

Per-Christian Nguyen

Etterlattesamtaler ved en intensivavdeling



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

<http://www.usn.no>

© 2020 Per-Christian Nguyen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Bakgrunn: Denne studien ble gjennomført for å utforske nødvendigheten, organiseringen og gjennomføringen av etterlattesamtaler som ble initiert i 2016 som en del av intensivsykepleiernes arbeidsoppgaver ved Medisinsk intensiv avdeling ved Oslo Universitetssykehus. I løpet av 2018 ble det registrert 52 dødsfall og tre utførte etterlattesamtaler. Hensikten med denne studien var å utforske hvorfor det ble utført så få etterlattesamtaler ved avdelingen.

Mål: Å undersøke intensivsykepleiernes erfaringer og opplevelser knyttet til nødvendighet, organisering og gjennomføring av etterlattesamtaler ved Medisinsk intensiv avdeling ved Oslo Universitetssykehus.

Metode: Det ble benyttet en kvalitativ metode i studien, og data ble innhentet med individuelle dypdeintervju. Åtte informanter ble inkludert. Dataene ble analysert med Systematisk tekstkondensering.

Resultater: Det fremkom to hovedtemaer i analysen. Det første omhandlet intensivsykepleiernes bevissthet om nødvendigheten av etterlattesamtaler før implementering, og det andre fokuserte på organiseringen og gjennomføringen av etterlattesamtaler i praksis. Studien viste at intensivsykepleierne var innforstått med hvorfor etterlattesamtaler var et viktig tilbud, og var motivert for denne oppgaven. Videre viste studien at organiseringen og gjennomføringen ikke hadde vært god nok i form av lite informasjon, uklare rutiner, minimalt med opplæring og oppfølging, samt utilstrekkelig kapasitet.

Konklusjon: Til tross for at informantene var bevisst på nødvendigheten av etterlattesamtaler og var motiverte, så resulterte mangelfull organisering i at gjennomføringen av etterlattesamtaler opplevdes som tilfeldig og fungerte dårlig. Etterlattesamtaler ble derfor en nedprioritert arbeidsoppgave blant intensivsykepleierne ved Medisinsk intensiv avdeling ved Oslo Universitetssykehus.

Abstract

Background: This study was conducted to explore the necessity, organization and conduct of bereavement conversations initiated in 2016 as part of the intensive care nurses' work tasks at the Medical Intensive Care Unit at Oslo University Hospital. During 2018, 52 deaths were recorded and three bereavement conversations were conducted. The background for this study was therefore to explore why so few bereavement conversations were conducted.

Aim: To investigate the experiences of the intensive care nurses in connection with the necessity, organization and conduct of bereavement conversations at the Medical Intensive Care Unit at Oslo University Hospital.

Method: A qualitative method was used in the study, and data were obtained with individual in-depth interviews. Eight informants were included. The data were analyzed using Systematic Text Condensation.

Results: The study yielded two main themes. The first theme dealt with the intensive care nurses' awareness of bereavement conversations before implementation, and the second theme focused on the organizing and execution of bereavement conversations. The study showed that the intensive care nurses were aware of why bereavement conversations were an important offer and were motivated for this task. Furthermore, the study showed that the organization and execution was inadequate because of poor information, unclear routines, minimal training and follow-up, and insufficient capacity.

Conclusion: Although the informants were aware of the necessity of bereavement conversations and were motivated, inadequate organization resulted in the execution of bereavement conversations being perceived as random and poorly functioning. Therefore, bereavement conversations did not become a prioritized task among the intensive care nurses at the Medical Intensive Care Unit at Oslo University Hospital.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
1 Innledning	6
1.1 Begrensning av oppgaven.....	8
1.2 Bakgrunn for valg av tema og relevans.....	8
1.3 Mål.....	9
2 Teoretisk bakgrunn	10
2.1 Sorgprosessen.....	10
2.2 Sykehusenes ansvar.....	11
2.3 Sykepleiernes rolle.....	13
2.4 Personsentrert omsorg.....	14
2.5 Implementering av nye arbeidsoppgaver.....	15
3 Metode	18
3.1 Design.....	18
3.2 Utvalg.....	18
3.3 Datainnsamling.....	19
3.4 Dataanalyse.....	20
3.5 Etikk.....	21
4 Resultater	23
4.1 Bevissthet om nødvendigheten av etterlattesamtaler.....	23
4.1.1 Intensivsykepleieres rolle og ansvar knyttet til etterlattesamtaler.....	24
4.1.2 Motivasjon til å gjennomføre etterlattesamtaler.....	27
4.2 Organisering og gjennomføring av etterlattesamtaler.....	28
4.2.1 Implementering av prosedyrer og rutiner knyttet til etterlattesamtaler.....	28
4.2.2 Behov for opplæring og oppfølging knyttet til etterlattesamtaler.....	31
4.2.3 Evaluering av kapasitet og praksis knyttet til etterlattesamtaler.....	34
5 Diskusjon	37
5.1 Bevissthet om nødvendigheten av etterlattesamtaler.....	37
5.1.1 Intensivsykepleieres rolle og ansvar knyttet til etterlattesamtaler.....	37
5.1.2 Motivasjon til å gjennomføre etterlattesamtaler.....	38
5.2 Organisering og gjennomføring av etterlattesamtaler.....	39

5.2.1	Implementering av prosedyrer og rutiner knyttet til etterlattesamtaler.....	39
5.2.2	Behov for opplæring og oppfølging knyttet til etterlattesamtaler.....	41
5.2.3	Evaluering av kapasitet og praksis knyttet til etterlattesamtaler.....	43
5.3	Styrker og svakheter ved studien.....	45
5.4	Fremtidig forskning.....	47
6	Konklusjon	48
	Referanser	49
	Vedlegg.....	54
	Vedlegg 1: Registreringsskjema	
	Vedlegg 2: Intervjuguide	
	Vedlegg 3: Informasjonsskriv til deltakere	
	Vedlegg 4: Forespørsel til seksjonsleder ved Medisinsk Intensiv Ullevål	
	Vedlegg 5: Godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata	

Antall ord: 16432

1 Innledning

De fire grunnleggende ansvarsområder i sykepleierollen beskrevet av Norsk Sykepleieforbund (2011) er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse. De yrkesetiske retningslinjene omtaler helsefremmende og forebyggende tiltak som viktige sykepleieoppgaver. Ivaretagelse av pasientens pårørende i løpet av sykehusoppholdet, men også etter et eventuelt dødsfall, anses også som en del av intensivsykepleierens ansvarsområde. Pårørende blir i følge Lov om pasient- og brukerrettigheter § 1-3 (2018) definert slik: «Den pasienten eller brukeren oppgir som pårørende og nærmeste pårørende. Dersom pasienten eller brukeren er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten.» Etterlatte er pasientens pårørende etter at pasienten er død.

I 2017 lanserte Helsedirektoratet (2017a, s. 1) en ny nasjonal veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten. Formålet med veilederen er at pårørende og etterlatte skal bli inkludert i omsorgstjenesten med individuelt tilpasset støtte, oppfølging og veiledning fra helsepersonell. Dette er et viktig tiltak for å kunne forebygge unødvendige påkjenninger hos pårørende og etterlatte. Ledelsen har et ansvar for at myndighetskravene i veilederen følges opp og at eventuelle tiltak igangsettes om nødvendig, som for eksempel opplæring av ansatte, utvikling av nye rutiner og andre organiseringstiltak (Helsedirektoratet, 2017a, s.1-2). Pårørendeinvolvering er ment som et tiltak for å styrke helsepersonell sitt arbeid med pårørende og etterlatte og for å bedre kvaliteten på tjenesten. «Helse- og omsorgstjenesten skal ha systemer og rutiner som legges til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende» (Helsedirektoratet, 2017b, s.1). Det påpekes også at helsepersonell bør ivareta og følge opp etterlatte etter dødsfallet blant annet ved å tilby etterlattesamtale, særlig etter dramatiske dødsfall, slik at de etterlatte får stille spørsmål og reflektere rundt sykeleiet og dødsfallet (Helsedirektoratet, 2017c, s.21). I følge Milberg et al. (2008) kan etterlattesamtaler bidra til å støtte de etterlatte i en vanskelig situasjon. I løpet av en slik etterlattesamtale kan det avklares hvilke behov de etterlatte har, blant annet om de har behov for videre kontakt med andre profesjonelle faggrupper eller hjelpeinstanser. Hensikten fra et sykepleieperspektiv i forhold til oppfølging er å vise omsorg, og en etterlattesamtale kan hjelpe med å mestre sorgprosessen bedre (Sæteren, 2010). En etterlattesamtale kan være til hjelp for etterlatte i en vanskelig tid, og både intensivsykepleiere og etterlatte ser verdien av dette (Hauge, Eskerud & Eide, 2009).

Klinikkleder Mowe (2019) skrev et innlegg på Oslo Universitetssykehus (OUS) sin intranettside (personlig kommunikasjon, september 2019) hvor han påpekte at Akutt medisinsk klinikk må tenke helhetlig og langsiktig for å utvikle og forme tjenestetilbud etter samfunnets utvikling, forventninger og krav. Dette betyr at hver enkelt ansatt må tenke kontinuerlig forbedring. Overordnet målsetting for Akutt medisinsk klinikk innebærer blant annet at den enkelte ansatte ved sykehuset skal møte pårørende og etterlatte med likeverd, respekt og omsorg. For å kunne opprettholde den overordnede målsettingen med å ivareta de pårørende kreves det ansvarsfordeling på flere nivåer. Klinikkleder har ansvar for at prosedyren er kjent og følges i egen klinikk, seksjonsleder skal sørge for at medarbeiderne får nødvendig informasjon og opplæring, og den enkelte sykepleier har et ansvar for å følge prosedyren. Alle ledd er avhengige av hverandre og må oppfylles for at målsettingen kan oppnås (Mowe, personlig kommunikasjon, september 2019).

Medisinsk intensiv avdeling (MIA), som tilhører Akutt medisinsk klinikk ved OUS, har siden 2007 hatt en ressursgruppe bestående av tre intensivsykepleiere og en overlege som jobber med rutiner for å følge opp etterlatte i forbindelse med organdonasjon. Denne oppgaven kommer i tillegg til deres fastsatte arbeidsfunksjoner. Denne ressursgruppen har et godt organisert system med oppfølging, og alle etterlatte av pasienter som er organdonorer får automatisk tilbud om etterlattesamtaler fordi det er en fastsatt del av godt innarbeidede rutiner. Oppfølging av etterlatte etter et dødsfall uten at pasienten ble donor har derimot inntil nylig ikke hatt noen organisert ivaretagelse. Ansvar for å følge opp denne gruppen av etterlatte lå hovedsakelig på legene, og det var ikke noen klare retningslinjer i forhold til intensivsykepleiernes rolle knyttet til samtaler med denne gruppen av etterlatte.

I 2016 besluttet ledelsen ved OUS å opprette en ressursgruppe ved MIA i lys av at tilbudet til etterlatte burde forbedres. Ønsket var at etterlatte av pasienter som ikke var donorer skulle få samme oppfølging som etterlatte av donorer i form av tilbud om etterlattesamtaler. Tre intensivsykepleiere ved avdelingen ble utnevnt til å være i en ressursgruppe, og de ble delegert ansvaret for å informere ansatte ved avdelingen om tilbudet og om rutiner som skulle utføres ved et dødsfall hvor det ikke var organdonasjon involvert. Ressursgruppen måtte sette av tid i sin egen arbeidsdag for å organisere og følge opp det praktiske rundt etterlattesamtaler. Samtalen skulle tilbys etterlatte av pasienter som hadde ligget på avdelingen i minst fem dager, samt til etterlatte av pasienter med kortere liggetid ved antatt behov. Etter et dødsfall skulle den ansvarlige intensivsykepleier først vurdere om etterlattesamtaler skulle tilbys, og deretter opplyse de etterlatte om muligheten til å få en etterlattesamtale ved en senere anledning. Dersom de etterlatte takket ja til

dette tilbudet, så skulle intensivsykepleieren registrere de etterlattes kontaktinformasjon og pasientens hendelsesforløp (se vedlegg 1 - Registreringsskjema). Tre til fire uker etter dødsfallet skulle intensivsykepleieren ta kontakt med de etterlatte og invitere dem tilbake til avdelingen for en etterlattesamtale. Intensivsykepleieren var ansvarlig for å forberede og utføre samtalen, og ressursgruppen skulle følge opp og assistere i at dette ble gjennomført. Samtalen var et tilbud fra sykehusets side for å gi etterlatte omsorg og støtte i sin sorgprosess, samt å gi mulighet til å få avklart eventuelle spørsmål de hadde rundt oppholdet ved avdelingen.

I april 2019 (etter at denne masteroppgaven var startet) ble ressursgruppen omorganisert ved MIA ved OUS. Den består nå av fem fast ansatte intensivsykepleiere som har fått satt av to dager i måneden til å jobbe med rutiner for oppfølging av intensivpasienter og etterlatte, og være med på å organisere og utføre etterlattesamtaler. Fokuset var fortsatt hvordan best effektuere omsorgen for de etterlatte ved å tilby etterlattesamtaler, og det overordnede målet var akkurat det samme som i 2016.

1.1 Begrensning av oppgaven

Denne studien omhandler nødvendigheten, organiseringen og gjennomføringen av etterlattesamtaler ved MIA i 2016 ved OUS og frem til opprettelsen av en ny ressursgruppe i 2019. I den videre tekst vil MIA ved OUS benevnes med MIA. Fokuset er på etterlatte av pasienter som ikke ble organdonorer. For å få et inntrykk av omfanget av etterlattesamtaler som har blitt utført ved MIA ble det tatt utgangspunkt i kalenderåret 2018, og det ble talt opp antall dødsfall og antall utførte etterlattesamtaler ved avdelingen dette året. Informantene har vært fulltidsansatt som intensivsykepleiere ved MIA fra perioden etterlattesamtaler ble innført i 2016 og frem til dags dato.

1.2 Bakgrunn for valg av tema og relevans

I løpet av kalenderåret 2018 ble det registrert totalt 52 dødsfall ved MIA. Det ble registrert til sammen ni skjemaer hvor etterlatte skulle kontaktes angående etterlattesamtaler. Status i slutten av 2018 viste at det totalt ble utført tre etterlattesamtaler, en per telefon og to ved avdelingen. I tillegg ble det dokumentert tre tilfeller hvor personale ikke fikk kontakt med etterlatte over telefon. Tre etterlatte var ennå ikke kontaktet siden det ikke hadde gått tre til fire uker etter dødsfallet ved

utgangen av 2018. Med tanke på at etterlattesamtaler ble innført i 2016 og at praksisen burde være etablert per 2018, så er tre utførte etterlattesamtale av 52 dødsfall ved MIA i løpet av kalenderåret 2018 et lite antall.

Hensikten med denne studien var å utforske hvorfor det ble utført få etterlattesamtaler i 2018 ved MIA, og på denne bakgrunn vil oppgaven utforske nødvendigheten, organiseringen og gjennomføringen av etterlattesamtaler som ble initiert i 2016 som en del av intensivsykepleiernes arbeidsoppgaver. Informantenes erfaringer vil skildre hvordan de opplevde nødvendigheten av å implementere etterlattesamtaler ved MIA, samt hvordan de opplevde at organiseringen og gjennomføringen fungerte i denne perioden. Disse erfaringene vil kunne belyse eventuelle faktorer ved avdelingen som kan fremme eller hemme at etterlattesamtaler blir utført i praksis.

1.3 Mål

Målet med denne studien var å undersøke intensivsykepleiernes erfaringer og opplevelser knyttet til nødvendighet, organisering og gjennomføring av etterlattesamtaler ved Medisinsk intensiv avdeling ved Oslo Universitetssykehus.

2 Teoretisk bakgrunn

2.1 Sorgprosessen

I det banebrytende *Harvard Bereavement Study* ble en gruppe kvinner og menn som hadde blitt enker og enkemenn i løpet av 1965 og 1966 fulgt opp i en longitudinell undersøkelse, og de ble intervjuet over en periode fra rett etter ektefellen døde til cirka fire år etter (Parkes & Brown, 1972). En kontrollgruppe bestående av gifte menn og kvinner ble også fulgt opp og intervjuet i løpet av samme periode. Målet med studiet var å undersøke hvordan sorg påvirket enkene og enkemennene følelsesmessig og sosialt i forhold til kontrollgruppen som ikke gikk gjennom samme sorgprosess. Studiet viste at enkene og enkemennene rapporterte mer forstyrrelse i søvn og appetitt, mer bruk av selvmedisinering, økt forekomst av akutte fysiske symptomer og hyppigere sykehusinnleggelses enn kontrollgruppen. I tillegg uttrykte enkene og enkemennene to til fire år etter dødsfallet at de fortsatt var preget av dødsfallet. Studien antydte at etterlatte bør få hjelp til å utvikle en gjennomgang og redegjørelse av deres tap hvis de skal komme seg gjennom sorgen og tilbake til full emosjonell og sosial funksjon (Parkes & Brown, 1972).

