



Høgskulen på Vestlandet

Masteroppgave

MKS591-O-2022-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	11-05-2022 09:00	Termin:	2022 VÅR
Sluttdato:	25-05-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MKS591 1 O 2022 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	427
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	14933
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	17
Andre medlemmer i gruppen:	457

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MKS591-MASTEROPPGAVE

«Gevinsten av systematisk debriefing»

«The gains of systematic debriefing»

Kandidatnummer: 427 & 457

Masterutdanning i Intensivsykepleie

Høgskulen på Vestlandet, campus Haugesund

Veileder: Ellen Johanne Svendsbø

Innleveringsdato: 25.mai 2022

Antall ord: 14933

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord

Denne masteroppgaven setter punktum for et to år langt studieløp i intensivsykepleie, ved Høgskulen på Vestlandet. Det har vært en intens men lærerik erfaring med flere oppturer og nedturer underveis. Det blir derfor med stor stas å fullføre løpet med en mastergrad i kofferten til vår videre reise i helsetjenesten.

Det er i den forbindelse flere som fortjener en evig takk fra oss!

Tusen takk til vår praksislærer Heidi Bringsvor, du sørget for at vi fikk gode opplevelser i praksis. Til praksisveiledere, for ny lærdom både kunnskap og ferdigheter.

Til våre kollegaer som har vært forbilder og inspirasjon til faglig utvikling og tema til oppgaven. Takk for at dere brukte av tiden deres på utprøving av spørreskjema, viste interesse, reflektere og delte deres synspunkter rundt tema debriefing.

Tusen takk til vår veileder, Ellen Johanne Svendsbø. Veiledningene med deg gav oss alltid «boost» til å jobbe på videre, selv de gangene vi var i ferd med å gi opp. Vi er evig takknemlig for fine tilbakemeldinger og at du hadde troen på oss. (Nå kan vi endelig feire og bytte ut brusen i rødvinsglassene).

Bibliotekar Lars Malvin Røsseland Kvinge, tusen takk for uvurderlig hjelp med analyseprosessen når vi møtte opp med Pippi holdningen *"det har vi aldri gjort før, det kan vi sikkert klare"*. Takk for tålmodigheten og tilgjengeligheten din. Vi er også imponerte over det varme og inkluderende miljøet ved Høgskolen på Stord, alt fra et vennlig smil, til gratis pizza og kake har betydd mye på lange skrivedager!

Så til avdelingene og deres ansatte som tok seg tid til å delta, det er tross alt dere som har gjort vår studie mulig å gjennomføre, tusen takk til dere alle sammen. Vi håper deltakelsen har bidratt til å belyse og skape engasjement rundt et viktig tema. Sist men aller viktigst, vår heilagjeng og familier, som har stillt opp og støttet oss gjennom disse to travle årene. Lyttet til frustrasjoner eller feiret resultater sammen med oss. Tusen takk for at dere finnes og at dere gang på gang viser oss hva som er det aller viktigste i livet!

Åkrehamn, 22.mai 2022

Sammendrag

Helsepersonell utsettes for sterke inntrykk og overveldende opplevelser i arbeidet. I størst grad helsepersonell som er en del av den akuttmedisinske kjeden, hvor akutt, kritisk syke eller skadde pasienter blir en del av arbeidshverdagen. Konsekvensen av å arbeide i uforutsigbare omgivelser, hvor tid, trygghet i arbeidet, faglige kunnskaper og praktiske ferdigheter kan være avgjørende for pasienten, er utvikling av negative senfølger. Følgene kan vises som utbrenthet, medfølelsetretthet eller sekundær traumatisk stress. Ved å benytte debriefing som en del av arbeidshverdagen, kan man både bearbeide overveldende inntrykk og samtidig lære av erfaringene. Dermed bli tryggere i arbeidet, bedre samarbeidet og øke pasientsikkerheten. I tillegg kan man unngå turnover fra yrket og sykefravær.

Hovedhensikten med studien er å kartlegge i hvilken grad debriefing benyttes blant de ulike instansene i den akuttmedisinske kjeden. Samtidig som den gir et bilde på behovet og interessen for debriefing blant helsepersonell.

Studien bygger på et kvantitativt forskningsdesign, gjennom tverrsnittundersøkelse. Det er benyttet et spørreskjema, med både påstander og spørsmål med forhåndsdefinerte svaralternativer. Totalt 126 respondenter fra to ulike distrikt i Helse Vest deltok i undersøkelsen. Studien har et sykepleiefaglig perspektiv og i den forbindelse skulle de inviterte deltakerne oppfylle kriteriet om utdanningsnivå innen ambulansesfag, sykepleie eller intensivsykepleie. Spørreundersøkelsen foregikk anonymt og ble innhentet i papirform. Datamaterialet ble deretter registrert og analysert ved hjelp av SPSS programvare. Hovedfunn fra studien viser at debriefing blir i størst grad benyttet i den prehospitale delen av den akutt medisinske kjeden. Det er i hovedsak uformelle samtaler mellom kollegaer, utført på eget initiativ som utgjør den største andelen i hvilken grad debriefing benyttes. Studien belyser en stor interesse for debriefing blant helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden. Resultatene bekrefter at det er behov for debriefing både prehospitalt og inhospitalt i møte med den akutt/kritisk syke/skadde pasienten. Det utføres i liten grad formell debriefing med andre faggrupper eller instanser. Allikevel er deltakerne enig i at debriefing fører til ulike gevinster både for egen fagutvikling, styrket teamsamarbeid og økt pasientsikkerhet. Uklare retningslinjer for bruken av debriefing fremkommer i studien. Dette indikerer behov for et tilpasset system for debriefing, for at det skal kunne implementeres som en obligatorisk del av arbeidet.

Summary

Health professionals are exposed to strong impressions and overwhelming experiences in their work. Especially health professional who work in emergency medicine, where acutely, critically ill or injured patients become part of the daily work. The consequence of working in unpredictable environments, where time, professional knowledge and practical skills can be decisive for the patient, is to develop negative consequences. This may appear as burnout, compassion fatigue or secondary trauma. By using debriefing, it can both process overwhelming impressions, and at the same time use the experiences to developing knowledge. Thus, help become safer in the work, improve cooperation and increase patient safety. It can avoid apostasy from the profession and sick leave. The main purpose of the study is to identify the extent to which debriefing is used among the various emergency departments. The study also provides a picture of the need and interest in debriefing among health professionals.

