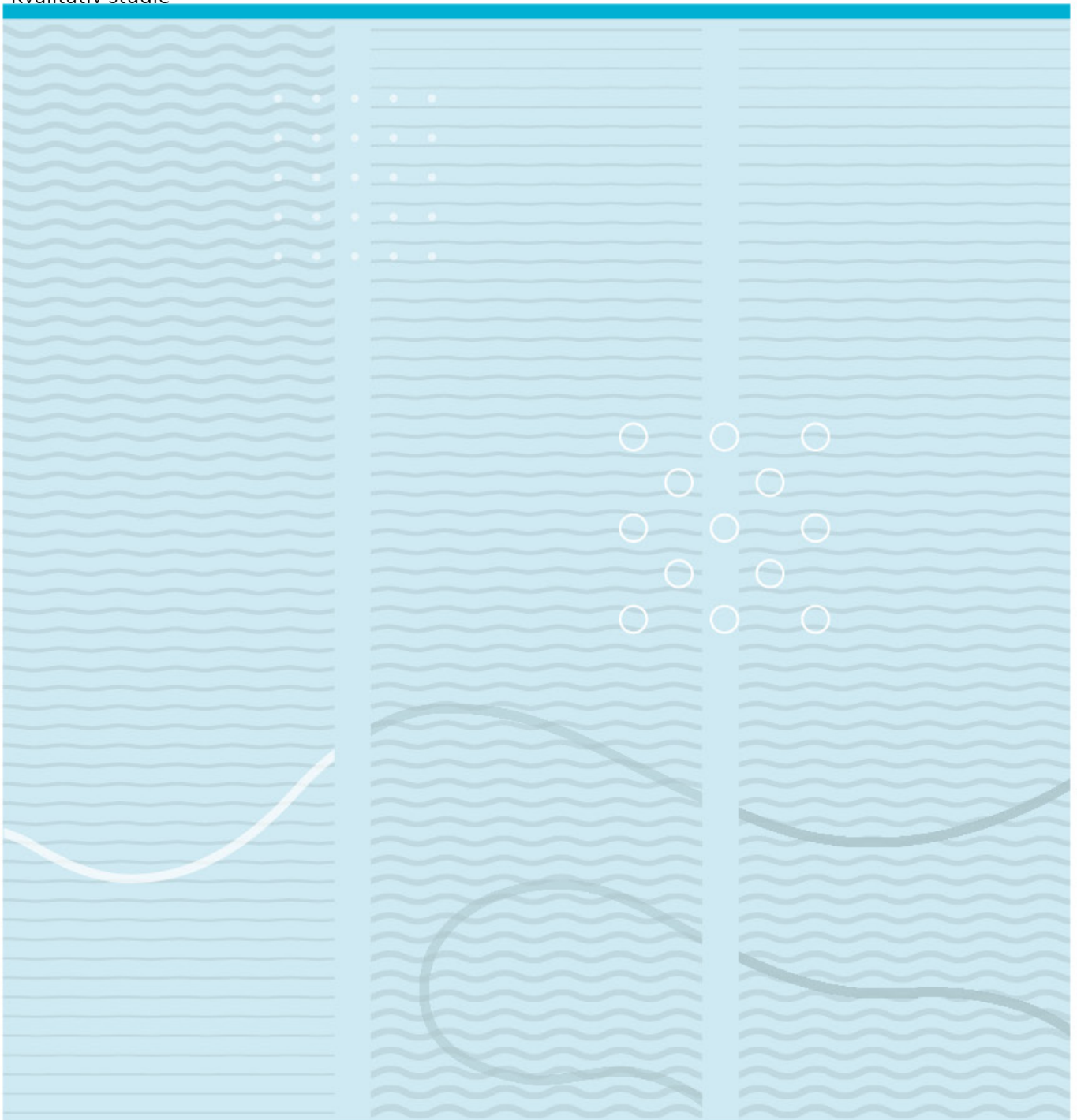


Lindsay Marker Østvold og Synne Samuelsen

Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med debriefing?

Kvalitativ studie



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

<http://www.usn.no>

© 2021 Lindsay Marker Østvold og Synne Samuelsen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Tittel: «Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med debriefing?».

Introduksjon: Debriefing slik begrepet benyttes i denne studien, vil si en evaluering som utføres i etterkant av en hendelse. Evaluering har som mål å forebygge eller redusere psykiske påkjenninger hos intensivsykepleiere i etterkant av alvorlige hendelser.

Hensikt: Studiens hensikt er å beskrive hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med å delta i debriefinger.

Metode: En kvalitativ studie med gruppeintervjuer, der funn analyseres og følger Graneheim og Lundman sin metodikk. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide med eksplorerende design. Til sammen syv intensivsykepleiere fordelt på et pilotintervju og et fokusgruppeintervju, fra en intensivavdeling i Helse Sør-Øst deltok. Intervjuene ble gjennomført januar 2021.

Resultater: Analysen identifiserte to temaer: udekket behov og rom for samtale. Hvert tema illustreres av to og tre kategorier. Fem av sju informanter hadde deltatt i en form for debriefing. Studien viser at intensivsykepleierne generelt hadde gode opplevelser med debriefing, men at det foregår i liten grad. Defusing blir hyppig brukt ved å ha samtaler imellom kollegaer.

Konklusjon: Debriefing ble ansett som nyttig til forbedring av sine faglige kunnskaper, så vel som å bearbeide emosjonelle påkjenninger. Godt arbeidsmiljø er viktig for å kunne dele hendelser man har opplevd. Informantene ønsket at kollegastøtteordningen skulle være et tilbud internt, og et supplement til et eksternt debriefingsteam. Tiltak som implementering av en prosedyre i praksis, kan underlette arbeid, forebygge slitasje av intensivsykepleiernes psykiske helse og belastning i yrket.

Abstract

Title: «Which experiences with debriefing do intensive care nurses have?».

Introduction: The term debriefing used in this study means an evaluation carried out after an event. The aim is to prevent or reduce intensive care nurses' psychological strain in the aftermath of serious incidents.

Purpose: The purpose of the study is to describe the experiences of the intensive care nurses' from their participating in debriefings.

Method: A qualitative study, with group interviews where findings are analyzed and follow Graneheim and Lundman's methodology. A semi-structured interview guide with an exploratory design was used. A total of seven intensive care nurses participated, divided between a pilot interview and a focus group interview, from an intensive care unit in The South-East Regional Health Authority participated. The interviews were conducted in January 2021.

Results: The content analysis identified two topics: unmet needs and room for conversation. Each topic is illustrated by two and three categories. Five out of seven informants had participated in some form of debriefing. Those who had participated in a debrief were left with a good experience. However, debriefing takes place to a small extent. Defusing is frequently used by having conversations with colleagues.

Conclusions: Debriefing was considered as useful when improving professional knowledge, as well as in processing emotional strain. In order to be able to share experiences from incidents, a good work environment is important. The informants wanted organised colleague support as an offer internally, and as an addition to an external debriefing team. When implementing a procedure in practice, it can also support the work of intensive care nurses, preventing the wear and tear of intensive care nurses' mental health and strain in the profession.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Innholdsfortegnelse	4
Forord	6
1 Innledning	7
2 Kontekstuelteoretisk rammeverk og forskning	9
2.1 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse	9
2.2 Litteratursøk	9
2.3 Debriefing	10
2.4 Critical Incident Stress Management – CISM	12
2.4.1 Critical Incident Stress Debriefing – CISD	12
2.4.2 Defusing	13
2.5 Kollegastøtte	14
2.6 Moralsk nød og stress	15
2.6.1 Utbrenthet	17
3 Metode	20
3.1 Utvalg	20
3.2 Innsamling av data	20
3.3 Analyse	22
3.4 Troverdighet	25
3.5 Forskningsetiske vurderinger	26
4 Resultater	28
4.1 Rom for samtale	29
4.1.1 Emosjonell påkjenning	30
4.1.2 Inntrykk og bekreftelse	32
4.1.3 Erfaring og ulikheter	34
4.2 Udekket behov	36
4.2.1 Miljø og struktur	36
4.2.2 Læring	39
5 Diskusjon	40
5.1 Arbeidsmiljø og struktur	40

5.2	Omsorg for kollegaer	41
5.3	Å ivareta intensivsykepleieren	42
5.4	Kollegastøtte - et støttetiltak for intensivsykepleiere	43
5.5	Veien fra defusing til debriefing	44
5.6	Læring og forbedring	46
5.7	Metodediskusjon	47
6	Konklusjon	50
7	Litteraturliste	52
8	Vedlegg	55
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkerklæring	55
	Vedlegg 2: Godkjenning leder lokalt	57
	Vedlegg 3: Godkjenning NSD	58

Forord

Denne studien er utført i forbindelse med masterstudiet i intensivsykepleie ved Universitetet i Sørøst - Norge.

Vi vil først og fremst takke vår veileder Siv Karlsson Stafseth. Hun har vært rask til å besvare våre henvendelser, noe som har gjort det mulig for oss å kunne gjennomføre denne masteren til normert tid. Tilbakemeldingene hun har gitt oss underveis har virkelig vært veiledning av ypperste klasse, og har hver gang gitt oss motivasjon til å stå på videre i vårt arbeid.

Vi vil også takke informantene som har gjort denne studien mulig. Deres bidrag har vært meget verdifullt. Vi vil takke avdelingen som har bidratt med rekruttering av informanter til studien.

Vår medstudent Bente Meyer Kristiansen fortjener en takk for å holde ut med oss i mange av våre felles skrive timer. Vi satt pris på at vår kollega Klaus S. Tvedt ønsket å være behjelpelig med korrekturlesning. Takk for gode innspill.

Til slutt vil vi takke familie, venner, medstudenter og kollegaer som har bidratt til diskusjon og støtte rundt temaet.

Skien, 28.mai 2021

Lindsay Marker Østvold og Synne Samuelsen

1 Innledning

Studenter i utdanning, her spesifikt i master i intensivsykepleie, oppfordres til å stille spørsmål, søke kunnskap, vurdere og observere hendelser. Hvordan man som student med veileder og nå ferdig intensivsykepleiere, kan håndtere vanskelige avgjørelser og situasjoner, er avgjørende for profesjonell utvikling, og ikke minst for at man velger å fortsette i yrket. Veiledning kan også være å få delta i en organisert samtale i en gruppe, slik som i en debriefing.

Debriefing kan defineres som et organisert og strukturert møte i en gruppe etter en akutt og uforutsett hendelse, eller etter en situasjon som i stor grad har påvirket emosjonelt. Debriefing gjøres de første dagene etter hendelsen. Et møte samme dag defineres som defusing (Dyregrov, 2002). Psykologisk debriefing omhandler en strukturert form for debriefing (CISD - modellen) (Dyregrov, 2002). Dette vil bli beskrevet nærmere i teoridelen.

Fra artikkelen til Clark og McLean (2018) fremkommer det at sykepleiere har et behov for å forbedre seg personlig og profesjonelt. Personlig behov kan være å uttrykke følelser og validere en situasjon, for å redusere stressnivået og reaksjoner etter en hendelse. Profesjonelt behov vil omhandle det å lære og utvikle seg faglig etter erfaringer fra akutte hendelser.

Intensivsykepleiere kan stå i situasjoner som er nødvendige å delta i, hvor vanskelige avgjørelser tas i raskt tempo. Intensivsykepleiere skal jobbe etter arbeidsmiljølovens generelle krav til arbeidsmiljøet. Denne viser til at arbeidsmiljøet skal tilrettelegges for å forebygge skader og sykdom. Faktorer som sikrer arbeidstakerens fysiske og psykiske helse skal vurderes forsvarlig (Arbeidsmiljøloven, 2005 § 4.1). Derfor kan denne studien være viktig for å fremme intensivsykepleieres behov for debriefing, øke kompetanse rundt temaet og dermed ivareta intensivsykepleiere, for at de skal fortsette i yrke.

Bakgrunnen for valget av temaet debriefing og intensivsykepleiere på en intensivavdeling, er at det en dag, på kort varsel, ble meldt et kritisk sykt barn til intensivavdelingen. Mange intensivsykepleiere og leger jobbet iherdig med barnet, men det fallerte fort med alvorlig infeksjon og påfølgende multiorgansvikt. Det oppstod en meget hektisk situasjon. Det ble jobbet i fire intense timer før barnet ble fløyet til et sentralt sykehus. I etterkant av hendelsen opplevde flere av de involverte intensivsykepleierne et behov for debriefing. En erfaren intensivsykepleier forsøkte å

finne ut hvordan man skulle få til en debriefing, men fant ingen prosedyrer eller retningslinjer for hvordan man skulle gå fram, eller for hvordan den eventuelt skulle gjennomføres.

Med en forforståelse som nyutdannede intensivsykepleiere har vi fått innblikk i hverdagen til intensivsykepleiere, problemstillinger og alvorlige hendelser som kan skje på en intensivavdeling. Vår erfaring med debriefing er minimal. Vår kjennskap til debriefing var at det ble brukt i politiet og militæret, men ikke var benyttet for intensivsykepleiere. Forforståelse for at debriefing er omfattende og behøver en struktur, var ikke kjent. Ordet defusing var ukjent fra før. Hendelsen som beskrives over (med det syke barnet) skjedde mens vi var under utdanning som intensivsykepleiere på en intensivavdeling. Den gjorde inntrykk og var noe vi ville fordype oss mer i, og ble til slutt temaet for masterstudien vår.

Intensivsykepleiere står i mange tøffe og vanskelige situasjoner. Ofte kan det der og da føles kaotisk, og man kan i ettertid undre seg over om det de gjorde var nok for pasienten. Vi ble nysgjerrige på å finne ut av hvilke erfaringer intensivsykepleiere egentlig sitter med, når det kommer til debriefing. Er det i det hele tatt et tilbud som eksisterer?

For å besvare problemstillingen er det valgt en kvalitativ tilnærming med fokusgruppeintervju av intensivsykepleiere. Studiens hensikt er å belyse hva debriefing er og hvilke erfaringer våre kollegaer har med debriefing, men også hvilke rammer som bør ligge til grunn for å kunne gjennomføre en debriefing. Det ble utarbeidet en problemstilling:

«Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med debriefing?».

2 Kontekstuell teoretisk rammeverk og forskning

I dette kapitlet belyses intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse, forskning og kontekstuell ramme med bakgrunn i hva debriefing er. Hvordan debriefing gjennomføres, hva som ligger til grunn for at behovet for debriefing oppstår, og hva som finnes av alternativer til debriefing med kollegastøtte, defusing, moralsk nød og stress, samt utbrenthet. For å avgrense studien er det valgt kun to elementer fra Mitchell & Everly (2001) sitt multikomponente kriseintervensjonssystem; Critical Incident Stress Management (CISM). De to elementene fra CISM som er valgt er Critical Incident Stress Debriefing (CISD) og defusing. Begrepet debriefing etter simulering (og effekten av dette) har vi valgt å utelukke da det ikke inngår i vår hensikt.

