



Masteroppgave

MINT 5900

November, 2020

Forslag til fagprosedyre for intensivsykepleiere i etterkant av kritiske hendelser ved hjelp av defusing

Kandidatnavn: Kristine Nygaard Bergh, Marita Wethal Henriksen

Emnekode: MINT 5900

Antall ord: 16 804

Fakultet for helsevitenskap

**OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET**

Forord

Vi er begge utrolig stolte over å være intensivsykepleiere. Det føles meningsfullt å bidra med noe viktig i menneskers liv. Imidlertid har vi begge kjent på påkjenningene som følger av yrket vårt. Det er til tider mentalt krevende å være hjelper. Ofte reiser vi hjem fra en krevende vakt med mange tanker og følelser etter å ha vært involvert i kritiske hendelser.

Vi har lenge reflektert over at hjelperens behov for støtte ikke blir tatt alvorlig nok.

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en svært lærerik prosess. Det har vært utfordrende, krevende og skummelt å begi seg inn på et ukjent tema. Det føles givende å bidra til kvalitetsforbedring i form av å utarbeide en fagprosedyre som ivaretar intensivsykepleiernes behov for støtte. Oppgaven har krevd mange timer med kunnskapssøk, lesing, skriving, samtaler og refleksjon.

Aller først ønsker vi å takke vår veileder Anne Eikeland for god veiledning og støtte. Du har stilt opp uansett når vi har hatt behov. Vi har opplevd deg som trygg, blid, motiverende og kunnskapsrik. Deretter ønsker vi å takke familie og venner for hjelp, gode innspill og tålmodighet. Vi ønsker spesielt å fremheve Daniel Heinrich som har vært til stor hjelp og støttet oss underveis. Tusen takk til sentrale nøkkelpersoner fra militærpsykiatrien som har tatt seg tid til samtaler og delt betydningsfull kunnskap.

Sammendrag:

Bakgrunn: Intensivsykepleiere møter daglig akutt og/eller kritisk syke pasienter. Dette føles givende, men også mentalt utfordrende og krevende. Skal intensivsykepleieren kunne hjelpe gjennom et langt yrkesliv, er det behov for gode verktøy for å redusere emosjonelt stress. En hjelper som blir tatt vare på og tar vare på seg selv, har lavere risiko for å bli syk eller skadet av belastningene fra arbeidet.

Hensikt: Hensikten med masteroppgaven er å utarbeide et forslag til en kunnskapsbasert fagprosedyre om defusing for intensivsykepleiere etter kritiske hendelser. Indirekte vil fagprosedyren kunne bidra til å ivareta pasientsikkerheten gjennom å fremme refleksjon og læring hos intensivsykepleieren.

Metode: Metoden er kvalitetsarbeid; forbedringen er et forslag til en fagprosedyre. Oppgaven er strukturert etter kunnskapscenterets modell for kvalitetsforbedring, på makronivå. Helsedirektoratets modell for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer er benyttet på mikronivå. Prosedyren er basert på forsknings-, erfarings- og pasientkunnskap. Arbeidet er evaluert ved hjelp av AGREE II.

Resultat: Det har blitt utarbeidet et forslag til en revidert fagprosedyre for intensivsykepleiere. Fagprosedyren er ment som et hjelpemiddel for å ivareta intensivsykepleierens emosjonelle behov i etterkant av kritiske hendelser ved hjelp av defusing.

Konklusjon: Defusing kan styrke samhold mellom kolleger, bidra til læring og dekke behovet for emosjonell utlufting. På sikt kan dette bidra til bedre behandling og pasientsikkerhet.

Nøkkelord: Defusing, Kritiske hendelser, Kollegastøtte, Intensivsykepleier, Intensivavdeling, Fagprosedyre.

Abstract:

Background: Intensive care nurses confront acute and/or critically ill patients on a daily basis. To the nurse this is emotionally rewarding but also mentally challenging and demanding. For the intensive care nurse to be helpful throughout a long career, it is necessary with good tools to reduce emotional stress. A nurse being taken good care of and who is taking good care of herself has a lower risk of illness or injury from the strains of her work.

Purpose: The purpose of this thesis is to make a proposal for a knowledge-based professional procedure about defusing for intensive care nurses after critical events. This professional procedure will indirectly contribute in containing patient security by promoting reflection and learning for the intensive care nurse.

Method: The method is quality work; the improvement is a proposal for a professional procedure. This thesis is structured after Kunnskapssenterets (The Knowledge center) model for quality improvement on a macro level. Helsedirektoratets (The Directorate of Health) model for developing knowledge-based guidelines is applied on a micro level. The procedure is based on scientific, experience and patient knowledge. The work is evaluated with help of AGREE II.

Result: A revised professional procedure of intensive care nurses has been proposed. The purpose of the professional procedure is to be a tool to maintain the emotional needs of the intensive care nurses in the aftermath of critical events by defusing.

Conclusion: Defusing can strengthen the unity between colleagues, contribute to learning and cover the need for emotional debriefing. Eventually this can help towards better care and patient security.

Key-words: Defusing, Critical events, Peer-support, Intensive care nurse, Intensive care unit, Professional procedure.

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON.....	1
1.1 Presentasjon av tema	1
1.2 Avgrensning	2
1.3 Oppgavens metode og oppbygging	2
2.0 TEORI.....	4
2.1 Kritiske hendelser.....	4
2.2 Stress og utbrenthet	4
2.3 Defusing	5
2.4 Forskjellen på debriefing og defusing	6
2.5 Defusing gjennom kollegastøtte	7
2.6 Intensivsykepleie	7
2.6.1 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for intensivpatienten	8
3.0 KVALITETSFORBEDRINGSARBEID.....	9
3.1 Kunnskapscenterets modell for kvalitetsforbedring	9
3.2 Retningslinjemetodikk.....	13
3.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid.....	21
4.0 FORBEREDE OG PLANLEGGE.....	22
4.1 Behovet for å utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre	22
4.2 Tidligere kvalitetsarbeid	23
4.2.1 Evaluering av den eksisterende fagprosedyren ved hjelp av AGREE II.....	25
4.3 Arbeidsgruppe, habilitet og interessekonflikter	28
4.4 Arbeidets målsetting, målgruppe og kvalitetsindikatorer.....	29
4.5 Kunnskapssøk.....	32
4.5.1 Forskningskunnskap	33
4.5.2 Erfaringskunnskap.....	41

4.5.3 Pasientkunnskap	42
4.6 Kildekritikk	44
4.6.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	50
4.6.2 Faglitteratur	52
5.0 UTFORMING AV ANBEFALINGER TIL FAGPROSEDYRE.....	53
5.1 Kvalitetsvurdering av kunnskapsgrunnlaget ved hjelp av GRADE.....	53
5.2 Drøfting av anbefalingene	53
5.2.1 Hensikt.....	54
5.2.2 Omfang	57
5.2.3 Arbeidsbeskrivelse	57
5.2.4 Ansvar for å melde fra om en hendelse	57
5.2.5 Ansvar for videre oppfølging	58
5.2.6 Ansvar for gjennomføring av defusing	58
5.2.7 Arbeidsfase.....	63
5.2.8 Definisjoner	67
6.0 PRESENTASJON AV FORSLAG TIL FAGPROSEDYRE	68
6.1 Hensikt.....	68
6.2 Omfang	69
6.3 Arbeidsbeskrivelse	69
6.3.1 Ansvar for å melde fra om en hendelse	69
6.3.2 Ansvar for videre oppfølging	70
6.3.3 Ansvar for gjennomføring av defusing	70
6.3.4 Planlegging	70
6.3.5 Når	70
6.3.6 Deltakere	70
6.3.7 Varighet	70
6.3.8 Sted.....	70
6.4 Arbeidsfase.....	71
6.4.1 Introduksjon.....	71
6.4.2 Utforskning.....	72

6.4.3 Informasjon	72
6.4.4 Avslutning	73
6.5 Definisjoner	73
6.6.1 Intensivsykepleier.....	73
6.5.2 Kritisk hendelse	73
6.5.3 Defusing	73
6.5.4 Kollegastøtte.....	73
6.5.5 Ansvarssykepleier	74
6.6 Referanser.....	74
7.0 EVALUERING AV FAGPROSEDYREN	77
7.1 AGREE II	77
7.1.1 Avgrensing og formål.....	77
7.1.2 Involvering av interessenter	78
7.1.3 Metodisk nøyaktighet	79
7.1.4 Klarhet og presentasjon	81
7.1.5 Anvendbarhet	82
7.1.6 Redaksjonell uavhengighet	83
8.0 ETISKE OVERVEIELSER	84
8.1 Ivaretagelse av etiske prinsipper	84
8.2 Holdninger til kvalitetsarbeid	85
9.0 HVORDAN FØLGE OPP KVALITETSARBEIDET	88
10.0 KONKLUSJON.....	93
REFERANSELISTE.....	94
VEDLEGG 1: Eksisterende fagprosedyre ved Ahus.	104
VEDLEGG 2: Mal for utvikling av fagprosedyrer	107
VEDLEGG 3 Mal for fagprosedyrens struktur:	109

1.0 INTRODUKSJON

Dette kapittelet presenterer valgt tema, avgrensning og beskriver kort oppgavens metode og oppbygging.

1.1 Presentasjon av tema

Intensivsykepleiere involveres i livet til andre mennesker, noe som oppleves godt, men det er også mentalt utfordrende og krevende. Dette utgjør en risiko for oss som er i hjelperollen. Når man er mentalt innstilt på å hjelpe vil man automatisk være sårbar både fysisk og mentalt. Prisen for å bry seg kan bli en byrde i intensivsykepleierens liv. Langvarig negativt stress kan på sikt føre til utbrenthet. Forskning viser at opptil 70 % av intensivsykepleiere lider av utbrenthet (Van Mol et al., 2015). Mange intensivsykepleiere blir sykemeldte eller forlater jobbene sine for å ivareta egen helse (Peterson et al., 2008) Intensivavdelingene vil da miste verdifull kompetanse, og dette vil påvirke kvaliteten på pasientbehandlingen (Rainbow et al., 2020).

Kandidatene har reflektert over hvorfor det ikke er mer fokus på å benytte verktøy, for å ivareta intensivsykepleiere. Interessen omkring dette ble enda større etter at kandidatene tilbrakte siste praksis under intensivutdanningen i traumemottaket på Chris Hani Baragwanath hospital i Sør-Afrika. Der var vi vitne til alvorlige og kritiske hendelser flere ganger daglig, uten at det fantes verktøy for bearbeidelse. Under utarbeidelse av masteroppgaven kom også SARS-CoV 2 til Norge. Intensivavdelingene var sterkt preget av stressede intensivsykepleiere, økt arbeidsbelastning, omstruktureringer, usikkerhet og engstelse. Igjen ble behovet for virkningsfulle verktøy for hjelperen tydelig bekreftet.

Defusing ble opprinnelig utviklet som et verktøy for militært personell i etterkant av kritiske hendelser (Tannenbaum & Cerasoli, 2013). Forskning viser at defusing mellom kolleger er et godt verktøy for sykepleiere og metoden kan forebygge emosjonelt stress (Peterson et al., 2008; Boer et al., 2013; Bohström et al., 2017). Intensivsykepleiere som blir tatt vare på og tar vare på seg selv har lavere risiko for å bli syke eller skadet av belastningene fra arbeidet (Haavik & Toven, 2020).

Masteroppgavens tittel: *Forslag til fagprosedyre for intensivsykepleiere i etterkant av kritiske hendelser ved hjelp av defusing.*

Sluttresultatet av denne masteroppgaven er et forslag til en revidert fagprosedyre for intensivsykepleiere ved Akershus universitetssykehus (Ahus). Intensivsykepleiere har et ansvar for å arbeide for kvalitetsforbedring forankret både i lovverk og funksjons- og ansvarsbeskrivelsen (NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017; Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4, 1999). Fagprosedyren er ment som et hjelpemiddel for å ivareta intensivsykepleierens emosjonelle behov i etterkant av kritiske hendelser ved hjelp av defusing. En fagprosedyre er ikke rettslig bindende, men en veileder for å fremme god kvalitet i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012).

1.2 Avgrensning

Forslaget til den reviderte fagprosedyren retter seg mot intensivsykepleiere ved Akershus universitetssykehus. Andre intervensjoner enn defusing vil ikke redegjøres. Defusing kan ha en indirekte effekt på pasientsikkerheten, men pasienten er ikke i målgruppen. Pårørende vil ikke bli omtalt.

1.3 Oppgavens metode og oppbygging

Masteroppgavens metode er kvalitetsforbedringsarbeid, hvor kandidatene har utarbeidet et forslag til en revidert fagprosedyre. Masteroppgaven er bygget opp etter et rammeverk (monografi) for å strukturere kvalitetsarbeidet. Oppgaven introduseres med teori for å belyse sentrale begreper. Det er anbefalt å benytte modeller for å strukturere arbeidet med utarbeidelse av fagprosedyrer (Stubberud, 2018). Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring er benyttet overordnet, på makronivå. Helsedirektoratets veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (retningslinjemetodikk) er benyttet for å strukturere oppgaven mer detaljert, på mikronivå. Denne modellen sikrer at minstekravene for utviklingen av den kunnskapsbaserte fagprosedyren blir ivaretatt.

For å evaluere både den eksisterende fagprosedyren og forslaget til den reviderte fagprosedyren har kandidatene benyttet AGREE II, på bakgrunn av at dette anbefales i

Helsedirektoratets (2012) veileder for å utvikle kunnskapsbaserte retningslinjer.

Anbefalingene av tiltakene fra forskningsgrunnlaget i fagprosedyren er gradert til enten svak eller sterk anbefaling med utgangspunkt i GRADE. Monografien følger APA-standard som er i tråd med Oslo Metropolitan University sine anbefalinger. Forslaget til den reviderte fagprosedyren er strukturert etter Ahus' prosedyremal for utarbeidelse av fagprosedyrer fra Extend Quality System (EQS) (se vedlegg 2 og 3). Begrunnelsen er at kandidatene ønsker å implementere fagprosedyren ved Ahus, og derfor vil det være en suksessfaktor å benytte det samme oppsettet.

2.0 TEORI

Dette kapittelet vil kaste lys over arbeidets sentrale begreper.

2.1 Kritiske hendelser

En kritisk hendelse er definert som alt fra mindre kritiske hendelser i intensivavdelingen, som en mislykket resuscitering, til større hendelser som katastrofer (Lock et al., 2012). Boer et al., (2013) definerer kritisk hendelse som en plutselig uforventet hendelse som overvelder de normale mestringsstrategiene. Hendelsen fører til økt psykologisk stress hos en normalt frisk person. Kritiske hendelser har blitt definert på mange ulike måter. Det som ofte går igjen i definisjonene er at hendelsen(e) truer individet eller et samfunn (Katz, 2018).

En potensielt traumatisk hendelse er en hendelse som kjennetegnes ved at den truer vår egen eller våre nærståendes liv og helse. Disse hendelsene kan føre til akutte og langsiktige konsekvenser for de som rammes (Helsedirektoratet, 2016). Et traume kan defineres som en skade (Reichelt, 2016).

2.2 Stress og utbrenthet

Psykologisk stress oppstår når en person opplever at omgivelsenes forventninger og krav overgår egen kapasitet (Norsk elektronisk legehåndbok (NEL), 2019). Stress opplever vi mennesker daglig, og det er ikke utelukkende negativt. Sannsynligvis er det viktig med påkjenninger som kan mestres, for å kunne utvikle seg som menneske. Med mestring mener man å "få til" noe uten at man tar skade av det. Det er individuelt hvordan den enkelte mestrer stress (Eid & Johnsen, 2018). Dersom intensivsykepleieren har mangelfulle mestringsstrategier, kan enkelte hendelser føre til negativ stressrespons.

Responsene kan utarte seg fysisk, emosjonelt, kognitivt eller i atferd. Fysisk stressrespons kan eksempelvis gi økt hjerterefrekvens, rastløshet, magesmerter og/eller hodepine. Forandring i atferd kan føre til alkoholmisbruk, røyking, stivhet og apati. Emosjonell respons kan være gråting, irritasjon, panikk og energiløshet. Kognitiv stressrespons kan gi redusert

hukommelse, usikkerhet, følelse av å ha mistet kontrollen, ingen humor og ubesluttsomhet (Boer et al., 2013; Van Mol et al., 2015)

Stressreaksjoner etter kritiske hendelser kan, i verste fall, føre til symptomer på posttraumatisk stresslidelse (PTSD), depresjon og angst. PTSD er kjennetegnet ved stadig gjenopplevelse av hendelsen, unnvikelse av situasjoner som kan minne om hendelsen, personlighetsforandring og økt aktivering (irritabilitet, søvnproblemer, humørsvingninger og konsentrasjonsproblemer). Diagnosen stilles ikke før disse plagene vedvarer i utover én måned (NEL, 2020a).

Utbrenthet defineres som en langvarig, arbeidsrelatert stressreaksjon. Ofte vil det føre til både psykiske og fysiske plager (NEL, 2020b). Utbrenthet kjennetegnes ved at den enkelte mister sitt grunnleggende engasjement og opplevelse av mening med jobben. Van Mol et al., (2015) fremhever at mennesker som har høye forventninger til seg selv har større risiko for utbrenthet fordi de ofte får skyldfølelse dersom de ikke strekker til. Adriaenssens et al., (2015) påpeker at sykepleiere som arbeider med akutt og kritisk syke pasienter er i stor risiko for utbrenthet.

Kjennetegn på utbrenthet er:

Depersonalisering: Følelsesmessig distansering til kolleger eller pasienter.

Emosjonell utmattelse: Stenger av følelser for andre.

Nedsatt yteevne: Negativ selvopplevd prestasjon, en følelse av ineffektivitet og nedsatt jobbrelatert selvfølelse (NEL, 2020b).

2.3 Defusing

Defusing var opprinnelig utviklet for militært personell etter kritiske hendelser (Couper, et al., 2013). De første møtene etter kritiske hendelser ble utført i 1944, under andre verdenskrig. Påkjennningene for soldatene som var involvert var så omfattende at militære ledere samlet alle i grupper for å gjennomgå hendelsene. Oppfølgingsmøter ble først vanlig på 1970- og 1980-tallet. I nyere tid har metoden blitt benyttet hos flere yrkesgrupper, blant annet for politi- og ambulanspersonell (Dyregrov, 2002).

Under en defusing samles en mindre gruppe for en tidlig gjennomgang etter kritiske hendelser (Dyregrov, 2002; Reichelt, 2016). Defusing kan også kalles for en avlastningssamtale eller psykologisk førstehjelp. Hensikten med samtalen er å skape oversikt, øke følelsen av fellesskap og å gi råd til mestring (Dyregrov, 2002). Defusing kan omfatte både tekniske og stressrelaterte temaer. Intervensjonen kan bidra til: Fremme læring, forhindre negative ettervirkninger, stimulere til samhold og støtte, fremskynde demping av ettervirkninger, fremme motivasjon for fremtiden, normalisere erfaringer og stimulere til følelsesmessig ventilering (Peterson et al., 2008; Tannenbaum et al., 2012; Harder et al., 2019; Boer et al., 2013; Dyregrov, 2002). Gjennomgangen har til hensikt å redusere og forebygge opplevelse av kaos, kontrolltap og utvikling av psykososiale senskader (Senter for krisepsykologi, 2020).

Mange hjelpere har et stort behov for å snakke etter kritiske hendelser. Defusing gir rom for en semistrukturert måte å gjøre dette på. Hovedessensen er å gå gjennom hva som har skjedd og snakke fritt rundt hendelsesforløpet (Dyregrov, 2002). Defusing kan være aktuelt etter alt fra livstruende hendelser, som kriser, ulykker og katastrofer, til situasjoner som har hatt stor innvirkning på de involverte (Helsedirektoratet, 2016). Dyregrov (2002) anbefaler å strukturere defusingen i fire faser: Introduksjon, utforskning, informasjon og avslutning. Gruppen gjennomgår i fellesskap fakta, inntrykk, reaksjoner og tanker i etterkant av en kritisk hendelse. Intervensjonen kan, ifølge Dyregrov (2002), eliminere behovet for debriefing.

2.4 Forskjellen på debriefing og defusing

Defusing og debriefing blir ofte brukt om hverandre i praksis. Begrepet “debriefing” blir ofte brukt om alle slags møter som blir holdt etter kritiske hendelser. Debriefing er i utgangspunktet en mer strukturert form for gjennomgang, som skjer først etter noen dager eller uker etter den kritiske hendelsen. Møtet følger bestemte trinn og bør bli ledet av en med opplæring og erfaring med metoden. Samtalene varer mellom 2-3 timer (Dyregrov, 2002).

Defusing er derimot et gruppemøte som foregår like etter en kritisk hendelse, altså samme dag. Defusing er ikke en behandlingsform hvor målet er å redusere forekomsten av PTSD, som ofte er målet med en strukturert debriefing. Defusing er basert på frivillighet og de involverte får snakke om det de ønsker omkring hendelsen. En rekke forskning har kritisert strukturert debriefing og påpeker at metoden ikke reduserer forekomsten av psykiske plager,

deriblant PTSD. World health organization (WHO) (2003) skriver at strukturert debriefing ikke er anbefalt som en intervensjon, fordi det er en risiko for å påføre ytterligere negative påkjenninger med metoden.

2.5 Defusing gjennom kollegastøtte

Kollegastøtte omhandler å støtte hverandre som “likemenn” eller “likesinnede”. Kollegastøtte er et godt tiltak i yrker hvor arbeidsbelastningene er store og kan medføre stressreaksjoner. Målet med kollegastøtte er å gi støtte til hverandre, etter belastende arbeidsoppgaver eller når kolleger viser tegn til stress (Peterson et al., 2008; Adriaenssens et al., 2015). Kollegastøtte skal fungere som en samtale om jobberelaterte belastninger og mer dagligdagse problemer som oppstår (Dyregrov & Dyregrov, 2008). Emosjonell og praktisk støtte fra arbeidskolleger er av stor betydning for den enkeltes emosjonelle bearbeiding av kritiske hendelser i arbeidslivet (Eid & Johnsen, 2018; Adriaenssens, 2015). Kollegastøtte kan ses på som et sikkerhetsnett, som kan fange opp signaler fra kolleger som sliter der verken ledelse eller bedriftshelsetjeneste strekker til (Dyregrov & Dyregrov, 2008).

2.6 Intensivsykepleie

En intensivsykepleier er en autorisert sykepleier i Norge, som har utdanning etter gjeldende rammeplan for intensivsykepleie (NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). Arbeidet til en intensivsykepleier består av å behandle pasienter med akutt og/eller kritisk sykdom. Intensivsykepleiere arbeider høyteknologisk og må beherske bruk av svært avansert medisinsk teknisk utstyr. Kontinuerlig overvåking og pleie for å opprettholde livsviktige funksjoner er en stor del av arbeidet. Ivaretagelse av kritisk syke pasienter og deres pårørende skal utføres på en forsvarlig og omsorgsfull måte. Som intensivsykepleier arbeider man ofte under press og en må derfor være i stand til å takle krevende og stressende situasjoner. Gode samarbeids- og kommunikasjonsevner er avgjørende egenskaper for intensivsykepleien i møte pasient og pårørende (yrkesbeskrivelse intensivsykepleier, 2020). Intensivsykepleieren kan arbeide ved intensivenheter, intermediaærenhet, postoperativ enhet og prehospitaltjenester.

Intensivsykepleie er definert slik:

Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie av akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleie innebærer å delta aktivt i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død. Målet med intensivsykepleie er å etablere en terapeutisk relasjon med intensivpasienter og deres pårørende, og å styrke pasientens fysiske, psykiske, sosiale og åndelige kapasitet med forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak (norsk sykepleierforbund, 2004, 1. avsn.).

2.6.1 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for intensivpasienten

Samfunnet har i dag et stort fokus på kvalitet i helsetjenesten og det stilles betydelige krav til pasientsikkerheten. Pasientene har krav på sikkerhet i form av kvalitetssikret behandling ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 (1999). Helsepersonelloven § 2-4 beskriver at “helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig”. Kunnskapssenteret (2014) definerer begrepet pasientsikkerhet som: ” Vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser.” Det kan være vanskelig å se sammenhengen mellom intensivsykepleierens ansvar for pasientsikkerhet og defusing. Rainbow et al., (2020) påpeker at stressede og utbrente sykepleiere er i risiko for å gjøre alvorlige feil i behandlingen av pasienten. Dette utgjør en risiko for pasientsikkerheten. Defusing anses som et godt verktøy fordi hensikten er å redusere forekomsten av negativt stress og å dempe reaksjoner.

Ifølge NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere (2017) skal intensivsykepleiere blant annet fremme helse og forebygge videre sykdom og skade. Intensivsykepleiere har et ansvar for å endre praksis på risikoområder hvor det er fare for at pasientene skades (Kunnskapssenteret, 2014). Fordi utbrente og stressede intensivsykepleiere har en høyere risiko for å påføre pasienten skade, mener kandidatene at det er et stort behov for intervensjoner for å indirekte bidra til å ivareta pasientsikkerheten og funksjon- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere.

3.0 KVALITETSFORBEDRINGSARBEID

Kvalitet kan tolkes på ulike måter og kan for mange oppleves som et abstrakt begrep. Begrepet kan defineres som evnen til å tilfredsstille forventninger og krav (Kvalitet, 2018). Kvalitetsforbedringsarbeid er et arbeid der en ikke forsker selv, men benytter seg av den kunnskap som er forsket frem som grunnlag for å utarbeide ulike systemer som skal forbedre praksis. Kvalitetsarbeid kan gjøres gjennom innføring av nye eller forbedrede tjenester, systemer, eller prosesser hvor det finnes forbedringsområder eller svikt. Eksempler på dette er utvikling av *retningslinjer* og *fagprosedyrer*. Felles for disse er at de gir råd og anbefalinger om behandling, forebygging, oppfølging, diagnostikk og organisering av ulike helsetjenester. *En fagprosedyre* er en angitt fremgangsmåte for helsefaglige og medisinske prosesser eller aktiviteter i helsetjenesten (Helsebiblioteket, 2010).

Prosessen med kvalitetsarbeid er kontinuerlig. Målet er pasientsikkerhet og å sikre god kvalitet i tjenester som tilbys i helse- og omsorgstjenester. Hensikten er å minimere uønsket variasjon (Stubberud, 2018). Systematisk kvalitetsarbeid er lovpålagt som en del av den daglige virksomheten i det norske helsevesenet (Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2, 2011; Spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a, 1999). Prosessen innebærer dokumentasjon av problemer, identifikasjon av årsaker og test av mulige løsninger, hvor effektive tiltak iverksettes. Tiltakene justeres underveis i prosessen slik at resultatet blir som ønsket med en vedvarende forbedring (Helsebiblioteket, 2015; Helsedirektoratet, 2019a).

Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i et kvalitetsforbedringsarbeid med forslag til en revidert fagprosedyre. Det finnes ulike modeller som beskriver prosessen med kvalitetsforbedring, på makro- og mikronivå (Stubberud, 2018). Kandidatene har benyttet kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring og retningslinjemetodikk.

