikt, respirasjonssvikt, medisinsk teknisk utstyr og syre/base. Som utbytte får intensivsykepleierne fagdager.

Avdelingen hadde også et annet pågående prosjekt kalt «det grønne korset», med mål om å forebygge uønskede hendelser. Korset ble delt opp i datoer for en måned om gangen, og en fargekode indikerte dagen. Verst utfall av dagen var rødt, som betydde betydelig skade, og minst var grønt som viste ingen uønsket hendelse. Det ble en gjennomgang av dagen ved diverse anledninger, noe som skapte faglige diskusjoner.

3.4 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en egnet metode når man er ute etter menneskers erfaringer og meninger i samhandling med andre. Forsker stiller spørsmål til gruppen for å skape en diskusjon ved at deltakerne igjen stiller spørsmål og gir svar til hverandre. Deltakerne

vil presentere sine erfaringer og gi forskjellige perspektiver av hverandres historier (Polit & Beck, 2012, s.538). Fordeler med gruppeintervju er at du oppnår en dypere og mer reflektert diskusjon enn du ville oppnådd med individuelle intervju (Malterud, 2012, s. 22). Individuelle intervju vil være en egnet metode når man er ute etter enkeltmennesker sine meninger og oppfatninger. Ulempen er at det har lett for å bli veldig «individualistisk» og konkluderende. En vil heller ikke klare å fange opp enigheter eller uenigheter omkring temaet. Gruppeintervju kan bidra til at det oppstår tankeprosesser hos deltakerne som kan resultere i en fortolkningsutvikling der deltakerne hjelper hverandre å oppnå helhetsforståelse. Noe som gir forsker en privilegert tilgang til data (Jacobsen, 2010, s.89).

For å få et vellykket intervju er det viktig at forsker er bevisst sin rolle, da det er flere utfordringer ved et fokusgruppeintervju. Noen deltakere kan dominere mer i gruppen enn andre, og dermed skape ulik maktrelasjon, noe som vil gi asymmetri. Enkelte personer kan føle seg ukomfortable med å uttrykke sine meninger i en større gruppe, og dermed la være å si noe, noe som kan resultere i at forsker går glipp av viktig data. Jeg var spesielt oppmerksom på deltakere som sa lite, og noterte ned om de var enig eller uenig i det som ble sagt. Ingen deltakere fikk direkte spørsmål, men jeg spurte i felleskap om det er noen andre som har andre oppfatninger av temaet som blir diskutert. Noen vil kanskje bli påvirket av «gruppetenkning», som kan sperre for individuell tenkning (Polit & Beck, 2012, s.538). Temaet som blir belyst bør heller ikke være for åpent, da det kan ha en tendens til å «skli ut». Forsker kan da sitte igjen med mye data å analysere, og som kanskje ikke gir svar på problemstillingen (Jacobsen, 2010, s.90). Selv brukte jeg underpunkter til spørsmålene som hjalp meg å forhindre at dette skulle skje. Som forsker skal du likevel la deltakerne føre samtalen, mens du observerer med både øyne og ører, samtidig som du styrer samtalen (Trost & Jeremiassen, 2010, s. 47).

Før fokusgruppeintervjuet ble gjennomført, så ble det utført en pilotstudie. Polit & Beck (2012, s.195) opplyser om at pilotstudie er en mindre versjon av en større studie. Den har som formål å forebygge uhell før en større studie skal tas i bruk. Jeg valgte å teste ut min intervjuguide på to av mine medstudenter. Spørsmålene som ble stilt var noe ensformig og ga meg ikke den informasjonen jeg ønsket. Samtidig som jeg leste meg opp på hvordan jeg best mulig kunne stille de rette spørsmålene, fikk jeg også tips fra min veileder. Det resulterte i endring av forskningsspørsmål, og ny intervjuguide

med flere underpunkter. En semistrukturert intervjuguide ble utarbeidet. Jeg har fulgt Polit & Beck (2012, s. 538) sin anbefaling som er ca 12 spørsmål på et 2-timers intervju. Min intervjuguide inneholder 7 spørsmål, fordi intervjuet er ment å ta rundt en time. Jeg valgte også å følge Malterud (2012, s. 32) sitt råd, og anvende åpne spørsmål, som for eksempel begynner med «Kan dere si noe om ...» og «Hvilke erfaringer har dere ...». Dette for å unngå ja/nei svar, som vil gi lite informasjon. Det vil også gi deltakeren mulighet til å svare som de ønsker, noe som er spesielt viktig når en er ute etter synspunkter og erfaringer (Thagaard, 2018, s. 97). Pilotstudien var nyttig og ga meg også læringserfaring som var en fordel i transkriberingen og analyseprosessen.

3.5 Valg av deltakere

Når en rekrutterer deltakere til studien, må det være mennesker som har kjennskap til fenomenet forskeren ønsker å studere (Jakobsen, 2010, s. 114). I studien har det blitt brukt et strategisk utvalg, det vil si at forsker har innhentet informanter som kan svare på problemstillingen med sine kvalifikasjoner eller egenskaper (Thagaard, 2012, s.54). Graneheim og Lundman (2004) mener at dersom forsker tar deltakere med forskjellige opplevelser øker belysningen for å belyse forskningsspørsmålet fra en rekke aspekter. Jeg har valgt å ta med alle yrkesgrupper. Intensivavdelingen er en avdeling hvor intensivsykepleiere, leger, sykepleiere, helsefagarbeidere jobber sammen som et team. Som forsker søkte jeg etter breddeforståelse, og har derfor valgt heterogene grupper. I Jacobsen (2010, s.118) blir heterogene grupper omtalt som en styrke når en vil få frem mange forskjellige oppfatninger av samme fenomen. I studien tilhører deltakerne forskjellige yrkesgrupper, og har i tillegg forskjellig ansiennitet, kjønn og erfaringer, noe som vil belyse temaet ytterligere.

Allerede tidlig i september-19 tok jeg kontakt med leder på intensivavdelingen for å få hjelp til å rekruttere deltakere. Over mail sendte jeg en kort beskrivelse av prosjektet og ba om bistand til utvelgelse av informanter. Ønske var 12 informanter fordelt på to fokusgrupper. Etter anbefaling fra Polit & Beck (2012, s. 543) som opplyser om konsentrasjonen og energien en datasamling tar, så var det ønskelig med ett intervju pr dag. I hver gruppe ønsket jeg 1-2 leger, 2-3 intensivsykepleiere, 1 sykepleier og 1 helsefagarbeider. Det var viktig med en hovedtyngde på intensivsykepleiere. Kriteriene

for utvelgelse var at informantene hadde minst 1 år ansiennitet fra avdelingen. De måtte også ha blitt introdusert for kommunikasjonsverktøyet TALK. Ettersom personalet skulle introduseres for TALK-prosjektet i slutten av september, var det ønskelig med intervjuet rett etterpå. Det var ønskelig å kartlegge hvordan debrifing og læringskulturen var på avdelingen før TALK ble tatt i bruk. Vi er flere masterstudenter som har med TALK i våre studier, så det er viktig at vi fordeler oss over flere intensivavdelinger. Personer som ble ekskludert var ledere og fagansvarlige. Dette fordi jeg tenker at jeg da måtte hatt et tredje intervju, noe jeg ikke hadde kapasitet til. Jeg velger å tro at deltakerne ville hatt vanskeligheter med å si hva de egentlig mente om det var leder til stede i samme intervju.

Det var først når jeg satt på rommet hvor intervjuet skulle være, at jeg innså at fordelingen blant ønskede yrkesgrupper ikke stemte helt. Leder hadde antagelig ikke sett skikkelig på inklusjonskriteriene. Fordelen hadde vært å ha lege med i begge intervjuene for å få en større breddeforståelse fra deres perspektiv. Ulempen er at det nå er bare den ene legens perspektiv som blir beskrevet. Likevel er hovedfokuset på intensivsykepleierne som det er flertall av.

Tabell 1

	Fokusgr.1	Fokusgr.2
Leger	0	1
Intensivsykepleiere	4	3
Sykepleiere	1	3
Helsefagarbeider	0	0

3.6 Gjennomføring av fokusgruppeintervju

Det ble utført to fokusgruppeintervju fordelt på to dager, 1/10 og 2/10-19. Det var avdelingsleder som hadde bestemt hvilken dager intervjuene skulle utføres, men hadde tatt hensyn til mitt ønske om uke 41. Første gruppe bestod av 5 deltakere, og andre gruppen av 7 deltakere. Malterud (2012, s.40) anbefaler at et fokusgruppeintervju har 5-8 deltakere. Dette begrunner hun med at gruppen ikke må bli for stor, da det er fare for

at ikke alle slipper til. Blir gruppen for liten kan det være utfordrende å få deltakerne til å fortelle forskjellige historier om emnet.

Første intervju varte i 64 min, mens det andre varte i 43 min. Intervjuet ble utført i egen avdeling på et grupperom. Malterud (2018, s. 58) anbefaler å ta gruppen ut av avdelingen for å unngå forstyrrelser. Dette løste vi med å sette en lapp på døren om hva som foregikk, og det ble respekter av kolleger i avdelingen. Alle deltakerne leverte inn signert samtykkeskjema og moderator informerte om taushetsplikt, båndopptaker og fortalte kort om studien og hva fokusgruppeintervju innebar. Det ble foretatt en hilserunde for at stemmene skulle være gjenkjennelig på bånd. I tillegg så hadde alle deltakerne et navneskilt med navn, tittel og ansiennitet. Noen skilt ble litt rotete med alt dette på, men det lettet etterarbeid og førte til mindre administrativt arbeid før oppstart av intervjuet.

Deltakerne ble plassert på stoler rundt et bord, med båndopptaker i midten og moderator på enden. Prosjektleder fungerte som moderator og hadde som rolle å styre samtalen. Det ble informert om at intervjuet skulle ta ca 60 min, og at jeg skulle passe på tiden. I respekt for både deltakerne og prosjektet så er det moderator som skal passe på at intervjuet utføres i det gitte tidsrommet (Malterud, 2018, s. 65). Jeg opplevde at deltakerne viste takknemlighet for det, da det var veldig travelt i avdelingen.

Jeg hadde med meg en medstudent, som fungerte som sekretær. Vi hadde snakket sammen flere ganger om hvordan vi praktisk skulle forberede oss. I tillegg hadde hun på forhånd fått tilsendt intervjuguiden for å kunne komme forberedt. En fordel var at hun hadde jobbet i avdelingen og kjente personene ved navn. Vi møttes 30 min før intervjuet for å avklare hverandre sine funksjoner en siste gang. Forsker stod for intervjuet, mens sekretær skrev notater. Hennes oppgave under intervjuet var å starte setninger som for eksempel, Anne (int.spl): «En gang opplevde jeg...». Dette er et virkemiddel som (Malterud, 2018, s.67) mener vil lette arbeidet under analysen, ved å huske hvem som sa hva. I tillegg noterte sekretær det som ikke ble fanget opp på bånd, sånn som stemning, klima og samhandling. Sekretær ble sittende lengre unna gruppen, men nært nok til å lese skiltene og registrere det nonverbale.

Sjokolade, humor og en løs prat før intervjuet startet bidro til en god og avslappet stemning. Hovedspørsmålene ble stilt sånn som de var satt opp i intervjuguiden, og underpunktene hjalp meg og holde fokus på tema. I det første intervjuet, var det ikke mulig å få en lege med, på grunn av sykemeldinger. I det andre intervjuet, så kom det en lege inn etter 5 min. Det var en lege som hadde jobbet på avdelingen i kun to uker, og ikke oppfylte kriteriene for deltakelse i studien. Dette blir omtalt videre i kapittelet om validiteten.

I pilotstudien prøvde jeg å oppsummere data på slutten av intervjuene for å forsikre meg om at svarene hadde blitt forstått riktig. Denne metoden valgte jeg vekk i hoved intervjuet, da den ble for uoversiktlig. Selv om det i pilotstudien ble tatt litt notater underveis, klarte jeg ikke å samle trådene og konkludere nok til at det ble dannet en fullstendig forståelse over temaet. Kvalitativ forskning, basert på intervjuer, krever samarbeid mellom forsker og deltaker, for å få en gjensidig forståelse (Graneheim og Lundman, 2004). Jeg valgte derfor å spør deltakerne flere ganger underveis: «Forstår jeg det riktig når jeg sier ...?». Malterud (2012, s. 21) skriver i sin bok at det er viktig at moderator kommuniserer med deltakerne på en slik måte at data ikke blir misforstått, sånn at det blir tolket annerledes.

Mot slutten i min intervjuguide, så er det et spørsmål som omhandler TALK. Utskrift av A4 ark om hva TALK står for ble lagt på bordet, og deltakerne fikk lese gjennom det før de svarte på spørsmålet. Det siste spørsmål som ble stilt var om det var noen som satt inne med noe som de ikke følte kom frem under intervjuet. Det førte til nyttig og oppklarende informasjon i det ene intervjuet, mens i det andre ble ingenting sagt. Som en ekstra forsikring om at ikke viktig informasjon gikk tapt, valgte jeg avslutningsvis å følge Malterud (2018, s. 67) sitt råd og henvendte meg til sekretær for å spør om det var noe hun lurte på, eller som var uklart. Vi hadde snakket om denne taktikken på forhånd, for at sekretær skulle slippe å avbryte intervjuet.