This study is based on quantitative research design, through cross-sectional study. A questionnaire has been used, with both claims and questions with predefined answer options. A total of 126 respondents from two different districts in Helse Vest participated. This study has a nursing perspective and therefore the invited participants should meet the criterion on educational attainment in ambulance, nursing or intensive care nursing. The survey took place anonymously and was collected in paper. The data material was then recorded and analyzed using SPSS software. The main findings from the study shows that debriefing is mostly used in the prehospital part of the emergency medicine departments. It is mainly informal conversations between colleagues, carried out on their own initiative, that make up the largest share to the extent to which debriefing is used. The study highlights a great interest in debriefing among healthcare professionals in the emergency medicine departments. The findings confirm that there is a need for debriefing in all of the departments who care for the acutely/critically ill/injured patient. Formal debriefing with other professional groups or departments is almost never used. Nonetheless the participants in this study agree that debriefing leads to various benefits both for their own professional development, strengthened team collaboration and increased patient safety. Missing guidelines for the use of debriefing were stated. This indicates the need for a customized debriefing for it to be a mandatory part of the work.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Sammendrag.....	2
Summary.....	3
Figur-og tabelloversikt.....	.6
1. Introduksjon.....	7
1.1 Bakgrunn for valgt tema.....	8
1.2 Tidligere forskningsfunn.....	9
1.3 Studiens hensikt.....	11
1.4 Presentasjon av problemstilling.....	11
1.5 Hypoteser	12
1.6 Avgrensing av studien og spesifisering av problemstilling.....	13
2. Teoretisk forankring.....	14
2.1 Debriefing.....	14
2.1.1 Uformell debriefing.....	15
2.1.2 Formell debriefing.....	15
2.1.3 Viktige momenter ved debriefing.....	16
2.1.4 Mitchell-modellen.....	17
2.1.5 STOP5-modellen.....	18
2.2 Den akuttmedisinske kjeden.....	19
2.2.1 Den akutt syke/skadde pasienten.....	20
2.2.2 Nasjonal helse-og sykehusplan 2020-2023.....	21
2.3 Konsekvenser av helperollen.....	22
2.3.1 Sekundærtraumatisering.....	23
2.3.2 Medfølelsestretthet.....	24
2.4 Fremme motstandskraft i helperollen.....	25
2.4.1 Arbeidsmiljøloven.....	25

2.4.2 Rolleforventning.....	26
2.4.3 Erfaringsbasert robusthet.....	27
2.4.4 Lazarus og Folkman mestringsteori.....	27
2.4.5 Implementering av tiltak.....	28
3. Metode.....	29
3.1 Kvantitativ tilnærming.....	29
3.1.1 Spørreskjema.....	30
3.2 Utvalg.....	31
3.3 Variabler.....	32
3.4 Forskningsetiske vurderinger.....	32
3.5 Validitet og reliabilitet.....	34
3.6 Analysemetode.....	34
4. Resultater.....	36
5. Diskusjon	43
5.1 Diskusjon av resultater.....	43
5.1.1 Anvendelse av debriefing	43
5.1.2 Uformelle samtaler.....	44
5.1.3 Tilbud om formell debriefing.....	45
5.1.4 Gevinster av debriefing.....	46
5.1.5 Debriefing for et styrket teamarbeid.....	47
5.1.6 Debriefing for emosjonell bearbeiding.....	49
5.1.7 Barrierer for implementering av debriefing.....	50
5.1.8 Debriefing som en obligatorisk del av arbeidet.....	54
5.2 Styrker og svakheter med valgt metode.....	56
5.3 Konklusjon.....	58
5.3.1 I hvilken grad benyttes debriefing?.....	58
5.3.2 Gevinsten av systematisk debriefing.....	58

5.3.3 Er det behov for et tilpasset system?

5.4 Implikasjoner for videre forskning	59
6. Litteraturliste.....	60
7. Vedlegg.....	67
Vedlegg 1: Spørreskjema	67
Vedlegg 2: NSD vurdering	72
Vedlegg 3: Godkjenning fra virksomheten	73
Vedlegg 4: STOP5 modellen	74
Vedlegg 5: Krysstabeller	75
Vedlegg 6: Frekvenstabeller	88

Figur-og tabelloversikt

<i>Figur 1- Gevinstene av systematisk debriefing</i>	side 30
<i>Tabell 1- Arbeidserfaring</i>	side 36
<i>Tabell 2- Antall alvorlige hendelser siste året</i>	side 36
<i>Tabell 3- Rutiner for debriefing avdelingsvis</i>	side 37
<i>Tabell 4- Formell debriefing etter arbeidserfaring</i>	side 38
<i>Tabell 5- Tilbud om debriefing</i>	side 38
<i>Tabell 6- Initiativ til debriefing</i>	side 38
<i>Tabell 7- Tilbud om debriefing etter arbeidserfaring</i>	side 39
<i>Tabell 8- Preges på fritiden etter arbeidserfaring</i>	side 40
<i>Tabell 9- Indeks, gevinstene av debriefing</i>	side 40
<i>Tabell 10- Debriefing som mentalt krevende</i>	side 41
<i>Tabell 11- Debriefing som en obligatorisk del av arbeidet</i>	side 42

1. Introduksjon

Helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden er særlig utsatt for uforutsigbare, alvorlige hendelser og sterke inntrykk i arbeidshverdagen. For å forebygge utvikling av negative senfølger, kan debriefing benyttes (Isdal, 2017, s.189). Debriefing defineres som en reflekterende samtale etter et hendelsesforløp (Sawyer, Eppich, Brett-Fleegler, Grant & Cheng, 2016). Debriefing mellom de involverte har en todelt hensikt, å hjelpe hjelperen til emosjonell bearbeiding, samtidig fungere som et læringsverktøy for å identifisere forbedringsområder (Richardson, 2009, s.81). Det er særdeles viktig at helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden er faglig oppdatert og trygg i arbeidet, da hjelpen ofte utføres under et betydelig tidspress hvor kravene til beredskap, effektivitet og faglig forsvarlighet kan være avgjørende for utfallet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2000). Debriefing gir gode forberedelser til å takle belastende situasjoner i arbeidet gjennom erfaringsbasert kunnskap (Schmidt & Haglund, 2017).

Statistiske tall fra 2020 viste 44 440 akutte oppdrag med ambulans ebiler i Helse Vest. I gjennomsnitt 483 akutt oppdrag per bil på årsbasis, tilhørende 50 sykehus og institusjoner (Statistisk sentralbyrå, 2021). En stor andel av disse pasientene fraktes til akutt mottak og overflyttes videre til overvåkning eller intensivavdeling. For pasienten vil forløpet gjennom den akuttmedisinske kjeden innebære et stort antall helsepersonell med ulik faglig og erfaringsmessig bakgrunn, samt individuelle forutsetninger. Situasjoner i arbeid med mennesker som vekker empati og medfølelse, gjør det utfordrende å ikke trekkes inn i tragedien selv (Idås, 2013, s.35,106). Helsepersonell står dermed i fare for å utvikle medfølelsestretthet og sekundærtraumatisering (Jmf.Pkt. 2.3.1-2.3.2). Flere studier viser at politiet, forsvaret og flyselskap har etablert kollegastøtte gjennom debriefing for ansatte, derimot er det varierende rutiner for helsepersonell som har vært involvert i alvorlige hendelser (Magyar & Theophilos, 2010; Amdahl, 2019; Sawyer, et al., 2016). Thorsnes og Rønning, (2011, s.266) påpeker hvordan mange sykepleiere legger sine erfaringer i «mentale skuffer», der blir de både gjemt og glemt. Grunnet manglende tid og trening i hvordan disse verdifulle erfaringene kan brukes som et kvalitetsforbedringsverktøy for sin egen del og sine kollegaer.

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Prehospitalt erfares liten bruk av debriefing etter alvorlige hendelser. Tilfeldige refleksjoner med kollegaer kan bli ustrukturerte og avbrutt av arbeidsoppgaver. Tiden er tilsynelatende utfordrende i mange tilfeller, for å kunne gjennomføre en strukturert debriefing. Under praksisperiodene i løpet av intensivutdanningen, var vi vitne og deltakende ved alvorlige hendelser. Vi observerte at det heller ikke her fantes system for debriefing, til tross for at vi var studenter under veiledning. I slike tilfeller ville en strukturert debriefing gitt oss verdifulle læringsutbytter. Med arbeidserfaring prehospitalt og innblikk i intensivavdelinger under praksis, ser vi sammenhengen med manglende kommunikasjon på tvers av avdelinger. Dette kan resultere i misforståelse for hverandres roller i pasientbehandlingen og i verste fall prege pasientsikkerheten.

