



**Hvordan kan gruppeveiledning implementeres i
akuttmottak som et tiltak i å forebygge utbredthet blant
sykepleiere?**

Kandidatnummer: 20

VID vitenskapelig høgskole

Haraldsplass

Prosjektplan

Videreutdanning i akutt medisinsk sykepleie

Kull: Vår 2015

Antall ord: 5744

Dato: 31. oktober 2016

Obligatorisk erklæring

Kandidatnummer: 20
Navn på studiet: Akutt medisinsk sykepleie
Navn på eksamen: Prosjektplan i akutt medisinsk sykepleie
Innleveringsfrist: 31. oktober 2016
Antall ord: 5744

Eksempler på fusk i forbindelse med oppgaver og hjemmeeksamener:

- gjengivelse av stoff/materiale hentet fra lærebøker, andre fagbøker, tidsskrifter, egne eller andres oppgaver osv. som er framstilt uten kildehenvisning og klar markering av at det er sitater
- besvarelse eller tekst som er hentet fra internett og utgitt som egen besvarelse
- besvarelse som i sin helhet er brukt av studenten ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er brukt av en annen person ved en tidligere eksamen
- besvarelse som er utarbeidet av en annen person for studenten
- innlevert arbeid av praktisk eller kunstnerisk art som er laget av andre enn studenten selv
- samarbeid som fører til at en besvarelse i det alt vesentlige er lik en annen besvarelse til samme eksamen der det kreves individuelle besvarelser

Retningslinjer om fusk finner du her:

- lov 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 4-7 og § 4-8
- forskrift 11. desember 2015 nr. 1665 om opptak, studier, eksamen og grader ved VID vitenskapelige høyskole § 30
- retningslinjer for behandling av fusk eller forsøk på fusk ved VID vitenskapelig høyskole fastsatt 18. desember 2015.

Ved å signere med kandidatnummer erklærer jeg å være kjent med VID vitenskapelige høyskoles retningslinjer om plagiering og fusk, og at min besvarelse er i samsvar med disse bestemmelsene.

Kandidatnummer: 20

Prosjektplaner med karakteren A-B:

Jeg samtykker i at min oppgave publiseres i VID vitenskapelig høyskole åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss

Ja:

Nei:

Sammendrag

Denne prosjektplanen tar for seg utbrenthet blant sykepleiere i akuttmottak. Den tar sikte på å implementere gruppeveiledning som et forebyggende tiltak mot dette.

Det ble først gjennomført en litteraturstudie om utbrenthet blant sykepleiere, veiledning med fokus på gruppeveiledning spesielt, samt implementering. Litteraturen viser at sykepleiere er spesielt utsatt for utbrenthet. Videre viser den at veiledning og gruppeveiledning spesielt, kan virke forebyggende mot utbrenthet. Gruppeveiledning gir både lærings- og utviklingsmessig gevinst. Vellykket implementering i helsevesenet fordrer engasjement, forankring i ledelsen, evne til lokal tilpasning og tålmodighet. Ulike faktorer kan påvirke implementeringskvaliteten positivt eller negativt.

I arbeidet med prosjektplanen ble det innhentet erfarings- basert kunnskap fra fagpersoner innenfor veiledning. Denne kunnskapen viser at gruppeveiledning er viktig for å skape refleksjon, både faglig og etisk. Utfordringer knyttet til gjennomføring handler i stor grad om skiftarbeid og daglig drift.

Den andre delen beskriver prosjektets gjennomføringsplan. Innholdet er delt inn i fasene forberedelse, planlegging, gjennomføring og evaluering. De økonomiske rammene rundt prosjektet blir også kort beskrevet.

Det er et mål at prosjektet skal føre til et varig tilbud om regelmessig gruppeveiledning for sykepleiere i akuttmottak. Faktorer som har betydning for om dette lykkes, blir derfor diskutert.

Nøkkelord/keywords:

Utbrenthet/ burnout professionals, gruppeveiledning/group counseling, akuttmottak/emergency service hospital, sykepleier/nurse, implementering/implementing strategies

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
2.0 Metode	7
3.0 Litteraturgjennomgang	9
3.1 Hva er utbrenthet?	9
3.2 Hvilke risikofaktorer finner vi hos sykepleiere spesielt?.....	10
3.3 Veiledning - hva er det?	10
3.4 Gruppeveiledning spesielt.....	11
3.5 Gruppeveiledning og utbrenthet.....	12
3.6 Implementering	13
4.0 Erfaringsbasert kunnskap fra fagpersoner og eksperter	15
5.0 Prosjektets gjennomføringsplan	16
6.0 Drøftinger og vurderinger	18
6.1 Hvorfor trenger sykepleiere i akuttmottak gruppeveiledning?	18
6.2 Hva er viktig å tenke på når gruppeveiledning skal implementeres?	20
7.0 Formidling.....	23
REFERANSELISTE	24

1.0 Innledning

De fleste av Norges akuttmottak har de siste årene gjennomgått store endringer i form av ombygging, større avdelinger, økt pasientantall og økte krav til avansert behandling. Dette medfører økte krav til de sykepleierne som arbeider der. Beskrivende ord som høyt arbeidstempo, økt arbeidspress, økt krav til fleksibilitet og mye ansvar er ord man ofte hører i denne sammenhengen. Sykepleierne står hver dag ovenfor pasientsituasjoner som kan være krevende både fysisk og psykisk. Dette fører til at sykepleiere i akuttmottak kan stå i fare for å bli utbrent. Kalemoglu og Keskin (2006, s. 37) peker på at personell som arbeider i akuttmottak opplever betydelig stress grunnet høyt arbeidspress, alvorlighet i pasientkasuistikken samt krevende turnusarbeid. Epp (2012, s. 25) påpeker at sykepleiere som arbeider med akutt syke, i særlig grad er utsatt for å utvikle utbrenthet på grunn av det kroniske stresset de opplever.

På bakgrunn av denne kunnskapen synes det viktig å gi sykepleierne på disse avdelingene en arena hvor ulike tema kan tas opp på en konstruktiv måte, i den hensikt å skulle føre til økt refleksjon over egen praksis. En slik arena kan være faglig gruppeveiledning. Problemstillingen blir da som følger:

Hvordan kan gruppeveiledning implementeres i akuttmottak som et tiltak i å forebygge utbrenthet blant sykepleierne?