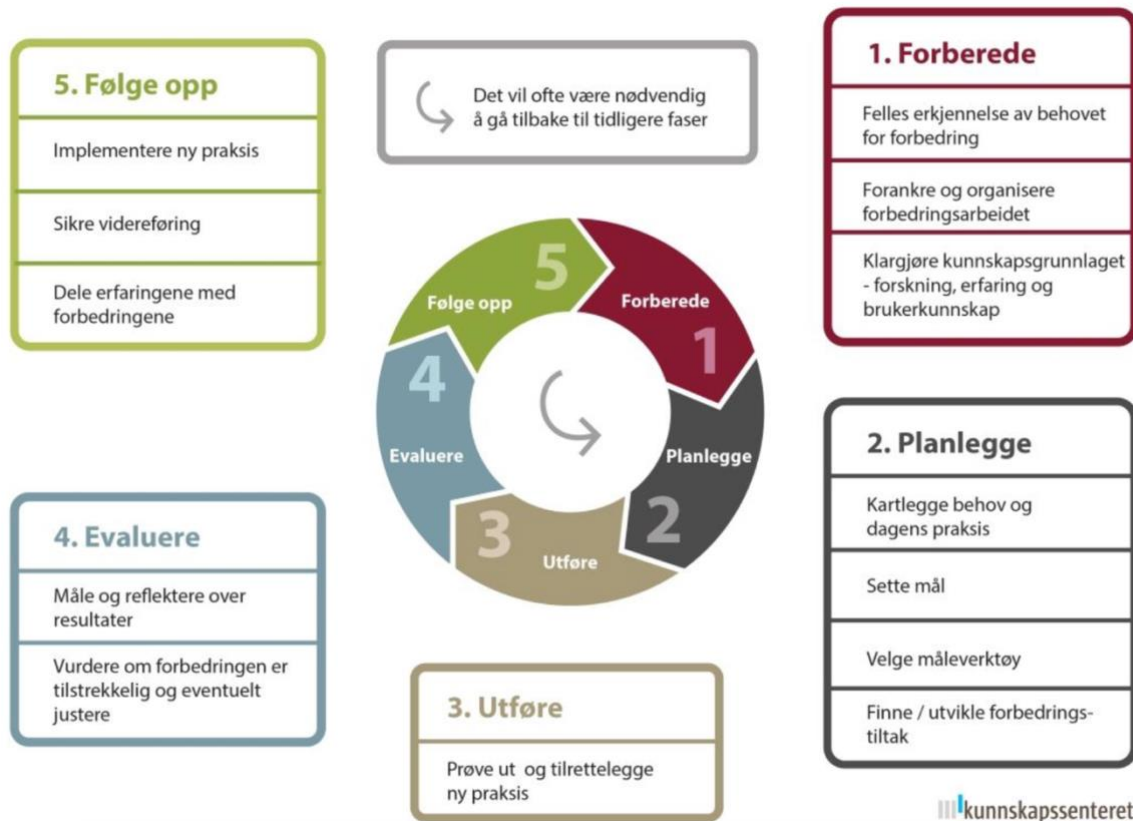
3.1 Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring

Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring er benyttet for å strukturere prosessen på et makronivå, se figur 3.1. Modellen har blitt videreutviklet fra Demings sirkel til fem trinn; forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp. Modellen er mye brukt når det gjelder systematisk forbedringsarbeid. Den er formet som en sirkel, noe som tydeliggjør at dette er en

kontinuerlig og sirkulær prosess, og at det enkelte ganger er nødvendig å gå tilbake til tidligere faser i prosessen, for så å fortsette videre med arbeidet.

Figur 3.1. Oversikt over faser og trinn i modell for kvalitetsforbedring.

(Konsmo et al., 2015).



Kandidatene har benyttet de to første trinnene i modellen: forberede og planlegge.

Trinnene: utføre, evaluere og følge opp blir ikke utført i dette masterarbeidet, men det blir kort gjort rede for oppfølging under kapittel 9.0. Tabell 3.1.1 viser trinnene etter modell for kvalitetsforbedring.

Tabell 3.1.1. Oversikt over prosjektarbeidet etter modell for kvalitetsforbedring.

(Konsmo et al., 2015)

Fasene for forbedring:	Trinn:	Relevans for oppgaven:
1. Forberede	Felles erkjennelse av behovet for forbedring	Behovet for å revidere fagprosedyren er redegjort under kapittel 4.1. Vurdering av den eksisterende fagprosedyren er redegjort under kapittel 4.2.1 og tabell 4.2.1.1.
	Forankre og organisere forbedringsarbeidet	Arbeidsgruppen er definert under kap. 4.3. For organisering av forbedringsarbeidet er det benyttet retningslinjemetodikk, se kapittel 3.2
	Klargjøre kunnskapsgrunnlaget	Kunnskapsgrunnlaget er i form av forsknings-, erfarings- og pasientkunnskap. Dette er redegjort under kapittel 4.5.
2. Planlegge	Kartlegge behov og dagens praksis	Det finnes en eksisterende fagprosedyre for avlastningssamtaler etter kritiske hendelser. Kandidatene har gjort en vurdering av denne fagprosedyren under kapittel 4.2.
	Sette mål	Arbeidets målsetting og målgruppe er presentert under 4.4 og tabell 4.4.1. Fagprosedyrens målsetting er å gi intensivsykepleiere en første anledning til å sette sammen fakta etter en kritisk

	<p>Velge måleverktøy</p> <p>Finne/ utvikle forbedringstiltak</p>	<p>hendelse. Tidsplan er ikke redegjort fordi dette er en masteroppgave.</p> <p>Eksempler på indikatorer som kan måles dersom fagprosedyren implementeres er redegjort under kapittel 4.4 og tabell 4.4.2.</p> <p>Forbedringstiltaket er et forslag til en revisjon av en fagprosedyre. Utformingen av anbefalingene er drøftet i kapittel 5.0. Presentasjon av forslaget er i kapittel 6.0.</p>
3. Utføre	Prøve ut og tilrettelegge ny praksis	Fagprosedyren vil forhåpentligvis bli iverksatt og implementert, men denne prosessen er ikke del av denne masteroppgaven.
4. Evaluere	<p>Måle og reflektere over resultater.</p> <p>Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere.</p>	<p>Fagprosedyren blir vurdert i kapittel 7.0, ved hjelp av AGREE II.</p> <p>Oppfølging av kvalitetsforbedringsarbeidet blir redegjort under kapittel 9.0.</p> <p>Fagprosedyren blir ikke iverksatt på nåværende tidspunkt.</p>
5. Følge opp	<p>Implementere ny praksis.</p> <p>Sikre videreføring.</p> <p>Dele erfaringene med forbedringene.</p>	<p>Implementering av fagprosedyren vil være en prosess som skjer i tilslutning til denne masteroppgaven.</p> <p>Det vil redegjøres for oppfølging i kapittel 9.0</p>

3.2 Retningslinjemetodikk

For å gå dypere inn i forbedringsarbeidet er det nødvendig å benytte en modell som beskriver arbeidsprosessen mer detaljert, på et mikronivå. Det er ikke laget egne lover eller forskrifter for hvordan utvikle en fagprosedyre. For å gjøre arbeidet mer systematisk anbefales bruk av retningslinjemetodikk (Helsedirektoratet, 2012). Prosessen for utvikling av kunnskapsbaserte fagprosedyrer består av 10 trinn og AGREE-instrumentet. For å utvikle forslaget til fagprosedyren har trinn 1-7 blitt benyttet. Trinn 8-10 vil ikke være aktuelt på bakgrunn av at prosedyren ikke implementeres under denne arbeidsprosessen. Alle trinnene for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer blir presentert i tabell 3.2.1.

Tabell 3.2.1. Sjekkliste for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012).

Sjekkliste for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer:	Trinn:	Fremgangsmåte:
1. Bruk retningslinjemetodikk	Veileder for kunnskapsbaserte retningslinjer IS-1870 (Helsebiblioteket.no)	Kandidatene har benyttet retningslinjemetodikk for utarbeidelse av fagprosedyren.
2. Vurder og begrunn behovet for en faglig retningslinje	Faglig (u)enighet på området. Behov for kvalitetsforbedring.	Ingen kjent faglig uenighet. Diskutert under kapittel 4.1 Kandidatene har vurdert behovet for å utvikle en revidert fagprosedyre under kapittel 4.1.

	<p>Geografiske, kjønnsmessige, etniske, sosiale eller andre ulikheter i tjenestetilbudet.</p> <p>Ressursmessige og økonomiske forhold.</p> <p>Prioritert fagområde.</p> <p>Eventuelle vridningseffekter denne retningslinjen vil få for andre tjenester i egen eller andre organisasjoner</p>	<p>Ikke aktuelt</p> <p>Ressursmessige forhold er tatt stilling til gjennom oppgaven.</p> <p>Ikke et høyt prioritert fagområde i klinisk praksis.</p> <p>Lite vridningseffekter, men tiden som brukes på defusing kan potensielt gå utover andre arbeidsoppgaver. Det må derfor vurderes eventuelle fordeler og ulemper som kan påvirke pasientbehandlingen. Dette er drøftet under kapittel 5.6.2 og det kommer frem under fagprosedyrens kapittel 6.3.3</p>
<p>3. Skal du revidere eller utarbeide ny? Undersøk om det finnes retningslinjer om det aktuelle temaet</p>	<p>Søk i retningslinjedatabasen: Helsebiblioteket.no</p> <p>Søk på internett og i bibliografiske databaser.</p>	<p>Søkene er redegjort under kapittel 4.2</p>

	<p>Vurdere kvaliteten på eksisterende dokumenter/ retningslinjer (AGREE II).</p> <p>Få kjennskap til andre miljøer som arbeider med temaet (norske og utenlandske).</p> <p>Meld fra om arbeidet til retningslinjedatabasen.</p>	<p>Kvaliteten på den eksisterende fagprosedyren er vurdert ved hjelp av AGREE II under kapittel 4.2.1</p> <p>Kandidatene har søkt etter lignende prosedyrer fra universitetssykehus i Norge under kapittel 4.2. Kandidatene har også innhentet kunnskap fra nøkkelpersoner, redegjort i kapittel 4.5.2.</p> <p>Ikke aktuelt da forslaget til fagprosedyren ikke implementeres.</p>
<p>4. Nedsett en arbeidsgruppe og håndter habilitet og interessekonflikter</p>	<p>Tverrfaglig kompetanse er representert i arbeidsgruppen, både helsefaglig og metodologisk.</p> <p>De ulike nivåene i helse- og omsorgstjenesten er representert.</p> <p>Pasienter og/eller pårørende er representert (helst flere enn en).</p>	<p>Arbeidsgruppen er redegjort under kapittel 4.3. Dette er en masteroppgave og det vil derfor kun være kandidatene i arbeidsgruppen.</p> <p>Ikke aktuelt.</p> <p>Pasientkunnskap er søkt etter og innhentet, se kapittel 4.5.3.</p>

	<p>Behovet for referansegruppe i tillegg til arbeidsgruppen er vurdert. Habilitetsskjema er utfylt.</p> <p>Habilitetsspørsmål og interessekonflikter er vurdert.</p>	<p>Ikke aktuelt da dette er en masteroppgave.</p> <p>Habilitetsspørsmål og interessekonflikter er redegjort under kapittel 4.3</p>
<p>5. Formuler målsetting, spørsmål, kvalitetsindikatorer og målgruppe</p>	<p>Overordnet målsetting for den faglige retningslinjen er tydelig definert.</p> <p>De viktigste spørsmålene er klart formulert med problemstillinger, handlingsalternativer og både positive og negative utfallsmål/effektmål (PICO).</p> <p>Valg av kvalitetsindikatorer er presise.</p> <p>Målgruppe/ pasientgruppe er tydelig definert.</p>	<p>Målsetting er presentert under kapittel 4.4</p> <p>PICO-skjema er utfylt (se tabell 4.5.1.2) før innhenting av forskningskunnskap og er presentert under kapittel 4.5.1 og spørsmål for å besvare problemstillingen er presentert i tabell 4.5.1.1.</p> <p>Kvalitetsindikatorer er presentert under kapittel 4.4 og tabell 4.4.2.</p> <p>Bruker målgruppe og målgruppe er presentert under kapittel 4.4 og i tabell 4.4.1.</p>

6. Innhent og vurder kunnskapsgrunnlag og dokumentasjon

Pasient-, forskning- og erfaringsbasert kunnskap er innhentet. Systematiske søk er utført for å innhente og analysere kunnskapsgrunnlaget. Systematiske søk er beskrevet/ dokumentert.

Kvaliteten på dokumentasjonen for de viktigste utfallene/effektmålene er gradert.

Betydning av helsegevinst, bivirkning og risiko er vurdert.

Betydningen av etiske verdier, preferanser og kultursensitive forhold er vurdert.

Konsekvenser i forhold til helseøkonomi/ressursbruk er vurdert.

Vurderinger i forhold til lover og regler er gjennomført.

Forsknings-, erfarings- og pasientkunnskap er innhentet og redegjort under kapittel 4.5.1, 4.5.2 og 4.5.3. Kildekritikk er presentert under kapittel 4.6.

Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget er gradert ved hjelp av GRADE under kapittel 5.0.

Fordeler og ulemper drøftes under kapittel 5.0.

Aktuelle etiske problemstillinger knyttet til oppgaven er redegjort under kapittel 8.1.

Fordeler og ulemper knyttet til anbefalingene er drøftet i kapittel 5.0.

Kandidatene har tatt stilling til lover og regler

	<p>Det er gjort en eksplisitt vurdering av helsegevinst i forhold til ressursbruk og bivirkninger.</p> <p>Verdier, preferanser og etiske spørsmål knyttet til anbefalinger og forventede utfall er vurdert.</p> <p>Anbefalingene er formulert slik at de blir praktisk anvendbare i tiltenkte situasjoner.</p> <p>Eventuell uenighet fremkommer tydelig.</p> <p>Eventuelle alternativer vedrørende diagnostikk og behandling fremkommer tydelig.</p>	<p>gjennom i kapittel 4.5.1. Lover som er aktuelle for intensivsykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid fremkommer under kapittel 3.3.</p> <p>Fordeler og ulemper med fagprosedyren er drøftet under kapittel 5.0</p> <p>Etiske overveielser er redegjort under kapittel 8.1.</p> <p>Fagprosedyren blir presentert under kapittel 6.0</p> <p>Ikke aktuelt.</p> <p>Denne oppgaven tar for seg én intervensjon; nemlig defusing for intensivsykepleiere</p>
<p>7. Utform anbefalingene</p>	<p>Gradering av anbefalingene og kunnskapsgrunnlaget forekommer tydelig.</p>	<p>Gradering til av enten svak eller sterk</p>

	<p>Kapitler/avsnitt beregnet for de forskjellige målgruppene (pasient, helsepersonell, administrasjon, osv.) presenteres tydelig.</p> <p>Verktøy som kan gjøre det enklere å følge anbefalingene er vedlagt.</p> <p>Innspill på anbefalingene fra eventuell referansegruppe er innhentet og vurdert.</p> <p>Høring og behandling av høringsinnspill er gjennomført.</p> <p>Det fremgår hvem som har utarbeidet og godkjent retningslinjen.</p> <p>Publiseringsdato og versjonsnummer er påført.</p>	<p>anbefaling fremkommer under kapittel 5.0.</p> <p>Fagprosedyren har kapitler og overskrifter som fremkommer tydelig under kapittel 6.0.</p> <p>Fagprosedyren er ikke implementert og dette er derfor ikke redegjort.</p> <p>Ikke aktuelt.</p>
<p>8. Planlegg og gjennomfør implementering</p>	<p>Barrierer og motstand mot eventuelle endringer er identifisert. Strategier er utarbeidet for å overkomme eventuelle barrierer.</p> <p>Det er klargjort hvem som har ansvar for og mandat for å iverksette eventuelle endringer.</p>	<p>Barrierer og motstand er redegjort under kapittel 8.2. Strategier er redegjort i samme kapittel.</p> <p>Ikke aktuelt.</p>

	<p>Det er tatt høyde for eventuelle behov for opplæring/kursing/ferdighetstrening før innføring av nye anbefalinger.</p> <p>Det er budsjettert med tilstrekkelige ressurser for implementering.</p> <p>Det er formulert en plan for iverksetting/implementering</p>	<p>Dette er nevnt under kapittel 9.0</p> <p>Ikke aktuelt.</p> <p>Dette er redegjort under kapittel 9.0</p>
<p>9. Planlegg evaluering og oppdatering</p>	<p>Det er utarbeidet en plan for evaluering av retningslinjen.</p> <p>Det er utarbeidet en plan for oppdatering av retningslinjen.</p> <p>Det er avsatt tilstrekkelige ressurser til evaluering/ oppdatering.</p>	<p>Disse punktene er ikke aktuelle da fagprosedyren ikke blir iverksatt og implementert i dette arbeidet.</p>
<p>10. Gjennomfør evaluering og oppdatering</p>	<p>Rapporter måloppnåelse i forhold til oppsatt resultatmål og evalueringsmetoder.</p> <p>Evaluerer effekt av retningslinjen med resultater med forhåndsundersøkelse som grunnlag.</p> <p>Rapporter retningslinjens påvirkning på tjenesten.</p> <p>Informere oppdragsgiver om effekten av tjenesten.</p> <p>Vurder behovet for oppdatering av retningslinjen.</p>	<p>Disse punktene er ikke aktuelle da fagprosedyren ikke blir iverksatt og implementert som del av dette arbeidet.</p>

3.3 Intensivsykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid

Intensivsykepleiere har et direkte og indirekte pasientrettet funksjon- og ansvarsområde. Direkte pasientrettet arbeid omfatter forebygging, lindring, behandling og rehabilitering. Indirekte pasientrettet arbeid omhandler veiledning, undervisning, administrasjon, ledelse og kvalitetsforbedring. Intensivsykepleiere har også et omsorgsformål som kan defineres som å bry seg om pasienten som menneske (Stubberud, 2018). Intensivsykepleierens ansvar for kvalitetsarbeid er forankret både juridisk og etisk. Helsepersonellovens § 1 (1999) formål er å bidra til kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 (2011) påpeker at enhver som yter helsehjelp skal sørge for at arbeidsplassen arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette understøttes også av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a (1999). Helse- og omsorgsdepartementet (Meld. St. 10. (2012-2013)) påpeker at helsepersonell skal benytte forskning og oppdatert kunnskap for å øke kvaliteten og troverdigheten i fagprosedyrer. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleier krever at intensivsykepleieren skal ta initiativ til, samarbeide om og å ta ansvar for kvalitetsforbedring (norsk sykepleierforbund, 2019; NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere, 2017). Fagprosedyren i dette masterarbeidet vil inngå under indirekte pasientarbeid. Ved å utøve kvalitetsarbeid, viser kandidatene indirekte omsorg for pasienten. Kvalitetsforbedringsarbeid i form av å revidere en fagprosedyre vil være i tråd med både nevnt lovverk og funksjons- og ansvarsbeskrivelsen til intensivsykepleiere.

4.0 FORBEREDE OG PLANLEGGE

Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring trinn 1 (tabell 3.1.1) og helsedirektoratets sjekklister for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer trinn 2 (tabell 3.2.1) omhandler å forberede og å vurdere behovet for kvalitetsforbedring. Dette kapitlet tar for seg behovet for kvalitetsforbedring, tidligere kvalitetsarbeid, arbeidsgruppe, målsetting, målgruppe og kunnskapssøk.

4.1 Behovet for å utarbeide en kunnskapsbasert fagprosedyre

Det er både tid- og ressurskrevende å utarbeide fagprosedyrer. Det er derfor avgjørende å redegjøre for behovet og formålet med prosedyren. Hensikten er at prosedyren skal benyttes som et hjelpemiddel, for å oppnå faglig forsvarlighet og god kvalitet (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det skal gjøres en vurdering av om det er felles erkjennelse av behovet for kvalitetsvurdering, om det eksisterer faglig uenighet og om det er et prioritert fagområde.

Kandidatene har erfart at defusing etter kritiske hendelser er et fagområde som, til nå, har vært lite prioritert. Problemstillingen er diskutert med intensivsykepleiere i praksis. Kolleger forteller at det er sjelden de får tilbud om defusing etter en kritisk hendelse. Begrepet “defusing” oppleves også som ukjent for mange. Flere kolleger beskriver hendelser fra praksis hvor de i etterkant får problemer med å sove, har skyldfølelse og føler de ikke “strakk til”. Behovet for utvikling av kunnskapsbaserte fagprosedyrer bør ikke baseres kun på erfaringskunnskap, men også pålitelig forskningskunnskap. Forskning påpeker at intensivsykepleiere er i stor risiko for stress og utbrenthet. Behovet for intervensjoner er stort, og defusing gjennom kollegastøtte er ansett som en god intervensjon etter kritiske hendelser (Peterson et al., 2008; Adriaenssens et al., 2015; Van Mol et al., 2015; Boer et al., 2013).

Fagprosedyrer gir ofte detaljerte beskrivelser for hvordan intensivsykepleiere skal utføre oppgaver. Kandidatene anser at en fagprosedyre er et hensiktsmessig verktøy for den aktuelle intervensjonen. Fagprosedyrer kjennetegnes med at de er kortfattede og enkle å anvende. Hensikten med fagprosedyren er at den skal gi intensivsykepleiere faglig støtte. Målet er at de skal få ny kunnskap ut i praksis, med færrest mulig bivirkninger (Helsedirektoratet, 2012).

Kandidatene opplever ikke at det finnes faglig uenighet på området. Dersom fagprosedyren implementeres og får et positivt resultat vil det være aktuelt å dele den både lokalt og nasjonalt. Dette vil bidra til videre forbedring og hindre unødig dobbeltarbeid.

4.2 Tidligere kvalitetsarbeid

Helsedirektoratets sjekkliste for utvikling av fagprosedyrer punkt tre (tabell 3.2.1) omhandler å søke etter eksisterende fagprosedyrer på det aktuelle fagområdet. For å sikre at dobbeltarbeid ikke utføres og/eller sprikende anbefalinger fra ulike retningslinjer eksisterer, har kandidatene undersøkt om det eksisterer tidligere fagprosedyrer om defusing både nasjonalt og internasjonalt (Helsedirektoratet, 2012).

Tabell 4.2.1 viser til søk etter eksisterende retningslinjer eller fagprosedyrer fra ulike databaser. Søkord som er benyttet er tatt ut fra PICO-skjema (tabell 4.5.1.2): “Defusing”, “avlastningssamtale”, “kritiske hendelser” og “intensivsykepleier” ble mest brukt, både på norsk og engelsk. Søkordet “debriefing” ble også forsøkt.

Tabell 4.2.1 Søk etter tidligere kvalitetsarbeid.

Databaser:	Treff:
Helsedirektoratets oversikt over nasjonale faglige retningslinjer: www.helsedirektoratet.no	Ingen relevante funn
Helsebibliotekets norske retningslinjedatabase: www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer	Ingen relevante funn
Helsebibliotekets oversikt over internasjonale retningslinjer: www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Internasjonale-samlinger	Ingen relevante funn
Guidelines International Network (G-I-N) database, tilgjengelig fra: www.g-i-n.net.proxy.helsebiblioteket.no/	Ingen relevante funn
Socialstyrelsens nationella riktlinjer: http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer	Ingen relevante funn

Kunnskapsbaserte oppslagsverk, for eksempel UpToDate: www.uptodate.com/index	Ingen relevante funn
National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): http://guidance.nice.org.uk/CG	Ingen relevante funn
National Guideline Clearinghouse (NGC): www.guideline.gov/	Ingen relevante funn
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): www.sign.ac.uk/guidelines/index.html	Ingen relevante funn
Sykepleiehåndboken	Ingen relevante funn
VAR-healthcare	Ingen relevante funn

Kandidatene har ikke intern tilgang til andre sykehus enn Ahus sine fagprosedyrer. Det kan derfor være en risiko for at relevante fagprosedyrer ikke ligger ute offentlig. Under tabell 4.2.2 presenteres funnene som har blitt gjort ved søk hos de seks ulike universitetssykehusene i Norge.

Tabell 4.2.2 – Søk etter tidligere kvalitetsarbeid.

Universitetssykehus:	Treff:
Akershus universitetssykehus	Ett relevant funn: <i>EQS</i> . (11 juni, 2019). Retningslinje for hvordan planlegge og gjennomføre avlastningssamtale (defusing) i etterkant av en kritisk hendelse.
Oslo universitetssykehus	Ingen relevante funn
Stavanger universitetssykehus	Ingen relevante funn
Haukeland universitetssykehus	Ingen relevante funn
Universitetssykehuset i Nord-Norge	Ingen relevante funn

Universitetssykehuset i Trondheim	Ingen relevante funn
--	----------------------

Etter å ha gått gjennom de ulike databasene fant kandidatene én eksisterende fagprosedyre. Prosedyren er tilgjengelig på Akershus universitetssykehus. Funnet er gjort i databasen EQS, som er sykehusets interne database.

Prosedyren i EQS heter “retningslinje for hvordan planlegge og gjennomføre avlastningssamtale (defusing) i etterkant av en kritisk hendelse”. Fagprosedyren ble opprettet i 2007 og godkjent på nytt fem ganger uten revisjon, sist i 2019. Kandidatene kontaktet dokumentadministrator som står som ansvarlig for prosedyren ved Ahus. Bakgrunn for prosedyren beskrives som ukjent. Kapittel 4.2.1 viser kandidatenes vurdering av prosedyren ved hjelp av AGREE II.

4.2.1 Evaluering av den eksisterende fagprosedyren ved hjelp av AGREE II

Det finnes flere sjekklister for systematisk vurdering av fagprosedyrer. AGREE II er anerkjent og godt utprøvd til formålet (Nortvedt et al., 2012). AGREE II står for Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II. Instrumentet er ofte benyttet i Norge for å vurdere nye og allerede eksisterende prosedyrer. Skåringsverktøyet består av tjuetre punkter som er fordelt på seks ulike domener (Brouwers et al., 2017). Domener og spørsmål er oversatt til norsk fra helsebiblioteket. AGREE II og kandidatenes vurdering av den eksisterende fagprosedyren blir presentert under tabell 4.2.1.1.