På 1970-tallet begynte både forskning og populærvitenskap for alvor å publisere litteratur om sorgprosessen som kan inntreffe etter å ha mistet noen som står deg nær, samt ulike typer intervensjoner som kan bistå etterlatte i denne sammenheng (Lorenz, 1998). Siden 1970-tallet har dette vært et område det har blitt forsket mye på, inkludert ulike typer støttegrupper for sørgende og hvordan slike tilbud kan hjelpe med å håndtere sorg. For eksempel gjorde Harman (1991) en litteraturstudie som identifiserte terapeutiske faktorer i profesjonell psykoanalytisk gruppeterapi med etterlatte av kreftpasienter og terapeutiske faktorer i mer uformelle støttegrupper for samme gruppe etterlatte. Selv om noe av innholdet og fremgangsmåten i profesjonell gruppeterapi varierte fra de uformelle støttegruppene for etterlatte, så viste studiet at de positive terapeutiske effektene var mye de samme for begge grupper. En annen studie viste at uansett hvilken setting man er i, profesjonell eller ikke, så kan det være ubehagelig å kommunisere om sorgprosessen (Williams, 2016). For å gi best mulig resultat i støttegrupper kreves det derfor opplæring i hvordan man tilnærmer seg temaet og håndterer de sørgende. Selv uformelle støttegruppesamtaler bør ledes av noen som er trent i kommunikasjon om sorgprosessen for å oppnå best støtteeffekt (Williams, 2016).

2.2 Sykehusenes ansvar

Det er først rundt årtusenskiftet at sykehusenes ansvar for og tilbud om oppfølging av etterlatte virkelig har kommet i fokus. I 2001 ble opprettelsen av *Bereavement Care Standards: UK Project* (Standard for ivaretagelse av etterlatte) i Storbritannia sett på som en milepæl innen dette feltet (Bereavement Services Association [BSA], 2014). Denne gruppen hadde da i mange år forsket på tilbudet etterlatte fikk ved forskjellige institusjoner, inkludert sykehus, samt hvordan dette ble utført. Deres publikasjon presenterte standarder for ivaretagelse av etterlatte og satte fokus på ansvarliggjøring av institusjonene (BSA, 2014). Som et resultat inngikk Storbritannias helsedepartement et samarbeid med BSA og fremstilte i 2005 retningslinjer for ivaretagelse av etterlatte (BSA, 2014). Likedan i Norge har sykehusenes oppfølging av etterlatte og organiseringen av dette kommet i fokus de siste 20 årene. Tidligere har omsorgen for etterlatte hovedsakelig vært konsentrert til perioden pasienten var innlagt på sykehuset. Når pasienten døde opphørte sykehusets ansvar til de etterlatte og de ble ikke nødvendigvis fulgt opp videre fra sykehusets side på en organisert måte (Engebretsen & Olsen, 2009).

I sin litteraturstudie om sorghåndteringstjenester på akuttavdelinger poengterte Fauri og kollegaer (2000) at de skadelige effektene av langvarig sorg er godt dokumentert, og at tjenester som er med på å bearbeide sorg hjelper til med å redusere emosjonell og psykisk nød. På sykehus blir ofte uformell sorghåndteringshjelp gitt til etterlatte der og da når en pasient har dødd, men formelt organiserte tjenester og planlagt oppfølgingsarbeid med etterlatte er mindre utbredt (Fauri, Ettner & Kovacs, 2000). Likedan presiserer Parris et al. (2007) at selv om det er skrevet mye om oppfølgingen av pårørende på akuttmottak, så er det publisert begrenset litteratur om oppfølgingen etter at etterlatte har forlatt avdelingen. Selv om det er bred enighet om at oppfølgingstiltak er verdifulle, så spriker omfanget og kvaliteten på slike tjenester. Parris et al. (2007) fokuserte i sin studie på akuttavdelingen ved et sykehus i England som tilbudte etterlattesamtaler fire til seks uker etter et dødsfall. De etterlatte fikk tilbud om å ha en samtale rundt det som hadde skjedd, enten via telefon eller et møte på sykehuset. De etterlatte som tok imot dette tilbudet ble bedt om å evaluere det, og resultatene viste at de var takknemlige for muligheten til å få svar på uavklarte spørsmål knyttet til dødsfallet.

I 2004 gjennomførte Sykehuset i Drammen en undersøkelse av sin praksis med etterlattesamtaler (Hauge et al., 2009). Prosedyren var å ta kontakt med de etterlatte på telefon noen uker etter pasientens dødsfall og tilby en samtale for å reflektere rundt det som hadde skjedd på sykehuset.

Resultatet viste at etterlatte som hadde hatt denne type samtale opplevde tiltaket som positivt, og de fleste ga uttrykk for at de mente samtalen også kunne være til hjelp videre i sorgprosessen. Selv bare en telefonhenvendelse hvor de ble tilbudt etterlattesamtale viste seg å ha verdi fordi de etterlatte satte stor pris på omtanken dette innebar (Hauge et al., 2009).

Et fagutviklingsprosjekt utført ved fire medisinske sengeposter ved Asker og Bærum sykehus i 2009 så på hvordan pårørende blir sett, hørt og ivaretatt, og hva som skal til for et bedre samarbeid mellom helsepersonell og pårørende (Engebretsen & Olsen, 2009). Resultatet viste at samtaler og informasjon var det som pårørende ønsket mest av alt, og over 80% av de pårørende som ikke fikk tilbud om utskrivelsessamtale hadde ønsket at de fikk det. I tillegg viste studiet at de pårørende opplevde at de ansatte var under tidspress, ofte på grunn av det de tolket som stort arbeidspress hos sykepleierne. I sykepleietjenesten har pårørende og etterlatte krav om å bli møtt på en omsorgsfull og profesjonell måte fra sykepleiere. Det å bli sett, hørt og ivaretatt opplevdes som svært viktig (Engebretsen & Olsen, 2009).

Forskning viser at etterlatte som har hatt mindre enn to uker til å forberede seg på et dødsfall til noen som står dem nær, har mye større vanskeligheter med å takle og akseptere dødsfallet og savnet enn de som har hatt lenger tid til å forberede seg (Parkes & Weiss, 1983). Dette gjør at helsepersonell ved en intensivavdeling vil være i kontakt med etterlatte som står i fare for å få en tung sorgprosess med tanke på at mange av dødsfallene kommer plutselig og uforberedt. Valks et al. (2005) poengterte at det manglet forskning på evaluering av tilbud til etterlatte ved intensivavdelinger. Deres studie fra Australia viste at det var minimalt med formelle tilbud til etterlatte ved intensivavdelinger for å hjelpe dem videre med sin sorg. Over halvparten av intensivavdelinger som var inkludert indikerte at de var interessert i eller vurderte å tilby et slikt tilbud. Studien viste viktigheten av å ha forskningsbasert data som støtter opp om implementering av slike tilbud, samt hvilke typer tilbud som bør introduseres (Valks et al., 2005). McAdam og Puntillo (2018) gjennomførte en studie i USA hvor de sammenlignet en intensivavdeling som tilbudte oppfølging av etterlatte og en intensivavdeling som ikke tilbudte oppfølging. Hensikten var å utforske hvordan de etterlatte fra de to forskjellige avdelingene hadde mestret sin sorg 13 måneder etter dødsfallet. Resultatet viste at de etterlatte som ikke ble tilbudt oppfølging uttrykte en forlenget sorgprosess, mer posttraumatisk stress og høyere andel av angst og depresjon enn de etterlatte som fikk tilbud om oppfølging.

I 2015 publiserte OUS *Det gode pasientmøte* som er en handlingsplan i tidsrommet 2015-2017, og planen består av fire prioriterte satsingsområder hvor tre av disse er relatert til både pårørende og helsepersonalets rolle i forhold til pårørende. For det første er sykehuset ansvarlig for tiltak som kan fremme god og effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og pårørende. For det andre poengterer handlingsplanen at sykehuset har et ansvar for å videreutvikle ansattes kompetanse ved å legge til rette for gode læringsprosesser og kunnskapsutvikling. For det tredje er det et mål å kunne tilby et helhetlig tjenestetilbud som er koordinert, oversiktlig og forutsigbart (OUS, 2015). Dette viser at oppfølging av etterlatte er et prioritert område ved OUS.

2.3 Sykepleiernes rolle

Forskning viser at etterlattesamtaler er en type forebyggende tiltak som kan bidra til bedre mestringsevne for etterlatte som er i en sorgprosess (Kaunonen et al., 2000). Det er en stor psykisk påkjenning for pårørende å miste noen som står dem nær (Reid et al., 2011). Intensivsykepleierne vil ha en viktig rolle overfor etterlatte når deres livssituasjon er endret og kan trenge medmenneskelig og faglig støtte for å håndtere sin situasjon. Intensivsykepleiere er involvert i pleien av pasienter umiddelbart før et dødsfall, og har også ofte direkte kontakt med pårørende under og umiddelbart etter dødsfallet. Dette stiller intensivsykepleierne i en sentral rolle i forhold til å kunne bistå de etterlatte. Etterlatte kan ha behov for støtte til å mestre det de har opplevd, samtidig som de har behov for hjelp til å se verden som mer forståelig og håndterbar i lys av det som har skjedd (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). Ifølge Davidson (2009) kan intensivsykepleieren støtte etterlatte slik at de etterlatte kan oppleve mening med dødsfallet og eventuelle endrede roller i familien. Etterlattes tilbakemeldinger er også verdifull for avdelingen for å kvalitetssikre arbeidet som gjøres, og kan gi personalet mulighet for refleksjon (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

I en studie utført av Birtwistle et al. (2002) ble det påpekt at man vet lite om sykepleieres synspunkt på og rolle i prosessen med formelle oppfølgingstilbud til etterlatte. Studien kartla over 500 engelske sykepleiere og hvordan de oppfattet sin rolle og praksis. Resultatene viste at tilbud om oppfølging av etterlatte varierte sterkt og manglet ofte struktur og rasjonal. Behovet for strukturert trening av sykepleiere på dette feltet ble også poengtert. Kurian et al. (2014) utførte en studie hvor de kartla amerikanske intensivsykepleieres holdning til og utførelse av etterlatteoppfølging. Intensivsykepleiere som jobbet ved avdelinger hvor det ble gitt opplæring i etterlatteoppfølging ble sammenlignet med en kontrollgruppe som jobbet ved avdelinger hvor det ikke ble tilbudt slik

opplæring. Resultatet viste at intensivsykepleierne som hadde fått opplæring var signifikant mer enige i at intensivsykepleiere burde være involvert i å initiere og opprettholde kontakt med etterlatte og tilby oppfølging enn kontrollgruppen. Oppfølging og kunnskap gir derfor en mer positiv innstilling til en slik arbeidsoppgave.

Å ivareta etterlatte er en del av intensivsykepleierens ansvar, som blant annet at det må gis informasjon om hvilke tilbud avdelingen kan tilby (Gulbrandsen & Stubberud, 2015). Videre er det å kunne etablere tillit og åpen kommunikasjon essensielt for en vellykket samtale med etterlatte (Norås, 2010). Dette er avhengig av at sykepleieren har riktig kompetanse og føler seg trygg. De første gangene en sykepleier skal invitere til en etterlattesamtale kan sykepleieren ofte føle seg ukomfortabel med å ta kontakt fordi det kan virke intimiderende (Jensen, 2003). Dersom arbeidsgiver legger til rette for at intensivsykepleieren får utvikle relevante ferdigheter, så kan etterlattesamtaler være enklere å utføre for intensivsykepleierne (Hauge et al., 2009). For å oppnå nye definerte arbeidsmål er kompetanseutvikling nødvendig, spesielt med vekt på planlegging og gjennomføring av tiltak for å sikre den enkelte medarbeider nødvendig kunnskap (Lai, 2004). Kompetanse anses å være en av de viktigste faktorene for arbeidskvalitet, og det er derfor viktig at arbeidsgiver legger til rette for kompetanseheving når nye rutiner skal introduseres (Krøll, 2002). «Kompetansehevingen kan skje på ulike måter, som for eksempel ved kurs, e-læring, internundervisning, regelmessig veiledning eller liknende» (Helsedirektoratet, 2017d, s.2). Videre påpekes det at ledelsen bør sørge for at behovet for kompetanseheving kartlegges regelmessig: «Det bør utdannes nøkkelpersonell på det enkelte tjenestested som har dybdekunnskap om pårørendeinvolvering og som kan bidra til nødvendig kompetanseheving hos kollegaer» (Helsedirektoratet, 2017d, s.2). I Helsepersonelloven § 4 (1999) står det: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.» Desto bedre opplæring helsepersonale har fått med utføringen av etterlattesamtaler, desto bedre tilbud får de etterlatte (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Videre kan innhenting av etterlattes erfaringer og opplevelser bidra til å videreutvikle tilbudet i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017b, s.2).

2.4 Personsentrert omsorg

I følge Kitwood (1997) er personsentrert omsorg en filosofi som handler om å ta hensyn til hvordan en person opplever sin situasjon og verden rundt seg. Omsorgen skal tilrettelegges slik at personens

perspektiv på tilstanden blir ivaretatt. Måten den enkelte etterlatte opplever og takler sin situasjon etter at en nærstående person har gått bort vil være avhengig av deres personlighet, vaner og grunnleggende psykologiske behov. I følge Norsk Sykepleieforbund (2017) innebærer intensivsykepleieres helsefremmende- og forebyggende funksjon å tilrettelegge for omgivelsene og fremme følelse av velvære, håp og livsmot hos intensivpasienten og dens pårørende. Forhøyet risiko for helsesvikt skal identifiseres på et tidlig stadium, og i tillegg skal det settes inn tiltak som forebygger videre utvikling av helsesvikt og sykdom. Intensivsykepleie for etterlatte inkluderer dermed å tilrettelegge for personsentrert omsorg og begrense belastninger etterlatte vil kunne oppleve i forbindelse med intensivopphold. Pårørendes individuelle behov for omsorg i en situasjon med akutt kritisk sykdom skal anerkjennes og ivaretas (Norsk Sykepleieforbund, 2017).

Personsentrert omsorg fokuserer på å hjelpe personen til å ivareta grunnleggende psykologiske behov som trøst, identitet, tilhørighet, inklusjon og meningsfull beskjeftigelse (Kitwood, 1997). Det å miste en av sine nærmeste er en stor påkjenning, og tiden etter et dødsfall kan ofte være vanskelig. Å tilby personsentrert omsorg i form av etterlattesamtale kan derfor være til hjelp, og kan være hensiktsmessig for etterlatte i sorgprosessen. Med personsentrert tilnærming erkjenner intensivsykepleiere at alle mennesker er unike og har ulike behov som må ivaretas. I følge Helsedirektoratet (2019) skal personsentrert omsorg i praksis innebære følgende: En ledelse med kunnskap om denne type omsorg, en organisasjonsstruktur hvor dette legges til rette, et personale med nødvendig kompetanse og fortløpende fagutvikling. Verdigrunnet til OUS er basert på trygghet, respekt og kvalitet (OUS, 2012). Alle sykepleiere som blir ansatt ved OUS må gjøre seg kjent med verdigrunnet, samt de overordnede målsettingene om at pårørende skal møtes med likeverd, respekt og omsorg. Etterlattesamtaler er en del av det helhetlige tilbudet fra sykehusets side og baserer seg på personsentrert omsorg (OUS, 2012).

2.5 Implementering av nye arbeidsoppgaver

For at implementering av nye arbeidsoppgaver på en arbeidsplass skal bli vellykket kreves det blant annet at man har en felles forståelse av arbeidet, effektivt lederskap, arbeidskultur for tilrettelegging og motivering (Gesme & Wiseman, 2010). En ny oppgave må oppleves som meningsfull og gjennomførbar, samt at det er en felles forståelse for hva tiltaket skal innebære i praksis. Det er også viktig at de involverte som skal utføre arbeidet er inkludert i bestemmelsesprosessen når nye arbeidsoppgaver skal etableres (Page, 2004). Dette er viktig for å få tilhørighet, ansvarsfølelse og

ikke minst motivasjon for arbeidsoppgavene. På arbeidsplassen kan motivasjon forklares som individets grad av vilje til å utøve og opprettholde en innsats mot organisatoriske mål (Global Resource Center, 2020). I følge Yoder-Wise (2014) innebærer organisering å planlegge og tilrettelegge avgjørende faktorer for å oppnå et satt mål, og disse faktorene inkluderer kommunikasjon, rutiner, ressurser og tid. Det må på planleggingsnivå gjøres rede for at det vil bli gitt tilstrekkelig informasjon, at rutinene er klare, at det tidsmessig er mulig å initiere de nye oppgavene, samt at det må legges til rette for at det blir gitt god opplæring. Klare rutiner beskriver i detalj hvordan en arbeidsoppgave skal gjennomføres steg for steg (Greenhalgh, 2008). Rutinene skal være en veileder i hvordan man utfører oppgaven, samt minimere uklarheter som måtte oppstå underveis.

Implementering av vesentlige endringer i arbeidsoppgaver må være godt organisert på ledelsesnivå for at det skal fungere optimalt, samt at oppgavene må gi mening for de som faktisk skal utføre dem (Kodama & Fukahori, 2017). I følge Yoder-Wise (2014) tar endringsledelse utgangspunkt i fem funksjoner som er viktige for å assistere en vellykket forandring i en arbeidssituasjon: planlegging, organisering, implementering, evaluering og feedback. Dersom en forandring skal bli effektiv etter at implementeringen er gjennomført, så må de ansvarlige for igangsettingen av forandringen kontinuerlig følge opp og evaluere prosessen. Det bør aktivt innhentes feedback og evalueringer fra de som faktisk skal utføre oppgavene. Dette bør gjøres fra første stund for tidlig å kunne fange opp og korrigere eventuelle utilstrekkeligheter og hindringer som måtte oppstå, samt som motivator for de som skal utføre oppgavene. Disse faktorene er avgjørende for å oppnå ønskelige resultat, og klare retningslinjer er en viktig del av dette. I tillegg er opplæring og oppfølging essensielt for at dette skal bli en rutinert del av en forventet arbeidsoppgave (Yoder-Wise, 2014).