Jeg har valgt gruppeveiledning som tema av flere årsaker. For det første ønsker jeg å lage en prosjektplan som kan være aktuell for egen arbeidsplass. Per dags dato har min arbeidsplass kollega- støtte som eneste formelle tilbud til sykepleierne som arbeider der. Dette tilbudet er kommet i stand fra ledelsen, og er organisert slik av noen utvalgte sykepleiere fungerer som ressurspersoner i avdelingen. Disse personene kan kontaktes dersom man har situasjoner eller hendelser man ønsker å diskutere. Etter min mening er dette et tilbud som ikke er mye brukt i avdelingen, og som fremstår som lite synlig.

Hensikten med denne prosjektplanen er å gi sykepleiere i akuttmottak en arena som kan hjelpe dem til å stå bedre rustet i sin arbeidshverdag. Ved å motvirke utbrenthet blant

sykepleierene ved å gi dem en arena hvor de kan forstå seg selv og sine reaksjoner sett i forhold til andre, vil forhåpentligvis dette tiltaket føre til en kvalitetsforbedring som både kommer den enkelte sykepleier, avdelingen, samarbeidspartnere og pasienter til gode.

Nyere forskning påpeker betydningen av å se sammenheng mellom individuelle mestringsstrategier og arbeidsrelaterte faktorer (Borge, Martinsen, Hoffart og Larsen, 2001, s. 6). Grunnet oppgavens størrelse avgrensers jeg litteraturen som omhandler utbrenthet, til å gjelde arbeidsrelaterte faktorer ved temaet.

2.0 Metode

I arbeidet med denne prosjektplanen, har jeg søkt etter og analysert ulike typer skriftlige kilder. Da jeg bestemte meg for tema, startet jeg med å søke bredt i google samt google scholar for å danne meg et inntrykk av hva som fantes. Jeg brukte norske søkeord som utbrent, sykepleier, akuttmottak, implementeringsteori og gruppeveiledning til sykepleiere. For å snevre inn søket mitt til å gjelde aktuelle deler av problemstillingen, gikk jeg til helsebiblioteket.no. Her startet jeg søk i den svenske databasen Swemed+ med norske søkeord som utbrenthet, gruppeveiledning, akuttmottak, sykepleier og implementering. Ved å kombinere søkene med ordene OR og AND fikk jeg en del treff. De norske søkeordene jeg brukte gav meg også relevante engelske Mesh- termer. De engelske Mesh- termene som jeg fikk var: *burnout professionals, compassion fatigue, group counseling, group process, counseling, mentors, emergency service, hospital, nurses implementation og implementing strategies*. Disse ordene brukte jeg videre i databasene Pubmed, Cinahl, Psyk Info og Eric. Også her kombinerte jeg ordene ved hjelp av OR og AND. Jeg har skrevet ned alle søkene mine sammen med ulike kombinasjoner for å holde rede på søkeprosessen. De artiklene jeg har sett på som interessante, har jeg markert og skrevet ut. Slik har jeg sikret at jeg kunne finne tilbake til rett artikkel ved en senere anledning. Noen artikler har jeg tatt ut i papirform, lest nøye og brukt i oppgaven. Artiklenes referanselister er også blitt gjennomgått og til en viss grad brukt. Når det gjelder større dokumenter, har jeg valgt å laste dem ned i pdf- form på datamaskinen eller lese dem på nett.

I min søken etter relevante artikler og fagbøker har jeg også brukt ulike biblioteker flittig. Jeg har avtalt tid med bibliotekar som har hjulpet meg i søkeprosessen, samt hjulpet meg å ta ut aktuelle artikler fra ulike databaser. I tillegg har jeg brukt fagbøker innenfor emner som veiledning, fagutvikling, arbeidsmiljø og utbrenthet. Når det gjelder implementering har jeg brukt forelesninger, referanselister til disse samt pensumlitteratur.

For å tilegne meg erfaringsbasert kunnskap, har jeg snakket med ulike fagpersoner. Jeg har snakket med fagpersoner innenfor fagfeltet veiledning både i Bergen og i Oslo. Jeg har også snakket med ulike seksjonsledere ved somatiske avdelinger som har gjort seg erfaringer med gruppeveiledning i praksis. Her har jeg spesielt vært på søken etter hva som har fungert og hva som har vært utfordrende. Alle de involverte ble enten oppsøkt på kontoret sitt, eller tatt kontakt med på telefon. De ble grundig informert om hensikt og bakgrunn for prosjektplanen, samt informert om at deres bidrag ville bli anonymisert i oppgaven. Ledelsen

ved egen arbeidsplass har også fått innsyn i tema for oppgaven, og har kommet med positive og konstruktive innspill. Jeg har også hatt uformelle samtaler med kollegaer hvor vi har diskutert nytten av gruppeveiledning. Min forståelse etter dette, er at et slikt tilbud er etterspurt og aktuelt.

I arbeidet med litteratursøket, har jeg brukt noen artikler som direkte omhandler aspekter ved problemstillingen. Andre artikler er brukt fordi de er overførbare til arbeid i akuttmottak. Jeg har brukt både vitenskapelige artikler og fagartikler. Vel vitende om at fagartikler ikke holder vitenskapelig standard, har jeg likevel valgt å ta dem med da de belyser problemstillingen på en god måte. Jeg ser at dersom jeg hadde hatt flere systematiske oversiktsartikler, ville det ha vært en styrke for oppgaven. Det meste av litteraturen er av nyere dato, men i tro på at kruttet nødvendigvis ikke må finnes opp på nytt, har jeg også brukt litteratur som muligens vil bli sett på som av eldre dato. En begrensning for materialet jeg har funnet, kan være at jeg ikke har brukt tilstrekkelig tid på søk i de ulike databasene. For øvrig har jeg etter beste evne forsøkt å presentere oppgaven på en etisk forsvarlig måte.

3.0 Litteraturgjennomgang

3.1 Hva er utbrenthet?

Utbrenthet som begrep har eksistert i mange år, og det er lansert en rekke definisjoner og forståelsesmåter opp gjennom tidene (Matthiesen, 2002, s. 26). Matthiesen (2002, s. 29) påpeker at utbrenthet er et syndrom som utvikler seg over tid, der utbrenthet blir sett på som sluttstadiet i en nedbrytende tilpasning, altså et resultat av en langvarig ubalanse mellom krav og ressurser. Dette er i tråd med Sandahl (2011, s. 1696) som også påpeker at langvarig ubalanse mellom en persons forventninger og arbeidets karakteristikk kan lede til utbrenthet.