Sett i lys av covid-19 pandemien fikk helsepersonell stort fokus gjennom media. I størst grad sykepleiere og intensivsykepleiere. Dette for at mangelen på ressursene allerede var en utfordring. Raske tiltak som registrering og opplæring av tidligere helsepersonell, flere utdanningsmidler og fokus på ivaretagelse av helsepersonell i frontlinjen ble utført. Etterhvert som pandemien fortsatte hørte vi om utslitte helsearbeidere, frafall fra yrket og sprengt kapasitet, spesielt ved intensivavdelinger. Covid-19 pandemien førte til økt press på helsepersonell og testet motstandskraften. Viktigere enn noensinne var behovet for reflekterende teamsamtaler for læring, gjennom hverandres erfaringer. Både på arbeidsplassen og på tvers av instanser. Krisen knyttet samtidig instansene sammen gjennom økt tverrfaglig samarbeid for å løse de utfordringene som medfulgte. Pandemien har både gitt barrierer, samtidig nye muligheter innen oppgavehåndtering, teamarbeid, situasjonsforståelse og beslutningstaking (Stafford, 2021).

Å være intensivstudent i en pågående pandemi, har bidratt til flere spennende erfaringer. Samtidig erfarte vi hvordan flere av avdelingene vi utførte praksis, var på bristepunktet. Sykefravær, doble vakter, stadig nye smittevernrutiner, restriksjoner, usikkerhet rundt fremtiden og ikke minst en ny og kritisk syk pasientgruppe som krevde mye ressurser. Dette førte til at vi ved flere anledninger naturlig nok ble

nedprioritert, eller motsatt fikk for stort ansvar for pasienten i en studentrolle. I slike tilfeller fikk vi et behov for å dele erfaringene og opplevelsene med hverandre, og oppdaget hvilket læringsutbytte dette gav. På den måten fikk debriefing en ny og verdifull betydning for oss. Dette bidro til å undersøke nærmere om det finnes interesse og rutiner for debriefing blant helsepersonell.

1.2 Tidligere forskningsfunn

I de vitenskapelige databasene Cinahl og Pubmed med nøkkelordene; **intensive care nurses*health care workers*emergency*debriefing*post crisis debriefing*critical illness*competence development*, finnes flere studier som viser stor interesse for debriefing blant helsepersonell. Det interessante er at resultater av både nyere og eldre studier samsvarer, som kan gjenspeile at implementering i praksis ikke har fått like stort fokus. Debriefing i arbeid med akutt syke/skadde barn har en overveiende interesse i forskningsfeltet. Vårt fokus blir debriefing knyttet til alvorlige pasienthendelser, uansett aldersgruppe. Et friskøk i databasene resulterte i at seks aktuelle studier ble sett på som sentrale for å utvikle problemstillingen.

Flere av studiene viser behovet for et bedre system for debriefing. Studien av Jarden, Sandham, Siegert og Koziol-McLain, (2019), identifiserte behovet for interne og eksterne psykologiske støttestrukturer, gjennom formell og uformell debriefing, ledet av profesjonelle. Couper, Salman, Soar, Finn og Perkins (2013) sin studie støtter bruk av strukturert debriefing som en pedagogisk strategi for å forbedre helsepersonells kunnskap og ferdighet, samt implementering av ferdighetene i praksis. Magyar og Theophilos,(2010) ; Couper, (et al., 2013) avdekket manglende kunnskapsbaserte retningslinjer for praksis og utvikling av debriefingsmodeller i akutthelsetjenesten. Det påpekes lite forskning på fordelene med debriefing av sykehuspersonell etter alvorlige hendelser. Behovet for videre forskning er å identifisere den optimale metoden for debriefing og effekt på pasientutfall.

Nyere studier indikerer at forskning rundt debriefing er i en kontinuerlig prosess. Studien av Schmidt og Haglund (2017), viser hvordan debriefing etter alvorlige utfall kan brukes proaktivt, ved hjelp av en strukturert modell. Sistnevnte har blitt brukt i helsevesenet som en rimelig måte å identifisere muligheter, forbedringsområder og

godt teamarbeid. Modellen knyttes til timing for debriefing, personlige/gruppe refleksjoner. Resultatet viser at helsepersonell får bedre innsikt i egne følelser og erfaringer, som fremmer motstandskraft i et stressende arbeidsmiljø. Debriefing kan gi både økonomiske, personlige og faglige gevinster på sikt (Jarden, et al, 2019 ; Couper, et al, 2013 ; Magyar & Theophilos, 2010 ; Schmidt & Haglund, 2017). Det dukket opp to interessante begreper i søkeprosessen; medfølelsetretthet og sekundærtraumatisering. Begrepene har klar sammenheng med de negative konsekvenser helsepersonell risikerer i arbeidet, som et resultat av manglende bearbeiding etter alvorlige hendelser (Cocker & Joss, 2016). Flatgård og Berg, (2016), viser at debriefing opplevdes som en arena hvor man lærer av hverandre, reflekterer og diskuterer behov for endringer. Dette gir økt forståelse av egne og andres roller, fremmer samarbeid og pasientsikkerhet. Jarden et al., (2019) viste også at formell debriefing gir økt forståelse av medisinske beslutninger og tillater en mer tverrfaglig tilnærming til pasientbehandling. Ytterligere forskning anbefales for å bestemme i hvilken grad metoden bidrar til økt klinisk pasientsikkerhet (Flatgård & Berg, 2016). Studien av Jarden et al. (2019), konkluderte med; styrking av intensivsykepleiernes arbeidsmiljø utvides på tvers av individuelle og organisatoriske ressurser. Man må ivareta seg selv for å ivareta andre, med god balanse mellom arbeidet og fritiden.

Ut fra forskningsresultatene rundt debriefing, kan det tyde på behov for et strukturert system og implementering i praksis. Det påpekes manglende kunnskapsbaserte retningslinjer. Prosessen ser ut til å spille en viktig rolle i personlig og faglig utvikling samt pasientsikkerheten og er en rimelig måte å drive kompetanseutvikling (Scmidt & Haglund, (2017); Jarden et al., (2019); Magyar og Theophilos, (2010); Couper et al., (2013). Ut fra forskningsøket finnes lite kvantitative studier rundt debriefing for helsepersonell, derimot har de kvalitative resultatene gitt oss et bilde på behovet for systematisk debriefing. Det blir videre interessant å kartlegge fokuset på debriefing, i et kvantitativt forskningsdesign.

1.3 Studiens hensikt

Hovedhensikten med studien er å kartlegge i hvilken grad debriefing benyttes blant de ulike instansene i den akuttmedisinske kjeden. På bakgrunn av den rike kunnskapen som allerede finnes om debriefing, undres det hvorfor det ikke er satt i et strukturert tilpasset system og anvendt som en obligatorisk del av arbeidet.

Gjennom kvantitativ spørreundersøkelse vil vi bekrefte eller avkrefte vår hypotese om at debriefing er et forsømt tiltak i de ulike instansene. Utvalget i kvalitative studier karakteriseres av få informanter, men til gjengjeld et rikt beskrivende datamateriale (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s.72). Ved å benytte kvantitativ metode med et representativt utvalg i denne studien, kan det gi svar på problemstillingen fra et bredere perspektiv. Ved å undersøke ulike avdelinger i den akuttmedisinske kjeden, vil man oppdage mulige forskjeller i hvordan instansene praktiserer debriefing. Studien vil samtidig belyse den positive effekten det kan gi, å øke helsepersonell sin faglige kompetanse gjennom debriefing. De positive effektene vi har valgt å omtale; *gevinster*.