I 2007 publiserte National Health Service med hjelp av National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) i Storbritannia *How to change practice*, som er en guide til hvordan man forstår, identifiserer og overkommer barrierer ved innføring av forandring i helsesystemet. Denne guiden tar sikte på å forbedre pasientbehandlingen ved å gi praktiske råd om hvordan man kan oppmuntre helsepersonell og ledere til å endre praksis. For å utvikle en vellykket strategi for endring i helsevesenet må man forstå hvilke barrierer man kan møte på. Fem barrierer ble identifisert: Bevissthet og kunnskap om hva det er behov for å forandre og hvorfor, motivasjon til å drive frem forandringen, tro på og aksept for at forandringen kan gjennomføres, hvilke ferdigheter finnes og hvilke ferdigheter behøves for å kunne gjennomføre forandringen og til slutt praktiske barrierer som tilstrekkelige ressurser og personell (NICE, 2007). Ved å være oppmerksom og forberedt på at disse

barrierene kan oppstå ved endring av praksis i helsesystemet, så vil det være lettere å unngå eller overkomme disse eventuelle hindrene (NICE, 2007).

Mitchell (2013) påpeker at ulike krefter og utfordringer fremdriver forandring i helsesystemet, som for eksempel stigende kostnader, underbemanning, ny forskning og stadige forbedringspotensial. Forandring er viktig for fremskritt, men det må tas hensyn til kompleksiteten ved forandringsstrategier og hva som kan hindre dem i å bli vellykkede. Dersom man har utviklede handlingsplaner, umotivert personell, dårlig kommunikasjon og/eller ustrukturert lederskap vil dette resultere i en ineffektiv forandringsprosess (Mitchell, 2013). Effektivt lederskap er essensielt når en implementering skal finne sted, og en vellykket strategi er avhengig av god planlegging, organisering og delegering av ansvar (Williamson, 2018). Målene som settes på overordnet nivå må være realistiske og mulige å oppnå i praksis. Mulige problem og hindringer må identifiseres, og rutiner og ressurser må være avklart og tilrettelagt før implementeringen finner sted. God organisering er essensielt for at ønskede mål skal kunne oppnås (Mitchell, 2013).

3 Metode

3.1 Design

Ved kvalitativ metode blir meningsinnholdet i kulturelle og sosiale fenomen presentert slik det oppleves for den personen som er målet for forskningen (Malterud, 2017). Det innebærer en systematisk innhenting av data som kan samles inn ved hjelp av ulike strategier som observasjon, intervju og skriftlig materiale. Formålet er å beskrive fenomen i tekstform for å gi dybdekunnskap om fenomenet gjennom nærvær til informantene (Christoffersen, Johannesen, Tufte & Utne, 2015). Hensikten er ikke å generalisere, til forskjell fra kvantitativ metode som fokuserer på statistikk og generaliseringer (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2016). Den kvalitative tilnærmingen fokuserer på teorier om menneskelig erfaring (Malterud, 2017), og kan blant annet brukes til å gi kunnskap om aspekter ved organisering, ledelse, endringsprosesser og kvalitetsforbedring innen helsetjenesten (Frich, 2007). I følge Kvale og Brinkmann (2017) blir kvalitative intervju mer og mer anvendt i samfunnsvitenskapene som selvstendig forskningsmetode. Denne studien hadde som mål å undersøke erfaringer og opplevelser blant en valgt gruppe, og benyttet derfor kvalitativ metode hvor data ble innhentet med dybdeintervju. Dybdeintervju, som er forankret i fenomenologisk perspektiv, fokuserer på å forstå deltakernes opplevelser refleksjoner rundt et fenomen. Kvale og Brinkmann (2017, s. 75) beskriver fenomenologi som «vektlegging av bevissthet og livsverden, åpenhet overfor intervjupersonenes opplevelser, stor vekt på presise beskrivelser og forsøk på å sette forhåndskunnskap i parentes».

3.2 Utvalg

Tre grunnleggende prinsipper ved utvelgelse av informanter til kvalitativt forskningsarbeid er utvalgsstørrelse, utvalgsstrategi og rekruttering (Johannesen et al., 2016). I forhold til utvalgsstørrelse skal utvalget være stort nok til å belyse problemstillingen, men man når et metningspunkt hvor det antas at flere intervjuer ikke vil gi ny kunnskap om fenomenet (Johannesen et al., 2016). I vanlige intervjuundersøkelser er det anbefalt 15 +/- 10 intervjuobjekt alt etter størrelse på prosjektet og hvilket fenomen som skal undersøkes, men det er viktigere å skaffe et relevant utvalg enn å skaffe mange (Kvale & Brinkmann, 2017). Utvalgsstørrelsen i denne studien var åtte informanter for å være sikker på å få med tilstrekkelig variasjon i erfaringer og opplevelser. Etter at de åtte intervjuene var gjennomført ble det vurdert at metningspunktet var nådd for denne

masterstudien, fordi flere deltakere enn åtte ville trolig ikke gitt noe ytterligere kunnskap om fenomenet.

Strategisk utvalgsstrategi ble benyttet. Denne strategien brukes når forskeren har en klar oppfatning om hvem det er mest hensiktsmessig å inkludere for å kunne besvare målet med studien (Johannesen et al., 2016). Inklusjonskriterier for deltagere var intensivsykepleiere ved MIA som har vært fast ansatt ved avdelingen i fulltid siden ordningen med etterlattesamtaler ble innført i 2016. Eksklusjonskriterier var vikarer, ekstravakter, deltidsansatte og ansatte som kun jobber nattevakter fordi disse i liten grad har mulighet til å følge opp etterlattesamtaler. Det strategiske utvalget av informanter besto av intensivsykepleiere som har vært del av ressursgruppen for etterlatte av donorpasienter, intensivsykepleiere som har vært del av ressursgruppen for etterlatte av pasienter som ikke var donorer, samt intensivsykepleiere som ikke har vært del av disse ressursgruppene. På denne måten ville jeg tilstrebe å få god variasjon av informantenes erfaringer og opplevelser på området jeg ville forske på. Med hensyn til variasjon ble det også valgt informanter der begge kjønn, ulike aldersgrupper og ulik ansiennitet var representert. Utvalget besto av tre menn og fem kvinner. Spennet i alder på informantene var 28 år, og spennet på ansienniteten ved MIA var 13 år. Ved å tilstrebe et forholdsvis heterogent utvalg ville det være mulig å favne ulike erfaringer, meninger og vurderinger for å belyse problemstillingen. Et helt tilfeldig utvalg i en kvalitativ studie kan true kunnskapens gyldighet fordi man kan stå i fare for å få en begrenset tilgang til det spesifikke feltet man vil forske på (Malterud, 2017). Rekrutteringen skjedde ved at åtte ansatte ved MIA som oppfylte utvalgskriteriene ble spurt om de var interessert i å motta en e-post angående informasjon om et individuelt dybdeintervju til en masteroppgave der temaet er etterlattesamtaler. Etter at e-post med informasjonen var sendt ut, så responderte alle åtte at de var villige til å delta.

3.3 Datainnsamling

Det kvalitative forskningsintervjuet har til hensikt å forstå verden fra intervjuobjektens ståsted (Kvale & Brinkmann, 2017). Denne datainnsamlingsmetoden egner seg særlig godt når man ønsker å forske på erfaringer og opplevelser, og hvor hensikten er å forstå og beskrive et fenomen (Christoffersen et al., 2015). Målet med dybdeintervjuene i denne studien var å undersøke intensivsykepleiernes erfaringer og opplevelser knyttet til nødvendighet, organisering og gjennomføring av etterlattesamtaler. Ved å bruke intervjuguide forsikret forskeren seg om at intervjuet med informantene fokuserte på studiens mål, samt å innhente erfaringer og opplevelser som er relevante for temaet. Valget og struktureringen av spørsmålene til intervjuguiden tok

utgangspunkt i Normalization Process Theory (NPT). Denne tilnærmingen fokuserer på innføring av nye rutiner og de involvertes møte med og bidrag til å operasjonalisere nye måter å jobbe på, spesifikt med hensyn til helsesystemet (May et al., 2015). Tilnærmingen med NPT er en fleksibel og dynamisk teori som gir en konseptuell ramme rundt det å forstå og evaluere implementering av nye oppgaver i arbeidslivet, og kan blant annet brukes til å strukturere spørsmålsguider i forskning (May et al., 2015). NPT presiserer fire dimensjoner som representerer ulike aspekter rundt det å oppleve implementering av ny praksis: koherens (det at implementeringen gir mening for den involverte), kognitiv deltagelse (det relasjonelle og samforståelsen blant de involverte), kollektiv handling (det operasjonelle arbeidet som blir utført) og reflektiv overvåking (vurderingen de involverte gjør av det som har blitt innført) (May et al., 2015). Spørsmålene tok dermed utgangspunkt i følgende fire dimensjoner: Den individuelle forståelsen av etterlattesamtaler og hvorfor arbeidsoppgaven skulle innføres, opplevelsen av den kollektive forståelsen av etterlattesamtaler ved avdelingen, erfaringene rundt det faktiske arbeidet som ble gjort og til slutt vurderinger av hvordan innføringen av etterlattesamtaler har fungert (se vedlegg 2 – Intervjuguide). I intervjuguiden ble det tatt utgangspunkt i et hovedspørsmål fra hver dimensjon, og hvert hovedspørsmål hadde flere utdypende oppfølgingsspørsmål. Ved å belyse erfaringer ut fra NPTs fire dimensjoner kan man få en god forståelse av konteksten og praksisen rundt implementering av en ny arbeidsoppgave (May et al., 2015).

Polit og Beck (2011) anbefaler forskeren å oppmuntre informanter til å snakke fritt innenfor emner som er utarbeidet i en intervjuguide for å få frem deres erfaringer så nøyaktig som mulig. Alle informantene i denne studien ble oppfordret til å snakke så åpent og ærlig som mulig for å innhente deres erfaringer og opplevelser rundt etterlattesamtaler ved MIA. Intervjuene var individuelle og hadde åpne spørsmål. De ble utført på et egnet sted uten avbrytelse. Intervjuenes varighet varierte i tid i forhold til hvor mye hver deltaker hadde å meddele, alt fra 30-70 minutter. Intervjuene ble tatt opp på digital lydopptaker. Lydfilene ble overført til passordbeskyttet konto på PC, samt lagret på kryptert minnepenn. Lydfilene ble deretter slettet fra den digitale lydopptakeren. Intervjuene ble transkribert og anonymisert.

3.4 Dataanalyse

Analyse av intervjuene tok utgangspunkt i Systematisk tekstkondensering (STC), som er en metode for tematisk tverrgående analyse i form av likhetstrekk, variasjoner og forskjeller med erfaringer, holdninger og følelser (Malterud, 2017). STC består av fire trinn. Første trinn er å få et

helhetsinntrykk, vurdere temaer og dele dem i grupper. I denne studien ble det identifisert foreløpige hovedtemaer fra hvert av de transkriberte intervjuene, og disse ble samlet sammen til foreløpige utgangspunkt for hovedtemaer. Andre trinn er dekontekstualisering av materialet, identifisering og koding av de meningsbærende enhetene. Koding er en systematisk gjennomgang av tekstmateriale for å identifisere gjennomgående temaer, og er et verktøy for å organisere dataen som har blitt samlet inn (Johannessen et al., 2016). Dette er en metode som brukes for å ordne informasjon slik at den i ettertid blir enklere å analysere. I denne studien ble de transkriberte intervjuene printet ut og nøkkelord ble fremhevet. Setninger og avsnitt som inneholdt fremhevede nøkkelord ble deretter klippet ut og markert med intervjunummer og sidetall fra hver intervjutranskripsjon. På denne måten var det enklere å finne tilbake til hvilket intervju (og sidetall i intervjutranskripsjonen) utklippet var hentet fra. Til slutt ble utklippene sortert i bunker i forhold til overordnede hovedtemaer. Relevant tekst ble også spesielt markert med tanke på hva som kunne brukes til eventuelle sitat. Tredje trinn er å finne meningsinnhold i de ulike kodegruppene og dele dem opp i nyanserte undergrupper (Malterud, 2017). Nøkkelordene som var samlet i hver sin tematiske bunke ble igjen systematisert i undergrupper. Disse underordnede temaene ble kompilert på hver sin plakat for å gjøre det så oversiktlig som mulig. Fjerde trinn er å sammenfatte innholdet til en analytisk tekst basert på de meningsbærende enhetene (Malterud, 2017). Temaene som ble identifisert i intervjuene i denne studien ble sammenfattet og strukturert i hoved- og undertema. Sitat ble brukt for å understreke viktige poeng, og for å gi ekstra nærhet til tekstmaterialet. Det ble også foretatt en helhetlig analyse der sammenhengen mellom temaene ble fremhevet og fortolket.

3.5 Etikk

Det er ulike forskningsetiske overveielser man må ta hensyn til i et forskningsprosjekt, som blant annet informert samtykke og konfidensialitet (Kvale & Brinkmann, 2017). I følge Lov om medisinsk og helsefaglig forskning § 13 må informantene ha gitt skriftlig samtykke om å delta i et forskningsprosjekt (Helseforskningsloven, 2008). Alle informanter i denne studien fikk muntlig og skriftlig informasjon om studiens hensikt i forkant. I den skriftlige informasjonen ble det informert om formål med studien, fremgangsmåte og at all innsamlet informasjon ville bli anonymisert. Informantens autonomiprinsipp ble også ivaretatt (se vedlegg 3: Informasjonsskriv til deltakere). Informantene ble informert om at deltakere av studien ikke skulle utsettes for noen risiko i form av unødvendige påkjenninger, og at det på hvilket som helst tidspunkt ville være mulig å trekke seg. Det ble innhentet skriftlig samtykke for at innholdet i intervjuene kunne brukes i studien.

Å forske på egen arbeidsplass innebærer nærhet til informantene og kulturen ved avdelingen. Det kan være etiske utfordringer på grunn av kjennskap til informantene og forutinntatthet til hvor «skoen trykker» (Folkehøgskoleforbundet, 2018). I denne sammenheng var det derfor viktig for forskeren å være nøytral, samt kun innhente data som ville være relevant for forskningsmålet. Taushetsplikten ble eksplisitt formidlet til informantene ved innhenting av samtykke. Det kan oppleves som vanskelig for informantene å takke nei til å delta i studiet på grunn av kollegial relasjon (Norsk Senter for Forskningsdata, 2018). Av den grunn ble informantene gjort ekstra oppmerksomme på frivilligheten til å delta.

Krav om full konfidensialitet og beskyttelse av private data er viktig for å skjerme informanten fra å bli identifisert (Johannessen et al., 2016). Alder, kjønn og yrkeserfaring ble innhentet i forkant av intervjuet. Ved transkribering av intervjuene ble dialekt fjernet. Det fremkommer ikke noe informasjon i oppgaven som vil avsløre identiteten til informantene, og på denne måten opprettholdes anonymiteten til informantene. Personopplysninger lagret på lydfiler regnes som sensitive og mulig identifiserbare siden de inneholder opplysninger om deltakeren (Johannessen et al., 2016), og alle opptak som ikke var lagret i passordbeskyttet konto på PC og kryptert minnepinne ble derfor slettet etter transkribering.

Det ble innhentet godkjenning for studien av seksjonsleder ved MIA (vedlegg 4). Studien ble også meldt inn og godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (vedlegg 5).

4 Resultater

Resultatene viste at seks av åtte informanter har utført en eller flere etterlattesamtaler ved MIA, enten med etterlatte av pasienter som ble donor eller etterlatte av pasienter som ikke ble donor. To av åtte informanter hadde ikke utført etterlattesamtaler. Analysen avdekket to hovedtemaer: Bevissthet om nødvendigheten av etterlattesamtaler, samt organisering og gjennomføring av etterlattesamtaler. Første hovedtema omhandlet kunnskap og insitament rundt etterlattesamtaler før implementering, mens andre hovedtema omhandlet erfaring og evaluering av organiseringen og gjennomføringen av etterlattesamtaler i tiden etter implementeringen. Under hvert hovedtema fremkom det undertemaer (se tabell 1).

Tabell 1. Oversikt over hovedtemaer og undertemaer som fremkom i analysen.

Hovedtema	Bevissthet om nødvendigheten av etterlattesamtaler
Undertema	Intensivsykepleieres rolle og ansvar knyttet til etterlattesamtaler
Undertema	Motivasjon til å gjennomføre etterlattesamtaler
Hovedtema	Organisering og gjennomføring av etterlattesamtaler
Undertema	Implementering av prosedyrer og rutiner knyttet til etterlattesamtaler
Undertema	Behov for opplæring og oppfølging knyttet til etterlattesamtaler
Undertema	Evaluering av kapasitet og praksis knyttet til etterlattesamtaler

4.1 Bevissthet om nødvendigheten av etterlattesamtaler

Første hovedtema omhandlet bevissthet om nødvendigheten av å innføre etterlattesamtaler ved MIA. Dette inkluderte forståelsen av hva etterlattesamtaler innbefatter og viktigheten av å kunne tilby dette, samt innstillingen deltakerne hadde for å tilby etterlattesamtaler som en del av sine arbeidsoppgaver. To underliggende tema fremkom: Intensivsykepleieres rolle og ansvar knyttet til etterlattesamtaler og motivasjon til å gjennomføre etterlattesamtale som del av deres arbeidsoppgaver.