Tabell 4.2.1.1, AGREE II domenenene med 23 underpunkter (Brouwers et al., 2017)

Domener og underpunkter:	Kandidatenes vurdering:
<p>Domene 1, Formål og avgrensning</p> <p>1. Fagprosedyrens overordnede mål er klart beskrevet.</p> <p>2. Helse spørsmål(ene) i fagprosedyren er klart beskrevet.</p>	<p>Prosedyren fra EQS har et klart mål og er godt formulert. Hensikten er at de involverte, ved hjelp av defusing, skal få en oversikt og å bli gitt mulighet til å sette ord på den aktuelle hendelsen. Prosedyren gjelder for alle personell i anestesiavdelingen.</p> <p>Prosedyren er klar på flere områder, blant annet for når, hvor og hvordan man skal gå frem for å</p>

<p>3. Populasjonen (pasienter eller brukere) fagprosedyren gjelder for, er klart beskrevet.</p>	<p>gjennomføre en avlastningssamtale. En ulempe er at det kan være utfordrende å tolke hva en kritisk hendelse er, og derfor når prosedyren skal tre i kraft. Aktuelle helsespørsmål er ikke klart formulert.</p>
<p>Domene 2, Involvering av interessenter</p> <p>4. Arbeidsgruppen som har utarbeidet fagprosedyren har med personer fra alle relevante faggrupper.</p> <p>5. Pasientkunnskap er innhentet og inkludert.</p> <p>6. Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren.</p>	<p>Dette punktet oppleves utfordrende å vurdere fordi det ikke kommer klart frem hvem som har utarbeidet prosedyren. Pasientkunnskap er ikke inkludert. Målgruppen er alle ansatte ved anestesivdelingen ved Akershus Universitetssykehus.</p>
<p>Domene 3, Metode</p> <p>7. Systematiske metoder er benyttet for å søke etter kunnskapsgrunnlag.</p> <p>8. Kriterier for kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet.</p> <p>9. Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet.</p> <p>10. Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet.</p> <p>11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelse av anbefalinger.</p>	<p>Det finnes ingen beskrivelse eller oversikt over kunnskapssøk som ligger til grunn for fagprosedyren. Inklusjon- og eksklusjonskriterier kommer ikke frem. Benyttede referanser kommer derimot klart frem. Det er benyttet få kilder for utviklingen av prosedyren og de fleste av kildene er av eldre dato, blant annet en fagartikkel fra 1993. Metodene som er benyttet for å utarbeide anbefalingene er ikke beskrevet. Det er usikkert om prosedyren har blitt vurdert av eksperter rundt fagfeltet før publisering. Prosedyren beskriver at fordelene med defusing er å skape oversikt for de involverte partene. Kunnskapsgrunnlaget blir tydelig vist til under hver anbefaling i prosedyren. Revisjonsfrist for prosedyren er satt til 10. juni 2021. Hvem som er ansvarlig for dokumentet fremkommer tydelig. Avslutningsvis blir det inkludert hva som skal gjøres dersom partene har behov for mer oppfølging.</p>

<p>12. Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget.</p> <p>13. Fagprosedyrer en blitt vurdert av eksperter eller eksternt før publisering.</p> <p>14. Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av fagprosedyren er klart beskrevet.</p>	
<p>Domene 4, Klarhet og presentasjon</p> <p>15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige.</p> <p>16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller det enkelte helsespørsmålet er klart presentert.</p> <p>17. De sentrale anbefalingene er lett å identifisere.</p>	<p>Prosedyren er klar, spesifikk og tydelig under hvert underkapittel. Eksempelvis redegjøres det for hvor mange deltakere som bør inkluderes, varigheten på defusingen og hvordan samtalene skal struktureres. Det er enkelt å finne frem i prosedyren i underkapitlene.</p>
<p>Domene 5, Anvendbarhet</p> <p>18. Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er fagprosedyren støttet med?</p> <p>19. Faktorer hemmer og fremmer bruk av fagprosedyren er klart beskrevet.</p> <p>20. Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anvende anbefalingene er beskrevet.</p> <p>21. Fagprosedyrens kriterier for etterlevelse og evaluering er beskrevet.</p>	<p>Hvilke faktorer som hemmer og fremmer bruken av anbefalingene kommer ikke tydelig frem. For eksempel blir det nevnt at det skal settes av tid, men potensielle konsekvenser av dette er ikke redegjort. Erfaringsvis vet kandidatene at det kan være utfordrende å ta seg tid, fordi det kan gå ut over andre arbeidsoppgaver som bør prioriteres. En faktor som kan hemme bruk av prosedyren kan være at kritisk hendelse er beskrevet som “alvorlig” og dermed kan terskelen for å ta i bruk prosedyren være høy. Ressursmessige konsekvenser er ikke tydelig beskrevet. Prosedyren avslutter med at deltakerne skal spørres om hva de har behov for videre og at</p>

	dersom det er behov for videre oppfølging skal det meldes fra til nærmeste leder.
<p>Domene 6, Redaksjonell uavhengighet</p> <p>22. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle innsatser har ikke hatt innvirkning på innholdet i fagprosedyren.</p> <p>23. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak fagprosedyren er dokumentert og håndtert.</p>	Det er ingen mistanke om at finansielle eller redaksjonelle innsatser har hatt innvirkning på innholdet, men det er ikke tydelig beskrevet.

På bakgrunn av manglende bakgrunnsinformasjon om den tidligere fagprosedyren har det ikke vært mulig å evaluere alle punktene under AGREE II. Etter en samlet vurdering av den eksisterende fagprosedyren er det flere faktorer som fører til at kandidatene mener det finnes behov for forbedring. Konklusjonen blir derfor å revidere den eksisterende fagprosedyren om defusing for intensivsykepleiere.

4.3 Arbeidsgruppe, habilitet og interessekonflikter

Fjerde trinn i helsedirektoratets (2012) sjekklister (tabell 3.2.1) for utvikling av retningslinjer omhandler at arbeidsgruppens sammensetning, habilitet og interessekonflikter skal oppgis. Dette er fordi det kan påvirke prosjektets utforming og resultater.

Ved utarbeidelse av en fagprosedyre er det anbefalt å inkludere deltakere med tverrfaglig kompetanse og erfaring. Balansen mellom fagpersonene som utvikler en fagprosedyre kan ha betydning for resultatet av anbefalingene som utarbeides (Helsedirektoratet, 2012).

Arbeidsgruppen består av to intensivsykepleiere. Dette er en masteroppgave og det er derfor ikke inkludert fagpersoner med annen kompetanse i arbeidsgruppen. Likevel har fagpersoner med relevant kompetanse omkring temaet bidratt til å bekrefte kandidatenes forståelse (se kapittel 4.5.2). Det er anbefalt å ha bistand og veiledning i retningslinjemetodikk, dersom ingen av deltakerne har erfaring med dette fra tidligere (ibid). Kandidatene har ikke erfaring

med retningslinjemetodikk, og har derfor fått veiledning underveis fra en erfaren veileder fra Oslo Metropolitan University.

Kandidatene har vært i kontakt med kolleger og ledelse under utarbeidelsen av denne oppgaven. Dette er fordi kandidatene ønsker å implementere den reviderte fagprosedyren på sikt, og for å få bekreftet behovet for forankring. Det vil være aktuelt å samarbeide med andre faggrupper dersom fagprosedyren skal implementeres. Kandidatene ser for seg at en arbeidsgruppe for implementering av fagprosedyren om defusing eksempelvis kan være psykologer, psykiatere, ledere og anestesileger som arbeider på Ahus.

Habilitetsspørsmål og interessekonflikter bør avklares for å øke fagprosedyrens troverdighet, faglig uavhengighet og nøytralitet. Målgruppen for fagprosedyren skal ha tillit til at anbefalingene ikke er tilknyttet personer eller grupper med økonomiske eller spesielle interesser. Ved implementering av fagprosedyrer er det anbefalt å fylle ut habilitetsskjema (helsedirektoratet, 2012). Dette er ikke aktuelt da dette er et masterarbeid og fagprosedyren skal ikke iverksettes i denne omgang. Kandidatene har ingen personlig interesse, mottar ikke noen form for bidrag eller økonomisk støtte som kan gi fordeler ved å revidere fagprosedyren. Forslaget til fagprosedyren er forsøkt å gjennomføres på et objektivt grunnlag med forskningskunnskap, pasientkunnskap, erfaringskunnskap, lovverk og faglitteratur.

4.4 Arbeidets målsetting, målgruppe og kvalitetsindikatorer

Under utarbeidelsen av et kvalitetsforbedringsarbeid er det nødvendig å ha en tydelig og definert målsetting og målgruppe (Stubberud, 2018). De fleste fagprosedyrer som utarbeides retter seg mot en pasientmålgruppe, eksempelvis intensivpasienter. Kvalitetsarbeidets målgruppe er derimot intensivsykepleiere ved Ahus, fordi intervensjonen retter seg mot å ivareta hjelperen etter kritiske hendelser. Målsetting, brukermålgruppe og målgruppe for den aktuelle problemstillingen er presentert i tabell 4.4.1.

Tabell 4.4.1, Målsetting og målgruppe.

Fagprosedyrens målsetting	Fagprosedyrens målsetting er å gi intensivsykepleiere en første anledning til å sette sammen fakta etter en kritisk hendelse. Hensikten med defusing er redusere følelsesmessig kaos og emosjonell uro ved hjelp av defusing etter kritiske hendelser for intensivsykepleiere.
Fagprosedyrens brukermålgruppe	Intensivsykepleiere ved Ahus.
Fagprosedyrens målgruppe	Intensivsykepleiere ved Ahus.

Meld. St. 11 (2015-2016) påpeker at kunnskap om kvalitet kan måles. Helse- og omsorgstjenesteloven § 5 (2011) viser at de som yter helsehjelp skal etablere et internkontrollsystem for virksomheten for at den skal kunne planlegges, utføres og vedlikeholdes. Kvalitetskontroll kan gjøres på ulike måler, blant annet ved hjelp av kvalitetsindikatorer. Indikatorene benyttes som et indirekte mål og sier noe om kvaliteten på det som måles. For å kvalitetskontrollere at fagprosedyren tilfredsstiller ønsket målsetting, er det anbefalt at valget av kvalitetsindikatorer er presise. Den amerikanske legen Avedis Donabedian (1992, 2003) beskrev at et resultat er forholdet mellom struktur og prosess.

Kvalitetsindikatorerne kan inndeles etter Donabedians triade: i *struktur-, prosess- og resultatindikatorer*. Indikatorene viser om helsehjelpen samsvarer med best tilgjengelig kunnskap og om hjelpen gir helsegevinst. Indikatorene benyttes for å operasjonalisere arbeidet med kvalitetsforbedring (Helsedirektoratet, 2012). Dersom det finnes nasjonale retningslinjer som dekker den aktuelle fagprosedyren er det anbefalt å benytte disse. Kandidatene undersøkte dette på helsedirektoratets (2019b), som viste at det ikke eksisterer noen nasjonale kvalitetsindikatorer som dekker den aktuelle problemstillingen. På bakgrunn av dette har vi utarbeidet aktuelle forslag til kvalitetsindikatorer som er relevante.. Indikatorene skal velges etter faglig relevans. De skal være veldefinerte, reliable, valide, målbare og knyttet direkte til ønsket resultat (Helsedirektoratet, 2012). Indikatorene skal gi

informasjon om hvordan helsetjenester skal styres og prioriteres (Rygh & Saunes, 2008). Kvalitetsindikatorerne og målbare variabler er presentert i tabell 4.4.2.

Tabell 4.4.2. Tre dimensjoner av kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet, 2012).

Kvalitetsindikatorer:	Vurdering:
<p>Strukturindikatorer: Strukturelle forhold der helsetjenestene tilbys. Eksempelvis materielle og personellmessige ressurser (Helsedirektoratet, 2012).</p>	<p>Prosedyren bør være enkel å finne frem til. Det er ingen økonomiske forhold som hindrer prosedyren å tre i kraft. For å kunne gjennomføre prosedyren i praksis kreves det at intensivsykepleierne som er involverte i den aktuelle hendelsen frigjøres fra pasientarbeidet. Det kreves ingen materielle ressurser, bortsett fra et egnet rom for å kunne gjennomføre en uforstyrret defusing. Hvor mange rom som er tilgjengelige og hvor lang tid en defusing varer i gjennomsnitt er eksempler på målbare indikatorer. En annen målbar faktor er hvor mange ganger defusing blir gjennomført, når det eksisterer behov.</p>
<p>Prosessindikatorer: Omhandler konkrete handlinger som definerer kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten. Indikatoren gir informasjon om aktiviteter i pasientforløpet og ulike handlinger som fører til god kvalitet i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012).</p>	<p>Faktorer som kan måles kan være hvor mange intensivsykepleiere som kjenner til og bruker prosedyren aktivt. Det kan også måles om intensivsykepleierne benytter prosedyren på anbefalt måte.</p>
<p>Resultatindikatorer: Sier noe om resultatene som kan forventes å oppnås av tjenesten. Denne</p>	<p>Hensikten med fagprosedyren er å oppnå positive resultater. Likevel vil det ikke alltid være mulig å oppnå, fordi det vil være variabler som for eksempel arbeidskultur og miljø som</p>

indikatoren samsvarer med prosedyrens målsetting (Helsedirektoratet, 2012).

kan påvirke effekten av den reviderte prosedyren. Oppfølging av kvalitetsarbeidet er redegjort under kapittel 9.0.

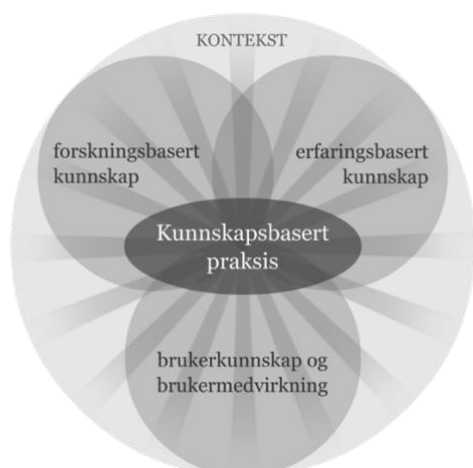
Intensivsykepleiernes holdninger er drøftet i kapittel 8.3.

Et eksempel på en målbar indikator kan være å måle hvor mange intensivsykepleiere som er preget av stress etter defusing blir benyttet i praksis sammenlignet med før prosedyren ble iverksatt. Et annet eksempel er hvor høyt sykefraværet er før og etter defusing blir benyttet i praksis.

4.5 Kunnskapssøk

Målet i alle helseforetak er å ha kunnskapsbaserte tjenester. Definisjonen av kunnskapsbasert praksis er å benytte best tilgjengelig forskningskunnskap sammen med egen erfaring og pasientens preferanser og verdier, se figur 4.5.1 (Nortvedt et al., 2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier at all sykepleie skal bygge på forskning, erfaring og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2019). Underkapitlene belyser innhenting av kunnskapsgrunnlaget.

Figur 4.5.1: Modell for kunnskapsbasert praksis (Helsebiblioteket, 2020).



Enkelte fagfelt har egne lover eller forskrifter som setter standard for anbefalingene (Helsedirektoratet, 2012). Kandidatene har derfor søkt i Norges lover, stortingsmeldinger og på helsedirektoratets nettside for å finne statlige føringer som kan være aktuelle for dette kvalitetsarbeidet. Spesialisthelsetjenesteloven (1999), helsepersonelloven (1999), pasient- og brukerrettighetsloven (1999) og stortingsmeldinger som omhandler kvalitet og pasientsikkerhet er inkludert.

4.5.1 Forskningskunnskap

Gode litteratursøk er avgjørende for å finne egnet forskning til utarbeidelse av kunnskapsbaserte fagprosedyrer. Et omfattende søk etter litteratur vil styrke fagprosedyrens validitet. Det er derfor avgjørende at identifiseringen av forskningen har så få systematiske feil som mulig. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten (2015) skriver at et godt litteratursøk identifiserer publikasjoner som besvarer problemstillingen.

Forskning er definert som en “kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap” (Nortvedt et al., 2012). Valg av råd og tiltak i fagprosedyrer bør i størst mulig grad baseres på pålitelig forskningsbasert kunnskap (ibid). Før søkeprosessen starter er det nødvendig å definere hvilke spørsmål man ønsker å besvare, såkalte kjernes spørsmål.

Kandidatene startet i midten av januar 2020 med å formulere kjernes spørsmålene, presentert i tabell 4.5.1.1.

Tabell 4.5.1.1. Aktuelle kjernes spørsmål.

Aktuelle kjernes spørsmål:
- Kan defusing forebygge utbrenthet hos intensivsykepleiere i etterkant av kritiske hendelser?
- Kan psykiske belastninger hos intensivsykepleiere forebygges ved hjelp av defusing etter kritiske hendelser?
- Finnes det en anbefalt modell å benytte for å strukturere defusingen?

- Er kollegastøtte ansett som et godt hjelpemiddel for intensivsykepleiere i etterkant av kritiske hendelser?

Formålet med å formulere en søkestrategi er å samle mest mulig relevant forskningskunnskap innenfor det aktuelle temaet (Helsedirektoratet, 2012). Etter kjernespørsmålene var formulert startet kandidatene med å fylle ut PICO-skjema. Hver av bokstavene i PICO viser til bestemte elementer som ofte er med i et klinisk spørsmål. Bokstavene står for Patient/Problem, Intervention, Comparison og Outcome. Dette hjelper for å strukturere søket etter forskning omkring kjernespørsmålene.

For å komme frem til gode engelske søkeord har kandidatene benyttet SveMed+. Dette er en database med norsk, dansk og svensk helsefaglig litteratur. I databasen kan man skrive inn norske begrep for å finne de ønskede engelske søkeordene (Nortvedt et al., 2012).

Engelske søkeord ble benyttet i størst grad fordi norske ord vil begrense antall treff. Kandidatene gikk bredt ut med flere ulike søkeord for å sikre funn. Det finnes i prinsippet to måter å søke i en database på: tekstord eller standardiserte emneord. Tekstord kalles også for fritekstsøk, og betyr å søke etter ord som forfatterne har benyttet i tittel eller sammendrag. Emneord er derimot standardiserte ord som beskriver innholdet i artiklene, såkalte Medical Subject Headings, MeSH-termer. Termene benyttes for å få bedre synonymkontroll og presise søk i databasen PubMed (Nortvedt et al, 2012).

Kandidatene har benyttet termer eller søkeord som fremkommer i artiklene. Dette var for å sikre at det ble gjort treff på lignende artikler som er aktuelle for å besvare problemstillingen. Søkene ble variert med bruk av enkeltord, setninger og ulike kombinasjoner. Bindeord som “and” og “or” ble brukt mellom søkeordene, hvor dette var aktuelt. Trunkering ble også benyttet. Det vil si å søke på stammen av et ord for å få med alle varianter av ordet (Nortvedt et al., 2012).

For å finne de mest aktuelle forskningsartiklene anbefales det å finne emneord, tekstord og fraser som er relevante. Dette vil si sammensetningen av ord. Korrekt sammensetning av ord gir en høy grad av sensitivitet/fullstendighet. Dersom det benyttes ord som gir irrelevante referanser (høy grad av spesifisitet) kan dette føre til lav presisjon. Under søkeprosessen har

kandidatene forsøkt å balansere disse faktorene (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Kandidatene har tilegnet seg kunnskap innen emnet underveis i arbeidet. Ved å fordype seg i den sentrale intervensjonen gjennom faglitteratur, kontakter og forskning har det dukket opp sentrale termer og søkeord som ikke har vært kjent for kandidatene fra tidligere. Av den grunn har PICO-skjemaet har blitt utarbeidet i forkant av søkeprosessen, og blitt oppdatert underveis. Enkelte søkeord har i seg selv, og i kombinasjon, blitt benyttet oftere enn andre da de har gitt funn som belyser temaet i større grad. PICO-skjemaet med ordene som ble benyttet ved søkene er presentert i tabell 4.5.1.2.

Tabell 4.5.1.2, PICO-skjema:

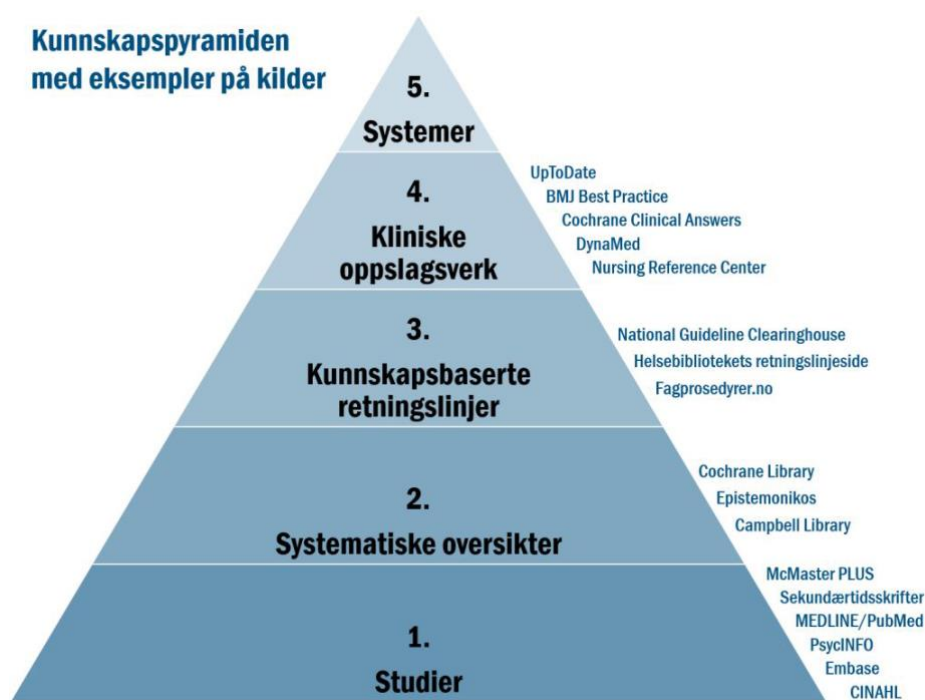
P: Problem/Patient	I: Intervention	C: Comparison	O: Outcome
ICU/Intensive care unit*	Team support	No intervention	Cope/Coping
Intensive care nurse*	Social support		Resilience
Critical care	Prevention		Prevent*
Nurse specialist*	Psychological interventions		(stress/burnout)
Nursing staff	Peer-support/Peer-group		Psychological well being
Health personnel	Crisis management		Patient safety
Health care worker*	Crisis intervention		
Health professional*	Defusing (model)		
Caregiver*	Debriefing		
Depression	Critical incident stress		
Stress/ work stress	Psychological first aid		
Work environment	Work environment		
Critical illness	Coping skills		
stress	Crisis intervention		
Burnout/Burnout syndrome	Resilience		
Distress	Collegial feedback		
Burnout			

Occupational stress			
Job satisfaction			

For å strukturere søkeprosessen er det anbefalt å benytte kunnskapspyramiden til Alper og Haynes (2016). Kunnskapspyramiden hjelper til med å finne kvalitetssikret forskning før man eventuelt søker etter enkeltstudier. Pyramiden var i utgangspunktet utformet med seks trinn, med formål om å fungere som et rammeverk for å søke etter evidensbasert kunnskap. Modellen er videreutviklet til en femtrinns-pyramide som bidrar til å enklere finne frem til kvalitetsvurdert forskning og veiledninger, se figur 4.2 (Alper & Haynes, 2016).

Nedenfor har kandidatene redegjort for søkestrategi etter kunnskapspyramiden. Det øverste trinnet, systemer, finnes ikke per dags dato (Nortvedt et al., 2012).

Figur 4.2. Kunnskapspyramiden (Alper & Haynes, 2016).



Alper BS, Haynes RB. Evidence-Based Medicine 2016;21:123-125.

For å sikre at fagprosedyren baseres på vitenskapelig grunnlag og er klinisk relevant, ønsket kandidatene primært å finne kunnskap i den øvre delen av kunnskapspyramiden. Fordelen med å benytte forskning fra kliniske oppslagsverk, er at forskningen er forhåndsvurdert, forskningsbasert, anvendbart og lettlest (Nortvedt et al., 2012). Søkeprosessen startet derfor i UpToDate og BMJ best practice. Søkeordene som oftest ble benyttet var “debriefing”, “defusing”, “stress management”, “critical incident*” og flere varianter av “nurse”, “health worker*” og “health personnel”, se tabell 4.5.1.2. Intervensjonen er “defusing”, men det viser seg at denne betegnelsen er lite benyttet. Debriefing ble inkludert som et søkeord, fordi kandidatene har sett at begrepet ofte blir brukt overordnet om møter etter kritiske hendelser. Defusing er sjelden benyttet som et begrep i forskningslitteratur og kandidatene har derfor måtte vurdere overførbarheten fra de ulike artiklene. Kandidatene fant ett relevant treff på BMJ best practice, men funnet er ikke tilstrekkelig for å utarbeide fagprosedyren, se tabell 4.5.1.3. Det ble også forsøkt med noen norske søkeord, eksempelvis “avlastningssamtale”, “intensivsykepleier” og “kollegastøtte”, uten at det gav noen relevante treff.

På bakgrunn av mangelfulle treff i trinn fire startet kandidatene med å søke i trinn tre, kunnskapsbaserte retningslinjer. Kandidatene søkte i VAR healthcare, NICE, fagprosedyrer og NEL. De førstnevnte databasene gav ingen treff, men i NEL var det et treff under “debriefing”. Funnet vurderes til å kunne brukes under teoretisk grunnlag for å vise til forskjellen mellom debriefing og defusing.

På grunn av mangelfulle treff i trinn tre og fire, startet kandidatene å søke videre ned i kunnskapspyramiden, etter systematiske oversikter og enkeltstudier. Det ble gjort søk i Cochrane library, Epistemonikos, Cinahl, Medline, nursing reference center plus, Pubmed, SveMed+ og Pubpsych. Databasene som ble inkludert og antall relevante treff finnes i tabell 4.5.1.3. Under enkeltstudier ble det gjort funn av både kvalitative og kvantitative studier. Artiklene bekrefter kandidatens hypotese om at intensivsykepleiere er utsatt for negativt stress etter kritiske hendelser og er i stor risiko for å bli utbrent (Harder et al., 2019; Van Mol et al., 2015; Boer et al., 2013; Peterson et al., 2008; Adriaenssens et al., 2015; Bohström et al., 2017). Flere artikler belyser også defusing mellom kolleger som et nyttig verktøy etter kritiske hendelser.

Alle søkene ble gjennomført mellom januar og august 2020. Kandidatene har søkt i flere omganger for å øke sannsynligheten for at ny forskningskunnskap blir fanget opp. Likevel

finnes det en mulighet for at det kan ha tilkommet ny forskning etter august som kunne ha påvirket resultatene. Kandidatene benyttet seg av bibliotekar i januar og februar for å få veiledning gjennom søkeprosessen etter anbefaling fra helsedirektoratet (2012).

Det har vært utfordrende for kandidatene å vurdere når et søk er godt nok. Det har blitt forsøkt med flere ulike synonymer, avgrensninger, forskjellige kombinasjoner av søkeordene, ulike tekstord og emneord. Ifølge Kirkehei & Ormstad (2013) kan man da si seg fornøyd med søket (ibid).

Tabell 4.5.1.3, Oversikt over funn av forskningslitteratur.

Kunnskapspyramiden:	Funn:
Systemer:	Finnes ikke per dags dato.
Kliniske oppslagsverk:	Katz, C. L. (2018). Mental health response to disasters and other critical incidents. <i>BMJ best practice</i> , 2018(11), 1-14.
Kunnskapsbaserte retningslinjer:	Debriefing. (2019, 27. september). I <i>Norsk elektronisk legehåndbok</i> . Hentet fra: www.legehandboka.no
Systematiske oversikter:	Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. <i>International journal of nursing studies</i> , 52(2), 649-661.
	Couper, K., Salman, B., Soar, J., Finn, J., & Perkins, G. D. (2013). Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. <i>Intensive care medicine</i> , 39(9), 1513-1523.
	Harder, N., Lemoine, J. & Harwood, R. (2019) Psychological outcomes of debriefing healthcare providers who experience expected and unexpected patient death in clinical or simulation experiences: A scoping review. <i>Journal of clinical nursing</i> , 29(3-4), 330-346.

	Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder (PTSD). <i>Cochrane database of systematic reviews</i> ,
	Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A., & Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , (11).
	Tannenbaum, S. I., & Cerasoli, C. P. (2013). Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis. <i>Human factors</i> , 55(1), 231-245.
	Van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. <i>PloS one</i> , 10(8), e0136955.
Studier:	Boer, J. D., Rikxoort, S. V., Bakker, A. B & Smit, B. J. (2013). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. <i>British association of Critical Care Nurses</i> , 19 (6), 166-172.
	Boet, S., Bould, M. D., Bruppacher, H. R., Desjardins, F., Chandra, D. B., & Naik, V. N. (2011). Looking in the mirror: self-debriefing versus instructor debriefing for simulated crises. <i>Critical Care Medicine</i> , 39(6), 1377-1381.
	Bohström, D., Carlström, E., & Sjöström, N. (2017). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. <i>International emergency nursing</i> , 32, 28-33.
	Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: Randomized controlled trial. <i>Journal of advanced nursing</i> , 63(5), 506-516.

Kandidatene har valgt å supplere med faglitteratur, hvor forskningslitteraturen ikke kommer med klare anbefalinger. Tabell 4.5.1.4 blir benyttet faglitteratur presentert.

Tabell 4.5.1.4, Oversikt over faglitteratur.

Faglitteratur:
Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (red). (2008). <i>Krisepsykologi i praksis</i> . Bergen: Fagbokforlaget
Dyregrov, A. (2002). <i>Psykologisk debriefing. Hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelser</i> . Bergen: Fagbokforlaget.
Eid, J. & Johnsen, B. H. (red.). <i>Operativ psykologi</i> (3.utg.). 2018. Bergen: Fagbokforlaget
Folland, R. (2010). <i>Holistic debriefing: A paradigm shift in leadership</i> . Alabama: Maxwell air force base
Haavik, M. & Toven, S. (2020). <i>Ivaretagelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette?</i> Oslo: Universitetsforlaget.
Reichelt, J. G. (2016). <i>Håndbok i militærpsykiatri</i> . Bergen: Fagbokforlaget.

4.5.1.1 Grå litteratur

Studier og oversikter presentert i rapporter eller konferanser blir ikke alltid publisert i tidsskrifter. Denne type forskning vil derfor ikke vise seg i de vanlige søkemotorene (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Slik publikasjon kalles ofte “grå litteratur” og kan blant annet finnes ved å gjøre enkle søk på relevante hjemmesider (Kirkehei & Ormstad, 2013). For å redusere sannsynligheten for å gå glipp av relevant forskningslitteratur har kandidatene benyttet søkeord fra PICO-skjemaet for å se etter anvendbare funn. Databaser, søkeord og funn blir presentert i tabell 4.5.1.1.1.

Tabell 4.5.1.1.1, søk etter grå litteratur:

DATABASE:	SØKEORD:	FUNN:
Nora (Norwegian open research archives): http://www.ub.uio.no/nora/search.html .	Kollegastøtte, defusing, intensivsykepleie, stress, utbrenthet	Ingen relevante funn
OpenSIGLE: http://opensigle.inist.fr/	Defusing, ICU-nurse, peer-support, burnout, stress management	Ingen relevante funn
OAister: http://www.oclc.org/oaister/ .	ICU nurse, burnout, stress, burnout, stress management, defusing, peer-support.	Ingen relevante funn

4.5.2 Erfaringskunnskap

Kandidatene er to intensivsykepleiere som ble ferdig med videreutdanning i intensivsykepleie i 2019. Sammenlagt har vi 21 år med erfaring fra arbeid ved kirurgiske sengeposter, akuttmottak, postoperativ avdeling og intensivavdeling. Ingen av oss har tidligere erfaring med å utvikle fagprosedyrer.

Erfaringsbasert kunnskap utvikles gjennom praksis og er et fundament i helseyrker (Nortvedt et al., 2012). Det er anbefalt at arbeidsgruppen som utvikler en fagprosedyrer bør ha erfaring og kompetanse på aktuelt fagområde (Helsedirektoratet, 2012). Kandidatene har noe erfaring med strukturert gjennomgang etter simulering, men har lite erfaring med å benytte defusing som et verktøy etter kritiske hendelser. Debriefing har vært et begrep vi har hatt et forhold til, men kandidatene kjente ikke begrepet defusing før vi startet å lese oss opp omkring fagområdet.

For å tilegne seg mer kunnskap om defusing har kandidatene vært i kontakt med sentrale fagpersoner som har erfaring innenfor krisepsykologi og bruk av verktøy i etterkant av kritiske hendelser. Dette var for å få innspill til relevant litteratur og for å tilegne seg mer kunnskap og dybde innen fagområdet. På bakgrunn av at det finnes lite forskning som

kommer med konkrete anbefalinger til hvordan en defusing bør utføres har kandidatene benyttet erfaringer fra sentrale nøkkelpersoner enkelte steder i drøftingen, der det er naturlig (se kapittel 5.0). De aktuelle nøkkelpersonene er presentert i tabell 4.5.2.1.

Tabell 4.5.2.1: Sentrale nøkkelpersoner:

Andreas Nordstrand	Psykolog og forsker ved institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS).
Trine Dalen Bergersen	Orlogskaptein. Arbeider som militærpsykolog ved institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS).
Erik Salvador	Spesialist i psykiatri, orlogskaptein og nestkommanderende/fagutviklingsansvarlig. Arbeider i dag som psykiater ved institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS).
Kari Bekken	Psykiater ved Akershus universitetssykehus. Har hatt defusing for intensivavdelingen.

4.5.3 Pasientkunnskap

Pasient- og brukervedvirkning er ofte en viktig del av kvalitetsforbedring. Pasienten bør være involvert i prosessen og ha mulighet til innflytelse både på system- og individnivå (Helsedirektoratet, 2012; Nortvedt et al., 2012). Dette er forankret i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 (1999), som påpeker at pasienten har rett på medvirkning i helsetjenester. Dersom det ikke er naturlig å ha med pasienter i arbeidsgruppen, er det anbefalt å inkludere deres behov, erfaring og ønsker på annen måte. Dette kan gjøres ved å finne forskningskunnskap om pasientenes opplevelser. Pasienten kan ha andre perspektiver, erfaringer og behov enn intensivsykepleieren innehar (Helsedirektoratet, 2012).

Meld. St. 11 (2015-2016) skriver at de aller fleste pasientene er godt fornøyde med behandlingen de får på sykehus. Imidlertid beskriver mange pasienter at helsetjenesten er god på overlevelse, men ikke like gode på opplevelse i møte med helsepersonell. Kandidatenes

problemstilling fokuserer på ivaretagelse av intensivsykepleieren etter kritiske hendelser, og er derfor ikke direkte rettet mot pasienten. Forskning viser at høyt psykisk stress hos helsepersonell kan føre til depresjoner og utbrenthet (Harder et al., 2019). For å se om det finnes noen pasientopplevelser omkring stressede og utbrente intensivsykepleiere har kandidatene utført et nytt kunnskapssøk. Søkeordene er presentert i tabell 4.5.2.1.

Tabell 4.5.2.1, PICO-skjema. Søk etter pasientkunnskap.

P: Problem/Patient	I: Intervention	C: Comparison	O: Outcome
Staff burnout Nurse burnout Stress Workload Exhaustion ICU	Consequences Patient safety		Patient experiences Patient perspective Patient satisfaction Patient effects

Søket gav ingen treff som direkte omhandlet pasientens opplevelse av utbrente eller stressede intensivsykepleiere. Kandidatene fant tre artikler som belyser konsekvensene av intensivsykepleiere som preges av høyt arbeidspress og utbrenthet, se tabell 4.5.2.2. Eksempelvis skriver forfatterne i Jakimowicz et al., (2018) at stress og høyt arbeidspress kan føre til at intensivsykepleierne i stor grad fokuserer på å gi korrekt medisinsk behandling. Dette går ut over tilstedeværelsen hos intensivpatienten, som vil påvirke pasientens opplevelse. Kandidatene fant også to artikler som omhandler opplevelser av å være intensivpatient. Studiene blir benyttet i drøftingen for utformingen av fagprosedyren, se kapittel 5.0. Artiklene kunne ikke i seg selv bidra til pasientkunnskap i selve fagprosedyren, men hensynet til pasienten er likevel inkludert, se kapittel 6.0.

Tabell 4.5.2.2, relevante treff om pasientkunnskap:

Forskningslitteratur om pasientkunnskap.

Jakimowicz, S., Perry, L., & Lewis, J. (2018). Insights on compassion and patient-centred nursing in intensive care: A constructivist grounded theory. *Journal of clinical nursing*, 27(7-8), 1599-1611

Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical care*, 42(2 Suppl), II57

Karlsson, V., & Forsberg, A. (2008). Health is yearning—experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive and critical care nursing*, 24(1), <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.06.004>

Rainbow, J. G., Drake, D. A., & Steege, L. M. (2020). Nurse health, work environment, presenteeism and patient safety. *Western journal of nursing research*, 42(5), 332-339.

Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G., & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative study. *Intensive and critical care nursing*, 29(2), 88-95.

4.6 Kildekritikk

Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring trinn én, forberede, (tabell 3.1.1) og helsedirektoratets sjekklister for å utarbeide retningslinjer trinn seks (tabell 3.2.1) omhandler å forberede og vurdere valgt kunnskapsgrunnlag. Kildekritikk betyr å gjøre en vurdering av kildens troverdighet, materialets informasjonskvalitet og relevans for å dekke problemstillingen en søker svar for (Allern, 2015). For at kildematerialet i dette masterarbeidet skal anses som troverdig har kandidatene vurdert og konkretisert kunnskapen som skal ligge til grunn for fagprosedyren. To av de mest sentrale artiklene har blitt trukket frem i tabell 4.6.1 og 4.6.2 for å vise frem eksempler for hvordan kandidatene har kvalitetssikret det inkluderte forskningsgrunnlaget.

Treff under kliniske oppslagsverk er allerede kvalitetsvurdert og gir dermed kvalitetsikret forskningskunnskap. Kandidatene fant en publisering fra BMJ best practice som var relevant å inkludere: Katz (2018). En ulempe er at den ikke omtaler defusing som en intervensjon. Imidlertid beskriver publikasjonen komplikasjonene som kan oppstå etter kritiske hendelser

med konkrete anbefalinger til hva som er bevist av nytteverdi, og ikke (Katz, 2018). Retningslinjen har vært betydningsfull og derfor blitt benyttet i både teori-, drøfting- og i selve fagprosedyren, fordi den inkluderer relevante definisjoner og anbefalinger (ibid). Publikasjonen besvarer ikke alle spørsmålene, og derfor ble det også inkludert annen forskningslitteratur.

Det har blitt benyttet syv oversiktsartikler i kvalitetsarbeidet. Seks av de inkluderte oversiktsartiklene er systematiske oversiktsartikler og én var en såkalt scoping review. Forfatterne av systematiske oversiktsartikler har benyttet en systematisk metode for å finne, vurdere og oppsummere enkeltstudier omkring det samme emnet. Scoping reviews undersøker et bestemt tema, overordnet. Disse artiklene gir kandidatene god innsikt i hva som finnes av forskningslitteratur omkring fagområdet.

Det er anbefalt å kvalitetsvurdere alle oversiktsartikler. Kandidatene har benyttet sjekklister for vurdering av oversiktsartikler som et pedagogisk verktøy for å kritisk vurdere alle artiklene (Helsebiblioteket, 2016a). Sjekklisten har vist at alle de inkluderte oversiktsartiklene er til å stole på og har overførbarhetsverdi til klinisk praksis. Van Mol et al., (2015) er presentert som et eksempel for vurdering av en oversiktsartikkel i tabell 4.6.1. Alle oversiktsartiklene har benyttet en systematisk og åpen fremgangsmåte og anses troverdige (Nortvedt et al., 2012). For eksempel er oversiktsartiklene bygget opp etter IMRaD- strukturen. International Committee of Medical Journal Editors (2016) anbefaler at forskningslitteratur er strukturert på denne måten. En ulempe med oversiktsartikler kan være at forfatterne ikke har inkludert alle relevante studier. Dette kan gi et ubalansert eller skjevt bilde. Derfor har kandidatene undersøkt søkestrategien i alle de inkluderte oversiktsartiklene. For eksempel har studien til Van Mol et al., (2015) inkludert forskning fra 1992-2014. Det anses som fornuftig fordi "compassion fatigue" ikke var studert hos sykepleiere før år 1992. To av de inkluderte oversiktsartiklene er fra Cochrane Collaboration: Ruotsalainen et al., (2015) og Rose et al., (2002). Styrken med disse artiklene er at gruppen som arbeider i Cochrane ofte er fagfolk fra flere land med tematisk og metodisk spisskompetanse (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Rose et al., (2002) har kun inkludert randomiserte kontrollerte studier.

Tabell 4.6.1. Sjekkliste for vurdering av Van Mol et al., (2015) (Helsebiblioteket, 2016a)

Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel:	Vurdering av Van Mol et al., (2015)
1. Er formålet med oversikten klart formulert?	Ja, forfatterne ønsket å evaluere litteraturen omkring emosjonelt stress hos personalet som arbeider i intensivavdelinger. De undersøker også om det finnes noen beskyttende intervensjoner. De ville også undersøke forekomsten av utbrenthet og fatigue hos intensivpersonell.
2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier?	Ja, forfatterne har flere kriterier for utvalg av studier (eksempelvis er det kun studier fra intensivavdelinger). Alle inkluderte artikler blir presentert. De fleste studiene er kvantitative studier, men kvalitative studier er også representert.
3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble benyttet?	Ja. De har inkludert studier fra 1992- 2014 med gode søkekriterier. De har søkt i alle relevante databaser, f.eks. cinahl, cochrane, pubmed og psycinfo. De har også søkt etter ikke-publiserte artikler.
4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?	Ja, dette er godt redegjort. Det fremkommer at spesialister på de ulike type artikler har vurdert de inkluderte artiklene. Det er benyttet kriterier for å kvalitetssikre artiklene. 2,5 % av alle studier ble inkludert. Likevel er dette ca. 15000 deltakere. Kvaliteten på studiene er vurdert i prosent. Inkluderte studier måtte ha 75-100 %.
5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?	Ikke aktuelt i denne oversikten.

6. Hva er resultatene?	Konklusjonen er at det er et stort behov for intervensjoner for å forebygge utbrenthet og fatigue. Videre studier for hvilken intervensjon som fungerer best er anbefalt. Tall for forekomst av utbrenthet og fatigue blir presentert.
7. Hvor presise er resultatene?	De har ikke sammenlagt alle dataene i artikkelen med konfidensintervall. De oppsummerer forekomsten av emosjonelt stress i intensivavdelinger. De skriver også at intervensjoner hjelper med å redusere emosjonelt stress.
8. Kan resultatene overføres til praksis?	Ja. Den omhandler intensivpersonell og det er veldig relevant for vår målgruppe.
9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?	Kandidatene mener alle viktige utfallsmål er vurdert.
10. Veier fordeler opp for ulemper og kostnader?	Det er ikke én enkelt intervensjon som er anbefalt og derfor blir en kost- nyttevurdering umulig.

Kandidatene har i prinsippet ønsket å benytte litteratur av så høy kvalitet som mulig i besvarelsen. Det er likevel inkludert ni enkeltstudier. Det beste kunnskapsgrunnlaget kan noen ganger komme fra enkeltstudier. Det er en forutsetning at det er gjort gode litteratursøk, noe kandidatene har forsøkt å gjøre. To av enkeltstudiene er randomiserte kontrollerte studier (RCT): Boet et al., (2013) og Peterson et al., (2008). Resultater fra RCT'er er ofte en del av grunnlaget i fagprosedyrer. Fordelen med disse studiene er at kandidatene har styring over observasjonsbetingelsene, og dermed et sikrere grunnlag for å trekke konklusjoner. Begge studiene er vurdert etter sjekklister for randomiserte kontrollerte studier fra helsebiblioteket (helsebiblioteket, 2016c). Svakheten med studiene kan være overføringsverdien til klinisk praksis, da situasjonene i praksis ofte er mer komplekse enn det som fremgår i forskningen (Helsedirektoratet, 2013). For eksempel er studien til Boet et al., (2011) utført etter simulering og ikke etter en kritisk hendelse i praksis. Imidlertid fokuserer studien på forskjellen med å benytte seg av en profesjonell instruktør kontra personell uten profesjonell opplæring. Kandidatene mener det er en overføringsverdi til problemstillingen, fordi defusing i utgangspunktet ikke krever trent personell til å lede disse møtene.

For å hindre at resultatene i RCT'er påvirkes, er det best at deltakerne er blindet. Blinding er en fremgangsmåte som hindrer forskjellsbehandling mellom grupper i en studie. Peterson et al., (2008) har studert om kollegastøttegrupper kan redusere forekomsten av utbrenthet hos helsepersonell i Sverige. I motsetning til studien til Boet et al., (2011), kommer det ikke klart frem om deltakerne i studien til Peterson et al., (2008) er blindet, eller ikke. Det kan være utfordrende å blinde deltakerne, spesielt dersom det handler om gruppesamtaler (Nortvedt et al., 2012). Det er viktig at gruppene i disse studiene behandles likt, bortsett fra selve intervensjonen som skal undersøkes (ibid). Både kontroll- og intervensjonsgruppene har blitt behandlet likt i begge studiene. Det anses derfor som at det ikke er noen skjevheter som kan ha påvirket resultatene. Begge studiene har presentert p-verdier som vil angi sannsynligheten for at en forskjell mellom gruppene eller en sammenheng er tilfeldig (Nortvedt et al., 2012). Boet et al., (2011) har for eksempel vist en p-verdi på < 0.01 for at defusing kan bidra til læring. P-verdier under 0,05 regnes som statistisk signifikante. Kandidatene har gjort egne vurderinger for om p-verdiene kan overføres til klinisk praksis. Dette er fordi statistisk signifikans ikke nødvendigvis betyr at resultatet har en praktisk betydning (Nortvedt et al., 2012). Begge studiene har tydelig gjort rede for frafall. Peterson et al., (2008) hadde det største frafallet av de to RCT'ene, men frafallet har blitt tatt hensyn til under analysen av materialet. Dette kan potensielt ha påvirket resultatene (Nortvedt et al., 2012). Det er normalt at studier har et frafall av deltakere, men for stort frafall kan potensielt føre til tilfeldige resultater (ibid).

Boer et al., (2013) er en kvalitativ studie som belyser intensivsykepleiernes erfaringer etter kritiske hendelser og deres behov for støtte. Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie fra helsebiblioteket er benyttet og dette fremkommer under tabell 4.6.2 (Helsebiblioteket, 2016c). En styrke med kvalitative studier at de inkluderer beskrivelser av menneskelige opplevelser og erfaringer. Intensivsykepleiernes beskrivelser har vært nyttig å inkludere under drøftingskapittel 5.0. Gruppen som ble inkludert var uavhengig av kjønn, arbeidserfaring og alder. På denne måten får de frem flere perspektiver, som kan være ulike mellom variablene.

Tabell 4.6.2 Sjekkliste for vurdering av Boer et al., (2013) (Helsebiblioteket 2016c).

Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie:	Vurdering av Boer et al., (2013):
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja. Forfatterne undersøkte intensivsykepleieres «verste» arbeidsrelaterte kritiske hendelser. Relevant problemstilling. Bakgrunnen var at stressreaksjoner etter kritiske hendelser kan føre til PTSD, depresjon og angst. De ønsket å finne ut av om intensivsykepleiere mestret hendelsene og om de mottok noen form for støtte.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Ja. Studien har som mål å forstå intensivsykepleieres opplevelser og erfaringer omkring problemstillingen.
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja.
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja. De har inkludert intensivsykepleiere innenfor alle aldersgrupper, kjønn (3 menn og 9 kvinner) og ulik grad av erfaring (3 deltakere med under 5 års erfaring, 3 mellom 6-10 med erfaring, 3 med 11-20 års erfaring og 3 med > 20 års erfaring).
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja, dette er godt redegjort. De utførte semi-strukturerte dybdeintervjuer som varte mellom 30-60 minutter per deltaker. Alle spørsmål er godt beskrevet og dekker problemstillingen de ønsker svar på. Intervjueren var trent til å utføre intervjuene på forhånd.
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Nei, det ser ikke ut til at dette har blitt gjort rede for.

7. Er etiske forhold vurdert?	Ja. Dette er beskrevet i detalj. Studien ble godkjent av uavhengig etisk komité. Deltakerne fikk god informasjon i forkant av studien. Deltakere som hadde behov for videre oppfølging etter intervjuet fikk tilbud om å snakke med psykolog.
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja, dette redegjort detaljert under et eget delkapittel.
9. Er funnene klart presentert?	Ja. Funnene er klart presentert med hele setninger av hva som ble sagt under intervjuene. Funnene er diskutert opp mot problemstillingen.
10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Nyttige funn. De skriver at ledelse bør ta kritiske hendelser i intensivavdelingen på alvor. Kommunikasjon og kollegastøtte blir anbefalt som tiltak. De anbefaler også at intensivsykepleiere bør følges opp ved behov.

4.6.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Seleksjonen av studier er avgjørende for å unngå systematiske feil (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Kandidatene har derfor definert inklusjons- og eksklusjonskriterier på et tidlig stadium i masterarbeidet. Kriteriene er presentert i tabell 4.6.1.1. Kandidatene har definert inklusjons- og eksklusjonskriterier ut ifra hva vi ønsket å dekke. Motsatt, har vi definert hva vi ikke er interessert i. Kandidatene har brukt tid på å definere hvordan kriteriene skulle være. Dette var på grunn av utfordringene knyttet til hva som eksisterer av forskning omkring problemstillingen. Det er en risiko for at det kan bli for mye informasjon dersom for mange studier inkluderes. For mange studier gjør det utfordrende å sammenligne resultatene. Motsatt, vil for få studier redusere troverdighet og nytteverdi av innholdet i fagprosedyren (ibid).

Tabell 4.6.1.1, inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:	Eksklusjonskriterier:
Intensivsykepleiere, akuttisykepleiere, ambulanspersonell, leger som arbeider i intensivmedisinen eller med akuttmedisin og militært personell	
Defusing, ustrukturert debriefing, kollegastøtte	Strukturert debriefing
Artikler publisert etter 2000	Artikler publisert før 2000
Norsk, svensk, dansk og engelsk	Andre språk
Artikler fra land med overføringsverdi til norske intensivavdelinger.	Fra land som ikke anses som overførbare til norske intensivavdelinger.

4.6.1.1 Inklusjonskriterier

For at fagprosedyren skal bygges på forskningsbaserte anbefalinger for hvordan en defusing bør utføres, har kandidatene valgt å inkludere annet helsepersonell som anses overførbare til intensivsykepleiere. Studier som omtaler annet helsepersonell som for eksempel ambulanspersonell, akuttisykepleiere eller leger i intensivavdelinger er inkludert, da kandidatene anser at stressmomentene de står ovenfor ved akutte og/eller kritiske hendelser ligner opplevelsene en intensivsykepleier kan møte i sin hverdag. Kandidatene ønsker å påpeke at noen av de inkluderte artiklene har inkludert flere ulike helsepersonell. Dette gjelder for eksempel Harder et al., (2019) og Peterson et al., (2008). Likevel mener kandidatene at det er en overføringsverdi til intensivsykepleiere.

Før søkeprosessen startet, satte kandidatene et kriterium for å kun inkludere artikler som var skrevet etter 2010. Dette er fordi det er viktig med oppdatert forskning i fagprosedyren. Disse

kriteriene ble utvidet til artikler fra 2000, da det finnes begrenset forskning omkring defusing for intensivsykepleiere.

4.6.1.2 Eksklusjonskriterier

Språket studiene er skrevet på er begrenset til norsk, svensk, dansk og engelsk. Ved å inkludere andre språk man ikke har kjennskap til, kan dette føre til systematiske feil og tap av anvendbar forskningskunnskap (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015).

Kandidatene har begrenset kompetanse til å oversette andre språklige artikler, noe som kan føre til høy risiko for å mistolke resultatene. Ut ifra de inkluderte språkene, har det kun blitt gjort funn av engelskspråklige artikler.

Kandidatene vet at intensivavdelinger kan være ulike i andre land og det er også variasjon i bemanningen. Studier utført i land hvor resultatene kan være preget av økonomiske og kulturbetingede faktorer, er ekskludert. Forskningslitteratur fra land som anses som av lav overføringsverdi til norske intensivavdelinger, for eksempel India eller Kenya, er ekskludert. Artiklene som omhandler strukturerte debriefingmetoder er ekskludert i dette masterarbeidet.

4.6.2 Faglitteratur

Kandidatene erkjenner at bruk av faglitteratur sjelden er tilstrekkelig for en masteroppgave. Derfor er de kun benyttet som et supplement der forskningslitteratur ikke strekker til. I et felt som er dårlig beskrevet vil kravene til kunnskapsgrunnlaget være mindre enn i felt som er omfattende og grundig kartlagt (Dalland, 2017). Fordelen med faglitteraturen som har blitt inkludert er at bøkene er skrevet av innflytelsesrike forfattere som har mye kunnskap omkring defusing. Dyregrov (2002) er en eldre bok, men forfatteren er svært anerkjent på verdensbasis i miljøet og han har mye erfaring med bruk av verktøy i etterkant av kritiske hendelser. Forfatteren kommer med konkrete anbefalinger til hvordan defusing bør struktureres, noe som har vært savnet i enkelte deler av utformingen av den reviderte prosedyren. Reichelt (2016) er sentral psykiater som arbeider med intervensjoner i forsvaret.

Faglitteratur har ofte blitt vurdert før utgivelse av utgiver eller forlag. Flere av bøkene som er benyttet i dette kvalitetsforbedringsarbeidet overlapper og referer til hverandre omkring effekten og hvordan en defusing bør foregå. Nøkkelpersonene har også bekreftet og anbefalt den benyttede faglitteraturen. Kandidatene anser derfor at bøkene er både troverdige og sentrale som bidrag til å utforme anbefalingene.

5.0 UTFORMING AV ANBEFALINGER TIL FAGPROSEDYRE

Trinn to i kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring, planlegge (tabell 3.1.1) og trinn syv i helsedirektoratets sjekklister, utform anbefalingene (tabell 3.2.1), omhandler forbedringstiltak i utformingen av anbefalingene til fagprosedyren. Under dette kapitlet drøftes anbefalingene til fagprosedyren og aktuelle utfordringer som er knyttet til dem.

5.1 Kvalitetsvurdering av kunnskapsgrunnet ved hjelp av GRADE

Det er nødvendig å gjøre rede for hvilket grunnlag anbefalingene er bygget på, og hvilke utfall som er med i vurderingen. Det er anbefalt at kvaliteten på dokumentasjonen, som er grunnlaget for anbefalingene i fagprosedyren, er gradert. Dette er fordi styrken på kvaliteten på intervensjonene vil gi intensivsykepleierne informasjon om det gjør mer nytte enn skade å følge anbefalingene. Kandidatene tar utgangspunkt i Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) for å vurdere anbefalingene som kommer frem i prosedyren (GRADE, 2016).