1.4 Presentasjon av problemstilling

Under researcharbeid til prosjektplanen, avdekkes manglende klare retningslinjer for debriefing. Tilsynelatende er flere debriefingsmodeller omfattende, ressurs-og tidkrevende. Disse faktorene kan føre til at debriefing forsømmes blant helsepersonell. Dette gav opphav til problemstillingen;

«I hvilken grad benyttes debriefing blant helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden, etter alvorlige pasienthendelser? Er det behov for et tilpasset system?».

1.5 Hypoteser

Hypotese er synonymt til antakelse, forutsetning eller grunntanke (Olsson & Sørensen, 2003, s.37). De fleste kvantitative studier involverer hypoteser som inneholder det forskeren mener er det forutsagte svaret i studien. Hypoteser baseres ofte på en teori, som settes på prøve gjennom hypotesen. Den aktuelle teorien vil dermed styrkes av økt troverdighet, dersom resultatene støttes gjennom hypotesetestingen. I andre tilfeller kan hypoteser testes ut fra forskerens egne antakelser (Polit & Beck, 2021, s.51,75).

Den første hypotesen springer ut fra observasjoner og erfaringer. Både gjennom studiet, hvor vi har fått et godt innblikk i ulike intensivsykepleiefaglige avdelinger. Samtidig vår arbeidserfaring fra den prehospitale delen i den akuttmedisinske kjeden, som innebærer blant annet ambulansetjenesten.

Hypotese 1: *“Debriefing er i liten grad anvendt blant helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden”.*

Hypotese 2 ble til etter refleksjoner rundt hva begrepet debriefing innebærer. Refleksjonene foregikk både med praksisveiledere, kollegaer og med hverandre. Ved flere anledninger kom det frem at debriefing var et tiltak for sårbare reaksjoner blant helsepersonell. Samtidig som faglig utvikling og læring ikke ble nevnt.

Hypotese 2: *“Fagutvikling er undervurdert når det gjelder debriefing, emosjonell bearbeiding får for stort fokus i prosessen”.*

Etter et dykk i vitenskapelige databaser, hvor vi skulle fordype oss i begrepet debriefing og kartlegge hva som fantes av evidens rundt temaet, oppdaget vi flere uklare sider. Hva innebærer en vellykket debriefing og hva må til for at dette blir en fremtidig og obligatorisk del av arbeidet, var spørsmål vi stilte oss underveis og som var vanskelig å finne svar på. Derav hypotese 3.

Hypotese 3: *“Vi mangler en strukturert egnet metode for å implementere debriefing som en obligatorisk del av arbeidet”.*

1.6 Avgrensning av studien og spesifisering av problemstilling

Basert på nivå og tidsbegrensninger tar studien kun for seg et utvalg avdelinger i den akuttmedisinske kjeden, som ekskluderer flere viktige ledd, avdelinger og faggrupper. Helsepersonell slik det omtales i oppgaven, vil omhandle ambulansesarbeider, sykepleier og intensivsykepleier. Undersøkelsen er foretatt i Helse Vest og kan derfor ikke automatisk generaliseres til å gjelde resten av landet hvor det mulig finnes andre rutiner for debriefing. Allikevel kan det legges antakelser til grunn dersom man skal trekke sammenligninger til lignende utvalg i andre deler av landet.

Til tross for at forarbeidet til utformingen krevde en grundig kartlegging, går ikke studien i dybden på ulike debriefingsmodeller, metoder eller retningslinjer for hvordan debriefing skal implementeres. Allikevel påpeker den utvalgets holdning og behov for debriefing, samt hva som i hovedsak bør ligge til grunn for en vellykket gjennomføring av debriefing, nærmere bestemt et tilpasset system. Debriefing er derfor delt inn i grove trekk og omtales som uformell eller formell debriefing i løpende tekst og defineres nærmere underveis.

2. Teoretisk forankring

I dette kapitlet vil det redegjøres for hva debriefing innebærer, hva som inngår i den akuttmedisinske kjeden og hvordan arbeidet kan påvirke de involverte som er en del av den. Til slutt belyses ulike verdier som kan ha betydning for å fremme motstandsdyktighet i arbeidet som helsepersonell. Kort fortalt hva, hvordan, hvem og hvorfor debriefing bør belyses.

2.1 Debriefing

Debriefing forklares som «*reflekterende praksis*». En interaktiv, toveis og reflekterende diskusjon eller samtale, med fokus på en bestemt situasjon eller hendelse. Refleksjon-til-handling vil si at erfaring gir en primær kilde til læring og utvikling, hvor troen på at erfaring alene ikke fører til læring, men snarere den bevisste refleksjonen over opplevelsen (Sawyer et al.,2016).

Hensikten med debriefing er todelt;

1. Emosjonell bearbeiding: Samtalen skal bidra til å sette ord på inntrykk og reaksjoner som oppsto i hendelsen, på en fornuft- og følelsesmessig måte. Gjennomgangen er forebyggende til psykososiale ettervirkninger hos de involverte.
2. Læringsutbytte: Den tekniske gjennomgangen av hendelsen bidrar til økt situasjonsforståelse, tydeliggjør rolleavklaringer og dermed en tverrfaglig tilnærming til pasientbehandlingen. I tillegg kan debriefing avdekke forbedringsområder i teamarbeid, utstyr eller systemet for øvrig (Richardsen, 2009, s.81; Clark & McLean, 2018).

Thorsnes og Rønning, (2011, s.266) beskriver hvordan refleksjon over praksis, bidrar til økt forståelse og gir nye handlingsalternativer. Ut fra et ledelse-og organisasjonsnivå vil debriefing bidra til kvalitets-og kompetanseutvikling, godt arbeidsmiljø og inspirerte ansatte gjennom faglig veiledning. Helsepersonell bearbeider sitt refleksjonsgrunnlag og bevisstgjøres praktiske handlingsvalg (Vråle & Drangsholt, 2019).

Det finnes mange ulike modeller og metoder for å gjennomføre en debriefing. Grovt sett kan debriefing inndeles i uformell og formell.

2.1.1 Uformell debriefing

Uformell debriefing, blir ofte omtalt som defusing (Magyar & Theophilos, 2010). Enkeltpersoner som forteller en kollega om en sterk opplevelse hvor kollegaen lytter og mottar er det enkleste nivået av debriefing (Isdal, 2017, s.190). Allikevel har uformell debriefing både faglig og emosjonell målsetting. Metoden bærer ofte et ustrukturert preg, men kan belyse hva en utførte bra og forbedringsområder (Richardsen, 2009, s.81-82). Uformell debriefing skjer umiddelbart, eller få timer i etterkant av alvorlige hendelser (Magyar & Theophilos, 2010). Denne debriefingsmetoden er ment for små grupper eller mellom to kollegaer, i et konfidensielt miljø. Hovedhensikten er å gjøre opplevelsen mindre skadelig, redusere spenning og hjelpe involverte til å gjenvinne kontrollen (Magyar & Theophilos, 2010). Debriefing er altså ikke utelukkende en systematisk og profesjonell gjennomgang, med hele gruppen av involverte (Isdal, 2017, s.190). Ideell varighet ved uformell debriefing/defusing, er 2-30 minutter (Walker, McGregor, Taylor & Robinson, 2020).