4.1.1 Intensivsykepleieres rolle og ansvar knyttet til etterlattesamtaler

Informanter uttalte at ivaretagelse av etterlatte har vært et gjennomgående tema på forskjellige seminarer hvor ansatte ved MIA har deltatt. I tillegg har det vært et aktuelt tema på den årlige etterutdanningsuken for intensivsykepleiere, samt på internasjonale intensivkongresser hvor også mange ansatte ved MIA har deltatt. Oppfølging av etterlatte opplevdes som et kunnskapsfelt det har vært mye fokus på i intensivsykepleien, og at nødvendigheten av oppfølging er et velkjent tema.

Som en informant poengterte:

Vi har vært med på mange kongresser hvor man snakker om viktigheten av etterlattearbeid for å forhindre at pårørende blir syk i etterkant, og at de får hjelp med det de strever med og at de selv ikke blir pasienter senere.

Informantene poengterte at ivaretagelse og oppfølging av etterlatte er en del av ansvarsområdet til intensivsykepleiere, og at intensivsykepleierrollen innebærer å være til stede for etterlatte både under sykehusoppholdet og i etterkant av pasientens dødsfall. Det er viktig at intensivsykepleieren viser omsorg og forståelse for situasjonen de etterlatte befinner seg i, og oppfølging er derfor en del av en intensivsykepleiernes funksjon og ansvar. En av informantene uttrykte seg slik:

Det er en del av vår jobb som intensivsykepleiere å kunne ta seg av pårørende i etterkant. Pårørende, hvis man leser i arbeidsinstruks og hvilke krav man har til pasientbehandling, er en del av pasientbehandlingen. Det står i loven at de skal ha oppfølging.

En informant uttrykte seg slik:

Man kan definere det som en plikt i og med at det er innfelt i yrket vårt og utførelsen av yrket vårt, som så mye annet. Men, ikke plikt i negativ forstand. Dette er noe du gjør fordi det er en del av jobben din.

Informantene oppfattet etterlattesamtaler som en naturlig del av ansvarsområdet til intensivsykepleiere. Denne type oppfølging opplevdes som et omsorgstilbud som bør gis til etterlatte. En av informantene sa følgende:

Jeg synes det var unaturlig da jeg begynte på MIA å ikke skulle se de etterlatte igjen, at vi ikke skulle ha kontakt med dem, å ikke høre hvordan det gikk med dem og lure på om de hadde noen spørsmål. Jeg synes etterlattesamtaler er en naturlig del av arbeidsoppgavene.

En annen informant uttalte: «Det er en naturlig del av jobben [...] Det innebærer å ivareta de som ble kastet ut i sorg eller sjokk, selv om de ikke er på avdelingen lenger.»

Det å innføre etterlattesamtaler ble av informantene ansett som en meningsfull del av intensivsykepleierens ansvarsområde, og som en mulighet til å gi en mer profesjonell og helhetlig ivaretagelse av de etterlatte. Et slikt tilbud ble også oppfattet som en bevisstgjøring av ansvarsområdet til intensivsykepleierne. Informantene poengterte at hensikten med etterlattesamtaler er at det kan hjelpe etterlatte med å mestre sorgen på en bedre måte. Det å miste noen man står nær er en traumatisk opplevelse, og tiden etter kan være smertefull. Det kan bygge seg opp mange spørsmål man gjerne vil ha svar på etter et dødsfall, og det å kunne komme tilbake til avdelingen kan være en del av håndteringen av sorgen. En informant forklarte det slik:

Jeg tenker at ideen med å ha etterlattesamtaler er at etterlatte kan komme tilbake til avdelingen igjen. Kanskje de har hatt inntrykk, kanskje det er noe de opplevde eller oppfattet, at de kan komme tilbake for å gå gjennom det en gang til. Kanskje de kan få en avslutning på det med sykehuset på en bedre måte [...] De etterlatte kan komme tilbake og prate om hvordan de har hatt det og hvordan de opplevde oppholdet.

Det ble uttalt av informantene at et opphold ved en intensivavdeling kan være spesielt traumatisk for pårørende. For det første er det er mange inntrykk å fordøye, men for det andre har pasienten blitt akutt kritisk syk og kan brått dø. Dette gjør at de pårørende ved en intensivavdeling spesielt kan bli utsatt for ekstra psykisk påkjenning, noe som gjør oppfølging nødvendig. Som en informant uttrykte:

Det er viktig å ivareta de som bare blir kastet inn den døra som pårørende. Dette er snakk om mulig dødsfall, så pasientene kan bli revet ut av armene til de pårørende fordi det er en akutt medisinsk intensivavdeling. Det er ikke et hospits eller en planlagt enhet. Det er dramatisk å komme inn. Det har oppstått en alvorlig tilstand i forbindelse med for eksempel infeksjoner, sepsis, hjertestans eller suicidalitet. Det er kjempetraumatisk for de som blir sittende igjen som etterlatte. Derfor er det viktig å ivareta dem og vise at vi har sett dem også mens vi har prøvd å redde livet til den de er glad i.

Informantene uttrykte en klar bevissthet rundt nødvendigheten med etterlattesamtaler i lys av hvordan et slikt tilbud kan være til nytte for etterlatte i bearbeidelsen av sorg. I tillegg poengterte informantene at etterlattesamtaler også kan være til nytte for intensivsykepleierne. Ikke bare kan en slik samtale være med på å gi en avslutning på det som skjedde for de etterlatte, men det kan i tillegg gi en avslutning for intensivsykepleieren som var involvert. Intensivsykepleieren med hovedansvaret for pasienten har mye kontakt med de pårørende under oppholdet, og det bygges dermed opp en viss relasjon. En informant uttrykte:

Etterlattesamtaler kan være nyttig både for den pårørende, men også for den ansatte som stod i det og skulle være den profesjonelle parten, og kanskje samtidig følte på sorgen og på det som var vanskelig i dødsfallet. Det er alltid tungt med dødsfall [...] Etterlattesamtale er en fin måte å avrunde sorgprosessen på.

En annen informant forklarte etterlattesamtaler som en måte å oppsummere hva som skjedde ved et dødsfall. Sykehusoppholdet kan ha variert i tid, men uansett har intensivsykepleieren blitt kjent med de etterlatte og etablert en form for relasjon og felleskap seg imellom. Videre forklarte informanten at man står i lag i et tungt intensivforløp, og ved et dødsfall vil relasjonen plutselig bli kuttet.

Dersom de etterlatte kommer tilbake for en etterlattesamtale kan det bidra til en avslutning for begge parter. Informanten sa: «Det er en veldig krevende samtale å være i, men det er også en slags avslutning for oss intensivsykepleiere i forhold til de etterlatte.» En annen informant ordla seg slik:

Det har vært pårørende jeg har fått en relasjon til. Vi har stått i et forløp sammen som har vært både tungt og vanskelig. Jeg tror hovedfordelen med etterlattesamtaler ligger i å ivareta de pårørende etter et intensivavdelingsopphold. Men, jeg tror det kan være bra for sykepleieren å møte de pårørende igjen og få en avslutning for ens egen del også. Så det er to sider av etterlattesamtaler, og begge er positive.

Informantene opplevde at etterlattesamtaler var en måte for intensivsykepleierne å få tilbakemeldinger på jobben de utfører. Det ble uttrykt at denne type feedback kan være til hjelp for kompetanseheving og selvutvikling, samt gi en ekstra følelse av mening med jobben man gjør. En informant uttalte:

Når jeg har gjennomført etterlattesamtaler så setter etterlatte veldig pris på tiltaket. Jeg ser også på det som læring for oss, fordi da kan vi få tilbakemeldinger dersom det er ting vi kunne ha gjort annerledes.

En annen uttrykte:

For vår del, så syns jeg vi kan dra mye lærdom ut av etterlattesamtaler i forhold til hva de pårørende opplevde som positivt og negativt. Læringsmessig for sykepleiere ved avdelingen synes jeg det er veldig spennende. Etterlattesamtaler er en kanal der de kan gi feedback på det de opplever.

4.1.2 Motivasjon til å gjennomføre etterlattesamtaler

Informantene uttalte at de var positive til at etterlattesamtaler skulle bli innført ved MIA med tanke på nødvendigheten av tilbudet. Dette gjaldt både hvordan hver informant uttrykte sin egen individuelle innstilling, men også hvordan de opplevde at innstillingen generelt var ved avdelingen. En informant sa: «Jeg synes det var en fin ting at ledelsen endelig tok tak i det og prøvde å innføre etterlattesamtaler for ikke-donorere [...] Jeg var veldig for at dette skulle tilbys [...] Det er stort behov for det.» En annen uttrykte det slik: «Jeg var veldig positiv til at vi skulle se på det å kunne bidra med noe utover bare det vi gjorde der og da for pasienten [...] Jeg tror ikke at noen IKKE så verdien i etterlattesamtaler.» Informantene uttalte at de var motivert til å få etterlattesamtaler som en del av sine arbeidsoppgaver. En informant poengterte:

Jeg var veldig positivt innstilt fordi mange av de pårørende har ekstremt posttraumatisk stress [...] Vi kan gjøre det til en mindre traumatisk tid for dem. Vi vet at det er masse de lur på i etterkant. Det kan være enkle ting vi kan komme inn og hjelpe med, om ikke annet så bare for å få en god samtale. Jeg var veldig for etterlattesamtaler. Det var jeg veldig innstilt på [...] Jeg opplevde at alle ved avdelingen i utgangspunktet virket positive til etterlattesamtaler og at stemningen var bra.

Informantene erfarte at de ansatte ved avdelingen generelt virket positivt innstilt til innføringen av etterlattesamtaler, og at det ikke var noen uvilje mot dette. Tvert imot, så virket personale ved avdelingen motivert til å kunne tilby denne type oppfølging. Motivasjonen gikk på at etterlattesamtaler er meningsfylt arbeid og et nødvendig tilbud for de etterlatte og personale. Som en informant uttalte:

Det er ikke omdømme man er så opptatt av, men at man faktisk leverer en god vare, at man hele tiden har et bra tilbud. Jeg tror det går på at man faktisk bryr seg om hva man har som et tilbud til de etterlatte.

Informanter som hadde erfaring med etterlattesamtaler fra donorgruppen var også motivert på bakgrunn av deres opplevelser derifra, og en uttrykte seg slik: «De etterlatte bekreftet at dette har vært de jævligste dager i deres liv, men at det også var noen av de beste. Det er helt utrolig når noen sier det.» En annen informant uttrykte: «De gangene jeg har gjennomført etterlattesamtaler, så ser jeg et veldig klart behov for dette hos de etterlatte.»

Selv om resultatene i studien viste at de fleste informantene var positivt innstilt til verdien av etterlattesamtaler, så var det noen som i tillegg uttrykte at de erfarte en viss skepsis til å få dette som en ekstra arbeidsoppgave. Dette gikk hovedsakelig på uvissheten rundt hvordan det skulle

organiseres, og om etterlattesamtaler ville bli godt nok tilrettelagt i arbeidshverdagen. En informant uttrykte:

Jeg synes stemningen var bra, men igjen så vet jeg at mange var litt utrygge på innføringen. Det er en tøff ting å skulle innkalle noen som har mistet sine nærmeste [...] Det er ikke lett å skulle ta den telefonen og ha den samtalen.

En annen informant uttalte:

Jeg personlig synes etterlattesamtaler er bra, men jeg synes dette ble enda en ting vi måtte gjøre, og jeg synes kanskje at vi har mer enn nok arbeidsoppgaver fra før. Det er fint og flott, men er det satt av tid til det? Går det ut over noe annet? Altså hvordan vil det fungere i praksis?

4.2 Organisering og gjennomføring av etterlattesamtaler

Det andre hovedtema omhandlet organiseringen og gjennomføringen av etterlattesamtaler ved MIA, og fokuserte på selve prosedyrene og utføringen av den nye arbeidsoppgaven. Tre underliggende tema fremkom: Implementering av prosedyrer og rutiner, behov for opplæring og oppfølging og til slutt evaluering av kapasitet og praksis knyttet til etterlattesamtaler.

4.2.1 Implementering av prosedyrer og rutiner knyttet til etterlattesamtaler

Informantene erfarte at det ikke ble gitt tilstrekkelig med informasjon ved innføringen av etterlattesamtaler. Det ble ikke formidlet godt nok hvordan ordningen skulle organiseres, og at implementeringen tredde i kraft uten noe særlig fokus på det. Som en informant uttrykte:

Jeg kan ikke huske at jeg fikk så mye informasjon om det, føler jeg personlig. Det var bare sånn at nå skal vi begynne med det, men du fikk ikke noe mer informasjon om hva det innebar eller hvordan vi kunne gjøre det.

En annen informant beskrev det slik:

Jeg fikk ikke med meg at vi plutselig skulle begynne med etterlattesamtaler. Nei, jeg har ikke fått med meg hverken informasjon eller at det har vært noe planlegging rundt det fra ledelsens side [...] Jeg fikk ikke helt med meg at det var en ny arbeidsoppgave [...] Jeg kan ikke huske det var noe som ble pratet særlig om fra ledelsen.

Noen av informantene poengterte også at det ikke ble informert godt nok i felles arenaer hvor det kunne vært naturlig å gjøre dette, som for eksempel fagdager, fredagsinfo og seminar. En uttrykte følgende:

For meg så forsvant det nok i veldig mye annen info som kom samtidig. Jeg vet ikke om det var oppe på noen fagdag. Jeg kan ikke huske at jeg har vært på noen fagdag hvor noen har sagt: Ok, nå skal vi gjøre det, her skal vi skrive, du må huske å skrive i den permen.

Ledelsen har nok fortalt at vi har begynt med etterlattesamtaler, men jeg føler kanskje det har glippet litt i informasjonen om hvem som skal gjøre hva og når skal det gjøres.

Mange informanter følte at mangel på informasjon medførte at tilbudet ikke ble prioritert. En sa det slik: «Jeg synes hele veien at det har vært veldig diffust og individbasert om og hvordan etterlattesamtaler har blitt gjennomført, kanskje spesielt OM de har blitt gjennomført.»

Informasjonsmangelen førte til at det ble utydelig rolleavklaring og ansvarsfordeling. Som en informant ordla det: «Jeg visste ikke helt om det var jeg eller andre som hadde ansvaret [...] Og så har det gått i glemmeboka.» Mangelfull informasjon forårsaket at etterlattesamtaler mistet fokus og ble nedprioritert.

Informantene gav uttrykk for at prosedyrene med hvordan etterlattesamtaler skulle organiseres og settes i verk ikke var klare og gode nok. Rutinebeskrivelsene opplevdes som utydelige, og det manglet eksplisitte retningslinjer. Informantene uttalte at det var usikkerhet og forvirring rundt hvordan hele prosessen med registrering og utføring skulle være, steg for steg. Det erfartes at det ikke var tydelig nok hvilke skjemaer som skulle brukes, når de skulle brukes, eller hvor de eventuelle skjemaer befant seg i prosessen. Det var heller ikke klart nok hvordan man skulle følge opp etter registrerte skjemaer. En informant poengterte:

Jeg synes ikke etterlattesamtaler fungerte spesielt bra. Det manglet struktur og rammer på det. Det manglet et system som gjorde at man fanget opp og faktisk husket å ringe og organisere det. Det ble veldig tilfeldig alt sammen.

En informant uttalte:

Ved MIA er det mange som dør. Hvis vi skal klare å få gjennomført samtalene med de pårørende så må det organiseres på en helt annet måte. Kanskje man kan se til det som gjøres i donorgruppen? Det er jo i en liten skala, i og med at det bare er fem til syv donorer i året, men man kan se hvordan det har blitt gjort der og at det fungerer veldig bra [...] Det er veldig tett oppfølging fra ressurspersonene i donorgruppa for å få gjennomført dette.

Praksisen med registrering av potensielle etterlattesamtaler opplevdes av informantene som individbasert og tilfeldig, og til tider forvirrende. Implementeringen ble av mange informanter nevnt som lite gjennomtenkt. En informant uttrykte:

Hva inneholder etterlattesamtaler, hva gjør vi, hva sier vi? Hvordan skal vi forberede oss, hvor mye skal vi lese i journalen på forhånd? Hvem kan gi meg tilgang til de journalene, kan jeg gi meg selv tilgang, eller skal noen andre gi meg tilgang? Jeg tenker det er mye å hente logistikkmessig rundt dette.

En annen poengterte:

Jeg tror det var veldig forvirrende det skjemaet som skulle fylles ut. Noen opplevde at skjemaet skulle fylles ut til alle pasienter som ble innlagt. Det var ikke det som var tanken. Man skulle bare fylle ut skjemaet når man hadde tilbudt noen en etterlattesamtale. Her tror jeg det var veldig mye forvirring [...] Vi visste ikke hva vi skulle gjøre med det skjemaet.