Dokumentasjon som er av gode randomiserte, kontrollerte studier vurderes å være av høy kvalitet. Observasjonsstudier vurderes som lav kvalitet (ibid). GRADE er et komplisert system, derfor tar kandidatene utgangspunkt i kun to kategorier for å gradere styrken på anbefalingene i den reviderte fagprosedyren; nemlig om anbefalingene er av høy eller lav kvalitet. Selv om et tiltak får en svak anbefaling, betyr det ikke at tiltaket ikke skal følges. Fordeler og ulemper knyttet til anbefalingen bør vurderes i disse tilfellene. Svak anbefaling krever enighet i en ekspertgruppe, basert på erfaring. En annen faktor er hva pasienten ville ønsket ut ifra fordelene og de eventuelle ulempene. Det bør også gjøres en vurdering av om fagprosedyren representerer en fornuftig bruk av helseressurser (Helsedirektoratet, 2012).

5.2 Drøfting av anbefalingene

Anbefalingene er fundamentert på forskningskunnskap, erfaringskunnskap, pasientkunnskap og faglitteratur. Anbefalingene skal hjelpe intensivsykepleiere til å ta gode beslutninger i praksis og hindre unødig variasjon. Forslaget til den reviderte fagprosedyren blir presentert i kapittel 6.0. Utformingen av anbefalingene blir drøftet kronologisk, slik de blir presentert i

fagprosedyren. Forskningslitteraturen som ligger til grunn for anbefalingene blir gradert til enten svak eller sterk, ved hjelp av GRADE.

5.2.1 Hensikt

Stubberud (2018) skriver at fagprosedyrer er ment som et hjelpemiddel for å oppnå forsvarlig og god kvalitet i tjenesten. Dårlig samsvar mellom innholdet i en fagprosedyre og pasientens behov, utgjør risiko for at prosedyren ikke benyttes. Det er ikke lett å se et samsvar mellom pasientens behov og en prosedyre som omhandler defusing etter kritiske hendelser som retter seg mot intensivsykepleiere. Kandidatene mener derfor at det bør gis tilstrekkelig informasjon til intensivsykepleierne om fordelene ved å defuse etter kritiske hendelser, og at dette kommer tydelig frem under hensikt i den reviderte fagprosedyren.

Intervensjoner som kan bidra til å forhindre eller forebygge at hjelperen får helseplager og tap av arbeidsevne er mangelfulle (Eid & Johnsen, 2018). Intensivsykepleiere har en stor risiko for å bli utsatt for belastende og kritiske hendelser. Vi arbeider med akutt og kritisk syke pasienter, og det er menneskelig å bli påvirket av deres lidelser (Van Mol et al., 2015).

Intensivsykepleiere er i en hjelperrolle og har til enhver tid pasienten i fokus.

Faglitteratur påpeker at flere intensivsykepleiere opplever yrket sitt som en livsoppgave, nærmest som et kall (Haavik & Toven, 2020). Konsekvensen av dette er at hjelperen lett kan glemme å ta vare på seg selv i arbeidet. Dette støttes av Boer et al., (2013) som har studert intensivsykepleieres behov for støtte. De påpeker at helsepersonell ikke tar seg tid til å restituere på grunn av høyt arbeidspress. Derfor vil det, som nevnt ovenfor, være en fare for at intensivsykepleieren vil prioritere prosedyrer som er direkte til pasientens fordel, og ikke prosedyrer som omhandler intensivsykepleierens egen ivaretagelse. En konsekvens av at fagprosedyren ikke blir benyttet kan være at intensivsykepleieren ikke får mulighet til å bearbeide. Dette kan på sikt gi uhensiktsmessige mestringsstrategier (Van Mol et al., 2015). Dersom intensivsykepleieren får god informasjon om konsekvenser av stress etter kritiske hendelser og hvorfor defusing er viktig, vil det øke sannsynligheten for at prosedyren blir benyttet i større grad. Hensikten er å lage en prosedyre som blir brukt i praksis, og ikke bare legges i en skuff.

Den eksisterende fagprosedyren fokuserer lite på informasjon om fordelene ved defusing. Kandidatene har valgt å gi en utfyllende beskrivelse under prosedyrens hensikt for at intensivsykepleieren skal bli bevisst over fordelene av defusing. Det mangler

forskningsskunnskap om at defusing kan redusere utbrenthet hos helsepersonell. Likevel anses det som usannsynlig at defusing vil komme verken pasient eller intensivsykepleieren til skade. Vahey et al., (2004) påpeker at pasientene ofte var mer tilfredse med behandlingen i avdelinger som hadde gode støtteordninger for de ansatte. Ruotsalainen et al., (2015) er en stor oversiktsartikkel med kun randomiserte kontrollerte studier som omhandler intervensjoner for å forebygge utbrenthet hos helsepersonell. Utbrenthet er relatert til redusert motivasjon og påvirker kvaliteten på arbeidet intensivsykepleieren utfører. Forfatterne konkluderer med at det trengs mer forskning som beviser hvilke intervensjoner som gir best effekt. Det er en sterk anbefaling for at det er behov for intervensjoner for å forebygge utbrenthet, men derimot svak anbefaling for at:

defusing er best egnet intervensjon og vil forebygge psykiske belastninger.

Bohström et al., (2017) har gjennomført en kvalitativ studie som har inkludert både ambulanspersonell, anesthesi- og intensivsykepleiere. Forfatterne har studert intervensjoner for stressmestring. Tiltaket som ble ansett som mest nyttig var defusing sammen med kolleger kort tid etter den kritiske hendelsen. Kandidatene opplever at det er lite kultur for at intensivsykepleiere ivaretar hverandre etter kritiske hendelser. Det kan være flere grunner til dette. Kolleger opplever hendelser ulikt og kan være ubevisst over andres reaksjoner. Høy arbeidsbelastning kan også føre til at man ikke tar seg tid til å ivareta hverandre. Defusing sammen med kolleger kan, ifølge Harder et al., (2019), redusere følelsesmessig kaos og emosjonell uro. Mangel på sosial støtte fra kolleger kan i seg selv lede til stress og utbrenthet. Dette er korrelert med sykemeldinger og høy turnover (Ruotsalainen et al., 2015).

Forskning påpeker at dersom intensivsykepleiere lider av høye nivåer av emosjonelt stress, som ikke tas på alvor, kan dette føre til at hjelperen blir utbrent (Van Mol et al., 2015). Adriaenssens et al., (2015) og Van Mol et al., (2015) er systematiske oversiktsartikler som begge har studert utbrenthet hos helsepersonell. De konkluderer med at intensivsykepleiere som er utbrente, oftere er sykemeldt og mange vurderer å slutte i jobben. Kandidatene mener at defusing gjennom kollegastøtte etter kritiske hendelser kan bidra til å redusere høye nivåer av emosjonelt stress, slik at intensivsykepleierne holder ut i jobbene sine. Forskning viser også at kollegastøtte er en av de viktigste årsakene til at hjelpere klarer seg i en ellers tøff jobb (Peterson et al., 2008; Boer et al., 2013; Bohström, Carlström & Sjöström, 2017).

Adriaenssens et al., (2015) redegjør at 13-27 % rammes av utbrenthet generelt i vestlige land.

Blant sykepleiere er det rapportert at så mange som 30-70 % rammes av utbrenthet (Van Mol et al., 2015; Adriaenssens et al., 2015). Årsakene er krevende arbeidsoppgaver, mye ansvar og traumatiske hendelser. SINTEF utga en rapport i 2018 hvor det kom frem at en tredel av sykefravær blant sykepleiere skyldes høy arbeidsbelastning (Ose et al., 2018). Statistisk sentralbyrå viser at det i dag finnes 2600 intensivsykepleiere i Norge (Hjemås & Jensen, 2020). Over 300 (>11 %) av disse jobber ikke lenger som intensivsykepleiere (ibid). Hvis man legger sammen sykefraværet og de som ikke arbeider, betyr det at ca. 20 % av intensivsykepleierne ikke er i den jobben de er utdannet til. Dersom noe av dette fraværet skyldes utbrenthet mener kandidatene at enhver intervensjon for å forebygge uønsket stress og utbrenthet bør iverksettes for å bidra til å redusere sykefraværet og at intensivsykepleiere blir i jobben.

Årsaken til at defusing ble valgt som en intervensjon var ikke tilfeldig. Det har nemlig vært mye diskusjoner knyttet opp mot nytten av intervensjoner etter kritiske hendelser. Metoder som har blitt kritisert er former for strukturert debriefing som fokuserer på å forebygge PTSD. Rose et al., (2002) er en systematisk oversiktsartikkel som kun har inkludert randomiserte, kontrollerte studier. Strukturert debriefing er ikke anbefalt som en intervensjon, fordi forskningen er sprikende og det er uklart om metoden kan føre til ytterligere psykiske belastninger (ibid). WHO understøtter deres konklusjon med at de sterkt anbefaler å ikke benytte strukturert debriefing for å redusere PTSD, depresjon og angst. Kvaliteten på disse bevisene er likevel veldig lave (World Health Organization, 2012). Deltakerne i Bohström et al., (2017) hadde også negative erfaringer med strukturert debriefing. Årsaken var at deltakerne hadde et stort behov for å snakke om den stressende opplevelsen kort tid i etterkant. Strukturert debriefing holdes ikke før etter flere dager, og da opplevde de involverte at det var for sent. Defusing er derimot semistrukturert og ikke en “behandling” hvor målet er å forebygge PTSD. Defusing er basert på frivillig “utlufting” av emosjonelle påkjenninger kort tid etter kritiske hendelser. På bakgrunn av at defusing ikke er en behandling og er basert på kollegastøtte, anses det som en trygg intervensjon for ivaretagelse av hjelperen i dag. Det er en sterk anbefaling om at strukturert debriefing ikke benyttes som en intervensjon.

Hensikten er at den reviderte fagprosedyren på sikt skal kunne benyttes i praksis. For å øke sannsynligheten for at fagprosedyren skal benyttes når det er behov har kandidatene valgt å endre definisjonen på en kritisk hendelse. Den eksisterende fagprosedyren definerer kritisk hendelse som en “alvorlig hendelse” (EQS, 2019). Den kan for mange oppleves som

“voldsom” og føre til høy terskel for bruk av fagprosedyren. Boer et al., (2013) skriver at hendelsene som preger intensivsykepleiere mest ofte ikke er de mest grusomme hendelsene. De hendelsene som ofte gav mest preg var der intensivsykepleierne kunne relatere seg til pasienten eller deres pårørende. Kolleger av kandidatene forteller at de sjelden opplever en hendelse som så alvorlig at den eksisterende fagprosedyren kan tre i kraft. Kandidatene har selv aldri opplevd at prosedyren har blitt benyttet. Det kan være flere grunner, men å definere en kritisk hendelse som alvorlig kan være en avgjørende årsak. Derfor er kritiske hendelser definert som alt fra mindre alvorlige hendelser til større katastrofer, for at prosedyren skal benyttes når det eksisterer et behov (Lock et al., 2012).

5.2.2 Omfang

Det er nødvendig å presisere hvem fagprosedyren gjelder, for at den skal benyttes hos ønsket målgruppe. Prosedyren er for intensivsykepleiere ved Ahus, men kandidatene mener at andre yrkesgrupper kan ha nytte av å benytte seg av prosedyren. Kandidatene ser heller ikke noen grunn til at prosedyren ikke kan benyttes ved andre sykehus. Stressreaksjoner etter kritiske hendelser er et problem blant annet helsepersonell som også arbeider med akutt og kritisk syke pasienter, uansett hvor i landet de arbeider (Van Mol et al., 2015; Harder et al., 2019).

5.2.3 Arbeidsbeskrivelse

Herunder drøftes aktuelle anbefalinger i arbeidsfasen.

5.2.4 Ansvar for å melde fra om en hendelse

For å sikre at prosedyren blir benyttet når en kritisk hendelse finner sted er det viktig at intensivsykepleieren kjenner godt til fagprosedyren. Konsekvensen ved å ikke vite om prosedyren, kan være at intensivsykepleieren ikke melder behov for defusing. Flere kolleger visste ikke at det allerede eksisterte en prosedyre om defusing og dette kan være en årsak til at den ikke har blitt benyttet i større grad.

Bohström et al., (2017) skriver at mange opplever et sterkt behov for å snakke like etter en kritisk hendelse. Likevel kan en utfordring være at enkelte intensivsykepleierne undervurderer behovet for defusing og dermed velger å ikke melde fra. Fornektelse, minimering av hendelsen og undertrykke følelser er eksempler på negative mestringsstrategier (Boer et al., 2013). Kolleger som observerer hendelsen utenfra bør i disse tilfellene bevisstgjøre de involverte og tilrettelegge for defusing med de som ønsker, i samråd med ansvarssykepleier.

Ansvarssykepleier bør melde fra til nærmeste leder i etterkant av defusingen i tilfelle det senere dukker opp et behov for videre oppfølging, se kapittel 5.2.7.4. Anbefalingene er de samme i den eksisterende fagprosedyren (EQS, 2019). Kandidatene mener anbefalingene er hensiktsmessige, fordi fagprosedyren er tilpasset Ahus.

5.2.5 Ansvar for videre oppfølging

Ansvarssykepleier og/eller lederen av defusingen bør ha ansvar for å melde fra til ledelse dersom det skulle være behov for videre oppfølging av de involverte. Under kapittel 5.2.7.4 drøftes det når det kan være aktuelt med oppfølging.

5.2.6 Ansvar for gjennomføring av defusing

Ansvarssykepleier bør få beskjed om hendelsen for å kunne tilrettelegge for defusing. Dette anses som hensiktsmessig fordi ansvarssykepleieren har god oversikt over hva som skjer i intensivavdelingen til enhver tid. Ansvarssykepleieren kan tilrettelegge for at involverte fritas fra arbeidsoppgavene for den perioden defusingen finner sted.

Det er viktig å avklare på forhånd hvem som bør lede defusingen. Kandidatene har reflektert over om intensivsykepleierne utsettes for økt risiko for negative ettervirkninger uten en profesjonell instruktør. Deler av litteraturen diskuterer viktigheten av trent personell til å lede slike møter. En profesjonell leder er en leder med erfaring og utdanning til å kunne lede møter etter kritiske hendelser. Dyregrov (2002) mener at profesjonelle ledere er nødvendig for at deltakerne skal få bedre utbytte av defusingen. Boet et al., (2011) er en randomisert, kontrollert studie som har undersøkt forskjellen på effekten av defusing dersom profesjonelle instruktører leder møtene, kontra en leder uten relevant erfaring. Studien har bevist at defusing er nyttig for å lære av hendelser ($p = < 0.01$), uavhengig av om det er en profesjonell leder eller ikke ($p = < 0.58$). Gjennomføring av defusing uten profesjonelle ledere krever heller ikke noen økonomiske ressurser. Det er en sterk anbefaling for at:

Det er ikke nødvendig med en profesjonell leder av defusingen.

Kandidatene har fokusert på at kolleger skal defuse med hverandre, såkalt kollegastøtte. Defusing er en metode som stiller mindre krav til lederen av slike møter. Lederen bør likevel være en som skaper tiltro, tillit og trygghet i gruppen (Boet et al., 2011). Empati er en viktig egenskap hos en leder, og denne egenskapen kan ikke trenes opp (Dyregrov, 2002). En

konsekvens av manglende tillit kan være at de involverte ikke ønsker å dele erfaringer eller stille spørsmål (Boet el al., 2011). Tillit er nært tilknyttet motivasjon og er en hjørnestein for å knytte gode relasjoner (Folland, 2010). Kandidatene mener at tillit er selve fundamentet for å utføre en god og trygg defusing. Fordelen med å benytte kolleger som ledere i defusingen er ivaretagelse av taushetsplikten (Helsepersonelloven § 21, 1999). Dyregrov (2002) anbefaler at en intensivsykepleier som er direkte involvert i selve hendelsen ikke leder defusingen. Eksempelvis bør de intensivsykepleierne som hadde direkte pasientansvar i den aktuelle hendelsen være deltakere. Det er en sterk anbefaling for at:

Lederen bør være en som har tillit og kan skape trygghet i gruppen.

Dersom det oppstår interessekonflikter, er det ikke alltid forsvarlig å gjennomføre defusing. Intensivpasientene er ofte så kritisk syke at det er ikke forsvarlig å forlate pasienten uten tilsyn. Yrkesetiske retningslinjer påpeker at hensynet til pasientens liv, helse og vilje prioriteres dersom interessekonflikter oppstår (norsk sykepleierforbund, 2019). Helsepersonelloven § 4 beskriver at helsepersonell “skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (1999). Eksempelvis kan manglende ressurser gjøre det vanskelig å avløse intensivsykepleieren for å gjennomføre defusing. I denne situasjonen oppstår det en reell interessekonflikt og pasienten skal prioriteres for å opprettholde pasientsikkerheten. Pasienter har uttrykt i kvalitative studier at dersom det kom ukjente intensivsykepleiere var de ofte usikre på om de hadde kompetanse nok til å ta hånd om de på en forsvarlig måte (Engström et al., 2013; Karlsson & Forsberg, 2008). Derfor er det viktig å sikre at pasienten føler seg trygg og er ivaretatt når defusingen finner sted. Den eksisterende fagprosedyren har ikke inkludert interessekonflikter, men dette er inkludert i den reviderte fagprosedyren for at det ikke skal være noen tvil ved disse tilfellene. Det er lovpålagt at pasientens liv og helse skal prioriteres først og det vil derfor være unaturlig å komme med en slik anbefaling.

5.2.6.1 Planlegging

Planleggingsfasen består av flere elementer. Dette vil kandidatene drøfte i kapitlene nedenfor.

5.2.6.2 Når

Dyregrov (2002) anbefaler at defusing skal finne sted kort tid etter hendelsen, helst innen 1-8 timer. Den eksisterende fagprosedyren støtter seg til denne anbefalingen.

Forskningslitteraturen kommer ikke med noen konkrete anbefalinger og derfor har den reviderte fagprosedyren også benyttet Dyregrov. BMJ best practice sin guideline fra Katz (2018) påpeker at mennesker ofte setter pris på å dele erfaringer umiddelbart etter kritiske hendelser. Boer et al., (2013) belyser at det kan være utfordrende å klare å gjennomføre en defusing med de involverte kort tid etter hendelsen og på den aktuelle vekten. Peterson et al., (2008) har utført en randomisert, kontrollert studie hvor det er undersøkt om kollegastøtte kan redusere forekomsten av utbrenthet. Forfatterne nevner at de som allerede er utbrente ofte ikke prioriterer defusing etter arbeidstid, fordi de har nok med seg selv. Dette underbygger at det vil være hensiktsmessig å tilrettelegge for defusing i en tidlig fase etter kritiske hendelser. Ved å sørge for tidlig defusing og innen samme vakt vil man bidra til at flere deltar uten at det går ut over fritiden. Som nevnt i kapittel 5.2.4 er det flere faktorer som kan hindre at defusing finner sted. Ansvarssykepleier bør finne best egnet tid for å gjennomføre defusingen for å unngå eventuelle interessekonflikter. Det er sterk anbefaling for at:

Defusing bør finne sted kort tid i etterkant av kritiske hendelser.

5.2.6.3 Deltagere

Dyregrov (2002) anbefaler små grupper med 6-8 deltakere under en defusing. Kandidatene vet av erfaring at det ofte ikke er så mange intensivsykepleiere involvert i mindre kritiske hendelser, fordi intensivsykepleiere ofte jobber selvstendig og i mindre grupper. Det er vanskelig å vite når en kritisk hendelse inntreffer og hvor mange som involveres. Det vil derfor være unaturlig å sette en nedre grense på antall deltakere under en defusing. Dersom det er mange involverte, vil det imidlertid være vanskelig og direkte uetisk å ikke inkludere flere enn åtte deltakere (Reichelt, 2016). Det mangler forskningslitteratur som kommer med anbefalinger til antall deltakere i en defusing. Nøkkelpersoner forteller at mennesker som blir preget av den kritiske hendelsen alltid bør inkluderes. Anbefalingene i den reviderte fagprosedyren er derfor støttet på erfaring og faglitteratur.

Katz (2018) anbefaler at defusing bør være frivillig, og ikke bli påtvunget noen.

Helsedirektoratets (2016) veileder støtter dette og påpeker at dersom noen ikke ønsker støtte

eller hjelp, må dette respekteres. Troen på egen mestring og at støtte fra eget nettverk er godt nok, kan for enkelte bidra til økt opplevelse av kontroll. Enkelte intensivsykepleiere kan oppleve hendelsen som mindre sentral enn andre, noe som kan bidra til å redusere risikoen for psykiske plager (ibid). Det er en sterk anbefaling for at:

det er viktig at ingen tvinges til å delta i en defusing.

Gruppen bør være så homogen som mulig. Dette er for å ikke utsette de involverte for nye traumer (Katz, 2018). Det er avgjørende at man kan stole på at kollegene ønsker hverandre godt. Fundamentet for gruppetilhørighet er tillit, ærlighet og omsorg. Ivaretagelse av hverandre fungerer best om man kjenner hverandre godt og har arbeidet sammen over tid (Reichelt, 2016; Folland, 2010). Trygghet er en forutsetning for en defusing av nytteverdi. Konsekvensen med en tilfeldig gruppe kan være at trygghet er mangelfullt. Det kan være vanskelig å dele opplevelser og reaksjoner med fremmede. I intensivavdelingen på Ahus fikk vi tilbud om å delta i en defusing på grunn av arbeidsbelastningen under covid-19 pandemien. Deltakerne på møtet kom fra ulike avdelinger. Det opplevdes som vanskelig å dele tanker og følelser med fremmede mennesker, fordi tillit og trygghet ikke var til stede. Det er viktig å sikre at deltakerne i gruppen er der av riktige årsaker. Eksempelvis bør ikke andre deltakere enn de involverte være til stede under defusingen. Deltakelsen bør ikke være basert på bakgrunn av nysgjerrighet (Reichelt, 2016). Gruppens egenskaper har ikke blitt inkludert i den tidligere fagprosedyren. Det er en sterk anbefaling for at:

Gruppen bør være ensartet.

På intensivavdelingen erfarer kandidatene at arbeidet ofte utføres selvstendig. Dette fører til at man ikke alltid blir sett av kolleger før man selv uttrykker behov for støtte. Kollegafelleskap hvor hjelpere overlates til seg selv når de opplever manglende mestring eller sårbarhet, kan bli en stressfaktor. Dette understøttes av Haavik & Toven (2020) som skriver at kolleger som fremmer dyktighet, godhet og robusthet hos hverandre er avgjørende for et godt kollegafelleskap. Peterson et al., (2008) påpeker at kollegastøtte kan påvirke arbeidsmiljøet i en positiv retning. Flere av de inkluderte studiene påpeker at det å snakke med sine kollegaer opplevdes som et av de mest verdifulle verktøyene for bearbeidelse (Boer et al., 2013; Harder et al., 2019; Bohström et al., 2017).

5.2.6.4 Varighet

Dyregrov (2002) anbefaler at defusingen bør vare mellom 20-45 minutter. Det er utfordringer knyttet til å komme med konkrete anbefalinger for hvor lenge en defusing bør vare. En årsak er at hendelsens alvorlighetsgrad kan være avgjørende for hvor lenge møtet varer. Det er eksempelvis stor forskjell på en mislykket resuscitering og et terrorangrep. Et annet aspekt er den individuelle sitt behov for utlufting. Reichelt (2016) påpeker at det er viktig at alle deltakere i en defusing får snakke ferdig uten en tidsramme. Enkelte deltakere i studien til Harder et al., (2019) opplevde at defusingen ikke var lang nok til at de fikk snakket ferdig. Det vil være uetisk å avbryte møtet før alle deltakerne har satt ord på det de ønsker. En stor gruppe kan føre til at samtalen varer lenger enn 45 minutter. Metaanalysen til Tannenbaum et al., (2013) har studert defusing i militæret og helsevesenet. De mener at defusing kan ta kort tid. Gjennomsnittstiden på møtene i deres studie varte 18 minutter. Den eksisterende fagprosedyren er støttet på erfaring og estimerer at defusing kan ta opptil 1 time. Nøkkelpersoner kandidatene har vært i kontakt med påpeker at man ofte er sliten etter kritiske hendelser og samtalen varer sjelden over 1 time. Varigheten på defusingen kan estimeres noe ut ifra hendelsens omfang, hvor preget de involverte er og størrelsen på gruppen. Uansett vil det være variasjoner som gjør det utfordrende å si noe om varigheten på forhånd.

5.2.6.5 Sted

Kandidatene ser for seg at defusingen bør finne sted i selve intensivavdelingen. Dette er for å sikre at pasientsikkerheten blir ivaretatt. Hos kritisk syke pasienter kan det oppstå hendelser som krever mer personell og derfor vil det være hensiktsmessig å være lett tilgjengelig. Katz (2018) skriver at noe av det mest sentrale etter kritiske hendelser er å sikre ro og trygghet. Intensivavdelingen på Ahus har flere samtalerom i selve avdelingen som kan benyttes ved behov. Dyregrov (2002), Reichelt (2016) og Boer et al., (2013) mener at det er hensiktsmessig å utføre defusingen i et stille rom uten forstyrrelser. I en intensivavdeling vil man ofte risikere å bli forstyrret og derfor mener kandidatene at det er fordelaktig å eliminere risikoen for uro. Mobiltelefoner og personsøkere bør slås av eller leveres til annet personell, hvis mulig. Et skilt på døren kan vise andre at man ønsker å være uforstyrret under møtet (ibid). Det er en sterk anbefaling at:

Defusingen bør foregå i rolige og trygge omgivelser.

5.2.7 Arbeidsfase

Arbeidsfasen har fire trinn som vil bli drøftet i kapitlene nedenfor.

5.2.7.1 Introduksjon

Manglende introduksjon av defusingens struktur og regler kan ifølge Harder et al., (2019) øke sannsynligheten for at deltakerne kan oppleve ydmykelse og bebreidelse. I introduksjonsfasen bør lederen, om nødvendig, introdusere seg selv og informere kort om hvordan møtet skal foregå. Lederen vil under introduksjonen kunne sette standarden for graden av åpenhet og tillit (Reichelt, 2016). Det er en suksessfaktor at de involverte selv er motivert. Uten indre motivasjon hjelper det ikke, uansett hvor dyktig lederen av defusingen er (Folland, 2010). Nødvendige egenskaper hos lederen er diskutert i kapittel 5.2.6. Konsekvensen av å ikke følge en struktur for defusingen er at samtalene kan gli over til at de involverte drøfter andre hendelser enn den aktuelle.