2.1 Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse

I intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse beskrives det at intensivsykepleieren skal inneha kompetanse innen kritisk refleksjon og etisk bevissthet. Intensivsykepleieren skal også igangsette og ta ansvar for tiltak som gir kvalitetsforbedring og fagutvikling (NSFLIS, 2017). Gjennom å benytte debriefing som metode i arbeidslivet kan dette øke intensivsykepleierens faglige kompetanse. Dette kan ses i sammenheng med artikkelen til Clark & McLean (2018), hvor debriefing bidro til å øke sykepleierens faglige kompetanse.

2.2 Litteratursøk

I begynnelsen av studien ble det gjennomført litteratursøk med bibliotekar for å tilegne kunnskap om systematisk søk og tidligere forskning på området. Det ble søkt i de helsefaglige databasene CINAHL, MEDLINE, SveMed+. Det ble benyttet emneord, MeSH termer og ulike søkeord som «Critical care nursing, intensiv care nursing, crisis intervention, critical incident stress, debriefing after critical incidents, psychological debriefing, defusing». Det ble funnet flere aktuelle artikler i CINAHL og MEDLINE. Men søk i SveMed+ ga lite resultater knyttet til hovedsøkeordet debriefing. De fleste funnene ble gjort via frisøk. Referanseliste til aktuell litteratur ble gjennomgått og ytterligere artikler ble oppdaget gjennom arbeid med studien. Det er vurdert artikler på engelsk og nordiske språk. Søk fra 1983 til 2020 er inkludert.

2.3 Debriefing

Ordet debriefing blir brukt i mange sammenhenger. Men man skiller mellom operasjonell debriefing og psykologiske debriefing. En operasjonell debriefing vil si å sette fokus på å evaluere roller, funksjoner, prosedyrer og utstyr (Dyregrov, 2002).

Begrepet debriefing slik det benyttes i denne studien, vil si en evaluering som utføres i etterkant av en hendelse, hvor målsettingen er å forebygge eller redusere traumerelaterte psykiske lidelser i etterkant, dette er en psykologisk debriefing (Dyregrov, 2002).

De første dokumenterte debriefinger ble gjort under til andre verdenskrig, etter invasjonen i strendene i Normandie, i Frankrike. En amerikansk militær psykolog oppfordret de amerikanske soldatene til å snakke ut om deres erfaringer. Hans tilnærming var at de som klarte å snakke om sine erfaringer var mer oppmerksomme og mer kapable for innsats neste dag. Det ble også erfart at tilhørigheten i gruppa ble forsterket gjennom debriefing. Metoden ble senere innført for amerikanske militære styrker, når de kom tilbake fra innsats (Dyregrov, 2002; Mitchell & Everly, 2001).

I tillegg til bruken av debriefing i militære sammenhenger, ble interessen vekket for bruk i sivile sammenhenger etter flere katastrofer utover 1970-årene. Etter en australsk togkatastrofe utenfor Melbourne og to flystyrter i USA, ble metoden benyttet for innsatspersonell og politi. I Norden ble systematiske oppfølgingsmøter for innsatspersonell benyttet i siste halvdel av 1980-årene (Dyregrov, 2002).

Jeffrey T. Mitchell var den første til å beskrive denne metoden i et formalisert format (Mitchell & Everly, 2001). Gjennom årenes løp har han videreutviklet dette formatet, spesielt tilpasset redningspersonell. I 1983 lanserte han sin syvstegs modell for debriefing. Her beskriver han hvordan modellen ble benyttet for å hjelpe innsatspersonell som brannvesen og politi med flere (Dyregrov, 2002). Metoden ble opphavet til debriefing slik vi kjenner det i dag, og vil bli beskrevet grundigere i kapitlet om Critical Incident Stress Debriefing (CISD).

Studien vil omhandle psykologisk debriefing, som vil være den mest nærliggende debriefingen for intensivsykepleiere. En psykologisk debriefing er et organisert gruppemøte. Der kan deltakerne i fellesskap gjennomgå fakta, tanker, inntrykk, følelser og reaksjoner, på en strukturert måte

(Dyregrov, 2002). Dyregrov (2002) sier at hensikten med debriefingsmøter er å forhindre unødvendige ettervirkninger, normalisere deltakernes erfaring, ventilere følelser, sikre mer hjelp for de som trenger det og for bedre å forstå hvorfor andre gjorde som de gjorde. Debriefing kan også være et hjelpemiddel for å forhindre selvbebreidelse og dårlig samvittighet, og bidra til å gi nye perspektiver på hendelsen. En psykologisk debriefing kan også medvirke til mindre stigmatisering rundt det å søke mer profesjonell psykisk hjelp (Skants, 2014).

Når man skal lede psykologiske debriefingsgrupper, kreves det kompetanse i gruppeledelse og god kunnskap om gruppeprosesser (Skants, 2014). Dyregrov (2002) mener det er hensiktsmessig å være to ledere for å håndtere et debriefingsmøte. En kan da være hovedleder, mens den andre er medhjelper. Det kan fort bli for mye å holde oversikten over for en leder alene, om noen av deltakerne skulle forlate møtet. Det er viktig å påpeke at psykologisk debriefing ikke er en mirakelkur som løser alle psykososiale oppfølgingsbehov. Det er ikke en erstatning for psykoterapi, men heller en form for psykologisk førstehjelp (Dyregrov, 2002; Skants, 2014).

Kenardy (2000), professor i klinisk psykologi, har utført en Cochrane review av åtte randomiserte studier, som viser at psykologisk debriefing kan ha en negativ effekt på psykisk helse. I noen tilfeller ble det faktisk funnet at deltakere kom ut med dårligere psykisk helse etter en debriefing. Kenardy (2000) indikerer også at debriefing kan forlenge den psykiske tilhelingsprosessen, ved at man ripper opp igjen i hendelsen. Hans hypotese er at psykisk stress vil med tiden gå over, og at større traumer må bearbeides i terapi og ikke i et debriefingsmøte som varer i noen timer. Men svakheten ved disse studiene er at det ikke ble benyttet den kjente CISD- modellen (Critical Incident Stress Debriefing), men heller en tilfeldig debriefing med ukjent struktur.

For å få en debriefingsgruppe til å fungere bør det være en del elementer til stede. Det må være et ønske fra deltakerne om å delta og det er en fordel at deltakerne er motiverte. En viss struktur og reglement bør være etablert og deltakerne skal vise respekt for hverandre. Lederen må vise engasjement og ha kunnskap om reaksjoner, håndteringsressurser og gruppedynamikk. Disse aspektene bør være ivaretatt for å få gjennomført et godt debriefingsmøte (Dyregrov, 2002).

Debriefingsmøter kan være hensiktsmessig på flere måter. Blant annet vil utfallet av et debriefingsmøte kunne forhindre unødvendige ettervirkninger, stimulere til gruppesamhold og

støtte. I tillegg opprettholde motivasjon for fremtiden og fremme tankemessig «grep» om situasjonen. Et debriefingsmøte kan stimulere til følelsesmessig ventilerings rundt situasjonen, samt normalisere deltakernes erfaring og sikre mer hjelp for de som trenger det (Dyregrov, 2002).

Det finnes mange forskjellige typer for debriefing. Videre vil det bli beskrevet om Critical Incident Stress Management (CISM), som er et stort og omfattende kriseintervensjonssystem satt sammen av flere moduler.

2.4 Critical Incident Stress Management – CISM

Ifølge CISM er tanken at en god «debrifer» aldri ville låst seg til et fast system, men heller sette sammen moduler og komponenter som passer best i den gitte situasjonen. CISM er anerkjent verden over og har blitt benyttet blant annet av det amerikanske forsvaret, piloter, brannvesen, the Federal Bureau of Investigation, den australske hæren, sykehuset i Hong Kong, samt flere organisasjoner i Asia, Europa og Skandinavia, siden 1990-tallet (Mitchell & Everly, 2001).

I denne studien vil det belyses mer om to av modulene i Critical Incident Stress Management; Critical Incident Stress Debriefing (CISD) og defusing.

2.4.1 Critical Incident Stress Debriefing – CISD

Critical Incident Stress Debriefing (CISD) er en syv-trinns-modell som er underlagt Critical Incident Stress Management (CISM - modellen), presentert av Jeffrey T. Mitchell i 1983 (Mitchell & Everly, 2001). For å få best mulig effekt av debriefingen bør den gjennomføres 24- 48 timer etter hendelsen. Grunnen til at det ikke skal gå for lang tid er at jo før en får presentert at reaksjonene man opplever er normale, jo tidligere vil man kunne få troen på at en kommer tilbake til sin normale tilværelse igjen. Selv om man ønsker å ha debriefing raskt etter hendelsen kan likevel modellen bli benyttet opp mot 6-8 uker i etterkant etter hendelsen (Mitchell & Everly, 2001).

En CISD modell vil være oppbygd slik:

- Trinn 1: Introduksjon
- Trinn 2: Faktafasen
- Trinn 3: Tankefasen

- Trinn 4: Reaksjonsfasen
- Trinn 5: Symptomfasen
- Trinn 6: Læringsfasen
- Trinn 7: Tilbakeføringsfasen

Det første trinnet er en introduksjon av de som leder gruppen og hvordan debriefingen skal foregå. Her vil man forsøke å motivere deltakerne til å være aktive. I trinn to vil hendelsen bli lagt frem og presenteres med fakta. «Tankefasen» er trinn tre. Her vil alle deltakerne bli spurt om de ønsker å dele sine tanker rundt det som hendte, en etter en. Det er viktig å formidle at dette er frivillig. I fjerde trinn, som utgjør hoveddelen av CISD-modellen, handler det om reaksjoner. Her handler det om å la deltakerne få utløp for inntrykk hendelsen hadde på dem. I trinn fem går man over til å snakke om det har vært noen symptomer å bemerke etter hendelsen. Sjette trinn inkluderer symptomene som deltakerne har lagt frem i trinn fem. Her vil fokuset være at lederne forteller, eller underviser om symptomer som har oppstått, og om kroppslige prosesser knyttet til deltakernes opplevelser. I syvende og siste trinn, vil deltakerne få anledning til å stille spørsmål eller komme med noen siste uttalelser, og lederne vil oppsummere debriefingen.

En annen del av Critical Incident Stress Management (CISM) er defusing (Mitchell & Everly, 2001).

Videre i neste del vil det belyses hva en defusing er og hva den består av.

2.4.2 Defusing

Defusing er en av komponentene i CISM, og består hovedsakelig av tre faser: Det skal være en strukturert liten gruppe bestående kun av de som har vært involvert i hendelsen, defusingen skal gjennomføres etter kort tid, helst noen timer etter hendelsen, eventuelle tiltak videre skal kartlegges. I mange tilfeller kan man unngå en psykologisk debriefing ved å gjennomføre en defusing. Defusing kan være avgjørende om man har behov for å gå videre med debriefing eller ikke (Mitchell & Everly, 2001).

Mitchell og Everly (2001) har satt en tidsramme på 45 minutter for en defusing. Man kan godt si at det er en kortversjon av CISD modellen. Ved at den blir gjennomført så raskt etter hendelsen, går den ikke så dypt ned i det emosjonelle materialet som ved en debriefing. En defusing skal ha noe

struktur, men er mye mindre organisert enn en debriefing, og er dermed også mye lettere å gjennomføre.

Mens en debriefing ofte blir ledet av en som er utdannet og trent for formålet, kan en defusing gjerne ledes av erfarne kollegastøtter (Mitchell & Everly, 2001). Formålet med defusing er å få utløp for følelser og inntrykk, og lette på stress og eventuell angst som har oppstått. Det vil få i gang en diskusjon om hva som har oppstått, ofte vil en av deltakerne i hendelsen selv starte defusingen, for «å ventilere ut» hva han eller hun opplevde (Zigmont, Kappus & Sudikoff, 2011).

Dette kan, etter vår mening, være overførbart til en intensivavdeling. En intensivsykepleier jobber konsentrert når hun eller han står midt i en akutt hendelse, og når ting har roet seg ned og en senker skuldrene. Da kan man oppleve at noen starter en form for «utluftning» eller «ventilering». En hører ofte uttrykk for følelser eller visuelle inntrykk først, som for eksempel at noen sier: «Dette gikk innpå meg».

Deltakerne i en hendelse må ikke dele alle følelser, men skal få muligheten til det, dersom det er ønskelig. Moderatoren i defusingen, eller den som tar ledelsen, må konsekvent prøve å unngå at hendelsen blir analysert for tidlig, slik at alle får muligheten til å uttrykke følelsene sine først. Analyseringen av hendelsen kan komme raskt over i en debriefing (Zigmont et al., 2011).

I neste del vil vi gå nærmere inn på hvordan intensivsykepleiere kan håndtere alvorlige hendelser ulikt, og støttetiltak som kan benyttes slik som kollegastøtte.

2.5 Kollegastøtte

Ifølge Kristoffersen (2008) ble kollegastøtte først startet opp av politiet i Boston på 1950-tallet og kalt «peer-support», som kan oversettes til lekmannsstøtte. I Norge ble organisert kollegastøtte først tatt i bruk på 1990-tallet. Kollegastøtte er mest utbredt innen innsatspersonell som ambulanse, helsepersonell og politi (Kristoffersen, 2008).

Peterson, Bergström, Samuelsson, Åsberg & Nygren (2008) viser gjennom sin randomiserte kontrollerte studie med 151 helsepersonell effekten av deltakelse i en kollegastøttegruppe: bedring

i generell helse, følelsen av å ha støtte på arbeidsplassen og bedre muligheter for utvikling i arbeidet. Videre fant de fram til syv kategorier for effekten av kollegastøtte; samtale med andre i lignende situasjoner, følelse av tilhørighet, selvtillit, struktur, lindring av symptomer, adferdsendring og kunnskap.

Intensivsykepleiere kan oppleve mye stress i sitt arbeid, og følelsen av moralsk nød kan dermed oppstå og vil bli beskrevet ytterligere videre.

2.6 Moralsk nød og stress

Mennesket er et sosialt vesen. For at vi skal få bekreftet vår plass på arbeid som intensivsykepleier, er det viktig at vi blir sett av kollegaene. Og like viktig er det å få bekreftelser fra mennesker rundt oss, at de bekrefter posisjonen vår i det sosiale systemet. Det er fordi vi forstår og definerer oss i forhold til mennesker vi har rundt oss. Dette er en ubevisst, kontinuerlig prosess vi mennesker deltar i hele tiden (Skants, 2014). Når helsepersonell ikke klarer å handle som de mener er etisk rett i sitt kliniske arbeid, står de i fare for å oppleve moralsk nød. Fordi det ikke er mulig å fjerne alle etiske problemstillinger i helsevesenet, må arbeidstakerne lære å håndtere moralsk nød på måter som beskytter dem fra risiko for utbrenthet og eventuelt fra å forlate yrket (Browning & Cruz, 2018).