Informantene uttalte at det burde være en overordnet ansvarlig når en ny rutine eller arbeidsoppgave blir innført, og at rutinen bør kvalitetssikres før den settes ut i praksis. Noen av informantene nevnte at ledelsen har ansvar for å kvalitetssikre implementeringen av nye arbeidsoppgaver, fordi disse kan gå på bekostning av de allerede fastsatte arbeidsoppgavene. Innføring av en ny arbeidsoppgave som er mentalt og ressursmessig komplisert bør være gjennomtenkt og nøye vurdert rutinemessig før den fastsettes. Informanter uttrykte at det er en ting er å ha et ønsket initiativ, men det er en annen ting å faktisk realisere det.

Uklare rutiner resulterte i ustrukturerte rammer, noe som igjen resulterte i at utførelsen av etterlattesamtaler falt mellom sprekkene. Rutinene ble vanskelige å fange opp og derfor lett å unngå. Informanter poengterte at dersom en rutine ikke blir en tydelig implementert del av praksisen, så vil den potensielt raskt havne på sidelinjen. Som uttrykt av en informant:

Vi klarte ikke å fange det opp. Det glapp jo hele tiden, meg selv inkludert. Jeg glemte det og prioriterte det ikke, man blir fokusert på det man gjør der og da. Det som skjedde for fire uker siden blir litt glemt.

En annen informant uttalte følgende:

Kanskje man tenker at de etterlatte ikke har vært på avdelingen lenge nok, eller de var skikkelig vanskelige, eller et eller annet som gjør at du bare overså det. Jeg tror fordi etterlattesamtaler ikke ble helt spikret, så opplevdes det ikke som noe du måtte gjøre [...] Etterlattesamtaler var noe som skulle implementeres, men som ikke ble gjort skikkelig, og da glapp det hele tiden.

4.2.2 Behov for opplæring og oppfølging knyttet til etterlattesamtaler

Informantene gav uttrykk for at det ikke ble gitt tilstrekkelig opplæring før etterlattesamtaler ble innført, noe som informantene opplevde det var behov for. Noen påpekte at ingen opplæring ble gitt i det hele tatt. Dette medførte at mange følte seg usikre på hvordan arbeidsoppgaven skulle gjennomføres. En informant påpekte:

Jeg har fortsatt ikke fått noe opplæring på utførelsen av etterlattesamtaler. Hvis jeg hadde fått opplæring i hva man kan ta opp, hva er aktuelt, hvordan man skal gjøre det, hvordan legger man det frem, så hadde det sikkert vært bedre for meg. Da hadde jeg vært bedre rustet [...] Jeg synes det blir vanskelig fordi jeg føler at jeg ikke har den kunnskapen, eller kunnskaper nok, til å gjennomføre etterlattesamtaler.

Andre uttrykte at de selv måtte lete frem informasjon om hvordan etterlattesamtaler skulle utføres fordi det ikke hadde blitt gitt noen spesifikk opplæring i utførelsen av denne arbeidsoppgaven:

Vi har ikke fått noe opplæring. Jeg tok faktisk og søkte selv på nettet for å finne frem informasjon som jeg skulle bruke under etterlattesamtale, blant annet en gang jeg hadde en etterlattesamtale med pårørende som hadde med barn. Da leste jeg meg selv opp på forhånd i forhold til hvordan man snakker med barn om sorg.

En informant uttalte:

Jeg er for så vidt relativt vant til å være med på etterlattesamtaler fordi jeg har erfaring fra donorgruppen. Så for meg er det ganske tydelig hva en etterlattesamtale skal innebære, men jeg er ikke sikker på at alle som ikke har den erfaringen synes det er så klart. Vi har jo ikke fått noe særskilt opplæring på dette.

Noen informanter nevnte også at det å skulle utføre en viktig arbeidsoppgave uten at man har fått opplæring gjorde at man følte seg utrent og uforberedt. Som en informant sa:

Jeg tror veldig mange er usikker på hva de skal si. De er ikke vant til å ha en sånn samtale. De synes det er vanskelig, hvilke ord skal man velge, hvordan skal man åpne. Enn hvis de begynner å gråte i andre enden av telefonen, hva skal man si da? Hva skal man gjøre hvis man sier noe galt? Jeg tror veldig mange er utrent på å snakke om sånne ting, og er veldig redd for å si noe feil.

En annen informant uttrykte:

Sorg er et utrolig vanskelig tema, og det å ville vel, vi vil jo ofte så vel, og vi trøster i vei, men trøsting kan virke mot sin hensikt. Så det å ha mer sorgundervisning hadde kanskje vært på sin plass.

Informanter påpekte at det var lite kjennskap til hva selve utførelsen av arbeidsoppgaven innebar, noe som kunne medføre en følelse av bekymring og ubehag. En informant forklarte det følgende:

Per i dag så tror jeg mange gruer seg til å ha etterlattesamtale fordi de ikke helt vet hva de skal gjøre, når de skal gjøre det, hvordan de skal gjøre det. Vi skal ikke finne veien mens vi går. Dersom noen hadde laget et kart til oss på forhånd hadde det hjulpet.

En annen uttrykte seg på følgende måte:

Det var ikke noe opplæring. Man kan ikke bare få et ark i hånden, og så skal du gå inn på en etterlattesamtale angående en to-barns mor på 25 år som døde brått og brutalt. Da må det kanskje være med en som er erfaren først, vil jeg tro. Jeg synes det er et litt for stort ansvar å gi til folk som er relativt ferske med oppgaven.

Informantene uttrykte at etterlattesamtaler er en oppgave som kan være psykisk påkjenning. Det ble poengtert at under et dødsfall er intensivsykepleieren hele tiden tilgjengelig på avdelingen for å svare på spørsmål, og de pårørende selv kan aktivt oppsøke intensivsykepleieren hvis det er noe de lurer på. Ved en etterlattesamtale er det derimot intensivsykepleieren som aktivt har innkalt den etterlatte til samtale, og det forventes at intensivsykepleieren skal lede møtet og har utarbeidet en agenda på forhånd. Det å få opplæring i hvordan man best behersker en slik type utfordring oppleves derfor som essensielt. Mangel på opplæring gjorde at informanter kunne føle seg uforberedt og ukomfortable til å gjennomføre etterlattesamtaler. Som en informant sa:

Det må legges til rette for det [...] Man burde få en slags veiledning i forkant på hvordan dette skal gjennomføres. Det er jo greit at man har kunnskap om ting, tenker jeg, og ha noen verktøy man bruker i en sånn type samtale. Det er ikke den letteste samtale å ha. Det er noen som har mistet noen [...] Man kanskje gruer seg til å gjøre det, kanskje utsetter det eller ikke gjennomfører det [...] Det hadde sittet langt inne hos meg hvis jeg skulle gjennomføre en sånn samtale.

Informanter kom med forslag og innspill til hva som kan gjøres for å øke kompetansen ved avdelingen, som for eksempel:

Kanskje det skulle ha vært mer fokus på opplæring i sånne samtaler. Kanskje man kunne hatt det på en fagdag og snakket om hvordan man gjennomfører det, komme med gode tips,

leie inn noen som er gode på det. Eller at man tar noen av de ressursene vi har tilgjengelig i avdelingen [...] Kanskje man kan lage noen maler. Det er mange ting man kan gjøre.

Videre uttalte informantene at oppfølging av hvordan etterlattesamtaler fungerte var minimal fra ledelsens side. Mange poengterte at ledelsen ikke var involvert nok. Som en informant uttrykte: «Jeg tror ikke det har vært noen feedback i det hele tatt. Det har jeg aldri hørt om. Nei, det har vi ikke fått. Den finnes ikke.» En annen uttalte:

Ledelsen har ikke noen oversikt over det der. De er helt uten oversikt. De vet at tilbudet ikke fungerer. De har jo også sine ressurser og rammer, for det er helt grenseløst egentlig på en intensivavdeling hva behovet er, så jeg forstår at de også bare faller ut.

En annen informant poengterte:

Kanskje ledelsen kunne ha vært litt mer på og etterlyst og spurt hvordan det gikk. At det hadde blitt mer fokus på etterlattesamtaler, slik at vi hadde måttet skjerpet oss. Eller at de kunne tatt mer initiativ til at vi skulle ha hatt dette på en fagdag. Det burde vi ha tenkt på selv, men når vi ikke har gjort det så kanskje ledelsen skulle ha gjort det? Eller de kunne hatt noen krav om at vi skulle evaluere hvordan det har fungert. Det ble ikke fulgt opp noe mer.

Det ble uttalt av informantene at det ikke var noen som tok tak i organiseringen og fulgte dette opp, at det var lite feedback og at det manglet evaluering. Det ble videre uttrykt at det var en fraværende ledelse med hensyn til etterlattesamtaler, og ansvaret ble overlatt til den enkelte ansatt selv å organisere og gjennomføre gangen i det. Som en informant sa: «Det var ingen som minnet oss på det». Det opplevdes at det ikke var noen oppfølging i forhold til informasjon, opplæring eller evaluering av rutinene underveis. Informanter opplevde etterlattesamtaler som et lite prioritert område, og at det var minimal satsing og oppfølging på dette området. En informant uttrykte at man lot det «dure og gå» uten noen ekstra innsats for forbedringer. En annen uttalte:

Jeg vet ikke hvor mange ganger du må komme med informasjon før det går gjennom. Det er utrolig mange ganger. Da må du holde på i fagdager, på fredagsmøter og nyhetsbrevne. I tillegg kan du sikkert henge opp lapper på vaktrommet og do og overalt. Allikevel så er det vanskelig. Og hvorfor det er sånn? Det er sikkert fordi at det er mye annet å ta hensyn til. Det er jo ikke en enkel jobb vi har.

Informantene erfarte at uten oppfølging ble det ikke nok fokus på oppgaven, og muligheten til å forandre på eventuelle svake ledd ble fraværende. Informanter uttrykte at dersom man hadde tatt tak i dette med en gang og tidlig evaluert hvordan etterlattesamtaler fungerte, så kunne man ha styrket

organiseringen og praksisen rundt dette. Når det ikke ble gjort, så opplevde informantene at holdningen dreide mot at etterlattesamtaler kanskje ikke var så viktig likevel, og oppgaven gikk i glemmeboken. Som en informant sa: «Jeg glemte det også. Så kom man på det, og så følte man at det var for sent. Da var det veldig lett å la det ligge.»

4.2.3 Evaluering av kapasitet og praksis knyttet til etterlattesamtaler

Informantene erfarte at det ikke var satt av nok tid til å klare å gjennomføre etterlattesamtaler. Det var også knapt med tid til forberedelsesarbeid med tanke på at den enkelte intensivsykepleier måtte lese seg opp i journalen for å huske tilbake til den pasienten som døde før man gikk inn i en slik samtale. I tillegg måtte man forberede seg mentalt. En informant forklarte det slik:

Det var aldri satt av tid i hverdagen til at vi skulle gjøre denne oppgaven. Jeg fikk akkurat like mange pasienter da jeg kom på jobb hver dag. Hvis du skal ha en etterlattesamtale, så synes jeg det ikke er så lett å hoppe ut fra den pasientsettingen jeg har den dagen, springe på kontoret og begynne å ringe til noen som har mistet moren sin eller datteren sin på et øyeblikk. Man må være klar for det i hodet, i følelser, ha litt tid, sette seg ned og tune inn på det, kanskje lese seg litt opp, være i stemning til å ringe til folk i sorg. Det gjør man ikke uten videre [...] Det var ikke et organisert opplegg på dette.

Videre opplevde informantene etterlattesamtaler som en omfattende oppgave, og at det ble klemte inn mens man hadde en nåværende pasient det skulle tas hånd om. Informantene påpekte at det å skulle ha en etterlattesamtale ble en brå omstilling fra nåværende pasient, og at det var satt av for lite tid til forberedelse og etterarbeid. Dette erfartes som at man kunne møte opp uforberedt til samtalen, noe som igjen kunne bidra til dårlig kvalitet på etterlattesamtalene. En informant uttalte:

Man må ha tid til å sette seg ned, se gjennom journalen, lese seg litt opp, skrive på et papir og finne ut hva skjedde, hvilke datoer var det, hva heter de pårørende, hva heter pasienten? [...] Man må være tilstede og vite detaljene. Man kan ikke sitte der og lure på: Herregud, hvor mange dager var pasienten der egentlig, hva heter han? Man må være fullt orientert, ellers vil det være helt nytteløst å gå inn i en sann samtale. Så det er mye arbeid til forberedelser.

En annen informant uttrykte om utførelse av en etterlattesamtale:

Jeg synes det var en kjempefin samtale, men det tok veldig langt tid [...] Jeg hadde hele tiden litt dårlig samvittighet, for jeg kjente på meg at jeg burde vært inne på avdelingen fordi der var mye å gjøre. Samtidig merket jeg at den etterlatte hadde kjempestort behov for å

prate og hadde lyst til å dra ut samtalen. Vi kunne sikkert sisset enda lenger [...] Jeg er egentlig for at tiden skal organiseres mye bedre og på en annen måte for at man skal slippe den følelsen av å bli dratt mellom hverdagens pasient og den du hadde for to måneder siden.

Erfaringen til informantene var at det i utgangspunktet skulle settes av en til to timer til en etterlattesamtale, inkludert forarbeid og etterarbeid. Fordi etterlatte kan ha et stort behov for å prate, så kunne samtalerne ofte bli lenger. Informanter uttalte at dette kunne oppleves indre stress fordi man egentlig skulle tilbake til sin nåværende pasient, men likevel ville man ikke brått avslutte samtalen. På grunn av tidsrestriksjoner brukte en informant lunsjpausen til å lese seg opp i journalen før samtalen. En annen informant møtte på jobb på en fredag for å gjennomføre en samtale fordi dette var eneste dag det fantes et ledig samtalerom, samt at det var eneste som passet for den etterlatte. En informant uttrykte:

Det er veldig viktig for meg personlig å ikke bryte fritidsgrensen min fordi man blir fryktelig sliten av å hele tiden gå på akkord med sin egen fritid. Du er nødt til å koble av på et tidspunkt, for dette er ganske tunge ting å gjøre.

Informanter uttrykte at det å skulle organisere logistikken var tidkrevende, som for eksempel å booke rom, koke kaffe og rydde samtalerommet for at det kan bli et hyggelig rom å være under samtalen. Bare det å finne et ledig tidspunkt hvor samtalerommet ikke var booket opplevdes som en utfordring, samt at man skulle finne en tid det passet for alle de involverte. En informant påpekte:

Min erfaring er at det fort kan ta en time eller to fordi de etterlatte har så behov for å snakke. Da må man være veldig tilstede, veldig støttende. Man må virkelig kjenne at man er klar, fordi samtalen er ganske tung og man blir helt utslitt etterpå av å gi så mye av seg selv. Det kan også være oppfølgingsarbeid etterpå fordi det dukker opp ting i samtalen de lurte på. Da lover man at man skal finne ut av det, man må kanskje gå til legen og snakke, må se i journalen, prøve å finne svar på et eller annet de lurte på, hjelpe dem å ta kontakt med en eller annen. Har man sagt ja til å hjelpe til med det så må man gjøre det. Så det kan gå flere timer i etterkant også for at man skal følge opp ting og ringe tilbake en gang til, eller formidle telefonkontakt med en eller annen lege. [...] Det er egentlig en ganske omfattende prosess.

Informantene opplevde at organiseringen av tilbudet om etterlattesamtaler generelt var vag og til tider fraværende, noe som gjorde at denne arbeidsoppgaven ble nedprioritert og dermed lite

gjennomført i praksis. En informant uttalte at en av grunnene til at det ble utført så få etterlattesamtaler var:

Logistikk. Det forsvinner rett og slett i andre arbeidsoppgaver. Det er såpass mye å gjøre i avdelingen at når det er et stille øyeblikk så har folk masse kurs, e-læring og andre ting man skal gjennomføre. Hvis man da ikke blir minnet på å gjennomføre det, å forberede seg, å kalle inn til etterlattesamtale, så blir det ikke gjort [...] Jeg tror det koker bort fordi vi jobber travelt og har stadig nye pasienter. Det vanskelig i dag å få gjennomført noe hvis ikke logistikken rundt det blir perfektjonert sånn at folk vet at nå er det min tur.

En annen informant uttrykte:

Det vil kreve skikkelig organisering for å få gjennomført alle etterlattesamtaler. Vi har den avdelingen på huset som har flest dødsfall, så mest av alt trengs organisering. Den var ikke på plass for å kunne klare å gjennomføre det. Det ble overlatt til hver enkelt.

Videre poengterte informantene at ressursgruppen bør få satt av tid nok til å få jobbe med organiseringen rundt etterlattesamtaler for å få det til å fungere, og at dette er et ledelsesansvar.

Som en informant uttrykte:

Ledelsen legger bort en del viktige tema over i ressursgrupper [...] Hvordan fungerer ressursgruppene egentlig? Tar ledelsen ansvar for det ressursgruppene skal gjøre? Det er jo egentlig ansvarsfraskrivelse å opprette de ressursgruppene [...] Hvis vi skal ha ressursgrupper for ditt og datt på jobben, så bør de kunne sette av faste dager til dette arbeidet.

En annen uttalte:

Det må være et bedre system, helt klart, hvis det bare var tre etterlattesamtaler av over 50 dødsfall. Du må ha en aktiv ressursgruppe som faktisk fungerer, og ressursgruppen må ha muligheten til å få følge det opp. Hvis ikke så faller det ut.