Den eksisterende fagprosedyren beskriver hva defusing er, hensikt og gruppe-regler. Flere av reglene oppfattes som lite beskrivende, eksempelvis regelen “man vil hverandre vel” (se vedlegg 1). For at defusingen skal gi nytteverdi mener kandidatene det er nødvendig med noen enkle regler. Uten kjøreregler kan det være en risiko for at deltakerne føler seg utrygge og usikre. For at de involverte skal føle seg trygge på at det de sier under møtet ikke fortelles videre er det nødvendig å legge vekt på konfidensialitet (Dyregrov, 2002). Reichelt (2016) skriver at deltakerne skal få snakke fritt uten å bli rettet på eller bebreidet. Konsekvensene av belæring og bastante konklusjoner kan være økt skyld- og skamfølelse. Skyldfølelse er verken nyttig eller bra (ibid). Dette mener kandidatene handler om å ha respekt for hverandre. Som diskutert i kapittel 5.2.6.3 er det viktig å påpeke at deltakelse i defusing er frivillige. Deltakerne bør informeres om å unngå at samtalen blir for emosjonell eller inneholde voldsomme beskrivelser av hendelsen. Dette gjelder spesielt de første seks timene etter den kritiske hendelsen, se kapittel 5.2.7.2.

5.2.7.2 Utforskning

Adriaenssens et al., (2015) påpeker at sykepleiere opplever en lavere grad av kontroll etter kritiske hendelser. Reichelt (2016) sier at det er normalt at enkelte opplever at det er vanskelig å fange opp og huske alt som har skjedd. Ved å sette ord på hendelsen kan man sammen finne en felles forståelse. Dette kan igjen bidra til at de involverte forstår at de hadde gode

intensjoner og gjorde sitt beste ut ifra hva situasjonen tillot. Felles forståelse av hva som skjedde vil være med på å danne grunnlaget for de videre trinnene i arbeidsfasen.

Kandidatene mener at diskusjon sammen med kolleger bidrar til at informasjon blir delt, misforståelser blir fjernet, den enkelte opplever økt grad av kontroll og mangler i hukommelsen av hendelsesforløpet blir utfylt.

Det er ofte kaotisk etter en kritisk hendelse og de involverte kan ha ulike oppfattelser av situasjonen. Det er derfor hensiktsmessig å samle fakta om hendelsen slik at alle får en felles forståelse. Harder et al., (2019) har inkludert studier som omhandler samtaler etter pasientdødsfall. Deltakere som fikk mulighet til å delta i defusing følte takknemlighet, samhold, støtte og økt bevisstgjøring av sine følelser i etterkant av den kritiske hendelsen. Peterson et al (2008) påpeker at defusing reduserte stress og sinne, bedret søvnkvaliteten og bidro til lavere risiko for depresjon og fatigue.

Deling av erfaringer i en gruppe kan bidra til at reaksjoner blir normalisert. Adriaenssens et al., (2014) beskrev i sin oversiktsartikkel at de hendelsene som gav størst påkjenning hos de involverte var pasientskader, dødsfall, selvmord, aggresjon og lidelse. Kandidatene har selv erfart at det er vanskelig å ikke bli berørt av slike hendelser. Det å dele reaksjoner kan hjelpe intensivsykepleierne til å føle seg mindre alene og følelsene vil kunne normaliseres. Imidlertid bør de involverte informeres om at de bør være varsomme med å bearbeide inntrykkene i en tidlig fase (Reichelt, 2016). Konsekvensen av at de involverte blir for emosjonelle kan være at de opprettholder eller øker den kroppslige aktiveringen. Den kroppslige aktiveringen er sentral for menneskelig overlevelse i faresituasjoner og er forbundet med sterkere dannelse av minner (Helsedirektoratet, 2016). Hensikten er å bidra til å forebygge negative ettervirkninger, ikke forsterke dem. Det er derfor viktig at man i en slik gjennomgang ikke kun fokuserer på de følelsesmessige reaksjonene. Nøkkelen er å vise empati og forståelse for reaksjoner, samtidig som man forsøker å fokusere på fakta (Senter for krisepsykologi, 2020).

WHO (2003) anbefaler ikke å presse de involverte til å dele mer enn de normalt ville ønsket å dele. Dette er fordi forskningen er sprikende og potensielle negative effekter (Katz, 2019). Dersom de involverte blir presset kan det føre til opprettholdelse av kroppslig aktivering. Reaksjonene etter en kritisk hendelse vil ofte være forbigående og gå bort av seg selv etter tid (Boer et al., 2013). Dyregrov (2002) skriver at fokuset for defusing er hva deltakerne selv

ønsker å ta opp. Kandidatene mener derfor at samtalen kan flyte fritt og den enkelte kan dele hva de vil, verken mer eller mindre. Lederens oppgave er ikke å ha en behandlende funksjon, men å passe på at alle kommer til ordet, sørge for at ingen blir kjeftet på og at samtalen ikke sklir ut. Der det er naturlig kan lederen komme med oppfølgingsspørsmål basert på hendelsen. Det er en sterk anbefaling for at:

Det er ikke anbefalt å presse deltakerne til å dele mer av sine personlige erfaringer enn det de vanligvis ville ønsket å dele.

Den eksisterende fagprosedyren har lagt vekt på at alle deltakerne etter tur skal få sagt hva de vil. Bruk av runder er begrunnet med at alle skal få komme til ordet (EQS, 2019).

Kandidatene stiller seg noe kritisk til at enkelte deltakere da kan føle seg presset til at de må dele noe når det er deres tur i rekken. En fordel med å ha en slik runde kan være at man sørger for at alle blir inkludert og får sagt noe omkring hendelsesforløpet. Dyregrov (2002) anbefaler at det ikke skal være noen rekkefølge for hvem som skal snakke under en defusing. Det er vanskelig å finne noen fasit for hva som er det beste alternativet. Fordelen med å ikke ha en rekkefølge er at samtalen kan flyte mer fritt og at de enkelte deltakerne kan komme med kommentarer eller informasjon hvor det er naturlig. Dersom det er mange som vil ha ordet på samme tid og det er vanskelig å holde oversikt, kan lederen benytte seg av å la de involverte får snakke etter tur, om det er mer hensiktsmessig.

5.2.7.3 Informasjon

Intensivsykepleiere bør kjenne til reaksjonene som kan oppstå etter en kritisk hendelse. Kandidatene har derfor valgt å tydeliggjøre reaksjonene i en tabell under kapittel 6.4.3. Tabellen kan være et veiledende hjelpemiddel for å gi intensivsykepleierne oversikt over reaksjonene. Katz (2018) støtter at de involverte intensivsykepleierne bør få informasjon om mulige reaksjoner og symptomer som kan oppstå. Det kan være utfordrende å gi informasjon dersom de involverte ikke er mottakelige kort tid etter hendelsen. Derfor er det anbefalt at det også gis skriftlig informasjon til deltakerne om aktuelle stressreaksjoner (Helsedirektoratet, 2016). Kandidatene har ikke lagt vekt på skriftlig informasjon, men ser for seg at intensivsykepleierne aktivt kan ta i bruk prosedyren med tabellen for opplysninger om potensielle reaksjoner. Det er derfor sterk anbefaling for:

å informere om normale reaksjoner som kan oppstå i etterkant av kritiske hendelser.

Harder et al., (2019) og Peterson et al., (2008) skriver at psykologisk stress over tid kan føre til depresjon, angst og at intensivsykepleieren slutter i jobben. Intensivsykepleieren bør derfor få informasjon om potensielle fremtidige plager. De fleste reaksjonene vil ofte gå over, men dersom de vedvarer i over en måned bør man oppsøke hjelp (NEL, 2020a). Helsedirektoratet (2016) skriver at korrekt informasjon kan bidra til å dempe uro. Den reviderte prosedyren inneholder derfor informasjon om naturlige reaksjoner etter kritiske hendelser og at dersom reaksjonene vedvarer bør den involverte oppsøke videre hjelp.

5.2.7.4 Avslutning

Under avslutningen bør deltakerne fokusere på læringsmomenter. Tannenbaum et al., (2013) konkluderer med at fokus på læringsmomenter kan bedre intensivsykepleieres prestasjon med hele 20-25 %. På sikt kan dette påvirke utfallet hos pasientene i positiv retning. Et eksempel på dette var at det ble utført bedre brystkompresjoner ved hjertestans og kortere tid før ROSC (Tannenbaum et al., 2013; Couper et al., 2013). Fokus på læring har ikke vært inkludert i den eksisterende fagprosedyren om defusing. Kandidatene ser derimot at det vil være hensiktsmessig å gi de involverte en mulighet til å reflektere rundt hva de har lært av hendelsen for å bedre videre pasientbehandling. Det er en svak anbefaling for at:

Gruppen bør sammen fokusere på læringsmomenter som har oppstått.

Det er viktig at deltakerne støtter hverandre og bidrar til å styrke troen på at handlingene deres fører til et positivt resultat. Dersom noen av de involverte opplever belastningen som overveldende og voldsom kan det være nødvendig med skjerming i perioder. Dette kan være på bakgrunn av den totale belastningen eller etter eget ønske. Deltakerne bør være oppmerksom hvis påkjenningene beskrives som overveldende og voldsomme. Ved slike tilfeller bør det gjennomføres tiltak og omdisponering (Helsedirektoratet, 2016). Dersom intensivsykepleieren er veldig preget etter en kritisk hendelse kan dette påvirke pasientsikkerheten (Rainbow et al., 2020).

Arbeidsmiljølovens (2005) formål, §1-1 a, er “å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger”. Haavik & Toven (2020) skriver at ledelse som viser engasjement, anerkjennelse og forutsigbarhet er forbundet med mindre psykiske stressreaksjoner.

Kandidatene mener avdelingsledere(n) har en viktig rolle i å støtte og tilrettelegge for at den involverte kan oppleve best mulig helse og trivsel i tiden etter en kritisk hendelse. Eid & Johnsen (2018) skriver at ledere som ikke stimulerer til personalomsorg eller kollegastøtte kan skape usikkerhet og forsterke lite hensiktsmessige mestringsstrategier. Manglende støtte av leder er assosiert med psykiske og fysiske plager og med langvarig sykefravær (Haavik & Toven, 2020). Kandidatene opplever selv tillit til egen leder i intensivavdelingen ved Ahus, og det er lav terskel for kontakt ved behov. Kandidatene anser det som hensiktsmessig at lederen er informert fordi det kan gjøre det lettere for lederen å støtte og følge opp de involverte i etterkant. Dette har også den eksisterende fagprosedyren vektlagt. Både leder og ansatte har et ansvar for å ivareta arbeidsmiljølovens formål. Ingen hjelpere kan beskytte seg selv alene. Kolleger, ledere og systemet rundt kan bidra dersom intensivsykepleiere skal unngå å bli for hardt rammet av jobben (ibid).

5.2.8 Definisjoner

Definisjonene i fagprosedyren drøftes ikke, men blir presentert under kapittel 6.5.

6.0 PRESENTASJON AV FORSLAG TIL FAGPROSEDYRE

Anbefalingene til fagprosedyren om hvordan defuse etter kritiske hendelser er basert på det innhentede kunnskapsgrunnlaget. Kandidatene har kommet med forslag til en revisjon av en allerede eksisterende fagprosedyre: “Retningslinje for hvordan planlegge og gjennomføre avlastningssamtale (defusing) i etterkant av en kritisk hendelse”. Kandidatene har benyttet malen fra EQS for å strukturere fagprosedyren, se vedlegg 2 og 3.

6.1 Hensikt

Hensikten med fagprosedyren:

- Tydeliggjøre hva defusing er.
- Synliggjøre når metoden bør anvendes.
- Synliggjøre ansvar og veilede for hvordan defusing skal gjennomføres og organiseres.

Kritiske hendelser bærer ofte preg av uforutsigbarhet og kaos. Det er ikke uvanlig å miste oversikt over hva som har skjedd. Tidlige intervensjoner vil kunne redusere aktivering og dempe kroppslig og mentalt uro (1). Hensikten er å gi de involverte en anledning til å sette sammen fakta og ord på hva som skjedde rett i etterkant av hendelsen, og innenfor den aktuelle vekten (2,3). Defusing kan bidra til læring og dermed bedre kvalitet i pasientbehandlingen (4,5).

Defusing vil kunne bidra til:

- Skape trygghet, oversikt og gjenvinne kontroll
- Gi hverandre råd til mestring
- Gi rom for refleksjon og læring
- Fremme pasientsikkerhet
- Bidra til samhørighet
- Økt mestring og forebygge psykisk belastning
- Fremskynde demping av ettervirkninger
- Fremme motivasjon for fremtiden
- Stimulere til følelsesmessig ventilering
- Redusere følelsesmessig kaos og emosjonell uro
- Sikre korrekt informasjon
- Normalisere stressreaksjoner

(6, 3, 1, 7, 8, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13).

6.2 Omfang

Fagprosedyren gjelder for intensivsykepleiere ved Akershus universitetssykehus. Målet er at prosedyren skal benyttes rutinemessig etter kritiske hendelser og hendelser som har hatt stor innvirkning på den enkelte intensivsykepleier.

6.3 Arbeidsbeskrivelse

Ansvar for å melde fra, oppfølging og gjennomføring av defusing.

6.3.1 Ansvar for å melde fra om en hendelse

Intensivsykepleiere har et ansvar for å melde fra om hendelser som de selv, eller andre opplever, når det er behov for defusing. Ansvarssykepleier har et ansvar for å melde fra til nærmeste leder at en defusing har funnet sted.

6.3.2 Ansvar for videre oppfølging

Den som leder defusingen har et ansvar for, i samråd med de involverte, å vurdere behovet for videre oppfølging. Dette skal da formidles til nærmeste leder.

6.3.3 Ansvar for gjennomføring av defusing

Ansvarssykepleier har ansvar for å tilrettelegge for at defusingen skal finne sted.

Ansvarssykepleier skal, i samråd med de involverte, bli enig om hvem som er best egnet for å lede defusingen. Det er ikke nødvendig med en profesjonell leder av defusingen, men den som leder bør ikke være spesielt preget av selve hendelsen (3, 11). Dersom det oppstår interessekonflikter skal hensynet til pasientens helse og liv prioriteres (14, 15). Lederen bør være en som har tillit og kan skape trygghet i gruppen (16).

6.3.4 Planlegging

Under beskrives selve arbeidsfasen for gjennomføring av defusingen.

6.3.5 Når

Det er anbefalt å holde defusingen kort tid etter hendelsen. Helst innen 1-8 timer og innen samme vakt (8, 3).

6.3.6 Deltakere

Små grupper og kun personell som har blitt berørt av hendelsen. Det vil være vanskelig, og direkte uetisk å utelate noen som var involvert i hendelsen dersom de ønsker å delta (17). Det er viktig at ingen tvinges til å delta (8, 6). Gruppen bør være ensartet (8).

6.3.7 Varighet

Defusing vil ofte vare 20-45 minutter. Ved mer alvorlige hendelser, større behov for utluffing hos de involverte og/eller større grupper kan denne tidsrammen være for knapp (3, 17, 13).

6.3.8 Sted

Defusingen bør foregå i rolige og trygge omgivelser. Det er anbefalt å holde møtet i nærheten av der den aktuelle hendelsen fant sted. Flest mulige distraherende elementer bør elimineres, eksempelvis telefoner (8, 11, 17, 3).

6.4 Arbeidsfase

Defusingen deles inn i fire faser (3).

DEFUSINGENS STRUKTUR	
<i>Introduksjon:</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Introduksjon</i>• <i>Leder informerer om møtet (hensikt)</i>• <i>Regler</i>
<i>Utforskning:</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Hva skjedde – diskutere</i>• <i>Fakta, tanker og reaksjoner</i>• <i>Vurdere behov for oppfølging</i>
<i>Informasjon:</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Informere om vanlige reaksjoner</i>• <i>Normalisering</i>
<i>Avslutning:</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Læringsmomenter</i>• <i>Avklare ressurser for videre oppfølging</i>

6.4.1 Introduksjon

Lederen bør introdusere seg selv og informere om hva møtet skal inneholde. Lederen har ansvar for å holde struktur og introdusere reglene.

Anbefalte regler under defusingen:

- Det som blir sagt under samtalen, blir der (taushetsplikt).
- Respektere og støtte hverandre.
- La hverandre snakke ferdig.
- Unngå å korrigere hverandre eller komme med beskyldninger.
- Unngå at samtalen blir for emosjonell eller voldsomme beskrivelser av hendelsen.

(3, 2, 17, 18, 13).

6.4.2 Utforskning

Hovedfokuset skal baseres på forløpet, fakta og arbeidsinnsats. Det er anbefalt at deltakerne skal få snakke fritt, uten en spesiell rekkefølge (3). Dersom det er mange som vil ha ordet på samme tid og det er vanskelig å holde oversikt, kan lederen benytte seg av å la de involverte få snakke etter tur, om det er mest hensiktsmessig. Deltakerne skal i fellesskap få anledning til å sette ord på det de selv ønsker å ta opp. Essensen bør være å snakke om selve hendelsen (fakta og tanker) og refleksjon omkring sentrale elementer. Deltakerne skal ikke presses til å dele mer av sine personlige erfaringer enn hva de ønsker å dele. Årsaken er mulige negative effekter hos de involverte (8, 19). Det er ikke anbefalt å bearbeide inntrykk i en tidlig fase (6, 2, 17, 2). Lederen kan stille spørsmål basert på hva de involverte forteller.

6.4.3 Informasjon

Lederen for defusingen bør informere om normale reaksjoner som kan oppstå i etterkant av en kritisk hendelse (8). Symptomene kan deles inn i fire underkategorier; fysiske, emosjonelle, kognitive og atferd. De fleste stressreaksjonene avtar etter kort tid. Hos enkelte kan reaksjonene bli sterkere og vedvare. I disse tilfellene er det nødvendig å kontakte leder for å sikre at den involverte får videre oppfølging (20, 6).

Normale reaksjoner etter kritiske hendelser:	
Fysiske:	Økt hjerterefrekvens, rastløshet, magesmerter, hodepine, søvnevansker
Emosjonelle:	Gråting, panikk, irritasjon, energiløshet
Kognitive:	Redusert hukommelse, usikkerhet, følelse av å miste kontroll, ubesluttsomhet, tap av humor
Atferd:	Alkoholmisbruk, nikotinmisbruk, stivhet, blir «hard/iskald»

(11, 7, 3).

6.4.4 Avslutning

Avslutningsvis bør gruppen evaluere innsats og fokusere på læringsmomenter (4,5). Deltakere som opplever sterke reaksjoner i etterkant av hendelsen bør få tid til restitusjon, og ikke settes til krevende arbeidsoppgaver (6, 21). Dette vil også bidra til å ivareta pasientsikkerheten (22). Dersom en intensivsykepleier er spesielt preget eller har behov for mer støtte bør dette videreformidles til leder og følges opp. (6, 1, 12). Leder skal informeres om at defusingen er gjennomført.

6.5 Definisjoner

Herunder defineres sentrale begreper i fagprosedyren.

6.6.1 Intensivsykepleier

Arbeidet til en intensivsykepleier omhandler kontinuerlig overvåkning, behandling og pleie for pasienter med akutt og/eller kritisk sykdom. Som intensivsykepleier arbeider man ofte under press og må derfor være i stand til å takle svært krevende og stressende situasjoner (23).

6.5.2 Kritisk hendelse

En kritisk hendelse er alt fra mindre hendelser i intensivavdelingen, for eksempel en mislykket resuscitering, til større hendelser som katastrofer (24).

6.5.3 Defusing

Defusing kalles også for avlastningssamtale. Defusing er en respons på et akutt behov og ikke en behandling. En defusing kan omfatte både tekniske og stressrelaterte temaer (6). Gjennomgangen har til hensikt å redusere følelsesmessig kaos og emosjonell uro gjennom å snakke ut om hendelsen (2,3). Målet er å mobilisere støtte etter helperens behov.

6.5.4 Kollegastøtte

Kollegastøtte eller peer-support omhandler å støtte hverandre som kolleger. En god oversettelse av peer-support er "likemann" (25).

6.5.5 Ansvarssykepleier

Ansvarssykepleier omtales også som koordinator. Ansvarssykepleier delegerer og koordinerer ansvar ut ifra hvilke ressurser som finnes.

6.6 Referanser

Tall:	Kilde:
1.	Eid, J. & Johnsen, B. H. (red.). Operativ psykologi (3.utg.). 2018. Bergen: Fagbokforlaget
2.	Senter for krisepsykologi. (Hentet 19. oktober, 2020). <i>Tiltak</i> . Kriser.no. https://www.kriser.no/tiltak
3.	Dyregrov, A. (2002). <i>Psykologisk debriefing. Hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelser</i> . Bergen: Fagbokforlaget.
4.	Couper, K., Salman, B., Soar, J., Finn, J., & Perkins, G. D. (2013). Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. <i>Intensive care medicine</i> , 39(9), 1513-1523. https://doi.org/10.1007/s00134-013-2951-7
5.	Tannenbaum, S. I., & Cerasoli, C. P. (2013). Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis. <i>Human factors</i> , 55(1), 231-245. DOI: https://doi.org/10.1177/0018720812448394
6.	Helsedirektoratet (2016). <i>Mestring, samhörighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer</i> . Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastr%20ofer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf /attachment/inline/9170958a-0200-4f74-a842-ce505e8dbbe6:3a3fb52fc12bffd1b64e3a1567333d5d239a2167/Psykososiale%20tilta

	k%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20%E2%80%93%20Veiled er.pdf
7.	Van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. <i>PloS one</i> , 10(8), e0136955.
8.	Katz, C. L. (2018). Mental health response to disasters and other critical incidents. <i>BMJ best practice</i> , 2018(11), 1-14. https://bestpractice-bmj-com.ezproxy.hioa.no/topics/en-gb/1065/pdf/1065.pdf
9.	Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. <i>International journal of nursing studies</i> , 52(2), 649-661.
10.	Bohström, D., Carlström, E., & Sjöström, N. (2017). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. <i>International emergency nursing</i> , 32, 28-33.
11.	Boer, J. D., Rikxoort, S. V., Bakker, A. B & Smit, B. J. (2013). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. <i>British association of Critical Care Nurses</i> , 19 (6), 166-172, https://doi.org/10.1111/nicc.12020
12.	Haavik, M. & Toven, S. (2020). <i>Ivaretakelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette?</i> Oslo: Universitetsforlaget.
13.	Harder, N., Lemoine, J. & Harwood, R. (2019) Psychological outcomes of debriefing healthcare providers who experience expected and unexpected patient death in clinical or simulation experiences: A scoping review. <i>Journal of clinical nursing</i> , 29(3-4), 330-346.
14.	Norsk sykepleierforbund. (2019). <i>Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere</i> . https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere

15.	Helsepersonelloven § 4. (1999). <i>Lov om helsepersonell m.v.</i> (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven
16.	Boet, S., Bould, M. D., Bruppacher, H. R., Desjardins, F., Chandra, D. B., & Naik, V. N. (2011). Looking in the mirror: self-debriefing versus instructor debriefing for simulated crises. <i>Critical Care Medicine</i> , 39(6), 1377-1381.
17.	Reichelt, J. G. (2016). <i>Håndbok i militærpsykiatri</i> . Bergen: Fagbokforlaget
18.	Folland, R. (2010). <i>Holistic debriefing: A paradigm shift in leadership</i> . Alabama: Maxwell air force base
19.	World Health Organization. (2003). Mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors. <i>Geneva WHO</i> (http://www.who.int/hac/techguidance/pht/8656.pdf). Accessed on, 27.
20.	Norsk elektronisk legehåndbok. (2019). <i>Psykologisk stress og sykdom</i> . https://legehandboka-no.ezproxy.oslomet.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/pasientinformasjon/ulike-tilstander/stress-og-sykdom/
21.	Arbeidsmiljøloven § 1-1a. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. LOV-2005-06-17-62. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_1
22.	Rainbow, J. G., Drake, D. A., & Steege, L. M. (2020). Nurse health, work environment, presenteeism and patient safety. <i>Western journal of nursing research</i> , 42(5), 332-339.
23.	Yrkesbeskrivelse intensivsykepleier. (2020, 19. august). Utdanning.no. Hentet fra: https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/intensivsykepleier
24.	Lock, S., Rubin, G. J., Murray, V., Rogers, M. B., Amlôt, R., & Williams, R. (2012). Secondary stressors and extreme events and disasters: a systematic review of primary research from 2010-2011. <i>PLoS currents</i> , 4.
25.	Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (red). (2008). <i>Krisepsykologi i praksis</i> . Bergen: Fagbokforlaget

7.0 EVALUERING AV FAGPROSEDYREN

Kunnskapssenterets modell for kvalitetsforbedring (2015) trinn fire (tabell 3.1.1) og helsedirektoratets sjekklister for å utvikle kunnskapsbaserte retningslinjer (2012) trinn ti (tabell 3.2.1) omhandler å kontrollere og evaluere om målene for forbedring er oppnådd.

7.1 AGREE II

Fagprosedyren er ikke implementert og det vil ikke være mulig å kontrollere om målene for forbedring er nådd. Fagprosedyren blir likevel evaluert ut ifra det som kan vurderes, ved hjelp av AGREE II. Det vil ikke bli satt noen poengsum for de ulike underspørsmålene. De seks domene vil bli presentert i tabeller med underspørsmålene.

7.1.1 Avgrensning og formål

Domene 1 - Avgrensning og formål:	Vurdering:
1.Fagprosedyrens overordnede mål er klart beskrevet.	Fagprosedyrens mål er todelt og beskrevet tydelig under kapittel 6.1, "hensikt". Hensikten med fagprosedyren i seg selv er å tydeliggjøre hva defusing er, når prosedyren skal tre i kraft, tydeliggjøre ansvar og beskrive selve gjennomføringen. Målet med defusingen er å la de involverte sette ord på det som skjedde, samle fakta og redusere emosjonell uro og følelsesmessig kaos etter en kritisk hendelse. Fordelene som kan komme ut av en defusing er oppsummert i en tabell i selve fagprosedyren.
2.Helsespørsmål(ene) i fagprosedyren er klart beskrevet.	Helsespørsmål og målgruppe kommer tydelig frem under kapittel 4.5.1 (tabell 4.5.1.1).
3.Populasjonen (pasienter eller brukere) fagprosedyren	Målgruppen for fagprosedyren er intensivsykepleiere ved Akershus universitetssykehus, uavhengig av aldersgruppe

gjelder for, er klart beskrevet.	og kjønn. Prosedyren vil kunne benyttes etter kritiske hendelser, som er klart definert.
---	--

7.1.2 Involvering av interessenter

Domene 2 - Involvering av interessenter:	Vurdering:
4.Arbeidsgruppen som har utarbeidet fagprosedyren, har med personer fra alle relevante faggrupper.	Arbeidsgruppa er to intensivsykepleiere og det har ikke vært aktuelt å inkludere andre, da dette er et eksamensarbeid. Likevel har kandidatene innhentet kunnskap fra sentrale nøkkelpersoner fra forsvaret og psykiatrien for å sikre et godt kunnskapsgrunnlag og korrekt forståelse av intervensjonen i fagprosedyren (nøkkelpersonene kommer frem under kapittel 4.5.2 og under tabell 4.5.2.1). De har vært til god hjelp gjennom arbeidet og har bekreftet kandidatenes forståelse omkring problemstillingen. Bibliotekar har også blitt benyttet under søkeprosessen og dette fremkommer under kapittel 4.5.1. Ved ferdigstilling og implementering av fagprosedyren ved Akershus universitetssykehus, vil det være aktuelt å inkludere andre personer fra ulike faggrupper. Eksempelvis vil det være naturlig å inkludere ledere ved intensivavdelingen, leger og psykologer. Dette skal da tydelig fremkomme i prosedyren med navn, tittel, hvor vedkommende arbeider og rollen deres i utarbeidelsen av fagprosedyren (Brouwers et al., 2017).
5.Pasientkunnskap er innhentet og inkludert.	Pasientkunnskap er samlet inn ved kunnskapssøk og dette er redegjort under kapittel 4.5.3 og tabell 4.5.2.2. Kunnskapen kommer frem under drøfting og i selve fagprosedyren, hvor det har vært naturlig.

