



**Masteroppgave i jordmorfag**

**MAJO 5900**

**OKTOBER, 2019**

Klinisk retningslinje for ivaretagelse av helsepersonell etter alvorlige/akutte hendelser.

**Kandidat nummer: 934**

**Antall ord: 10861**

OsloMet-Storbyuniversitet

Fakultet for helsefag

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

## **FORORD**

Bak denne masteroppgaven ligger en lang, hard og lærerik prosess som markerer slutten på en lang, krevende og fin studietid ved OsloMet. Arbeidet har vært utfordrende spesielt med tanke på at jeg har skrevet alene og prosessen har inneholdt både tårer, latter, fortvilelse og glede.

I løpet av disse årene på jordmorstudiet og under arbeidet med denne oppgaven har jeg lært mye og jeg fått lære viktige perspektiver på hva jordmoryrket kan innebære.

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder for god veiledning gjennom masteroppgaven. For at du har delt av din kunnskap under hele prosessen, du hadde trua på at det å skulle utvikle en retningslinje skulle gå, selv når jeg ble usikker på hva det egentlig var jeg hadde begitt meg ut på. Takk for gode og raske tilbakemeldinger både på mail, sms og telefon. Takk for all oppmuntring du har gitt underveis.

En stor takk til gode medstudenter, som har kommet med gode råd og veiledning når jeg har stått fast.

Jeg vil også rette en takk til biblioteket på OsloMet- avdeling Kjeller, for hjelp med søk etter artikler, råd og veiledning.

Tusen takk til de som har satt av tid til å lese korrektur og kommet med konstruktive tilbakemeldinger.

Til slutt vil jeg takke min mann for støtte, oppmuntring, gjennomlesing og for at du har heiet meg frem. Og til mine kjære barn-tusen takk for deres tålmodighet og gode klemmer, mamma elsker dere.

Årnes, Oktober 2019.

## **SAMMENDRAG**

**Tittel:** Klinisk retningslinje for ivaretagelse av helsepersonell etter alvorlige/akutte hendelser.

**Hensikt:** Målet med denne masteroppgaven var å lage en klinisk retningslinje for hvordan man kan ivareta helsepersonell på fødeavdelinger etter alvorlige/akutte hendelser, med fokus på individuelle anbefalinger. Målgruppen for retningslinjen er primært jordmødre, men retningslinjen vil også angå barnepleiere, sykepleiere, obstetrikere, ledere og annet helsepersonell som har vært involvert i hendelser på fødeavdelinger.

**Forskningsspørsmål:** Hvordan ivareta helsepersonell ved fødeavdeling ved en alvorlig/akutt hendelse? Utarbeidelse av en klinisk retningslinje.

**Metode:** Litteratursøket er utført systematisk og jeg har brukt kunnskapssenterets sjekklister for å vurdere kvaliteten på studiene. Oppgaven er basert på donabediens triade og demings sirkel. Jeg har brukt Helsedirektoratets Veileder for utvikling av kunnskapsbasert retningslinje, dette for å sikre at retningslinjen oppfyller alle krav for å være kunnskapsbasert. Jeg har brukt Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), for å gradere styrken på anbefalingene i retningslinjen. Jeg har deretter vurdert kvaliteten på retningslinjen ved å bruke verktøyet The Appraisal og Guidelines for Research and Evaluation (AGREE).

**Resultater:** Resultatet er en klinisk retningslinje som gir konkrete anbefalinger basert på kunnskap som er oppdatert.

**Konklusjon:** Retningslinjen skal hindre tilfeldig praksis og bidra til at helsepersonell får den oppfølgingen og behandlingen de har behov for. Videre bidrar retningslinjen til ny kunnskap og kvalitetssikring, samt å sette fokus for hvordan helsepersonell opplever slike hendelser.

**Nøkkelord:** *Helsepersonell, retningslinje, second victim, støtte, stress reaksjoner.*

## **ABSTRACT**

**Topic:** Clinical guideline for the care of health personnel following serious/acute events.

**Intention:** The aim of this master`s thesis was to develop a clinical guideline for how to take care of health personnel in maternity wards after serious/acute events, whit focusing on individual recommendations. The target group for the guideline is primarily midwives, but the guideline will also concern child nurses, nurses, obstetricians, managers and other health professionals who have been involved in incidents in maternity wards.

**Research thesis:** How is a healthcare professional taken care of after a serious event in the maternity ward? Development of a clinical guideline.

**Method:** The literature search is done systematically and i have used a checklist from the evidencebased center to evaluate the quality of the studies. The thesis is based on the *Donabedians triade*, *Demings circle* and guidelines from the Norwegian health department to ensure that the guideline meets all requirements for being evidence based. I have used the *Grading of Recommendations Assesment, Development and Evaluation (GRADE)* to rate the strength of the recommendations in the guideline. I then assessed the quality of the guideline using *The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE)*.

**Results:** The result is a clinical guideline that provides specific recommendations based on updateds evidence.

**Conclusion:** The guideline is intended to prevent accidental practice and to help the health care staff receive the follow-up and treatment they need. Furthermore, the guideline contributes to new knowledge and quality assurance, as well as to focus on how health professionals experience such incidents.

**Key words:** *Health care professionals, guidelines, second victim, support, stress reactions.*

## Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon .....	1
1.1	Bakgrunn .....	1
1.2	Formålet med oppgaven og problemstilling .....	2
1.3	Begrepsavklaring og avgrensning .....	2
1.4	Oppgavens oppbygning .....	2
2	Strukturdel .....	4
2.1	Stress og Post Traumatic Stress disorder .....	4
2.2	Second victim .....	4
2.3	Jordmors ansvar for faglig kvalitet, funksjon og ansvar for ivaretagelse av kollegaer .....	5
2.4	Kvalitetsarbeid .....	7
2.5	Vurdering og begrunnelse for en faglig retningslinje .....	13
3	Prossedel .....	15
3.1	Eksisterer det retningslinjer for ivaretagelse av helsepersonell etter akutte/alvorlige hendelser .....	15
3.2	Retningslinjens målsetting, kvalitetsindikatorer og målgruppe .....	15
3.3	Kunnskapsgrunnlag og dokumentasjon .....	16
3.3.4	Kunnskapssøk og S-pyramiden .....	19
3.3.5	Vurdering av kunnskapsgrunnlaget .....	20
3.4	Presentasjon av forskningsfunn .....	20
3.5	Gradering av anbefalingene i retningslinjen .....	25
3.6	Utforming av anbefalingene i retningslinjen .....	26
4	RESULTATDEL .....	29
4.1	Presentasjon av retningslinjen .....	29
4.2	Evaluering av retningslinjen – AGREE II .....	33
4.3	Etiske overveielser .....	36
4.4	Habilitetsspørsmål .....	38
4.5	Barrierer og motstand .....	38

5	HVORDAN IMPLEMENTERE EN RETNINGSLINJE I PRAKSIS?.....	40
5.1	Implementering og evaluering.....	40
6	KONKLUSJON .....	43
	Litteraturliste .....	44
	<b>VEDLEGG 1</b> .....	47
	<b>VEDLEGG 2</b> .....	50
	<b>VEDLEGG 3</b> .....	51
	<b>VEDLEGG 4</b> .....	55

## **Ordliste**

**Klinisk retningslinje:** Anbefaling som er ment å hjelpe helsepersonell og pasienter til å ta gode beslutninger i en bestemt klinisk situasjon.

**Kunnskapsbasert praksis:** Faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukernes ønsker og behov i beslutninger om helsespørsmål.

**Inklusjonskriterier:** Karakteristika ved krav som stilles til potensielle deltakere i en studie (eller studier i en systematisk oversikt) som gjør at de kan delta i studien (eller inkluderes i oversikten).

**Eksklusjons-kriterier:** Karakteristika ved potensielle deltakere i en studie (eller studier i en systematisk oversikt) som gjør at de ikke kan delta i studien (eller inkluderes i oversikten).

**Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE):** Metode for å vurdere styrken på anbefalingene og kvaliteten på dokumentasjonen (for hvert utfall).

Det er fire kriterier som blir brukt i vurderingen: studietype, studiekvalitet, konsistens (samsvar mellom studier) og direktet (hvor like studiedeltakerne, tiltakene og utfallsmålene i de inkluderte studiene er i forhold til de personer, tiltak og utfall man egentlig er opptatt av).

**The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE II):** Sjekkliste for vurdering av kvaliteten på en retningslinje.

**Kritisk vurdering:** En systematisk vurdering av en studies styrker og svakheter (forskningsprosess, resultat og relevans). Vurderingen gir et uttrykk for forskningens interne og eksterne validitet.

**Systematisk oversikt:** En oversikt over et klart definert forskningsspørsmål. Oversikten bruker systematiske metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, samt for å innsamle og analysere data fra studiene som er inkludert i oversikten. Statistiske metoder (meta-analyser) vil i noen tilfeller bli brukt for å analysere og oppsummere resultatene fra de inkluderte studiene. I andre tilfeller skjer oppsummering uten bruk av statistiske metoder.

# 1 INTRODUKSJON

## 1.1 Bakgrunn

Utfallet av alvorlige hendelser og medisinske feil rammer i første omgang pasienten selv og deres pårørende, men helsepersonell vil også oppleve følelsen av sekundært stress og å bli lei seg i tiden etter (Schrøder, Jørgensen, Lamont, & Hvidt, 2016). Kunnskapscenterets meldeordning har ansvaret for å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger ved å blant annet komme med råd etter meldinger om uønskede hendelser (Stortinget, 2015-2016). I perioden fra 1. Juli 2012 og til utgangen av 2013 ble det meldt inn 692 uønskede hendelser til kunnskapscenterets meldeordning i Norge (Saastad, Kirscher, & Flesland, 2014). 169 av hendelsene var av den karakter at den gav betydelig skade på mor som følge av operative forløsninger, perinealrifter, blødning og uterusruptur. I tillegg var det ett maternelt dødsfall. Det var 43 barn som døde og 94 som fikk betydelig skade hvor det i de fleste tilfeller skyltes fosterasfyksi (Saastad et al., 2014). Dette er tall som bare viser noen av situasjonene som jordmødre i Norge møter.

Interessen for tema oppsto etter at jeg selv var involvert i en alvorlig hendelse under første praksisperiode. Denne hendelsen påvirket meg på en slik måte at jeg ble usikker på egne observasjoner, og utfallet av fødselen. Jeg opplevde at oppfølgingen i ettertid ikke var en selvfølge, men at det ble gjort på oppfordring av kollegaer. Dette har bidratt til å vekke min interesse og nysgjerrighet på om det finnes retningslinjer for ivaretagelse av helsepersonell og hvordan jordmødre kan på best mulig måte ivaretas etter slike hendelser.

Flere studier har sett på jordmors opplevelse ved traumatiske hendelser og etterlyser bedre oppfølging av de involverte. K. Schrøder, J. Jørgensen, R. Lamont og N. Hvidt (2016) har undersøkt alvorlige fødsler sett fra obstetrikere og jordmødres perspektiv. Selvbebreidelse, skam, skyld og eksistensielle betraktninger i etterkant av traumatiske hendelser er begreper som går igjen i begge yrkes grupper. Det var 49% av intervjuobjektene som følte skyld og 50% tenkte mer på meningen med livet. Informantene var i tillegg bekymret for den involverte pasienten og reaksjoner fra kollegaer (Schrøder et al., 2016). A. Wu og Steckelberg (2012) har også sett hvordan helsepersonell påvirkes av alvorlige hendelser. Forfatterne finner at depresjon, sykefravær, og til og med frafall fra yrket er konsekvenser av slike hendelser. Helsepersonell som opplever akutte/alvorlige hendelse har behov for støtte og oppfølging (Albert W. Wu & Steckelberg, 2012). Husøy og Høye (2016) anbefaler i sin masteroppgave videre forskning på ulike modeller for oppfølging av helsepersonell etter alvorlige hendelser,



samt utprøving av slike modeller i praksis (Husøy & Høye, 2016). Videre understreker forfatterne viktigheten av å identifisere måter å tilrettelegge for mestring (Husøy & Høye, 2016). Dette fremkommer også i en masterstudie av Evensen & Lippestad (2016) hvor forfatterne intervjuet jordmødre om deres opplevelser ved alvorlige/akutte fødsler (Evensen & Lippestad, 2016).

## **1.2 Formålet med oppgaven og problemstilling**

Formålet med denne masteroppgaven er å utvikle en klinisk retningslinje for hvordan helsepersonell bør ivaretas etter en alvorlig/akutt hendelse. Kunnskap om hvordan det oppleves for helsepersonell å være involvert i en alvorlig/akutt hendelse, hvilken støtte og oppfølging har helsepersonell behov for i etterkant av en alvorlig/akutt hendelse og hva er effekten av tiltak som er ment å støtte helsepersonell i etterkant av en alvorlig/akutt hendelse vil innhentes.

*Problemstillingen er som følger: Hvordan ivareta helsepersonell ved fødeavdeling ved en alvorlig/akutt hendelse? Utarbeidelse av en klinisk retningslinje*

## **1.3 Begrepsavklaring og avgrensning**

I denne oppgaven er alvorlig/akutt hendelse definert som en hendelse som skjer i løpet av fødselen som innebærer en skade eller trussel om død hos barnet eller kvinnen som føder.

Retningslinjen er utviklet primært for helsepersonell som har sin arbeidsplass på en fødeavdeling i forbindelse med fødsel og i barseltiden.

## **1.4 Oppgavens oppbygning**

Denne masteroppgaven er utviklet ut ifra Helsedirektoratets Veileder for utvikling av Kunnskapsbaserte retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012). Masteroppgaven er skrevet som en monografi, da dette ble ansett som mest hensiktsmessig. Det ble på forhånd innhentet tillatelse fra skolen til å utvikle en retningslinje presentert som en monografi og strukturert etter Donabedians Triade (Satya-Murti, 2003). Oppgaven er strukturert etter denne modellen for å gi leseren en oversikt over hvordan arbeidet med retningslinjen er organisert. Donabedians Triade er basert på forholdet mellom struktur, prosess og resultat og er en modell som skaper et rammeverk for å undersøke helsetjenester og deretter evaluere kvaliteten (Satya-Murti, 2003).

Strukturdelen omhandler rammene og ressursene som ligger til grunn for retningslinjen. Her beskrives Post Traumatic Stress Disorder, stress, second victim begrepet, jordmors funksjon og ansvar, kvalitetsarbeid og metode for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer.

Prosessdelen tar for seg hvordan arbeidet med retningslinjen er utført. Dette kapitlet inkluderer innhenting og vurdering av litteratur, utforming av anbefalinger for ivaretagelse av helsepersonell ved fødeavdeling ved en alvorlig/akutt hendelse og gradering av styrken på anbefalingene ved hjelp av GRADE.