Falkum (2000, s. 57) presenterer i sin artikkel hvordan begrepet ble lansert av psykiateren Herbert Fredenberg i 1974. Fredenberg beskrev da hvordan en økende andel ansatte, i en alternativ helsetjeneste for samfunnets svakstilte, gradvis ble tappet for krefter. De utviklet kronisk, fysisk tretthet kombinert med følelsesmessig utmattelse, og stadig større avstand til klientene. Epp (2012, s. 25) beskriver at utbrenthet har tre nøkkelementer ved seg. Det første elementet inneholder høy grad av emosjonell utmattelse. I dette ligger det en forståelse av å være emosjonelt/følelsesmessig tappet, hvor en mangler den emosjonelle energien som er nødvendig for å utføre det som er forventet. Det andre nøkkelementet er depersonalisering. Her foreligger det en «tingliggjøring» av andre mennesker, forstått som strategier for å skape psykisk eller fysisk avstand (Epp, 2012, s.26 og Matthiesen 2002, s. 30). Depersonaliseringen fører til at mennesker mentalt distanserer seg fra andre mennesker i arbeidet sitt, inkludert mennesker som de er i direkte interaksjon med. Graden av denne depersonaliseringen avhenger av i hvor stor grad emosjonell utmattelse er tilstede (Epp 2012, s. 26). Det tredje elementet handler om selvopplevd, redusert ytelse (Matthiesen, 2002, s. 30). Det handler om en subjektiv evaluering av seg selv. Man kan føle seg ineffektiv eller ute av stand til å gjennomføre. Dette elementet er påvirket av depersonaliseringselementet (Epp, 2012, s. 26).

3.2 Hvilke risikofaktorer finner vi hos sykepleiere spesielt?

Blant kjente risikofaktorer for utvikling av utbrenthet finnes langvarig stress i arbeidssituasjonen, mangel på kontroll og autonomi, lite sosial støtte, mangel på belønning, samt høye forventninger til eget arbeid og egen innsats (Borge, et. al., 2001, s. 1). Peterson et. al., (2008, s. 506) peker på at helsearbeidere tilhører den sektoren som er mest utsatt. Epp (2012, s. 27) viser til at stress er en viktig bidragsyter til emosjonell utmattelse. Hun peker på at det er mange faktorer som innvirker på stressnivået blant sykepleiere: høy arbeidsmengde, høye krav og stor grad av ansvar. Grønkjær (2013, s. 15) peker på at stressnivået hos sykepleiere har økt de siste tiårene grunnet helsevesenets raske utvikling, høyteknologisk behandling, kortere liggetid på sykehus, sparing og nedbemanning. I en stor undersøkelse hvor 43 000 sykepleiere deltok, viste det seg at så mye som 40 % opplevde signifikante symptomer på utbrenthet (Grønkjær, 2013, s. 16).

3.3 Veiledning - hva er det?

Veiledning er et mangetydig og lite presist begrep (Lian, 2003 s. 19). Historisk sett er ikke veiledning et nytt fenomen. Opp gjennom tidene har det vært ulike tradisjoner innenfor feltet. Eksempler på dette er terapitradisjonen og mester- lærling tradisjonen (Tveiten, 2007 s. 69). En modell som har fått feste de siste tiårene er handling - og refleksjonsmodellen. I følge Lauvås og Handal (2000, s. 65), tar denne modellen sikte på å utvikle kunnskapsbasen for profesjonell yrkesvirksomhet gjennom en veksling mellom handling og refleksjon over handling. Tveiten (2013, s. 19) peker på at yrkesutøvere må ha et faglig fundert innhold i begrepet når det inngår i faglig virksomhet. Killén (2012, s. 19) definerer sykepleiefaglig veiledning som: «*en individuell pedagogisk prosess som er forankret i den enkelte yrkesutøvers faglige og personlige utviklingshistorier*». Rummelhoff (2008, s. 3) peker på kjernebegrepene bekræftelse, mening og selvbevissthet som essensielle i sykepleiefaglig veiledning. Tveiten (2013, s. 26) peker på noen kjennetegn ved veiledning: Det er vanligvis en strukturert virksomhet. Det er en prosess som har etiske aspekter ved seg. I tillegg har den både en faglig og personlig hensikt, nemlig å styrke mestringskompetanse.

3.4 Gruppeveiledning spesielt

Når det gjelder gruppeveiledning, er dette en form for veiledning som i økende grad er blitt tatt i bruk siden 1990- tallet (Killén, 2012, s. 223). Killén (2012, s. 224) peker på to sett av faktorer til denne økningen. Det ene gjelder pedagogiske faktorer, den andre er av mer praktisk årsak. Gruppeveiledning gir både lærings- og utviklingsmessig gevinst. Hver deltaker blir stilt ovenfor et bredere spekter av observasjoner og erfaringer fra praksis. Flere ideer, synspunkter og kunnskap bringes inn i diskusjonen, noe som gir muligheter for en mer nyansert problembearbeiding. Gruppen gis mulighet for å støtte og få støtte. Rummelhoff (2008, s. 4) fant at deltakelse i gruppeveiledning sammen med likesinnede, kan gi en opplevelse av fellesskap og det å være i «samme båt». Et annet argument for bruk av grupper er ifølge Killén (2012, s.224) at forståelsen som utvikles i en gruppe av likemenn, for mange synes å bli bedre «integrert». En praktisk årsak til denne økningen i bruk av grupper, er det faktum at det finnes flere med behov for veiledning enn det finnes kvalifiserte veiledere (Killén 2012, s. 224).

Pettersen og Løkke (2004, s. 229) snakker om et emosjonelt, sosialt og kognitivt utbytte av deltakelse i gruppeveiledning. I dette ligger det en forståelse av at deltakerne vil få et emosjonelt utbytte av å være sammen med, og arbeide med mennesker en liker og som aksepterer en. Man får dekket sosiale behov, noe som gir et sosialt utbytte. Gruppeveiledning resulterer i et lærings- eller arbeidsutbytte, som igjen gir et kognitivt utbytte.