Reaksjonen på å miste kontroll kalles stress (Skants, 2014). Fysisk oppstår det typiske symptomer som tørr munn, hodepine, urolig mage, rask puls etc. Dette kalles stressreaksjoner. Positivt stress gjøre at man yter litt ekstra, men når stresset ikke går over etter noen minutter eller timer, kan det bli sykelig. Krisepsykiatrien kombinerer begrepene stress og traume til begrepet traumatisk stress, om den ekstreme psykiske belastningen akutte hendelser kan påføre oss. Mennesker opplever situasjoner forskjellig, selv om for eksempel to personer står i samme hendelse. Den ene personen kan føle på et stort tap av kontroll i situasjonen, mens den andre kan føle på mestring og opplevelse av kontroll. Det er fordi hjernen vår inntar forskjellige persepsjoner. Da er det viktig å understreke at ingen har rett til å definere for andre hvordan en hendelse oppleves. Her må vi ta hvert enkelt menneskes opplevelse på alvor (Skants, 2014).

En intensivavdeling har et stressende arbeidsmiljø for alle som er i avdelingen, med høy forekomst av kritisk syke pasienter med høy dødelighet, preget av etiske dilemmaer og komplekse situasjoner. Alle intensivsykepleiere har gode og dårlige dager i arbeid og i livet generelt. Det er viktig å ta hensyn til vårt eget ståsted, kunnskap og erfaring, for eksempel om en står midt i et samlivsbrudd eller har opplevd en annen belastende hendelse privat. Kanskje bør en da unngå situasjoner hvor en blir konfrontert med andre menneskers sterke følelser, og slik reduserer risikoen for å reaktivere egne følelser. Å beskytte seg selv har ingen ting med personlig styrke eller svakhet å gjøre, men dreier seg om å vite når det er klokt å trekke seg tilbake (Skants, 2014).

Det er uforutsigbart hvilke situasjoner man må kunne håndtere fra dag til dag og time til time. Intensivsykepleiere blir derfor kontinuerlig eksponert for arbeidsrelatert stress. Det kan være alt fra diskusjoner relatert til livsforlengende behandling, eller til den konstante frykten for å gjøre en fatal feil i vurderinger eller i medikamenthåndtering. Makteløsheten kan bli stor i slike situasjoner, for eksempel når man føler en må iverksette tiltak på akkord med sine egne følelser. Intensivsykepleiere blir da utsatt for å utvikle moralsk nød (Mealer & Moss, 2016).

Kälvemark, Höglund, Hansson, Westerholm & Arnetz (2004) presenterer en studie med fokusgruppeintervju som metode gjennomført i Uppsala og Stockholm. Studien belyser stress på grunn av etiske dilemmaer, som vanligvis omtales som moralsk nød; blant leger, sykepleiere, farmasøyter og sekretærer ansatt på medisinske sykehusavdelinger. Det er også situasjoner der personalet følger sine moralske beslutninger, men ved å gjøre det går imot for eksempel lovbestemmelser. Studien som omhandler moralsk nød, viser at man må fokusere mer på konteksten av etiske dilemmaer. Studien konkluderer med at arbeidsplassen må ha bedre struktur og tilby mer støtte til sine ansatte. Resultatene peker i retning av at det er behov for mer etisk kompetanse og et fora for å diskutere etiske vanskelige situasjoner på daglig basis.

Seaman, Cohen og White (2018) utførte en fransk studie om å redusere stressnivået hos arbeidstakere på intensivavdelinger. Forskerne anslo at så mange som 39 % av intensivsykepleiere lider av symptomer på posttraumatisk stresslidelse og at mange har symptomer som er forenlig med utbrenthet. Disse symptomene vil påvirke arbeidsmiljøet negativt, og kan dessuten gi redusert kvalitet på pleien til pasientene og medføre i høyere turnover på avdelingen. Det ble testet en multikomponent, pedagogisk intervensjon, og funnet at fravær og turnover etter seks måneder var

signifikant lavere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Denne studien er viktig, da den viser at symptomer på utbrenthet ikke behøver å være en konsekvens av det å være intensivsykepleier, og at det er mulig å forebygge disse symptomene ved hjelp av intervensjoner (Seaman, 2018).

2.6.1 Utbrenthet

Begrepet utbrenthet er i sin opprinnelse mer et hverdagsbegrep enn et presist vitenskapelig begrep. Den kanskje mest anvendte versjonen i forskningen er nok Maslach sin versjon av utbrenthet. Hun beskriver utbrenthet som et syndrom av emosjonell utmattelse og menneskeforakt som ofte inntreffer blant personer som arbeider med mennesker (Bang & Nilsen, 2003).

Utbrenthet blir her beskrevet som et syndrom som består av følelsesmessig utmattelse, depersonalisering og redusert personlig arbeidsprestasjon, som kan oppstå hos personer som arbeider med mennesker på en eller annen måte. Det å være følelsesmessig utmattet innebærer at en føler seg helt tom, og at en har ikke mer å gi av seg selv. En føler seg overanstrengt, og ressursene en pleide å ha er ikke lenger til stede. Når en snakker om depersonalisering vil det si at det skjer en distansering til pasientene, og også iblant til kollegaene, på en negativ og ofte ufølsom måte. Når man føler at kompetansen ikke lenger er til stede og gleden i arbeidslivet er fraværende, refererer man til en nedsatt personlig arbeidsprestasjon (Bang & Nilsen, 2003).

Utbrenthet er et syndrom som utvikler seg over tid (Roness & Matthiesen, 2002). Symptomene kan deles inn i forskjellige grupper: affektive symptomer (emosjonell utmattelse, angst, minsket emosjonell kontroll), kognitive symptomer (hjelpsløshet, dårlig selvbilde, skyldfølelse), fysiske symptomer (hodepine, kvalme, rastløshet), atferdsmessige symptomer (hyperaktivitet, økt impuls handlinger, økt inntak av stimulerende midler) og symptomer som omhandler motivasjon (skuffelse, kjedsomhet og tap av idealisme).

Utbrenthet oppstår når det er skjevfordeling mellom de kravene behandleren stiller og de mulighetene man har for å innfri dem. Det kan være omgivelsene som stiller kravene i form av mengde arbeid som skal utføres, eller det kan være personen selv som stiller for store forventninger til seg selv. Uklare mål og uklare roller bidrar også til å skape utbrenthet, og gjør at man blir usikker på sin kompetanse (Bang & Nilsen, 2003).

Maslach og Leiter (2016) fant i sin studie en klar kobling mellom mangel på kontroll og utbrenthet. De nevner at utbrenthet blant de som er ansatt i helsevesenet har en tendens til å bli rapportert på moderat til høyt nivå, og det antas generelt at utbrenthetsrisikoen i helsevesenet er høyere enn i den generelle befolkningen som er i arbeid. Overbelastning av arbeid bidrar til utbrenthet ved å tømme kapasiteten til de ansatte. Når denne typen overbelastning blir en kronisk jobbtilstand, er det liten mulighet for å hvile og gjenopprette balanse. Når imidlertid ansatte får anledning til å påvirke sin egen arbeidshverdag, gis faglig autonomi og får de ressursene som er nødvendige for å gjøre en god jobb, er det stor sannsynlighet for å oppleve jobbengasjement blant de ansatte.

I en rapport fra Staten Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) (2015) nevnes det at de største helseutfordringene i Norge, både når det gjelder omfang og kostnader i form av redusert helse, sykefravær og uførhet, er knyttet til muskel- og skjelettplager og psykiske helseplager. Seks av ti sykefraværsdagsverk skyldes muskel- og skjelettplager, og nærmere 20 % av alt sykefravær skyldes psykiske plager. I dag mangler vi mer enn 6000 sykepleiere (Brinchmann et al., 2020), og sykepleiermangelen i Norge er fortsatt økende og ifølge Statistisk Sentralbyrå (2020) vil det kunne mangle 20 000 sykepleieårsverk innen 2035, og under pandemien er etterspørselen på intensivsykepleiere spesielt prekær.

Indregard, Knardahl & Nielsen (2018) har studert sammenhengene mellom arbeidsmiljø, helse og sykefravær. Spørreskjema data fra 7758 arbeidstakere koblet til sykefravær data hentet fra NAV. Dette gjorde det mulig å studere sykefraværet til alle arbeidstakerne i året etter at de hadde svart på spørreskjema om sitt arbeidsmiljø. Indregard et al. (2018) fant blant annet ut at arbeidstakerne som har tro på at de kan håndtere en utfordrende situasjon, tåler emosjonelle belastninger bedre og i mindre grad blir utmattet. Denne studien viser med andre ord at de negative helseeffektene av emosjonelle påkjenninger kan forebygges.

Alder og erfaring tilsier at man kan ha vært gjennom kriser i livet, motgang og andre hendelser som påvirker arbeidslivet. Mens man er ung og uerfaren, er det begrenset hvor mye man har opplevd. Man blir selvfølgelig stadig påvirket og utfordret som erfaren også, men ikke på samme måten som ung og nyansatt. De unge kan være mer sårbare i begynnelsen av sin karriere, men de kan likevel ha en fordel av liten fartstid, da tap av ansikt og karriereprofil kan tenkes ikke er like stort som hos en

erfaren. De unge kan i større grad forvente at de blir påvirket, mens de erfarne derimot har vanskeligere for å vise svakheter og med å innrømme det overfor kollegaene sine, og ikke minst da til de yngre (Bang & Nilsen, 2003).

Høgbakk og Jakobsen (2019) utførte en studie med et kvalitativt design med fem semistrukturerte individuelle intervjuer, for å belyse faglige utfordringer og kompetansebehov ved en intensivavdeling. Funnene viste at det er en sterk sammenheng mellom erfaring, kompetanse, trygghet, faglig selvtillit og pasientsikkerhet når det kommer til å være forberedt og kompetent til å håndtere uforutsigbare situasjoner.

I neste del vil det beskrives hvilken metode som har blitt brukt for å besvare studiens problemstilling.

3 Metode

Denne studien har et kvalitativ eksplorerende design med fokusgruppe som metode. Kvalitativ metode egner seg for å få kunnskap om deltakernes subjektive erfaringer, tanker, opplevelser og meninger. Ved å bruke fokusgruppe som metode dro deltakerne nytte av hverandres erfaringer og kunne dermed komme med utfyllende informasjon og bidra til diskusjonen (Malterud, 2017).

3.1 Utvalg

Deltakerne til fokusgruppeintervjuene ble rekruttert fra et sykehus i Helse Sør-Øst ved hjelp av en seksjonsleder som kontaktperson på en intensivavdeling. En kontaktperson er en fordel for å kunne ivareta personvern, da forsker ikke skal ha påvirkning på selve deltakelsen, som er basert på frivillig informert samtykke (Malterud, 2012). Utvalget til fokusgruppeintervjuet ble valgt ut fra problemstillingen og formålet med studien. Inklusjonskriterier for deltakerne var intensivsykepleierutdannelse med minst to års erfaring fra en intensivavdeling. Seksjonsleder sendte ut e-post til alle ansatte med forespørsel om deltakelse og informasjonsskrivet inkludert samtykkeskjema (Vedlegg 1). Fra seksjonsleder fikk vi navnene på åtte personer som ønsket å delta. På grunn av pågående pandemi og avstandsregler for å forebygge smittespredning under intervjuet, ble det kun valgt ut seks av åtte til å delta på intervjuet i sykehusets lokaler. Grunnet stor arbeidsmengde i avdelingen, deltok kun fem av deltakerne under fokusgruppeintervjuet. Deltakerantallet gjorde det mulig for alle å komme til ordet og å få en diskusjon med dybdeforståelse av problemstillingen (Malterud, 2017). Deltakerne fikk utdelt samtykkeskjema som ble signert før intervjuet ble startet. Samtykkeskjemaet ble behandlet som sensitive opplysninger og oppbevart sikkert i et låst skap (Augestad, 2019).

3.2 Innsamling av data

Det ble brukt fokusgruppeintervju med semistrukturert intervjuguide for datasamling (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016). Intervjuguiden ble laget av begge forskerne ut fra kunnskap om debriefing, modeller og alternative metoder samt innspill fra veileder. Intervjuguiden ble testet ved å gjennomføre et pilotintervju med to deltakere. Ved å gjennomføre et pilotintervju ble intervjuguiden kontrollert om denne inneholdt gode og dekkende spørsmål for å få svar på og belyse problemstillingen (Malterud, 2017). Intervjuguiden ble revidert før gjennomføring av fokusgruppeintervjuet, og enkelte spørsmål ble lagt til for å få ytterligere dybdeforståelse

(Malterud, 2012). Intervjuene ble tatt opp via diktafon på mobiltelefonen, som ble lagret sikkert på et nettskjema utarbeidet av Universitetet i Oslo (2021). Ved bruk av diktafon ble ikke lydfilen lagret på mobiltelefonen, men sendt direkte over til nettskjemaet, der intervjuene ble lagret sikkert med innlogging av forskerne. Lydfilene ble slettet av forskerne etter innlevering av oppgaven. Ved begge intervjuene ble det benyttet to diktafoner for å være sikret at alt deltakerne sa kom med, grunnet bruk av munnbind under intervjuene (Malterud, 2012). Begge forskerne var med under intervjuene. Den ene ledet intervjuet, stilte nye spørsmål hvis samtalen stoppet opp eller rettet hvis samtalen sporet av, og den andre observerte og noterte at alle deler av intervjuguiden ble tatt med (Malterud, 2012).

Både pilotintervjuet med to deltakere og selve fokusgruppeintervjuet med fem deltakere er inkludert i studien. Utviklingen av en pågående pandemi og smittevernregler, medførte praktiske begrensninger for å gjennomføre flere intervjuer (Malterud, 2017). Intervjuene ble gjennomført i løpet av januar 2021. Materialet som ble innhentet i løpet av disse to timene med intervjuer, ble transkribert av forskerne fra tale til tekst til henholdsvis 13 og 14 A4 sider, det vil si totalt 27 sider med datamateriale.

Tabell 1: Semistrukturert intervjuguide

<p>Intervjuguide</p> <p>Gjennomføring</p> <p>Hva er debriefing for dere?</p> <p>Hvordan synes dere debriefing bør gjennomføres?</p> <p>Er det noen av dere som vil beskrive erfaringer med en akuttsituasjon der det også ble brukt debriefing i ettertid?</p> <ul style="list-style-type: none">- Når ble det startet debriefing?- Hvem tok ansvar for oppstart av debriefing?- Hvordan var strukturen/gjennomføringen av debriefingen?- Var det noen som fulgte opp i ettertid? <p>Erfaringer</p> <p>Ble behovet for debriefing dekket?</p> <p>Ønsket dere mer eller mindre?</p> <p>Har dere positive opplevelser med debriefing?</p>

Har dere negative opplevelser med debriefing?

Er det andre episoder dere kunne hatt behov for debriefing etter akutte hendelser?

- Når hadde det vært aktuelt med debriefing?

Bruker dere debriefing utenom strukturerte debriefingsmøter?

Føler dere debriefing er nyttig faglig, på hvilken måte?

- Har dere erfaring med kollegastøtte eller annen uorganisert form for debriefing?