Resultatdelen har fokus på de helsemessige effektene av retningslinjen. Her presenteres selve retningslinjen og den evalueres med utgangspunkt i AGREE II-instrumentet. I tillegg drøftes etiske overveielser og implementeringsstrategi.

## **2 STRUKTURDEL**

Strukturdelen beskriver hvilke ressurser og rammer som danner grunnlaget for retningslinjen. Her blir sentrale teorier om reaksjoner ved alvorlige hendelser, jordmors ansvar, kvalitetsarbeid og metode for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer presentert.

### **2.1 Stress og Post Traumatic Stress disorder**

Stress er opprinnelig ett engelsk ord som kan oversettes med påkjenning eller belastning. Når det oppstår atferdsmessige, emosjonelle og kognitive endringer som følge av psykisk eller fysisk belastning, kan dette kalles for stressreaksjoner (Jordmorforeningen, 2014). Stress og stressreaksjoner oppstår når belastningsfaktorene overgår mestringsforutsetningene. Alvorlige og akutte hendelser vil naturlig gi reaksjoner som er en naturlig respons på en påkjenning. Det er når disse reaksjonene går ut over funksjonsevnen og vedvarer over tid at dette kan defineres som traumatisk stress (Skants, 2014).

Stress og Post Traumatic Stress disorder (PTSD) er en psykisk helsetilstand hvor personen kan oppleve å få "flashbacks" og sterke minner etter å ha vært vitner til alvorlige hendelser som involverer død, alvorlig fysisk skade eller trussel. Diagnosen kjennetegnes ved at personen gjenopplever hendelsen, bevist og ubevist i drømmer, og at man velger å unngå situasjoner som minner om hendelsen. Enkelte opplever også plager som angst, irritasjon, søvnvansker, konsentrasjonsvansker, økt spenningsnivå, årvåkenhet, høy puls, svimmelhet, kvalme og hodepine (Slade, Sheen, Collinge, Butters, & Spiby, 2018).

### **2.2 Second victim**

Ved en alvorlig/akutt hendelse vil det finnes to offer. Det første er pasienten sammen med sine pårørende og det andre er helsearbeideren (Seys et al., 2013). I 2000 ble begrepet second victim presentert av Albert Wu (A. W. Wu, 2000). I starten var det vanlig at fenomenet ble brukt som en betegnelse på helsearbeidere som hadde begått en feil og som lider under den skaden de har påført pasienten. Etter at second victim ble introdusert av Wu har begrepet også blitt brukt om helsepersonell som ikke nødvendigvis har gjort en feil, men som opplever betydelig psykisk stress og er traumatisert etter en hendelse eller situasjon. De kan kjenne på et personlig ansvar for hendelsen og noen føler at de har sviktet pasienten. Helsepersonell kan også tvile på egne kunnskaper, seg selv og ferdigheter (Seys et al., 2013). Det er vanligvis pasienten og deres pårørende som får oppfølging i første omgang. Men på bakgrunn av hvordan helsepersonell kan oppleve alvorlige/akutte hendelser, vil de også ha behov for oppfølging og støtte i etterkant (A. W. Wu, 2000).

Det er vanlig at second victims har de samme reaksjonene som pasienten og pårørende (Scott et al., 2009). Det er ikke uvanlig med følelser som sinne, frustrasjon, angst, skyld og skam. Ofte kan dette stresset de opplever gå ut over både arbeidslivet og privatlivet. Det å få emosjonell støtte fra kollegaer som har opplevd det samme og å høre deres erfaringer kan bidra til at helsepersonell kan håndtere de vonde følelsene bedre (Seys et al., 2013).

### **2.3 Jordmors ansvar for faglig kvalitet, funksjon og ansvar for ivaretagelse av kollegaer**

Ivaretagelse av helsepersonell etter alvorlige og akutte hendelser faller i førsteomgang på de kollegaene som er på jobb under hendelsen. Jordmødre har da ansvaret for å opptre profesjonelt i tråd med de yrkes etiske retningslinjer. De er basert på gode relasjoner som er preget av tillit, verdighet og respekt for alle mennesker. Retningslinjene legger vekt på jordmors profesjonelle yrkesutøvelse, det å fremme helse og velvære til kvinner, nyfødte, familien og i samfunnet. Retningslinjene omfatter hvordan jordmødre forholder seg til andre, hvordan jordmorfaget blir praktisert, ansvar ovenfor kollegaer og hvordan man overholder det profesjonelle ansvaret og plikter (Jordmorforeningen, 2014; Sykepleierforbund, 2011).

#### **Kunnskaps- og praksisutvikling i jordmorfaget**

I denne masteroppgaven ligger hovedfokuset med dette kvalitetsarbeidet innunder jordmors forsknings- og utviklingsfunksjon. Jordmødre har selv et eget ansvar for å stimulere til, delta i og selv arbeide med fagutvikling og forskning for å kunne utvikle og vedlikeholde den faglige kvaliteten i jordmorfaget innenfor de etiske retningslinjene (Jordmorforeningen, 2014).

Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre sier at:

«b) Jordmødre utvikler og deler kunnskaper i jordmorfaget gjennom en rekke forskjellige prosesser, for eksempel forskning og evaluering.» (Jordmorforeningen, 2014).

«c) *Jordmødre deltar i den formelle utdannelsen av jordmorstudenter og jordmødre.*» (Jordmorforeningen, 2014).

I helsepersonell loven står det at helsepersonell er forpliktet til å yte forsvarlig helsehjelp (Helsepersonelloven, 2017). Loven er spesifikt rettet mot helsepersonells rolle ovenfor pasienter, men å yte forsvarlig helsehjelp også kan overføres til kollegaer som trenger ekstra støtte, omsorg og hjelp. For å imøtekomme dette kravet må man holde seg faglig oppdatert

innenfor forskning og utvikling av praksis innenfor eget fagområdet (Sykepleierforbund, 2011). I de norske yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere står det:

«1.1 Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap».

«1.4 Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområdet, og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis» (Sykepleierforbund, 2011).

Videre står det at sykepleiere skal ha respekt for hverandres og hverandres arbeid, og at man skal være til støtte i vanskelige situasjoner (Sykepleierforbund, 2011).

Ved å lage en retningslinje som bygger på systematisk innhentet, kritisk vurdert og oppdatert forskning bidrar jeg til å utvikle den faglige kvaliteten for helsepersonell som arbeider på en fødeavdeling slik at rutiner i forbindelse med ivaretagelse og oppfølging av helsepersonell er av god kvalitet (Helsepersonelloven, 2017; Jordmorforeningen, 2014).

### **Relasjoner i jordmortjenesten**

Som jordmor samarbeider man med annet helsepersonell og man skal støtte hverandre i sine profesjonelle roller. Om omsorgsbehovet overstiger jordmors kompetanse henviser jordmor pasienten videre. Jordmoren har forpliktelser over for seg selv som en person med moralverdi, inkludert forpliktelser om moralsk selvrespekt og bevaring av integritet (Jordmorforeningen, 2014). I de yrkes etiske retningslinjene for sykepleiere står det også:

«4.1 Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten».

«4.2 Sykepleieren ivaretar et faglig og etisk veiledningsansvar for andre helse- og omsorgsarbeidere som deltar i pleie- og/eller omsorgsfunksjoner» (Sykepleierforbund, 2011).

### **Utøvelse av jordmorfaget**

Jordmødre ivaretar en trygg praksis i alle kulturer og miljøer ved å jobbe kunnskapsbasert og profesjonelt. Jordmødre opptre som rollemodeller i helsefremming for kvinner, for familier og annet helsepersonell. Gjennom jordmor karrieren søker jordmoren aktivt personlig, profesjonell, intellektuell vekst i sin fagutøvelse (Jordmorforeningen, 2014).

«5.6 Sykepleieren deltar aktivt i arbeidet for å sikre trygge, rettferdige, sosiale og økonomiske arbeidsmiljøbetingelser for sykepleiere» (Sykepleierforbund, 2011).

## **Jordmødres faglige ansvar**

Jordmoren og annet helsepersonell har ett eget ansvar med å sette seg inn i sitt arbeidsstedets visjon, verdier, mål og gjeldene retningslinjer (Sykepleierforbund, 2011).

Jordmødre behandler informasjon konfidensielt med hensyn til personvernet. Jordmødre er ansvarlige for sine avgjørelser og handlinger og for de relaterte utfallene i deres omsorg. Jordmødre har muligheten til å reservere seg mot å delta i aktiviteter som de har sterke etiske motforestillinger mot, Men det bør ikke frata kvinner deres rett til helsehjelp. Jordmødre som velger å reservere seg mot enkelte aktiviteter av etiske grunner må sørge for at kvinnen blir henvist til en annen behandler som kan gi henne den hjelpen hun ønsker. Jordmødre forstår de uheldige konsekvensene som brudd på etiske regler og menneskerettigheter har for helsen til kvinner og spedbarn. Jordmødre arbeider for å fjerne disse overtredelsene. Jordmødre deltar i utviklingen og iverksettingen av helsepolitikk som fremmer helsen til alle kvinner og for familien som skal ha eller har fått barn (Jordmorforeningen, 2014).

## **2.4 Kvalitetsarbeid**

Kvalitetsarbeid er en kontinuerlig prosess for forbedring og videreutvikling av klinisk praksis. Kvalitet defineres som i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller kravene. Det finnes ingen konsensus om hva eller hvordan dette skal måles, men kravene er at helsetjenesten er trygg og sikker (Helsedirektoratet, 2012). Det vektlegges at kvalitetsforbedringsarbeidet skal være basert på fakta og ikke antagelser. Datainnsamling og analyse er derfor grunnlaget for forbedringsarbeid i helsesektoren. Som tidligere nevnt skal jordmor arbeide kunnskapsbasert i sin praksis. Dette innebærer at jordmor som fagutøver har et bevist bruk av ulike kunnskapskilder i praksis samtidig som jordmor kritisk kan vurdere disse, og at det tas faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningskunnskap, erfaringer og pasientens ønske og behov i en gitt situasjon (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012).

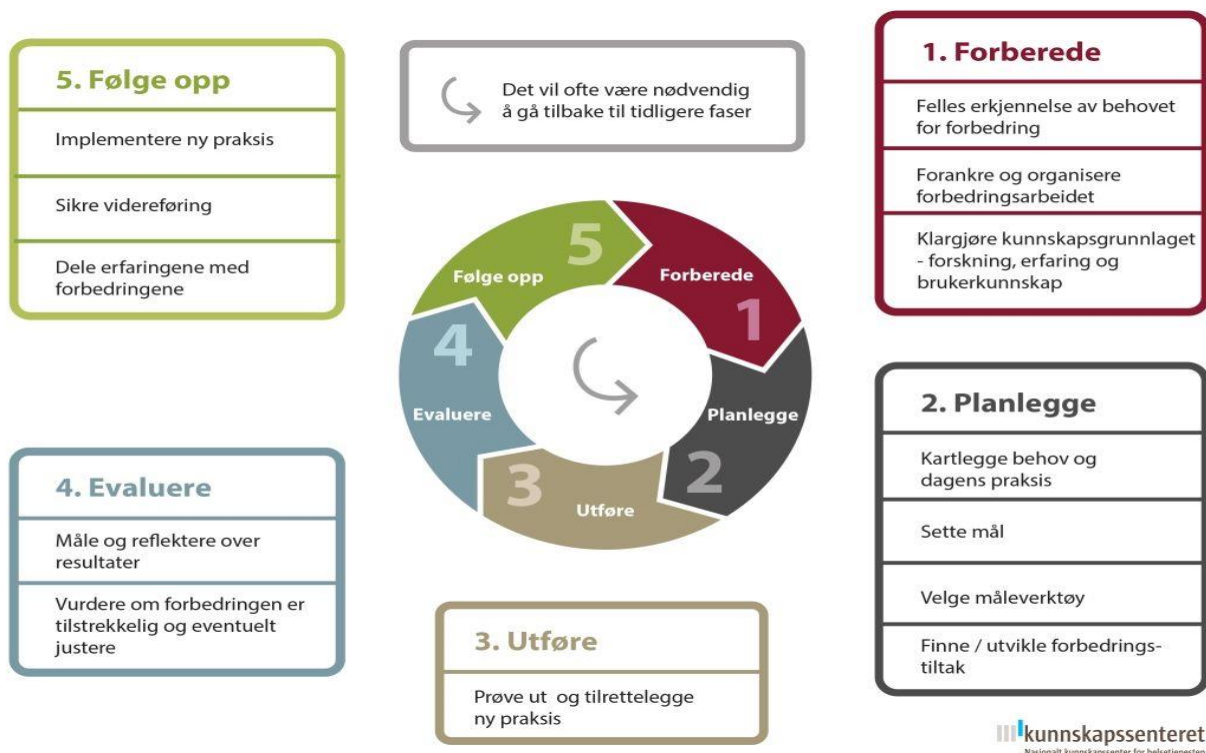
Å utvikle en klinisk retningslinje er en metode for kvalitetsforbedringsarbeid. En klinisk retningslinje kan komme med anbefalinger til tiltak i en klinisk situasjon, på denne måten skapes mer rom for individuell behandling (Hewitt-Taylor, 2004).

### *2.4.1 Modell for kvalitetsforbedring*

Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring inneholder fem faser: forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp (Konsmo et al., 2015). Den er utviklet på bakgrunn av Demings

sirkel og beskriver hvordan man gjennom fem faser kan gå frem for å oppnå forbedringer i helsetjenestene. Sirkel formen illustrerer at forbedringsarbeidet er en kontinuerlig prosess. I denne oppgaven er modellen anvendt som en huskeliste for faktorer som kan sikre en vellykket gjennomføring av dette kvalitetsarbeidet (Konsmo et al., 2015). For denne masteroppgaven er det de to første fasene som er mest aktuelle, å forberede og planlegge kvalitetsarbeidet. Utføringen av selve implementeringen av retningslinjen går utenfor de rammene som er satt for oppgaven. På bakgrunn av dette har jeg kun utarbeidet en strategi for implementering, evaluering av resultatene og oppfølging.

Figur 1: Kunnskaps senterets modell for kvalitetsvurdering



(Helsebiblioteket, 2015).

#### 2.4.2 Kunnskapsbasert praksis

Innenfor jordmorfaget skal kvalitetsarbeidet være kunnskapsbasert. Det handler om at jordmødre i praksis holder seg faglig oppdatert, bruker forskningsbasert kunnskap i fagutøvelsen og bevist bruker og er kritisk til ulike kilder. Praksis skal også preges av klinisk erfaring, etiske vurderinger og faglig skjønn. Formålet med kunnskapsbasert praksis er å styrke beslutningsgrunnetaget for alle som jobber i helse- og sosialsektoren (Helseforskningsloven, 2008; Nortvedt et al., 2012).