2.1.2 Formell debriefing

Formell debriefing kan være aktuell ved ekstraordinære hendelser og innebærer en strukturert gjennomgang med alle involverte tilstede. Det benyttes en bestemt debriefingsmodell som går skritt for skritt gjennom hendelsesforløpet (Isdal, 2017, s.189). Prosessen blir en utmerket læresituasjon med utveksling av erfaringer og kunnskaper (Richardsen, 2009, s.81-82). Det er hensiktsmessig at formell debriefing har en som leder møte, eksempelvis en lege som har vært involvert. Slik er det lettere å holde seg til en strukturert form. Samtidig kan det fanges opp behov for en senere individuell debriefing blant involverte, eller om det er nødvendig å involvere bedriftshelsetjeneste, sykehusprest eller psykolog (Richardsen, 2009, s.81). Formell debriefing utføres innen 24-48 timer etter hendelsen og skal være tverrfaglig. Ideell varighet er 1-2 timer (Hammerle, Devendorf, Murray & McGhee, 2017).

2.1.3 Viktige momenter ved debriefing

Det er ingen standard prosedyre for hvordan debriefing skal foregå, allikevel er det noen viktige momenter som bør gjelde til enhver tid når det skal gjennomføres. For det første skal debriefing tilbys alle de involverte i hendelsen. Det er ulik praksis rundt hvem som har ansvaret for å invitere til debriefingsmøte. I noen virksomheter er det avdelingsleder eller den mest erfarne som var involvert i hendelsen. Mens noen har egne blant personalet som har fått delegert denne oppgaven, ofte kjent som kollegastøtte, veileder eller lignende. Det anbefales en ekstern leder, som ikke har direkte forbindelse til hendelsen. Debriefing skal anbefales, men ikke være obligatoriske for de involverte. Noen modeller fjerner den emosjonelle hensikten, slik kan debriefing gjøres obligatorisk og den emosjonelle delen utføres etter individuelle behov (Hammerle et al., 2017).

Debriefingsmøtene bør gjennomføres etter alle alvorlige hendelser, senest iløpet av en uke (Sawyer et al., 2016). Det er vanskelig å definere eksakte hendelser for når debriefing bør gjennomføres, men anbefales;

- Når ansatte ytrer ønske om debriefing
- Etter dramatiske situasjoner endt i dødsfall
- Etter hendelser som involverer barn
- Ved etiske dilemmaer
- Dersom personal utsettes for trusler eller vold
- Dersom leder ser behovet (Oslo universitetssykehus, u.å.).

Debriefing er et konfidensielt møte, hvor alle tilstedeværende har taushetsplikt. Møte skal foregå bak en trygg og ivaretagende ramme. Det skal sikres psykologisk trygghet hvor alle teammedlemmer kan snakke åpent (Hammerle et al., 2017; Isdal, 2017, s.189 ; Sawyer, et al., 2016). Forstyrrende elementer, som mobiltelefoner, callinger, sambandsradioer eller lignende, skal være av under møte (Oslo universitetssykehus, u.å.). Enhver debriefingsmetode bør gi anledning til at alle involverte får uttrykke personlige og profesjonelle tanker om hendelsen.

Debriefingsøktene bør avsluttes med en evaluering av debriefingen fra deltakerne (Hammerle et al., 2017). I tillegg bør viktige læringsmål som kommer frem under debriefingen dokumenteres underveis i møte (Sawyer et al., 2016). En balanse

mellom åpne spørsmål og stillhet, er en obligatorisk komponent i kommunikasjonen, da begge deler bidrar til refleksjon (Sawyer, et al., 2016). Debriefing skal være et tiltak for å fremme mestring og kollegastøtte, ikke en arena for å kritisere, klandre eller utpeke syndebukker (Eid & Johnsen, 2018, s.320-321 ; Walker et al., 2020). Deltakelse og synspunkter verdsettes likt og det oppmuntres til ærlig og teamrelaterte tilbakemeldinger (Walker et al., 2020). Debriefing i gruppe vil ha som hovedmålsettinger;

- Oppklare misforståelser om hendelsen og dens konsekvenser
- Gjenkjenne, akseptere og diskutere stressreaksjoner
- Personer som har behov for individuell oppfølging identifiseres
- Forsterke og utdype læring fra hendelsen
- Identifisere systemfeil eller endringsbehov av rutiner (Eid & Johnsen, 2018, s.320-321).

Nyere debriefingsmodeller har utspring fra den opprinnelige Mitchell-modellen (Jmf.Pkt.2.1.4). De forenklede modellene er tre-faset og består av hovedpunktene; defusing, oppdagelse og fordypning også omtalt som reaksjon, analyse og sammendrag. Ved hjelp av denne samtalestrukturen fokuserer den første fasen på de involverte som utforsker sine reaksjoner og følelsesmessig effekt av hendelsen. Et vanlig åpningsspørsmål er "Hvordan følte det?". I andre fase er fokuset på hendelsesforløpet og hvorfor deltakerne presterte slik de gjorde. Den tredje fasen fokuserer på erfaringer og innsikt som er oppnådd i analysefasen (Sawyer et al.,2016).

2.1.4 Mitchell-modellen

Debriefing ble opprinnelig praktisert av militæret under 2.verdenskrig og var ikke ment som en psykologisk intervensjon, men til å utforske kamphendelser i en støttende gruppekontekst. Det viste allikevel gunstig effekt på soldatenes psykiske helse. Med sin bakgrunn som brannmann og utdanning i psykologi, så Jeffrey Mitchell behovet for et bedre ivaretagende system for hjelpepersonell etter kritiske hendelser. Han utviklet en debriefingsmodell rettet mot beredskapspersonell, for å håndtere kritiske hendelser og stress. Han trakk sammenligninger mellom stressorer

av kamp og stressorer opplevd i akuttmedisinske tjenester, under utvikling av sin modell (Magyar & Theophilos, 2010). Mitchell-modellen består av syv debriefingsfaser;

1.Introduksjon=gjennomgår hvilke normer debriefingen følger, for å skape en konfidensiell og ivaretagende ramme. Deretter presenteres strukturen for debriefingsmøte.

2.Fakta=teknisk og helhetlig gjennomgang av hendelsen som i «hva gjorde vi og hvorfor?». Gjennomgangen sikrer en felles forståelse blant de involverte.

3.Tanke=alle i teamet får anledning til å fortelle om sine tanker rundt hendelsen.

4.Reaksjon=Følelsesmessige reaksjoner bearbeides, tankene rundt hendelsen «normaliseres».

5.Symptom=Fokus på hva den involverte kjenner på knyttet til hendelsen (søvnforstyrrelser, angst, irritabilitet etc.)

6.Læring=fokus på nye kunnskaper hendelsen gir, ved spørsmål som «hva utførte vi bra? Hvilke områder kan vi forbedre til senere anledninger?».

7.Tilbakeføringsfase=fokuserer på hvordan man går videre med hendelsen som erfaring og mestring (Magyar & Theophilos, 2010).

2.1.5 STOP5-modellen

STOP5-debriefingsmodellen er godt dokumentert, lett anvendelig og lite tidkrevende å benytte i praksis. Metoden bidrar til interaktiv, strukturert teamkommunikasjon, som er utmerket å benytte i den akuttmedisinske kjeden, enten umiddelbart eller kort tid etter alvorlige hendelser. Modellen er i utgangspunktet utformet for en 5 minutters teamdebriefing. Dette gjør den lett anvendelig i en ellers travel hverdag for helsepersonell.