5 Diskusjon

5.1 Bevissthet om nødvendigheten av etterlattesamtaler

Forskning viser at ivaretagelse av etterlatte har fått mye fokus både på nasjonalt og internasjonalt nivå siden årtusenskiftet (BSA, 2014), og det ble påpekt i denne studien at dette ofte har vært et gjennomgående tema på seminarer og kongresser hvor ansatte ved MIA har deltatt. Informantene ga uttrykk for en individuell forståelse av etterlattesamtaler, samt at det opplevdes at det var en felles forståelse blant intensivsykepleierne ved MIA av nødvendigheten med å kunne tilby etterlattesamtaler. Tilbudet ble ansett som et viktig tiltak for å kunne ivareta etterlatte etter et dødsfall, og at oppfølging av etterlatte i en vanskelig situasjon var viktig forebyggende og helsefremmende arbeid. Tidligere forskning, som blant annet Sæteren (2010) og Hauge og kollegaer (2009), beskriver etterlattesamtaler som et forebyggende tiltak som kan hjelpe etterlatte til å mestre sorgprosessen best mulig.

Videre viser studien at relasjonen mellom intensivsykepleieren og etterlatte kan brått opphøre når en pasient dør, og etterlattesamtaler kan da være en potensiell måte å få avsluttet relasjonen på for både den etterlatte og helsepersonell. I tillegg kan intensivsykepleieren få tilbakemeldinger på jobben som har blitt utført. Hauge et al. (2009) poengterer at også intensivsykepleiere kan ha nytte av oppfølging av etterlatte fordi tilbakemeldinger fra etterlatte kan bidra til forbedring av egen praksis. Etterlattesamtaler kan være en kanal for å yte og vise omsorg overfor etterlatte, samt en måte for sykepleietjenesten å få tilbakemeldinger og dermed sikre kvalitet.

5.1.1 Intensivsykepleieres rolle og ansvar knyttet til etterlattesamtaler

Alle sykepleiere som blir ansatt ved OUS må gjøre seg kjent med verdigrunnlaget og de overordnede målsettingene til sykehuset, og oppfølging av etterlatte er en del av det helhetlige tilbudet fra sykehusets side (OUS, 2012). Likeverd, respekt og omsorg, som er OUS sine overordnede målsettinger, er i følge Kitwood (1997) grunnleggende verdier i personsentrert omsorg. Resultatene i studien viste at informantene anså utførelsen av etterlattesamtaler som en naturlig del av sin rolle, og uttrykte ingen motforestillinger mot at dette var en del av intensivsykepleierens ansvarsområde. Videre viste studien at etterlattesamtaler opplevdes som et naturlig supplement til arbeidsoppgavene til intensivsykepleierne ved MIA. Både i Norsk sykepleieforbunds landsgruppe av intensivsykepleie (2017) og yrkesetiske retningslinjer for

sykepleierollen (2011) er helsefremmende og forebyggende funksjon omtalt som en viktig del i sykepleietjenesten. Informantenes bevissthet rundt etterlattesamtaler som del av sitt ansvarsområde stemmer dermed overens med funksjonsbeskrivelsen og retningslinjene til intensivsykepleien.

I denne studien ble det påpekt at det kan være en ekstra psykisk påkjenning for etterlatte å være på en intensivavdeling. For det første kan en intensivavdeling være spesielt intimiderende på grunn av mye avansert medisinsk teknisk utstyr. For det andre har deres nærstående blitt innlagt på grunn av akutt kritisk sykdom og deres livssituasjon har endret seg plutselig fra liv til mulig død, og de etterlatte har trolig ikke hatt mulighet til å forberede seg psykisk. Til sammenligning har for eksempel etterlatte til en kronisk syk pasient hatt bedre tid til å forberede seg på et dødsfall. I følge Parkes og Weiss (1983) vil den psykiske påkjenningen for de etterlatte være større dess mindre tid den pårørende har hatt til å forberede seg på et dødsfall. Dette gjør det spesielt nødvendig å kunne tilby oppfølging av etterlatte ved en intensivavdeling, noe som ble påpekt av informanter i studien.

5.1.2 Motivasjon til å gjennomføre etterlattesamtaler

Studien viste at informantene generelt var positivt innstilt til at etterlattesamtaler skulle bli et tilbud ved MIA, og var i utgangspunktet motiverte til å ha det som en del av sine arbeidsoppgaver. Spesielt uttrykte informanter som hadde utført samtaler med etterlatte fra pasienter som var organdonorer at dette var positivt, hovedsakelig fordi de hadde gode erfaringer fra denne type samtaler. I følge disse informantene hadde organdonorgruppen gode rutiner og god oppfølging, noe som gjorde at de var ekstra motivert for innføringen av samtaler for etterlatte som ikke var involvert i organdonasjon. Videre viste studien at informanter opplevde at de etterlatte synes det var givende å komme tilbake for å treffe personale igjen, og samtidig kunne gi tilbakemeldinger på hvordan de hadde blitt møtt og ivaretatt. Informanter som ikke hadde vært del av donorgruppen var også positivt innstilt fordi de så verdien av og nødvendigheten med etterlattesamtaler.

I følge Gesme og Wiseman (2010) må de som skal utføre en ny arbeidsoppgave se verdien av den for at implementeringen av arbeidsoppgaven skal bli vellykket. Det kreves en felles forståelse for hva tiltaket skal innebære i praksis, hvorfor det skal gjennomføres og hva det skal lede til. Alle som blir berørt av nye tiltak må være engasjert og forberedt på å investere tid og krefter, og motivasjon er essensielt. Motivasjon på arbeidsplassen, som beskrevet av Global Resource Center (2020), er individets grad av vilje til å utøve og opprettholde en innsats mot organisatoriske mål. Denne studien viste at informanter var motiverte til å få etterlattesamtaler som en arbeidsoppgave

hovedsakelig fordi det er et nødvendig og meningsfullt tilbud man kan tilby de etterlatte, og det opplevdes at det var en felles holdning til dette blant personale ved avdelingen.

Selv om informantene generelt var positivt innstilt og motiverte til at etterlattesamtaler skulle innføres som et tilbud ved MIA, så viste studien også at det likevel var noen som uttrykte en viss skepsis til at dette skulle bli en del av deres arbeidsoppgaver. Betenkelighetene gikk ikke på verdien eller nødvendigheten av å kunne tilby etterlattesamtaler, med derimot om organiseringen og logistikken ville bli ivaretatt. Det å få tildelt en ny arbeidsoppgave opplevdes at det ville gå på bekostning av noe annet, spesielt tidsmessig. I tillegg opplevdes etterlattesamtaler å være psykisk krevende og utmattende fordi et slikt møte krever mye forberedelse og etterarbeid, både kapasitetsmessig og mentalt. Studien viste at motivasjonen for å kunne tilby bedre oppfølging av etterlatte i form av etterlattesamtaler var til stede hos informantene. Likevel opplevdes det at muligheten til å kunne gjennomføre denne nye arbeidsoppgaven i praksis var avhengig av organisering og tilrettelegging fra ledelsen sin side.

5.2 Organisering og gjennomføring av etterlattesamtaler

Studien viste at implementeringen av etterlattesamtaler ved MIA ikke var godt nok organisert, og at dette fikk negative konsekvenser for gjennomføringen i praksis. Informasjon, rutiner, opplæring, oppfølging og kapasitet ble nevnt som viktige faktorer hvor organiseringen og gjennomføringen av etterlattesamtaler opplevdes som en utfordring. Organisering innebærer å kartlegge og tilrettelegge avgjørende faktorer for å oppnå et mål, og disse faktorene inkluderer kommunikasjon, rutiner, ressurser og tid (Yoder-Wise, 2014). Ved god organisering er disse faktorene nøye vurdert og konsekvensutredet slik at en implementering blir vellykket, og den ønskede måloppnåelsen blir høy.

5.2.1 Implementering av prosedyrer og rutiner knyttet til etterlattesamtaler

God kommunikasjon er fundamentalt for at en forandringsprosess skal bli vellykket, og mangelfull informasjon kan resultere i uklarheter, usikkerhet og misforståelser (Mitchell, 2013). Denne studien viste at informantene opplevde informasjonen rundt implementeringen av etterlattesamtaler ved MIA som utilstrekkelig. Det var lite fokus på hva implementeringen innebar, og det ble ikke klargjort nok hva som var forventet av intensivsykepleierne. Som en informant poengterte, så fantes det mange forum hvor informasjon om etterlattesamtaler kunne blitt bedre formidlet. I en hektisk

hverdag med mange hensyn som skal ivaretas er repetisjon av informasjon viktig. Siden implementeringen ikke opplevdes som tydelig formidlet, så opplevdes den heller ikke som tydelig prioritert. Videre viste studien at den manglende informasjonen også gjorde at informanter erfarte rolleavklaringen og ansvarsfordelingen som uklar. Konsekvensen var at det ble usikkerhet rundt hvem som skulle gjøre hva, og dermed ble ikke prosedyrene ordentlig redegjort og innarbeidet.

Ressursgruppen for etterlattesamtaler som ble opprettet ved MIA i 2016 fikk et delegert ansvar fra ledelsen for planleggingen av rutinene som skulle implementeres, samt ansvaret for oppfølgingen (som beskrevet på side 7-8). Studien påpekte at denne ressursgruppen aldri ordentlig kom i gang, og at rutinene derfor ikke ble skikkelig utarbeidet. Ressursgruppen besto av tre intensivsykepleiere som skulle sette av tid i sin egen arbeidsdag for å organisere og følge opp etterlattesamtaler. Det var ikke satt av ekstra tid eller ressurser utover dette, hverken før eller etter implementeringen. Resultatene viste at ansvaret som ble delegert denne ressursgruppen opplevdes som for stort i forhold til muligheten de hadde til å utvikle klare rutiner og følge opp etterlattesamtaler i ettertid. En konsekvens var at det oppsto usikkerhet blant intensivsykepleierne, spesielt rundt hvordan man registrerte skjemaet som skulle tilby etterlattesamtaler. I tillegg gikk det utover informasjonen som ble formidlet og hvordan oppfølgingen var, og resulterte i at etterlattesamtaler ikke ble fullstendig integrert i arbeidsoppgavene til intensivsykepleierne. Studien viste at det å delegerer ansvaret til en gruppe som ikke hadde tilstrekkelige ressurser opplevdes av informantene som ansvarsfraskrivelse fra ledelsen sin side. Williamson (2018) poengterer at ledelsen har et overordnet ansvar for hvordan organisering av nye arbeidsoppgaver skal planlegges, fordeles og implementeres. Dersom ledelsen delegerer bort ansvar, så må de forsikre seg om at de som mottar ansvaret har kapasitet og ressurser nok til å håndtere ansvaret.

Resultatene i denne studien viste at vurderingen av hvem som skulle bli tilbudt etterlattesamtaler ble individbasert og tilfeldig. Utgangspunktet var at etterlatte av pasienter som hadde vært innlagt i fem dager eller mer skulle få tilbud om etterlattesamtale, mens de som hadde vært innlagt i mindre enn fem dager skulle vurderes av intensivsykepleieren om etterlattesamtale skulle tilbys. Studien viste at det å skulle avslutte en pasientsak, samt gå rett til neste innkommende pasient, opplevdes som en situasjon preget av tidsnød, stress og følelser. Siden etterlattesamtaler som arbeidsoppgave opplevdes som tilfeldig og ikke en integrert del av rutinene, samt at det var usikkerhet rundt hvordan oppgaven skulle utføres, så viste studien at etterlattesamtaler ble nedprioritert. Konsekvensen ble da at mange etterlatte som burde få tilbud om etterlattesamtale ikke fikk det.

I følge Greenhalgh (2008) skal rutiner være en tydelig veileder i hvordan man utfører en oppgave, samt minimere uklarheter som måtte oppstå underveis. I en hektisk arbeidssituasjon hvor det allerede er mange hensyn å ta, som ved en intensivavdeling, så er det spesielt viktig at nye arbeidsoppgaver får klare rutinebeskrivelser fra begynnelsen av. Videre viste studien at rutinene opplevdes som utydelige allerede ved implementeringen av etterlattesamtaler. Retningslinjene opplevdes som diffuse, noe som gjorde at informanter følte at gjennomføringen av arbeidsoppgaven ble tilfeldig og sporadisk. Dette kan ses i lys av at informasjonen som ble gitt i utgangspunktet opplevdes som mangelfull. Selv om ressursgruppen hadde laget rutiner for utføring av etterlattesamtaler, så viste studien at rutinene ikke har blitt formidlet godt nok til personale. Uavhengig av hvordan kvaliteten på rutinene var, så opplevdes det uansett problematisk at rutinene ikke ble gjort tydelige nok for intensivsykepleierne som skulle følge dem.

Dersom implementering av en ny arbeidsoppgave skal bli vellykket er det viktig at prosedyrene er velorganisert (Mitchell, 2013). Denne studien påpekte at det var ustrukturerte rammer rundt gjennomføringen av etterlattesamtaler ved MIA, noe som gjorde at oppgaven ble vanskelig å følge opp. En informant poengterte at dette resulterte i at andre arbeidsoppgaver ble prioritert. Informanter erfarte at ressursgruppen som skulle følge opp etterlattesamtaler ikke hadde kapasitet til å bli nok involvert, og dermed ble etterlattesamtaler ikke godt innarbeidet som en del av rutinene i arbeidshverdagen ved MIA. I følge Greenhalgh (2008) kan implementering av nye rutiner mislykkes dersom de er dårlig koordinert, fordi de da kan komme i skyggen av allerede etablerte rutiner. Studien viste at informantene opplevde rutinene som uklare, samt at prosedyrene i sin helhet opplevdes som utydelig kommunisert. Fokuset på etterlattesamtaler forsvant da i mengden av alle andre oppgaver.

5.2.2 Behov for opplæring og oppfølging knyttet til etterlattesamtaler

Intensivsykepleieres funksjons- og ansvarsområde inkluderer ivaretagelse av etterlatte slik det er beskrevet i helsepersonalloven § 4 (1999). Her står det at arbeidet skal utføres med faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp. Lai (2004) poengterer at kompetanseutvikling er nødvendig for å sikre medarbeidere nødvendig kunnskap, noe som krever planlegging og initiativ fra ledelsen sin side. Helsedirektoratet (2017d) beskriver ulike metoder for kompetanseheving blant ansatte, og inkluderer blant annet kurs, e-læring, internundervisning og veiledning. Som denne studien viste, så opplevdes opplæringen rundt etterlattesamtaler som fraværende før implementeringen av tiltaket ble

satt i verk. Lite kunnskap om hvordan arbeidsoppgaven skulle gjennomføres førte til at informanter følte seg utrygge og ukomfortable på hvordan etterlattesamtaler skulle utføres i praksis.

Kurian (2014) poengterer at intensivsykepleiere som fikk opplæring i etterlatteoppfølging hadde en bedre forståelse av håndteringen av etterlatte enn intensivsykepleiere som ikke fikk opplæring, og dermed var bedre rustet til å utføre oppgaven. For å kunne yte god kvalitet i tjenesten med etterlattesamtaler, så påpekte Krøll (2002) at kompetanseheving hos personalet er viktig når nye rutiner skal implementeres. Studien viste at informanter opplevde at det ikke ble gitt konkret opplæring i hvordan intensivsykepleiere ved MIA skulle møte de etterlatte som er i sorg under en etterlattesamtale. Følelsen av å være uforberedt resulterte i en opplevelse av utilstrekkelighet. En informant uttalte at mangel på opplæring gjorde at man gruet seg til å utføre etterlattesamtaler.

Fokus på helsepersonalets rolle med pårørendearbeid er et av OUS sine satsingsområder, og er en markant del av OUS sin handlingsplan (OUS, 2015). Tilrettelegging av læringsprosesser og videreutvikling av ansattes kompetanse med å håndtere pårørende er derfor en del av sykehusets prioriterte områder (OUS, 2015). Studien viste at informanter opplevde det som utfordrende å møte andres sorg. Sorgprosessen er et vanskelig tema, og det kan oppleves som ubehagelig å kommunisere med etterlatte som er i denne fasen dersom man ikke har fått opplæring i hvordan man imøtekommer deres reaksjoner (Williams, 2016). Man kan føle seg usikker på hvordan slike situasjoner skal håndteres. Etterlatte kan vise komplekse emosjoner som fortvilelse, skyldfølelse, sinne, kanskje alle disse blandet (Williams, 2016), og alt dette kan fremkomme i løpet av en forholdsvis kort etterlattesamtale.

I resultatene i denne studien ble det påpekt at det å ivareta de etterlatte i prosessen hvor behandlingen av pasienten avsluttes og døden har inntruffet, altså under og rett etter dødsfallet, oppleves som en enklere og mer naturlig tilrettelagt oppgave enn å skulle møte de etterlatte noen uker senere for en innkalt samtale. Ved et dødsfall viser intensivsykepleiere tilstedeværelse og imøtekommenhet til etterlatte med tanke på det praktiske rundt og etter dødsfallet. Ivaretagelsen av de etterlatte der og da ved intensivavdelingen opplevdes av informanter som en håndterbar arbeidsoppgave, men ved gjennomføring av en etterlattesamtale opplevdes det at det kreves en annen type kompetanse. Studien viste at det å snakke med pårørende ved avdelingen i løpet av pasientens opphold opplevdes som uproblematisk fordi de pårørende var til stede der og da, og de var en del av intensivsykepleieren daværende pasientsituasjon. Ved en etterlattesamtale er det intensivsykepleieren som aktivt innkaller til samtale og må sette av tid utenom sin nåværende

pasient, samt at det opplevdes at det da kan oppstå ekstra forventninger fra de etterlatte til samtalen. Det ble påpekt i studien at etterlattesamtaler derfor kan være mer intimiderende og krevende enn praktiske prosedyrer de etterlatte skal informeres om under og umiddelbart etter et dødsfall.