Figur 2. Modell for kunnskapsbasert praksis.



#### 2.4.3 Kunnskapsbaserte retningslinjer

Retningslinjer er en betegnelse som brukes om både veiledere, protokoller, guidelines og handlingsplaner (Helsedirektoratet, 2012). Fellestrekk er at de alle inneholder anbefalinger for praksis knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging av pasienter, brukere eller diagnosegrupper innenfor helse- og omsorgstjenestene. Retningslinjer skal fungere som en veileder for helsepersonell og være basert på beste tilgjengelige kunnskap. I verste fall kan mangel på oppdatert retningslinje føre til feil behandling og pasientskader. I en kunnskapsbasert retningslinje er anbefalingene for praksis konkrete og basert på vitenskapelig dokumentasjon som er systematisk samlet inn og kritisk vurdert. Videre skal anbefalingene være vurdert i forhold til ønskede og uønskede konsekvenser i forhold til ressurser, hva som er akseptabelt for både pasienter og helsearbeidere, prioriteringskriterier, lover og forskrifter, økonomi og etikk (Helsedirektoratet, 2012; Nortvedt et al., 2012).

#### 2.4.4 Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer

Det finnes flere metoder for å jobbe med kontinuerlig forbedringsarbeid i helsesektoren. Som nevnt innledningsvis har jeg valgt å bygge oppgaven på helsedirektoratets veileder for



utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (2012). Dette er en 10 trinns veileder som forklarer framgangsmåten for utvikling av retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012). Jeg har valgt å bruke denne veilederen da den beskriver gode metoder for å skape en retningslinje som er troverdig og sikrer at bruken av den vil gjøre mer nytte enn skade.

Tabell 1 Helsedirektoratets veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer

1. Å bruke retningslinjemetodikk	Her bruker jeg helsedirektoratets veileder for utvikling av retningslinjer.
2. Vurdere og begrunne behov for en faglig retningslinje	Behovet for en retningslinje er beskrevet i kapittel 2.5. Dette styrkes også av kapitel 2.1 og 2.2 som beskriver hva alvorlig/ akutte hendelse kan ha for påvirkning og konsekvenser for helsepersonell.
3. Revidere eller utvikle en ny retningslinje	Jeg har ikke lyktes i å finne tilgjengelige retningslinjer om tiltak for å ivareta helsepersonell etter alvorlige/akutte hendelser som forfatteren eventuelt kunne revidert. Søket etter eksisterende retningslinjer er gjort rede for i kapitel 3.1. Målet med denne oppgaven blir på bakgrunn av dette å utvikle en ny retningslinje.
4. Nedsette en arbeidsgruppe	Ut ifra de rammene som er satt for denne oppgaven har det ikke vært praktisk gjennomførbart å nedsette en arbeidsgruppe. Dette er en svakhet ved oppgaven som kommenteres i kap. 4.2.2. Ved utarbeidelse av en retningslinje bør det nedsettes en arbeidsgruppe bestående av ett team med tverrfaglig kompetanse og erfaring (Helsedirektoratet, 2012). Minst én i arbeidsgruppen bør ha tilstrekkelig retningslinjemetodisk kompetanse, og kjennskap til vurderingsverktøyet GRADE

	<p>(se kapittel 2.4.5 for GRADE). Siden dette er en retningslinje utviklet for bruk av helsepersonell med størst tyngde for de som arbeider ved en fødeavdeling/kvinneklinikk, anser jeg det som mest hensiktsmessig at hovedtyngden av medlemmene i utvalget har helsepersonell bakgrunn fra det akutte men også fra psykiatrien.</p>
<p>5. Formulere målsetting, spørsmål, kvalitetsindikator og målgruppe</p>	<p>Hovedmålet med denne retningslinjen er å ivareta helsepersonell etter alvorlige/kritiske hendelser på en slik måte at de opplever å bli sett, hørt, at de opplever at de har støtte fra kollegaer, redusere stress, forebygge PTSD og de skal kunne mestre å fortsatt fungere i jobben. Målgruppen er i hovedsak jordmødre, barnepleier og gynekologer som er ansatt i en fødeavdeling. For å utvikle denne retningslinjen har jeg laget forskningsspørsmål basert på egen erfaring fra klinikken og anbefalinger fra litteratur. Forskningsspørsmålene har jeg delt opp i søkeord som jeg har satt opp i et PICO-skjema som er en metode for å strukturere litteratursøket. Dette presenteres i kapittel 3.3.1.</p>
<p>6. Innhent og vurder kunnskapsgrunnlag og dokumentasjon</p>	<p>Litteratursøket er utført i samarbeid med bibliotekar på to ulike dager. For vurdering av forskningsartikler har jeg brukt sjekklister fra kunnskapscenteret.</p>
<p>7. Utform anbefalingene</p>	<p>Det er gjort en vurdering av helsegevinst, om retningslinjen vil gjøre mer nytte enn skade i forhold til ressursbruk, risiko og bivirkninger. Anbefalingene er formulert</p>

	<p>slik at de er enkle å forstå. Eventuell uenighet fremkommer tydelig. Gradering av anbefalingene er gjort og kommer tydelig frem.</p> <p>Godkjenning av retningslinjen er ikke gjort da det vil kreve høringsinnspill, dette er ikke mulig grunnet at dette er en masteroppgave og grunnet tiden. Kunnskapsgrunnlaget fremkommer tydelig. Retningslinjens målgruppe blir presentert tydelig. Det fremgår hvem som har utarbeidet retningslinjen</p>
<p>8. Planlegg og gjennomfør implementering</p>	<p>Retningslinjen bør sendes på høring til de aktuelle brukerne før den skal implementeres. Når man skal implementere en retningslinje i klinikken er det viktig å ha en nøye utarbeidet implementeringsstrategi (Helsedirektoratet, 2012). Det bør gjøres endringer i daglige rutiner, samt fjerne eventuelle barrierer mot implementeringen av retningslinjen. Retningslinjen bør være tydelig og enkel å forstå for brukeren, og være lett tilgjengelig. Det vil for eksempel være aktuelt å undervise den aktuelle målgruppen om bruken av retningslinjen og hvor man finner den. I kapittel 5.1.2 kommer jeg inn på hvordan man kan gjennomføre implementering, og hvilke utfordringer man kan møte.</p>
<p>9 og 10. Planlegg og gjennomfør evaluer oppdatering.</p>	<p>Det bør komme tydelig fram i retningslinjen hvem som er ansvarlig for oppdateringen. Her bør man bruke kvalitetsindikatorene som er utviklet i forkant av</p>

	implementeringen. Det skal påføres dato for utgivelse og forventet oppdatering i retningslinjen (Helsedirektoratet, 2012).
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### 2.4.5 Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) er et verktøy som er godt egnet til å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen man legger til grunn for anbefalingene i en retningslinje (Guyatt et al., 2011). Metoden baserer seg på at styrken på anbefalingene vurderes som en sterk eller svak (betinget) anbefaling. Styrken på anbefalingen avhenger av kvaliteten på dokumentasjonen. Mangel på dokumentasjon av høy kvalitet, usikkerhet om hvorvidt fordelene oppveier for ulempene eller usikkerheten om hvorvidt nytten er verdt de eventuelle kostnadene, er faktorer som kan svekke styrken på anbefalingene. Er anbefalingen svak blir det ofte krevd en individuell vurdering av den enkelte personen og preferansen i større grad (Helsedirektoratet, 2012).

#### 2.4.6 The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument

Metodeverktøyet The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument (AGREE II) er utviklet for å systematisk vurdere kvaliteten på retningslinjer. Verktøyet er internasjonalt anerkjent og omfatter vurdering av retningslinjens avgrensning og formål, involvering av interessenter, metodisk nøyaktighet, klarhet og presentasjon, anvendbarhet og redaksjonell uavhengighet (Helsedirektoratet, 2012).

### 2.5 Vurdering og begrunnelse for en faglig retningslinje

Jordmoryrket er ofte forbundet med en gledelig begivenhet, men som kommende jordmor ser man at yrket er mer sammensatt. I møte med fødekvinne og hennes pårørende opplever man ydmykhet i møte med fødselen av ett nytt liv. Yrket innebærer ett selvstendig og stort ansvar ved overvåking av mor og barn i fødsel. For jordmødre er det en del av hverdagen å forholde seg til alvorlige og uforutsette situasjoner hvor barnet og/eller mors helse er i fare. Ved slike hendelser er jordmor opptatt av å ta vare på fødekvinne, partner og barnet. Som oftest går det bra, men i noen tilfeller blir jordmor involvert i alvorlige/akutte hendelser.

Da det ikke eksisterer en nasjonal retningslinje for hvordan man ivaretar helsepersonell etter kritiske og alvorlige hendelser kan det oppstå lokale forskjeller i forbindelse med

oppfølgingstilbudet. Jeg ønsket i denne oppgaven å lage en retningslinje som gir konkrete anbefalinger for helsepersonell ved fødeavdeling, da jeg har savnet dette i praksis.

På Fødeavdelinger hvor det er mye utskifting av personalet, vikarer eller nyutdannede jordmødre vil det være gunstig å ha en retningslinje som kan bidra til en enhetlig og systematisk oppfølging av helsepersonell ved en alvorlig/akutt hendelse. Retningslinjen kan virke støttende for helsepersonell ved fødeavdelinger ved at man får en felles ”mal”, samtidig som den skal ta individuelle hensyn (Helsedirektoratet, 2012).

### **3 PROSESDEL**

Prosesdelen fokuserer på handlinger som fører til god helsetjeneste. Her presenteres fremgangsmåten til utviklingen av en kunnskapsbasert retningslinje. I denne delen er det innhentet og vurdert relevant kunnskap. Videre er anbefalingene utformet og gradert ved hjelp av GRADE.

#### **3.1 Eksisterer det retningslinjer for ivaretagelse av helsepersonell etter akutte/alvorlige hendelser**

I studieperioden har jeg ikke identifisert nasjonale retningslinjer for ivaretagelse av helsepersonell etter en alvorlig/akutt hendelse. Det er utført søk i Helsedirektoratets database for nasjonale retningslinjer, Helsebibliotekets samling av norske retningslinjer og i Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer. Jeg har kontaktet fødeavdelinger ved flere norske sykehus for å innhente retningslinjer for ivaretagelse av helsepersonell ved alvorlige/akutte hendelser. Flere rapporterte at de ikke hadde lokale prosedyrer for ivaretagelse av helsepersonell etter en alvorlig/akutt hendelse. Fødeavdelingen ved Oslo Universitetssykehus sendte sin lokale prosedyre.

#### **3.2 Retningslinjens målsetting, kvalitetsindikatorer og målgruppe**

Målet med retningslinjen er å dekke helsepersonell sitt behov for oppfølging etter alvorlige/akutte hendelser. Retningslinjen skal støtte helsepersonell på en fødeavdeling ved å gi konkrete anbefalinger for praksis basert på den beste tilgjengelige kunnskapen på området. Ved å ha en tilgjengelig retningslinje vil helsepersonell og deres ledere bli bevist på viktigheten av ivaretagelse ved uønskede hendelser for å forebygge stress og PTSD, fremme trygghet slik at flere mestrer å stå i jobben og få tilgang på evidensbaserte tiltak som kan iverksettes i avdelingene.

Kvalitetsindikatorer blir utviklet for å kunne gi informasjon om hvorvidt det kvalitetsarbeidet som gjøres kan måles. De blir vanligvis delt inn i tre typer: struktur, prosesseres eller resultater (Helsedirektoratet, 2019).

Strukturindikatoren i denne retningslinjen er at den skal bidra til god ivaretagelse og oppfølging av helsepersonell, etter at de har vært involvert i en hendelse de opplever som alvorlig/akutt. Retningslinjen skal bidra til at helsepersonell får en enhetlig og systematisk oppfølging og bidra til en bedre ressursutnyttelse på fødeavdelingen (Helsedirektoratet, 2019).

Prosessindikatoren er at retningslinjen skal bidra til å øke kvaliteten på oppfølging.

Retningslinjen skal bidra til at alt helsepersonell får lik tilgang til oppfølging av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2019).

Retningslinjens resultatindikatorer er at den skal redusere sykefravær og symptomer på stress og PTSD, som igjen vil føre til bedre økonomiske gevinster (Helsedirektoratet, 2019).

Målgruppen for retningslinjen er jordmødre, obstetrikere, sykepleiere og barnepleiere og annet helsepersonell som arbeider på fødeavdelinger.

### **3.3 Kunnskapsgrunnlag og dokumentasjon**

Her presenteres søkestrategien og hvordan PICO er brukt til å spisse spørsmålene for å svare på kjernespørsmålene. Videre vil jeg presentere inklusjon- og eksklusjonskriteriene og vise hvordan litteratursøkene er gjennomført. Til slutt presenteres funnene og hvilke kritiske vurderinger som er gjort.

#### *3.3.1 Søkestrategi*

Jeg har formulert spørsmål om ivaretagelse av helsepersonell etter alvorlige/akutte hendelser basert på klinisk praksis. Disse spørsmålene ble gjort om til kjernespørsmål. De aktuelle kjernespørsmålene var:

- Kan en retningslinje for ivaretagelse av helsepersonell etter alvorlige/akutte hendelser bidra til å redusere stress, sykmeldinger og bidra til at flere velger å stå i yrket?
- Hvordan opplever jordmødre og annet helsepersonell å være involvert i alvorlige/akutte hendelser?
- Gir jordmødre og annet helsepersonell uttrykk for at de er tilfredse med oppfølgingen etter alvorlige/akutte hendelser?
- Hvilket tiltak er best egnet for å ivareta helsepersonell etter alvorlige/akutte hendelser?

Jeg har valgt å dele opp spørsmålene og bruke PICO som Søkestrategi. PICO står for:

P=population, I=intervensjon, C=comparison og O=Outcome. Dette er en måte å strukturere litteratursøket og kjernespørsmålene. Søkeordene ble kombinert med «and» og «OR» for å finne forskningsartikler som var relevante. Hensikten med å bruke OR er at søket blir utvidet til artikler som inneholder enten det ene eller andre søkeordet fra en av kolonnene i PICO skjemaet. Ved bruk av AND begrenses søket til å gi treff kun på artikler som inneholder søkeord fra de ulike kolonnene samtidig. For å finne engelske søkeord har jeg brukt Google oversetter (Nortvedt et al., 2012).