Dynamikken i fokusgruppene var veldig forskjellig. Ved første intervju, så gikk flyten i gruppen veldig greit. Noen sa mer enn andre, men alle kom med belysende informasjon. I andre gruppe var dynamikken noe annerledes, og jeg måtte jobbe mye mer for å få noe informasjon av deltakerne. Det var en deltaker som ikke sa noe, men ga likevel nonverbal informasjon, om hun var enig eller uenig. I begge intervju opplevde jeg at

studiens tema var noe som deltakerne ønsket å kaste lys over, og samtidig ga dem en arena for læring. Som en deltaker sa: «Dette var nesten som en debrifing».

3.7 Transkripsjon

Etter fokusgruppeintervju skulle empiriske data fra båndopptaker gjøres om til tekst. Jeg valgte å gjøre transkriberingen selv, da transkribering er et nyttig og viktig virkemiddel for intersubjektivitet i forskningsprosessen. Det gjør også analyseprosessen lettere når den skal presenteres for innsyn (Malterud, 2018, s.96). Transkriberingen begynte allerede 3.dag. Optimalt skulle første transkribering funnet sted rett etter første intervju. Det vil da være mulighet for å gjøre eventuelle endringer før neste intervju (Malterud, 2012, s. 72). Siden jeg fikk utlevert de to dagene det var mest personale på jobb, så valgte jeg å tro at forarbeidet mitt med pilotintervjuet hadde avdekket nødvendige endringer.

Ved å gjøre transkriberingen nært intervjuet, vil en ha bedre sjans til å huske igjen tekst, dersom det har vært et uhell med båndopptakeren (Polit & Beck (2012, s. 543). Jeg hadde ved siden av meg notater fra sekretær, og brukte de for å være helt sikker på at jeg noterte riktig person i sitatene. Som forsker skal du la teksten snakke og ikke pålegge meninger som ikke er der (Graneheim & Lundman, 2004). Derfor ble alt skrevet ned som sitater, og så ordrett som mulig. Graneheim & Lundman (2004) fremhever at under transkriberingen bør det noteres stillhet, sukk, latter, blick mellom deltakerne, osv., da dette kan påvirke den underliggende betydningen. Alle nonverbale gester ble derfor notert i parentes.

Malterud (2018, s. 96) mener at transkriberingen gir en forsker privilegert tilgang til data. Selv om prosessen var tidkrevende ga det meg en nærhet til teksten som var viktig for meg. Jeg gjorde meg nye observasjoner og forståelse som jeg ikke hadde fått dersom jeg ikke hadde gjort det selv.

3.8 Analyseprosessen

Fremgangsmåten en forsker velger å anvende i sin studie, avhenger av fenomenet en vil studere. Det kan enten ha en induktiv eller en deduktiv tilnærming. En deduktiv tilnærming er en egnet måte når det er snakk om å teste ut en teori, og tilnærmingen knyttes ofte til kvantitativ forskning (Thagaard, 2018, s. 172). I analysen har det blitt anvendt en induktiv tilnærming. Induktiv tilnærming er en egnet metode når det ikke er nok kunnskaper om fenomenet en ønsker å studere, eller at kunnskapen er fragmentert (Elo & Kyngås, 2008). Studiens formål var å beskrive hvordan kulturen for læring og forbedring blir organisert i en arbeidshverdag. Hvilke erfaringer helsepersonell har med debrifing av utfordrende situasjoner, og hvordan de lærer i en travel arbeidshverdag.

Denne studien har en induktiv tilnærming, som betyr at forsker tar utgangspunkt i de dataene som har blitt samlet inn fra det kliniske felt, og utvikler begreper og analytiske perspektiver ut fra disse dataene, for deretter å danne et mønster (Thagaard, 2018, s.172). For å kunne fokusere på helheten, beveger forsker seg fra det spesifikke til det mer generelle (Elo & Kyngås, 2008).

Jeg har brukt kvalitativ innholdsanalyse til Graneheim & Lundman (2004) når jeg har analysert data. Forskningsmetode har en lang historie innen sykepleierfaget og kan brukes i både kvalitativ og kvantitativ forskning. Ettersom studien har både en hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming, var målet å jobbe tekstnært med data for å komme frem til manifest- og latent meningsinnhold.

Informantene i denne studien beskrev situasjoner og erfaringer de hadde gjort seg i forhold til debrifing og læring i arbeidshverdagen. Den transkriberte teksten, og etter hvert analyserte datamaterialet, var beskrivende, og ifølge Graneheim & Lundman (2004) manifeste. Den transkriberte teksten ble lest gjennom flere ganger, og i tråd med Elo & Kyngås (2008) var fokuset og komme til kjernen ved å fokusere på spørsmål som: «Hva er det egentlig snakk om her?» For å systematisere første trinn av analysen ble 20 stykk A3 ark med limt utklipp fra begge intervjuene laget. Intervjuene ble analysert hver for seg, og markert med forskjellige farger. Direktesitatene ble plassert i rubrikken *meningsenheter*. Etter anbefaling fra Graneheim & Lundman (2004) valgte jeg å ta med all rådata i første omgang. Dette for å forsikre meg om at ikke noe viktig

gikk tapt. Malterud (2012, s. 91) skriver at det er viktig at ikke noen meningsenheter blir tatt vekk selv om de gir motstridende svar for en ellers samsvarende gruppe. Hun begrunner det med at det kan være viktige korrektiver til tilsynelatende uniformitet. Lange direktisitat ble delt opp dersom de hadde forskjellige betydninger. Deretter ble alt relevant data kortet ned og lagt i rubrikken *kondensert meningsenheter*. Selv om teksten ble redusert har likevel kjernen i den blitt bevart.

Etter *kondensert meningsenheter*, så ble all data *kodet*. Malterud (2008, s.159) opplyser om at kodene som blir laget bør ikke være for omfattende, da data kan bli for generell. Jeg har derfor prøvd å jobbe tekstnært og ta ut essensen med ikke for lange, men likevel beskrivende ord. Kodet tekst ble videre plassert i en *kategori*. Data (koder) som er plassert i samme kategori deler et fellesskap. Data skal heller ikke falle mellom to kategorier eller passe inn i mer enn en kategori. Det er dette materialet som er manifest innhold og viser seg i teksten ved å besvare HVA spørsmålet (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017).

Når det til slutt skulle dannes temaer, gikk jeg fra det konkrete til det mer abstrakte. Analysen ble løftet ved at jeg tolket kategoriene først til to sub-tema. Det ble dannet latent meningsinnhold. Tilnærmingen har en lav grad av tolkning, ettersom den fortsatt er ganske tekst nær. Videre ble det dannet et tema. Et tema som ligger mellom utsagnene og utgjør en rød tråd og svarer på HVORDAN spørsmålet. Data kan ha flere betydninger og passe inn i mer enn ett tema (Graneheim et.al, 2017). Dette gjorde prosessen krevende og ble en frem og tilbake prosess mellom forsker og veileder. Et eksempel på analysen er lagt ved som vedlegg 1.

3.9 Studiens troverdighet

I kvalitative studier er begrep som reliabilitet, validitet og overførbarhet sentrale når forskningens kvalitet skal vurderes for å oppnå troverdighet (Thaagard, 2018, s.187).

3.9.1 Reliabilitet

Reliabilitet omhandler spørsmålet om studiens pålitelighet, om studien fremstår som troverdig gjennom kritisk tenkning. Begrepet er mye brukt innen kvantitativ forskning, og stiller spørsmål om forskerens nøyaktighet. Ville en annen forsker fått samme

resultat om han gjorde en tilsvarende studie, med samme metoder? I kvalitativ forskning handler det om hvordan forsker har kommet frem til de data som finnes i studien (Thagaard, 2018, s. 187).

Kvale & Brinkmann (2012, s.250) skriver at forsker kan oppnå troverdighet ved å ikke stille ledende, men åpne spørsmål i intervjuet. Hvordan spørsmålene blir stilt og utformet, vil kunne prege svarene deltakerne gir (Thagaard, 2018, s. 16). Seks av syv spørsmål fra intervjuguide er åpne spørsmål, og deltakerne kunne svare fritt innfor emne. Siste spørsmål et tatt fra intervjuguiden til TALK prosjektet. Jeg som forsker har ikke vært med og laget de spørsmålene. Det har ordet «positiv» i seg, og kan oppleves som et ikke nøytralt spørsmål, men mer som et ledende spørsmål. Jeg har forståelse for at det kan ha påvirket resultatet. Jeg ser også i etterkant at spørsmålene fra intervjuguiden kunne blitt spurt i en annen rekkefølge. Spørsmålet som omhandler hvilke erfaringer deltakerne har av debrifing burde blitt stilt først. Deltakerne kunne da snakket fritt, uten og ha blitt påvirket av spørsmålene om læring og tilbakemeldinger. Det kan ha «farget» deltakerne, noe som kan ha hatt innvirkning på resultatene. Når resultatene blir presentert, så har jeg derimot valgt å presentere debrifing først. Et eksempel fra analyseprosessen er lagt ved (vedlegg 1) slik at leseren kan få se hvordan jeg som forfatter har kommet frem til studiens tema.

3.9.2 Validitet

Validiteten handler om i hvilken grad resultatene er gyldige. Spørsmålet en forsker må stille seg er: «Var det dette jeg lurte på?», og «Er denne metoden egnet til det jeg skal undersøke?» (Kvale og Brinkmann 2012, s.250). Ut fra min problemstilling har jeg fått svar på det jeg ønsket å forske på. Jeg var ute etter erfaringer om debrifing, og det viser resultatene at jeg har fått svar på. Deltakerne var noe mer opptatt av debrifing i forholdt til læring enn først antatt, og på bakgrunn av det ble problemstilling og forskningsspørsmål endret. Studien har heller ikke definert hvilken type debrifing det er snakk om, og deltakerne kan derfor tolke debrifing forskjellig. Det ble også snakket mye om organisasjon og ledelse i forhold til læring, og på bakgrunn av det var det naturlig at det ble tatt med i studien, selv om det ikke har direkte intensivsykepleier perspektiv.

Som forsker skal en ha en økt bevissthet rundt kritisk tolkning av resultater. Det vil styrke leseren sin troverdigheten om en ekstern person har vært med å kritisk vurdere analyseprosessen. Det er viktig at det ikke bare er forsker sine tolkninger av data (Thagaard, 2018, s. 181: Wibeck, 2000, s. 120). For å styrke min studie har jeg hatt et samarbeid med en ekstern person. Min veileder har bidratt med konstruktiv kritikk, tanker og refleksjoner gjennom hele analyseprosessen. Det var en frem og tilbake prosess med formål å utvikle en felles forståelse. Ved å få et annet perspektiv, både på data som har blitt utviklet og selve konteksten har åpnet nye synspunkter for meg. I tillegg til samarbeid med veileder har det vært to obligatoriske masterseminar på universitetet. Jeg har spurt opponentene og resten av studentene om å gi meg tilbakemelding på analysen, med tanke på for mye av egen tolkning. Ingen har i den forbindelse en oppfatning av for mye egen tolkning for å komme frem til tema.

I det ene fokusgruppeintervjuet, var det kun en lege som deltok. Jeg visste ikke før et stykke ut i samtalen at denne legen bare hadde noen få ukers erfaring fra intensivavdelingen. Kriteriene var minst 1 års erfaring. Hun hadde heller ikke blitt introdusert for TALK, og var usikker på hva det innebar. Uten tvil ser jeg at det har preget resultatene, og har derfor ekskludert en del utsagn fra denne legen. Det har vært utsagn som: «På det sykehuset jeg kommer fra, så er jeg vant til...». Det er ikke relevant, da jeg ønsker å vite hvordan det er på den avdelingen som jeg ønsker å forske på. Om en velger å snu litt på det, så har hun et nytt og ferskt inntrykk av avdelingen som hun belyser. Denne informasjonen synes jeg gir et interessant perspektiv og har derfor valgt å ta det med i resultatene.

På selve intervjuene hadde jeg med meg en medstudent. Etter endt intervju, så lot vi båndopptakeren gå for å ha en kort debriefing om temperatur og dynamikken i gruppen. Malterud (2018, s. 78) anbefaler å gjøre dette mens erfaringene fortsatt er ferske, da det har betydning for senere vurdering av datavaliditet. Det ble ikke diskutert resultater, da jeg var bevisst på å ikke få en påvirkning som kunne prege min forforståelse.

3.9.3 Overførbarhet

Malterud (2018, s. 188) referer til Silverman (2014) som mener at en forskningsprosess bør være transparent for å styrke reliabiliteten og gjøre den overførbar. Gjennom hele mitt metodekapittel har jeg derfor prøvd å være så detaljert og nøyaktig som mulig, slik at den kritiske leseren kan følge meg. Jeg har også beskrevet konteksten jeg har forsket i. Resultatene er sitert med direktesitat, og diskusjonsdelen har blitt diskutert sammen med validiteten og reliabiliteten. Hvor stor overførbarheten studien har er opp til leseren å bedømme.

3.10 Forskningsetikk

Når nye prosjekt planlegges er det viktig å ivareta etiske overveielser. Temaet forsker ønsker å belyse skal ha en intensjon om å gjøre en forbedring av den menneskelige situasjon som utforskes. Forsker skal vise deltakerne respekt og ikke misbruke tiden deres på studier som ikke har vitenskapelig verdi, eller er av fordelaktig verdi for deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 80). Nødvendige godkjenninger må innhentes før prosjektet kan starte (Malterud, 2012, s. 60).