En gruppe består ifølge Tveiten (2007, s. 225) vanligvis av 6-8 personer med en definert veileder. Veileder bør ha veiledningskompetanse, reell eller formell. Veiledningen er planlagt og varer over tid. Tingvoll og Sæterstrand (2007, s. 2) peker på at veileders rolle og kompetanse påvirker utviklingen både av enkeltindividet og av gruppen. Kvalsund og Meyer (2005, s. 68) peker på at grunnelementene manglende bevissthet om og fokusering på prosessen, ofte mangler i grupper slik det praktiseres. Manglende kontinuitet blir også trukket frem som et element. I følge Killén (2012, s. 229) vil mange foretrekke en relativt homogen gruppe. Dette kan vise seg å være urealistisk, da det ofte er ulike praktiske forhold som avgjør sammensetningen i gruppen. En god gruppe er ifølge Pettersen og Løkken (2004, s.232), en effektiv gruppe. I dette ligger det en forståelse av at effektivitet handler om kvaliteten på resultatet av gruppens virksomhet vurdert i forhold til de mål gruppen hadde, samt den samlede innsatsen gruppen har lagt ned. Et annet kjennetegn ved en god gruppe er moralsk adferd (Pettersen og Løkken, 2004 s. 232). Kjernen av dette inneholder det å vise andre

respekt og omsorg. Det handler om å se og anerkjenne andre slik de er, og kunne la oss berøre av andres situasjon slik at deres ve og vel blir viktig for oss.

Tveiten (2007, s. 225) viser at sykepleiefaglig veiledning for yrkesutøvere er godt dokumentert. Den kan bidra til økt kunnskap, større handlingsberedskap og bedre samarbeid med andre yrkesutøvere og pasienter. Videre kan den bidra til økt personlig trygghet samt forebygging av utbrenthet. Tveiten (2013, s.24) viser også at sykepleiefaglig veiledning kan bidra til økt evne til å uttrykke følelser, ansvarlighet og evne til å gi emosjonell styrke. Den kan også bidra til økt etisk sensibilitet, økt motivasjon i arbeidet samt styrket yrkesidentitet.

3.5 Gruppeveiledning og utbrenthet

Vråle (2015, s. 80) mener at veiledning i seg selv kan forebygge utbrenthet gjennom bevissthet og refleksjon knyttet til arbeidet som skjer i veiledningen.

Peterson (2011, s. 1701) gjennomførte en randomisert kontrollert studie, der bruk av reflekterende kollegiale samtalegrupper ble tatt i bruk. Hensikten var å dokumentere om metoden kunne forebygge/forhindre utvikling av stress og utbrenthet. Resultatet av denne studien viste at gruppedeltakerne ved oppfølging syv måneder etter, opplevde bedre helse, mindre krav i arbeidet og lavere grad av utmattelse enn kontrollgruppen. Deltakerne gav uttrykk for at de opplevde mindre stress, sinne og uro. Oppfølgingssamtalen viste også at utviklingsmulighetene og delaktighet i arbeid hadde økt i høyere grad for deltakerne, enn for kontrollgruppen. Flere deltakere gav uttrykk for økt opplevelse av sosial støtte på arbeid. Peterson (2011, s. 1702) peker på at en medvirkende årsak til dette, var at alle deltakerne hadde informert sine ledere om at de var med i studien. Dette kan ha medført at forandringer og forbedringer på arbeidsplassen ble gjennomført parallelt. Deltakerne gav uttrykk for at det å få dele erfaringene sine med kolleger i lignende situasjoner, var noe de verdsatte høyt. Gruppen gav støtte, var oppmuntrende og bidro til en følelse av solidaritet. Deltakerne følte gjennom deltakelse i gruppen, seg mindre ensomme i situasjonen. Deltakelse i gruppen gav mulighet til refleksjon. Gjennom «å sette ord på problemene» ble det lettere å håndtere dem.

I 2010 ble det gjennomført et veiledningsprogram om stress og utbrenthet ved Drammen sykehus, Vestre Viken HF (Hoffart, Larsen og Rø, 2014, s.1). Deltakerne var

hovedsakelig sykepleiere, men også noen hjelpepleiere ansatt ved sykehuset. De ble delt inn i seks grupper med åtte deltakere i hver gruppe. Programmet gikk over ti uker, med gruppesamling to timer hver uke. Veiledningen var rettet mot den enkelte deltaker og gruppen opplevde at skapte stress og slitenhet. Konklusjonen viste at veiledning rettet mot stress og utbrenthet så ut til å øke trivsel og kvaliteten av det daglige arbeidet. Det gav mulighet for bedre selv-ivaretagelse og økt mestringfølelse. Realistiske krav til seg selv og bevissthet om hva organisasjonen kan forvente, så ut til å fungere som en buffer mot utbrenthet. Forfatterne peker på at metoden kan bidra til en profesjonalisering av arbeidet i form av økt kunnskap, bedre pasientbehandling samt økt samarbeid kollegaer imellom (Hoffart, Larsen og Rø, 2014, s.8).

3.6 Implementering

Hvordan kan resultater fra forskning om virksomme tiltak overføres til praksis? Det er det implementering handler om. Sørli, et. al., (2010, s. 315) definerer implementering som «et sett av spesifiserte aktiviteter som skal til for å gjennomføre en bestemt metode eller et behandlingsprogram i praksis». Det dreier seg om en planlagt og målrettet systematisk prosess, som sjelden foregår uten motstand eller hindringer (Sørli, et. al., 2010, s.315). Fixsen, et. al., (2009, s. 533) peker på at implementering kan ta så mye som to til fire år å fullføre. Førland (2014, s. 237) viser at det finnes mange eksempler på tiltak som etter den første tids begeistring viser seg å være «døgnfluer».

Hva er så nøkkelen til vellykket implementering? Å svare fullgodt på dette spørsmålet vil være vanskelig, men Powell, Rushmer og Davis (2009, s. 23) har oppsummert forskning som viser hvilke tilnærminger som oppfattes som virksomme når det gjelder implementering i helsetjenesten. Her trekker de frem ulike forhold. Førland (2014, s. 238) har delt disse forholdene inn i fem kategorier som til sammen danner forutsetninger for vellykket implementering. For det første trekkes helsepersonells aktive engasjement og eierforhold til kunnskapen frem. Kunnskapen må tilpasses den lokale konteksten og organisasjonen, og må være i samsvar med institusjonens mål og visjoner. Videre er det viktig at ledelsen og virksomhetens styre, er aktivt støttende og deltakende. Tilslutt handler det om at implementeringsarbeidet er integrert i organisasjonen, og er av vedvarende karakter.

Hvordan blir så kunnskap tatt i bruk på en slik måte at det fører til forbedret helse og omsorg? Grimshaw, et. al., (2012, s. 3) fant at den nye kunnskapen en søker å innføre, må være godt dokumentert og bekreftet av studier (systematiske oversiktsstudier). Videre må kjernetiltaket i den bekreftede litteraturen identifiseres, tilpasses og tilrettelegges lokalt (Førland 2014, s. 238).