*Eksempel på søk: ((staff\* or personnel\* or work\*) and (health or nurs\* or midwife\* or midwife\*)). ti, ab.*

I denne oppgaven var det hensiktsmessig og dele opp problemstillingen i to og gjøre to individuelle søk. Ett søk for å se på opplevelsen av alvorlige og akutte hendelser og ett søk for å finne tiltak og effekten av disse. Søkeord er blitt laget basert på problemstillingen og systematisert i 2 PICO-skjemaer (Tabell 2-3).

Det ble skilt mellom tekstord og emneord. Søk etter tekstord er et direkte søk etter ord som fremkommer i tittelen, sammendraget eller ett annet sted i teksten. I store databaser som Medline brukes emneord, eller Mesh-termer. Mesh-termer er standardiserte ord som beskriver innholdet i en artikkel. Det vil si at bruk av gir treff på relevante artikler selv om ikke tittelen eller teksten inneholder akkurat det ordet man søker på. Emneord sikrer også et mer presist treff, da de angir hovedtema i artikkelen (Nortvedt et al., 2012).

Tabell 2: PICO 1

Population	Intervensjon	Comparison	Outcome
Midwifery	Trauma		Second victim
Midwife	Traumatic childbirth		Crisis intervention
Midwife	Traumatic birth		Emergencies
Midwi*	Childbirth.mp OR Parturition		Medical error.
Obstetrician*	Birth.mp		Emotional trauma
Nurse Midwives	delivery.mp OR Delivery, Obstetric/		Guilt
(nurse Or Nurses).mp	(labor or labour).mp		Shame
Delivery nurse	Delivery complications		Blame
Labour nurse	Critical care		
Health care professionals	Childbirth situations		
Health personel	exp Obstetric Labor Complications/		
	(trauma or		



	traumatic).mp		
	Emergencies/		
	(crisis* or critical or emergenc* or complication*).mp.		
	Unexpected events		
	Critical care		
	Childbirth situations		
	Critical incident		

Tabell 3: PICO 2

Population	Intervensjon	Comparison	Outcome
Health care professionals	Coping Strategies		PTSD
Helth personell	Support*		Trauma*
Midwife*	Guidlines		
Midwifery	Guideline*		
Midwife*	Review*		
staff*	metaanalys*		
Personnell*	Metasynthes*)		
health	Debrief*.		
Nurs*	Social support		
Colleague*	Work*		

### 3.3.2 Inklusjonskriteriene

- Omhandle helsepersonell som arbeider med gravide
- Språk norsk, svensk, dansk og engelsk
- Systematiske oversikter og enkeltstudier
- Studier som er utført i land som har et helsevesen som er sammenlignbart med det norske helsevesenet

### 3.3.3 Eksklusjonskriterier

- Studier som omhandler svangerskapsomsorgen
- Eldre studier (over 10 år)
- Andre skriftspråk
- Studier som er utført i land med et helsevesen som ikke er sammenlignbart med det norske helsevesenet.

### 3.3.4 Kunnskapsøk og S-pyramiden

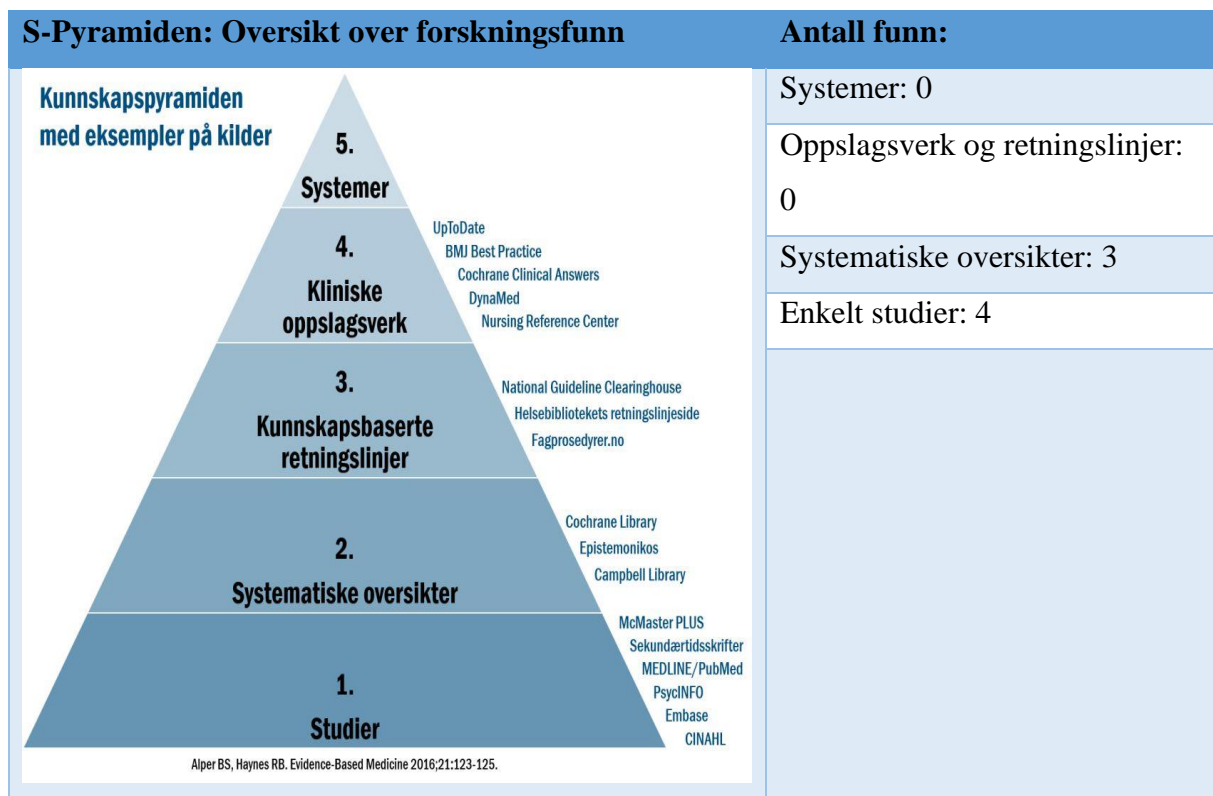
Litteratursøket er strukturert etter S-pyramiden. S-pyramiden viser de ulike informasjonskildene plassert i et hierarki. Bruk av S-pyramiden i søket etter artikler bidrar til at man kan systematisere nivået av kunnskapskildene (Nortvedt et al., 2012). På toppen av pyramiden finner vi systemer som blir beskrevet som det perfekte kliniske beslutningsstøttesystemet som oppdaterer all relevant forskning rundt en klinisk problemstilling, for deretter å automatisk koble dette til individuell pasientdata via pasientjournaler. Siden slike systemer ikke er fullt utviklet i dag starter søket på det nest øverste nivået på pyramiden. Her finner vi kunnskapsbaserte retningslinjer og oppslagsverk. Her oppsummeres forskning fra systematiske artikler og enkelt studier innenfor ett større temaområde (Nortvedt et al., 2012).

Det neste trinnet i pyramiden er oppsummerte systematiske oversikter. Artikler i denne gruppen skal presenteres i et strukturert og leservennlig format. Det skal komme tydelig frem hvordan forfatterne har søkt, kvalitetsvurdert og analysert studiene som er blitt inkludert. Neste trinn inneholder originale systematiske oversikter. For eksempel er oversiktsartikler fra Cochrane Collaboration systematiske oversikter. Ved neste trinn finner vi oppsummerte enkeltstudier. Disse er kvalitets vurderte og lett anvendbart (Polit & Beck, 2010).

På det nederste trinnet i pyramiden finnes enkelt studier (Nortvedt et al., 2012).

Det ble gjort to individuelle søk i samarbeid med bibliotekar (søkene ble utført i mai og juni 2019). Det ble søkt i databasene Medline via Ovid, Maternity & Infant care, og Cohcrane. Det ble inkludert 3 systematiske oversikter og 4 enkeltstudier (figur 3).

Figur 3 S-Pyramiden- Oversikt over forskningsfunn.



### 3.3.5 Vurdering av kunnskapsgrunnlaget

Jeg har benyttet Kunnskapscenterets sjekklister for å vurdere styrker og svakheter ved forskningsartikler. De har forskjellige sjekklister for ulike studiedesign (Kunnskapscenteret, 2015). Kvalitetsarbeidet i denne oppgaven er bygd på forskningskunnskap og erfaringskunnskap da retningslinjen er ment som støtte til helsepersonell (Helsedirektoratet, 2012).

### 3.4 Presentasjon av forskningsfunn

For å gi en systematisk fremstilling av forskningsfunnene har jeg valgt å presentere disse i en tabell (tabell 4).

Tabell 4. Forskningsfunn

Forfatter, land og årstall	Tittel	Studie design	Spørsmål	Hovedfunn	Styrker og svakheter
Retningslinjer og oppslagsverk					
Systematiske oversiktsartikler					
E M. Wright, M T. Matthai, and N. Warren.  USA 2017	Methods for Alleviating Stress and Increasing Resilience in the Midwifery Community: A Scoping Review of the Literature	Scoping review, gjennomgang av litteraturen. Kan grupperes for deretter å oppsummeres som samlet resultat. 6 inkluderte artikler-3 kvantitative, 2 kvalitative og 1 miksa metode. De inkluderte studiene var utført i Uganda, Iran, The United Kingdom, Israel og Australia.	Finnes det metoder som reduserer jobb relatert stress hos jordmødre?	Stress tiltak har effekt, de kommer også frem til at dette bør legges inn i utdanningen til jordmor studenter.	<b>Styrke:</b> Her er nesten alle kriterier møtt. Teoretisk rammeverk er blitt presentert Metode delen ellers er god. Formål, resultat og konklusjon samsvarer. <b>Svakhet:</b> Forforståelse er ikke nevnt.
D. Seys, S. Scott, A. Wu, E. V. Gerven, A. Vleugels, M. Euwema, M. Panlla, J. Conway, W. Sermeus, K. Vanhaecht.  USA og Belgia	Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: A literature review.	Et utvidet søk i databasene Medline, Embase og Cinahl.	Hoved fokuset i studien er å identifisere støttende strategier for ivaretagelse av helsepersonell.	Det er nevnt flere strategier for støtte av helsepersonell. Individuell støtte, organisasjons styrt støtte. Dette innebærer støtte til den/de direkte involverte helsepersonell. Organisasjonen innebærer støtte til alle involverte- Helsepersonell, familien/pårø	<b>Styrke:</b> Tydelig inklusjon og eksklusjon kriterier. Forforståelse er nevnt. Metode delen er god. Formål, resultat og konklusjon samsvarer <b>Svakhet:</b> Teoretisk rammeverk er ikke blitt presentert.

2012				nde.	
Kirkehei. Anne, K. Lindahl, M. Tinnå Kunnskap s-senteret.  Norway 2012	Helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser.	Systematisk litteraturstudie	Hvordan oppleves det å være involvert i en uønsket hendelse? Hvilken støtte og oppfølging har helsepersonell behov for og erfaring med i etterkant av en uønsket hendelse? Hva er effektene av tiltak som er ment å støtte helsepersonell i etterkant av en uønsket hendelse?	Tre temaer som ble ekstra nyttige for de ansatte: Samtale med kollegaer, Læringskultur: Det var viktig for bearbeidelsen av hendelsen at den ble brukt som en del av læringen i institusjonen, Et godt forhold til pasienten og de pårørende.	<b>Styrke:</b> Metode er godt forklart. Formål, resultat og konklusjon samsvarer. <b>Svakhet:</b> Det er ingen kritisk vurdering av studienes kvalitet. Ingen analyse av studiene og ingen anbefalinger
Enkeltstudier					
Å. Wahlberg, U. Høgberg, M. Emmelin  Sweden 2018	The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: A grounded theory study.	En modifisert konstruktivistisk fundert teori-analyse basert på intervju med 7 jordmødre og 7 obstetrikere som har fødselserfaring i Sverige.	Undersøke prosessen svenske jordmødre og obstetrikere går igjennom etter traumatiske hendelser på fødeavdelingen.	Samtale med kvinnen, kollegaer, ledere. Følelsen av tillit, ønske om å støtte andre som har opplevd lignende hendelser bidro til å gjøre veien tilbake til profesjonen lettere.	<b>Styrke:</b> Forforståelsen og teoretisk rammeverk er blitt presentert. Hvordan deltakerne ble rekruttert blir presentert. Dataanalysen er godt beskrevet, Formålet samsvarer med resultat

					og konklusjon. Etiske overveielser er gjort rede for. <b>Svakhet:</b> Studien er basert på få informanter. Forforståelsen er ikke gjort rede for.
P Slade, K Sheen, S Collinge, J Butters and H Spiby  Storbritannia 2018	A programme for the prevention of post-traumatic stress disorder in midwifery (POPPY): indications of effectiveness from a feasibility study.	Deltakerne var jordmødre ved ett sykehus i England hvor POPPY programmet ble prøvd fra oktober 2016 til september 2017. POPPY programmet besto av: POPPY verksted-Hjelp til å forstå hva traumatiske hendelser er og hvordan man skal takle følelsen man får. POPPY kollegastøtte og henvisning/tilgang på psykologisk behandling/innspill.	Kan POPPY programmet forebygge PTSD hos jordmødre som opplever traumatiske hendelser.	POPPY programmet viste at jordmødres forståelse og selvfølelse økte i forhold til å takle tidlig reaksjon på traume, Bedre mental helse, redusert antall med PTSD, Flere som var jobb tilfreds, bedre kvalitet på omsorgen de gir og færre som vurderte å forlate yrke.	<b>Styrke:</b> Her er nesten alle kriterier møtt. Forforståelsen og teoretisk rammeverk er blitt presentert Metode delen er god. Formål, resultat og konklusjon samsvarer. <b>Svakhet:</b> Forforståelsen er ikke gjort rede for. Etiske overveielser er ikke kjent.
Halperin, Goldblatt, Noble, Raz, Zvulunov, & Liebergall Wischnitz er, 2011	Stressful Childbirth Situations: A Qualitative Study of Midwives.	Deltakerne besto av 18 jordmødre ved 6 ulike fødeavdelinger i Israel. Individuelle semistrukturerte dybdeintervjuer hvor deltakerne måtte beskrive en veldig stressende	Studien ser på livstruende fødselssituasjoner som jordmødre ser på som balastene og på hvilken	Jordmors reaksjon etter en stressende fødselssituasjon og på hvilken måte jordmor blir påvirket er hoved tema. Videre fokuseres det	<b>Styrke:</b> Metode delen er god. Formål, resultat og konklusjon samsvarer. <b>Svakhet:</b> Forforståelsen

		situasjon de hadde opplevd, deres følelser knyttet til hendelsen, deres mestringsstrategier og deres støttesystem	måte de takler disse utfordringene.	på: 1.Hvordan fungere profesjonelt i en uforutsigbar hverdag. 2.Emosjonelle reaksjoner 3.Fysiske reaksjoner 4.Langtidseffekt Underkategoriene var 1.Problemer med å håndtere hendelsen. 2.Reaksjoner fra kollegaer. 3.Følelser rundt støtte fra ledelsen. 4.Forslag for imøtekommelse av uttalte behov	e og teoretisk rammeverk er ikke blitt presentert.
Schrøder, La Cour, Jørgense, Lamont, & Hvidt, Danmark 2017	Guilt without fault: A qualitative study into the ethics of forgiveness after traumatic childbirth.	Blandet metodeforskningsdesign-generert fra to ulike tilnæringer. Et nasjonalt spørreskjema runde og et kvalitativt intervju undersøkelse. Den nasjonale undersøkelsen inkluderte 563 fødselshjelpere og praktikanter (fødselsleger) og 1535 jordmødre. I den kvalitative delen ble individuelle semistrukturerte intervju g. Studien er utført i Danmark.	Undersøke hvordan jordmødre og andre fødselshjelpere opplevde skyld i de situasjonene de ikke hadde skyld.	Jordmødre og andre fødselshjelpere opplevde ofte tanker om de kunne gjort ting annerledes, om de hadde tatt feil avgjørelser.	<b>Styrke:</b> Studien har en godt forklart og gjennomgående metode Studien svarer tydelig på formålet. <b>Svakhet:</b> Dataanalyse n er noe uklart.