I 1964 ble Helsinkideklarasjonen utformet av verdens legeförening, med mål om å ivareta de etiske prinsipper innen medisinsk forskning, noe som alle forskere må forholde seg til. Informert samtykke står sentralt og skal forhindre uetisk forskning. Selv om samfunnet har behov for forskningen, skal det ikke påføre deltakerne unødige ubehag og risiko (Komite, 1964). Samtykkeskjema skal opplyse om lover og forskrifter, kobling, utlevering og sletting. Det skal også inneholde informasjon om at deltakelse i prosjektet er frivillig og at deltakerne når som helst kan trekke seg (Malterud, 2012, s.69; Kvale & Brinkmann, 2012, s.88). Mitt samtykkeskjema (vedlegg 3) har tatt utgangspunkt i NSD (2018) sin mal, som sikrer deltakernes personvern.

Alle deltakerne i studien hadde fått informasjon om prosjektet på forhånd. De møtte opp på fokusgruppeintervjuet, med signert samtykkeskjema. Fokusgruppeintervju anses som mer etisk riktig, enn individuelle intervju. Som deltaker i fokusgruppeintervju får du ikke stilt spørsmålet direkte til deg, men til fellesskapet. Om du opplever spørsmål vanskelig, kan du velge å ikke uttale deg (Wibeck, 2000, s.115). Spørsmål som «Kan

dere fortelle om en hendelse ...» ble stilt til hensyn om at ikke noen skulle fortelle historier de ikke ønsket.

Forsker har et ansvar for etiske problemstillinger gjennom hele studiens forløp. Når data skal transkriberes, skal forsker sikre konfidensialitetshensyn. Det vil si at du som forsker ikke skal avsløre deltakerne (Kvale og Brinkmann, 2012, s. 80). Ved presentasjon av forskningsresultater, har jeg valgt å omtale alle deltakere med oppdiktet jentenavn. Det ble et tiltak som jeg anså som nødvendig, for å ivareta alle deltakerne, spesielt den eneste deltakende mannen i intervjuene. For å få frem et resultat som jeg anså som viktig, hadde det vært en fordel å opplyse om ansiennitet på noen av deltakerne. Men den opplysningen sammen med kjønn, kan bli for avslørende, og jeg risikerte at noen ville gjenkjenne deltakeren. Om ikke under det aktuelle temaet, så kanskje senere i resultatdelen. På bakgrunn av det er ansiennitet tatt vekk. I resultatdelen har også navngitte personer (deltagernes kolleger) i direktesitatene blitt erstattet med «X».

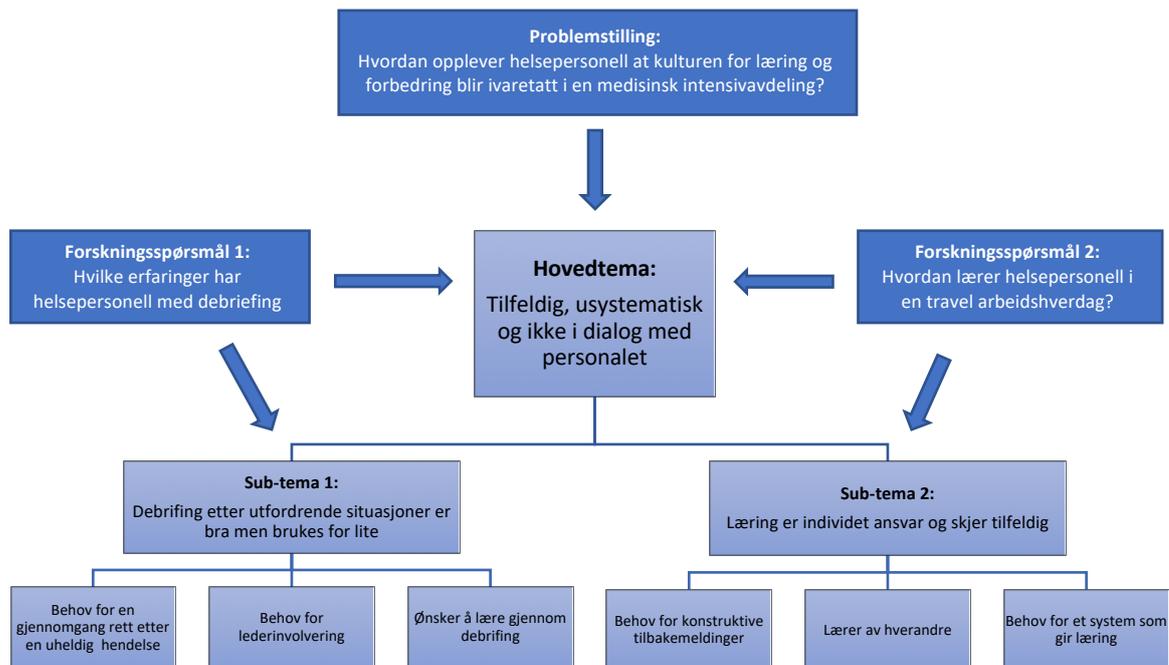
Etter hvert intervju gikk jeg til min veileder som oppbevarte samtykkeskjema. De ble låst inn bak to låsbare hindringer, men var tilgjengelig dersom noen skulle trekke seg fra studien. Det er ikke noen av deltakerne som har valgt å trekke seg. Samme dag som intervjuet ble båndopptaket overført til passordkrevende pc, før det ble slettet. Koblingsnøkkel ble oppbevart på kryptert minnepinne, separert fra transkribert materiale. Alt konfidensielt materiale vil bli slettet senest desember 2020.

Søknad om mitt prosjekt ble sendt inn til sykehusets egen forskningsavdeling, og ble godkjent internt den 26/9-19.

4.0 Resultater

I dette kapittelet vil resultatene i studien bli presentert. Gjennom analysearbeidet fremkom det 1 hovedtema og 2 sub tema. For å systematisere resultatene har sub tema blitt delt inn i kategorier.

Figur 1



Direktesitat vil bli presentert for å understreke tema og fremheve deltakernes egne meninger. Dersom tekst har blitt tatt vekk fra lengre sitat, har dette blitt merket med «...» i begynnelsen, i midten eller slutten av sitatet.

Deltakerne er aidentifisert med et annet navn, men yrkesgruppe er beholdt da det har en betydning for helheten av resultatene. For å skille fokusgruppene fra hverandre er det merket med 1. eller 2. foran «navnet».

4.1 Tilfeldig, usystematisk og ikke i dialog med personalet

Helsepersonell sine opplevelser av læring og forbedring på medisinsk intensiv avdeling viste seg og være tilfeldig, usystematisk og ikke i dialog med personalet. Det kom frem at debriefing er bra, men brukes for lite. Læring er individets ansvar og skjer tilfeldig.

4.1.1 Debrifing etter utfordrende situasjoner er bra men brukes for lite

Deltakerne beskriver behovet for en debrifing etter utfordrende situasjoner. Det foreligger også et behov for en mer tydelig lederinvolvering når det gjelder pasientsituasjoner. Helsepersonellet ønsket også å lære gjennom debrifing og få tilbakemeldinger på deres utførelse.

4.1.1.1 Behov for en gjennomgang rett etter en uheldig hendelse

Under intervjuene kom det frem at det ikke var en etablert kultur for debrifing på medisinsk intensivavdeling. Det var heller ikke et system på hvordan en debrifing skulle organiseres. Flere av deltakerne hadde ikke deltatt på en debrifing i det hele tatt. For å fremheve hvor lite debrifing det er, så har jeg tatt med flere sitat fra begge gruppene:

2.Kari (spl): «Jeg har ikke hatt noe debrifing her...» (kort tid på avd).

2.Lise (int.spl): «Jeg har aldri vært på debrifing» (flere år på avd).

1.Tine (int.spl): «I løpet av mine år her, så har jeg kun vært med på en debrifing som har vært organisert» (flere tiår på avd).

1.Silje (int.spl): «Jeg har også kun på vært med på en debrifing, og jeg har vært her i snart (kort tid) år».

Det var ikke ofte det ble tatt initiativ til debrifing. Når det en sjelden gang skjedde, var det de involverte intensivsykepleierne/sykepleiere og leger som selv satte det i gang. Deltakerne opplyste om at det heller ikke var noen struktur på debrifingen, og ingen opplevde behovet som tilfredsstillende. Om det forelå behov, var det opp til personen selv å ta initiativ. På spørsmål om hva som skjedde om ikke vedkommende tok initiativ til en debrifing, så fikk jeg følgende svar:

1.Silje (int.spl): «De blir glemt. Lite eks. Det var ei som var i en sånn situasjon. Jeg tror hun hadde behov for en debrifing, men hun sa selv nei. Men når folk snakker om hendelsen gang etter gang etter gang, så tror jeg det ligger et behov likevel».

Alle var enig i at de ønsket et bedre system for debriefing rett etter en uheldig pasient relatert hendelse, da flere kunne gå hjem og kjenne på et behov for å snakke om hendelsen:

1.Silje (int.spl): Den gangen jeg var med på debriefing ble vi kalt inn flere dager etterpå, og det er jo ikke helt sånn greit, for du skal jo ta det der og då, snakke om det du føler der og da, og gå gjennom situasjonen og sånn, så jeg tenker, at det var jo ikke så bra..

1.Karen (int.spl): «... Jeg tenker at du kanskje må ha noe der og da og...».

Mangel på tid ble fremstilt som et eksempel på at det ikke var gjennomførbart.

Deltakerne opplyste om at det ikke var noen som stilte opp og tok seg av pasientene dersom personalet trengte noen minutter å snakke sammen:

1.Silje (int.spl): «Ja det må være mulig, noen som må overta, om det er aldri så travel».

Det ble nevnt flere pasientsituasjoner fra både avdelingen og utrykning med stansalarm hvor det burde vært debriefing, men at det ikke har funnet sted. Deltakerne uttrykket gjennom intervjuet et tydelig behov for å snakke sammen etter en uheldig hendelse, og forteller om et system som ikke fungerer. Det ble fortalt om en forferdelig pasientrelatert hendelse, hvor personalet på avdelingen hadde behov for en gjennomgang:

1.Karen (int.spl): «Vi hadde jo et forferdelig lungeødem her, og vi var mange involverte. Om det ble gjort feil det kan jeg ikke si om det ble, men folk var kanskje litt uenige om ting, og hvor jeg og sykepleieren som var der inne har snakket mye om det og hatt store behov for å snakke om det og legen på post ville ha en debriefing, men det passet aldri...For det skjedde ting som ikke burde skje».

1.Moderator: «Så dere har ikke hatt debriefing etter den hendelsen?»

1.Anne (spl): «Nei, og leder og overlegen vet vi ikke har hatt det. De har aldri tatt det opp med oss igjen».

1.Silje (Int.spl): «De visst det var en veldig alvorlig episoden, de visste om alt det der... så skulle det blitt tilbudt en debriefing. Det var jo samarbeidsproblemer og der».

Som et resultat av at debrifing uteblir etter en hendelse, så går deltakerne hjem uten å få snakke med noen. Resultatene viser seg at det er også tilfeldig hvem som har noen å snakke med på jobb:

2.Lise (int.spl): «Det er folk som spør om hvordan det går det med deg etter det som skjedde. men de spør ikke ofte».

2.Ingrid (spl): «Det er som ofte en kollega som du kjenner godt eller snakker mye med som kan spør hvordan du har det».

4.1.1.2 Behov for lederinvolvering

Deltakerne mener at lederne involverer seg for lite i hva som skjer «på gulvet». De mener lederne er lite synlige når det gjelder hva som skjer i pasientsituasjoner:

1.Linda (int.spl): «De sitter jo med GAT og turnus og disse tingene».

1. Tine (int.spl): «Jeg vil mer snakke med noen som har vært i situasjonen, enn som sitter med gat».

Deltakerne forteller at de tror ikke de blir avvist dersom de tar kontakt med leder for å snakke om en spesiell hendelse, men som et resultat av lite involvering føler de det er mer naturlig å bruke hverandre, den som har ansvar eller fagutviklingssykepleier:

1.Anne (spl): «Føler at lederne på denne avdelingen blir veldig mye usynlige, for de sitter mye vekke fra gulvet på en måte. Derfor er det mer naturlig at den som har ansvar blir brukt.. og gå til den å fortelle hva som har skjedd. De får mer med seg om hva som har skjedd en sjefene våre».

Dersom deltakerne har opplevd en pasientsituasjon som har vært tøff og vanskelig, så er det ingen automatikk i at lederne følger det opp. Deltakerne er usikre på om lederne i det hele får med seg hendelsen, og om de tar henvendelsen fra personalet på alvor:

1.Tine (int.spl): «Det var en vikar her som var utsatt for en truende episode... Jeg tok det opp med bedrifthelsetjenesten, og fikk kjeft etterpå hvorfor jeg hadde gjort det. For det skulle ledelsen ta seg av. Men jeg har snakket med den personen i

ettertid og hun har ikke hørt et eneste ord fra ledelsen... Derfor sier jeg at ledelsen har vært lite flink til å følge opp ting».

Deltakerne legger også frem ønske om kontinuerlig debrifing ved utfordrende pasientsituasjoner med lederinvolvering. I begge gruppene ble det nevnt en vanskelig pasientsituasjon på avdelingen. De beskriver utfordringer i forhold til samarbeid og behandling. Inntrykket deres er at folk gjør forskjellig, og ingen kommer i mål. Det er flere ting som burde blitt tatt tak i, men ingen gjør noe med det. Jeg har valgt å ta med beskrivende sitater fra begge grupper:

2.Kari (spl): «Det er en pasient her nå som krever mye. Det kunne nok vært noen nå som hadde ønsket å ha en debrifing på. Som kan gjøre noe psykisk for den personen som jobber her. Kunne vært greit med en debrifing på den pasienten».