3.3 Analyse

For å analysere intervjuene ble det brukt Graneheim og Lundman sin metode for kvalitativ innholdsanalyse. Dette er en metode som fokuserer på tema og kontekst og legger vekt på variasjoner. Det gir mulighet for å analysere manifest innhold, altså det som ble sagt og er synlige, og latent innhold, det underliggende, og tolkningsinnhold (Graneheim & Lundman, 2004).

Opptaket ble transkribert fra tale til tekst, der begge forskerne satt sammen for å få skrevet ned korrekt det deltakerne sa og delte. Pilotintervjuet ble transkribert i forkant av fokusgruppeintervjuet, og med den nye forforståelsen gikk vi til neste intervju. Lydopptakene ble gjennomgått flere ganger for kontroll av teksten, pauser og hørbare reaksjoner. For å anonymisere og skille informantene fra hverandre, ble replikkene delt inn i koder med P1-P2 for informanter fra pilotintervjuet og F1-F5 for fokusgruppeintervjuet.

Fra den transkriberte teksten ble det hentet ut meningsenheter ved å «klippe ut» delene fra intervjuene. Ved å ta ut deler av intervjuene var det mulig å finne likheter og ulikheter blant de informantene fortalte. Dette kalles de-kontekstualisering: å ta ut meningsenheter, kondensere disse og sette en kode på hver enkelt meningsenhet (Lindgren, Lundman & Graneheim, 2020). De forskjellige meningsenhetene ble deretter lagt inn i et analyseskjema. Dette skjemaet er en del av den kvalitative analysemetoden, for å trekke ut meningsinnhold og gjøre det håndterbart. Kodingen av de kondenserte meningsenhetene la grunnlaget for kategorier og temaer. Inndelingen av meningsenhetene ble deretter kondensert. Å kondensere meningsenhetene innebærer å forkorte

de meningsbærende enhetene, men å beholde kjernen av innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). Dette ble gjort hver for oss, men med samarbeid om det var kondenserte meningsenheter som var vanskelige å skille ut eller hente ut kode fra. Ved å kode ble det hentet ut både manifest innhold, det åpenbare som kommer frem i teksten og latent innhold, med en tolkning av den underliggende betydningen av innholdet (Lindgren et al., 2020). Hver enkelt kode fikk deretter en kategori, før det ble satt sammen under et tema. Dette ble gjort i samarbeid for å finne den mest passende kategorien og temaet. Kategoriene og temaene ble til under analyseprosessen, da vi kunne se sammenhenger og løfte det opp på et høyere abstraksjonsnivå. Analyseprosessen var dynamisk og gikk frem og tilbake. Noen sitater inneholder flere sammensatte meningsenheter, hvilket bidro til diskusjon om underliggende mening og tolkning. Prosessen med å sette kategori og tema på de ulike meningsbærende enhetene er en del av det å re-kontekstualisere for å tolke og sortere kodene (Lindgren et al., 2020).

Tabell 2. Eksempel på innholdsanalyse:

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Tema
«Det var ingenting etter vakta for oss på intensiven. Vi var så utslitt vi at jeg tror at vi måtte bare komme oss hjem og sove litt. Vi prata jo selvfølgelig sammen på den nattevakta. Så vi fikk på den måten ut det vertse med en gang. Men dem i akuttmottaket satt igjen. En time, jeg tror nesten alle gikk overtid og fikk snakka litt etterpå. Fikk prata litt.»	Ingenting etter vakta på intensiven. Vi var utslitt, måtte bare hjem og sove. Vi prata sammen på nattevakta. Fikk på den måten ut det verste med en gang. Akuttmottaket satt igjen en time og fikk snakka etterpå.	For slitne for debriefing	Emosjonell påkjenning	Rom for samtale

«At man snakker om det som er skjedd, eh, og sier liksom hva som man tenker om hva som ble gjort og ikke.»	Snakker om det som har skjedd og hva som man tenker ble gjort og ikke.	Snakker om avgjørelsene	Inntrykk og bekreftelse	Rom for samtale
«Tror det er viktig å ha litt sånn strukturert ramme rundt, altså la alle få muligheten til å fortelle sin situasjon hvis de ønsker da. Det er jo det at alle har jo opplevelse av episoden og for noen kan det bli mer personlig enn andre.»	Strukturerte rammer rundt, la alle få muligheten til å fortelle sin situasjon hvis de ønsker. Alle har jo opplevelse av episoden og for noen kan det bli mer personlig enn andre.	Alle får mulighet	Erfaring og ulikheter	Rom for samtale
«Så tenker jeg tidsperspektivet etterpå kan også være viktig da, fordi at det må jo ikke være for nært til selve hendelsen, for da kommer alle spørsmåla etterpå, også sitter du der og da har vi jo hatt debriefinga, jeg kan ikke bruke dette til noe, men da er det gjort da. Men hvis det er et klima i bunn som er godt og en struktur og tidsaspektet er på plass, og en til to-	Tidsperspektivet etterpå kan være viktig. Fordi det må ikke vær for nært til selve hendelsen, for da kommer alle spørsmåla etterpå. Hvis det er klima i bunn som er godt og en struktur og tidsaspektet er på plass en til to-tre dager etterpå. Det er ferskt, men ikke satt seg i gærne former.	Tidsaspektet til hendelsen	Miljø og struktur	Udekket behov

<i>tre dager etterpå, hvor det er ferskt, men ikke helt har satt seg i gærne former, så har jeg veldig tro det.»</i>				
<i>«Det er et møte for å gå igjennom situasjonen. Også hva vi kan lære av og ikke lære av. Hva som var bra og dårlig da.»</i>	Et møte for å gå igjennom situasjonen. Hva vi kan lære av og ikke. Hva som er bra og dårlig.	Lære av situasjonen	Læring	Udekket behov

3.4 Troverdighet

Ved kvalitative forskningsstudier skal troverdighet vurderes for å evaluere den enkelte studie. Begrepet troverdighet er ulikt i kvantitativ og kvalitativ forskning. I kvalitativ forskning benyttes troverdighet overordnet for begrepene pålitelighet, gyldighet og overførbarhet, for å kunne vurdere funnene i studien (Graneheim & Lundman, 2004).

Påliteligheten til studien vises gjennom åpenhet om prosessen fra innhenting av datamateriale, bearbeiding gjennom innholdsanalysen, diskusjon og konklusjoner gjort i studien (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). For å oppnå pålitelighet vises tydelige steg av prosessen gjennom behandling av datamaterialet i metodekapittelet, nøyaktigheten til behandling av informasjon fra deltakerne ved hjelp av lydopptak og nøyaktighet ved transkribering med valg av mest nøyaktig programvare for lyd kvalitet.

Gyldigheten til studien bygger ifølge Graneheim og Lundman (2004) på valg ved datainnsamlingen og at innholdsanalysen svarer på problemstillingen, herunder valg av deltakere, metodevalg, utvalgte meningsenheter og arbeidet med kategorier og temaer. Videre kan gyldigheten vurderes ved å vise til sitater og åpenhet gjennom analyseprosessen.

Utvalget og antallet deltakere er med på å belyse flere sider ved problemstillingen, og gir et innhold og mangfold for å dekke studiens hensikt. Overførbarheten vurderes ut fra deltakerutvalget, der deltakerne er intensivsykepleiere som til daglig arbeider på en intensivavdeling og har ulik erfaring med debriefing. Utvalget av deltakere hadde mellom 4 og 22 års erfaringer som intensivsykepleiere, og fem av sju deltakere hadde tidligere deltatt på en form for debriefing. Videre kan overførbarheten vurderes ut fra beskrivelsen av datainnsamlingen og analyseprosessen. Datainnsamlingen er gjort ved en mindre generell intensivavdeling ved Helse Sør-Øst, og deltakerne har erfaringer som til dels kun kan knyttes til den enkelte intensivavdeling. Overførbarheten til andre intensivavdelinger kan derfor være begrenset. Men det er først og fremst leserens egne meninger som bestemmer om det kan være overførbart (Graneheim & Lundman, 2004).

For å vurdere troverdigheten i studien er det en rekke ting som skal vurderes ved kvalitativ forskning. Valg av metode for temaet for å besvare problemstillingen, der kvalitativ forskning ble vurdert som hensiktsmessig metode for å fremme deltakernes meninger og erfaringer (Graneheim et al., 2017; Graneheim & Lundman, 2004).

Det er viktig at innholdet i en meningsenhet er rikt, men ikke for omfattende. Videre er det viktig at koder er satt riktig i kategorier. Valg av passende kategorier og temaer, vurderes ved inkludering av relevant data og ekskludering av irrelevant data. Troverdighet til studien kan ses ved likheter innenfor og forskjeller mellom kategorier, der Graneheim og Lundman (2004) viser til at enigheten mellom de to forskerne i studien, i tillegg til ekspertforsker, slik som veileder, spiller vurderinger inn. Å vise eksempler fra innholdsanalyse og sitater som resultater av studien, viser åpenhet om behandlingen av datamaterialet.

3.5 Forskningsetiske vurderinger

For å få tilgang til forskningsfeltet ble tillatelser innhentet fra gjeldende sykehus (Vedlegg 2). Deltakerne ble informert om deltakelse og gjort kjent med hva studien innebar gjennom prosjektplan og utlevering av informert samtykkeskjema (Vedlegg 1). Informert samtykke inneholder deltakerens rett til innsyn og informasjon om håndtering av materialet som fremkommer i intervjuet og retten til å trekke seg til enhver tid, dette i tråd med Helsinkideklarasjonen (Malterud, 2017; World Medical Association, 2013). Personvernet til deltakerne ble ivaretatt ved sikkert opptak og lagring av lydopptak (Universitetet i Oslo, 2021).

Materialet som ble transkribert ble anonymisert ved å endre navn til koder og endring av eventuelle dialekter til bokmål (Malterud, 2017). Lydopptak og transkribert materiale var kun tilgjengelig for forskerne og veileder. Det ble gitt godkjenning av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (2021) til gjennomføring av studien og er gitt referansenummer: 534901 (Vedlegg 3).

Studien som ble gjennomført kan ha fordeler og ulemper for deltakerne. Ved deltakelse i studien åpner deltakerne seg opp med personlige beskrivelser av opplevelser og erfaringer som kan blottlegges, dette kan medføre en belastning for dem. Som intervjuer kan det være vanskelig å skille informant fra person, da forskerne til vanlig arbeider på samme arbeidsplass som informantene. Deltakerne har også brukt av sin egen tid og ønsket å få bidra med sine erfaringer i studien.

I neste del vil resultater fra gjennomført studie bli lagt frem.

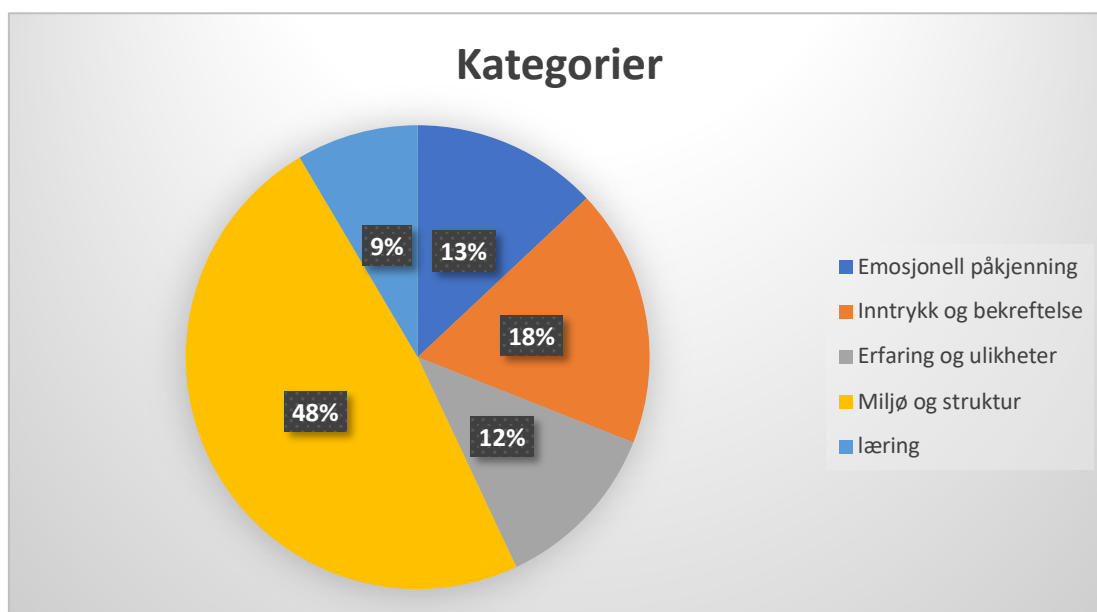
4 Resultater

I dette kapitlet presenteres det hvilke funn som har blitt gjort, etter å ha jobbet systematisk med det innholdsrike datamaterialet i innholdsanalysen, inspirert av Graneheim og Lundman (2004). Under intervjuene var gruppedynamikken positiv, ved at alle kom til ordet og flyten i samtalen førte til at informantene fikk legge frem sine meninger uten avbrytelser. Informantene supplerte hverandre ved å stille oppfølgende spørsmål og fikk støtte, der enkelte informanter hadde opplevelser som var tunge å gjenfortelle grunnet innholdet i temaet. I intervjuene kom det frem at deltakerne var uenige om hvor ofte debriefing bør gjennomføres. Dette ga diskusjon i gruppen og belyste ulike sider ved temaet. Forskerne var lite aktive muntlig under intervjusituasjonen, utover intervjuguiden valgte moderatorene å ha oppfølgingsspørsmål for å sikre hva informantene fortalte. Imidlertid var forskerne veldig søkende etter følelsesmessige reaksjoner hos informantene. Munnbind var påbudt, så alle sanser måtte iverksettes for å observere, da noen ansiktsuttrykk lett kunne bli skjult bak masken. Forskerne opplevde generelt god øyekontakt, med unntak av da deltakerne fortalte om ting som hadde påvirket dem emosjonelt. Da kunne blikket fort vende ned og vekk.

Analysefasen har vært en utfordrende og lang prosess for å komme frem til temaer og definere de meningsbærende enhetene i forskjellige kategorier. Etter å ha gått frem og tilbake i innholdsanalysen og løftet de meningsbærende enhetene opp på et høyere nivå, ble det landet på to temaer med to og tre tilhørende kategorier. «Rom for samtale» og «Udekket behov» er temaene. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) betegnes temaene som det latente innholdet. I påfølgende avsnitt om resultater vil temaene og kategoriene bli presentert. Kakediagrammet i figur 1 nedenfor gir en visuell kvantifisering av kategoriene. Hele 49 % av de meningsbærende enhetene kunne plasseres i kategorien for «Miljø og Struktur», mens «Læring» utgjorde kun 9 % av informantenes meningsbærende enheter.

Tabell 3. Oversikt over tema med respektive kategorier under som ble avdekket:

<u>Rom for samtale</u>	<u>Udekket behov</u>
Emosjonell påkjenning	Miljø og struktur
Inntrykk og bekreftelse	Læring
Erfaring og ulikheter	



Figur 1. Visuell oversikt over hvor stor prosentandel (%) kategoriene utgjør.