### *3.4.1 Kildekritikk*

Artiklene som er valgt er publisert i anerkjente tidsskrifter og har vært igjennom faglig vurdering. Dette innebærer ikke at forskningsartikler kan brukes ukritisk. Det er viktig å vurdere troverdigheten, gyldigheten av informasjonen i studiene og kritisk vurdere dette. Den metodiske kvaliteten og resultatene og overførbarheten til tema i denne masteroppgaven (Nortvedt et al., 2012).

### *3.4.2 Svakheter og styrker*

Fordi dette er et sammensatt og stort tema kunne søkene trolig vært enda bredere, men grunnet tid og oppgavens omfang er dette en begrensning ved oppgaven. Søkeordene som ble benyttet ga mange treff og funnene var spesifikke, men ga få konkrete anbefalinger innenfor temaet.

Kunnskapssøket resulterte i få artikler fra S-pyramiden som kommer med konkrete anbefalinger, men fant oversiktsartikler som foreslår tiltak som samsvarer med funnene i enkeltstudiene: Hva helsepersonell oppgir at de ønsker, har hatt nytte av eller som de har savnet.

## **3.5 Gradering av anbefalingene i retningslinjen**

Kvaliteten på dokumentasjon og styrken på anbefalingene har blitt gradert ved hjelp av GRADE.

For å få en sterk GRADE anbefaling kreves det minst en randomisert studie av kvalitet og konsistens som en del av dokumentasjonen for den problemstillingen som er aktuell. Med en sterk anbefaling menes at det er en stor enighet om at helsepersonell skal få ett bestemt tilbud. Ved å følge anbefalingene blir de ønskede effektene veid opp mot de uønskede effektene (Helsedirektoratet, 2012).

Er anbefalingen svak kreves det enighet i ekspertgrupper eller faglig autoriteter som er basert på meninger og/eller erfaringer. Ved en svak anbefaling skapes mer for eget skjønn og valg da en svak anbefaling indikerer mangel på gode studier for den anbefalingen som er aktuell (Helsedirektoratet, 2012).

Jeg har valgt å presentere anbefalingene og resultatene fra kvalitetsvurderingen GRADE under kategorien utforming av anbefalingene og i selve retningslinjen. Har anbefalingen et



pluss tegn (+) etter seg betyr dette at det er en sterk anbefaling. Har anbefalingen et minus tegn (-) etter seg, er det en svak anbefaling.

### **3.6 Utforming av anbefalingene i retningslinjen**

Her presenteres tiltak som anbefales i retningslinjen. Kvaliteten på anbefalingene beskrives ved hjelp av GRADE kategoriene: høy, middels, lav og svært lav kvalitet og viser til om de er av en sterk eller svak anbefaling.

#### *3.6.1 Kollega støtte, Grade – (svak)*

Seys. et. al (2013) har laget en oversiktsartikkel hvor de konkluderer med at kollega støtte har god effekt på å gi den involverte følelsen av støtte. De skriver videre at helsepersonell som takler noe kritikk og som er villig til å prate igjennom hendelsen mottar mest støtte. Åpen diskusjon viser seg å ha god effekt på stress og ses på som forebygging da det er lite sannsynlig at den involverte ville begått samme feil på nytt. Dette vil videre føre til bedre ivaretagelse av pasienter, bedre forhold til pasienten som igjen fører til bedre pasient sikkerhet (Seys et al., 2013). Dette underbygges av studien til Wright et. al (2017). I deres oversiktsartikkel poengteres det også viktigheten av støtte fra ledelsen da dette er spesielt viktig for å skape følelsen av at den involverte opplever å bli trodd på, stolt på og tillit. Begge konkluderer med at støtten må gis umiddelbart (Wright, Matthai, & Warren, 2017). Kollega støtte gir jordmødre mulighet til å motta konfidensiell støtte over telefonen eller ansikt til ansikt av en jordmor som er trent spesielt til å kunne ha denne rollen (Slade et al., 2018).

Som ett resultat av studien til Halperin et al. (2011) ble det utviklet ett treningsprogram for å trene jordmødre til å bli gode, profesjonelle kliniske veiledere som er ment til å støtte kollegaer etter alvorlige/kritiske hendelser (Halperin et al., 2011).

#### *3.6.2 Uttrykksfull skriving, Grade - (svak)*

Wright et al (2017) beskriver at det å skrive ned opplevelsen kort tid etter at hendelsen har oppstått kan bidra til å bearbeide opplevelsen. Det er lettere å huske detaljer fra hendelsen i den første tiden. På denne måten kan man få gitt uttrykk for sine følelser, hva som ble gjort i tiden før, under og etter hendelsen. Dette er et tiltak som videre kan være nyttig for leder da dette bidrar til å skape hendelsesbilde (Wright et al., 2017).

### *3.6.3 Debriefing individuelt, Grade - (svak)*

Debriefing individuelt skaper mulighet for helsepersonell å prate om det de har opplevd, de avgjørelser som ble tatt og få en mulighet til å fortelle sin side av saken (Wright et al., 2017). Dette underbygges av ett notat fra kunnskapssenteret (2012) hvor det er blitt utført et systematisk litteratur søk i 2012 (Kirkehei, Lindahl, Tinnå, & Nasjonalt kunnskapssenter for, 2012).

### *3.6.4 Debriefing i gruppe, Grade – (svak)*

Kirkehei et. al (2012) skriver at det er viktig med ett godt forhold til kollegaer i tiden etter hendelsen, men forholdet til den involverte pasienten anses som veldig verdigfult (Kirkehei et al., 2012). Debriefing i gruppe med involverte kollegaer/helsepersonell både med og uten pasienten med pårørende anses som spesielt, da det skaper mulighet for alle involverte å fortelle sin opplevelse og reflektere over det de har vært involvert i (Wright et al., 2017).

### *3.6.5 Tilbud om oppfølging med psykolog/psykiatrer, Grade – (svak)*

Tilgang til psykologisk vurdering og innspill er tredje tiltaket ved POPPY programmet i studien til Slade et. al (2018). De jordmødrene som opplever vanskeligheter i over tre måneder etter en alvorlig/kritisk hendelse kunne kontakte en klinisk psykolog for å få en vurdering om det er nødvendig med traumefokusert psykologisk intervensjon (kognitiv atferdsterapi) (Slade et al., 2018).

Dette underbygges også av studien til Wright et al (2017).

### *3.6.6 Mestringsprogram, Grade - (svak)*

MITSS er ett program som har utviklet ulike støttetjenester ved å bruke en modell for felles fag undervisning. MITSS tilbys også som direkte tjeneste til jordmor eller annet helsepersonell som ønsker emosjonell støtte med fokus på å forebygge utbrenthet (Wright et al., 2017). Programmet fokuserer på øyeblikkelig hjelp og identifisere problemet (Wright et al., 2017).

Viktig å ha en kultur der det settes fokus på hvor stor fysisk og psykisk belastning en alvorlig/kritisk hendelse kan ha på hver enkelt. Å forlate fødselsomsorgen kan være resultatet av en prosess etter en alvorlig/kritisk hendelse, så vel som personlig vekst (Wahlberg, Högberg, & Emmelin, 2019).

### *3.6.7 Behandling for PTSD, Grade - (svak)*

Lederen har ansvar for å legge samme vekt på jordmødres profesjonelle dyktighet og velvære. For de som utvikler symptomer på PTSD er det viktig med oppfølging, henvisning og tilbud om behandling for PTSD hos kvalifisert helsepersonell (Wright et al., 2017).

### *3.6.8 Undervisning, Grade (-) svak*

En studie utført av Slade et. al (2018) ser på ulike tiltak for å redusere stress og å skape større arbeidsglede. Tiltakene er prøvd på et sykehus i Storbritannia. Første tiltaket er ett verksted som varer i 2,5 time med fokus på trening i å håndtere alvorlige/kritiske hendelser. I Norge kan dette overføres til simulerte situasjoner arrangert på arbeidsplassen. Treningen har som hensikt å støtte jordmødres forståelse av traumeopplevelser og gi veiledning om metoder for hvordan man skal kunne håndtere følelser den første tiden etter alvorlige/kritiske hendelser. Tiltaket er ment som er forberedelse for en potensiell alvorlig/kritisk arbeidsrelatert hendelse for å forebygge utbrenthet og utviklingen av PTSD (Slade et al., 2018).

Funnene samsvarer med en kvalitativ studie som er utført av Schrøder et. al (2017) og Halperin et. al (2011). Schrøder et. al (2017) oppgir at helsepersonell opplever å føle skyld uavhengig om det er bevist at hendelsen ikke var deres feil. Dette fører til at mange ikke klarer å tilgi seg selv. De foreslår at det medisinske, juridiske og pasientsikkerhetsperspektivet kompletteres med det moralfilosofiske perspektivet både i helsevesenet og under utdanningen. Dette som et tiltak for å fremme ikke-dømmende annerkjennelse, og erkjennelse av skyld og medisinsens feilbare natur (Schrøder, La Cour, Jørgensen, Lamont, & Hvidt, 2017).

Halperin et. al (2011) skriver i sin studie at et element i lærerplattformen for jordmor utdanningen bør være trening for å takle vanskelige situasjoner. Løpene opplæring som tar for seg ulike aspekter ved å takle stressende fødselssituasjoner. Målet er å skape en individuell reflekterende praksis og å styrke jordmødre til å bli kompetente og selvsikre utøvere (Halperin et al., 2011).

## **4 RESULTATDEL**

Resultatdelen har fokus på de helsemessige effektene av retningslinjen. I denne delen presenteres selve retningslinjen med utgangspunkt i AGREE II-instrumentet. I tillegg drøftes etiske overveielser, implementering og evaluering (Satya-Murti, 2003).

### **4.1 Presentasjon av retningslinjen**

#### **Retningslinje for ivaretagelse av jordmødre og annet helsepersonell ved akutte/alvorlige hendelser på fødeavdeling**

Målgruppe: Jordmødre, barnepleiere, sykepleiere og obstetrikere som arbeider på fødeavdeling.

#### **HENSIKT OG OMFANG:**

Retningslinjens hensikt er å sikre kunnskapsbasert praksis ved ivaretagelse av helsepersonell ved akutte/alvorlige hendelser.

Retningslinjen gir anbefalinger ved akutte/alvorlige hendelser på fødeavdeling basert på oppdatert, systematisk innhentet og kritisk vurdert kunnskap. Målet er at ivaretagelse skal foregå på en trygg og effektiv måte. Retningslinjen skal bidra til å unngå utbrenthet og stress og gi økt trivsel og mestring i jobbsituasjonen på fødeavdeling.

#### **BESKRIVELSE:**

Ivaretagelse av helsepersonell etter alvorlig/akutt hendelse er en prosess som innebærer tiltak som er ment å gi helsepersonell nødvendig oppfølging etter at de har vært involvert i en alvorlig/akutt hendelse. Hensikten er å redusere stress, forebygge sykdom, skape mestringsfølelse på en slik måte at helsepersonell opplever tillit og trygghet til å kunne fortsette å stå i yrket sitt.

#### **FREM GANGSMÅTE:**

Det anbefales at helsepersonell som er involvert i en alvorlig/akutt hendelse så snart som mulig blir fritatt sitt arbeid resten av vakt.

**Objektive kriterier** vurderer helsepersonell sitt behov for støtte

**Individuelle kriterier** vurderes individuelt i forhold til den enkeltes behov for oppfølging ut ifra deres opplevelse av hendelsen.

**Anbefalinger for ivaretagelse** Oppfølgingstiltakene er valgfrie og vurderes individuelt ut fra den enkeltes opplevelse og behov.

### **Kollega støtte**

Utførelse:

- Kollegastøtten bidrar så snart som mulig etter en alvorlig/akutt hendelser.
- Medarbeidere tar selv direkte kontakt med kollegastøtten for å snakke ut om hendelsen de har vært involvert i.
- Kollegastøtten tar direkte kontakt med medarbeidere etter at den alvorlige/akutte hendelsen er kjent.
- Avdelingsleder eller en medarbeider kan be kollegastøtten ta kontakt med en kriserammet medarbeider, etter at den involverte medarbeideren har fått informasjon om dette.

### **Uttrykksfull skriving**

Utførelse:

- Medarbeideren skriver ned hendelsesforløpet så snart som mulig for å huske detaljer.
- Kan brukes av avdelingsleder ved gjennomgang av den alvorlige/akutte hendelsen.

### **Debrifing**

Utførelse:

- Tilby debrifing individuelt hvor medarbeideren får mulighet til å prate sin side av saken om den alvorlige/akutte hendelsen.
- Tilby debrifing i gruppe hvor medarbeideren sammen med ledere og andre involverte medarbeidere får mulighet til å reflektere sammen over det de har vært involvert i.
- Tilbud om debrifing sammen med den involverte pasienten og eventuelt pårørende.
- Tiltaket gjentas etter en måned, deretter etter behov.

### **Tilbud om videre oppfølging**

Utførelse:

- Tilbud om henvisning til psykiatrien med tanke på vurdering.
- Oppfølging og tilbud om behandling for Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD) for medarbeidere som utvikler symptomer på PTSD hos kvalifisert helsepersonell.
- Mestringsprogram, fokuserer på å identifisere problemet, gi emosjonell støtte.