Sørli, et. al., (2010, s. 318) peker på forhold som påvirker implementeringskvaliteten. Faktorer som langsiktig finansiering, prioritert ressursbruk, positivt arbeidsklima, felles beslutning om iverksetting, oppgavespesifisering, ledelse og «ildsjeler» blir trukket frem. Faktorer som virker som barrierer handler om manglende tid og konkurrerende gjøremål, eller mangel på klare prioriteringer mellom oppgaver (Sørli, et. al., 2010, s. 319).

4.0 Erfaringsbasert kunnskap fra fagpersoner og eksperter

Som beskrevet i metodedelen, har jeg innhentet ulike erfaringskunnskap fra fagpersoner. Selv om personene har ulike perspektiver, var det enighet blant de spurte at veiledning er viktig for å skape etisk refleksjon. I dette ligger det en forståelse av å få «løfte ting opp» i en felles refleksjon, både faglig og etisk. To av de spurte mener veiledning er viktig for å «stå i jobben» og for å forebygge belastning. En av fagpersonene trakk frem veiledning som viktig for ikke å bli avflatet i følelsene sine, samt for ikke å slutte å «se» pasienten. Det ble trukket frem at veiledning skaper forståelse for eget og andres arbeid. Man deler erfaringer med likesinnede kollegaer og blir gjenkjent. Veiledning ble også trukket frem som noe lindrende og trøstende.

Når det gjelder utfordringer, så peker flere av de spurte på at det er vanskelig å gjennomføre i forhold til skiftarbeid. Noen peker på ulike behov blant erfarne og mindre erfarne sykepleiere. Flere ønsker faste grupper for å skape trygghet i gruppen, men opplever at dette vanskelig lar seg gjennomføre.

5.0 Prosjektets gjennomføringsplan

Ved alle prosjekter er hensikten med prosjektet det viktigste (Magnus og Bakketeig, 2002, s. 11). I dette tilfelle skal gruppeveiledning for sykepleiere implementeres i akuttmottak som et tiltak i å forebygge utbrenthet. Prosjektet er ment gjennomført på egen arbeidsplass.

Som **forberedelse** til gjennomføring av prosjektet, er det nødvendig å se på dagens praksis. Per dags dato er kollega- støtte ordningen det eneste formelle tilbudet i avdelingen. Dette tilbudet er lite brukt, og fremstår som lite synlig. Uformelle samtaler med sykepleiere i avdelingen, viser at et veiledningstilbud er etterspurt. Samtale med leder viser at ledelsen stiller seg positiv til et slikt tiltak. En kan anta at prosjektet derfor vil bli ledelsesforankret. I forkant er det gjort et litteraturstudie som viser at sykepleiere er utsatt for utbrenthet, og at gruppeveiledning kan motvirke det.

I **planleggingsfasen** vil det bli satt ned en prosjektgruppe bestående av meg som prosjektleder, fagutviklingssykepleier, enhetsleder samt en sykepleier som vanligvis arbeider i ordinær drift. Medlemmene i gruppen har alle ulike funksjoner, og skal fortløpende melde tilbake til prosjektleder. Enhetsleder har ansvar for å fordele hvem som kan gå på veiledning og hvem som må være i drift. Denne fordelingen skal tydelig fremgå i ukeplanen. Fagutviklingssykepleier og sykepleier i vanlig drift, skal virke som motivatorer for å holde tak i prosjektet, samtidig som de kan «lodde stemningen» i avdelingen. De skal komme med innspill, og kunne utføre konkrete arbeidsoppgaver. Prosjektleder skal være en motivator og drive prosjektet og gruppen fremover, og være den som har den «røde tråden». Prosjektleder er også ansvarlig for all kommunikasjon i gruppen, i avdelingen og i forhold til samarbeidspartnere. Prosjektleder kaller inn til møter og leder disse. Det vil i denne fasen også bli knyttet en fast veileder til avdelingen som har ansvar for gruppeveiledningstimene. Det skal utarbeides en skriftlig beskrivelse av tiltaket, hvor spesifiserte krav til vellykket etablering fremkommer. I tillegg skal hovedinnholdet med hensikt og mål i tiltaket, komme tydelig frem.

I **gjennomføringsfasen** vil det like før oppstart, bli avholdt to informasjonsmøter i tilknytning til ordinære personalmøter for alle sykepleierne på avdelingen. Her vil alle bli informert om hensikt og bakgrunn for prosjektet. Informasjonen vil også bli skriftliggjort og tilgjengelig på mail til alle involverte. Prosjektleder og enhetsleder har ansvar for dette. Det tas sikte på å gjennomføre gruppeveiledning torsdag partallsuke mellom klokken ni og halv

elleve på formiddagen. Veiledningen vil foregå på et fast møterom tilknyttet avdelingen. Halvparten av de som er på arbeid den dagen vil få tilbud om å gå, det vil si omtrent seks stykker hver gang. Det vil ikke bli faste grupper. Det vil bli benyttet en ekstern veileder med veilederkompetanse, og med kjennskap til fagfeltet. Veileder er ansvarlig for å sette premissene for gruppen ved oppstart. Det forventes også at veileder starter hver veiledning med å gjennomgå premissene for gruppen.

Prosjektet skal også **evalueres**. Det vil fortløpende det første året bli satt av femten minutter på hvert personalmøte, hvor det åpnes opp for tilbakemeldinger fra de ansatte. Et medlem av prosjektgruppen har ansvar for oppfølging av det, basert på hvem som er på arbeid den dagen. I prosjektgruppen vil det bli satt av to timer til evalueringsmøter etter en, tre, seks, ni og tolv måneder. Evalueringsmøtene vil foregå i arbeidstiden til de involverte. Prosjektgruppen vil da evaluere alle sider ved prosjektet ved det tidspunktet. Relevante spørsmål kan være: Fungerer tidspunktet? Klarer vi å sende nok sykepleiere? Hvordan er stemningen i avdelingen? Fungerer prosjektet som det er tenkt? Evalueringsmøtene og det som kommer frem, skal synliggjøres i avdelingen og brukes som milepæler hvor en «feirer» prosjektet så langt. Feiring innebærer kake! Etter tolv måneder skal det foretas en sluttevaluering. Det sendes ut et spørreskjema med åpne spørsmål til alle sykepleierne hvor erfaringer etterspørres. Dette, sammen med prosjektgruppens erfaringer, danner grunnlag for sluttrapporten. Prosjektgruppen har ansvar for å sammenfatte sluttrapporten og komme med eventuelle anbefalinger videre. Disse presenteres for ledergruppen, bestående av klinikkdirektør som øverste leder, som har det endelige ansvaret for prosjektets fremtid.