4.1 Rom for samtale

Dette temaet representerer intensivsykepleierens behov for utluftning på det individuelle plan. Mange av de meningsbærende enhetene kunne plasseres under dette teamet. Underveis i analyseprosessen fant vi det hensiktsmessig å dele dette temaet inn i tre kategorier: «Emosjonell påkjenning», «Inntrykk og bekreftelse» og «Erfaring og ulikheter». «Emosjonell påkjenning» beskriver den psykiske slitasjen intensivsykepleieren opplever etter en eller flere utfordrende pasientsituasjoner. «Inntrykk og bekreftelse» omhandler den delen av yrket hvor man sitter igjen med mange inntrykk, og har behov for å bearbeide disse og få bekreftelse på om det man har gjort er bra nok. «Erfaring og ulikheter» sier noe om hvor forskjellige intensivsykepleiere er som individer, og at man bærer med seg ulik erfaring gjennom livet. De tre kategoriene utdypes i egne avsnitt.

4.1.1 Emosjonell påkjenning

Intensivsykepleierne i studien opplever at de er en belastet yrkesgruppe, med mange psykiske påkjenninger. De står ofte i vanskelige situasjoner, men erfaring og opplevde hendelser gjør dem sterkere. Informantene ser at nyutdannede intensivsykepleiere kan oppleve situasjoner annerledes enn erfarne intensivsykepleiere. Nyutdannede kan for eksempel oppleve enkelte ting som mer vanskelig og gå mer personlig «inn» på dem, ettersom de ikke er like forberedt, som mer erfarne intensivsykepleiere kan være. En informant sier at det finnes måter å endre på dette:

«...at vaktansvarlig hadde litt fokus på om det hadde vært en spesiell situasjon. Det trenger ikke være så veldig spesielt heller, men hvis en nyutdanna har vært i en intuberingssituasjon, så kan det faktisk være dramatisk nok da. Til at vaktansvarlig da kan gå til den sykepleieren og spørre; hva syntes du om den situasjonen? Går det bra med deg? Det skal egentlig bare fem minutter til. Eh... hvis man kunne hatt litt fokus på det.. Mm, trenger ikke være så stort».
(P1)

Gjentatte sterke inntrykk og opplevelser som det ikke snakkes om, kan sette seg, forsterkes og gi reaksjoner ved neste sterke hendelse. Informantene trekker frem viktigheten av å ikke ta med seg hendelsen hjem, da de ofte kan bli liggende å tenke på situasjonen og ikke ha noen å snakke med eller dele hendelsen med hjemme:

«Vi er så mange mennesker. Vi er alle individer. Alle har forskjellige kultur med seg og familie, som man har vokst opp med og erfaring, både negative og positive, og alt dette bærer du med deg. Og derfor syns jeg, har man opplevd en hendelse og skal komme videre, på en positiv måte, man skal jo faktisk jobbe flere år til, ikke sant, og hvis man ikke får snakke ut eller bærer det med seg, så kommer den neste episoden som ligner litt, så blir vi trigga og kanskje reagerer enda sterkere da». (F3)

Det fremheves også at det er vanskelig å prate med dem hjemme om noe som har skjedd, mye på grunn av taushetsplikten, men også fordi de hjemme aldri helt kan forstå hva de står i. De kan da ha et behov for defusing eller debriefing med kollegaer, for å unngå å ta med seg hendelsen hjem.

Ofte kan intensivsykepleier snakke sammen på jobb, med kollegaer som har opplevd samme situasjon, eller har kjennskap til hva som har skjedd. De har behov for å snakke om følelser og reaksjoner som har gjort sterke inntrykk. Ved dramatiske opplevelser er det den emosjonelle biten som fester seg mest:

«Det var veldig greit å få det ut. Det var sterke inntrykk, for alle involverte. Det var det eneste jeg tenkte på etterpå ... Det var liksom så mange inntrykk som bare sitter fast ... Veldig sånn emosjonelt påvirka av det. Etter at familien hadde reist og alt det der. Jeg klarte nesten ikke prate normalt, stemmen var liksom helt skjelven. Jeg ble fritatt for alt resten av den vakta, for jeg var så påvirka av det». (F5)

En informant gjenforteller en dramatisk opplevelse, og sier under intervjuet at den fremdeles sitter i ryggmargen. Dette viser at situasjoner kan være nødvendige å jobbe videre med, men selv etter gjennomført debriefing, gjensto det mange tanker og følelser rundt hendelsen, og informanten viser til at hendelsen kanskje ikke var bearbeidet nok.

Flere av informantene sier at å skulle ha debrief etter en hendelse krever ekstra tid og krefter. Hvis debriefing blir planlagt etter en vakt, ønsker flere av informantene heller å reise hjem, grunnet at de er for trøtte og slitne. De opplever at det å skulle håndtere hendelsen og i tillegg hjelpe andre kollegaer gjennom en debriefing, blir det helt enkelt for mye.

I kategorien emosjonell påkjenning trekkes det også frem at det er viktig at intensivsykepleieren ikke tar hendelsene personlig, da dette kan føre til psykisk belastning for den enkelte. En informant beskrev den store belastningen hos en kollega og uttrykte bekymring for at denne kunne bli sykemeldt på grunn av en hendelse som ble for tøff:

«...min kollega som jeg så hadde behov for å prate seg gjennom dette her.. Dette var nok veldig dramatisk for henne, nå må jeg prøve liksom å være der for henne, slik at hun ikke blir sykemeldt i to uker, for at dette ble for tøft». (P2)

Emosjonell påkjenning er en stor del av intensivsykepleiernes hverdag. Mange hendelser vil gjøre inntrykk, intensivsykepleieren vil ha behov for å få bekreftet ulike hendelser. Neste avsnitt vil derfor handle om å bearbeide inntrykk og behovet for bekreftelse.

4.1.2 Inntrykk og bekreftelse

Informantene ga uttrykk for at man «sitter igjen» med mange tanker etter store hendelser. Tankene kan svirre rundt, og man kan være usikker på om avgjørelser som ble tatt var riktige. Enkelte informanter påpekte at debriefing da kan være til hjelp, for å få en bekreftelse på at det man har gjort i situasjonen faktisk var bra nok. Informantene beskriver flere episoder hvor man blir påvirket, og flere har vært involvert i en eller annen hendelse som fortsatt ikke er bearbeidet tilstrekkelig. De understreker da viktigheten av å bearbeide disse inntrykkene og opplevelsene. Informantene var enige om at det føltes godt etterpå når en hadde snakket om det i en debriefing. En informant skildrer en hendelse som traff ekstra sterkt slik:

«Å prate med presten ga meg på en måte litt sånn svar på hvorfor jeg reagerte som jeg gjorde. Jeg falt liksom til ro med det. Det var egentlig ganske godt å bare få det bekrefta. Det har hjelpt meg med å finne ut hva som var årsaken til at det ble så sterkt. Jeg har jo opplevd ting som er tøft på jobb, men denne traff meg i en nerve». (F4)

Informantene hadde flere utsagn om hvor ille det er å tenke at det en gjorde var feil, at det er viktig å få bekreftet av kollegaer hvordan det virkelig var. Informantene er enige om at en må prate om det og få en bekreftelse på det en gjorde var bra nok. Det kan da bli lettere å komme seg videre etter hendelsen. En informant omtalte det slik:

«Så, i hvert fall for min del så tenker jeg at alltid, var det noe jeg kunne ha gjort? Var det noe jeg ikke så? Eller var det noe jeg burde ha gjort mye tidligere? Prioriterte jeg feil? Det er jo sånne ting man sitter igjen med når en situasjon går dårlig da». (P1)

En annen informant forklarte det på denne måten:

«Jeg kunne tenke meg å bare sette meg ned med en eller annen og bare prate. Gjorde jeg noe gærent? Skulle jeg ha sittet der? Og liksom ... var det noe jeg missa?». (F2)

Informantene ga uttrykk for at den bekreftelsen de ga hverandre, er en vesentlig del av prosessen med å bearbeide krevende situasjoner mentalt. En informant beskrev en vakt som «en skikkelig drittdag», og var kommet hjem etter nattvakt med en stor skyldfølelse for noe som var utenfor informantens kontroll. En telefonsamtale fra en kollega, som fortalte at det som hendte med pasienten ikke hadde noe med avgjørelsene på den vakta å gjøre. Det beskrev informanten som veldig godt å få høre, og som var en veldig viktig bekreftelse å få.

Samtlige informanter enes om at debriefing kan gjøres uansett type hendelse eller situasjon. Det kan være etter små hendelser og etter store hendelser. Det ble sagt av en informant at det er viktig «å få lufta ut litt» selv etter mindre situasjoner. En trenger en bekreftelse på at en har gjort riktige vurderinger.

En annen historie som kom frem under intervjuet omhandlet veldig sterke visuelle og psykiske inntrykk. I dette tilfellet var det en person som var fysisk overlegen som utsatte et annet menneske for ekstrem urett. Informanten forteller, grøsser og brister noe i stemmen, nettopp fordi hendelsen ennå sitter i ryggmargen. Informanten påpekte hvor viktig det var å bearbeide og å få bekreftelse av disse opplevelsene i en debriefing, i etterkant:

«Vi skal leve med det og håndtere det». (F4)

En annen informant forteller om en annen sterk hendelse hvor et barn døde. Det var veldig sterke inntrykk med blant annet høye lyder i form av gråt og hyl fra pårørende. Slike episoder setter seg veldig fast. Der ble det også gjennomført debriefing med de som var involvert på den samme vakta. Hvor en kunne komme med spørsmål og få svar på det en lurte på, og samtidig få snakket ut om følelser. Informanten forteller at den debriefingen ble viktig, for å få en bekreftelse og en avslutning på den hendelsen.

4.1.3 Erfaring og ulikheter

Det var stor variasjon i erfaring som intensivsykepleier og erfaringer med debriefing blant deltakerne som ble intervjuet. Dette illustreres blant annet ved at informantene trekker frem forskjeller og ulikheter mellom nyutdannede og erfarne intensivsykepleiere. Mange av informantene trakk frem at det er store individuelle forskjeller i behovet for debriefing, og de pekte på at nyutdannede kan ha et større behov for å snakke ut om hendelser og behovet for debriefing. Og dermed viktigheten av at nyutdannede fikk informasjon om tilgjengelige ressurser der de kunne dele opplevelser. Flere av deltakerne mente at erfaring gjorde at man blir bedre på å håndtere situasjoner, lettere «komme seg igjennom» situasjoner og dermed har et mindre behov for å ventilere opplevelser:

«Jeg vet at jeg greier å komme meg igjennom ting lettere nå enn da jeg var yngre og nyutdanna, og ikke har noe erfaring med å stå i sånne situasjoner». (F5)

Erfaringer fra tidligere hendelser hadde gjort intensivsykepleierne mer profesjonelle med å håndtere situasjoner og gitt dem kunnskap og kompetanse til å håndtere opplevelsene. En informant ønsket et verktøy som kunne kompensere for lite erfaring:

«Du tar med deg ting hjem, du tenker, og har samtaler med folk. Det er liksom så mange ting man skal deale med, som man ikke har verktøy til å deale med, fordi du ikke har masse erfaring». (F5)

En informant sa at hvis de nyutdannede får tilbud om debriefing, rådet de kollegaene til å delta.

Informantene trakk frem at hver enkelt intensivsykepleier er forskjellig og har forskjellige erfaringer med seg inn i arbeidet med kritisk syke pasienter. Enkelte har lett for å dele opplevelser av situasjoner, mens andre holder tankene sine for seg selv. Enkelte intensivsykepleiere kjenner seg selv godt og gjenkjenner hva som kan være en utløsende faktor som gjør at de har behov for å snakke om det, mens andre ikke gjør det.

Erfaring som intensivsykepleier og personlige erfaringer fra tidligere, trekker informantene frem som forklaring på hvorfor det er ulike behov for debriefing. Men at alle reagerer forskjellig og har individuelle behov, ble og trukket fram under intervjuene. Som kollegaer var det viktig at de så

hverandre og hjalp hverandre om det var behov for det. Informantene ga inntrykk av å vise omsorg for kollegaene sine. Dette sa en informant om å passe på kollegaene:

«Jeg vet litt mer om hva jeg vil reagere på. Men jeg tror nok at hvis jeg gjør en feil, hadde jeg hatt mer behov for å prate om det. Mens hvis jeg er med i en setting, så kanskje jeg er mer påpasselig på mine kollegaer». (P2)

Uavhengig om intensivsykepleieren hadde mye eller lite erfaring fra tidligere ble det eksemplifisert med et bilde av smerte hos oppvåkningspasienter:

«..hvis noen har vondt av det, så er det noen andre som har vondt av noe annet. Begge har vondt. Det er ubehagelig for deg i den situasjonen, men ikke for meg. Derfor må vi ta en prat om det». (F4)

Informantene var tydelige på at ved en debriefing er det viktig med åpenhet for alle, at alle kom til ordet. Det ble trukket frem at debriefinger kunne være tverrfaglige og med ulike yrkesgrupper samlet:

« ..Vi hadde jo en debriefing med, det er jo hundre år siden.. presten som dro i gang med akuttteam.. Og en barnepsykolog var med blant annet med på to debriefinger med unger involvert da, da ble hun koblet inn. Sånn tverrfaglig. Som fungerte veldig bra». (F1)

Informantene påpekte viktigheten av at alle ble hørt og spurt om de hadde noe de ønsket å dele, og at ulikheten i yrkesstatus kunne påvirke samtalen. En informant forklarte det slik:

«Så vil det jo være hvis man er ulike yrkesgrupper, så vil det jo påvirke en samtale. Det sitter to overleger og to ferske sykepleiere, så vil det prege, helt sikker samtalen. Hvem som drar ordet og hvem som tørr å si noe». (P2)

Erfaring og ulikheter deles, da temaet kan bestå av forskjellige individer og yrker, men nesten alle hadde et behov for en samtale. I temaet «Udekket behov» vil dette belyses ytterligere.

4.2 Udekket behov

Dette temaet omhandler intensivsykepleierens udekkete behov når det kommer til arbeidsmiljø og omhandler den strukturelle delen av en debriefing, deres erfaringer rundt gjennomføringen og inkludert synspunkter på eventuelle mangler rundt organiseringen. Dette ble en stor kategori ettersom nesten halvparten av informantenes meningsbærende enheter (49%) kunne plasseres i denne kategorien. «Læring» vil gjengi litt av informantenes behov for faglig utbytte med tanke på debriefing. Dette var den kategorien som viste seg å ha minst fokus, med kun 9 % av de meningsbærende enhetene.