Utvikling av STOP5-modellen ble utført ved formell gjennomgang av forskningslitteraturen for eksisterende modeller. Målet var å designe, teste og utvikle et raskt og enkelt debriefingsverktøy for å øke pasientsikkerheten, teamutvikling, og

kvalitetsforbedring i akutteam. Ut fra fem ulike modeller, som ble vurdert og utprøvd, ble STOP5-modellen til. Rammedetaljer i STOP5 inkluderer en spesifikk veiledning i introduksjon, dette er bevisst slik at alle i teamet kan lede debriefingen. STOP5-verktøyet er globalt generaliserbart og effektivt i akutte team. (Walker et al., 2020).

Gruppediskusjon mellom teamet utføres ved å følge kjerneelementene i STOP5 (Vedlegg 5a):

S=Summarise the case. Etter innledningen oppsummeres hendelsen kort, det kan være gunstig om teamleder gjør det.

T=Things that went well. Fokuserer på positive aspekter under hendelsen.

O=Opportunities to improve. Her diskuteres forbedringsmuligheter.

Forbedringspunkter som kommer frem i diskusjonsfasen, registreres på et eget STOP5 datainnsamlings skjema (Vedlegg 5b).

P=Points to action and responsibilities. Problemer identifiseres og løsninger søkes. Det er ingen selvfølge at teamleder finner løsning på utfordringer som kommer frem under debriefingen, andre i teamet kan få delegert eksempelvis å gjennomgå protokoller, teste utstyr, legge inn avvik etc. (Walker et al., 2020).

2.2 Den akuttmedisinske kjeden

For en alvorlig syk pasient er ulike ledd i akuttmedisin kjeden involvert (Nilsen et al., 2014). Kjeden består hovedsakelig av akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), legevaktsentral, vaktlege, båt,-bil-luftambulansetjeneste og sykehus (Dreyer, 2016, s.52). Kommunene har ansvar for kommunal legevaktsentral, mens de regionale helseforetak står ansvarlig for de andre ledd i den akuttmedisinske kjeden. Legevakt, AMK og ambulansetjenestene utgjør den prehospitale delen i kjeden (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015). Inhospitalt sørger akuttmottaket for at pasienten blir møtt av tverrfaglig kompetanse som kan gi rask avklaring og riktig behandling. Deretter overflyttes pasienten til videre overvåking og behandling ved den avdelingen som på beste kan håndtere pasientens sykdom eller skade (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019).

I hvert ledd er flere ulike faggrupper involvert, spesielt ved ankomst til sykehus (Nilsen et al., 2014). I tillegg til sykepleiere, som er prosjektets perspektiv, er lege, radiograf, portør, bioingeniør, sykehusprest med flere ofte involvert (Bohström, Carlström & Sjöström, 2016). Fokuset herfra er på instansene som oftest har direkte nærkontakt til pasienten på sitt mest kritiske sykdomspunkt. De aktuelle avdelingene defineres nærmere nedenfor og andre ovennevnte ledd ekskluderes i videre tekst.

Ambulansetjenesten sørger for at akutt syke/skadde skal få rask kvalifisert hjelp på stedet og transport til egnet sykehus for videre behandling (Richardsen, 2009, s.15).

Pasienter som transporters til sykehus, ankommer først akuttmottaket, som har organisert akuttmedisinsk beredskap. Pasienten undersøkes, det stilles en foreløpig diagnose og stabiliserende tiltak utføres (Engebretsen, 2020, s.491-492).

Intermediæravdeling er et nivå mellom intensivavdeling og sengepost, som kan tilby mer avansert behandling og overvåkning enn sengeposter. Enheten fungerer som observasjonspost for pasienter med akutte, alvorlige tilstander. Samt behandling av pasienter med svikt i ett organsystem (Stubberud, 2020a, s.37).

Intensivavdeling behandler de mest skadde eller sykeste pasientene. Tilstanden skal holdes mest mulig fysiologisk stabil som gjør behandlingen både komplisert og krevende (Stubberud, 2020a, s.36-42).

Pasienter med akutte og kritiske tilstander, har ofte komplekse problemstillinger som krever rask identifisering og akuttmedisinske tiltak og behandling. Akuttsituasjoner oppstår raskt og uventet og vil ofte føre til en uoversiktlig situasjon (Engebretsen, 2020, s.491-492). Uforutsigbare situasjoner, korte og intense møter med pasienten kan gjøre arbeidet krevende for helsepersonell (Halvorsen, 2016, s.150-151).

2.2.1 Den akutt syke/skadde pasienten

Alvorlige pasienthendelser defineres når pasientens tilstand er ustabil og gir usikker prognose. Forut oppstår en akutt sykdom eller skade som utvikles raskt uten foranliggende sykdomshistorie. Riktig overvåkning og behandling er avgjørende og kan reversere tilstanden (Stubberud, 2020b, s.27-28). Tilstanden kan også bli kritisk

og livstruende, hvor det oppstår svikt i ett eller flere livsviktige organer. For ivaretagelse av vitale funksjoner og organkompenserende behandling, innlegges pasienten i intensivavdeling (Stubberud, 2020b, s.28-29). NSFLIS (2015, s.10), definerer intensivpasienten; *”En intensivpasient er intensivpasient når det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel.”*

2.2.2 Nasjonal helse-og sykehusplan 2020-2023

Hovedformålet med de årlige stortingsmeldingene om kvalitet og pasientsikkerhet har vært å identifisere og belyse områder med risiko og utfordringer. Nasjonal helse-og sykehusplan gir rammer for en kontinuerlig kvalitetsforbedring i alle ledd av helsetjenesten. Det viktigste budskapet er at det aktivt tas i bruk kunnskap som allerede finnes for å styrke tilbudet i alle ledd av helse-og omsorgstjenesten. Å ivareta de ansatte er også en viktig del av kvalitetsforbedringen. Befolkningen blir flere, eldre og forventer mer. Det gjør det krevende å forene ønsker og muligheter innenfor ressursrammene som stilles til rådighet (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019).

I de akuttmedisinske tjenestene er regjeringens mål å styrke kompetanse, innsikt, forståelse, samhandling og sikre god ressursutnyttelse. Det skal sikres flyt i den akuttmedisinske kjeden, der tidlig innsats settes inn og informasjonen følger pasienten gjennom hele forløpet. Personalet skal oppleve tjenesten som en attraktiv arbeidsplass, med tilrettelegging for kontinuerlig læring. Helsefelleskapene skal fokusere på økt tverrfaglig samarbeid og underbygge en kultur for kunnskapsdeling både i team og mellom institusjoner. Samarbeidet skal preges av; *«Hva kan vi lære av andre?»* og *«Hvem kan vi dele denne kunnskapen med?»*. Kunnskapsdeling skal bidra til å redusere uønsket variasjon og sikre en koordinert akuttmedisinsk kjede. Behandlingen pasientene får prehospitalt, kan være avgjørende for det videre forløpet i avansert behandling. Derfor er sykepleiefaglig breddekompetanse så viktig for å kunne se hele pasienten (Helse-og omsorgsdepartementet, 2019).

2.3 Konsekvenser av hjelperollen

Å være til støtte og hjelp for pasienter og pårørende i sårbare situasjoner, er en indre motivasjon for de fleste som velger et helseyrke. Allikevel vil det medfølge en risiko for at hjelperne blir preget av å hjelpe. Arbeidet med menneskers lidelser og traumer fører til så stor kroppslig aktivering at det blir en helserisiko. Når prosessene i kroppen aktiveres gjentakende kan dette over tid føre til kronisk overaktivering (Isdal, 2017, s.104-105).