	Ettersom intervensjonen i fagprosedyren er rettet mot intensivsykepleiere, vil det være naturlig å inkludere deres erfaringer med defusing. En del av forskningsgrunnlaget beskriver dette, og det er redegjort under kapittel 5.0.
6.Det fremgår klart hvem som skal bruke prosedyren.	Brukermålgruppen er intensivsykepleiere ved Akershus universitetssykehus og dette er tydelig definert i fagprosedyren under kapittel 6.2. Ved implementering av fagprosedyren ser kandidatene for seg at andre også kan ha nytte av intervensjonen, og brukermålgruppen vil da også kunne inkludere annet helsepersonell i tillegg til intensivsykepleiere.

7.1.3 Metodisk nøyaktighet

Domene 3 - Metodisk nøyaktighet	Vurdering:
7.Systematiske metoder er benyttet for å søke etter kunnskapsgrunnlag.	Metodene som har blitt benyttet for innhenting og vurdering av kunnskapsgrunnlaget er detaljert beskrevet under kapittel 4.5. Kunnskapspyramiden har blitt benyttet for å systematisere søket og aktuelle søkeord er hentet fra PICO-skjemaet (tabell 4.5.1.2). Hvilke databaser som har blitt benyttet for å innhente kunnskapsgrunnlaget og når søkene har blitt utført er beskrevet i samme kapittel.
8.Kriterier for kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet.	Inklusjon- og eksklusjonskriterier er redegjort under kapittel 4.6.1.1 og 4.6.1.2 og i tabell 4.6.1.1. Kriteriene henger tydelig sammen med de aktuelle helsespørsmålene. Grunnlaget for at kriteriene er som de er, er redegjort i samme kapittel.

<p>9.Styrker og svakheter ved kunnskapsgrunnlaget er klart beskrevet.</p>	<p>Styrken med grunnlaget kan være at det er anvendt variert forskning- og faglitteratur i den reviderte fagprosedyren. Lovverk har også blitt trukket inn hvor det har vært aktuelt. Erfaringer fra nøkkelpersoner, egne erfaringen fra praksis samt faglitteratur er blitt benyttet der hvor forskningslitteraturen kommer til kort. Etersom kandidatene ikke har utført forbedringsarbeid tidligere, kan svakheten være at vår kunnskap om litteratursøk ikke har ført frem til den mest relevante forskningslitteraturen.</p>
<p>10.Metodene som er brukt for å utarbeide anbefalingene er tydelig beskrevet.</p>	<p>Anbefalingene som kommer frem under prosedyren er drøftet og vurdert til av enten sterk eller svak anbefaling under kapittel 5.0, ved hjelp av GRADE. GRADE blir redegjort kort under kapittel 5.1.</p>
<p>11. Helsemessige fordeler, bivirkninger og risikoer er tatt i betraktning ved utarbeidelse av anbefalingene.</p>	<p>Fordeler og ulemper knyttet til anbefalingene, er drøftet under kapittel 5.0. Det finnes for eksempel en sterk anbefaling for at det bør være frivillig å delta i en defusing. Dette kommer også frem under fagprosedyren i kapittel 6.0.</p>
<p>12.Det fremgår tydelig hvordan anbefalingene henger sammen med kunnskapsgrunnlaget.</p>	<p>Anbefalingene i fagprosedyren henger tydelig sammen med det innhentede kunnskapsgrunnlaget. Fagprosedyren (kapittel 6.0) er utarbeidet med nummererte referanser til grunnlaget for anbefalingene, listet opp i en referanseliste på slutten av prosedyren. Dette er for at intensivsykepleierne, som skal benytte seg av prosedyren, skal få informasjon om hvilke kilder anbefalingene bygger på.</p>
<p>13.Fagprosedyrer en blitt vurdert av eksperter eller eksternt før publisering.</p>	<p>Dette er en masteroppgave og kandidatene kommer med et forslag til en revidert fagprosedyre. Det vil først bli aktuelt med en vurdering fra en ekspert når</p>

	fagprosedyren eventuelt skal implementeres ved Akershus universitetssykehus.
14. Tidsplan og ansvarlige personer for oppdatering av fagprosedyren er klart beskrevet.	Revisjonsfrist og hvem som er ansvarlig for dokumentet kommer ikke frem, men dette blir ikke relevant før fagprosedyren ferdigstilles og implementeres. Videre oppfølging er beskrevet under kapittel 9.0.

7.1.4 Klarhet og presentasjon

Domene 4 - Klarhet og presentasjon:	
15. Anbefalingene er spesifikke og tydelige.	Helsebiblioteket (2015) anbefaler at prosedyrer er veiledende med overskrifter, har et enkelt språk og gir tilstrekkelig informasjon. Anbefalingene som kommer frem er tydelige og kommer klart frem under prosedyren i kapittel 6.0. Eksempelvis redegjøres det for hvor mange deltakere som det er anbefalt å inkludere, varigheten på defusingen og hvordan samtalene skal struktureres. Det er enkelt å finne frem i prosedyren i underkapitlene. Noen av anbefalingene kan nok oppleves vage. Eksempelvis at prosedyren skal tre i kraft etter kritiske hendelser som har hatt stor innvirkning på de involverte. Dette kan være ulikt fra intensivsykepleier til intensivsykepleier. Det er vanskelig å definere når en hendelse har gjort sterkt inntrykk på den enkelte, og de må derfor selv erkjenne sitt behov.
16. De ulike mulighetene for håndtering av tilstanden eller det enkelte helse spørsmålet er klart presentert.	Kandidatene vet at det finnes flere verktøy som kan benyttes for å eksempelvis hjelpe intensivsykepleiere til å opparbeide seg mestringsstrategier for å bedre tåle en stressende hverdag. Det er likevel valgt å fokusere på kun defusing som en intervensjon fordi dette er et masterarbeid

	<p>og det ville blitt for omfattende å fokusere på flere ulike tiltak. Kandidatene mener også at det kunne oppstått forvirring hos intensivsykepleierne dersom de skulle hatt mange ulike intervensjoner i samme fagprosedyre omkring dette emnet.</p>
<p>17.De sentrale anbefalingene er lett å identifisere.</p>	<p>Anbefalingene er strukturert i underkapitler i fagprosedyren for at de skal være lette å identifisere. For eksempel er selve arbeidsfasen i defusingen oppsummert i en tabell for at intensivsykepleierne enkelt skal kunne se hvordan prosessen skal foregå (se kapittel 6.4).</p> <p>Fagprosedyren er utarbeidet etter Ahus sin mal for utvikling av prosedyrer. Dette er fordi kandidatene ønsker å implementere prosedyren ved Ahus.</p>

7.1.5 Anvendbarhet

Domene 5 - Anvendbarhet:	
<p>18.Hvilke råd og/eller verktøy for bruk i praksis er fagprosedyren støttet med?</p>	<p>Det er nødvendig at ledelse og fagansvarlige personer i intensivavdelingen fremmer bruk av fagprosedyren i praksis. Tiltak kan være å legge til rette for undervisning, skriftlig materiell som brosjyrer, nettbasert læring og tilbakemeldinger fra intensivsykepleierne for hvordan prosedyren fungerer i praksis. Noe av dette har kandidatene trukket frem under kapittel 9.0. Dette vil være aktuelt å fokusere på når fagprosedyren implementeres.</p>
<p>19.Faktorer som hemmer og fremmer bruk av fagprosedyren er klart beskrevet.</p>	<p>Hvilke faktorer som hemmer og fremmer bruken av anbefalingene er drøftet under kapittel 5.0. På bakgrunn av at kandidatene vet det kan dukke opp interessekonflikter, har det at pasientens liv og helse skal prioriteres blitt inkludert i selve fagprosedyren (kapittel 6.0). Intensivsykepleiernes</p>

	holdning til kvalitetsarbeid og benyttelse av fagprosedyrer kan bli en hemmende faktor for at prosedyren skal bli brukt. Dette er redegjort under kapittel 8.2.
20.Potensielle ressursmessige konsekvenser ved å anbefale anbefalingene er beskrevet.	Ressursene som trengs for å utføre defusing er blitt drøftet under kapittel 5.0. Det er ingen kostnader eller ekstra utstyr knyttet til å utføre en defusing. Utfordringen med en defusing kan derimot være frigjøring av personell, rom og tid. Det kan også kreve tid til undervisning knyttet til implementeringen av fagprosedyren. Kandidatene ser for seg at dette blir aktuelt for å at intensivsykepleierne skal være bevisst på fagprosedyren eksisterer og når den kan tre i kraft.
21.Fagprosedyren kriterier for etterlevelse og evaluering er beskrevet.	Etterlevelse og evaluering blir ikke redegjort i detalj i denne masteroppgaven da fagprosedyren ikke er ferdigstilt og implementert. Oppfølging av kvalitetsarbeidet er beskrevet kort i kapittel 9.0. Kvalitetsindikatorer som vil gjøre etterlevelse og evaluering mulig når prosedyren er implementert er redegjort i kapittel 4.4 og tabell 4.4.2.

7.1.6 Redaksjonell uavhengighet i instrumentet

Domene 6 - Redaksjonell uavhengighet i instrumentet:	
21. Synspunkter fra finansielle eller redaksjonelle instanser har ikke hatt innvirkning på innholdet i fagprosedyren.	Det er ingen finansielle eller redaksjonelle instanser som har hatt innvirkning på innholdet i denne masteroppgaven.
22. Interessekonflikter i arbeidsgruppen bak fagprosedyren er dokumentert og håndtert.	Habilitetsspørsmål og eventuelle interessekonfliktene i arbeidsgruppen er diskutert under kapittel 4.3.

8.0 ETISKE OVERVEIELSE

Helsedirektoratets veileder for utvikling av retningslinjer trinn seks og åtte (tabell 3.2.1) omhandler å vurdere etiske spørsmål og identifisere barrierer og motstand mot endringer. Dette kapitlet omhandler hvilke etiske prinsipper som er relevante for den aktuelle problemstillingen og intensivsykepleieres holdninger til kvalitetsarbeid.

8.1 Ivaretagelse av etiske prinsipper

Kvalitetsarbeid kan berøre etiske spørsmål i ulik grad, men det avhenger av hva slags prosedyre som utvikles. Det etiske knyttet til intensivpasienten er i mindre grad berørt i dette kvalitetsarbeidet. Likevel vil alt arbeid rundt intensivsykepleie ha direkte eller indirekte etiske konsekvenser.

Ifølge prinsippet om *ikke-skade* er intensivsykepleieren pliktet til å ivareta pasienten slik at den enkelte ikke tar skade av behandlingen som gis. Forslaget til fagprosedyren for intensivsykepleiere i etterkant av kritiske hendelser ved hjelp av defusing tar for seg flere elementer. Blant annet ivaretagelsen av intensivsykepleierens psykososiale behov og innvirkning dette vil ha for pasienten. Hvis de fire etiske prinsippene *autonomi*, *ikke-skade*-, *velgjørighet*- og/eller *likebehandlingsprinsippet* ikke ivaretas, kan konsekvensen være at intensivsykepleieren ikke klarer å balansere verdier som er viktige for pasientene, faget og samfunnet (Meld. St. 10 (2012-2013); Slettebø, 2014). I dette kvalitetsarbeidet vil prinsippene *ikke-skade* og *velgjørighet* være aktuelt.

Kandidatene mener at *ikke-skade* prinsippet ivaretas med defusing for intensivsykepleiere, fordi intervensjonen indirekte vil fremme pasientsikkerheten. Forskingen viser at arbeidsrelatert stress kan føre til at intensivsykepleieren yter dårligere og dermed er det risiko for pasientens sikkerhet. Dette kan eksempelvis være i form av feilmedisinering og behandling som blir glemt (Rainbow et al, 2020; Vahey et al., 2004). Intervensjoner som kan bidra til å redusere stress vil dermed kunne ha en indirekte effekt for pasientenes utfall. Målet er å sørge for det beste for intensivsykepleieren og samtidig ivareta pasientsikkerheten. Funksjons- og ansvarsbeskrivelsen for intensivsykepleiere beskriver at intensivsykepleiere skal iverksette tiltak for å forebygge ytterligere utvikling av sykdom og helsesvikt. Det er vist at defusing bidrar til å fremme læring etter kritiske hendelser. Læring kan styrke

intensivsykepleieren som fagperson, som vil gi et bedre utgangspunkt for å ivareta det etiske prinsippet og funksjons- og ansvarsbeskrivelsen (Tannenbaum et al., 2013).

Ikke- skade prinsippet omhandler, som nevnt, at pasienten ikke tar skade av behandlingen som utføres. Kandidatene ønsker i tillegg å påpeke at intensivsykepleieren skal handle til det beste for pasienten, slik at *velgjørenhetsprinsippet* ivaretas. Det er derfor avgjørende å veie fordeler og ulemper for at en defusing skal finne sted. Hvis for eksempel en defusing igangsettes uten nok ressurser for å tilrettelegge for en forsvarlig intensivbehandling, vil man i tillegg komme i konflikt med *ikke-skade prinsippet*. Intensivsykepleiere er pliktet å sikre at den enkeltes pasient får forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Norsk sykepleierforbund, 2019). På bakgrunn av dette har kandidatene inkludert at pasientens liv og helse skal prioriteres dersom interessekonflikter oppstår (se kapittel 5.2.6 og 6.3.3).

Defusing etter kritiske hendelser vil kunne bidra til en etisk refleksjon. Ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere et ansvar for å bidra aktivt til etisk refleksjon (Norsk sykepleierforbund, 2019). Erfaringsvis vet kandidatene at etiske problemstillinger ofte oppstår under hendelser som er uoversiktlige og kaotiske. Eksempelvis kan dette være på grunn av manglende diskusjoner omkring pasientens behandlingsbegrensning. Kandidatene har selv opplevd at det er verdifullt å diskutere disse problemstillingene med kolleger i etterkant av hendelsene. Etisk refleksjon kan bidra til å øke bevissthet og bedre håndtering av fremtidige hendelser. Vråle et al., (2017) påpeker at etisk refleksjon kan bidra til å gi sykepleiere mot og tydeliggjør viktige verdivalg i praksis.

8.2 Holdninger til kvalitetsarbeid

Kandidatene har ikke arbeidet med forbedringsarbeid tidligere og har derfor benyttet seg av relevant fag- og forskningslitteratur for å tilstrebe adekvat tilnærming av eventuelle hindre for at fagprosedyren skal bli benyttet i praksis.

Negative holdninger hos de ansatte er den vanligste barrieren til forbedring, som kan føre til et dårlig resultat (Jun et al, 2016; Abrahamson et al, 2012). Det kan være flere grunner til at ansatte har opparbeidet negative holdninger til forbedringsarbeid. Dersom

intensivsykepleierne ikke opplever at defusing er nyttig, kan dette føre til manglende motivasjon for å benytte seg av fagprosedyren. Kandidatene ønsker å be personalet om tilbakemeldinger på vurderinger og holdninger til den reviderte fagprosedyren når den er implementert. Dersom tilbakemeldingene er negative, bør arbeidsgruppen tydeliggjøre målet med forandringen.

Kolleger forteller at de opplever at endringer skjer for ofte og uten at de har noen innvirkning på dem. Dette kan føre til at personalet mister motivasjonen til forbedring (Konsmo, 2015b). Bahtsevani, Willman, Stoltz & Östman (2010) og Jun et al., (2016) skriver at helsepersonell kan oppleve at deres autonomi blir krenket når nye retningslinjer iverksettes. Muligheten for kritisk tenkning ble mindre, på bakgrunn av alle fagprosedyrer de måtte forholde seg til. Deltakerne beskrev en falsk følelse av sikkerhet fordi de ikke kunne tenke selv. Sykepleiere med lang arbeidserfaring mente at deres kompetanse var tilstrekkelig nok, og sannsynligheten var dermed mindre for at de valgte å benytte seg av fagprosedyrene. Masteroppgavens problemstilling er ikke et prioritert fagområde og derfor er det en risiko for svekket tillit fra kolleger ved implementering av prosedyren. Det er nødvendig at de ansatte jobber mot det samme målet. Målet med retningslinjer er å hindre unødig variasjon (ibid).

Dersom det er uenighet i ledelsen om behovet for forbedring, vil det være problematisk å forankre nye fagprosedyrer. Uenighet kan føre til at intensivsykepleiere blir usikre på om fagprosedyren har nytteverdi (Kovner & Stimpfel, 2016). Engasjerte ledere står sentralt i prosessen for å skape en kultur som fremmer personalets motivasjon til å benytte fagprosedyrer (Konsmo, 2015; Helsedirektoratet, 2019). Uten kultur for å benytte seg av fagprosedyren om defusing, kan det føre til at få benytter seg av den i praksis.

Arbeidsgruppen og ledere bør undersøke om tiltak i forbedringsarbeidet gir ønsket effekt og etterspørre informasjon om utfordringer knyttet til fagprosedyren. Helsedirektoratet (2019) påpeker at tett lederoppfølging og konstant oppmerksomhet er avgjørende for at resultater i forbedringsarbeid opprettholdes.

Kolleger påpeker at tid og arbeidsmengde var avgjørende for om de benyttet seg av fagprosedyrer. Det er anbefalt å tilrettelegge for at ansatte får tilstrekkelig informasjon og tid (ibid). Ved å inkludere personalet fra dag én øker sannsynligheten for at prosedyren benyttes (Bahtsevani et al., (2010). Ifølge Meld. St. 6 (2017-2018) utvikles en pasientsikkerhetskultur når ansatte og ledere har et eierskap til kvalitetsforbedringen. Intensivavdelingen på Ahus har

faggrupper hvor de ansatte har et ansvar innenfor èn gruppe. Kandidatene har selv erfart at når vi får ta del i selve forbedringen, fører dette til økt fokus på å benytte fagprosedyrer.

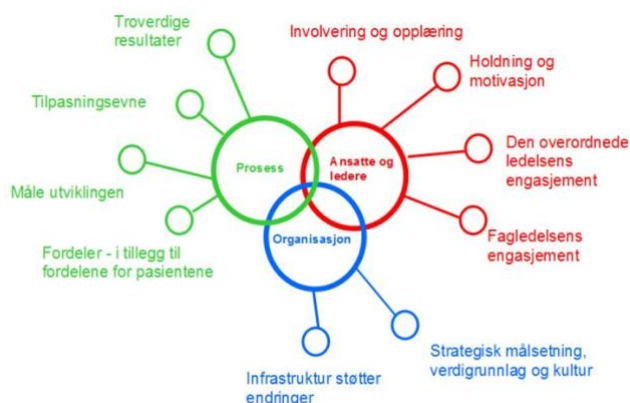
Opplæring av intensivsykepleierne er et viktig tiltak for å redusere motstand mot forbedring (Jun et al., 2016). Positive og motiverte intensivsykepleiere er sterkt knyttet til økt bruk av fagprosedyrer (ibid). Målet med å ta stilling til intensivsykepleiernes holdninger i dette kvalitetsarbeid er å sikre at fagprosedyren blir benyttet ved implementering.

9.0 HVORDAN FØLGE OPP KVALITETSARBEIDET

Den femte fasen i kunnskapscenterets modell for kvalitetsforbedring (tabell 3.1.1) og trinn åtte i helsedirektoratets sjekklister for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (tabell 3.2.1) omhandler å følge opp og planlegge implementering av fagprosedyren. Dette er et masterarbeid og implementeringen vil ikke skje før et eventuelt senere arbeid. Kandidatene vil likevel redegjøre for hvordan man skal lykkes med forbedringsarbeidet. Målet med å implementere en revidert fagprosedyre om defusing er å skape varig endring i intensivavdelingen ved Ahus.

For å opprettholde positive holdninger påpeker Bahtsevani et al., (2010) at fagprosedyren bør implementeres gjennom en kontinuerlig prosess. For å oppnå en vellykket implementeringsprosess er det ikke godt nok å kun utvikle en fagprosedyre. Arbeidsgruppen bør benytte seg av en omfattende og planlagt implementeringstrategi (Helsedirektoratet, 2012; Bahtsevani et al., 2010; Abrahamsson et al., 2012). Det kan være hensiktsmessig å teste ut tiltakene i liten skala. Det vil si å gjøre en pilotutprøving med påfølgende evaluering og eventuelle justeringer underveis. Strategier er viktig fordi forbedringen ofte kan bli “glemt” når avdelingen er tilbake i normale rutiner etter implementering av fagprosedyren (Bahtsevani et al., 2010). Det finnes en modell for vedvarende forbedring med ti faktorer som er viktige for å lykkes med forbedring, se figur 9.1. Denne modellen er utviklet av National Health Service (NHS). Disse faktorene kan deles inn i: prosessen, ansatte og ledere og organisasjonen (Helsebiblioteket, 2015). Kandidatene vil redegjøre kort for hvordan denne modellen vil bli benyttet ved implementeringen av fagprosedyren.

Figur 9.1: Modell for vedvarende forbedring (Helsebiblioteket, 2015).



Prosess: For at kandidatene skal lykkes med varig endring bør de ansatte oppleve en fordel med forandringen; for pasientene, for seg selv og organisasjonen. Tydeliggjøring av fordelene med fagprosedyren kan bidra til at de ansatte opprettholder motivasjonen for å arbeide med forbedringen. På denne måten rettes oppmerksomheten mot effekten forandringen har på personalets rolle og ansvarsområder. Det kan være hensiktsmessig å fokusere på at fagprosedyren vil være til nytte både for personalet og nyansatte, for at de skal utføre arbeidsoppgavene de er pålagt på en trygg måte (Bahtsevani et al., 2010). Dokumentasjon av forandringene bør sikres for å vise til effekten. Dette kan eksempelvis være ved hjelp av loggbøker. Dokumentasjon kan bidra til aksept, støtte og engasjement. Forbedringen bør nedfelles i rutiner og retningslinjer for å forebygge variasjon. Dette vil for eksempel være hensiktsmessig dersom noen i arbeidsgruppen skifter arbeidsplass for å opprettholde endringen (Helsebiblioteket, 2015). Det bør være en kultur for tilbakemeldinger og evaluering av fagprosedyren (Bahtsevani et al., 2010). Kongsmo (2015) skriver at det er nødvendig med et system for å måle om forbedringen fungerer optimalt. Dette kan gjøres med de presenterte kvalitetsindikatorer (se kapittel 4.4).

Ansatte og ledere: Ansatte bør få anledning til å arbeide med forbedring og involveres fra starten av forbedringsprosjektet. Ved å motivere de ansatte vil de oppleve at de er inkludert og verdsatt (helsebiblioteket, 2015). Det er avgjørende at fagprosedyren har en tydelig fremstilling av anbefalingene og et ryddig design (Jun et al., 2016). For å øke sannsynligheten for bruk ønsker kandidatene å lage flytskjemaer eller nøkkelkort som intensivsykepleierne kan ta i bruk ved defusing. Et aktuelt tiltak for å øke sannsynligheten for at prosedyren anvendes er å ha et undervisningsprogram for intensivsykepleierne ved implementering. Militærpsykiatri legger vekt på å undervise soldater og ledere i normale reaksjoner, faresignaler og tiltak for at de utsatte lettere kan anerkjenne behov for støtte og hjelp (Reichelt, 2016). Undervisning kan bevisstgjøre intensivsykepleierne om viktigheten av defusing og normale reaksjoner etter kritiske hendelser. Dette kan redusere risikoen for at intensivsykepleierne ikke melder fra eller gjennomfører defusingen.

Ledernes engasjement er en av de viktigste faktorene for å skape vedvarende endring (Bahtsevani et al., 2010). Implementering av fagprosedyrer er krevende og kan lett undervurderes i en travel intensivavdeling. Det er forankret i lovverket at ledere bør vise oppmerksomhet og tilrettelegge for at de ansatte får tid og rom til å gjennomføre forbedringsarbeid (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, §

7a, 2016). Kandidatene ønsker å inkludere lederne i avdelingen under hele prosessen av forbedringen. Dette kan gjøres ved å oppdatere og informere lederne underveis og oppmuntre de til å spre budskapet (helsebiblioteket, 2015). Man kan oppnå et godt resultat med regelmessige møter for å avdekke barrierer. Data kan anvendes for å vise til den positive effekten av å følge anbefalingene (Helsedirektoratet, 2019a). Lederne av forbedringen bør forstå at de har en viktig rolle som pådriver av prosjektet (Helsebiblioteket, 2015).

Organisasjon: Forbedringsarbeidet bør være i samsvar med avdelingens målsetting, verdigrunnlag og kultur. Personalet og ledelsen bør erkjenne sammenhengen og fordelene knyttet til å benytte defusing etter kritiske hendelser. Tidligere erfaringer med forbedringer er avgjørende. Dersom de ansatte har dårlige erfaringer, bør årsakene avklares for å øke sannsynlighet for varig endring. Endringstiltakene bør forankres i organisasjonens systemer og infrastruktur. Kandidatene ønsker derfor å kartlegge eventuelle positive og negative sider forbedringen har for personalet og hvordan dette kan ivaretas. Forbedring kan gi endringer i hierarkiet, sammensetning av kompetanse eller ansvar (Helsebiblioteket, 2015).

Det er en forutsetning at barrierene for en vellykket implementering identifiseres for å skape endring, se kapittel 8.2 (Bahtsevani et al., 2010). Endring og læring er knyttet til hverandre og derfor har kandidatene valgt å trekke frem eventuelle barrierer for læring under tabell 9.1 (Rossnes, et al., 2013).

Tabell 9.1, Faktorer som kan hemme læring ved implementering av fagprosedyrer (Rossnes et al., 2013):

Faktorer som kan hemme læring og implemetering av fagprosedyrer:	Årsaker:
Individuelle handlinger	Manglende kompetanse for iverksettelse Manglende formell autoritet Tap av eierskap til kunnskap Kontrollerende lederstil Endringskynisme eller motstand Ingen støtte hos toppledere

Strukturelle-organisatoriske	Avdelingskultur med vekt på stabilitet og intern orientering Mangel på tid og ressurser (for travel avdeling) For mye informasjon Dårlig opplæring Uklare mål Uengasjerte ledere, uklart hvem som har ansvar Høy turnover eller stor personalgruppe Dårlig kommunikasjon om behovet for endring
Organisasjonens omgivelser	Komplekse omgivelser med stor arbeidsbelastning Teknologisk endring Avvik fra standard. Uklare prioriteringer og motstand mot endring. Implisitt, tvetydig kunnskap med mangel på evnen til å stille spørsmål og utfordre.