## Undervisning

Utførelse:

- Simulerte situasjoner på arbeidsplassen med fokus på læring av den alvorlige/akutte hendelsen.
- Trening med kvalifisert personell til å håndtere alvorlige/akutte hendelser.

## **Litteraturliste for retningslinjen:**

Halperin, O., Goldblatt, H., Noble, A., Raz, I., Zvulunov, I., & Liebergall Wischnitzer, M. (2011). Stressful Childbirth Situations: A Qualitative Study of Midwives. *Journal of midwifery & women's health*, 56(4), 388-394. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00030.x

Kirkehei, I., Lindahl, A. K., Tinnå, M., & Nasjonalt kunnskapssenter for, h. (2012). *Helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser* Notat fra Kunnskapssenteret, Vol. Juni 2012.

Satya-Murti, S. (2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care.(Book Review). *JAMA, The Journal of the American Medical Association*, 290(1), 119. doi:10.1001/jama.290.1.119

Schrøder, K., La Cour, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2017). Guilt without fault: A qualitative study into the ethics of forgiveness after traumatic childbirth. *Social Science & Medicine*, 176, 14-20. doi:10.1016/j.socscimed.2017.01.017

Seys, D., Scott, S. D., Wu, A. W., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., . . . Vanhaecht, K. (2013). Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*.

Slade, P., Sheen, K., Collinge, S., Butters, J., & Spiby, H. (2018). A programme for the prevention of post-traumatic stress disorder in midwifery (POPPY): indications of effectiveness from a feasibility study. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). doi:10.1080/20008198.2018.1518069

Wahlberg, Å., Högberg, U., & Emmelin, M. (2019). The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 89, 53-61. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.07.016

Wright, E. M., Matthai, M. T., & Warren, N. (2017). Methods for Alleviating Stress and Increasing Resilience in the Midwifery Community: A Scoping Review of the Literature. *Journal of midwifery & women's health*, 62(6), 737-745. doi:10.1111/jmwh.12651

## **4.2 Evaluering av retningslinjen – AGREE II**

For å evaluere kvaliteten på retningslinjen for hvordan man ivaretar helsepersonell etter alvorlige/akutte hendelser er evalueringsverktøyet AGREE II benyttet. Evalueringen omfatter vurdering av metodene som er benyttet ved utviklingen av retningslinjen, innholdet i de endelige anbefalingene og faktorer knyttet til implementering.

### *4.2.1 Avgrensning og formål*

**Retningslinjens overordnede mål er:** Formålet med retningslinjen er å skape en kunnskapsbasert retningslinje for hvordan man ivaretar helsepersonell etter alvorlige/akutte hendelser på fødeavdelinger. Retningslinjen er ment til å støtte jordmødre, barnepleiere, obstetrikere, ledere og annet helsepersonell ved å gi anbefalinger om tiltak for oppfølging etter alvorlige/akutte hendelser, basert på oppdatert, systematisk innhentet og kritisk vurdert kunnskap. Målet er at helsepersonell som har vært involvert i en alvorlig/akutt hendelse skal oppleve støtte, trygghet og tillit på en effektiv måte preget av kontinuerlig oppfølging, samarbeid og henvisning til annet kvalifisert helsepersonell om nødvendig. Retningslinjen skal bidra til at medarbeiderne og ledelsen har konkrete tiltak å følge, unngå forsinket oppfølging/ behandling, redusere stress, utbrenthet og PTSD, samt forebygge at helsepersonell velger å slutte i jobben sin. Retningslinjen skal bidra til at involverte medarbeidere får lik tilgang til oppfølging og behandling av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2012).

**Helse spørsmålene i fagprosedyren er:** Helse spørsmålet for retningslinjen er beskrevet i kapittel 3.3.1 Søkestrategi.

**Populasjonen fagprosedyren gjelder for er:** Retningslinjen gjelder for helsepersonell ansatt ved fødeavdelinger.

### *4.2.2 Involvering av interessenter*

**Arbeidsgruppen som har utarbeidet retningslinjen for ivaretagelse av helsepersonell etter alvorlig/akutte hendelser har med andre relevante faggrupper:** Arbeidet med retningslinjen er utført av en masterstudent i jordmorfag ved OsloMet. Det har ikke vært etablert en arbeidsgruppe som følge av oppgavens omfang og tidsbegrensninger, som er en svakhet ved utarbeidelsen av denne retningslinjen.



Arbeidsgruppen ville ideelt sett bestått av flere deltakere og deltakere med tverrfaglig kompetanse og erfaringer. Relevante deltakere ville vært jordmødre, obstetrikere, og psykiatrier. Det ville også vært aktuelt å undersøke om det finnes andre fagmiljøer som har arbeid hvor det innebærer at de til tider blir involvert i alvorlige/akutte hendelser og om mulig inngått samarbeid med disse. Ved å diskutere tiltakene i retningslinjen i en større sammenheng kan man komme frem til en bredere anbefaling for praksis. Dette kunne også bidratt til å styrke overførbarheten for retningslinjen (Malterud, 2011; Nortvedt et al., 2012).

**Pasientkunnskap er innhentet og inkludert:** Nei.

**Det fremgår klart hvem som skal bruke retningslinjen:** Retningslinjens målgruppe er jordmødre og annet helsepersonell som har sin arbeidsplass ved en fødeavdeling. Retningslinjen gjelder også for ledelsen som har personalansvar.

**Retningslinjen er pilottestet:** Beskrevet i kapittel 5.1.3

#### *4.2.3 Metodisk nøyaktighet*

**Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet:** Kriterier for utvelgelse av kunnskapsgrunnlaget er beskrevet under kapittel 3.3.2 og 3.3.3 Inklusjons- og Eksklusjonskriterier.

**Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet:** Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget til retningslinjen er vurdert i kapittel 3.4.2

Jeg har skrevet en detaljert retningslinje med få anbefalinger. Styrken på anbefalingene i retningslinjen er blitt gradert med GRADE- verktøyet. GRADE er forklart i kapittel 2.4.5. Å gradere anbefalingene har som hensikt å gi en forståelig og presis måte å informere leserne om i hvilken grad anbefalingene er til å stole på og at det foreligger dokumentasjon med god kvalitet bak. Graderingen er ment som hjelp til å ta informerte beslutninger ved bruk av anbefalingene.

**Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet:** Denne masteroppgaven er strukturert etter donabedians triade som er basert på forholdet mellom struktur, prosess og resultat, j.fr. kapitel 1.4.

Modell for kvalitetsforbedring er blitt brukt som overordnet modell for dette kvalitetsarbeidet, j.fr. kapitel 2.4.1.

Helsedirektoratets Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer er blitt brukt som retningslinjemetodikk (2012) j.fr. kapitel 2.4.4

For å vurdere kvaliteten på retningslinjens anbefalinger og kunnskapsgrunnlag har jeg valgt å benytte verktøyet GRADE. J.fr kapitel 2.4.5

Modellverktøyet AGREE II er benyttet som et selvevalueringsverktøy for å kunne evaluere kvaliteten på retningslinjen, j.fr. kapitel 2.4.6

**Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelse av anbefalingene:** Fordelen med å benytte en retningslinje for hvordan ivareta helsepersonell etter alvorlige/akutte hendelser sammenlignet med ivaretagelse uten retningslinje er at den danner et grunnlag for enighet, fremgangsmåte, og tverrfaglig samarbeid etter behov. Dette skaper ett tilbud om lik oppfølging og behandling for helsepersonell, bestående av god kvalitet som er preget av kontinuitet og samarbeid. Risikoen for tilfeldig praksis blir redusert og helsepersonells mulighet til god oppfølging styrkes.

Den helsemessige gevinsten er at helsepersonell opplever rask støtte og hjelp til å bearbeide vanskelige opplevelser, at de opplever tillit, trygghet og at de raskere kan gjenoppta arbeidet sitt. Retningslinjen skal også beskytte helsepersonell mot faren for å utvikle stress og PTSD. Til tross for at anbefalingene i retningslinjen i er svake anser jeg likevel at kvaliteten er sterk og at det foreligger liten helsemessig risiko for helsepersonell å bruke retningslinjen.

**Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget:** Det er blitt brukt APA standard som referansestil. Alle anbefalingene har referanser. Det skaper muligheten til å raskt slå opp i den forskningsartikkelen som anbefalingen er basert på.

**Fagprosedyren er blitt vurdert av eksperter før publisering:** Dette er beskrevet under kapittel 5.1.1 Høring.

**Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av fagprosedyren er klart beskrevet:** Oppfølging og ivaretagelse av helsepersonell etter alvorlige/akutte hendelser er et fagområde hvor det er behov for mere forskning, da spesielt på forskning som måler effekten av tiltak (Randomiserte kontrollerte studier). Innholdet i retningslinjen er i hovedsak basert på kvalitative studier som ser på jordmor og annet helsepersonell sin opplevelse av alvorlige/akutte hendelser og systematiske oversikter som har samlet studier som har utprøvd enkelte tiltak. Det er samsvar med tiltakene som ble identifisert i de systematiske oversiktene og hva helsepersonell beskriver som ønsket oppfølging i de kvalitative studiene.

Hvis retningslinjen skulle brukes i praksis bør den revideres årlig for å vurdere om anbefalingene har ønsket effekt og for å unngå å gå glipp av oppdatert kunnskap.

Min erfaring fra praksisstedet er at fagprosedyrer blir oppdatert innenfor den fristen som er satt. Et godt system for oppdatering av prosedyrer og retningslinjer sikrer at ny forskning blir vurdert og sikrer virkningsfulle tiltak og får utfaser gammel kunnskap. De som har laget retningslinjen bør ha ansvaret for oppdateringen (Helsedirektoratet, 2012).

#### *4.2.4 Klarhet og presentasjon*

**Anbefalingene er spesifikke og tydelige:** Ja, jeg mener det. Språket er tydelig og kortfattet. Mye tekst og vanskelig språk kan føre til forvirring om riktig praksis.

**De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller det enkelte helsespørsmålet er klart presentert:** Ja, jeg mener det.

**De sentrale anbefalingene er lette å identifisere:** Ja, jeg mener det. Alle anbefalingene er presentert etter punkter.

#### *4.2.5 Anvendbarhet*

**Faktorer som hemmer og fremmer bruk av fagprosedyren er klart beskrevet:** Faktorer som hemmer bruk av retningslinjen er beskrevet i kapittel 4.5 Barrierer og motstand.

Faktorer som fremmer bruk av retningslinjen er beskrevet i kapittel 5.1.2 Implementeringsstrategi.

**Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er fagprosedyren støttet med:** Ingen.

#### *4.2.6 Redaksjonell uavhengighet*

**Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i fagprosedyren:** Dette er drøftet i kapittel 4.4 Habilitetsspørsmål.

**Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak fagprosedyren er dokumentert og håndtert:** Dette er drøftet i kapittel 4.4 Habilitetsspørsmål.

### **4.3 Ethiske overveielser**

Da denne oppgaven bygger på en litteraturstudie var det ikke nødvendig med godkjenninger fra norsk senter for forskningsdata (NSD) og regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Årsaken er at studien bygger på sekundærkilder og ikke primær.

Under analyseringen av artikler har jeg kritisk vurdert om deres forskning har brutt med etiske

prinsipper. Det er forskerens ansvar at studien følger de etiske prinsippene som den skal. Mitt ansvar har vært å inkludere artikler som er godkjent av etisk komite og henviser til korrekt kilde (Forsberg & Wengström, 2015).

Jeg har underveis måtte tenke over mine egne holdninger og være bevisst på min rolle. Før jeg gikk i gang med søkeprosessen vurderte jeg mine egne holdninger for så å kunne være bevisst på dette i prosessen. Jeg har vært bevisst på at de artiklene som er aktuelle for mitt tema har blitt vurdert på likt grunnlag, dette inkluderer også de studiene som ikke støttet min forforståelse.

Jeg har brukt APA-standarden og EndNote når jeg har referert og jeg har oppgitt alle kilder i litteraturlisten på en korrekt måte (Forsberg & Wengström, 2015).

Innføring av en retningslinje med nye anbefalinger kan føre til hendelser som viser at etiske overveielser er nødvendig. Hensikten med etiske vurderinger er å sørge for at valg som tas, gjøres til det beste for den den gjelder. Disse vurderingene kan være konsekvenser for pasienter, personalet, eller av etisk eller økonomisk art (Helsedirektoratet, 2012).

Ivaretagelse av helsepersonell etter alvorlige/akutte hendelser skal utøves i tråd med etiske prinsipper.

### **Holdninger til kvalitetsarbeid**

Endring av dagens praksis kan ta tid da dette innebærer at innarbeidede rutiner kanskje må endres og endring av etablert atferd kan være vanskelig. God og tydelig ledelse, som viser tydelig fokus på kontinuerlig forbedring i behandlingene, som gis til både pasienter og medarbeidere, har økt sannsynlighet for at personalet blir mer motiverte for forbedringsprosesser. Imidlertid kan prosessen bli hemmet eller bli hindret av barrierer og motstand av etablert praksis (Excellence, 2007; Helsedirektoratet, 2012).

National Institute for Health and Clinical Excellence (2007) beskriver at barrierer mot endringer forklares som en konsekvens av disse faktorene: motivasjon, bevissthet, holdninger, kompetanse og organisatoriske eller praktiske forhold (Excellence, 2007).

En god start på forbedringsprosessen er bevisstgjøring av behovet for endring. Dette gjelder også for hver enkelt jordmor og annet helsepersonell på fødeavdelinger. Å forstå at det er et behov for endring og innføring av ny praksis er nødvendig for motivasjon. Uten forståelse kan helsepersonell oppleve at retningslinjen kommer plutselig og ovenfra, enkelte opplever også at det er kritikk av den eksisterende praksisen. Mangelfull kompetanse i for eksempel

praktiske ferdigheter og negative holdninger til ny praksis kan også være faktorer som hemmer endringer. Organisatoriske og praktiske forhold som for eksempel manglende forankring i ledelsen og mangel på gode rutiner kan også bidra til å vanskeliggjøre innføringen av ny praksis (Exellence, 2007).

### **Ivaretagelse av etiske prinsipper**

Utgangspunktet for kvalitetsarbeidet for denne master oppgaven er et ønske om kvalitetssikring og kvalitetsforbedring av ivaretagelse av helsepersonell etter alvorlige og akutte hendelser. Når retningslinjer skal implementeres er det nødvendig for å sørge for at det etiske blir ivaretatt i prosessen. Som jeg har beskrevet tidligere kan en retningslinje for ivaretagelse av helsepersonell etter alvorlig/akutt hendelse bidra til økt mestings følelse, redusere stress og forebygge utbrenthet og PTSD. Vider er det ikke funnet noen holdepunkter for retningslinjen kan medføre noen form for skade (Exellence, 2007).