I møte med mennesker som rammes av sykdom, skade, død, vold, eller lignende, reagerer kroppen slik den reagerer på fare. Kroppens fysiologiske reaksjoner skal i sin natur beskytte oss gjennom å sette oss i beredskap for å møte fare. Kort forklart «fight, flight, freeze». Den sympatiske delen av det autonome nervesystemet aktiveres i hele kroppen. For å føre mer oksygen og energi ut i muskulaturen øker puls og blodtrykk. Pupiller utvides for å oppdage kommende farer og muskulaturen spennes. Blodtilstrømning til fordøyelsessystemet føres bort, grunnet at energi omprioriteres. Vi utskiller mindre spytt og økt mengde adrenalin og glukose, pusten stiger. Disse fysiologiske prosessene som skjer i kroppen medfører forhøyet energiforbruk. Den parasympatiske delen i det autonome nervesystemet utløses når «faren» er over, og skal ta oss tilbake til balanse og avspenning (Isdal, 2017, s.104).

En kropp i kontinuerlig overaktivering med forhøyet puls, blodtrykk, spente muskler, skjerpet oppmerksomhet og hemmet fordøyelse vil etterhvert utvikle belastningssymptomer. Symptomene kan være utmattelse, hjerte-karsykdommer, muskelsmerter, konsentrasjonsvansker, fordøyelsesproblemer, søvnproblemer eller problemer med følelsesregulering (Isdal, 2017, s.105-106). Nettopp derfor blir hjelpeyrke et risikoyrke. Helse-og sosialarbeidere ligger på toppen av statistikken i sykefravær i Norge og har høyere forekomst av utbrenthet. Statistikken viser at det er landets mest belastende og helsefarlige jobb (Isdal, 2017, s.6- 17). Man gir mye av seg selv i arbeidstiden, men også fritiden kan preges av arbeidet. I 2020 utgjorde psykiske lidelser 22,6% av det totale sykefraværet blant helsepersonell (Hofstad, 2021).

Hjelperen viser ro, tålmodighet, faglighet, respekt og tilstedeværelse i gjennomføring av jobben, mens innsiden er preget av uro og aktivering. Ikke alltid registrerer man belastningene som skjer i kroppen og når den utsettes for kontinuerlig aktivering av det sympatiske nervesystemet kan det bli en «normaltilstand» (Isdal, 2017, s.107). Hjelperer utsettes ofte for sterke inntrykk og opplevelser gjennom andre, som setter egne følelser i sving. Det finnes ikke «av og på» knapp for følelser, det kan resultere i at jobben blir med hjem (Isdal, 2017, s.31).

Arbeidet med akutt og kritisk syke pasienter, hvor man ikke klarer å holde pasientens tilstand stabil kan resultere i skyldfølelse. Gjorde jeg noe galt? Kunne pasienten blitt bedre ivaretatt av andre? Er selvkritiserende spørsmål som kan forekomme. Følelse av å ikke strekke til i det arbeidet en utfører grunnet forhold og rammer en jobber under som tidspress, komplekse og mangfoldige oppgaver, dårlig oppfølging og støtte kan være faktorer som utløser utbrenthet (Isdal, 2017, s.129). Tilstanden er definert i ICD-11 på følgende måte; «*Utbrenthet er et syndrom som et resultat av kronisk stress på arbeidsplassen og som ikke har blitt håndtert på en vellykket måte*» (Worlds health organization, 2019). Det er tre sentrale dimensjoner i beskrivelsen av utbrenthet;

- Følelsesmessig utmattelse og lavt energinivå
- Følelsesmessig distansering gjennom økt mental avstand fra jobben fulgt av negativitet eller kynisme
- Redusert personlig yteevne og profesjonalitet i arbeidet (Kvam, 2020).

2.3.1 Sekundærtraumatisering

Charles Figley blir omtalt som pioner i sitt langvarige arbeid som psykoterapeut for traumatiserte pasienter. Gjennom arbeidet observerte han hvordan han selv og andre hjelpere ble påvirket av pasientenes traumer og hvordan pårørende utviklet traumelignende reaksjoner. Figley definerte tilstanden for sekundærtraumatisk stress (STSD) og beskrev det som et syndrom som gir symptomer nærmest identiske med tilstanden posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Isdal, 2017,s.117).

Sekundærtraumatisering kan utvikles som en negativ konsekvens av ubearbeidede motoverføringsreaksjoner, fra møter med traumatiserte mennesker. Uheldig utvikling

over tid vil endre våre motoverføringsreaksjoner, og innlevelses evnen reduseres. Vi mister evnen til å være i kontakt med oss selv, som er viktig for å kunne bearbeide og håndtere opplevelser i møte med andre (Idås, 2013, s.35,106). Begrepet motoverføring fokuserer på våre egne reaksjoner som vi tar med oss inn i møte med andres lidelse. Hvor pasientens situasjon påvirker og treffer sårbare eller ubearbeidede punkter i oss selv og vårt liv. Fenomenet traumatisering beskriver opplevelse av direkte belastninger som er skremmende og overveldende (Isdal, 2017, s.146). Den som rammes av sekundærtraumatisering, kan ha gjenopplevelser eller mareritt som minner om primærtraumatisertes traumer. Man kan miste tiltro til egne vurderinger av trygghet og angst kan forekomme. Som helsepersonell er evnen til å vise medfølelse og empati en styrke i jobben, samtidig er det empatien som kan gjøre oss sårbare i arbeidet (Gratland & Nergård, 2017).

2.3.2 Medfølelsetretthet

Medfølelsetretthet, også kalt compassion fatigue, beskrives som konvergensen til sekundær traumatisk stress og utbrenthet. Tilstanden defineres som mental og fysisk utmattelse etter møte med traumatiserte pasienter, hvor det har pågått en behandlerretthet over tid. Det gir utslag i distansering, redusert personlig yteevne, avmaktfølelse knyttet til at man ikke mestrer eller gjennomfører det man planlegger og grubler gjerne mer over situasjoner (Gratland & Nergård, 2017). Compassion fatigue gir også fysiske stresssymptomer hos fagpersoner som regelmessig utsettes for sterke inntrykk i hjelperollen. Helsepersonell, nødetater og sosialarbeidere, er spesielt utsatt for å utvikle medfølelsetretthet. Tilstanden kan ramme hjelperen ved direkte belastninger, som eksempelvis ulykker, dødsfall eller trusler, men også indirekte belastninger ved å lytte til pasientens opplevelse av smerte, sykdom eller lidelse (Isdal, 2017, s.146). Medfølelsetretthet påvirker kvalitet over pasientbehandling, forhold til kollegaer og kan føre til PTSD, angst eller depresjon (Cocker & Joss, 2016).

Figley beskriver compassion fatigue som en gradvis slitasje på hjelperens evne til empati, omsorg og, engasjement overfor sine pasienter (Isdal, 2017, s.28). En eller annen grad av compassion fatigue kan ikke unngås i arbeid med menneskers

sykdom og lidelse (Isdal, 2017, s.133). I arbeidet kan medfølelsetretthet vises gjennom lav arbeidsmoral, unngåelse av arbeidsoppgaver, opphengt i detaljer, synkende motivasjon, negativitet, apati, personalkonflikt, fravær, utmattelse, irritabilitet, tilbaketrekking fra kollegaer og tap av selvtillit. Tilstanden blir belastende for arbeidsmiljøet som preges av konflikter, mistro og mistillit mellom ansatte, sinne mot ledelsen, det kan dannes subgrupper i personalet, hvor sladder og kynisme er vanlig. Compassion fatigue rammer derfor ikke bare enkeltindivider, men kan påvirke og ramme hele arbeidsplassen, dette kalles kollektiv compassion fatigue. Dette vil naturligvis resultere i høyt sykefravær (Isdal, 2017, s.131-134).