2.Lise (int.spl): «En kollegastøtte eller leder som bryr seg om hva som skjer på det rommet».

1.Anne (spl): «Vi har jo en veldig vanskelig case på avdelingen. Jeg tror alle vet hva jeg sikter til (folk er enig) og da er det jo vi som har vært der mye. Det er jo veldig slitsomt, over lengre tid. Og det er bare 1 av 3 ledere som har spurt om hvordan jeg synes det er å være der. Det er noe jeg synes de bør ta tag i..»

1.Tine (int.spl): «Det synes jeg og når hun (pasienten) ikke er her lengre så burde det vært en tvungen debrifing rundt det».

1.Silje (int.spl): «Ja for du behandler noen du egentlig ikke behandler. Du vet du behandler feil. Det bare flyter, det skjer jo ingenting. Ingen føler de gjør en god sykepleie, ingen så føler seg bra når de går hjem om kvelden. Det burde jo vært en debrifing allerede nå».

4.1.1.3 Ønsker å lære gjennom debrifing

Det fremkom at det var ulike behov for hva deltakerne ønsket å få ut av en debrifing. Personalet med lang yrkeserfaring opplyste om at de ikke hadde så stort behov for å snakke ut om følelser etter en hendelse. De mente at de hadde opplevd så mye og lot

dermed ikke hendelsen gå slik inn på seg. De relaterte behovet for å ventilere følelser til nyansatte med mindre erfaring. Likevel kom det frem i begge intervju at alle deltakerne ønsket å lære gjennom debrifing. Beholde det som fungerte bra, og lære av det som kunne bli gjort annerledes. Noen nevnte at de ønsket endring av rutiner, slik at en eventuell feil ikke ble gjentatt. Et felles mål blant deltakerne var at de ønsket å komme ut av en debrifing med kunnskaper:

1.Silje (int.spl): «... hvis jeg skulle vært med på en debrifing, så skulle det vært fordi jeg ville vite hvordan jeg hadde gjort jobben... Så kan vi bli bedre til neste gang, så kan vi beholde det som var bra».

2.Tone (int.spl): «... vite hva som kunne blitt gjort bedre neste gang og lære av ting».

Læring var også i fokus hos legen, samtidig som hun ønsket å ta frem viktigheten ved å fokusere på hva som gikk bra etter en hendelse:

2.Sara (lege): «Jeg synes vi burde hatt mye mer debrifing. Ikke bare hva som gikk galt, at det er konstruktivt, men og hva som var positivt. Viktig med begge deler.»

4.1.2 Læring er individets ansvar og skjer tilfeldig

I dette temaet kom det frem at deltakerne ikke hadde noe system for hvordan læringen i hverdagen skulle organiseres. Det var lite fokus på læring i fra ledelsen sin side, og det var personalet selv om skapte læresituasjoner. Tilbakemeldingene deltakerne ga til hverandre i forhold til læring, var ofte tilfeldige og personavhengige. De hadde også vært med på forskjellige implementeringer, men det var ingen som hadde vært langvarig.

4.1.2.1 Behov for konstruktive tilbakemeldinger

Intensivsykepleiere og sykepleiere var både bevisste og flinke til å gi positive tilbakemeldinger til hverandre. Noen var flinkere på det enn andre. I situasjoner der de jobbet sammen ble det opplevd som lettere å gi positiv respons til hverandre. På

spørsmål om hva de sa til hverandre, så ble det oppdaget at tilbakemeldingene var ofte generelle og lite konstruktive. Gjentakende ble det sagt utsagn som:

1.Silje (Int.spl): Vi kan si: «godt jobbet», eller «du er god».

1.Tine (int.spl): «Jeg bruker det mye i forbindelse med veiledning...at folk skal prøve å forstå og når de forstår det, så sier jeg yes, du er god».

Blant legene var dette også et kjent fenomen:

2.Sara (Lege): «Tror ikke for leger at det er sånn kultur for å gi tilbakemeldinger, men mann gjør det innimellom, men man tenker kanskje for lite på det. Jeg tenker at vi burde vært flinkere til det. Både positive og konstruktive. Vi får lite tilbakemeldinger sånn sett».

Når det var flinke nyansatte som begynte på avdelingen, så var det ofte at de andre ansatte snakket fint om de, seg imellom, men at det positive ikke nådde frem til den det gjaldt. Også her var det heller ikke så konstruktivt:

2.Ingrid (spl): «Jeg merker når vi har nye sykepleiere som begynner her, så har vi lett for å snakke godt om de oss imellom, så prøver jeg i vertfall å gå direkte til sykepleierne. Jeg hadde en sist i går, der jeg sa at «du får veldig mye skryt».

Det er når kolleger har gjort noe bra at det er lett å gi tilbakemelding:

1.Tine (int.spl): «Jeg sa til henne at hvis de ikke gir deg en stilling her, så blir vi sure».

1.Silje (int.spl): .. «Vi hadde en nyansatt i sommer for eksempel. Synes hun var bare helt wow, alt det hun rakk over. Hun stupte ut i ting og gjorde det bra og alt, da er det kjekt og gi tilbakemelding på at de gjør det bra...Når det er travelt og hvis folk gjør en god jobb er det viktig å gi tilbakemeldinger..»

Det var en samstemt gruppe som opplevde det som vanskelig å gi tilbakemeldinger av negativ karakter:

1.Karen (int.spl): «Tenker at det kan være enklere og ta opp ting når det gjelder en pasient, eller gi positiv tilbakemeldinger er greit, men hvis det gjelder noe som ikke er positivt og er rettet opp mot en person, så kan det være vanskelig».

Det er ikke alle som mottok tilbakemeldinger og det var personavhengig hvem som ga dem. Alle var enige da moderator spurte om de kunne bli bedre på å gi tilbakemeldinger. Personalet prøvde å gi tilbakemeldinger der de jobbet sammen eller ga rapport. Igjen her så ble det lite konstruktivt:

2.Tone (int.spl): Det er mer vanlig i kanskje rapport situasjoner...Da kan jeg si «bra jobba» eller «dere har jo fått det godt til» eller «så flott».

Personalet nikket og var enige i denne uttalelsen.

4.1.2.2 Lærer av hverandre

Resultatene viser en utpreget interkollegial læringskultur. Deltakerne ga uttrykk for at de var flinke til å både formidle og innhente kunnskap av hverandre. Var de usikre innenfor et bestemt tema eller prosedyren spurte de den personen som de visste kunne gi svar. Det ble sitert som:

1.Tine (int.spl): «... har jeg problemer med en blodgass, så går jeg til X. Han er en reser på blodgass. Har jeg problemer med et EKG så går jeg til en av legene».

2.Kari (spl): «... Dersom jeg vet hvem som er flink på det jeg trenger kunnskap om, så går jeg til den personen og spør om hun kan vise meg. Eks X er flink på ketoacidose så da går jeg å spør henne om det».

Under intervjuet kom det også fram at selv om deltakerne var godt kjent i avdelingen, så var det ikke alle som visst om den enkeltes kunnskap. Kunnskapen var heller ikke noe ledelsen tok nytte av gjennom felles læring. Det var i så fall noe deltakerne gjorde på eget initiativ:

1.Karen (int.spl): «Synes folk er flinke til å dele kunnskap. X er flink på EKG, og bruker ledig stunder til å dele kunnskaper...»

2.Ingrid (spl): «Vi diskuterer jo masse. Om behandlinger. Ja spør i vertfall andre som har mer erfaringer enn meg, eller de som har ansvaret. Hva funker og hva funker ikke. Så du blir jo en erfaring rikere som vi snakker om».

2.Moderator: «Tar du selv initiativ da?»

2.Ingrid (spl): «Ja jeg gjør det».

Deltakerne var bevisste på å skape lærings situasjoner ved å diskutere og reflektere rundt et tema:

1.Silje (int.spl): «... sette seg ned å snakke sammen om forskjellige ting, og reflektere rundt et tema, du lærer da og».

1.Karen (int.spl): «Er enig. Du skal nødvendigvis ikke kunne alt, men det og reflektere rundt et tema er lærerikt».

Når det gjaldt leger, så diskuterte de mer pasientcaser seg imellom.

Intensivsykepleierne/sykepleierne gikk glipp av denne kunnskapen, da de ikke oppholdt seg i samme rom. Deltakerne nevner en lege som tidligere tok initiativ for å diskutere pasientsituasjoner, men at han nå har sluttet. Det var noe kunnskap som ble presentert fra legene på pre-visitten, men det opplevdes ikke tilfredsstillende for sykepleierne:

2.Tone (int.spl): «...Så savner jeg litt hvor at vi som sykepleiere får litt lite tilbakemeldinger på hva som eks er bakgrunnen for at lege vil sette pasienten på den tablett. Hvorfor tenker dere sånn? Det er litt av det, men kunne tenkt meg mer av det. At vi alltid er med på previsitter».

Sykepleierne forteller om kompetansehevingsprosjektet som er et prosjekt hvor sykepleierne går to måneder med en intensivsykepleier for å heve sykepleiernes kompetanse. De får også undervisning om medisinsk teknisk utstyr, sirkulasjon, respirasjon, medisinsk teknisk utstyr og syre/base av intensivsykepleiere. Sykepleierne sier de lærer av det, men på spørsmål om det skaper en læresituasjon for intensivsykepleierne, får jeg følgende svar:

1.Karen (int.spl): «Ja klart du blir jo mer bevisste på ting. Så blir du og bedre kjent. Du jobber jo sammen, og føler at den intensivsykepleieren seg trygge til å gi den pasienten videre til en sykepleier og føler hun seg fortrolig til å ha den pasienten...»

4.1.2.3 Behov for et system som gir læring

Deltakerne lærer av å høre om kolleger som har gjort feil. Personalet forteller om flere episoder der det har blitt gjort feil i en pasientsituasjon. For å understreke dette har jeg valgt å ta med noen sitat:

1.Silje (int.spl): «Ja jeg husker et eksempel nå nettopp med en som fikk furix og skulle avvæskes, og ble satt på 10 ganger så stor dose som han egentlig skulle hatt, og gikk ned 15 kg på to dager. Det er jo et kjempeavvik. Det var skrevet feil i meona, blant opp og kontrollert av samtlige sykepleiere. Da får du en sånn..wow..a-ha opplevelse..går det virkelig ann. Du lærer jo av det da, vi som hørte om det, vi kommer jo aldri til å glemme det. Nifst å tenke på hvor fort gjort det er å ikke oppdage feilen».

En annen hendelse:

1.Anne (spl): «Jeg hadde blandet opp kalium og hadde startet den, da pasienten skrek. Jeg fikk hjelp av en sykepleier som oppdaget feilen, og pumpen ble stoppet med en gang».

På spørsmål hvordan deltakerne fikk vite om de uheldige episodene, var de usikre og ingen kunne ikke gi meg et svar. Et utsagn:

1.Silje (int.spl): «... For å si det rett ut ... Jeg er ikke sikker på hvordan alle fikk høre om det ...»

Personalet ytret ønske om å få til et system som kunne gjør at de arbeidet mer forebyggende, slik at uheldige hendelser ble unngått. Personalet fortalte at de blir oppfordret til å skrive Synergi, men de følte at de ikke fikk gode tilbakemelding på dem. De var lite konstruktive, og når de fikk tilbakemelding så var det så sent at de ikke

husket hva de egentlig handlet om. Gruppen lo, og var enstemmig i dette utsagnet. De tok derfor ikke bryet med å skrive Synergi:

2.Ingrid (spl): «Vi får en tilbakemelding fra en eller annen leder ... men det er ikke alltid så gode tilbakemeldinger ...»

2.Tone (int.spl): «Du blir oppfordret til å skrive synergi med det skjer ingenting med det. Det er det som er problemet ...»

2.Moderator: «Er det et system på at synergi blir tatt opp, og dere lærer av det?»

Alle sier nei.

Lege fortalte om hvordan det ble gjort på et annet sykehus hun jobbet, men at det ikke blir praktisert her:

2.Sara (Lege): «Ved et annet sykehus jeg jobbet så tok vi de alltid opp på morgenmøter. Der vi hadde fått tilbakemelding fra sykepleier og leger. Det gjør vi ikke her ... Hver mandag gikk vi gjennom di og hva vi kan gjøre for å forbedre det. Vi skapte en diskusjon rundt det».

Avdelingen hadde også et pågående prosjekt, «Det grønne korset». Det fungert bra, men hadde falt ut nå i sommer, og ikke startet igjen enda (oktober nå). Personalet var positive til det, og følte at de lært noe av det:

2.Kari (spl): «Ja det har falt litt ut nå i sommer. Før sommeren satt vi sammen på personalmøte en hel time og så på hva som hadde blitt gjort feil, og vi kommenterte hva som kunne blitt gjort annerledes. Jeg synes jo det var bra ... men det er vel det eneste vi har ...»

Når det gjaldt debrifingsverktøyet TALK, kom det tydelig frem i intervjuene, at dersom TALK var noe som skulle bli langvarig i avdelingen, så krevde det felles fokus og implementeringsansvar. Personalet var skeptiske til enda en implementering, da det var flere verktøy som hadde blitt forsøkt tatt i bruk, men hadde mistet fokus etter en stund. Ikke bare nå i implementeringsfasen, men i tiden fremover. Personalet sier at det er noe som må gjentas og gjentas, da erfaringen er at fokuset ikke holder seg oppe. Dersom det

er noe som skal satses på, så må leder involvere seg. Det må være ledere som brenner for dette:

2.Line (int.spl): «Jeg ser at X er veldig opptatt av dette her. En av assisterende lederne og hun brenner for dette, så er det jo veldig bra. At en av lederne brenner for det, det er jo da det skjer noe».