Ved intensivavdelingen på Ahus vet kandidatene at høy turnover, mangel på tid og personell kan være noen av de mest utfordrende barrierene for å forankre fagprosedyren.

Forutsetningene for læring er samarbeid, motivasjon, tillit og medvirkning. Disse faktorene er presentert i tabell 9.2.

Tabell 9.2 Forutsetninger for læring (Rossnes et al., 2013):

Forutsetninger for læring:	
Samarbeid	Omfanget av forskjellige former for samarbeid. Eksempelvis mellom intensivsykepleiere og ledere.

Motivasjon	Vilje til å søke etter løsning på problemene. Være modig nok til å «prøve og feile»
Tillit	Trygghet og åpenhet i intensivavdelingen til å kunne fortelle om egne feil. Systemtilnærming til feil og mangler fremfor å fokusere på feil utført av en enkelt intensivsykepleier
Medvirkning	Mulighet for å kunne medvirke til utvikling og forbedring. Kontinuerlig dialog mellom ledere, arbeidsgruppe og ansatte.

10.0 KONKLUSJON

Det er et krav om at intensivsykepleiere skal jobbe kunnskapsbasert. Denne masteroppgaven i intensivsykepleie er et kvalitetsforbedringsarbeid. Det er utviklet et forslag til en revidert fagprosedyre for intensivsykepleiere ved hjelp av defusing. Det finnes mye forskning om at intensivsykepleiere er i stor risiko for å bli utbrente. De fleste forskningsartiklene konkluderer med at det er stort behov for forskning omkring effektive intervensjoner som kan forebygge problemet. Det er ingen bevis for at defusing vil forebygge utbrenthet, men det finnes grunnlag for å si at defusing vil styrke samhold mellom kolleger, bidra til læring, dekke behovet for emosjonell utlufting som på sikt bidra til bedre behandling og pasientsikkerhet. Støtte av kolleger er ansett som noe av det intensivsykepleiere verdsetter mest for å klare å stå i en ellers krevende jobb.

Mangel på forskningskunnskap skal ikke være til hinder for utvikling eller revidering av fagprosedyrer. Intensivsykepleiere bør i fremtiden bidra til å forske på effektive intervensjoner som ivaretar hjelperen. Kandidatene håper forbedringsarbeidet kan føre til økt fokus på å ivareta intensivsykepleiere i fremtiden.

REFERANSELISTE

Abrahamson, K. A., Fox, R. L., & Doebbeling, B. N. (2012). Facilitators and barriers to clinical practice guideline use among nurses. *AJN The American Journal of Nursing*, 112(7), 26-35. [10.1097/01.NAJ.0000415957.46932.bf](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000415957.46932.bf)

Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International journal of nursing studies*, 52(2), 649-661. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>

Allern, S. (2015). *Journalistikk og kildekritisk analyse* (1. utg.). Cappelen Damm

Alper, B.S & Haynes, R.B. (2016). EBHC pyramid 5.0 for accessing preappraised evidence and guidance. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 21(4), 123-125.
<http://dx.doi.org/10.1136/ebmed-2016-110447>

Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_1

Bahtsevani, C., Willman, A., Stoltz, P., & Östman, M. (2010). Experiences of the implementation of clinical practice guidelines—interviews with nurse managers and nurses in hospital care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(3), 514-522.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00743.x>

Bohström, D., Carlström, E., & Sjöström, N. (2017). Managing stress in prehospital care: Strategies used by ambulance nurses. *International emergency nursing*, 32, 28-33.
<https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.08.004>

GRADE (The grading of recommendations assessment, development and evaluation). (Oppdatert april, 2016). *The GRADE working group*. <https://www.gradeworkinggroup.org>

Boer, J. D., Rikxoort, S. V., Bakker, A. B & Smit, B. J. (2013). Critical incidents among intensive care unit nurses and their need for support: explorative interviews. *British association of Critical Care Nurses*, 19 (6), 166-172, <https://doi.org/10.1111/nicc.12020>

Boet, S., Bould, M. D., Bruppacher, H. R., Desjardins, F., Chandra, D. B., & Naik, V. N. (2011). Looking in the mirror: self-debriefing versus instructor debriefing for simulated crises. *Critical Care Medicine*, 39(6), 1377-1381. doi: 10.1097/CCM.0b013e31820eb8be

Brouwers, MC., Kho, ME, Browman, GP., Burgers, JS., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, ID., Grimshaw, J., Hanna, SE., Littlejohns, P., Makarski, J. & Zitzelsberger, L. (2017) *Appraisal of guidelines for research & evaluation II. AGREE II Instrument*. <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf>

Couper, K., Salman, B., Soar, J., Finn, J., & Perkins, G. D. (2013). Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Intensive care medicine*, 39(9), 1513-1523. <https://doi.org/10.1007/s00134-013-2951-7>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Donabedian, A. (1992). The role of outcome in quality assessment and assurance. *Quarterly Research Bulletin*. 18(11): 356-360. DOI: [10.1016/s0097-5990\(16\)30560-7](https://doi.org/10.1016/s0097-5990(16)30560-7)

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press. DOI: [10.1093/intqhc/mzg052](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg052)

Dyregrov, A. (2002). *Psykologisk debriefing. Hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelser*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dyregrov, K. & Dyregrov, A. (red). (2008). *Krisepsykologi i praksis*. Bergen: Fagbokforlaget

Eid, J. & Johnsen, B. H. (red.) (2018). *Operativ psykologi* (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Engström, Å., Nyström, N., Sundelin, G., & Rattray, J. (2013). People's experiences of being mechanically ventilated in an ICU: a qualitative study. *Intensive and critical care nursing*, 29(2), 88-95. doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2012.07.003>

Folland, R. (2010). *Holistic debriefing: A paradigm shift in leadership*. Alabama: Maxwell air force base

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2016-10-28-1250/§7>

Haavik, M. & Toven, S. (2020). *Ivaretagelse av hjelpere. Er vi ikke betalt for å tåle dette?* Oslo: Universitetsforlaget.

Harder, N., Lemoine, J. & Harwood, R. (2019) Psychological outcomes of debriefing healthcare providers who experience expected and unexpected patient death in clinical or simulation experiences: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 29(3-4), 330-346. <https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1111/jocn.15085>

Helsebiblioteket. (2010, 5. oktober). *Definisjon av fagprosedyre*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/lage-og-oppdatere-fagprosedyrer/metode/definisjon-av-fagprosedyre>

Helsebiblioteket. (2015). *Hvordan skape vedvarende forbedring*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/verktoy-for-vedvarende-forbedringer-sustainability>

Helsebiblioteket. (2016c). *Sjekkliste for vurdering av en randomisert, kontrollert studie (RCT)*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsebiblioteket. (2016a). *Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsebiblioteket. (2016c). *Sjekkliste for vurdering av kvalitativ studie*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>

Helsebiblioteket. (Hentet 20. Juni, 2020). *Kunnskapsbasert praksis*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*.

[https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/) /attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf

Helsedirektoratet. (2013). Kunnskapsgrunnlaget. *Nasjonale faglige retningslinjer*.

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/15.nasjonale-faglige/kunnskapsgrunnlaget>

Helsedirektoratet. (2016). *Mestring, samholdighet og håp. Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer*. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/psykososiale-tiltak-ved-kriser-ulykker-og-katastrofer/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/> /attachment/inline/9170958a-0200-4f74-a842-ce505e8dbbe6:3a3fb52fc12bffd1b64e3a1567333d5d239a2167/Psykososiale%20tiltak%20ved%20kriser,%20ulykker%20og%20katastrofer%20%E2%80%93%20Veileder.pdf

Helsedirektoratet. (2019a). *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring*. [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/)

[omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/) /attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf

Helsedirektoratet. (2019b). Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI), Akershus universitetssykehus HF.

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/oversikt-over-kvalitetsindikatorer-per-helseforetak/helse-sor-ost-rhf/akershus-universitetssykehus-hf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_4

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

Hjemås, G. & Jensen, A. (2020). Statistisk sentralbyrå: *Så mange intensivsykepleiere har vi til rådighet*. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/sa-mange-intensivsykepleiere-har-vi-til-radighet>

International Committee of Medical Journal Editors (2016). *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*. <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>

Jakimowicz, S., Perry, L., & Lewis, J. (2018). Insights on compassion and patient-centred nursing in intensive care: A constructivist grounded theory. *Journal of clinical nursing*, 27(7-8), 1599-1611. <https://doi.org/10.1111/jocn.14231>

Jun, J., Kovner, C. T., & Stimpfel, A. W. (2016). Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: an integrative review. *International journal of nursing studies*, 60, 54-68. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.006>

Karlsson, V., & Forsberg, A. (2008). Health is yearning—experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. *Intensive and critical care nursing*, 24(1), <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.06.004>

Katz, C. L. (2018). Mental health response to disasters and other critical incidents. *BMJ best practice*, 2018(11), 1-14. Hentet fra: <https://bestpractice-bmj-com.ezproxy.hioa.no/topics/en-gb/1065/pdf/1065.pdf>

Kirkehei, I & Ormstad, S.S (2013). *Litteratursøk*. 23(2): 141-145. <https://doi.org/10.5324/nje.v23i2.1635>

Konsmo, T. De Vibe M., Bakke, T., Udness, E., Eggesvik, S & Norheim, G. (2015). *Modell for kvalitetsforbedring- utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid.*

<https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/>

Konsmo, T. (2015). *Hvordan skape vedvarende forbedringer?*

<https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/verktoy-for-vedvarende-forbedringer-sustainability>

Kunnskapssenteret. (2014). *Sluttrapport for pasientsikkerhetskampanjen i trygge hender. 2011-2013.* Oslo. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7/ /attachment/inline/f6f29887-cc7c-4a78-b821-6bf90ae76053:511346d1c3a71542e5087a1b730c00f38421fb55/sluttrapport-for-pasientsikkerhetskampanjen-2011-2013.pdf>

Kvalitet. (2018, 28. mai). I *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/kvalitet>

Lock, S., Rubin, G. J., Murray, V., Rogers, M. B., Amlôt, R., & Williams, R. (2012).

Secondary stressors and extreme events and disasters: a systematic review of primary research from 2010-2011. *PLoS currents*, 4. doi:

[10.1371/currents.dis.a9b76fed1b2dd5c5bfcfc13c87a2f24f](https://doi.org/10.1371/currents.dis.a9b76fed1b2dd5c5bfcfc13c87a2f24f)

Meld. St. 10 (2012-2013). *God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.* Det kongelige helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/no/pdfs/stm201220130010000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 11 (2015-2016). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019).* Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/?ch=5>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015). *Slik oppsummerer vi forskning.*

Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (4.utg.).

Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/skjema/brukererfaring/2015_handbok_slik_oppsummerer_vi_forskning.pdf

Norsk elektronisk legehåndbok. (2019). *Psykologisk stress og sykdom*. <https://legehandboka-no.ezproxy.oslomet.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/pasientinformasjon/ulike-tilstander/stress-og-sykdom/>

Norsk elektronisk legehåndbok. (2020a). *Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)*. <https://legehandboka-no.ezproxy.oslomet.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/ulike-sykdommer/posttraumatisk-stresslidelse/>

Norsk elektronisk legehåndbok. (2020b). *Utbrenthet ved mistenkt utbrenthetssyndrom*. <https://legehandboka-no.ezproxy.oslomet.no/handboken/kliniske-kapitler/arbeidsmedisin/arbeidsrelaterede-sykdommer/sykdommer-og-plager/utbrenthetssyndrom/>

Norsk sykepleierforbund. (2004). *Definisjoner*. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/125357/270500/Definisjoner>

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

NSF's landsgruppe av intensivsykepleiere. (2017). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere*. <https://www.nsf.no/Content/3653445/cache=20170512210950/Funksjons%20og%20ansvarbeskrivelsen%20for%20intensivsykepleiere%20vedtatt%2020september2017.pdf>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribe AS

Ose, S. O., Kaspersen, S. L. & Kalseth, J. (2018). SINTEF: Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og

Tyskland. https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/avdelinger/helse/endelig_rapport_sykefravarsoppfolging-ulike-land-2018.pdf/

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Peterson, U., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Reflecting peer-support groups in the prevention of stress and burnout: Randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 63(5), 506-516. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04743.x>

Rainbow, J. G., Drake, D. A., & Steege, L. M. (2020). Nurse health, work environment, presenteeism and patient safety. *Western journal of nursing research*, 42(5), 332-339. doi: <https://doi.org/10.1177/0193945919863409>

Reichelt, J. G. (2016). *Håndbok i militærpsykiatri*. Bergen: Fagbokforlaget

Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews*, (2). Hentet fra: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000560/abstract>

Rossnes, R., Nesheim, T. & Tinmannsvik, R. K. (2013). *Kultur og systemer for læring. En kunnskapsoversikt om organisatorisk læring og sikkerhet*. Trondheim: SINTEF teknologi og samfunn. <https://www.ptil.no/contentassets/debadf8aa3d04e709207c8a96a01cea0/sintef-a24120-kultur-og-systemer-for-laring--en-kunnskapsoversikt-om-organisatorisk-laring-og-sikkerhet.pdf>

Ruotsalainen, J. H., Verbeek, J. H., Mariné, A., & Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002892.pub3/full>

Rygh, L.H. & Saunes, I.S. (2008). Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. I *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Rapport nr. 6-2008.

https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_0806_kvalitetsindikatorssystemer.pdf

Senter for krisepsykologi. (Hentet 19. oktober, 2020). *Tiltak*. Kriser.no.

<https://www.kriser.no/tiltak>

Slettebø, Å. (2014). *Sykepleie og etikk* (6. utg.). Oslo: Gyldendal norsk akademisk

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenes>

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Hentet fra:

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/metoder-og-verktoy-for-systematisk-kvalitetsforbedring-for-helhetlige-og-koordinerte-tjenester/de-seks-dimensjonene-for-kvalitet-i-tjenestene-er-sentrale-sjekkpunkter-i-forbedringsarbeidet/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf> /attachment/inline/985d47ad-c5cc-47e4-8e4d-2d3ae1a05bbe:cdbc34628eed68ec59098b3a2f41e0f8a28a44ee/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf

Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet. Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tannenbaum, S. I., & Cerasoli, C. P. (2013). Do team and individual debriefs enhance performance? A meta-analysis. *Human factors*, 55(1), 231-245. DOI:

<https://doi.org/10.1177/0018720812448394>

Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical care*, 42(2 Suppl), II57.

doi: [10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a](https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000109126.50398.5a)

Van Mol, M. M., Kompanje, E. J., Benoit, D. D., Bakker, J., & Nijkamp, M. D. (2015). The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PloS one*, 10(8), e0136955. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>

Vråle, G. B., Borge, L. & Nedberg, K. (2017). Etisk refleksjon og bevisstgjøring i veiledning. *Sykepleien forskning*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/04/etisk-refleksjon-i-veiledning>

World Health Organization. (2003). *Mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67866/WHO_MSD_MER_03.01.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2012). *Psychological debriefing in people exposed to a recent traumatic event*. https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/other_disorders/q5/en/

Yrkesbeskrivelse intensivsykepleier. (2020, 19. august). Utdanning.no. <https://utdanning.no/yrker/beskrivelse/intensivsykepleier>

VEDLEGG 1: Eksisterende fagprosedyre ved Ahus.

AN16 Retningslinje for hvordan planlegge og gjennomføre avlastningssamtale (defusing) i etterkant av en kritisk hendelse

1.0 Hensikt

Kritiske hendelser bærer ofte preg av uforutsigbarhet og kaos. Det er ikke uvanlig at mange mister oversikten over hva som skjedde, og vil derfor kunne bære dette med seg i etterkant av hendelsen.

Hensikten med avlastningssamtale er å gi de involverte mulighet til å sette ord på hva som skjedde rett i etterkant av hendelsen og innenfor den aktuelle vekten (1). Dette skal bidra til å få en nødvendig oversikt over hendelsen, og er som oftest tilstrekkelig for å dekke det de involverte har behov for. Dette gjelder særlig profesjonelle hjelpere (1).

Dersom det i etterkant av en avlastningssamtale synliggjøres et behov for debriefing, holdes denne først en av de første dagene etter en hendelse. Det er anbefalt at debriefing gjennomføres av en person som har kompetanse på denne metoden. (1) Hensikten med denne retningslinjen er:

- å tydeliggjøre hva avlastningssamtale er
- å klargjøre når avlastningssamtale skal/bør anvendes å synliggjøre ansvar
- å være veileder for hvordan organisere og gjennomføre en avlastningssamtale

2.0 Omfang

Alle ansatte i anestesivdelingen

3.0 Grunnlagsinformasjon

3.1 Grunnlagsdokumenter

- 1) Dyregrov, A. (2002). Psykologisk debriefing – Hvordan lede gruppeprosesser etter kritisk hendelser. Fagbokforlaget
- 2) Tveiten, S. (2010). Veiledning – mer enn ord (3. utgave). Fagbokforlaget
- 3) EQS 13762 Dokumentstyring ved Ahus
- 4) EQS 6523 IK/HMS-prosedyre: Oppfølging av personell etter kritisk hendelser
- 5) Burke, Laurie and Spitzer, William J (1993): "A critical-incident stress debriefing program for hospital-based health care personnel". Health & Sosial Work, Volume 18, Number 2, May 1993, s 149-156 6) Ordnett.no

3.2 Definisjoner

Kritisk: "Alvorlig" (6).

Hendelse: "Tilfelle, begivenhet" (6).

Retningslinje: "En retningslinje er en anbefalt måte å utføre en aktivitet på. En veiledning i utførelsen av arbeidsoppgaven" (3).

Avlastningssamtale(defusing): "En semi-strukturert gjennomsnakking av den kritiske hendelsen samme dag som den fant sted" (4)

4.0 Arbeidsbeskrivelse

4.1 Ansvar for å melde fra om en hendelse

Alle medarbeidere har i utgangspunktet et ansvar for å melde fra om hendelser som de selv, eller andre opplever, hvor de mener det er behov avlastningssamtale.

Koordinator har ansvar for å melde fra til nærmeste leder at avlastningssamtale har funnet sted.

4.2 Ansvar for videre oppfølging i etterkant av en hendelse

Nærmeste leder har ansvar for å vurdere behovet for videre oppfølging i form av debriefing, eller annen form oppfølging.

4.2 Ansvar for gjennomføring av avlastningssamtale

På dagtid kan de som har kompetanse på debriefing eller veiledning ta ansvar for disse samtalene. På vaktid kan koordinator ha ansvar for dette.

5.0 Avlastningssamtale

Type hendelse, antall deltagere og tid til disposisjon vil kunne virke inn på tidsaspektet. Litteraturen anbefaler alt fra 20 minutter til 1,5 time (1). Dette må vurderes i hvert enkelt tilfelle.

5.1 Planlegging

Planlegging og struktur er viktig for gjennomføringen. I planleggingsfasen legges rammene for samtalen og det er derfor viktig å tenke på følgende: (1, 2) 5.1.1 Når Det anbefales at avlastningssamtalen holdes innenfor 1 til 8 timer etter at hendelsen fant sted. Det er viktig å være klar over at ingen kan tvinges til å delta og at dette er et tilbud til de som ønsker å delta (1, 5). 5.1.2

Antall deltagere

Det anbefales at gruppene ikke er for store (6 – 8 personer), men det vil være vanskelig, og direkte uetisk å utelate noen som var involvert i hendelsen dersom de ønsker å delta. Det er viktig at alle delaktige bidrar til å få klarhet i situasjonen og hva som skjedde. Det er også viktig at personer som ikke har vært delaktig i hendelsen blir deltakere ut fra andre motiver enn det som er hensikten (1, 2). 5.1.3

Varighet

Det er viktig å ta med i planleggingen hvor lenge en avlastningssamtale skal vare. Dette er en del av strukturen, som også gir en forutsigbarhet for hvordan tiden til disposisjon skal anvendes. Det er erfart at det fort kan gå 1 ø time. Det er viktig at alle deltakerne får slippe til med sin opplevelse av situasjonen, så hvis gruppen er stor må man kanskje påberegne mer tid. Det er uansett viktig å synliggjøre ovenfor deltakerne hvor mye tid som er satt av til den aktuelle samtalen (1, 2).

5.1.4 Hvor

Det anbefales å finne et sted hvor man unngår avbrytelser og andre forstyrrelser.

Det er også viktig å levere fra seg vaktcalling og andre telefoner knyttet til drift, samt slå av mobiltelefoner. Alle former for avbrytelser kan medføre unødvendige forstyrrelser (1,2). Den videre gangen i avlastningssamtalen er delt inn i 3 faser. Oppstartsfasen, Arbeidsfasen og avslutningsfasen. (2)

6.0 Oppstartsfasen

Den som skal lede samtalen presenterer seg og synliggjør at vedkommende er gruppeleder og ordstyrer. Det er viktig at oppstartsfasen inneholder informasjon om hva avlastningssamtale er og hva som er hensikten (se del 1.0 og 3.0). Det er også viktig å presentere de regler som skal gjelde for gruppa, og at gruppa enes om disse. Bruk noen minutter på å diskutere reglene (1, 2).

6.1 Anbefalte regler:

- Vi vil hverandre vel
- Vi vil være en støtte for hverandre
- Det som blir sagt her, forblir her (taushetsplikt) (1, 2)

7.0 Arbeidsfasen

7.1 Hva skjedde?

(hva er fakta) I arbeidsfasen går man inn i selve hendelsen, og hva som faktisk skjedde. Her er det viktig at man har fokus på fakta, men det må også være rom for å komme med tanker og reaksjoner.

Gruppelederen har ansvar å se at alle blir ivaretatt. Det innebærer at alle må få mulighet å komme til ordet. Bruk av runder kan bidra til å sikre dette.

I en runde får deltakerne ordet etter tur. Hensikten med runde er at alle deltakerne skal få komme til ordet. Gruppeleder kan bruke runde når det er ønskelig å få hver enkelt til å meddele noe. Meddelelse fra alle er en viktig faktor i avlastningssamtalen hvis deltagerne skal få den nødvendige oversikten over hendelsen.

Det er viktig å være klar over at meddelelsesbehovet kan være ulikt i en slik situasjon, og dette må respekteres.

Det er også mulig å la ordet være fritt (med ordstyring) og ha en diskusjon rundt hendelsen. Igjen er det viktig at fakta styrer diskusjonen og gruppelederen har et særdeles ansvar for å holde diskusjonen rundt fakta (1, 2).

Dersom noen av deltagerne har mer erfaring eller har vært i lignende hendelser tidligere, kan de oppmuntres til å dele disse erfaringene. Dette kan bidra til å normalisere tanker og reaksjoner.

8.0 Avslutningsfasen

Når arbeidsfasen er ferdig er det viktig å sikre at ingen går fra samtalen med dårlig samvittighet eller skyldfølelse. Derfor kan det være gunstig å avslutte med en runde hvor deltagerne etter tur svarer på følgende spørsmål:

- Hvordan har dette vært for deg?
- Hva trenger du nå?

Hvis noen gir uttrykk for at de trenger mer oppfølging, skal behovet meldes til nærmeste leder påfølgende dag. Det skal også meldes til nærmeste leder at avlastningssamtale er gjennomført.

VEDLEGG 2: Mal for utvikling av fagprosedyrer

Mal for utvikling av fagprosedyrer fra Akershus universitetssykehus.

1.0 Hensikt

Kort beskrivelse av hva man vil oppnå med prosedyren, hvorfor den skal lages, evt hva som kan gå galt dersom den ikke lages/følges. Mål for handlingen, eks. lik/ riktig gjennomgang av en fremgangsmåte, eller sikre at pasienten blir forberedt slik hensikten med en undersøkelse nåes.

Husk at hensikten med prosedyren ikke er den samme som hensikten med den handlingen som skal sikres. For eksempel er hensikten med ansettelse kanskje å tilføre arbeidskraft. Hensikten med en prosedyre som beskriver ansettelse, er å unngå feil i selve ansettelsesprosessen

2.0 Omfang

Hvor stort område omfattes av prosedyren,

Hva/ hvem blir berørt av prosedyren. Hvem gjelder prosedyren for.

Hvilke enheter, fagpersoner og tjenester eller prosesser dekkes av dokumentet..

Angi tidsperspektiv dersom prosedyren er gyldig fra / eller til en dato.

3.0 Arbeidsbeskrivelse

3.1 Ansvar

Hvem som innehar hvilket ansvar innenfor prosedyren/ aktivitetene som beskrives (jfr 4.2).

Hvem har det overordnede ansvaret og hvem har ansvar for tiltakene. Ved flere involvert kan ansvar redegjøres for under hver handling. 1

3.2 Handling

En kortfattet klar og konsis beskrivelse av hvem (ikke navn, men tittel) som skal gjøre hva og i hvilken rekkefølge. Det vil si en trinnvis beskrivelse av hvor, når og hvordan en aktivitet skal gjennomføres. Eventuelt hvilke materialer, utstyr og dokumentasjon som skal brukes. Husk å inkludere oppfølging, evt registrering og rapportering, der dette er aktuelt.

Når hvem som gjør hva skal benevnes, ikke benytt navn, men «rolle-betegnelse» eks. utførende, leder, operatør etc

Handlingen må gjenspeile hensikt, omfang, grunnlagsinformasjon og ansvar.

4.0 Relaterte dokumenter

Relaterte dokumenter er dokumenter som har betydning for innholdet i prosedyren. De er ikke benyttet som grunnlag for utarbeidelse av dokumentet, men som allikevel er aktuelle å lenke direkte opp mot dokumentet. Dersom det refereres direkte til et dokument i prosedyreteksten, kan lenke med fordel legges direkte der.

5.0 Vedlegg

Vedlegg kan være tegninger, arbeidskort, flytskjema, figurer, utfyllende bruksanvisning, sjekklister og lignende som er nødvendig for å kunne følge prosedyren.

6.0 Grunnlagsinformasjon

6.1 Grunnlagsdokumenter

Definer hvilket lovverk eller andre styrende dokumenter som stiller krav til utøvelse av aktiviteten.

Eksempler:

Dokumenter som stiller krav og påbud til organisasjonen gjennom bestemmelser gitt av myndighetene eller vedtatt i nasjonale eller internasjonale normer eller standarder.

Pasientopplevelser, undersøkelser, anbefalinger, høringer, prosedyrer eller annen som er benyttet som grunnlag ved utarbeidelse av prosedyren.

Utfyllende dokumentasjon som kan gi lesere større forståelse. (Dette bør legges under relaterte dokumenter, dersom det ikke er en del av grunnlaget for prosedyren).

6.2 Definisjoner

Definer sentrale begreper som er nødvendig for forståelse av prosedyren

7.0 Søkord

Her kan man legge inn relevante søkord for prosedyren. Når man legger inn søkord på en prosedyre vil det vises øverst på søkelisten dersom brukeren søker på en eller flere av søkordene definert her

VEDLEGG 3 Mal for fagprosedyrens struktur:

1.0 Hensikt

2.0 Omfang

3.0 Arbeidsbeskrivelse

3.1 Ansvar

3.2 Handling

4.0 Relaterte dokumenter

5.0 Vedlegg

6.0 Grunnlagsinformasjon

6.1 Grunnlagsdokumenter

6.2 Definisjoner