4.2.1 Miljø og struktur

Et viktig moment på intensivavdelingen er hvordan arbeidsmiljøet oppleves. Flere av informantene forteller at det må være takhøyde og åpenhet for å bearbeide hendelser og vanskelige situasjoner. En informant beskriver det slik:

«Hvis du sier du har behov for å prate, så må det være rom for dette her. Det nytter ikke å si at det har vi ikke tid til. Og samtidig ha et miljø hvor det er rom for å si litt, tenker jeg. Det rommet må vi ha». (P2)

En informant beskrev en slags omsorg for hverandre hvor en ser at kollegaen har reagert på en situasjon med å vise følelser og reaksjoner, og tenker da at kollegaen kunne hatt behov for en debriefing. Informanten gikk til leder og fortalte om situasjonen. Det endte med at leder arrangerte en umiddelbar, felles debrief, for de som var i situasjonen på den samme vakta.

Det ble nevnt at det tidligere fantes et eget tverrfaglig debriefingsteam på sykehuset som man kunne ringe til og avtale debriefing ved behov. Men dette var mange år siden, og flere hadde ikke hørt om dette før. Samtlige informanter viste enighet ved å nikke på hodet, eller komme med bekreftende små kommentarer om at dette ville være nyttig å ha tilgang til.

Under intervjuet kom det frem indikasjoner på at debriefing foregår i liten grad, og to av syv informanter hadde aldri vært med i en. Kun tre av disse syv hadde deltatt på en debriefing de følte hadde tilstrekkelig kvalitet, med god ledelse og struktur. På sykehuset der informantene arbeider, finnes det ikke noen regler, retningslinjer, føringer, veileder eller fagprosedyre som kan gi en

pekepinn på når eller hvordan en skal initiere en debriefing. Det beror på tilfeldigheter, som for eksempel hvem som er på vakt, eller om personen har kunnskap om debriefing fra før. Det er også tilfeldig om situasjoner som oppstår, blir meldt til avdelingsleder.

Det var en samlet enighet om at intensivsykepleiere er en yrkesgruppe som er utsatt for sterke opplevelser.

Under intervjuet kom det frem indikasjoner på at de som er relativt nyutdannet intensivsykepleiere opplevde det vanskelig å uttrykke behov for å kunne prate om noe. Kanskje anså de at det de hadde opplevd ikke var betydningsfull nok? Det ble fort at en målet sin situasjon opp mot en annens.

Usikkerheten som nyutdannede intensivsykepleiere takler man forskjellig, og noen er dårlige på å fremme sine behov. En informant beskrev det slik:

«De visste jo hva som hadde skjedd, men jeg hadde ikke sagt at jeg trengte noen å prate med, for der er jeg veldig dårlig». (F2)

Informantene var enige om at vaktansvarlig intensivsykepleier burde ha en større rolle i forbindelse med det å fange opp situasjoner som har skjedd, og spesielt å ta vare på nyutdannede. Det kom også frem under intervjuet at det behøvde heller ikke bare være spesielle situasjoner. For eksempel ble det sagt:

«Men en sånn intubering bare da ... som virker så enkelt. Ehm, hvis det går gærent, eller hvis det er et eller annet ... Og du føler ... ja, det kunne jeg fint gått og tenkt lenge på. Så er det det å bli fanga opp». (F2)

Fem av sju av informantene kan fortelle om debriefinger de har vært med på. De har alle en felles forståelse av at det har vært nyttig, men selve gjennomføringen var tilfeldig, både i forhold til profesjon, kunnskap og veiledningserfaring av lederen av debriefingen. I de fleste debriefinger som var gjennomført, var det legen som førte an i debriefingen. I ett tilfelle ble intensivsykepleieren oppfordret av leder til å gjennomføre debriefingen selv, uten å ha noen forkunnskaper om det:

«Nei, det som ikke er bra er at den som har hatt pasienten leder debriefinga. Fordi da blir det mye fokus på det. Mm, og ikke noe ... Jeg var jo en av de som trang den debriefinga mest». (P1)

Informantene viser en enighet om at det mangler retningslinjer for hvordan man går frem om man har behov for en debriefing. Informantene ga uttrykk for at det er flere rammer som må være tilstede for at en debriefing skal bli vellykket:

«Tror det er viktig å ha litt sånn strukturert rammer rundt, altså la alle få muligheten til å fortelle sin versjon, hvis de ønsker da. Det er jo det at alle har jo opplevelser av episoden og for noen kan det bli mer personlig enn andre». (F4)

Det ble ytret ønske om at den som skal lede debriefingen skal være faglig utdannet for akkurat det, slik at han eller hun kan føre debriefingen i riktig retning og stille de riktige spørsmålene. Flere hadde tidligere erfaring med at en ekstern part hadde vært med i samtaler, og opplevd det som nyttig. Det var enighet om at det er viktig å unngå å peke ut noen sydebukk eller å gi noen skyldfølelser. Debriefing skal ikke være noe en skal gå og grue seg for å være med på. Det ble påpekt at man skal komme styrket ut av en debrief.

Informantene var også enige om at det er nødvendig med en som fører samtalen, slik at alle får kommet til ordet. Det ble sagt at ofte er det den som er nærmest situasjonen som sier minst, mens andre mer perifere deltakere snakker mest.

Det ble sagt at debriefingsteamet som de hadde tidligere i sin tid ble erstattet med kollegastøttefunksjonen. Denne funksjonen er det imidlertid ikke alle informantene som kjenner til, og samtlige er enige om at den funksjonen bør synliggjøres mer. Det blir poengtert at hvis det er meningen at sykehuset vil at kollegastøtteordningen skal være et tilbud må den frontes og løftes opp. Men flere stiller seg undrende til at det ene skal erstatte det andre. Vil ikke en kollegastøtteordning være et supplement til et profesjonelt debriefingsteam? Kan man sammenligne disse to funksjonene? Flere av informantene får inntrykk av at kollegastøtteordning er på et mer underordnet nivå, en person man kan ta tak i om en har det tøft på jobb generelt, og ikke er knyttet opp til spesielle hendelser.

Det fremheves også at ved store ulykker, katastrofer og spesielle hendelser er det en selvfølgelighet med debriefinger, men at noen har kjent på at det er et savn ved litt mer hverdagslige hendelser, som også kan berøre en sterkt. En informant beskriver det slik:

«... har ikke opplevd ekstreme ting, men jeg har opplevd ting som jeg har reagert veldig på da ... tatt med hjem.. og, men jeg har aldri opplevd at man ... at man liksom setter seg ned og sånn ... fordi at man tenker sikkert at det er en del av hverdagen da». (F2)

Mange forskjellige ord blir under intervjuet nevnt som utluftninger; hverdagsdebriefing, minidebriefing eller en akutt samtale der og da. To informanter forteller at kollegaene er de første de snakker med, og at det da kan fanges opp om det finnes et behov for å samles til en debriefing. Det blir sagt at det kan kjennes godt at en annen ser behovet, så en slipper å føle seg dum og at en kanskje ikke var tøff nok til å håndtere situasjonen bedre.

Den siste kategorien omhandler informantenes syn på debriefing og muligheten for å bli faglig sterkere og lære av situasjonen.

4.2.2 Læring

Læring ble nevnt som et positivt moment, noe som gjør at man kan komme faglig sterkere ut av en debriefing, ved å gå igjennom en case etter hendelsen, snakke om hva som ble gjort og ikke ble gjort, og se etter forbedringspotensiale. En informant beskrev det slik:

«Det er et møte for å gå igjennom situasjonen. Også hva vi kan lære av og ikke lære av. Hva som var bra og dårlig da». (P1)

Det ble også nevnt av en informant at det er nyttig å kjapt snakke sammen med en kollega etter en hendelse om det var noe en lurte på, eller for å høre om det var noe en kunne bli bedre på. Informantene var samlet om at debriefing både var til læring, og for å gå igjennom situasjonen i seg selv.

Resultatene fra studien sammen med kontekstuellet teoretisk rammeverk og forskning vil bli diskutert under neste avsnitt.

5 Diskusjon

I dette kapitlet drøftes resultater opp mot teoretiske perspektiver og tidligere forskning på debriefing. På denne måten vil vi få muligheten til å gå i dybden og få en større forståelse for hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med debriefing, og hvilke behov som finnes. Resultatene fra studien viste at en informant som hadde deltatt på debriefing, hadde et behov for det etter en alvorlig hendelse. Men uten retningslinjer eller en prosedyre ble den ansatte selv satt som ansvarlig for å planlegge og gjennomføre debriefingen med sine kollegaer. En annen informant viste til en form for debriefing som ble gjennomført av en tilfeldig utenforstående hjelpeperson, som tok ansvar av debriefing for intensivsykepleierne. Dette medførte at debriefingen ble håndtert på en uhensiktsmessig måte og medførte større belastning på intensivsykepleierne. Enkelte informanter sa at de ikke hadde deltatt på debriefing, da dette ikke hadde blitt vurdert. Men uttrykker under intervjuet at det i ettertid kunne ha vært et behov for å bedre selvfølelsen og for å lære av hendelsen.

5.1 Arbeidsmiljø og struktur

Hele 48 % av de meningsbærende enhetene i kakediagrammet omhandler miljø og struktur ved debriefing. Viktigheten av et godt arbeidsmiljø ble understreket av informantene. Det ble sagt at det må være åpenhet og takhøyde for å kunne ventilere etter kritiske hendelser. Informantene fra intervjuet sa at de som kjente hverandre kunne se om den andre intensivsykepleieren trengte støtte. Opparbeidet tillit mellom intensivsykepleierne gjorde det også lettere å drøfte situasjonen. Haavik og Toven (2020) viser til viktigheten av å ha kunnskap om belastningene helsepersonell blir utsatt for, og det å ha et ivaretakende grunnleggende system etablert. Det å vite hva som beskytter intensivsykepleieren og vite hva som kan gi slitasje i arbeidslivet, kan være avgjørende for om intensivsykepleieren kan stå i et langt arbeidsliv. Ledere har et stort ansvar for de ansattes arbeidssituasjon og for å skape og ivareta et godt arbeidsmiljø (Haavik & Toven, 2020). Bang (2003) sier at det må være etablert en basal tillit. Det handler om at det må eksistere en følelse av at andre mennesker er til å stole på, og at de vil deg vel. Tillit sammen med etablert respekt, er også noen av elementene som må være på plass, for å få en god flyt under gjennomføring av trinnene i CISD – modellen, slik at debriefingsgruppen fungerer optimalt (Dyregrov, 2002). Artikkelen til Harvey og Tapp (2020) viste gjennom intervjuer med intensivsykepleiere som hadde opplevd arbeidsrelatert kritiske hendelser, viktigheten av kultur, kommunikasjon og tillit for å håndtere slike hendelser. De

viser videre at enkelte intensivsykepleiere kan skjule sine emosjonelle følelser for å unngå å bli latterliggjort, dømt og stigmatisert. Her kan det tenkes at det er et skille mellom nyutdannede og erfarne intensivsykepleiere i hvor lett de åpner opp om hendelser. Erfarne vil ha mer kjennskap til hverandre og opparbeidet seg tillit, mens nyansatte kanskje ennå ikke stoler på eller kjenner sine kollegaer godt nok til å være åpne om alvorlige hendelser.

5.2 Omsorg for kollegaer

Informantene nevner at usikkerheten som nyutdannede intensivsykepleiere håndterer situasjoner, hendelser og inntrykk ulikt, og at enkelte er dårlige på å fremme sine egne behov. Det ble også sagt at nyutdannede opplever mange flere tøffe situasjoner enn dem med erfaring. Nyansatte og uerfarne opplevde det vanskelig å uttrykke et behov for å kunne bearbeide emosjonelle påkjenninger. Kanskje var de redde for at situasjonen ikke var viktig nok, eller at de ikke var tøffe nok intensivsykepleiere om de uttrykte et behov for å prate? To av informantene illustrerte dette med å vise omsorg for hverandre, gjennom å fortelle om der andre kollegaer fra avdelingen, som meldte fra til leder og hvor det ble arrangert debriefing i etterkant. Man kan se at en kollega trenger å få bearbeidet en situasjon. En informant forklarte om en intensivsykepleier ble tatt ut av arbeid, etter en hendelse som påvirket personen i så stor grad at det gikk ut over arbeidet. En annen informant forklarte at det var vanskelig å sove etter nattevakt på grunn av en hendelse. Dette kan forstås som tegn på psykiske plager intensivsykepleierne opplevde etter ulike hendelser. Da var det en felles enighet om at en må stille opp for hverandre, om det så bare er en «femminutter» på gangen. En informant påpeker at det ikke skal så mye til, for å føle at en blir sett, og ofte er det nok med bare et spørsmål om hvordan det går. Det kan være vanskelig å prate med dem hjemme, for helsepersonell er tildels bundet av taushetsplikten (Helsepersonelloven, 1999 § 21), men også fordi de hjemme aldri ville ha forstått hva eller hvilke påkjenninger jobben innebærer. Hva gjør det med intensivsykepleiere om de ikke får snakket om tanker etter hendelser eller situasjoner de har stått i? Det finnes forskning på negativt stress og hvilken konsekvens det kan føre til for arbeidstageren, og spesielt hos sykepleiere. En studie fra 1990-tallet, hvor 106 sykepleiere fra to store sykehus i USA deltok, viser at negativt stress, også ofte omtalt som moralsk nød, har en negativ innvirkning på arbeidsmiljøet. Det kom frem av studien at 15 % av sykepleierne hadde forlatt stillingen sin på grunn av moralsk nød og - stress, og at noen av dem hadde forlatt yrket helt (Corley, Minick, Elswick & Jacobs, 2005). Dette er høye tall og mest sannsynlig fullt overførbart til norske forhold. En rapport fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) (2015), viser at

en undersøkelse gjort i 2013 viser at sykepleiere ligger over landsgjennomsnittet (15 %) der 17 % utgir seg for å ha psykiske plager, hvor av 7 % av disse utgjør arbeidsrelaterte psykiske plager. På spørsmål om en føler seg psykisk utmattet etter endt arbeidsdag en gang i uken eller oftere, svarer 30 % av sykepleierne bekreftende. Landsgjennomsnittet er på mindre enn på 20 %. Sett i lys av resultatene fra intervjuene, er det betimelig å spørre om disse psykiske plagene kan unngås. Går intensivsykepleiere rundt og bærer på situasjoner, hendelser og inntrykk som ikke er bearbeidet?

5.3 Å ivareta intensivsykepleieren

Resultatene fra studien viser at det må være tid og rom for samtale og diskusjon, og at det ikke alltid er noe intensivsykepleiere har i sin arbeidshverdag. For å kunne ivareta intensivsykepleiere best mulig og beskytte dem fra slitasje, er det en forutsetning at lederne og kollegaer er kjent med risikofaktorene som finnes (Haavik & Toven, 2020). Det kan eksempelvis være det å ha mye ansvar, for liten tid til å bearbeide tanker, det å jobbe alene, og det å føle at en ikke har støtte fra ledere eller kollegaer. Uten innlagt tid til restitusjon kan hjelperne bli slitne, og det kan bli vanskelig å hente seg inn igjen. I arbeidsmiljølovens § 1 (2005) står det at lovens formål er: *«Å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet».*

Informantene er enige om at intensivsykepleiere er en yrkesgruppe som er utsatt for mange sterke inntrykk og opplevelser. Det er derfor kanskje ikke realistisk å fullstendig skulle forsikre seg mot skadevirkninger, men leder har likevel et ansvar for å begrense de psykiske belastninger som måtte oppstå (Haavik & Toven, 2020). Under intervjuet ble også vaktansvarlig intensivsykepleier nevnt flere ganger, som en person som burde ha en mer definert rolle i å fange opp hendelser som skjer, og følge opp nyutdannede som kanskje står mye alene på et rom.