Det blir fremhevet at legene må også ta ansvar:

1.Karen (int.spl): «Legene må jo aktivt bli med på det, fordi spiller jo en stor rolle, og villige til å sette av tid til det. Det er mye det at folk har ikke tid til det».

Selv om en TALK bare tar noen minutter, ønsket personalet at det ble satt av tid til det. At lederne stiller opp når personalet kommer for å spør om de kan se etter pasientene noen minutter, slik at personalet kan ta en rask gjennomgang:

1Silje (int.spl): «Det må være en sånn greie på at hvis vi går til lederne og sier at vi trenger en debriefing, og at de da kommer ut og sier gå dere, så fordeler vi og omfordeler vi på pasienter, og at det må gjøres NÅ. I vertfall de 5 minuttene, så kan du heller kalle inn til et mer langvarig etter noen dager eller neste dag».

Selv om deltakerne viste skepsis til om TALK var noe som hadde kommet for å bli i avdelingen, så var de ikke i tvil om at det var noe som kunne bidra til en positiv endring. Det ble diskutert deltakerne imellom hvor dårlig det var med en gjennomgang etter hendelser på avdelingen, og at dette var noe de ønsket å gjøre noe med. Deltakerne i studien var enstemmig da jeg spurte om jeg forstod det riktig at TALK var noe de trengte i avdelingen. Alle var enig i lege sitt utsagn:

2.Sara (Lege): «Ja for læring».

Det ble også påpekt at de trodde TALK ville føre til endring av dårlig rutiner. Bedre samarbeidet og kommunikasjon dem imellom. Føle seg mer som et team, der de gikk gjennom hva som gikk bra og hva kunne bli gjort annerledes, ble fremstilt som noe de ønsket å oppnå. Det at kommunikasjonsverktøyet hadde en systematisk gjennomgang og bare tar noen minutter ble fremhevet som noe positivt. Et eksempel på det:

1.Tine (int.spl): «Tenker at siden det er systematisk gjennomgang, så kan det være greit å bruke, og at det er sånn 5-minutters TALK, og det klarer vi å få til, selv om det er 5 min på overtid».

Avslutningsvis da moderator spurte om det var noe de ville tilføye i intervjuet ble det fremhevet blant deltakerne at de trodde TALK vil være viktig for nyansatte. De mente at det var mange oppsigelser blant intensivsykepleiere og sykepleiere, og at TALK kunne være med å redusere det. De refererte til seg selv som nyansatt hvor de grudde seg til å gå imøte en utfordrende arbeidshverdag. Det ble fremhevet som:

1.Tine (int.spl): «Jeg er mer opptatt av de nye som begynner her. Det er en veldig tung avdeling, og hvis vi ikke tar vare på de nyansatte, så kan vi risikere at de bare slutter».

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere resultatene fra studien opp mot tidligere forskning og valgt teoretisk rammeverk. Diskusjonen er organisert etter team og sub-tema.

5.1 Tilfeldig, usystematisk og ikke i dialog med personalet

Denne studiens hensikt var å besvare følgende spørsmål: Hvordan opplever helsepersonell at kulturen for læring og forbedring blir ivaretatt i en medisinsk intensivavdeling? Dette spørsmålet besvares av studiens hoved tema: Tilfeldig, usystematisk og ikke i dialog med personalet. To sub-tema samler informantenes erfaringer.

5.1.1 Debrifing etter utfordrende situasjoner er bra men brukes for lite

Deltakerne ga tydelig uttrykk for et behov for debrifing etter utfordrende situasjoner for å lære av det som hadde skjedd, og for å gi hverandre tilbakemeldinger og få pratet gjennom hendelsen og legge det bak seg. De opplevde at lederstyrt organisering av debrifing etter utfordrende hendelser var tilfeldig og ikke i dialog med personalet.

Deltakerne i studien beskrev mangelen på debrifing i avdelingen. Det var deltakere som hadde jobbet på intensivavdelingen i flere år, uten å ha deltatt på en eneste debrifing. Et interessant funn fra studien til Spencer et.al., (2019) viste at helsepersonell som ikke deltok på debrifing etter en uheldig pasienthendelse hadde flest symptomer på PTSD. Colville et.al (2017) sin studie viste at helsepersonell som jobbet på en intensivavdeling hadde stor utbredelse av utbrenthet. Så mye som 61% oppga tegn på psykiske belastning som posttraumatisk stress, utbrenthet, depresjon og angst. Dette er tall som jeg tror mange intensivsykepleiere vil kjenne seg igjen i. En intensivavdeling er en avdeling hvor det blir behandlet akutt og kritisk syke pasienter. Det sier seg selv at med denne pasientgruppen vil intensivsykepleierne komme oppi alvorlige hendelser, som kan gi mange belastende inntrykk. Under intervjuet opplevde jeg en alvorspreget stemning når deltakerne snakket om dette. Det var ingen smil eller lett diskusjon rundt spørsmålet, og jeg satt igjen med en følelse av at dette var noe som stakk dypere hos

den enkelte, enn det som fremkom. Deltakerne sier at det må være noe «der og da, for å snakke», men hva de ønsket å snakke om kommer ikke tydelig nok frem. Deltakere med lang ansiennitet snakket mye om at de følte at de yngste av personalet sannsynligvis trengte mer debrifing i forhold til å snakke rundt hendelsen. Det samsvarer med funn fra Spencer et.al., (2019) sin studie, der forekomsten av PTSD var mest fremtredende blant de yngste. Likevel kan det spekuleres i om utfallet hadde blitt annerledes dersom deltakerne i min studie ikke hadde nevnt at de trodde behovet for å snakke om en hendelse var mest utpreget blant de yngste. Når det blir sagt en så bastant påstand, kan det være vanskelig for andre deltakere å gi uttrykk for noe annet. Datainnsamling i form av individuelle intervju eller spørreskjema kunne vært interessant å sett resultater fra, i en eventuell fremtidig studie.

Videre opplyser Colville et.al (2017) i sin studie at over halvparten (57%) av helsepersonellet som oppga tegn på utbrenthet ønsket mer debrifing. Det kan tolkes som om helsepersonellet hadde fått mer debrifing, så hadde det kanskje ikke vært så stor grad av utbrenthet. I studien til Thornton Bacon (2014) brukte deltakerne fortregning som en strategi etter kritiske hendelser, for å klare å utføre pasientrelatert oppgaver. Samtidig følte de seg ikke tilstede for pasienten. Det kan bety at dersom du ikke føler deg helt tilstede for pasienten, så kan det prege pasientsikkerheten ved at en har lettere for å gjøre feil i praksis. Når du som intensivsykepleier går på jobb med psykisk stress, så kan en stille spørsmål hvor optimal tilstedeværelsen er.

I denne studien var deltakerne enig i at tidspunktet for en ønsket debrifing var rett etter en hendelse. Det samsvarer med funn fra Ahmed et.al (2012) sin studie, der deltakerne mener at debrifing bør skje så nært en hendelse som mulig for å få størst mulig læringseffekt. I min studie forteller deltakerne om flere utfordrende pasientepisoder på avdelingen, hvor det burde vært debrifing i etterkant av episodene, men at det ikke har funnet sted. Det er pasientsituasjoner hvor ting ikke har fungert som de burde, og personalet har vært uenig i behandling. Det er tydelig en svikt i pasientsikkerheten, og funnene indikerer for manglende sikkerhetskultur. Patient safety network (2014) poengterer at det er viktig å opprette en sikkerhetskultur ved å sette inn nødvendige tiltak som er med på å øke pasientsikkerheten. Yrkesetisk retningslinjer for sykepleier (2019) opplyser om at sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig. Det vil i praksis bety at du som sykepleier har et ansvar for

at praksis forblir forsvarlig. Det råder ingen tvil om at her må det gjøres tiltak for at slike episoder unngås i fremtiden. Deltakerne i studien opplyser om at noen tar initiativ til en debriefing og andre gjør det ikke. Men er det virkelig slik at det skal være opp til hver enkelt? Skal en gå ut fra yrkesetiske retningslinjer, så må det skje en umiddelbar endring, og at du som er sykepleier har ansvar for at det skjer.

Det er ikke bare sykepleierne alene som har et ansvar for å organisere læring på en forsvarlig måte, ledere har også et ansvar. Funn fra data viser at det er behov for en mer tydelig ledelse i intensivavdelingen. Deltakerne beskriver ledere som fraværende når det gjelder pasientinvolvering. Helsedirektoratet (2019, s.16) oppfordrer ledere til å skape en kultur for pasientsikkerhet og kvalitetssikring, for å forhindre pasientskade. Ut fra det som blir opplyst av deltakerne, så har jeg vanskeligheter med å se at det er etablert en slik kultur på avdelingen. Som beskrevet ovenfor, så har vi som helsepersonell et selvstendig ansvar for å ivareta pasientsikkerheten, men det er også et lederansvar og etablere en slik læringskultur. Dette presiseres i Helsepersonelloven (1999, §16) som angir krav til organisasjoner som yter helse- og omsorgstjenester: «Virksomheten som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter». Denne loven er til for å sikre at helsepersonellens arbeidsforhold legger til rette for faglig forsvarlig helsehjelp (Helsedirektoratet, 2018, s.42).

Helsedirektoratet (2019, s.16) skriver i sin handlingsplan at ledere må tilrettelegge for et arbeidsmiljø med fokus på læring og forbedring. Det er en lederoppgave å skape et miljø med åpenhet og oppmerksomhet, der feil og uønskete hendelser behandles som læresituasjoner. Ledere som ikke er direkte involvert i pasientsituasjoner har kanskje ikke så lett for å forstå hvilke tiltak som burde gjennomføres. Deltakerne fortalte om ulike komplekse hendelser fra avdelingen som krever forbedringstiltak og hvor frustrasjonen er stor fordi det ikke skjer noe. Ifølge nyansatthefte (Vedlegg 6) som intensivavdelingen gir ut til personell som skal begynne på avdelingen, fastslås det at leder har hovedansvar for å legge til rette for debriefing. Senge (2006, s.69) hevder at systemtenkning innebærer at en leder innhenter kunnskap av de ansatte, tenker helhetlig og setter det i et system. Leders kommunikasjon med de ansatte er altså viktig, og spesielt når de ønsker å få gode systemer for læring av utfordrende situasjoner i

avdelingen. Videre fremhever Senge (2006, s. 69) at helhetlig tenkning som settes i et system vil gi de beste løsninger.

Mellomledere i sykehussystemet er pålagt mange arbeidsoppgaver. Det er ikke alltid så enkelt å både tilfredsstille krav som kommer ovenfra og nedenfra. Dersom ledere hadde blitt frigjort fra noen administrative oppgaver, kan det tenkes at de hadde involvert seg mer i pasientsituasjoner. Det optimale hadde vært å intervju ledelsen slik at studien hadde fått vist begge sider av saken. Det hadde også gitt studien en dypere forståelse av problemet og kanskje resultert i et annet utfall. Når det er sagt, så vil jeg fremheve at det var ledelsen som la til rette for at jeg kunne forske i avdelingen. De har vist en interesse rundt studien, og var spente på resultatet. Det kan tolkes som at de ønsker å ha innsyn i personalet sine erfaringer. Noe som forhåpentligvis kan resultere i tiltak, og ikke minst forbedringer, på avdelingen.

Det fremkom i studien at deltakerne ønsket mer debriefing, da de anså det som en læresituasjon. De ønsket bekreftelse på sin utførelse etter en uheldig pasientrelatert hendelse. Spørsmål de ønsket svar på var om jobben de gjorde var riktig, og hva de kunne gjøre bedre til en eventuell neste gang. Dette funnet samsvarer med studien til Couper et.al., (2013), som viser til et stort flertall som var for bruken av strukturert debriefing for å se på effekten av klinikernes ferdigheter. Av totalt 27 artikler i studien, var 20 artikler positive til mer debriefing, 6 nøytrale og 1 imot bruk av debriefing som tiltak. Det var intensivsykepleierne på avdelingen som ønsket at jeg skulle skrive om dette temaet, da de var frustrert over hvor ofte ting ikke fungerte rundt en uheldig hendelse, og at ingen gjorde noe med det. Det er flere studier som fremhever positive effekter ved debriefing. Forskning viser at konstruktive, åpne og ærlige tilbakemeldinger uten å virke dømmende, anses som viktige faktorer for læring (Abelsson et.al., 2017: Fey et.al., 2014: Ahmed et.al., 2012). I intervjuene sier deltakerne at de ønsker konstruktive tilbakemeldinger på jobben de har utført etter en uheldig hendelse, for å bekreftelse på hva de kan gjøre bedre til en eventuell neste gang. De ønsket å lære gjennom debriefing. Dette samsvarer med funn fra Ahmed et al., (2012) sin studie, hvor det fremkom tre hoved fokus deltakerne mente burde være fokus ved debriefing: Bevissthet rundt egen utførelse, hvordan oppdraget ble utført, og hva som måtte forbedres. De fremmet også behov for etablering av en debriefing kultur. Ifølge avdelingens retningslinjer (vedlegg 6) står det at det er den intensivsykepleieren som

har ansvar i avdelingen, som skal ta initiativ til en debriefing. Ut fra det som kommer frem under intervjuene, kan jeg ikke se at dette blir praktisert.