Når det gjelder de **økonomiske rammene** må utgifter til lønning av ekstern veileder påregnes. Det må hentes inn lønnskrav fra aktuelle kandidater. I tillegg vil det komme utgifter for innkjøp av kake i forbindelse med feiring av milepæler.

6.0 Drøftinger og vurderinger

6.1 Hvorfor trenger sykepleiere i akuttmottak gruppeveiledning?

Forskning viser at sykepleiere er en utsatt yrkesgruppe når det gjelder utbrenthet (Peterson et.al., 2008, s. 506). Dersom vi retter blikket mot Sverige, viser det seg at den mest vanlige årsaken til langtidssykemeldinger blant kvinner, blant annet skyldes stressrelaterte årsaker. Hos menn havner samme årsak på en andre plass (Peterson et.al., 2008, s.507).

Å arbeide som sykepleier innebærer arbeid med mennesker i mange ulike situasjoner, hvor sykepleieren sin fremste oppgave er å hjelpe og behandle. Sykepleiere møter hver dag mennesker i sorg og lidelse. Døden er nær på en måte andre yrkesgrupper ikke kan fatte. I arbeidet mitt som sykepleier på akuttmottak, opplever jeg daglig å møte sorg, lidelse og død både hos pasienter og pårørende. Ofte er disse møtene korte, fordi man haster videre til neste pasient. Borge, et. al., (2001, s. 1) skriver om kjente risikofaktorer for utvikling av utbrenthet. Her blir blant annet høye forventninger til eget arbeid og egen innsats nevnt. Vinje (2007, s. 10) skriver i sin doktoravhandling om det faktum at sykepleiere viser en høy grad av etisk bevissthet. Det er viktig for sykepleiere å ha et meningsfullt arbeid. Hun fant at sykepleierne opplevde jobbengasjement som en prosess, der de ved hjelp av refleksjon holdt fast ved det meningsfulle ved arbeidet. Men, dette jobbengasjementet kan spille en paradoksal rolle. Det meningsfulle ved jobbengasjementet førte til en følelse av plikt, høye krav til seg selv og andre, og en stor grad av ansvarlighet i forhold til kvaliteten på tjenestene. Dette førte igjen til symptomer på utbrenthet. Vinje (2007, s. 10) forklarer dette med at sykepleierens søken etter mening som ligger under jobbengasjementet, også ligger under pliktfølelsen. Dette kan ifølge Vinje (2007, s. 10) føre til overbelastning og moralsk stress.

Grønskjær (2013, s. 15) snakker om økte stressfaktorer hos sykepleiere. Disse faktorene skyldes langt på vei helsevesenets raske utvikling som innebærer avansert teknologi, kortere liggetid på sykehus, fokus på sparing og nedbemanning. Videre nevnes for høy arbeidsbelastning, rollekonflikter, mangel på hender samt press fra pasienter og ledelse. Det kan virke som om krav og ytelse står i et misforhold. Dersom sykepleiere står i dette misforholdet over lengre tid, kan det ende i utbrenthet. Falkum (2000, s. 1123) snakker om dimensjonene utmattelse og tap av entusiasme, emosjonell distansering og redusert faglig ytelse og selvfølelse. Epp (2012, s. 26) beskriver elementet emosjonell utmattelse som å ikke

ha den nødvendige energien til å møte andre mennesker følelsesmessig. De vil gjerne opptre som følelseskalde, kyniske og bitre i møte med andre. Denne emosjonelle distanseringen blir ikke bare et problem for sykepleieren selv, men også for pasienter, pårørende og andre samarbeidspartnere. Det tredje elementet, som omhandler subjektivt opplevd redusert ytelse, blir av Epp (2012, s. 26) forstått som en forståelse av verden rundt seg hvor en ikke lenger tror at en kan gjøre en forskjell. Uansett hva en gjør, betyr det ikke noe. Når Grønskjær (2013, s. 16) da viser at så mye som 40% av sykepleierne i en stor studie viste signifikante tegn til utbrenthet, blir tanken på utbrente sykepleiere i møte med pasienter, pårørende og andre, en noe skremmende tanke.

Som vi har sett, kan utbrenthet skyldes årsaker på arbeidsplassen. Ser vi på lovverket, så finner vi i spesialisthelsetjenestelovens paragraf 3 – 4a (1999), krav til arbeidsgiver om at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. I arbeidsmiljølovens formålparagraf 1- 1a (2005) leser vi: Lovens formål er: *«Å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utviklingen i samfunnet»* (Pedersen og Einarsen, 2011, s. 397, Arbeidsmiljøloven, § 1 – 1a, 2005). I disse paragrafene ser vi at arbeidsgiver plikter å tilrettelegge for en god arbeidshverdag hvor kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er en del av hverdagen. Pasienter og pårørende skal bli møtt på en god måte, og arbeidsmiljøet skal gi grunnlag for både god helse og en meningsfylt arbeidsdag for arbeidstakeren.

En måte å møte disse kravene på, kan være å tilby gruppeveiledning. I samtale med fagpersoner omkring temaet, kom det frem at gruppeveiledning kan være en måte å ivareta de ansatte på. Som en uttalte: *«Dette er en måte å ta vare på våre ansatte. Det er ett lite kostnadskrevende tilbud som gir ansatte et pusterom der de får mulighet til å bearbeide vonde opplevelser og/eller utvikle sin egen evne til å ivareta seg selv»*. Dette er i tråd med funnene fra artikkelen til Hoffart, Larsen og Rø (2014, s. 1). De fant at veiledning rettet mot det den enkelte og gruppen opplevde som stress, så ut til å øke trivselen og kvaliteten på det daglige arbeidet. Killén (2012, s. 224) peker på at gruppeveiledning både gir lærings- og utviklingsmessig gevinst. Dette samsvarer godt med det jeg fant i samtale med fagpersoner. Her ble gruppeveiledning sett på som en positiv innfallsvinkel til å dele erfaringer med likesinnede kollegaer. Tema ble løftet opp i en felles refleksjon, både etisk og faglig. Det bidro også til å skape økt forståelse for eget og andres arbeid. Peterson (2011, s. 1702) fant at

det å dele erfaringene sine med kollegaer i lignende situasjon, var noe de verdsatte høyt. En av fagpersonene mente at gruppeveiledning bidro til at sykepleierne ble bedre og modigere i møte med pasienter og pårørende. Ser vi på lovverket ovenfor, ser vi at gruppeveiledning kan imøtekomme kravene på en god måte.