Resultater fra studien viser at intensivsykepleiere vurderer sitt arbeid for om de har handlet riktig eller galt i ulike situasjoner. En informant viser til prioriteringer, tiltak som ble iverksatt for sent eller tiltak som ikke ble oppfattet at skulle gjennomføres. Intensivsykepleieren tar opp hendelsen under intervjuet, som kan vise at situasjonen fremdeles ikke er ferdig bearbeidet. En annen informant viser til at avgjørelser som er tatt, er noe man skal leve med. Dette kan være gjenkjennbart med CISD – modellen sitt tredje trinn; tankefasen. Hvor hensikten i denne fasen er å

få en sammenhengende forståelse av situasjonen, bakgrunnen for avgjørelsene som er tatt og tiltak som ble gjort (Dyregrov, 2002). Funnene i studien kan også ses i sammenheng med de artiklene om moralsk nød og de etiske problemstillinger blir omtalt (Browning & Cruz, 2018; Källemark et al., 2004; Mealer & Moss, 2016). Mealer og Moss (2016) viser til at intensivsykepleiere kan måtte gå på akkord med sine egne følelser ved gjennomføring av behandling og frykten for å gjøre fatale feil, der de i etterkant har følt på en maktesløshet. Källemark et al. (2004) peker på at det må være rom for å diskutere etiske vanskelige problemstillinger på daglig basis og at kompetansen for etisk håndtering må ligge til grunn. Der etiske problemstillinger ikke kan løses på en enkel måte, må intensivsykepleiere lære å håndtere moralsk nød på en fornuftig måte (Browning & Cruz, 2018). Derfor er det viktig at intensivsykepleiere har rom for å ta opp disse problemstillingene de står i. Her kan det ses som fornuftig at debriefing kan være et alternativ for å håndtere etiske problemstillinger og forebygge moralsk nød hos intensivsykepleiere.

Det blir flere ganger under intervjuet nevnt at intensivsykepleiere ved flere anledninger bruker kollegaene sine til uformelle samtaler. Informantene fremhever også under intervjuet at det er en selvfølge med debriefing etter store ulykker og katastrofer, men at det savnes ved mindre hendelser, som også kan berøre intensivsykepleiere psykisk. Den psykiske belastningen informantene snakker om kan forstås som en emosjonell påkjenning, ettersom de kjenner det kroppslig etter opplevde hendelser. Det blir benyttet mange ulike ord: hverdagsdebriefing, avlastningssamtale, akutt debriefing der og da, minidebriefing eller utluftning. I teorien blir dette beskrevet som defusing (Dyregrov, 2002). Defusing skiller seg fra psykologisk debriefing ved at den gjennomføres samme dag, og det kan tenkes at defusing kan være et alternativ ved mindre hendelser.

5.4 Kollegastøtte - et støttetiltak for intensivsykepleiere

Et tiltak som kommer frem som funn i studien er kollegastøtte, et tiltak som er lite synlig og nesten ikke brukt. Resultater fra studien viser at informanter har opplevd hendelser som har blitt tatt opp med kollegastøtteordningen, og som har ført til debriefing i etterkant. Informantene mener at kollegastøtte ikke bør bli en erstatning ved et eventuelt behov for debriefing på arbeidsplassen med flere deltakere inkludert. Ifølge Kristoffersen (2008) er prinsippene for kollegastøtte at det bør være et tilbud med en støtteperson som er kjent på arbeidsplassen, har kjennskap til arbeidet som utføres, har tillit fra kollegaer, er tilgjengelig og som kan kontakte kollegaer som har behov for

støtte på kort varsel. Kristoffersen (2008) viser også til at kollegastøttetilbudet i mindre grad utsetter ansatte for sykeliggjøring, og at tjenesten er lite økonomisk krevende for organisasjonen. I studien til Peterson et al. (2008) kunne kollegastøttegrupper være nyttig for å lindre arbeidsrelatert stress og utbrenthet. Kollegastøttegrupper kan ifølge Peterson et al. (2008) gi økt selvtillit, følelse av tilhørighet og lindring av symptomer. Ut ifra disse prinsippene om kollegastøtteordningen kan det ses et skille, der kollegastøtte kan være et tilbud på et lavere nivå og et debriefingsteam kan være et tilbud på et høyere nivå. Det bør være mulig for intensivsykepleiere å få hjelp til å håndtere hendelser både på et lavt og et høyt nivå, men at ingen av tilbudene bør ekskluderes overfor hverandre. Valget av hvilket tilbud som skal brukes bør vurderes ut fra forskjellige behov og type hendelse som har funnet sted.

Om kollegastøtte som tilbud ble synliggjort nok, kan det tenkes som en form for defusing. Der kan intensivsykepleiere få støtte av personer som har kjennskap til feltet og arbeidsbelastningene. Der defusing (Dyregrov, 2002) handler om at de involverte samles rett etter hendelsen for å snakke om situasjonen, kan kollegastøtte være et tiltak som er lettere tilgjengelig, i en til en situasjon.

5.5 Veien fra defusing til debriefing

To av informantene forteller at kollegaene er de første de snakker med etter sterke hendelser. Det kan da også kanskje fanges opp om det er behov for å samles til noe større, for eksempel en psykologisk debriefing. Samtlige informanter savner en struktur eller noen retningslinjer å følge dersom det er behov for debriefing. Slik det er nå mener de at om det blir en debriefing avhenger helt av hvem som er på vakt, for eksempel hvilken erfaring de har og om de melder fra til nærmeste leder. Det blir fortalt at debriefing foregår i liten grad. To av informantene hadde ikke vært med i en debriefing. Men alle som hadde vært med i en debriefing hadde en felles forståelse av at det hadde vært nyttig, men at den ofte var preget av tilfeldig gjennomføring. Informantene ønsket et eksternt team som de kunne ringe til ved behov etter større hendelser. Samtidig ønsket de at kollegastøttetilbudet skulle bestå, men at dette var et tilbud som kunne være internt, for mindre hendelser og for enkeltpersoner. Det er både likheter og forskjeller i defusings- og debriefingsmøter. Forskjellene er blant annet relatert til strukturen på møtene (Dyregrov, 2002).

Det kom frem fra informantene at den som leder debriefingsmøtet bør ha en viss faglig tyngde, slik at alle kan få sagt sitt, kan føre ordet i gruppen og stille de rette spørsmålene. En av informantene

tenkte at dette bør være en ekstern part. Dette er helt i tråd med hva Dyregrov (2002) mener en psykologisk debriefing bør bestå av, og i samsvar med alle fasene i CISD modellen. Ved større debriefingsmøter bør møtet helst bestå av to ledere, slik at man ha en til å ta medansvar om noen skulle forlate møtet (Dyregrov, 2002). Dette påpekes også av Clark og McLean (2018), der det kommer frem at mangel på bevissthet og usikkerhet rundt metoden for debriefing, vansker med å finne riktig tidspunkt og uklare organisasjonsprotokoller, er momenter som hindret sykepleiere i å delta i debriefing.

Informantene som hadde vært med i en debriefing fortalte at det hadde vært tverrfaglig sammensatt, litt avhengig av hvilken situasjon de hadde vært i. Det ble nevnt flere profesjoner: legespesialister innen medisin, anestesi og barn, psykolog og barnepsykolog, prest, ledere, politi, ambulanspersonell og sykepleiere. Tverrfaglig samarbeid har en stor rolle i dagens samhandlingsprosesser, fordi det ofte er en stor kompleksitet i pasientbehandlingen, noe som krever bidrag fra ulike kunnskapsfelt og profesjonsgrupper (Schibervaag, Laugaland & Aass, 2018).

Informantene presiserte at ved en debriefing må det være en gitt struktur, slik at det er en faglig kompetent person som fører ordet, slik at noen ikke sitter igjen med en følelse av å være syndebukk. Ingen skal gå ut fra en debriefing med en dårlig følelse. Da kan det virke mot sin hensikt. Den ene informanten følte at en hendelse ikke var ferdig bearbeidet etter å ha vært med på debriefing, og det har vært flere studier som stiller seg undrende til effekten av psykologisk debriefing. Det stilles spørsmål om debriefing faktisk kan gjøre mer skade enn nytte. Kenardy (2000) refererer til et Cochrane review som viser at psykologisk debriefing ikke har noen effekt på psykisk helse. Studiene anbefalte faktisk å avskaffe obligatorisk debriefing, basert på tilfeller hvor noen av deltakerne kom ut med dårligere helse etter gjennomført debriefing. Kenardy (2000) kom frem til at det fantes flere svakheter i noen av studiene. I funnene er det blant annet blitt benyttet uhensiktsmessige debriefingsmetoder, og ikke en debriefingsmodell som er satt i system, slik som i CISD. Det blir satt spørsmåltegn ved om utfallet ville blitt annerledes om det var blitt benyttet CISD. Men det er klart at det kan gjøre vondt verre å rippe opp i situasjonen når den naturlige tilhelingsprosessen allerede har startet, uten å tilby noen terapi videre (Kenardy, 2000). Cochrane reviewet må ses med et kritisk blikk da studien er gammel og inkluderer studier som er eldre, da nyere forskning kan være endret etter dette.

5.6 Læring og forbedring

Det ble også nevnt av informantene under fokusgruppeintervjuet at det er nyttig å snakke kort sammen direkte etter hendelser, om det så er for å lære eller for å trygge en kollega på en situasjon som oppsto der og da. Under fokusgruppeintervjuet nevner flere av informantene at debriefing har et faglig moment. Man ønsker å komme faglig sterkere ut av en debriefing. De forteller at det er nyttig å sett ord på hva som ble gjort og hva som ikke ble gjort. Studien til Clark og McLean (2018) viser til to temaer som kan knyttes til intensivsykepleierens behov for debriefing etter alvorlige hendelser. Dette er «*personlige behov*» og «*profesjonelle behov*», og viser til behovet for trygghet på arbeid og muligheten til læring og forbedring av egen intensivsykepleiepraksis.

Informantene fra studien viser til at nyutdannede og uerfarne intensivsykepleiere har mindre forutsetning for å forstå at pasientsituasjoner fort kan snu. En informant viste til de erfarne kan ha opplevd slike hendelser tidligere, og kan forutse og forberede seg psykisk på raske endringer. Informantene forklarte også at hendelser som ikke var bearbeidet kunne bli belastende ved neste lignende type hendelse. Der intensivsykepleieren ikke har bearbeidet hendelser, vil tidligere erfaringer gi økt stress og usikkerhet ved neste situasjon. De fysiske og psykiske reaksjonene kan derfor bygge seg opp. Informantene viser til at bearbeiding av hendelsen vil gjøre det lettere for uerfarne å komme seg gjennom situasjonen og håndtere det til neste gang. Studien til Høgbakk og Jakobsen (2019) viser til at intensivsykepleiere tar et betydelig ansvar for at avdelingens praksis er forsvarlig. De erfarer en nær sammenheng mellom erfaring, kompetanse, trygghet, faglig selvtilit, pasientsikkerhet og kompetanseutvikling, særlig med tanke på beredskap for å håndtere uforutsigbare situasjoner. Dette kan ses i sammenheng med Yrkesetiske Retningslinjer for Sykepleiere (NSF, 2007), som viser til at den enkelte sykepleier har ansvar for å utføre arbeidet faglig, etisk og juridisk forsvarlig. I intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse refereres det til at det innebærer kompetanse innen kritisk refleksjon og etisk bevissthet (NSFLIS, 2017). Intensivsykepleiere og deres ledere er pliktig til å følge ulike lover og forskrifter. I spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a (1999) og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 (2011) står det: «*Enhver som yter helsetjenester etter denne lov, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet*». Stubberud (2018) viser også til sykepleierens indirekte pasientrettede arbeid, der kvalitetsarbeid og hvordan helsetjenester er organisert er viktig for pasienters behandlingsresultat. Her kan det tenkes at strukturert debriefing er en metode som kan styrke og/eller endre intensivsykepleierens utførelse av sitt arbeid.

Informantene ønsket å vite hvilke forbedringspotensial som foreligger etter en hendelse som har oppstått. Resultatene i studien viser at intensivsykepleierne ønsker å utføre sitt arbeid korrekt og profesjonelt, i tråd med spesialisthelsetjenesteloven (1999), helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og de yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2007). Ved å gjennomføre debriefing etter gjennomgått hendelser kan intensivsykepleieren få en forsikring på at det de gjorde var riktig eller innspill til eventuelle endringer som kan bedre pasientbehandlingen. For å trygge mestringfølelsen, sikre faglig kompetanse og øke pasientsikkerheten bør den faglige standarden hos intensivsykepleiere settes på dagsorden. Dette er også faktorer som kan bidra til å beholde og rekruttere intensivsykepleiere.

I neste del vil studiens styrker og svakheter, samt ulike vurderinger tatt i studien bli diskutert.

5.7 Metodediskusjon

Metodediskusjon vil fordeler og ulemper ved valgt metode, utvalget til studien, vår forforståelse, samt styrker og svakheter ved studien presenteres.

Valg av kvalitativ metode ble valgt på bakgrunn av problemstillingen, der vi ønsket å finne ut hvilke erfaringer intensivsykepleiere har med debriefing. Malterud (2012) viser til at fokusgruppeintervjuer kan gi kunnskap om felles erfaringer, holdninger og synspunkter til temaet. Vi ser at enkeltintervjuer kunne gitt mer detaljert informasjon om hver enkelt deltakers debriefingserfaringer, men samtidig ville man risikert å miste assosiasjoner og erfaringer som ofte kommer frem i et intervju med flere deltakere.

En svakhet ved studien er at det ikke ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer. Pilotintervjuet er inkludert i studien, der nyttig informasjon kom frem og deltakerne har skrevet under på samtykkeerklæring. Ved valget av deltakere ble det ikke spurt om de hadde deltatt på debriefing tidligere. Dette kan være en svakhet for studien, der problemstillingen viser til erfaringer intensivsykepleiere har med debriefing. Det ses likevel på som en fordel at informasjon som kom frem i intervjuene viste at deltakere som ikke hadde vært med på debriefing, hadde opplevd hendelser der de kunne hatt behov for det. Inklusjonskriteriene til studien definerte ikke om utvalget av deltakere til studien skulle være delt inn i lik mengde kvinner og menn, eller

aldersspenn. Dette kan likevel gjenspeiles i fordelingen i en intensivavdeling, der det er en skjevfordeling av kjønn, med overvekt av kvinner.

Ved gjennomføring av intervjuene ble det benyttet en semistrukturert intervjuguide, som ble utarbeidet av begge forskerne med hjelp fra veileder. Denne var ment å være åpen for at deltakerne kunne diskutere seg imellom, og i minst mulig grad bli stilt spørsmål med enkle ja- og nei-svar.