At legen i studien min var så positiv til debriefing taler for et godt utgangspunkt. Hun fortalte om et ønske om en debriefingskultur der det burde være fokus på læring. Effekten av gruppelæring fremheves også av Senge (2006, s.217) som mener at en gruppe mennesker som jobber i et team har bedre sjans for å lykkes, enn om du jobber alene som et enkelt individ. Det begrunner han med at summen av gruppen sin intelligens vil være større enn den enkeltes. Han fremhever effekt av dialog ved at alle får legge frem sine synspunkter, og ved diskusjon får en løfte frem positive og negative sider ved en sak.

Helsedirektoratet (2019, s.21) sin nasjonale satsing er å få et godt system som skal fange opp data som kan gi bedre innsyn i avvik av pasientsikkerhet og pasientskader, for å kunne gjøre tiltak, forbedre praksis og se resultater. Som forsker vil jeg ikke påstå at debriefing bare i seg selv vil være et slik tiltak, men som nevnt i introduksjonen så mener Patient Safety Network (2014) at det kan bidra til pasientsikkerhet. I tillegg viser forskning at ved debriefing der deltakerne får tilbakemeldinger på sine ferdigheter, bidrar til økt pasientoverlevelse. Studien tar for seg ferdigheter som hjertekompresjoner, men er likevel et viktig funn fra en stor studie (Couper et.al., 2013).

5.1.2 Læring er individets ansvar og skjer tilfeldig

Tilbakemeldingene deltakerne ga til hverandre var lite konstruktive, og de innhentet fagkunnskaper av hverandre. De hadde også behov for et system som ga mer læring. Ut fra data viste det seg at helsepersonellet sin læring i en travel hverdag var individets ansvar og at det skjer noe tilfeldig.

Selv om deltakerne var flinke til å gi positiv tilbakemeldinger til hverandre, så kom det frem at tilbakemeldingene ofte var generelle og lite konstruktive. Forskning viser at spesifikke spørsmål, og definerte svar er viktig når det gjelder kunnskapsformidling (Bringsvor et.al., 2014; Muldowney & McKee, 2011). Mulig deltakerne er bevisst denne læremåten, men det blir praktisert i liten grad. På bakgrunn av dette kan det anses som viktig at intensivsykepleierne er oppmerksomme på denne læremåten når de gir

tilbakemeldinger til hverandre. Senge (2006, s.129) mener at mennesker kan bevisstgjøre sin tankemåte og handlingskraft gjennom refleksjon, på en slik måte at en får det beste ut seg selv. Deltakerne ga hverandre ofte ros, og fortalte at de syntes de var gode. Det kan være hensiktsmessig å konkretisere hva mennesket er god til, ikke bare at de er gode. En studie gjort av Muldowney & McKee (2011) viser at konstruktiv kommunikasjon bidrar til et godt klinisk læringsmiljø. 86% av deltakerne i samme studie mente at de kunne stille så mange spørsmål de ville til intensivsykepleierne, og 84% mente at spørsmålene ble tilfredsstillende besvart. For å sikre optimalt læringsutbytte, bør helsepersonell derfor være bevisst sin konstruktive kommunikasjon i arbeidshverdagen.

Deltakerne syntes det var vanskelig å gi negative tilbakemeldinger når det gikk direkte på person. Fey et.al., (2014) poengterer i sin studie at når deltakerne valgte å holde tilbake kritikk av negativ betydning så resulterte det i at læringsmål gikk tapt. Resultatet viser til funn fra en strukturert debriefing, men jeg velger å ta det med her for å fremheve viktigheten med også tilbakemeldinger som er av negativ betydning. Selv om en negativ tilbakemelding kan være vanskelig å gi, er det likevel nødvendig at den blir gitt. Det er noe som heter «det er ikke hva du sier, men måten du sier det på». Det bør skapes en kultur der personalet er bevisst på å gi konstruktive tilbakemeldinger til hverandre. Som intensivsykepleier bør du også gå i front for å skape en slik kultur. Dette fremheves også i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere at du skal fremme åpenhet i samarbeidsforhold (NSF, 2019). En måte å skape åpenhet rundt tilbakemeldinger kan være å etterspørre kritikk på deg selv. Du kan eksempelvis legge til rette for dette ved å spørre kolleger om det er noe du kan gjøre annerledes til neste gang. Senge (2006, s. 129) mener at personer med høy personlig mestring er de personene som har selvinnsikt og som er klar over sine vekstområder. For at et individ skal klare å oppnå høy personlig mestring, så velger jeg å tro at det kan være en fordel at det er noen som gjør individet bevisst på vekstområdene. Det er ikke alltid at et individ har denne selvinnsikten. Under intervjuet var alle deltakerne enige da moderator spurte om de kunne bli bedre til å gi tilbakemeldinger. Fokusgruppeintervju fungerer også som en arena for læring, fordi en gjennom diskusjoner og bevisstgjøring, kan vurdere endring av egen praksis (Malterud, 2012, 128).

Resultatene viste at deltakerne formidlet og innhentet kunnskap av hverandre. Var de usikre innenfor et bestemt tema eller prosedyre, etterspurte de kompetanse fra en kollega. Det kan i praksis bety at dersom en kollega oppgir feil informasjon, vil vedkommende stå i fare for å videreføre feilen, noe som kan føre til alvorlige konsekvenser for pasienten. I intensivsykepleiernes funksjons- og ansvarsbeskrivelse står det at intensivsykepleieren initierer, samarbeider om å ta ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning (NSFLIS, 2017). Det betyr at du som intensivsykepleier har et ansvar for kvalitetsforbedring, og spørsmål en bør stille seg er hva du som intensivsykepleier kan gjøre for at det blir en kvalitetsforbedring i den avdelingen du jobber i. Resultatene fra studien gir ikke svar på hvorfor de bruker hverandre så mye i hverdagen, og på bakgrunn av det kunne det vært interessant å sett på effekten av denne læringen i et større bilde. Likevel vil jeg nevne at i min praksisperiode på intensivavdelingen, var jeg vitne til nettopp denne interkollegiale læringen. De brukte i større grad hverandre, enn å innhente prosedyre fra universitetssykehuset sitt kvalitetssystem. Det ble begrunnet med at kvalitetssystemet var uoversiktlig og vanskelig å finne frem i.

Senge (2006, s.69) fremhever viktigheten ved å stille spørsmål hvorfor ting er som de er, og hvordan vi som individ kan snu det ved å gjøre noe med systemet. Det er kanskje ikke like enkelt når du har jobbet i avdelingen i flere år og det er alltid sånn det har blitt gjort. Senge (2006, s.164) mener at nytenkning er et viktig virkemiddel for å unngå fastgrodde kulturer. Det kan gjøres ved å øke bevisstheten rundt sin egen tankemåte og handlingskraft gjennom å reflektere. Det kan føre til at en får det beste ut av seg selv, menneskene rundt og organisasjonen. Det kan tyde på at dersom intensivsykepleierne stiller spørsmål med måten kunnskap blir innhentet på, og hva kan gjøres annerledes, så kan det forekomme en endring. En annen ønsket effekt, er at det kan bidra til en forbedring av læringskulturen i avdelingen. Ved endring av den interkollegiale læringskulturen i avdelingen kan det tenkes at det blir lettere som ny i avdelingen. Den nyansatte behøver ikke først å bli kjent med den enkelte i avdelingen for å kunne innhente kunnskap.

Det er ikke bare negative konsekvenser ved å bruke kolleger til å innhente kompetanse. Forskning at en viktig faktor for læring er at du er omgitt av kompetente og støttende kolleger, som du kan spør om du lurer på noe (Häggström et al., 2017: Bringsvor et.al.,

2014). I Haggström et al., (2017) sin studie kom det også frem at kollegial støtte bidro til tryggere læring. Det at deltakerne bruker hverandre så mye kan være en viktig læringsfaktor, om de er klar over den. Når både spørsmål og svar baseres på forskning, så kan de være et lett tilgjengelig oppslagsverk.

Legen i min studie opplyste om at de diskuterte pasientcaser seg imellom, noe som skapte læresituasjoner. Intensivsykepleierne og sykepleierne går glipp av denne kunnskapsoverføringen da de ikke oppholder seg i samme rom. Det er på pre-visitten at det eventuelt blir en læresituasjon om pasientbehandling for intensivsykepleierne, men de opplevde ikke dette som tilfredsstillende læring. Intensivsykepleierne ønsket å ta større del i tverrfaglige diskusjoner. I Bringsvor et.al (2014) sin studie ble det tverrfaglige samarbeidet fremhevet som noe som skapte læresituasjoner, og som intensivsykepleierne ønsket mer av. Kunnskapen som ble utvekslet mellom de ulike faggruppene ble beskrevet som en del av kunnskapsbasen de baserte praksis på. Leger og fysioterapeuter ble fremhevet som de som ga mest relevant læring, men at både personal fra anestesi, operasjon, laboratorier og radiologiavdelinger var viktige. Som sykepleier lærer du allerede under utdanningen at du har ansvar for egen læring, og får det forhåpentligvis fort implementert inn i hverdagen. Når du jobber tverrfaglig, så er det en arena for læring mellom yrkesgruppene. Intensivsykepleierne skal være bevisst på å innhente informasjon som de kan ha nytte av i sin arbeidshverdag for å bedre pasientsikkerheten (NSFLIS, 2017). Under intervjuet virket det ikke som legen var klar over at intensivsykepleierne ønsket å lære av dem. Hun var overrasket da hun fikk vite hvor viktig det var at intensivsykepleierne fikk innsyn i deres begrunnelse for pasientrelaterte avgjørelser. Dette kan være fordi hun hadde jobbet i avdelingen i bare to uker, men jeg tenker likevel at dette er en oppfatning hun har tatt med seg fra andre arbeidsplasser. Noe som kan tenkes at det er sånn det er flere plasser.

Deltakerne fortalte om avdelingens eget kompetansehevingsprosjekt som har til hensikt å øke autoriserte sykepleiere sin kompetanse, gjennom to måneder pedagogisk og faglig veiledning av en intensivsykepleier, samt faglig undervisning i diverse tema. Fra sykepleiernes side følte de at de lærte gjennom prosjektet. Det kan trekkes paralleller til funn fra Muldowney & McKee (2011) sin studie som viste at alle 64 deltakerne (sykepleiere) syntes intensivsykepleiere var et pedagogisk personell. I tråd med intensivsykepleiernes funksjons- og ansvarsbeskrivelse skal intensivsykepleieren bruke

relevant pedagogisk og oppdatert kunnskapsbasert tilnærming i sin undervisning, veiledning og rådgivning (NSFLIS, 2017). Det kan bety at dersom intensivsykepleierne bruker oppdatert kunnskap i sin veiledning, vil de ikke bare få brukt sin pedagogiske tilnærming, det vil også gi grunnlag for faglig utvikling i avdelingen. Gjennom undervisningen velger jeg å tro at intensivsykepleierne vil bli mer reflekterte og ikke minst oppdaterte, da de er nødt til å lage forskjellig undervisning om diverse tema. Spørsmålet er likevel om denne kapasiteten burde blitt brukt annerledes. Det er en veldig travel avdeling, med for lite intensivsykepleiere. Av totalt 80 stillinger, så var det kun 28 av stillingene som var besatt av intensivsykepleiere. På det som er en spesialavdeling hvor det blir behandlet sykehusets sykeste pasienter, kan det stilles spørsmål om hvordan spesialkompetansen burde bli brukt.

Deltakerne ga tydelig uttrykk for at de savnet en god kultur for læring i avdelingen. De ønsket et system for læring, med faste innslag på fellesmøter, faste møtepunkt, gjerne tverrfaglige, hvor kunnskapsutvikling og praksisforbedring var tema. Deltakerne fortalte om flere alvorlige pasientrelaterte hendelser og at de lærte av å høre om kolleger som gjorde feil. Det kan tyde på at avdelingen arbeider for lite forebyggende, og at det må skje en uheldig hendelse før andre tar lærdom av det. Pasienter har rett på forsvarlig helsehjelp. Det styres av Helsepersonelloven (2000, §§1-77) som skal se til at pasienten får faglig forsvarlig helsehjelp. Videre opplyser loven om at helsepersonell skal få tilpasset opplæringsprogram som skal imøtekomme den ansattes behov, for å sikre kompetanse på det aktuelle område (Helsedirektoratet, 2019, s. 18). Deltakerne fortalte at de lærte av en episode der det ble gitt for store doser vanndrivende (furix) til en pasient, noe som resulterte i at han gikk ned flere kilo på bare noen dager. Hvis det er sånn at sykepleiere ikke kjenner til behandling og tiltak ved vanndrivende medikamenter, og det har resultert i en så alvorlig feil, så tolker jeg det slik at helsepersonellet ikke har tilstrekkelig kompetanse. Ut fra Helsepersonelloven må det da tilrettelegges for en forbedring i avdelingen gjennom opplæring.

Intensivavdeling har rekrutteringsproblemer og mangler spesialkompetanse. I tillegg er det en kompleks pasientgruppe som krever at du holder deg faglig oppdatert i forhold til forskning. Det pålegges intensivsykepleiere flere pasienter, mer avansert medisinsk teknisk utstyr, flere prosedyrer og forholde seg til, og mindre tid til læring (NSFLIS, 2015, s.5-8). Gode systemer for læring i arbeidshverdagen er derfor viktig.