6.2 Hva er viktig å tenke på når gruppeveiledning skal implementeres?

I det foregående delkapittelet har vi sett at gruppeveiledning kan sees på som et kvalitetsforbedringsarbeid som både vil styrke den enkelte sykepleier, avdelingen, samt samarbeid med andre. Men, hva må til for å få dette til å fungere i praksis? Er det kultur på arbeidsplassen for prosjektarbeid og kvalitetsforbedring? Finnes det konkurrerende prosjekter og gjøremål? Førland (2014, s. 238) viser til viktigheten av at både ledelsen og virksomhetens styre er aktivt støttende og deltakende. Det må med andre ord være ledelsesforankret. I gjennomføringsplanen fremgår det at det er prosjektleder og enhetsleder som er ansvarlig for formidlingen av bakgrunn og hensikt til de ansatte i gjennomføringsfasen. Det er viktig at dette blir formidlet med tilstrekkelig integritet. Sykepleierne må få inntrykk av at dette er noe ledelsen tror på og vil satse på. Det er også viktig at medlemmene av prosjektgruppen med prosjektleder i spissen, evner å holde tak i prosjektet og drive det fremover. I denne sammenhengen består prosjektgruppen av sentrale skikkelser i avdelingen, noe som kan virke positivt. Det at prosjektgruppen består av sentrale skikkelser, kan også redusere faren for utskiftninger i prosjektgruppen.

I samtale med fagpersoner dukker daglig drift opp som utfordring nummer en hos de fleste. I gjennomføringsplanen er gruppeveiledningen tenkt gjennomført annenhver uke, halvannen time på formiddagen. Normalt sett er dette et tidspunkt hvor avdelingen ikke har så mange pasienter. Dersom avdelingen derimot har mange dårlige pasienter, kan det være vanskelig å få gjennomført veiledningen med hele gruppen. I prosjektet må det komme tydelig frem at det er viktig å støtte og avlaste hverandre. Det betyr at hver enkelt sykepleier i drift, må være villig til å ta i litt ekstra for at en kollega skal kunne gå på veiledningen. Det må være kultur i avdelingen for å avlaste og hjelpe hverandre. Prosjektgruppen må sammen med ledelsen, aktivt arbeide for denne kulturen i avdelingen. I verste fall må veiledningen vike for forsvarlig drift, men da skal det være klart for alle at det er siste utvei.

En annen utfordring er gruppen i seg selv. I samtale med fagpersoner ble det sett på som verdifullt å ha faste grupper. Dette støttes også av Tveiten (2007, s. 225). Det er vanskelig å få til faste grupper i forhold til skiftordning. Løse grupper kan gi mindre trygghet i gruppen, og føre til mindre åpenhet. De ansatte kan ha problemer med å snakke fritt og tørre å dele erfaringer fullt ut. Noen vil muligens velge tilbudet bort. En av fagpersonene uttrykte at avdelingen møtte utfordringer hos sykepleierne selv. Det var vanskelig å få folk til å komme. Grunnen til dette, var ulike behov hos de uerfarne og de mer erfarne sykepleierne. Førland (2014, s. 238) peker på at vellykket implementering til dels forutsettes av helsepersonellens engasjement og eierforhold til prosjektet.

I gjennomføringsplanen er det ønskelig å benytte en ekstern veileder med veilederkompetanse og kjennskap til fagfeltet. Tveiten (2007, s. 225) påpeker at veileder bør ha veilederkompetanse. En av fagpersonene fremhevet at veiledning handler om kompetanseutvikling, og at det derfor er viktig at veileder har kjennskap til fagfeltet og tilhører samme profesjon. Veilederen sin rolle er viktig. Tingvoll og Sæterstrand (2007, s. 2) peker på at veilederen sin rolle og kompetanse påvirker utviklingen både for den enkelte og gruppen. Det vil derfor være viktig å bruke tid på å finne den mest egnede personen til oppgaven. Ulike fagpersoner beskrev en god veileder som klok og med høy faglig kompetanse. Veileder må være oppmerksom på fenomener i gruppen, og modig nok til å takle motstand i gruppen. En av fagpersonene jeg har snakket med, fungerer både som leder og veileder på samme arbeidsplass. Hun fremhever viktigheten av å tydeliggjøre de ulike rollene ovenfor de ansatte, men er samtidig tydelig på at dette muligens kan oppleves som vanskelig for noen.

Fixen, et. al., (2009, s. 533) peker på at vellykket implementering tar tid. Det er derfor viktig å holde prosjektet varmt og være tålmodig. Det å feire prosjektets milepæler med kake og god informasjon underveis, kan være en måte å holde prosjektet varmt blant de ansatte. Sørli, et. al., (2010, s. 315) viser til at implementeringsprosesser sjelden foregår knirkefritt og uten motstand. Det å høre på hva de ansatte har å si, vil også være betydningsfullt og må virke styrende i forhold til evaluering og mulighet for endringer underveis. I gjennomføringsplanen er det lagt opp til en sluttevaluering med en påfølgende sluttrapport etter ett år. Det er viktig å ha i bakhodet at prosjektet kanskje må strekkes ut lengre, dersom en av ulike årsaker ikke har fått brukt tilstrekkelig tid på prosjektet.

Et prosjekt vil alltid ha både styrker og svakheter. Dette prosjektet er i høyeste grad aktuelt for sykepleiere som arbeider i akuttmottak. Forskning viser at sykepleiere er utsatt for

utbrenthet. Videre støtter forskning opp om at sykepleiefaglig veiledning virker positivt inn på flere områder. Prosjektet er lite kostnadskrevenende og skal gjennomføres i ordinær arbeidstid. Ledelsen ved avdelingen stiller seg positiv til et slikt tiltak, i tillegg er det etterspurt av sykepleiere ved avdelingen. Den største svakheten med prosjektet er vanskene med å få det til å fungere i forhold til turnus. I tillegg er akuttinntak en avdeling i stadig «bevegelse», slik at daglig drift kan komme foran behovet for veiledning. Resultatet kan da bli et tilbud med lite kontinuitet.