### **4.4 Habilitetsspørsmål**

Habilitet vurderes for å undersøke om det foreligger spesielle forhold som kan svekke retningslinjens faglige uavhengighet og objektivitet.

Da dette er en masteroppgave i jordmorfag har jeg ingen interessekonflikter eller noe som kan svekke min habilitet.

Retningslinjen for hvordan ivareta helsepersonell etter alvorlige/akutte hendelser er blitt utviklet er utviklet uavhengig av økonomiske bidragsytere eller andre med interesse av å påvirke anbefalingene. Retningslinjen er ikke tilknyttet spesialister med særstandpunkter som kan føre til interessekonflikter. Om retningslinjen skulle ha blitt implementert, så er det viktig at alle som skal delta i arbeidsgruppen oppgir eventuelle tilknytninger som kan komme i konflikt med rollen som faglig uavhengig. Jeg har forholdt meg til forskningsetikkloven som beskriver vitenskapelig uredelighet (Helsedirektoratet, 2012; Helseforskningsloven, 2008).

### **4.5 Barrierer og motstand**

Basert på erfaringer kan man møte på motstand og barriere i forbindelse med endringer av gjeldene praksis. Holdninger til kvalitetsarbeid vil bli påvirket av hvorvidt man ønsker å bruke retningslinjen. Ulike årsaker kan ligge til grunn for at folk motsetter seg forandringer. Det behøver ikke å være en motstand mot selve forandringen, men heller at en motsetter seg å bli kontrollert av andre, ønske om å ivareta noe de verdsetter, er gode til og setter pris på. For enkelte kan endringer oppleves truende på bakgrunn av at man kanskje må forandre på

arbeidsmetodene sine. Det fører ofte til merarbeid i en overgangsperiode (Polit & Beck, 2010).

Konsekvensen av at enkelte kan motsette seg innføring av kunnskapsbaserte retningslinje er at det blir utført ulik praksis i oppfølgingsperioden av helsepersonell. Dette bryter med de etiske prinsippene j.fr kapittel 4.3. Organisatoriske barrierer mot implementering av kunnskapsbasert praksis kan være på grunn av mangel på støtte og interesse fra ledelse og fagansvarlig, mangel på mentorvirksomhet og mangel på tilgang til ressurser (Network, 2015).

## **5 HVORDAN IMPLEMENTERE EN RETNINGSLINJE I PRAKSIS?**

### **5.1 Implementering og evaluering**

#### *5.1.1 Høring*

Ideelt sett bør en retningslinje bli sendt på høring til innsatser og grupper som den berører, så de får mulighet til å uttale seg før den blir implementert. Dette ville bidra til å styrke den faglige kvaliteten. Aktuelle høringsinstanser for aktuell retningslinje vil være gynekologisk overlege, fagutviklings jordmor, avdelingsleder, og ulike instanser ved psykiatrien som har kunnskap om stressmestring, ulike mestringsstrategier og behandlingstilbud for PTSD ved et utvalgt sykehus, gjerne utenfor eget helseforetak.

Aktuelle høringsspørsmål vil være hvilken konsekvens denne retningslinjen kan få for helsepersonell og ressursutnyttelse (Helsedirektoratet, 2012; Nortvedt et al., 2012).

#### *5.1.2 Implementeringsstrategi*

Implementering er en av aktivitetene som skal til for å kunne få innført retningslinjen i praksis. I denne masteroppgaven er ikke selve implementeringen aktuell men likevel har jeg noen tanker om hvordan implementeringen kan gjennomføres.

Før oppstartsprosessen er det viktig å oppnå støtte og engasjement hos lederne. På denne måten kan det tilrettelegges ressursmessig for arbeidet. Prosjektet bør være i tråd med fødeavdelingens mål og visjon (Helsedirektoratet, 2012).

Neste steg ville vært å nedsette en tverrfaglig arbeidsgruppe bestående av kliniske eksperter innenfor obstetrikken, fødselsomsorgen og psykiatrien. Om medlemmene har mye erfaring innenfor mestringsstrategier og støtteteknikker er det en positiv faktor som bidrar til å styrke retningslinjens troverdighet med tanke på at jeg er relativt fersk i dette faget (Helsedirektoratet, 2012).

Avdelingen bør tidlig bli gjort oppmerksom på at det foregår fagutviklingsarbeid, dette for å fremme bruken av retningslinjen og skape positive holdninger til prosjektet. Ved å inkludere de som skal bruke retningslinjen kan man skape ett engasjement for å bruke den (Helsedirektoratet, 2012). En måte å gjøre dette på er å bruke fagdager/undervisningsdager til å la de ansatte reflektere over den nåværende ivaretagelsen av helsepersonell etter alvorlige/akutte hendelser i plenum og gi folk muligheten til å komme med ideer og forslag til endringer.

Det er lettere å akseptere endringer om en selv har vært med å bidra, spesielt med tanke på om retningslinjen er ment for helsepersonell, og hvis det kommer klart frem om at hensikten er at retningslinjen vil føre til en forbedring i fremtiden. Skapes det en enighet om at gammel praksis ikke er optimal er det større sannsynlighet at flere vil være positiv til implementeringen av retningslinjen (Folkehelseinstituttet, 2015).

Implementeringstiltak bør tilpasses til lokale barrierer og motstand. Å vite hvem det er en fordel å ha støtte fra, hvem som vil motsette seg og hvem som vil lette implementeringsprosessen i avdelingen. Det anses derfor at det er nødvendig med kompetente, endringsorienterte personer med faglig autoritet og troverdighet blant kollegaer i nøkkelroller når retningslinjen skal implementeres (Folkehelseinstituttet, 2015).

Retningslinjens målgruppe må klargjøres før innføringen for å sikre at man har de riktige kunnskapene og ferdighetene som trengs for at den skal brukes riktig (Helsedirektoratet, 2012).

Alle som er ment å bruke retningslinjen bør få informasjon også mer mail. Helsepersonell som ønsker å være kollegastøtter må få informasjon og nødvendig opplæring i rollen/funksjonen (Kunnskapssenteret, 2015).

### *5.1.3 Pilotutprøving*

Når retningslinjen er ferdigstilt vil det være fornuftig å gjøre en pilotutprøving hvor man tester ut retningslinjen i en liten skala. Dette er en måte å få avdekket svakheter i forhold til brukervennligheten. Hensikten med pilotutprøvingen er at man får mulighet til å evaluere og justere utformingen av retningslinjen til man er fornøyd før man velger å implementere den (Kunnskapssenteret, 2015). På bakgrunn av at dette er en masteroppgave har ikke pilotutprøving vært mulig å gjennomføre i praksis.

### *5.1.4 Evaluering*

En løpende evaluering om retningslinjen har virket som ønsket er nødvendig etter implementering av retningslinjen. For å kunne evaluere om retningslinjen har innfridd i forhold til de målsetningene som er satt bør man ta utgangspunkt i kvalitetsindikatorer for retningslinjen som jeg presenterte i kapittel 3.2. Ideelt sett blir målene evaluert før og etter at retningslinjen er utarbeidet og implementert (Helsedirektoratet, 2012).

For å måle om retningslinjen fremmer sikker praksis kan ressursbruken måles før og etter innføringen ved å kartlegge om helsepersonell opplever raskere hjelp etter alvorlige/akutte



hendelser og om de opplever kontinuitet i oppfølgingen i tiden etter (Kunnskapssenteret, 2015).

## 6 KONKLUSJON

Alvorlige og akutte hendelser er et omfattende tema og ved å arbeide ved en fødeavdeling vil man sannsynlig måtte stå i hendelser man opplever som mer alvorlige enn andre. Det eksisterer noe kvalitativ forskning som tar for seg jordmødre og annet helsepersonell sin opplevelse av alvorlige og akutte hendelser, hvilken hjelp de fikk tilbud om i ettertid og hva de savnet. Jeg har identifisert noen systematiske oversikter som tar for seg enkelte tiltak og ser på effekten av disse, men det er behov for mer forskning om hvilke tiltak som har effekt, testet i en kontrollert randomisert studie.

Målet med masteroppgaven var å utarbeide en kunnskapsbasert retningslinje for helsepersonell som har vært involvert i alvorlige/akutte hendelser, for å sikre at helsepersonell får den beste hjelpen som er tilgjengelig og for å rette fokuset mot en forståelse og aksept for at jordmødre og annet helsepersonell kan oppleve lignende følelser som pasienten og pårørende etter alvorlige/akutte hendelser. Retningslinjen skal bidra til å sikre kvalitet i helsevesenet og sikre faglig forsvarlighet. Da jeg ønsket å lage en retningslinje med størst mulig overføringsverdi har jeg laget en «generell» retningslinje som omfatter alt helsepersonell som arbeider ved fødeavdelinger.

Hvordan helsepersonell blir ivaretatt etter alvorlige/akutte hendelser kan variere fra arbeidsted til arbeidsted. Utvikling av en retningslinje kan bidra til at helsepersonell mottar lik tilgang til oppfølging av god kvalitet. Ved å implementere en retningslinje for ivaretagelse av helsepersonell ved alvorlig/akutt hendelse kan tilfeldig praksis hindres og det kan bidra til at ny kunnskap blir brukt.

## LITTERATURLISTE

- Evensen, E. M. K., & Lippestad, S. H. (2016). Jordmødre og traumatiske hendelser: en kvalitativ studie: Høgskolen i Oslo og Akershus. Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid.
- Excellence, N. I. f. H. a. C. (2007). Hoe to change practice. Retrieved 02.10.19 from <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/into-practice/support-for-service-improvement-and-audit/how-to-change-practice-barriers-to-change.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2015). Effekt av tiltak for implementering av klinisk retningslinje Retrieved 16.09.19 from <https://www.fhi.no/publ/2015/effekt-av-tiltak-for-implementering-av-kliniske-retningslinjer/>
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg. ed.). Stockholm: Natur & kultur.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Atkins, D., Brozek, J., Vist, G., . . . Schünemann, H. J. (2011). GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(4), 395-400. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.09.012
- Halperin, O., Goldblatt, H., Noble, A., Raz, I., Zvulunov, I., & Liebergall Wischnitzer, M. (2011). Stressful Childbirth Situations: A Qualitative Study of Midwives. *Journal of midwifery & women's health*, *56*(4), 388-394. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00030.x
- Helsebiblioteket. (2015). Modell for kvalitetsforbedring. Retrieved 24.09.19 from <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Helsebiblioteket. (2016). Kritisk vurdering. Sjekkliste. Retrieved 10.06.19 from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Helsedirektoratet. (2012). Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Retrieved 14.05.19 from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer>
- Helsedirektoratet. (2019). Om kvalitet og kvalitetsindikatorer. Retrieved 17.10.19 from <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk/kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer#hva-er-en-kvalitetsindikator>
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Retrieved 17.09.19 from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44?q=forskningsetikk%20loven>
- Helsepersonelloven. (2017). Lov om Helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven). Retrieved 27.09.19 from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hewitt-Taylor, J. (2004). Clinical guidelines and care protocols. *Intensive & Critical Care Nursing*, *20*(1), 45-52. doi:10.1016/j.iccn.2003.08.002
- Husøy, R., & Høye, H. M. (2016). Jordmors opplevelser etter traumatiske fødsler: Høgskolen i Oslo og Akershus. Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid.
- Jordmorforeningen, D. N. (2014). Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre. Retrieved 17.08.19 from <https://www.jordmorforeningen.no/politikk/etikk>
- Kirkehei, I., Lindahl, A. K., Tinnå, M., & Nasjonalt kunnskapssenter for, h. (2012). *Helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser* Notat fra Kunnskapssenteret, Vol. Juni 2012.
- Konsmo, T., De Vibe, M. F., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, E., Norheim, G., . . . Nasjonalt kunnskapssenter for, h. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring : utvikling og bruk av*

- modellen i praktisk forbedringsarbeid* Notat om kvalitetsutvikling nr. 1, Vol. Mai 2015.
- Kunnskapscenteret. (2015). Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer. Retrieved 12.06.19 from [https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/rapport\\_2015\\_10\\_implementering\\_retningslinjer.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2015/rapport_2015_10_implementering_retningslinjer.pdf)
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Network, S. I. G. (2015). A guideline developers' handbook. Retrieved 18.10.19 from [https://www.sign.ac.uk/assets/sign50\\_2015.pdf](https://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2015.pdf)
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. ed.). Oslo: Akribe.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1451-1458. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.06.004
- Saastad, E., Kirscher, R., & Flesland, Ø. (2014). *Uønskede hendelser under svangerskap, fødsel og barseltid* Læringsnotat fra Meldeordningen, Vol. Oktober 2014.
- Satya-Murti, S. (2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care.(Book Review). *JAMA, The Journal of the American Medical Association*, 290(1), 119. doi:10.1001/jama.290.1.119
- Schrøder, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2016). Blame and guilt – a mixed methods study of obstetricians' and midwives' experiences and existential considerations after involvement in traumatic childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(7), 735-745. doi:10.1111/aogs.12897
- Schrøder, K., La Cour, K., Jørgensen, J. S., Lamont, R. F., & Hvidt, N. C. (2017). Guilt without fault: A qualitative study into the ethics of forgiveness after traumatic childbirth. *Social Science & Medicine*, 176, 14-20. doi:10.1016/j.socscimed.2017.01.017
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events (pp. 325): BMJ Publishing Group Ltd.
- Seys, D., Scott, S. D., Wu, A. W., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., . . . Vanhaecht, K. (2013). Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*.
- Skants, P. (2014). *Omsorg i kriser : håndbok i psykososialt støtteearbeid* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Slade, P., Sheen, K., Collinge, S., Butters, J., & Spiby, H. (2018). A programme for the prevention of post-traumatic stress disorder in midwifery (POPPY): indications of effectiveness from a feasibility study. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1). doi:10.1080/20008198.2018.1518069
- Stortinget. (2015-2016). kunnskapscenterets meldeordning. Retrieved 12.05.19 from <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2015-2016/inns-201516-217/6/>
- Sykepleierforbund, N. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Retrieved 01.10.19 from <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>
- Wahlberg, Å., Högberg, U., & Emmelin, M. (2019). The erratic pathway to regaining a professional self-image after an obstetric work-related trauma: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 89, 53-61. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.07.016

- Wright, E. M., Matthai, M. T., & Warren, N. (2017). Methods for Alleviating Stress and Increasing Resilience in the Midwifery Community: A Scoping Review of the Literature. *Journal of midwifery & women's health*, 62(6), 737-745.  
doi:10.1111/jmwh.12651
- Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7237), 726.  
doi:10.1136/bmj.320.7237.726
- Wu, A. W., & Steckelberg, R. C. (2012). Medical error, incident investigation and the second victim: doing better but feeling worse? (pp. 267): BMJ Publishing Group Ltd.