Studien viste at dersom det ikke tilrettelegges for muligheter til å oppnå tilstrekkelig kompetanse, så kan konsekvensen bli at intensivsykepleierne unngår å gjøre oppgaven fordi man ikke føler seg kompetent nok. På samme måte som opplæring er viktig før implementering av en ny arbeidsoppgave, så er også oppfølging etter implementering essensielt. Yoder-Wise (2014) poengterer at dersom en forandring skal bli effektiv må de med ansvar for igangsettingen av forandringen kontinuerlig følge opp og evaluere prosessen, og det må aktivt innhentes feedback og evalueringer fra de som faktisk utfører oppgavene. Studien viste at etter at etterlattesamtaler ble implementert som arbeidsoppgave, så var det minimalt med oppfølging og evaluering. Erfaringene var også at det ikke var noe feedback fra ledelsen til intensivsykepleierne i forhold til hvordan implementeringen hadde utartet seg eller eventuelt kunne forbedres.

Gagne et al. (2014) poengterer at tilbakemeldinger og valideringer av jobben man gjør er svært viktig for å forbli motivert. Ved implementering av en ny arbeidsoppgave er det viktig at organiseringen og arbeidsfordelingen blir fulgt opp for å vurdere at alt går som planlagt, samt at alle rutiner fungerer optimalt i praksis. I tillegg er det også viktig å følge opp de som faktisk skal utføre oppgavene og forsikre seg om at all informasjon har nådd frem, og at de er godt nok rustet til å utføre disse oppgavene (Williams, 2016). I denne studien ble det påpekt at det fra ledelsen sin side ikke var særlig fokus på etterlattesamtaler til å begynne med. Når etterlattesamtaler i tillegg ikke ble fulgt opp, så opplevdes ikke dette som en høyt prioritert arbeidsoppgave. Som konsekvens avtok motivasjonen som var til stede før implementeringen, og etterlattesamtaler ble derfor tilsidesatt blant alle andre oppgaver som skulle utføres.

5.2.3 Evaluering av kapasitet og praksis knyttet til etterlattesamtaler

Dersom implementeringen av en ny arbeidsoppgave skal bli vellykket er det kritisk at det blir satt av nok tid og ressurser for at dette skal kunne gjennomføres i praksis (Mitchell, 2013). Dersom ikke kapasiteten er dimensjonert før implementeringen finner sted kan det resultere i at den som får ansvaret for å utføre arbeidet blir overarbeidet og utbrent, og/eller at det går utover kvaliteten på arbeidet (Masterson, 2017). Studien viste at det ikke var satt av nok tid og ressurser til etterlattearbeidet ved MIA, og informantene opplevde at det ble knapt med tid både til

forberedelser, utføring og etterarbeid. Når en etterlattesamtale skulle gjennomføres ble intensivsykepleieren avløst fra sin pasient i en til to timer, inkludert for- og etterarbeid. Dersom samtalen varte lenger enn en time, så viste studien at dette kunne oppleves som et indre stressmoment. Informanter uttrykte at det ikke var ønskelig å avbryte en etterlatte som har mye på hjertet, men samtidig hang det over intensivsykepleieren at man måtte tilbake til den nåværende pasienten. I tillegg skulle det settes av tid til alt etterarbeidet fra samtalen.

Videre ble det påpekt av informanter at det krevdes ekstra fleksibilitet fra intensivsykepleiernes side for å få gjennomført etterlattesamtaler ved MIA. En informant uttalte at lunsjpausen ble brukt for å lese gjennom journalen og forberede seg før samtalen. En annen valgte å komme inn på en fridag for å utføre en etterlattesamtale. I følge Yoder-Wise (2014) må organiseringen av nye arbeidsoppgaver som implementeres legges til rette for at det tidsmessig og ressursmessig er mulig å gjennomføre oppgavene. Studien viste at når det ikke ble satt av tilstrekkelig med tid og ressurser ved implementeringen av etterlattesamtaler, samt at dette kapasitetsproblemet ikke ble fulgt opp av ledelsen, så ble konsekvensen at intensivsykepleierne prioriterte bort arbeidet med etterlattesamtaler.

Studien viste at etterlattesamtaler ved MIA ble vanskelige å utføre i praksis på den måten det opprinnelig var planlagt, og at gjennomføringen fungerte dårlig. Informanter opplevde at utfordringer oppsto etter implementeringen, og mangel på oppfølging gjorde at praksisen ikke ble forbedret. Storbritannias National Health Service med hjelp av National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) publiserte i 2007 en guide til hvordan å forstå, identifisere og overkomme barrierer ved innføring av forandring i helsesystemet, og identifiserte fem barrierer. Tre av disse omhandlet bevissthet og kunnskap, motivasjon og aksept, og faller inn under denne studiens første hovedtema. Informantene uttrykte bevissthet rundt og kunnskap om nødvendigheten av etterlattesamtaler og hva arbeidsoppgaven innebar, samt at de var motiverte til at dette skulle innføres fordi det var et meningsfullt tilbud å gi de etterlatte. De uttrykte også aksept for den nye arbeidsoppgaven fordi den falt naturlig inn i deres ansvarsområde og rolle. De to resterende barrierene som NICE identifiserte var ferdigheter og det praktiske (practicalities), og faller inn under denne studiens andre hovedtema. Studien viste at det var her barrierene oppsto ved MIA. Angående ferdigheter, så uttrykte informanter at det ikke ble gitt tilstrekkelig opplæring til at intensivsykepleierne følte seg klar til å ta på seg denne arbeidsoppgaven. I forhold til det praktiske, så var ikke rutinene, logistikken eller kapasiteten godt nok tilrettelagt. Selv om intensivsykepleierne

var positivt innstilt til at etterlattesamtaler skulle innføres, så resulterte mangelfull organisering av implementeringen i lav måloppnåelse.

Det ble poengtert i resultatene at selv om informanter opplevde at det var riktig av ledelsen å innføre etterlattesamtaler ved MIA, så erfartes måten det ble organisert og implementert på som ikke god nok. Informantene opplevde at ressursgruppen som fikk delegert ansvaret for oppfølgingen av etterlattesamtaler i 2016 ikke fikk satt av nok tid til å arbeide med dette formålet.

Ressursgruppen fikk ansvaret for å lage retningslinjene og prosedyrene for etterlattesamtaler, men studien viste at gruppen burde blitt fulgt opp og evaluert av ledelsen på et tidligere tidspunkt.

Informantene opplevde at man da raskere kunne ha overkommet barrierene som hindret praksisen med etterlattesamtaler. Det gikk over tre år før ledelsen gikk inn og tok tak ved å omorganisere og opprette en ny ressursgruppe (i 2019, etter at denne studien ble påbegynt). Antall personer i den nye ressursgruppen ble utvidet til fem intensivsykepleiere, og de fikk avsatt to dager i måneden til å jobbe blant annet med oppfølging av etterlattesamtaler.

5.3 Styrker og svakheter ved studien

Denne studien er den første som har forsket på etterlattesamtaler ved MIA, og gir et innblikk i hvordan denne arbeidsoppgaven har fungert. Det ble brukt strategisk utvalgsstrategi i utvelgelse av informanter. Informantene i studien har vært ansatt som intensivsykepleiere på fulltid ved MIA før etterlattesamtaler ble implementert og frem til dags dato, og deres erfaringer gir derfor et godt grunnlag for å belyse studiets mål. Intervjuguiden tok utgangspunkt i NPTs fire dimensjoner som fokuserer på innføring av nye rutiner i helsevesenet, med spørsmål spesifisert for intensivsykepleiere ved MIA. Det ble brukt dybdeintervju med åpne spørsmål, noe som ga mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål i de tilfellene det kom frem informasjon det var ønskelig å vite mer om eller klare opp i. En studies fremgangsmåte og funn skal reflektere formålet med studien og på denne måten styrke troverdigheten, eller den interne validiteten. Intern validitet i kvalitativ forskning viser til i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og fenomenet som er undersøkt (Malterud, 2017), og dreier seg om hvorvidt en metode undersøker det den har til hensikt å undersøke (Johannessen et al., 2016). I denne studien var formålet å forske på informanters erfaringer og opplevelser med nødvendighet, organisering og gjennomføring av etterlattesamtaler. Kvalitativ metode brukes til å gi dybdekunnskap om fenomen gjennom nærvær til informantene (Christoffersen et al., 2015). Studien tok derfor utgangspunkt i denne metoden, og dataen ble samlet

og bearbeidet i form av dybdeintervju og Systematisk tekstkondensering, noe som styrker gyldigheten av studien og resultatenes troverdighet.

Kunnskapen som fremkommer i denne studien kan være til nytte når tiltakene rundt etterlattesamtaler igjen skal evalueres ved MIA. Potensielt kan forskningsprosjektet også brukes som et redskap i vurderingen om og hvordan etterlattesamtaler bør implementeres ved andre sykehus, men siden denne studien bruker kvalitativ metode er derimot den eksterne validiteten lav. Ekstern validitet i kvalitativ forskning er resultatenes overførbarhet til andre kontekster utover den som spesifikt er forsket på (Malterud, 2017). Funn fra en kvalitativ studie kan ikke med sikkerhet gjøres gjeldende til andre sammenhenger enn den settingen hvor resultatene ble kartlagt (Malterud, 2017). Funnene i denne studien har derfor ikke nødvendigvis direkte overførbarhet utover studiens kontekst ved MIA, men kan likevel være av relevans for andre som vil samle kunnskap om etterlattesamtaler.

Studien ble utført på egen arbeidsplass, og rollen som kollega og forsker kan derfor stå i fare for å bli diffus. Selv om forskeren forholdt seg så objektiv som mulig under intervjuene, så opplevde likevel forskeren seg nært knyttet til informantene og materialet. En strukturert og detaljert intervjuguide var derfor et redskap for å holde seg til temaets rammer, og alle intervjuene tok utgangspunkt de samme spørsmålene. Reliabilitet omhandler forskningsresultatene konsistens og troverdighet, og fremheves ofte i sammenheng med hvorvidt funn kan reproduseres på et senere tidspunkt av andre forskere (Kvale & Brinkmann, 2017). I kvalitativ forskning er krav om reliabilitet lite hensiktsmessig fordi forskeren og samtalen styrer datainnsamlingen, men derimot kan studiens pålitelighet styrkes ved at det blir gitt en inngående beskrivelse av kontekst og fremgangsmåte under forskningsprosessen (Johannessen et al., 2016). I denne studien har forskningsdesign, utvalg av deltakere, innsamling og analyse av data blitt gjort rede for i metoddelen, slik at veien fra data til resultater lett kan følges og på denne måten styrke påliteligheten av studien.

Det ble på forhånd bestemt at åtte informanter skulle intervjues for å være sikker på at metningspunktet skulle bli nådd, men i ettertid ser forskeren at fem eller seks informanter hadde vært tilstrekkelig relatert til masteroppgavens størrelse. I intervjuguiden ble det inkludert mange oppfølgingsspørsmål under hvert av de fire hovedspørsmålene for å være sikker på å få dekket alle tema forskeren ville undersøke. I ettertid ser forskeren at noen av oppfølgingsspørsmålene kan til

tider virke gjentagende og overlappe hverandre. I intervjuene omtalte ofte informanter etterlattesamtaler som pårørende og omvendt, noe som fremkommer i sitatene.

Tidligere forskning som er gjort på tema som sorg, sykepleierens rolle, implementering av arbeidsoppgaver og organiseringsteorier er omfattende, og det å finne og velge ut hva som er absolutt det viktigste var en utfordring. I tillegg er det generelt gjort lite forskning på etterlattesamtaler i norsk sammenheng, så mye av bakgrunns litteraturen baserer seg på internasjonal forskning. Det oppstår derfor en usikkerhet i hvor stor grad noe av den teoretiske bakgrunn er gjeldende i norsk sammenheng.

5.4 Fremtidig forskning

Siden det i 2019 ble opprettet en ny ressursgruppe som har ansvar for organiseringen og oppfølgingen av etterlattesamtaler ved MIA, så hadde det vært interessant å sammenligne antall etterlattesamtaler som blir gjennomført i den nye ressursgruppen de tre første år. Er de samme utfordringer fortsatt til stede som mellom 2016-2019? Er intensivsykepleierens erfaringer og opplevelser fortsatt de samme?

Videre kunne det ha vært nyttig å forske på de etterlattes opplevelser og tilbakemeldinger på tilbudet om etterlattesamtaler ved MIA, og hvordan de erfarte tilbudet de fikk. Hvordan opplevde de at etterlattesamtaler var organisert? Hvordan opplevde de utførelsen av etterlattesamtaler? Var de tilfreds med tilbudet de fikk, og hva kunne eventuelt forbedres?

Det kunne også ha vært av interesse å sammenligne erfaringene rundt etterlattesamtaler ved MIA med en tilsvarende avdeling ved et annet sykehus som har samme omfang av pasienter som OUS. Man kunne da sett om funnene i denne studien er særegne for MIA, eller om dette er noe som også erfares ved andre sykehus.

6 Konklusjon

Denne studien forsket på intensivsykepleiernes erfaringer knyttet til nødvendigheten av å implementere etterlattesamtaler ved MIA, samt hvordan de opplevde at organiseringen og gjennomføringen fungerte i praksis. Studien viste at informantene var bevisst på hva etterlattesamtaler innebar og hvorfor det var et nødvendig tilbud til de etterlatte. Informantene hadde også en forståelse av at dette var en del av deres ansvarsområde og rolle, og var motiverte for at dette skulle bli en del av deres arbeidsoppgaver. Videre viste studien at organiseringen av etterlattesamtaler opplevdes som insuffisient fordi det ble gitt minimalt med informasjon og opplæring i forkant av implementeringen, og at det var mangelfull oppfølging og evaluering av hvordan disse samtalene fungerte i praksis. Studien viste også at rutinene ble oppfattet som uklare, og kapasiteten var utilstrekkelig i form av avsatt tid og ressurser til å kunne utføre arbeidsoppgaven. Til tross for at informantene var bevisst på nytten av etterlattesamtaler og var motiverte, så resulterte mangelfull organisering i at gjennomføringen av etterlattesamtaler opplevdes som tilfeldig og fungerte dårlig. Etterlattesamtaler ble derfor en nedprioritert arbeidsoppgave blant intensivsykepleierne ved MIA.

Referanser

- Bereavement Services Association. (2014). *Bereavement care service standards*. Hentet fra: https://www.cruse.org.uk/sites/default/files/default_images/pdf/Documents-and-fact-sheets/Bereavement_Standards_Mar2014.pdf
- Birtwistle, J., Payne, S., Smith, P. & Kendrick, T. (2002). The role of the district nurse in bereavement support. *Journal of Advanced Nursing*, 38(5), 467-478.
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A., & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Davidson, J.E. (2009). Family-centered care: Meeting the needs of patients' family and helping families adapt to critical illness. *Critical Care Nurse*, 29(39), 28-34.
- Engebreetsen, L. & Olsen, A. M. (2009). *Hvordan opplever pårørende at de blir ivaretatt på sykehus?* Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/hvordan-opplever-parorende-de-blir-ivaretatt-pa-sykehus>
- Fauri, D. P., Ettner, B. & Kovacs, P. J. (2000). Bereavement services in acute care settings. *Death Studies*, 24(1), 51-64.
- Folkehøgskoleforbundet. (2018). *Selvevaluering*. Hentet fra <https://www.frilyntfolkehogskole.no/app/uploads/2018/02/180215-Sindre-Vinje-Selvevaluering--%C3%85-forske-i-egen-praksis.pdf>
- Frich, J. C. (2007). Kvalitative studier. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*. 20, 127. Hentet fra: <https://tidsskriftet.no/2007/10/fra-redaktoren/kvalitative-studier>
- Gagne, M., Vansteenkiste, M., Forest, J. & Crevier-Braud, L. (2014). The Multidimensional Work Motivation Scale: Validation evidence in seven languages and nine Countries. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24(2), 178-196.
- Gesme, D. & Wiseman, M. (2010). *How to implement change in practice*. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2936472/>
- Global Resource Center. (2020). *Why is Motivation Important in Health Care?* Hentet fra: https://www.hrresourcecenter.org/HRH_Info_Motivation.html
- Greenhalgh, T. (2008). *Role of routines in collaborative work in healthcare organisations*. Hentet fra: <https://www.bmj.com/bmj/section-pdf/186070?path=/bmj/337/7681/Analysis.full.pdf>
- Gulbrandsen, T. & Stubberud, D-G. (2015). *Intensivsykepleie* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