I ettertid kan det ses at det ble brukt en konsekvent bruk av ordet debriefing. Det kan ses som en svakhet ved at CISM ikke ble introdusert, eller alternative metoder forklart, slik at informantene kunne ha en viss forhåndskunnskap om temaet. Det skal også nevnes at ordet defusing ikke ble forklart, og at forskerne og deltakerne kunne ha en ulik forståelse av begrepet. Dette kan ses som en svakhet hvordan spørsmålene var formulert, da deltakerne kunne fravike temaet og da valgte moderator å ta ordet for å få deltakerne inn på temaet. Diskusjonen og svarene deltakerne ga i intervjuene ses å ha metning, men det kan i etterkant ses at det var ytterligere spørsmål som kunne ha vært stilt for å få mer dybdeforståelse. Tiden som var avsatt begrenset omfanget. En annen svakhet ved studien var at deltakerne ikke har lest resultatene før publisering.

Forforståelsen til forfatterne har en viktig rolle for hvilke resultater som legges frem i studien. Forforståelsen vår kan påvirke tolkning av resultater som kan ses negativt for studien, der vi hadde interesse av debriefing som metode og at dette ble brukt for lite for intensivsykepleiere.

At forskerne av denne studien ikke tidligere har gjennomført fokusgruppeintervjuer kan ses både som en fordel og en ulempe for studien. Å skulle intervju intensivsykepleiere som har lang erfaring og de ulike tekniske hindringer underveis, ga utfordringer underveis i arbeidet. Under intervjuene viste det seg også at forskerne ikke var tilstrekkelig forberedt på deltakernes reaksjoner og hendelser som hendte under intervjuet.

Som forskere på egen arbeidsplass har vi gjennom arbeidsplassen en relasjon til deltakerne. Det var derfor viktig for oss å vise respekt der deltakerne delte sine erfaringer og meninger om teamet. Forskerne har som oppgave at deltakerne ikke skal føle seg pliktige til å delta på intervjuene. Det ble derfor rekruttert deltakere ved hjelp av avdelingsleder. Fordelen med å ha kjennskap til

deltakerne for at deltakerne vegret seg mindre for å delta i intervjuet og dermed at mer informasjon kom frem. En ulempe kan være at deltakerne ikke ønsket å dele sensitive erfaringer. Dette kan ha en betydning ved at nyttig informasjon ikke kommer frem i studien.

Transkribering av intervjuene skulle gjennomføres i programmet Nvivo, men tekniske problemer med hakkete lyd gjorde at dette ikke ble benyttet. Intervjuene ble derfor transkribert manuelt, men der begge forskerne har nøyaktig skrevet, kontrollert og kvalitetssikret innholdet fra lyd til tekst og hvem som sa hva i intervjuene.

Etter gjennomført denne studie kan det være et forslag til videre forskning, at det gjøres en studie der man følger opp deltakere etter debriefing. En studie med individuelle dybdeintervjuer med en terapeutisk tilnærming for å få ytterligere forståelse for hva en debriefing kan bidra med.

6 Konklusjon

Problemstillingen tok utgangspunkt i å belyse intensivsykepleieres erfaringer med debriefing. Denne studien viser at informantene som hadde vært med i en debriefing satt igjen med en positiv opplevelse. Med unntak av en informant som fortalte om en debriefing hvor strukturen og erfaringen til lederen av debriefingen var fraværende. Det var enighet om at man skal kunne gå styrket ut av en debriefing, og det skal ikke være noen syndebukk. Informantene anså debriefing til læring og forbedring av sine faglige kunnskaper, så vel som bearbeide emosjonelle påkjenninger. Totalt var informantens erfaring at debriefing blir gjort i liten og varierende grad, og med ulik grad av struktur. Informantene ønsket et mer fast opplegg, det vil si mer struktur på når debriefing skulle gjøres og hvordan debriefing skulles gjennomføres. Her trekker de frem at debriefing kan gjøres etter små og store hendelser. De ønsker at det er en ekstern fagperson som styrer debriefingen, og med en viss erfaring på området. Dette er i tråd med hvordan en psykologisk debriefing bør utføres (Dyregrov, 2002).

Det blir ofte benyttet ulike former for defusing, og informantene kaller gjerne da en defusing for debriefing. Informantene benyttet defusing hyppig ved å ha samtaler imellom kollegaer. Informantene viste til at arbeidsmiljøet har en viktig rolle for å kunne dele hendelser de har opplevd og synes kan være vanskelige. Det ble lagt stor vekt på at åpenhet og tillit i arbeidsmiljøet, samt å vise omsorg for kollegaer, som et viktig moment for å kunne snakke sammen. Det var en felles enighet at man må stille opp for hverandre. Ulikt erfaringsgrunnlag gir et ulikt behov for debriefing. Kollegastøtte var et ukjent begrep for noen av informantene og det var enighet om at denne funksjonen burde bli mer fokus på, løftet opp og redefinere kollegastøtterollen. De ønsket at dette skulle være et tilbud internt, og et supplement til et ekstern debriefingsteam. Et tilbud burde ikke erstatte det andre, men være et supplement som benyttes for ulike hendelser. Kollegastøtte kan være et tilbud til enkeltpersoner. Det hadde vært nyttig å hatt et eksternt debriefingsteam som kunne kontaktes ved behov etter større hendelser.

Etter å ha gjennomført denne studien kommer det frem at intensivsykepleierne ønsker en veileder og/eller retningslinje for hvordan debriefing skal gjennomføres. Der vaktansvarligintensivsykepleier kan fange opp hendelser som har oppstått på vakta, og eventuelt rapportere det videre til nærmeste leder eller kollegastøtte. Ved implementering av en prosedyre i praksis, kan det lette

intensivsykepleiernes arbeid, forebygge slitasje av intensivsykepleiernes psykiske helse og belastning i yrket.

7 Litteraturliste

- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Augestad, P. (2019). Retningslinjer for behandling av personopplysninger i student- og forskerprosjekt ved Universitetet i Sørøst-Norge. Hentet 07.05.2020 fra <https://tinyurl.com/yyrck6ep>
- Bang, S. & Nilsen, L. (2003). *Rørt, rammet og rystet : faglig vekst gjennom veiledning.* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brinchmann, B. S. O., T. Årsvoll, Dokka, L. G., Johansen, H., Liland, B., Lyngved, K. J., Søndbø, M. H., Bakken, M.-L. Nerhus & Sagbakken, E. (2020). Den prekære sykepleiermangelen er et etisk problem. Hentet 30.04.21 fra <https://tinyurl.com/h3z8v83r>
- Browning, E. D. & Cruz, J. S. (2018). Reflective Debriefing: A Social Work Intervention Addressing Moral Distress among ICU Nurses. *J Soc Work End Life Palliat Care*, 14(1), 44-72. <https://doi.org/10.1080/15524256.2018.1437588>
- Clark, R. & McLean, C. (2018). The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 47, 78-84. <https://doi.org/http://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.009>
- Corley, M. C., Minick, P., Elswick, R. K. & Jacobs, M. (2005). Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment. *Nurs Ethics*, 12(4), 381-390. <https://doi.org/10.1191/0969733005ne809oa>
- Dyregrov, A. (2002). *Psykologisk debriefing : hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelser.* Bergen: Fagbokforl.
- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Harvey, G. & Tapp, D. M. (2020). Exploring the meaning of critical incident stress experienced by intensive care unit nurses. *Nursing inquiry*, 27(4). <https://doi.org/10.1111/nin.12365>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Høgbakk, M. L. & Jakobsen, R. (2019). Kompetanse, faglig selvtillit og pasientsikkerhet : erfart kompetansebehov hos intensivsykepleiere ved en intensivavdeling nivå 1 på et lokalsykehus. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-04-06>
- Haavik, M. & Toven, S. (2020). *Ivaretagelse av hjelpere : er vi ikke betalt for å tåle dette?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Indregard, A.-M. R., Knardahl, S. & Nielsen, M. B. (2018). Emotional Dissonance, Mental Health Complaints, and Sickness Absence Among Health- and Social Workers. The Moderating Role of Self-Efficacy. *Front Psychol*, 9, 592-592. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00592>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kenardy, J. (2000). The Current Status Of Psychological Debriefing: It May Do More Harm Than Good. *BMJ: British Medical Journal*, 321(7268), 1032-1033.

- Kristoffersen, J. I. (2008). Organisert kollegastøtte - erfaringer fra praksis. I K. Dyregrov & A. Dyregrov (Red.), *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbokforl.
- Kälvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P. & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med*, 58(6), 1075-1084. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00279-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00279-X)
- Lindgren, B.-M., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *Int J Nurs Stud*, 108, 103632-103632. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Mealer, M. & Moss, M. (2016). Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Med*, 42(10), 1615-1617. <https://doi.org/10.1007/s00134-016-4441-1>
- Mitchell, J. T. & Everly, G. S. (2001). *Critical Incident Stress Debriefing: An Operations Manual for CISD, Defusing and Other Group Crisis Intervention Services* (3. utg.). Ellicott City, Maryland: Chevron Publishing Corporation.
- Norsk senter for forskningsdata (NSD). (2021). Norsk senter for forskningsdata. Hentet fra <https://www.nsd.no/>
- NSF. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182991/seefile>
- NSFLIS. (2017). Funksjons og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3637056/10504/FUNKSJONS--OG-ANSVARSBESKRIVELSE-FOR-INTENSIVSYKEPLEIER>
- Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M. & Nygren, Å. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*, 63(5), 506-516. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04743.x>
- Roness, A. & Matthiesen, S. B. (2002). *Utbrent : krevende jobber - gode liv*. Bergen: Fagbokforl.
- Schibervaag, L., Laugalang, K. A., & Aase, K. (2018). Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet : teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Seaman, J. B. C., Taya R. White, Douglas B. (2018). Reducing the Stress on Clinicians Working in the ICU. *American Medical Association*, 320. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.14285>
- Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser : håndbok i psykososialt støttee arbeid* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten* (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61>
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2015). *Faktabok om arbeidsmiljø og helse - status og utviklingstrekk* (16, Nr. 3). Hentet fra <https://stami.no/publikasjon/faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse-2015-status-og-utviklingstrekk/>
- Statistisk Sentralbyrå. (2020). *Framskrivninger av arbeidsstyrken og sysselsettingen etter utdanning mot 2040* (2020/41). Oslo. Hentet fra https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/436239?_ts=1758cde9da8
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet : sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Universitetet i Oslo. (2021). Nettskjema. Hentet 07.05.21 fra <https://nettskjema.no/>

- World Medical Association. (2013). WMA declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects Hentet 25.04.21 fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- Zigmont, J. J., Kappus, L. J. & Sudikoff, S. N. (2011). The 3D Model of Debriefing: Defusing, Discovering, and Deepening. *Semin Perinatol*, 35(2), 52-58.
<https://doi.org/10.1053/j.semperi.2011.01.003>

8 Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet

Erfaringer med debriefing etter akutte hendelser

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å øke forståelsen for behovet av debriefing etter akutte hendelser. En debriefing er et organisert gruppemøte, der kan deltakerne i fellesskap gjennomgå fakta, tanker, inntrykk, følelser og reaksjoner på en strukturert måte etter en akutt hendelse.

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Studien er den del av et masterstudie ved Universitetet i Sør-Øst Norge.

Formålet er å beskrive erfaringer intensivsykepleierne har med debriefing etter akutte hendelser og kartlegge om det er behov for debriefing. På denne måten kan vi synliggjøre eventuelle behov for debriefing, slik at vi kan øke kompetanse rundt arbeidet med akutte hendelser. Problemstillingen er: «Hvilke erfaringer har intensivsykepleiere med debriefing etter akutte hendelser?»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Siv Stafseth (veileder USN), Lindsay Marker Østvold og Synne Samuelsen er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du er intensivsykepleier og har erfaring fra akutte hendelser.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å delta i studien vil det bli brukt fokusgruppeintervjuer med fem til åtte deltakere. Det vil være et intervju med gruppediskusjon omkring erfaringer fra deltakerne. Det vil bli tatt lydopptak under intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. 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 skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Siv Stafseth (veileder), Lindsay Marker Østvold (student) og Synne Samuelsen (student) vil ha tilgang til materialet og lydopptaket vil lagres på en sikker server. Lydfilen vil umiddelbart bli slettet etterpå. Deltakerne vil bli anonymisert og vil ikke kunne bli gjenkjent.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er juni 2021. Ved prosjektets slutt vil alle lydopptak bli slettet.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi trenger mailadressen din for å sende deg forespørsel om deltakelse og intervjuinformasjon. 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: Siv Karlsson Stafseth. Mailadresse: siv.a.stafseth@usn.no, eller på telefon: 99266142.
- Vårt personvernombud: Helle Devik Haugseter, personvernombud@sthf.no, eller på telefon: 35 00 35 00.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

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

Med vennlig hilsen

Siv Karlsson Stafseth
(Forsker/veileder)

Lindsay Marker Østvold
(Student)

Synne Samuelsen
(Student)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Erfaringer med debriefing etter akutte hendelser», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i fokusgruppeintervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Godkjenning leder lokalt

Seksjon for Intensiv – Sykehuset Telemark Helse Foretak

Fra: **** <@sthf.no>
Date: man. 2. nov. 2020 kl. 11:09
Subject: Re: Masteroppgave
To: Lindsay Marker Haraldsen <lindsayharaldsen@hotmail.com>
Cc: **** <@sthf.no>, Synne <synne@solstraale.net>

Hei. Har da snakket med . Spennende og viktig tema.
Vi fra ledelsen godkjenner da at dere gjennomfører et fokus-gruppeintervju ift deres masteroppgave.

Mvh

Avdelingsleder

Akuttmedisinsk avdeling

Vedlegg 3: Godkjenning NSD

25.5.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Erfaringer med debriefing etter akutte hendelser

Referansenummer

534901

Registrert

02.11.2020 av Synne Samuelsen - 231383@student.usn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Siv Karlsson Stafseth, siv.a.stafseth@usn.no, tlf: 99266142

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Synne Samuelsen, synne@solstraale.net, tlf: 41419870

Prosjektperiode

02.11.2020 - 01.07.2021

Status

27.11.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

27.11.2020 - 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 27.11.2020 med vedlegg. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5f9feb0f-82ce-42cb-9263-f49ed564a9b6>

1/3

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 01.07.2021.

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.

TAUSHETSPLIKT

Siden utvalget har taushetsplikt er det svært viktig at intervjuene gjennomføres på en slik måte at taushetsplikten overholdes. Intervjuer og informanter har sammen ansvar for dette, og bør innledningsvis i intervjuene drøfte hvordan dette skal håndteres. Vi minner om at informantene dine ikke kan gi opplysninger som kan identifisere en enkelt pasient eller pårørende, direkte eller indirekte. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates og at dere er forsiktige ved å bruke eksempler under intervjuene.

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 viderebehandles 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 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 eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)