Det ble fortalt i intervjuet at deltakerne ønsket et system som tar vare på de nyansatte slik at de ikke slutter. De sier at intensivavdelinger er et tøft miljø. Leder opplyser om at det var få som sluttet på intensivavdelingen i fjor. Med unntak av en person, så var det kun de som begynte på videreutdanning som sluttet (permisjon). Når deltakerne omtaler at det er flere nyansatte som har sluttet, velger jeg derfor å tolke det som det er mer enn et år siden. Det er uansett et økende behov for intensivsenger, og dermed viktigere en noen gang å ta vare på intensivsykepleiere. Noe som indikerer for et behov for et tilrettelagt og godt system som gir mer læring.

Deltakerne fortalte at de fleste skapte faglige diskusjoner i ledige stunder. De fortalte også om «det grønne korset» som de syntes fungerte bra i avdelingen. De syntes det skapte læring gjennom diskusjoner, men forteller at det har falt ut i løpet av sommeren. Andre systemer som kunne gi læring i arbeidshverdagen var Synergi (system for avviksmeldinger), men det fungerte ikke ifølge deltakerne. Hvorfor er det slik at læringssystemer ikke fungerer etter en stund? I denne studien sier de at det er opp til lederne å skape et fokus på det over lang tid. Skal en gå ut fra forskriften om ledelse og kvalitetsforbedring (2016, §7c), så har deltakerne rett. Det er leder som skal iverksette nødvendige prosedyrer og eller andre tiltak for å skape kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Ja, intensivsykepleiere har et ansvar for å ivareta læring, men leder må legge til rett for det. Senge (2006, s. 129) formulerer det så bra. Han sier at det er måten et menneske utvikler seg og er i stadig læreprosess, som er selve hjørnesteinen i en lærende organisasjon.

Når deltakerne omtaler TALK, mener de et av kriteriene for at kommunikasjonsverktøyet skal bli implementert i intensivavdelingen, er felles implementeringsansvar. Deltakerne påtar seg ansvar for at de må ta en del av ansvaret, men sier også at det krever at leder og leger involvere seg. Dette samsvarer med funn fra studien til Visser & Wysmans (2010) hvor det blir fremhevet at implementering krever endringsstrategier i hele organisasjonen. Det måtte være personlig engasjement hos hver enkelt ansatt og ledelsen. Når Senge (2006, s.191) omtaler felles visjon så mener han det er når organisasjonen har samme verdier og samme mål, og drivkraften er drevet av indre styrke. At alle bør ha en følelse av å skape noe felles, men likevel føle at det er en personlig visjon. At drivkraften kommer fra hjertet. Som tidligere nevnt så oppleves leder sin tilstedeværelse som noe fraværende. På bakgrunn av det kan jeg

allerede på dette tidspunkt se utfordringer i forhold til implementeringen. Vi er flere studenter som har TALK med i oppgaven, og etter drøfting sammen medstudenter, er lederinvolvering et sentralt funn også i deres studier.

Videre poengtere Visser & Wysmans (2010) at det er større sjans for å lykkes med en implementering dersom det er samme ledelse og ansatte som jobber der over tid, for å sikre kontinuitet i samarbeidet. På intensivavdelingen har det som sagt vært stor utskiftning av personalet de siste årene. Det vil si at allerede her så er det et faretegn som kan ha et uheldig utfall for implementeringen. En svakhet i min studie er at under intervjuet opplevde jeg at ikke alle visste helt hvordan TALK fungerte, og det preger nok resultatene. TALK er ment til å bruke som et kommunikasjonsverktøy som skal strukturere en gjennomgang etter en positiv eller negativ hendelse. Det er også ment å gjøre hvor som helst (TALK, 2014). Oppfatningen min under intervjuet var at noen deltakere hadde forstått det som at de skulle sette seg ned og innkalle alle involverte yrkesgrupper og ha en debriefing. I forkant av spørsmålet som omhandlet TALK, la jeg ut ark som deltakerne kunne lese, for å få en oppfriskning på hvordan TALK fungerte, i tilfelle de hadde glemt det. Likevel kan det hatt utfall på resultatet.

Deltakerne mener at TALK ville ha flere positive effekter, som endring av dårlige rutiner, bedre samarbeid og kommunikasjon, bidra til læring for å nevne noen. Det er viktig å nevne her at spørsmålet om TALK ble stilt på en slik ledende måte at deltakerne måtte svare hva de mente som var positivt med TALK. Det var forskningsprosjektet sitt eget spørsmål, og dermed utenfor min styring. Når det har blitt nevnt, så har jeg likevel den oppfatning av at TALK kunne løst mange av de problemene som er på avdelingen. Det nye kommunikasjonsverktøyet kunne fungert som et bindeledd mellom forskning og praksis.

6.0 Konklusjon

Studiens problemstilling var å finne ut hvordan helsepersonell opplevde at kulturen for læring og forbedring ble ivaretatt i en medisinsk intensivavdeling. Deltakerne ønsker et system for læring. De opplever at læringen skjer usystematisk, og tilfeldig, og at det er den enkeltes ansvar. Det beskrives et behov for systematisert debrifing etter utfordrende situasjoner. Det må organiseres av ledelsen i samarbeid med de ansatte.

Intensivsykepleiere, sammen med resten av de ansatte, har et ansvar for å skape en læringskultur i avdelingen. Intensivsykepleiere må ta ansvar for egen læring, gjennom å øke bevisstheten rundt læringen og sette inn tiltak. Ledelsen må også involvere seg mer og legge til rette for læring. Det er et delt ansvar. Ettersom det er vanskelig å rekruttere intensivsykepleiere, så er det viktig at de som er ansatt på avdelingen blir ivaretatt, slik at de ikke blir utbrent og slutter. Det må innføres gode rutiner for debrifing etter utfordrende situasjoner, og andre former for læring, slik at de ansatte kan være trygge på at de klarer å ivareta pasientsikkerheten. Om debrifingsverktøyet TALK får et fokus over tid, slik at det blir tilstrekkelig implementert i avdelingen, så er det ingen tvil om at dette kan forbedre læringskulturen i avdelingen.

6.1. Implikasjoner for praksis

Nedenfor vil det punktvis bli presentert forslag som kan bidra til en bedre praksis:

- Skape en kultur for debrifing rett etter en hendelse.
- Det bør blir obligatorisk med debrifing etter utfordrende hendelser, slik det ikke blir opp til hver enkelt, ettersom det raskt kan falle ut.
- Ledere må involverer seg mer i pasientene, sammen med personalet.
- Gi konstruktive tilbakemeldinger til hverandre, og etterspør om du ikke mottar noen.
- Slå opp prosedyrer i sykehusets kvalitetssystem, så du er sikker på at du gjør riktig. Spør heller kolleger etterpå, om de kan vise deg det du er usikker på. Da har du kvalitetssikret eget arbeid.
- Skap faglige diskusjoner i ledige stunder.
- Etterspør internundervisning i det som skaper usikkerhet hos flere.
- Bidra med din kompetanse i felles undervisning.

- Helsepersonell må ta ansvar for egen læring.
- Bidra med din pedagogiske fremvisning til kolleger.

6.2 Implikasjoner for videre forskning

- Hvordan debriefing kan legges til rette for å få det implementert i arbeidshverdagen.
- Hvordan læring kan organiseres for at den skal være mest effektiv i en travel hverdag.
- Hva som skal til for at en implementering skal bli vellykket

Referanseliste

- Abelsson, A., Bisholt, B. (2017). Nurse students learning acute care by simulation - Focus observation and debriefing. *Nurse education in Practice*. 24, 6-13.
<http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1016/j.nepr.2017.03.001>
- Adriaenssens J, de Gucht V, Maes S (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 49: 1411-1422.
- Ahmed M, Sevdalis N, Paige J, Paragi-Gururaja R, Nestel D, Arora S (2012). Identifying best practice guidelines for debriefing in surgery: a tri-continental study. *The American Journal of Surgery* 203: 523-529.
- Bringsvor, H.B., Berntsen, S.B., Berland, A. (2014). Sources and knowledge used by intensive care nurses in Norway: An exploratory study. *Intensive and Critical Care Nursing* 30 (3), 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2013.12.001>
- Brown, D-K., Wong, A., & Ahmed R-A. (2018). Evaluation of simulation debriefing methods with interprofessional learning. *Journal of Interprofessional Care*.32(6): 779-781.
<http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1080/13561820.2018.1500451>
- Colman, P., Patera, A., & Hebbbar, A., (2019) Promoting Teamwork for Rapid Response Teams Through Simulation Training. *Counting Education in Nursing*. 50(11): 523-528.
<http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.3928/00220124-20191015-09>
- Colville, G.A., Smith, J.G., Brierly, J., Citron, K., Nguru, N. M., Shaunak, P. D., Perkins-Porras, L. (2017). Coping With Staff Burnout and Work-Related Posttraumatic Stress in Intensive Care. *Pediatric Critical Care Medicine*, 18(7), e267-e273.
<https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001179>
- Couper K, Salman B, Soar J, Finn J, Perkins GD (2013). Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine* 39: 1513-1523.
- Elo, S., & Kyngås, H (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62 (1), 107-115 109p. doi:10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
- Fey, M.k., Scrandis, D., Daniels, A., Haut, C., (2014). Learning Through Debriefing: Students' Perspectives. *Clinical Simulation in Nursing* 10 (5): 249-56
<http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1016/j.ecns.2013.12.009>
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016). *Plikten til å gjennomføre*. (FOR-2016-10-28-1250) Hentet fra lovdata:
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>

George, K., & Quatrara (2019) Simulations Promote Knowledge Retention and Enhance Perceptions of Teamwork Skills in a Surgical-Trauma-Burn Intensive Care Unit Setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*.37 (3):144-155
<http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1097/DCC.0000000000000301>

Graneheim, U. H., Lindgren, B-M., Lundman, B. (2017). Methodological Challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurses Education Today*, (56) 29-34.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurses education today*. 24(2), 105-112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Helsedirektoratet (2019). *Pasientskader i Norge 2018*. Hentet fra:
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge?fbclid=IwAR1BefVW4mBEZ89FsmiPPsIvOwyck9dZ4_3v32HhzEF68050Qo0EwVA5cbM

Helsedirektoratet (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer*. Hentet fra:
<https://lovdata.no/static/ROO/is-2012-0008.pdf>

Helsepersonelloven (1999). Krav til organisering av virksomhet (§§16-17). LOV-1999-07-02-64. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_3

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019-2023)*. Oslo. Hentet fra:
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf

Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten: en lære-, tenke- og faktabok*: Gyldendal Akademisk.

Häggström, M., Bergmann, A-C., Månsson, U., Rising Holmström, M. (2017). Learning to manage vasoactive drugs- A qualitative interview study with critical care nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*. (39)1-8. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1016/j.iccn.2016.09.002>

Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2.utg). Kristiansand: Høyskoleforlaget.

Jansson, M.M., Syrjälä, H.P., Ohtonen, M.H., Meriläinen, M.H., Kyngäs, H.A., Al-kokko, T.I. (2017). Effects of simulation education on oral care practices - a randomized controlled trial. *Nursing in Critical Care Nursing* .47(9): 1065-1070.
<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/nicc.12276>

- Komite, D. n. f. (1964, 2013). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet fra:
<https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. ug, 3. opplag
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Letcher, D- C., Roth, Shelly J., Varenhorst, L- J. (2017) Simulation-Based Learning: Improving Knowledge and Clinical Judgment Within the NICU. *Clinical Simulating in Nursing*. 13(6): 284-290.
<http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1016/j.ecns.2017.03.001>
- Lov om helsepersonell (2000) Helsepersonelloven (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov-1999-07-02-64>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*.
Oslo: Universitetsforlaget.
- Muldowney, Y., McKee G. (2011). Nurses new to intensive care: perceptions of their clinical learning environment. *Nursing in critical care* (16)4.
<https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1111/j.1478-5153.2011.00426.x>
- Norsk sykepleierforbund (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- NSFLIS (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. Norsk Landsgruppe av intensivsykepleiere. Hentet fra
<https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20182305165052/Funksjons%20og%20ansvarsbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%20september2017.pdf>
- NSFLIS (2015). *Bemanningsstandard for intensivsykepleie*. Hentet fra
https://www.nsf.no/Content/2681030/NSFLIS_rapport_2015.pdf
- Patient Safety Network (2014). *Safety Culture*. Fra: *Agency for Healthcare Research and Quality – US Dept. of Health and Human Services*. Hentet fra
<https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>
- Pedersen, K.B., og Land, B. (2001). *Den kvalitative forskningsprosess*. Roskilde: Roskilde universitetsforlag.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012) *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins
- Senge, P. (2006) *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Currency/Doubleday
- Spencer, A.S., Nolan, J.P., Osborn, M. Georgiou, A. (2019). The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. *Journal article* (142)175-181.

Søreide, E., Flatland, S., Flaatten, H., Helset, E., Haavind, A., Klepstad, P., Vinorum, O. (2014). Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge: NAF, NSFLIS.

TALK (2014) A tool for structured clinical debriefing. Hentet fra <http://talkdebrief.org>

Thagaard, T. (2018). Systematikk og innlevelse-en innføring i kvalitative metoder (5.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Thornton Bacon, C. (2017). Nurses to Their Nurse Leaders: We Need Your Help After a Failure to Rescue Patient Death. *Nursing Administration Quarterly*, 41(4), 368–375. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000253>

Trost, J., og Jeremiassen, L. (2010). *INTERVIEW i praksis*. København: Hans Reitzel Forlag.