## VEDLEGG 1

Database: Mother & Infant Care 24
Mai. 2019, Søkestrategi
Traumatic childbirth (45)
Unexpected events (8)
Second victim (1)
Childbirth situations (2)
Support* (32319)
Social support (5107)
Guilt (347)
Health care professionals (1340)
Obstetricians (5683)
Midwife (10424)
1 AND 7 (2)

Resultat: 2

Database: Ovid MEDLINE(R) May 24, 2019
Søke strategi
1) Midwifery/ (18552)
2) (midwife* or midwife*).mp. (34188)
3) obstetrician*.mp. (13765)
4) Nurse Midwives/ (6972)
5) (nurse or nurses).mp. (328147)
6) 1 or 2 or 3 or 4 or 5 (358383)
7) childbirth.mp. or Parturition/ (26547)
8) delivery.mp. or Delivery, Obstetric/ (530882)
9) birth.mp. (315291)
10) (labor or labour).mp. (138901)
11) Labor, Obstetric/ (28827)
12) 7 or 8 or 9 or 10 or 11 (897020)
13) 6 and 12 (38318)
14) exp Obstetric Labor Complications/ (65235)
15) (trauma or traumatic).mp. (376944)
16) Emergencies/ (39116)
17) (crisis* or critical or emergenc* or complication*).mp. (3915745)
18) 14 or 15 or 16 or 17 (4171763)
19) 13 and 18 (10591)

20) (qualitative or phenomenolog* or experienc* or interview*).mp. (1440808)
21) 19 and 20 (3076)
22) 1 or 2 or 3 or 4 (46302)
23) 12 and 22 (18077)
24) 18 and 23 (6523)
25) 20 and 24 (1706)
26) ((labor or labour or birth or childbirth* or delivery or parturition) adj5 (crisis* or critical or emergenc* or complication* or trauma*)).mp. (31184)
27) 6 and 26 (2651)
28) 20 and 27 (707)
29) limit 28 to yr="2000 -Current" (579)

Results: 20

Ovid MEDLINE 07. Juni 2019, Søkestrategi:
1) ((staff* or personnel* or work*) and (health or nurs* or midwife* or midwife*)). ti, ab. (361206)
2) (trauma* or ptsd).ti,ab. (344442)
3) 1 and 2 (7488)
4) (review* or guideline* or metaanalys* or metasynthes*).ti,ab. (2167640)
5) 3 and 4 (1538)
6) debrief*.mp. (3683)
7) 5 and 6 (19)

Results: 13

Ovid MEDLINE(R) 07 Juni 2019. Søkestrategi:
1) ((staff* or personnel* or work*) and (health or nurs* or midwife* or midwife*)).ti,ab. (361206)
2) (trauma* or ptsd).ti,ab. (344442)
3) 1 and 2 (7488)
4) (review* or guideline* or metaanalys* or metasynthes*).ti,ab. (2167640)
5) 3 and 4 (1538)
6) debrief*.mp. (3683)
7) 5 and 6 (19)
8) 1 and 2 and 6 (77)
9) 8 not 7 (58)
10) limit 9 to yr="2005 -Current" (34)

Results: 6

Ovid MEDLINE(R) 07. Juni 2019,

Søkestrategi:

1) ((staff\* or personnel\* or work\*) and (health or nurs\* or midwife\* or midwife\*)).ti,ab. (361206)

2) (trauma\* or ptsd).ti,ab. (344442)

3) 1 and 2 (7488)

4) (review\* or guideline\* or metaanalys\* or metasynthes\*).ti,ab. (2167640)

5) 3 and 4 (1538)

6) debrief\*.mp. (3683)

7) 5 and 6 (19)

8) 1 and 2 and 6 (77)

9) 8 not 7 (58)

10) limit 9 to yr="2005 -Current" (34)

11) 1 and 2 and 4 (1538)

12) limit 11 to yr="2005 -Current" (1242)

13) colleague\*.mp. (31681)

14) 1 and 2 and 13 (138)

Resultat: 9

Cohcrane, 07. Juni 2019.

Søkestrategi.

1) ((staff\* or personnel\* or work\*) and (health or nurs\* or midwife\* or midwife\*)). ti, ab. (361206)

2) (trauma\* or ptsd).ti,ab. (344442)

3) 1 and 2 (7488)

4) (review\* or guideline\* or metaanalys\* or metasynthes\*).ti,ab. (2167640)

5) 3 and 4 (1538)

6) debrief\*.mp. (3683)

7) 5 and 6 (5)



## VEDLEGG 2

### Søk etter retningslinjer

Database/kilder:	Helsebibliotekets samling av norske retningslinjer.
Dato for søk:	01.06.19
Søkehistorie:	Ivaretagelse av helsepersonell, traumatiske hendelser, retningslinjer, kollegastøtte.
Antall treff:	0
Kommentarer:	Ingen relevante funn ut ifra problemstillingen til denne oppgaven.

Database/kilder:	Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer.
Dato for søk:	01.06.19
Søkehistorie:	Ivaretagelse av helsepersonell, traumatiske hendelser, retningslinjer, kollegastøtte.
Antall treff:	0
Kommentarer:	Ingen relevante funn ut ifra problemstillingen til denne oppgaven.

Database/kilder:	Helsedirektoratets database for nasjonale retningslinjer
Dato for søk:	01.06.19
Søkehistorie:	Ivaretagelse av helsepersonell, traumatiske hendelser, retningslinjer, kollegastøtte.
Antall treff:	0
Kommentarer:	Ingen relevante funn ut ifra problemstillingen til denne oppgaven.

### VEDLEGG 3

Ett eksempel på bruk av sjekklister fra kvalitativ studie:

Halperin, O., Goldblatt, H., Noble, A., Raz, I., Zvulunov, I., & Liebergall Wischnitzer, M. (2011). Stressful Childbirth Situations: A Qualitative Study of Midwives. *Journal of midwifery & women's health*, 56(4), 388-394. doi:10.1111/j.1542-2011.2011.00030.x

#### SJEKKLISTE FOR Å VURDERE KVALITATIV FORSKNING

**Målgruppe: studenter og helsepersonell**

**Hensikt: øvelse i kritisk vurdering**

**FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:**

**Kan vi stole på resultatene?**

**Hva forteller resultatene?**

**Kan resultatene være til hjelp i min praksis?**

**Under de fleste spørsmålene finner du tips som kan være til hjelp når du skal svare på de ulike punktene.**

**Referanse: 1. Critical Appraisal Skills Programme. [www.casp-uk.net](http://www.casp-uk.net)**

#### INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Er formålet med studien klart formulert? TIPS: Er det oppgitt en problemstilling for studien?	Ja X	Uklart 0	Nei 0
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen? <i>TIPS: Har studien som mål å forstå og belyse, eller beskrive fenomen, erfaringer eller opplevelser?</i>	Ja X	Uklart 0	Nei 0

#### KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen? <i>Tips: • Er utvalgsmetode, måte å samle inn data på og måte å analysere data på beskrevet?</i>	Ja X	Uklart 0	Nei 0
4. Er utvalget hensiktsmessig for å besvare	Ja	Uklart	Nei

<p>problemstillingen?</p> <p><i>TIPS: I strategiske utvalg er målet å dekke antatt relevante sosiale roller og perspektiver. De enhetene som skal kaste lys over disse perspektivene er vanligvis mennesker, men kan også være begivenheter, sosiale situasjoner eller dokumenter. Enhetene kan bli valgt fordi de er typiske eller atypiske, fordi de har bestemte forbindelser med hverandre, eller i noen tilfeller rett og slett fordi de er tilgjengelige. • Er det gjort rede for hvem/hva som ble valgt ut og hvorfor? Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (rekrutteringsstrategi)? • Er det gjort rede for hvorfor noen valgte ikke å delta? • Er karakteristika ved utvalget beskrevet (f.eks. kjønn, alder, osv.)?</i></p>	X	0	0
<p>5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?</p> <p><i>TIPS: Datainnsamlingen må være omfattende nok både i bredden (typen observasjoner) og i dybden (graden av observasjoner) om den skal kunne støtte og generere fortolkninger. Er metoden som ble valgt god for å belyse problemstillingen?</i></p>	Ja X	Uklart 0	Nei 0
<p>6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p> <p><i>Tips: • Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på: a. utforming av problemstilling b. datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting c. analyse og hvilke funn som presenteres forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?</i></p>	Ja 0	Uklart x	Nei 0
<p>7. Er etiske forhold vurdert?</p> <p><i>TIPS: Ble studien forklart for deltagerne (f.eks. gjennom informert samtykke)? Dersom relevant, ble studien forelagt Etisk komite?</i></p>	Ja X	Uklart 0	Nei 0
<p>8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data</p>	Ja X	Uklart 0	Nei 0

<p>forståelig, tydelig og rimelig?</p> <p><i>Tips: En vanlig tilnæringsmåte ved analyse av kvalitative data er såkalt innholdsanalyse, hvor mønstre i data blir identifisert og kategorisert. • Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt (f.eks. grounded theory, fenomenologisk analyse etc.)? • Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført (f.eks. de ulike trinnene i analysen)? • Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data (f.eks. sitater) og kategoriene som forskerne har kommet frem til? • Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? • I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?</i></p>	<p>Kommentar:</p>						
<p>9. Er funnene klart presentert?</p> <p><i>Tips: Kategoriene eller mønstrene som ble identifisert i løpet av analysen kan styrkes ved å se om lignende mønstre blir identifisert gjennom andre kilder. For eksempel ved å diskutere foreløpige slutninger med studieobjektene, be en annen forsker gjennomgå materialet, eller få lignende inntrykk fra andre kilder. Det er sjeldent at forskjellige kilder gir helt like uttrykk. Slike forskjeller bør imidlertid forklares. • Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? • Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter? • Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (f.eks. triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)? • Er funnene diskutert opp mot de opprinnelige problemstillingene.</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="783 792 943 824">Ja</th> <th data-bbox="943 792 1134 824">Uklart</th> <th data-bbox="1134 792 1380 824">Nei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="783 824 943 855">X</td> <td data-bbox="943 824 1134 855">0</td> <td data-bbox="1134 824 1380 855">0</td> </tr> </tbody> </table> <p>Kommentar:</p>	Ja	Uklart	Nei	X	0	0
Ja	Uklart	Nei					
X	0	0					
<p>10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p> <p><i>Tips: Målet med kvalitativ forskning er ikke å sannsynliggjøre at resultatene kan generaliseres til en bredere befolkning. I stedet kan resultatene være overførbare eller gi grunnlag for modeller som kan brukes til å prøve å forstå lignende grupper eller fenomen. • Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de f.eks. funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur? • Har</i></p>	<p>Studien kommer med forslag til videre tiltak, utdanning, program og forslag til videre forskning</p>						

<i>studien avdekket behov for ny forskning? • Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan</i>	
----------------------------------------------------------------------------------------------------	--

(Helsebiblioteket, 2016)

## VEDLEGG 4

Ett eksempel på sjekkliste for oversiktsartikkel:

Kirkehei, I., Lindahl, A. K., Tinnå, M., & Nasjonalt kunnskapssenter for, h. (2012). *Helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser* Notat fra Kunnskapssenteret, Vol. Juni 2012.

<p style="text-align: center;"><b>SJEKKLISTE FOR Å VURDERE OVERSIKTSARTIKLER</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Målgruppe: studenter og helsepersonell</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Hensikt: øvelse i kritisk vurdering</b></p> <p style="text-align: center;"><b>FØLGENDE FORHOLD MÅ VURDERES:</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Kan du stole på resultatene?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Hva forteller resultatene?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Kan resultatene være til hjelp i praksis?</b></p> <p style="text-align: center;"><b>I hver del finner du underspørsmål og tips som hjelper deg å svare.</b></p> <p>Inspirert av «10 questions to help you make sense of a review» fra CASP. Critical Appraisal Skills Programme (CASP). CASP Checklists.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Er formålet med oversikten klart formulert? <i>Tips: Formålet bør være klart formulert med hensyn til: • populasjonen (personene oversikten handler om) • tiltaket som gis til intervensjonsgruppen • sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen • utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes.</i>	JA X	UKLART 0	NEI o
2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier? <i>Tips: Relevante studier: • svarer på samme spørsmål som oversikten • har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign: effekt – randomisert kontrollert studie- årsak – kohortstudie -diagnostikk – tverrsnittstudie med referansetest- prognose – kohortstudie-erfaringer – kvalitativ studie. Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten? Se etter: • populasjon • tiltak • sammenligning og utfall</i>	JA X	UKLART 0	NEI 0
3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet? <i>Tips: Se etter: • hvilke databaser og eventuelle</i>	JA X	UKLART o	NEI o

<p>søkemotorer forfatterne søkte i, og hvordan de søkte i dem (Søkestrategi) • om de søkte etter ikke-publiserte studier (i f.eks. Trials.gov) • om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn tid eller språk (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet).</p>			
<p>4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?  <i>Tips: Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført kan påvirke resultatene i studiene, og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten. • Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen? • Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt fornuftig? • Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?</i></p>	<p>JA 0</p>	<p>UKLART x</p>	<p>NEI 0</p>
<p>5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?  <i>Tips: • Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort? • Kommer resultatene (effektestimater med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem? • Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne f.eks. beskrevet metoder for å teste heterogenitet?) • Er analysemetodene som er brukt forklart? (F.eks. random eller fixed effect) • Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?</i></p>	<p>JA 0</p>	<p>UKLART x</p>	<p>NEI 0</p>
<p>6. Hva er resultatene?  <i>Tips: Vurder • hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten • hvordan resultatene er fremstilt, se etter: -gjennomsnittsforskjell (mean difference) -standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference) -numbers needed to treat (NNT) -numbers needed to harm (NNH) -odds ratio (OR) -relativ risiko (RR) - relativ</i></p>			

<i>risikoreduksjon (RRR)- absolutt risikoreduksjon (ARR)</i>			
7. Hvor presise er resultatene? <i>Tips: Se på: • konfidensintervall (KI/CI) • interkvartilbredde (interquartile range (IQR))</i>			
8. Kan resultatene overføres til praksis? <i>Tips: Vurder om, og i hvilken grad: • populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten er representative for de du møter i praksis • din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten</i>	JA X	UKLART 0	NEI 0
9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert? <i>Tips: Vurder om, og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon du ville hatt med i oversikten?</i>	JA X	UKLART 0	NEI 0
10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader? <i>Tips: Vurder om, og i hvilken grad: • nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger • det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten?</i>	JA 0	UKLART x	NEI 0

(Helsebiblioteket, 2016)