7.0 Formidling

Gruppeveiledning som et tiltak i å forebygge utbrenthet blant sykepleiere i akuttmottak, er et billig verktøy å bruke dersom man får det til å fungere. Lokalt kan resultatet av prosjektet videreformidles via internundervisning på andre avdelinger på sykehuset, og på fagdager. Prosjektets aktualitet er stor, og det kan være aktuelt å publisere en fagartikkel i Sykepleien.no slike at flere kan bli inspirert til lignende prosjektarbeid ved sin arbeidsplass.

REFERANSELISTE

Arbeidsmiljøloven (2005) *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. av 17. juni 2005 nr. 62*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62?q=arbeidsmiljøloven.htm> [Lest 18. oktober 2016].

Borge, L, Martinsen, E.W., Hoffart, R-A & Larsen, S. (2003) Livskvalitet og psykisk helse hos sykepleiere - kurs for å forebygge utbrenthet. *Tidsskrift Norsk Lægeforening* [Internett], 13-14 (6). Tilgjengelig fra: <http://www.tidsskriftet.no/article/840761.htm> [Lest 31.august 2016].

Epp, K. (2012) Burnout in critical care nurses: a literature review. *Dynamics*, 23 (4), s. 25-31.

Falkum, E. (2002) Utbrenthet- begrepsdimensjoner, mål og forklaringer. I: Roness, A. og Matthiesen Berge, S. red. *Utbrent. Krevende jobber- gode liv?* Bergen, Fagbokforlaget, s. 57-74.

Falkum, E. (2000) Hva er utbrenthet? *Tidsskrift for den norske legeforening* [Internett], 120, s. 1122- 1128. Tilgjengelig fra: <http://www.tidsskriftet.no/article/439.htm> [Lest 31.august 2016].

Fixsen, D. L., Blase, K. A., Naom, S. F. & Wallace, F. (2009). Core implementation components. *Research og social work practice*, 19, s. 531- 540.

Førland, O. (2014) Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I: Haugan, G. og Rannestad, T. red. *Helsefremming i kommunehelsetjenesten*. Oslo, Cappelen Damm, s. 225- 241.

Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J. & Squires, J. E. (2012) Knowledge translation og research findings. *Implementation science* [Internett], 7 (50). Tilgjengelig fra: <http://www.implementationscience.com/content/7/1/50.htm> [Lest 31.august 2016].

GrønkJær, L. L. (2013) Nurses experience og stress and burnout: A literature review. *Klinisk sygepleje*, 27, (1) s. 15- 26.

Hoffart, R- A, Larsen, S. H. & Rø, K. I. (2014) Hjelper mot utbrenthet. Veiledningskurs for utbrente sykepleiere minsket stress og økte arbeidslysten. *Sykepleien* [Internett] s. 1 – 10. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/forskning/2014/02/hjelper-mot-utbrenthet.htm> [Lest 5.september 2016].

Kalemoglu, M. & Keskin, O. (2006) Burnout syndrome at the emergency service. *Scandinavian Journal trauma resuscitation emergency medicine*, 14, s. 37-40.

Killén, K. (2012) *Profesjonell utvikling og faglig veiledning- et fellesfaglig perspektiv*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Kvalsund, R. & Meyer, K. (2005) *Gruppeveiledning, læring og ressursutvikling*. Trondheim, Tapir Akademisk forlag.

Lauvås, P. & Handal, G. (2000) *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo, Cappelen Akademisk forlag.

Lian, R. (2003) Veiledning som kvalitetssikring i helsevesenet- implementering gjennom organisasjonsutvikling. *HMT*, 2, s. 18- 23.

Magnus, P. og Bakketeig, L.S. (2002) *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo, Gyldendal Akademisk.

Matthiesen, S. B. (2002) Utbrenthet i det moderne- en oversikt. I: Roness, A. & Matthiesen, S. B. red. *Utbrent. Krevende jobber - gode liv?*. Bergen, Fagbokforlaget, s. 20-57.

Pedersen, H. & Einarsen, S. (2011) Arbeidsmiljøloven som rettesnor for det psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøet. I: Einarsen, S. & Skogstad, A. red. *Det gode arbeidsmiljø*. Bergen, Fagbokforlaget, s. 392- 420.

Peterson, U. (2011) Gruppsamtal på arbeidsplassen kan motverka utbrendhet. *Lakartidningen*, 36 (108) s. 1700-1702.

Peterson, U., Bergstrøm, G., Samuelsson, M., Åsberg, M. og Nygren, Å. (2008) Reflecting peer- support groups in the prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (5) s. 506- 516.

Pettersen, R. C. & Løkke, J. A. (2004) *Veiledning i praksis – grunnleggende ferdigheter*. Oslo, Universitetsforlaget.

Powell, A. E., Rushmer, R. K. & Davies, HTO (2009) A systematic narrative review of quality improvement models in health care. *Social dimensions of Health Institute at the Universities of Dundee and St. Andrews: NHS Quality improvement, Scotland, 2009*.

Rummelhoff, G.R. (2009) – I samme båt. Gruppeveiledning for avdelingsledere. *Sykepleien* [Internett], s. 1 – 6. Tilgjengelig fra: <<http://www.sykepleien.no/forskning/2008/11/i-samme-bat-gruppeveiledning-avdelingsledere.htm>> [Lest 31. august 2016].

Sandahl, C. og Karlson, B. (2011) Arbeidsplatsen – fokus før intervensjoner ved utbrandhet. *Lakartidningen*, 36 (108), s. 1696 – 1699.

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om Spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61*. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61/>> [Lest 18. oktober 2016].

Sørli, M – A., Ogden, T., Solholm, R. & Olseth, A. R. (2010) Implementeringskvalitet- om å få tiltak til å virke: en oversikt. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 47, s. 315- 21.

Tingvoll, W-A. og Sæterstrand, T. (2007) Verdien av veiledning. *Sykepleien* [Internett], s. 1 – 4. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2007/11/verdien-av-veiledning.htm> [Lest 5.september 2016].

Tveiten, S. (2013) *Veiledning – mer enn ord...* Bergen, Fagbokforlaget.

Tveiten, S. (2007) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen, Fagbokforlaget.

Vinje, F. H. (2007) *Thriving despite adversity: Job engagement and self-care among community nurses*. Akademisk avhandling, Universitetet i Bergen.

Vråle, G. B. (2015) *Veiledning når det røyner på*. Oslo, Gyldendal Akademisk.