- Harman, M. J. (1991). The use of group psychotherapy with cancer patients: a review of recent literature. *The Journal for Specialists in Group Work*, 16(1), 56-61.
- Hauge, G., Eskerud, R. S. & Eide, K. (2009). *Samtale hjelper etterlatte*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/samtaler-hjelper-etterlatte>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Om veilederen*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/om-veilederen>
- Helsedirektoratet. (2017b). *Plikt til pårørendeinvolvering og støtte*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/helseforetak-og-kommuners-plikter-overfor-parorende/plikt-til-parorendeinvolvering-og-stotte>
- Helsedirektoratet. (2017c). *Støtte familie og andre pårørende*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/stotte-familie-og-andre-parorende>
- Helsedirektoratet. (2017d). *Kompetanse hos helsepersonell*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder/helseforetak-og-kommuners-plikter-overfor-parorende/kompetanse-hos-helsepersonell>
- Helsedirektoratet. (2019). *Personsentrert omsorg og behandling ved demens*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Jensen, K. O. (2003). *Etterlattesamtalen - En eksplorativ beskrivende studie av den erfaring sykepleiere på medisinske og kirurgiske avdelinger har med etterlattesamtaler*. Oslo: Universitet i Oslo- Bibliotek for sykepleievitenskap og samfunnsmedisinske fag.
- Johannessen, A. Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5 utg.) Oslo: Abstrakt Forlag AS
- Kaunonen, M., Tarkka, M. T., Laippala, P. & Ilmonen, P.M. (2000). The impact of supportive telephone call intervention on grief after the death of a family member. *Cancer Nursing*, 23(6) 483-491.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered. The person comes first*. Buckingham: Open University Press

- Kodama, Y. & Fukahori, H. (2017). *Nurse managers' attributes to promote change in their wards: a qualitative study*. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.87>
- Krøll, V. (2002). Kompetanse og kompetanseutvikling: I.E.O.C. Hall og B. D. Pedersen (red.), *Forskning i klinisk sykepleie* (s. 143-157). København: Akademisk forlag.
- Kurian, M. J., Daniel, S., James, A., James, C., Joseph, L., Malecha, A. T., Martin, E. M. & Mick, J. M. (2014). Intensive care registered nurses' role in bereavement support. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16(1), 31-39.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lai, L. (2004). *Strategisk kompetansestyring* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lorenz, L. (1998). Selecting and implementing support groups for bereaved adults. *Cancer Practice*, 6(3), 161-166.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2018). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4 utg.) Oslo: Universitetsforlaget.
- Masterson, L. (2017). *Nurses are burnt out. Here's how hospitals can help*. Hentet fra: <https://www.healthcarediver.com/news/nurses-are-burnt-out-heres-how-hospitals-can-help/442640/>
- May, C., Rapley, T., Mair, F.S., Treweek, S., Murray, E., Ballini, L., Macfarlane, A., Girling, M. & Finch, T. L. (2015). *Normalization Process Theory on-line users' manual, toolkit and NoMAD instrument*. Hentet fra: <http://www.normalizationprocess.org/>
- McAdam, J. L. & Puntillo, K. (2018). Pilot study assessing the impact of bereavement support on families of deceased intensive care unit patients. *American Journal of Critical Care*, 27(5), 372-380.
- Milberg, A. Olsson, E. C. Jakobsson, M., Olsson, M. & Friedrichsen M. (2008). Family members' perceived needs for bereavement follow-up. *Journal of pain and symptom management*, 35(1), 58-69.
- Mitchell, G. (2013). Selecting the best theory to implement planned change. *Nursing Management*, 20(1), 32-37.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *How to change practice*. Hentet fra: <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/into-practice/support-for-service-improvement-and-audit/how-to-change-practice-barriers-to-change.pdf>

- Norsk Senter for Forskningsdata. (2018). *Forske på egen arbeidsplass*. Hentet fra:
https://nsd.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/egen_arbeidsplass.html
- Norsk Sykepleieforbund. (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. Hentet fra:
https://www.nsf.no/Content/3653453/cache=1512504484000/FA_intensivsykepleiere.pdf
- Norsk Sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleieforbund.
- Norås, I. L. (2010). *Kreftsjukepleie I heimen*. Reitan, A. M. & Schølberg, T. K. *Kreftsykepleie. Pasient, utfordring, handling*. (3 utg.) Oslo: Akribe AS.
- Oslo Universitetssykehus. (2015). *Det gode pasientmøte. Handlingsplan 2015-2017*. Oslo: Oslo Universitetssykehus.
- Oslo Universitetssykehus. (2012). *Strategi for brukermedvirkning 2013-2018*. Oslo: Oslo Universitetssykehus.
- Page, A. (2004). *Keeping patients safe. Transforming the work environment of nurses*. Hentet fra:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216194/>
- Parkes, C. M. & Brown, R. J. (1972). Health after bereavement: A controlled study of Boston widows and widowers. *Psychosomatic Medicine*, 34(5), 449-461.
- Parkes, C. & Weiss, R. (1983). *Recovery of bereavement*. New York: Basic Books.
- Parris, R. J., Schlossenberg, J., Stanley, C., Maurice, S. & Clarke, S. F. J. (2007). Emergency department follow up of bereaved relatives: an audit of one particular service. *Emergency Medicine Journal*, 24(5), 339-342.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2011). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice (ninth ed.)*: London: Philadelphia, Pa, London: Lippincott.
- Reid, M. McDowell, J. & Hoskins, R. (2011). Communicating news of patient's death to relatives. *British Journal of Nursing*, 20(12), 737-742.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Hentet fra:
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>
- Sæteren, B. (2010). Sorg og sorgarbeid. I Reitan, A. M. & Schølberg, T. K. *Kreftsykepleie, Pasient, utfordring, handling* (3. utg., s. 257-267). Oslo: Akribe AS.

- Valks, K., Mitchell, M. L., Inglis-Simons, C. & Limpus, A. (2005). Dealing with death: an audit of family bereavement programs in Australian intensive care units. *Australian Critical Care*, 18(4), 148-151.
- Williams, C. L. (2016). *Communicating at Times of Loss and Grief*. Hentet fra <https://nursekey.com/communicating-at-times-of-loss-and-grief/>
- Williamson, E. (2018). *Leaders must learn the art of effective delegation*. Hentet fra: <https://www.nurse.com/blog/2018/01/31/leaders-learn-the-art-of-effective-delegation/>
- Yoder-Wise, P. S. (2014). *Leading and managing in nursing*. (5th ed.) St. Louis: Elsevier.

Vedlegg

Vedlegg 1: Registreringsskjema

Registreringsskjema for Dagbok, oppfølgings- og etterlattesamtale.

Navnelapp:	Sykepleiere som kjenner pasienten:
	Ansvarlige leger:

Telefonnummer til pasient:	
Navn og telefonnummer til pårørende:	

Innlagt dato:	Utskrevet dato:
Overflyttet til:	Mors dato:

Har Dagbok:	Ja	Nei
--------------------	----	-----

Kort sykehistorie:	
---------------------------	--

Dato for:	Notater:
Samtale på post/utdeling av dagbok:	
Utdeling av informasjonsbrev til pasient eller etterlatte:	

Vedlegg 2: Intervjuguide

Introduksjon til deltaker:

- Presisering av anonymitet og muligheten til å avbryte når som helst
- Ønske om en åpen refleksjon av temaet – vær så ærlig som mulig
- Tema: Etterlattesamtaler ved MIA
- Bakgrunn for studiet: 52 dødsfall på et år (2018), kun tre etterlattesamtaler utført
- Intervjuet er inndelt i fire hovedspørsmål, men vil gå i detalj i hvert av dem

Intervjuspørsmål det tas utgangspunkt i:

1. Hva var dine tanker rundt innføringen av etterlattesamtaler ved avdelingen?
 - a) Hva innebærer etterlattesamtaler for deg?
 - b) Hva var din innstilling til at dette skulle bli innført?
 - c) Hvordan følte du planleggingen av etterlattesamtaler var før det ble innført?
 - d) Synes du planleggingen på ledelsesnivå var god nok på forhånd?
 - e) Hvordan var informasjonen om etterlattesamtaler når det ble innført?
 - f) Ble det gitt god nok opplæring med hvordan etterlattesamtaler skulle utføres?
 - g) Var det klare rutiner ift hvordan etterlattesamtaler skulle bli gjennomført?
 - h) Følte du deg komfortabel med at dette skulle bli en av dine arbeidsoppgaver?
 - i) Tenk tilbake til da du skulle gjennomføre din første etterlattesamtale. Lå alt til rette for deg for å utføre denne nye arbeidsoppgaven?
2. Hvordan opplevde du at dine kollegaer stilte seg til innføringen av etterlattesamtaler?
 - a) Hvordan opplevde du stemningen ved avdelingen var da denne nye arbeidsoppgaven ble innført?
 - b) Var det en felles forståelse ved avdelingen for hvordan etterlattesamtaler skulle organiseres?
 - c) Opplevde du at dine kollegaer syntes retningslinjene for utførelsen av etterlattesamtaler var gode/klare nok?
 - d) Synes du alle ved avdelingen virket komfortabel med å skulle utføre etterlattesamtaler?

3. Hva er dine erfaringer med arbeidsoppgavene i forhold til etterlattesamtaler?
- a) Har du tid nok til å organisere og utføre etterlattesamtaler i din arbeidstid?
 - b) Føler du deg trygg med å ha etterlattesamtaler?
 - c) Føler du at etterlattesamtaler er en naturlig del av dine arbeidsoppgaver?
 - d) Hvor mange etterlattesamtaler har du utført?
 - e) Hva synes du er positivt og negativt ved at etterlattesamtaler ble en del av dine arbeidsoppgaver?
4. Hvordan synes du etterlattesamtaler ved avdelingen har fungert så langt?
- a) Hvordan kunne ordningen av etterlattesamtaler vært bedre ved oppstart?
 - b) Kunne ledelsen ha gjort noe annerledes med organiseringen?
 - c) Hva kunne sykepleierne ved avdelingen ha gjort annerledes?
 - d) Hvilken feedback har ledelsen gitt til avdelingen etter at etterlattesamtaler ble innført?
 - e) Kan du forklare prosessen med hvordan tilbudet om en etterlattesamtale blir registrert?
 - f) Hvordan kan vi bedre fange opp registreringen dersom den glipper?
 - g) Er det noen svakheter i denne rutinen?
 - h) Hvilke forbedringstiltak mener du kan gjøres ift organiseringen av etterlattesamtaler?
 - i) Hva tror du er grunnen til at det nylig ble opprettet en ressursgruppe for etterlattesamtaler?

TIL SLUTT:

Hva tror du er årsaken til at det ikke har blitt utført flere etterlattesamtaler ved avdelingen?

Vil du delta i forskningsprosjektet «Etterlattesamtaler ved en intensivavdeling»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få sykepleieres erfaringer rundt etterlattesamtaler ved Medisinsk Intensiv Avdeling Ullevål. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet inngår i en matergradsstudie ved Universitetet i Sørøst-Norge. Formålet med studien er å undersøke hvorfor det er utført så få etterlattesamtaler ved Medisinsk Intensiv Avdeling Ullevål. For å få svar på forskningsspørsmålet så ønsker vi å invitere deg til å delta på et individuelt intervju.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Dette studiet har som mål å få åtte sykepleieres erfaringer med etterlattesamtaler ved Medisinsk Intensiv Avdeling. Kriterier for utvalget av deltagere vil derfor være sykepleiere som har vært fast ansatt ved Medisinsk Intensiv Avdeling Ullevål i fulltid siden ordningen med etterlattesamtaler ble innført. Målet er å få et utvalg av deltakere der begge kjønn er representert, ulike aldersgrupper og ulik ansiennitet. Grunnen til dette utvalget er å få med flest mulig ulike erfaringer og vurderinger for å belyse problemstillingen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i studien innebærer det at vi avtaler sted og tidspunkt for å gjennomføre et individuelt intervju. Vi ønsker 8 deltakere fra Medisinsk Intensiv Avdeling Ullevål. Eneste personlige bakgrunnsinformasjon som vil bli innhentet er kjønn, alder, utdanning og ansiennitet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydopptak, og vil ikke vare mer enn 1 time. Etter intervjuet vil disse bli skrevet ut i papirversjon og aidentifisert. Intervjuene vil deretter bli slettet når studien avsluttes. Det vil ikke fremkomme noe informasjon i studien som vil avsløre identiteten til deltakerne.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun prosjektansvarlig student Per-Christian Nguyen og prosjektansvarlig veileder Aud Johannessen ved Universitetet i Sørøst-Norge som vil ha tilgang til materialet som samles inn. Hvert intervju vil umiddelbart bli overført til egen passordbeskyttet datamaskin. Dataene vil der bli lagret under en egen lese- og skrivebeskyttet mappe. Etter transkribering av intervjuene vil dataen bli slettet. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene som vil publiseres. Alle eventuelle sitat vil være anonymisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. mai 2020. Personopplysninger som navn og kontaktinformasjon vil bli slettet ved prosjektets avslutning.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
å få rettet personopplysninger om deg,
få slettet personopplysninger om deg,

få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Universitetet i Sørøst-Norge ved prosjektansvarlig student Per-Christian Nguyen på e-post per-christian-nguyen@hotmail.com eller telefon: 99 22 45 52

Universitetet i Sørøst-Norge ved prosjektansvarlig veileder Aud Johannessen på e-post aud.johannessen@usn.no eller telefon: 97 54 79 79

Vårt personvernombud er Paal Are Solberg, og han kan kontaktes hvis du har spørsmål om personvern på e-post personvernombud@usn.no

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

Aud Johannessen

Per-Christian Nguyen

Prosjektansvarlig
(Professor/veileder)

Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Etterlattesamtaler ved Medisinsk Intensiv Avdeling Ullevål», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i dybdeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet 15. mai 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Forespørsel til seksjonsleder ved Medisinsk Intensiv Ullevål

Henvendelsen gjelder ønske om å få tillatelse til å utføre intervju med sykepleiere som del av et forskningsprosjekt hvor formålet er å få sykepleieres erfaringer rundt etterlattesamtaler ved Medisinsk Intensiv Avdeling Ullevål. I tillegg ønskes det å innhente data om antall dødsfall i 2018 og antall etterlattesamtaler som ble utført i 2018 som bakgrunnsopplysninger for studien.

Formål

Prosjektet inngår i en mastergradsstudie ved Universitetet i Sørøst-Norge. Formålet med studien er å undersøke hvorfor det er utført så få etterlattesamtaler ved Medisinsk Intensiv Avdeling Ullevål. Studien vil intervju 8 sykepleiere for å få deres erfaringer med etterlattesamtaler.

Hva innebærer dette for avdelingen?

Studien vil fokusere på sykepleiernes erfaringer av etterlattesamtaler som en del av arbeidsoppgavene. Hovedtemaene som fremkommer i intervjuene vil kategoriseres, og det vil bli gjort en helhetlig analyse av disse. Målet er å sette lys på sterke og svake sider med ordningen slik som det oppleves fra de involverte sykepleieres synspunkt, og eventuelle forbedringspotensial vil fremheves. Avdelingen vil få tilgang til Masteroppgaven etter at den er fullført og godkjent.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for prosjektet.

Hvem skal delta?

Denne studien har som mål å få 8 sykepleieres erfaringer med etterlattesamtaler ved Medisinsk Intensiv Avdeling Ullevål. Kriterier for utvalget av deltagere vil derfor være sykepleiere som har vært fast ansatt ved Medisinsk Intensiv Avdeling i fulltid siden ordningen med etterlattesamtaler ble innført.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. De som velger å delta, kan når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger vil bli anonymisert og bli behandlet konfidensielt i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun prosjektansvarlig student Per-Christian Nguyen og prosjektansvarlig veileder Aud Johannessen ved Universitetet i Sørøst-Norge som vil ha tilgang til materialet som samles inn.
- Hvert intervju vil umiddelbart bli overført til egen passordbeskyttet datamaskin. Dataene vil der bli lagret under en egen lese- og skrivebeskyttet mappe. Etter transkribering av intervjuene vil dataen bli slettet. Det vil ikke være mulig å identifisere deltakerne i resultatene som vil publiseres. Alle eventuelle sitat vil være anonymisert.

Hva skjer med opplysningene når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15. mai 2020. Personopplysninger som navn og kontakinformasjon vil bli slettet ved prosjektets avslutning.


Har du spørsmål om studien?

Hvis du har spørsmål rundt studien, ta kontakt med:

- Universitetet i Sørøst-Norge ved prosjektansvarlig student Per-Christian Nguyen på e-post per-christian-nguyen@hotmail.com eller telefon: 99 22 45 52
- Universitetet i Sørøst-Norge ved prosjektansvarlig veileder Aud Johannessen på e-post aud.johannessen@usn.no eller telefon: 97 54 79 79

Med vennlig hilsen

Per-Christian Nguyen



Intensivsykepleier
Ullevål Universitetssykehus

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Etterlattesamtaler ved Medisinsk Intensiv Avdeling Ullevål». Jeg samtykker herved forespørselen beskrevet ovenfor.

Katharina Lunde, 24.04.19.

(Signeres av seksjonsleder, dato)

Vedlegg 5: Godkjenning fra Norsk Senter for Forskningsdata



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Etterlatesamtaler ved Medisinsk Intensiv Avdeling Ullevål

Referansenummer

504847

Registrert

26.04.2019 av Per-Christian Nguyen - 214054@student.usn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Aud Johannessen, aud.johannessen@usn.no, tlf: 97547979

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Per-Christian Nguyen, per-christian-nguyen@hotmail.com, tlf: 99224552

Prosjektperiode

01.08.2019 - 15.05.2020

Status

16.05.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

16.05.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 16.05.2019 med vedlegg. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD

ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2020. **LOVLIG GRUNNLAG** Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. **PERSONVERNPRINSIPPER** NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. **FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER** NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. **OPPFØLGING AV PROSJEKTET** NSD vil følge opp underveis og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Ina Nepstad Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)