Visser, A. & Wysmans, M. (2010). Improving patient education by an in-service communication training for health care providers at a cancer ward: Communication climate, patient satisfaction and the need of lasting implementation. *Patient Education and Counselling* 78 (2010) 402-408. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.011

WHO (2005). *WHO draft guidelines for adverse event reporting an learning systems*. World health Organization, World Alliance for Patient Safety. Hentet fra: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Wibeck, V. (2000). *Fokusgrupper: Om fokuserande gruppintervjuer som undersøkningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Yukie, A., Chikako, K., Akira, Y & Ryoji, T (2013). REPEATED SCENARIO SIMULATION TO IMPROVE COMPETENCY IN CRITICAL CARE: A NEW APPROACH FOR NURSING EDUCATION. *American Journal of Critical Care*; 22(1): 33-40. <https://doi.org/10.4037/ajcc2013229>

Vedlegg 1

Analyse:

Kond.meningsenhet	Kategori	Subtema	Tema
<p>Den gangen jeg var med på debrifing ble vi kalt inn flere dager etterpå, og det er jo ikke helt sånn greit, for du skal jo ta det der og då, snakke om det du føler der og da...</p> <p>Lederne visste det var en veldig alvorlig episoden, de visste om alt det der... så skulle det blitt tilbudt en debrifing. Det var jo samarbeidsproblemer og der.</p> <p>..Jeg er mer opptatt av hvorfor vi har gjort det på denne måte... At vi lærer... og hva kan vi gjøre annerledes. Viktig at vi kommer ut fra det med kunnskap.</p>	<p>Behov for en gjennomgang rett etter en hendelse</p> <p>Behov for lederinvolvering</p> <p>Ønsker å lære gjennom debrifing</p>	<p>Debrifing etter utfordrende situasjoner er bra men brukes for lite</p>	<p>Tilfeldig, usystematisk og ikke i dialog med personalet</p>
<p>Dersom jeg vet hvem som er flink på det jeg trenger kunnskap om, så går jeg til den personen og spør om hun kan vise meg. Eks X er flink på ketoacidose så da går jeg går å spør henne om det</p> <p>... Jeg tenker at vi burde vært flinkere til det. Både positive og konstruktive. Vi får lite tilbakemeldinger sånn sett.</p> <p>Før sommeren satt vi sammen på personalmøte en hel time og så på hva som hadde blitt gjort feil, og vi kommenterte hva som kunne blitt gjort annerledes. Jeg syns jo det var bra..men det er vel det eneste vi har..</p>	<p>Innhenter kunnskaper av hverandre</p> <p>Behov for konstruktive tilbakemeldinger</p> <p>Behov for et system som gir læring</p>	<p>Læring er individets ansvar og skjer tilfeldig</p>	

Vedlegg 2

Intervjuguide

Ønske alle velkommen

Har dere vært med på fokusgruppeintervju før?

Informere om lydopptak, samtykke og taushetsplikt i gruppe

Skrive navnet/yrke sitt på lapp

Presentasjonsrunde

1. Kan dere si noe om hvordan dere opplever kulturen av å gi positive tilbakemeldinger til hverandre er?

- Eks
- Hvilken sammenheng?
- Kunne blitt bedre? Hva sier dere da?

2. Kan dere si noe om hvordan synes dere kulturen for å ta opp vanskelige/utfordrende situasjoner er?

- Eks

3. Hvordan lærer dere som helsepersonell av feil som blir gjort? Egne og andres.

- Avvik?
- Lederinvolvering

4. Hvordan lærer dere av suksesser (gjort noe bra)?

- Deler kunnskap? Hvordan?

5. Hvilke erfaringer har dere av debriefing på avdelingen?

- I hvilke settinger
- Eks positive/negative

6. Hvordan opplever dere at oppfølgingen etter utfordrende hendelser blir ivaretatt?

- Behovet blir dekket?

7. Hvordan kan TALK debriefing verktøy brukes for å fremme en positiv kultur for kommunikasjon og læring?

Sekretær- Noen spørsmål? Noe som var uklart?

Noen som sitter inne med noe som ikke har blitt fortalt? Noe dere føler ble misforstått?

Vedlegg 3

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

Vil du delta i forskningsprosjektet

«TALK»

I forbindelse med min masterutdanning i Intensivsykepleie, skal jeg skrive en avsluttende masteroppgave. Temaet for oppgaven er debriefing. Dette er en forespørsel til deg om å delta i forskningsprosjektet hvor hensikten er å utforske helsepersonellet sine erfaringer med bruk av debrief i avdelingen.

Jeg er med i forskningsprosjektet TALK. Det kliniske debrief verktøyet TALK innføres på SUS. Jeg ønsker også helsepersonells tanker omkring verktøyet, hva kan det brukes til og hvordan kan det påvirke sykehusets sikkerhetskultur og arbeidskultur til pasientenes beste. Det er Universitetet i Stavanger som er behandlingsansvarlig.

Helse Stavanger er blitt med i et EU prosjekt der sykehus i Barcelona, Cardiff og Stavanger samarbeider for å lære om innføring og mulige effekter av TALK Debrief (EU MSCA-RISE Grant Agreement 734753 AMD-6). Helse Stavanger vil innføre klinisk debriefing som et ledd i kvalitetsforbedring og økt sikkerhetskultur. Din avdeling har vist interesse i å satse på dette området. Noen ansatte på din avdeling blir spurt om å være med å delta i løpet av datainnsamlingsperioden. Det er leder som velger ut et deltakere bestående av leger, intensivsykepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere. Derfor blir du spurt nå.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Deltakelse i forskningen innebærer at du deltar på et fokusgruppeintervju av ca 60 minutters varighet. I prosjektet vil vi kun hente inn og registrere anonymiserte opplysninger om deg – kun din rolle i avdelingen. Det blir ikke registrert identifiserbare opplysninger om deg. Det du sier blir ikke koblet til ditt samtykke, og vil ikke kunne spores tilbake til deg.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i dette forskningsprosjektet er frivillig og skal ikke være forbundet med ulemper av noe slag. Du står fritt til å trekke deg før, under eller etter intervjuet dersom du ønsker det uten at det får noen konsekvenser for deg. Data fra deg vil da bli slettet og ikke brukt videre i prosjektet.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Miriam Bauge til 40853351/ miriam@bauge.net. Britt Sætre Hansen tlf. 99021954, britt.setre.hansen@sus.no

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Det samles ikke identifiserbare opplysninger om deg. Det blir kun et spørsmål om din rolle på avdelingen. Det vil ikke kunne spores tilbake til deg. Du har også en rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene/data.

Data er anonymisert og beholdes i fem år etter prosjektslutt (14.08.22), og vil da bli slettet.

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk trenger ikke vurdere dette prosjektet, i og med at prosjektet har helsetjensteforskning som formål, og ikke å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom (Helseforskningsloven §4).

Personvernombudet ved Helse Stavanger har godkjent datasamlingen. Ledergruppen på SUS har godkjent at Helse Stavanger deltar i EU TALK Debrief prosjektet, som innebærer forskning på innføring av TALK Debrief på sikkerhetskultur (ref: Ledergruppemøtereferat, sak 195/18, 02.10.2018)

Etter ny personopplysningslov har dataansvarlig Thomas Lindner og prosjektleder Sigrun Qvindesland et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr. 2a og ditt samtykke. Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med

Masterstudent/Prosjektansvarlig Miriam Bauge, tlf. 40853351 miriam@bauge.net

Veileder fra UIS Britt Sætre Hansen, tlf. 99021954, britt.setre.hansen@sus.no ; britt.s.hansen@uis.no

(Deltaker) Jeg samtykker til å delta i prosjektet og at personopplysninger brukes slik det er beskrevet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

(Forsker) Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet:

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 4



Forskningsavdelingen

Notat

Til:

Miriam Bauge

Fra:

Fagsjef Kirsten Lode/mv

Kopimottakere:

Klinikkjef Hans Tore Frydnes, Juridisk rådgiver Ina Trane **Dato:** 26.09.2019

Arkivref: 2019/15987 - 126824/2019

Godkjent masterprosjekt - MA193

Masterprosjektet: «TALK-debrifing»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte masterprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA193.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av masterprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- – ved endringer må endringsmelding sendes
- – dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares sikkert
- – data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av prosjektet, ber Forskningsavdelingen om at medforfatterskap fra SUS vurderes i de tilfeller hvor sjukehuset har vært bidragsyter til prosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.

Vedlegg 5

Til avd.leder

23.08.2019

Jeg er sykepleier som tar mastergrad i intensivsykepleie ved Universitetet i Stavanger. I den forbindelse skal jeg skrive en masteroppgave. Jeg har valgt å skrive om temaet «debrifing». Jeg er også med i prosjektet TALK.

Hensikten med denne studien er å belyse helsepersonellens erfaringer med debrifing, og om kommunikasjonsverktøyet TALK er noe de trenger i en intensivavdeling.

Jeg ønsker å skrive en kvalitativ studie, med fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Fokusgruppeintervju er en egnet måte for å skape en diskusjon rundt temaet. Det vil bli fokusert på tema som: kvalitetssikring, pasientsikkerhet, utbrenthet, systemtenkning, læringskultur.

Data som blir samlet inn følger forskningsetiske retningslinjer, og før oppstart skal jeg legge frem personvernombudet på SUS sine godkjenninger.

Opplysningene som kommer frem ved datainnsamling har ingen andre mål enn å være en del av masteren. Taushetsplikten og informasjon om frivillig deltakelse vil bli ivaretatt. Deltakerne vil på forhånd få utdelt informasjonsskriv om studiens formål, og samtykkeskjema vil bli innhentet før oppstart av intervjuet. Informasjon som kommer frem i intervjuene vil bli anonymisert.

Jeg ber med dette om bistand til utvelgelse av 12 informanter fordelt på to grupper, altså 6 stk i hver gruppe. Det er ønskelig med en tverrfaglig gruppe som består av minst 1 lege (kanskje to, da det ikke blir så gjennomsluttig. En med lang erfaring og en med kort erfaring?), 2-3 intensivsykepleiere, 1 sykepleier og 1 helsefagarbeider (kan også være to sykepleiere eller to helsefagarbeidere). Kriteriene for utvelgelse er at de har minst 1 år erfaring på avdelingen.

Intervjuene vil foregå på sykehuset, og samtalen vil vare ca.1 time. Det er ønskelig med intervjuene i uke 40, fordelt på to dager. Det vil bli brukt lydband som blir konfiskert juni 2020.

Min veileder ved Universitetet i Stavanger er Britt Sætre Hansen. Ta gjerne kontakt for ytterligere informasjon.

Med vennlig hilsen
Miriam Bauge
Tlf. 40853351 mail: miriam@bauge.net

Svar fra avd.leder 12.09.18

Hei.
Beklager at du ikke har fått svar. Jeg har (slettet på grunn av konfidensielt)

Jeg har satt opp 1/10 og 2/10 som dager du kan gjennomføre samtalen.
Har satt opp sykepleiere, men må inn på legelistene for å se hvem som er her.

Mvh
Avd.spl

Vedlegg 6

Avdelingssykepleieren

- Hovedansvar for den sykepleien som ytes til pasientene (inkl. pårørende) i egen avdeling
- Hovedansvar for rutiner og prosedyrer i egen avdeling
- Hovedansvar for at avdelingen og utstyret til enhver tid er i orden
- Personal- og økonomiansvar
- Administrative oppgaver
- Personalmøter (ca 1 gang pr. mnd)
- Medarbeidersamtaler og **hovedansvar for debrifing**
- Administrative oppgaver som å dekke opp vakter, ansvar for Gat-og personalsystem, utarbeide årsplan, høytids- og ferielister er også avdelingssykepleiers oppgave. (Deles med ass. avdelingsleder)

Assisterende avdelingssykepleier

- Fungerer som stedfortreder for avdelingssykepleier mht plikter, rettigheter og ansvar.
- Delegerte oppgaver som samtale med nyansatte, bemanning av vakter, kvalitetssikringsarbeid.

Fagutviklingssykepleieren

- Er faglig og administrativt underlagt avdelingssykepleier.
- Har ansvar for å stimulere og legge til rette for faglig utvikling hos sykepleierne i avdelingen.
- Følge opp nyansatte med klinisk veiledning og egen fagutvikling
- Kvalitetssikre prosedyrer, planlegge fagdager
- Være en god rollemodell

Ansvarshavende sykepleier

På XX er en av sykepleierne teamleder. Han/hun har oversikt over pasienter i samarbeid med lege.

På XXX er den ansvarshavende sykepleier overordnet det øvrige pleiepersonalet på hans/hennes vakt.

Den ansvarshavende sykepleier skal:

- Ha hovedansvar, være koordinator i avdelingen.
- Om mulig følge legevisitten.
- Planlegge og ha oversikt over flyttekandidater i samarbeid med lege og pasientkoordinator.
- Holde seg oppdatert med den enkelte pasient og gi en stikkordpreget rapport til neste vaktteam (5 minutter – kun morgen).
- Fordele pasientene for neste vaktskift/team, etter sykepleiernes kompetanse. Prioritere kontinuitet.
- Omfordele personalet ved behov.
- Være ressursperson, støtte i vanskelige situasjoner, spesielt ansvar for nyansatte.
- **Ta initiativ til debrifing etter behov**
- Sørge for at personalet får den hjelp og veiledning de trenger.
- Skaffe ekstravakt ved sykdom når ledelsen ikke er til stede. Vurdere behov for fast vakt / ekstravakt.