2.4 Fremme motstandskraft i hjelperollen

Isdal, (2017, s.133), belyser compassion som vårt viktigste redskap i et yrke hvor vi skal hjelpe, lindre og behandle. Compassion er en kombinasjon av empati, personlig engasjement og involvering i pasientene. Compassion fatigue virker motsatt, med manglende evne til å være en god hjelper i møte med mennesker i krise. I en jobb med tøffe inntrykk vil det derfor være avgjørende å ivareta seg selv. Å ivareta hjelperen vil heve kvaliteten over arbeidet og dermed også pasientsikkerheten. Helseinstanser bør lære av flyselskapene; «*Ta først på din egen maske, før du hjelper andre*».

2.4.1 Arbeidsmiljøloven

Forebygging av fysiske og psykiske belastninger som helsepersonell utsettes for, i arbeid med akutt-kritisk syke eller skadde pasienter er lovpålagt. Arbeidsmiljøloven (2005), sitt formål er å sikre arbeidsmiljøet som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon. Loven skal forebygge mot fysiske og psykiske skadevirkninger og tilpasse arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger. Både arbeidsgiver og arbeidstaker skal ivareta og utvikle sitt arbeidsmiljø i samarbeid med arbeidslivets parter. Arbeidstaker har medvirkningsplikt og skal bidra ved utforming, gjennomføring og oppfølging av virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (Arbeidsmiljøloven, 2005).

2.4.2 Rolleforventning

Befolkningen stiller i dag større krav til tilgjengelighet, kvalitet og innhold i helsetjenestene. Samtidig som rask utvikling av teknologi kan effektivisere arbeidet, er også informasjon om sykdom og helse lett tilgjengelig gjennom ulike nettbaserte medier. En betydelig tilvekst av "helseapper" gir befolkningen tilgang på teknologi som kan overvåke ulike biologiske og fysiologiske funksjoner i kroppen, samt foreslå diagnoser. Dette kan medføre økt press på de akuttmedisinske beredskapsfunksjonene (Nilsen et al., 2014).

Renolen, (2015, s.247) beskriver en rolle som summen av forventninger rettet mot en person i en viss posisjon. Som helsepersonell har vi ervervet oss en rolle, som vil medfølge både krav og forventninger til hvordan vi skal utføre den. Ofte motsrides forventningene av krav og blir da utfordrende å innfri. I en gruppe dannes det ofte en rollestruktur, med både uformelle og formelle roller. Individene i gruppen kan både påta seg, tillegges eller tilkjempe seg ulike roller. I formelle grupper som en arbeidsplass, vil det ofte være en hierarkisk organisering, der gruppemedlemmene har ulik status og makt. Det kan dreie seg om ulike yrkesgrupper, hvor en lege har både høyere status og makt enn sykepleieren, men igjen kan en lege som har utført en dårlig jobb få lav status på arbeidsplassen. Rollen i et hierarki vil derfor være uavhengig av hvem som utfører den. Makthierarkiet vises gjennom hvem som kan ta avgjørelser, de som har minst makt befinner seg lengst nede i hierarkiet. Ulike roller som går igjen på arbeidsplasser er lederrollen, klovnen og syndebukken. Lederrollen skilles mellom to ulike typer, den ene er «lederen», som styrer gruppen mot målet, organiserer aktiviteter som gir samhold. «Herskeren» derimot jobber for å fremme egeninteresse og egne mål, undertrykker favoriserer eller utestenger gruppemedlemmer. Klovnen er rollen som ikke blir tatt på alvor i gruppen og som har en perifer posisjon. Syndebukken får skyld dersom gruppen mislykkes, noe som fritar resten av gruppen for skyld. Sistnevnte er et tegn på gruppens manglende samhandling (Renolen, 2015, s.247-258).

Uenigheter i en gruppe er et sunnhetstegn, slik vil man kunne jobbe mot forbedringer. Motpolen til uenighet i en gruppe, er såkalt gruppetenking, som stiller krav til medlemmene om enighet rundt utfordringer. Motsatt vil medlemmets uenighet bli sett på som illojalitet. Man får da en sterk selvsensur og det oppstår en illusjon om

at gruppen er enige. Gruppetenking kan dermed skape begrensninger for læring, ved at den hemmer alternativ og kritisk tenking. Motivasjonen for å delta i gruppesamarbeidet kan bli svært varierende (Renolen, 2015, s.249-250). Både gode og dårlige erfaringer i gruppesamarbeidet er like verdifulle for læring. Suksessfull læring i grupper er avhengig av enkeltindividets bidrag i tillegg vil optimal gruppesammensetning være avgjørende. Motsatt og godt dokumentert er at mangel på bevisst arbeidsmåte er ødeleggende for gruppens arbeid (Renolen, 2015, s.252-253).

2.4.3 Erfaringsbasert robusthet

Flere faktorer er avgjørende for hvordan man blir emosjonelt og fysiologisk påvirket i arbeidet, som kompetanse, erfaring og tilvenning. Mennesker har en medfødt evne for tilpasning, slik at vi skal lære og utvikle oss. Denne egenskapen kalles habituering. Relatert til helsepersonell, kan eksempelvis en sykepleier i akuttmottak daglig oppleve sterke inntrykk i arbeidet, men samtidig habituere. Etterhvert skal det sterkere inntrykk til for å bli preget av hendelser (Isdal, 2017, s.107-108). En gradvis tilvenning til andres lidelse i arbeidshverdagen gir en fordel for å utøve jobben på profesjonelt vis. Ulempen kommer dersom egenskapen videreføres til privatlivet eller dersom hjelperen slutter å føle når det er hensiktsmessig og naturlig i jobben (Isdal, 2017, s.108). Trygghet gir økt robusthet, man tåler mer og reagerer mindre. Det å ha vært i lignende situasjoner, gir erfaring i hvordan man møter og løser situasjonen på en god måte. Det er grunnen til å anta at uerfarne hjelpere blir sterkest emosjonelt og fysiologisk aktivert (Isdal, 2017, s.107-108).

2.4.4 Lazarus og Folkman mestringsteori

Ved stressopplevelser iverksettes forsvarsmekanismer, såkalt mestringsmekanismer. Mekanismene reduserer opplevelsen av psykisk stress, hvor målet er å oppleve kontroll over situasjonen samt personlig kontroll over indre eller ytre truende opplevelser (Stubberud, 2019, s.34-35). Lazarus og Folkman sin mestringsteori skiller mellom problemfokusert og følelsesfokusert mestringsstrategi, begge brukes for å mestre stressende opplevelser. Problemfokusert mestringsstrategi reduserer

stressopplevelsen ved at stressoren identifiseres, deretter finne løsningen for å fjerne den. Løsningsstrategier er å søke informasjon, støtte, finne konkrete problemløsninger eller identifisere alternative mål i situasjonen. Forberedelsen til uforutsigbare, stressende situasjoner forebygger dermed negativt stress (Renolen, 2015, s.169). I situasjoner der stressoren ikke kan fjernes, kan uttrykk for følelser som angst, sinne, frykt, fortvilelse, skyld og sorg forekomme. Forsvarsmekanismer som projeksjon og benektelse av realiteter kan også bli tatt i bruk. For å redusere indre spenninger forsøkes det å oppnå emosjonell kontroll og regulering. Strategien kan hjelpe å vurdere situasjonen. Lazarus og Folkmann beskriver denne strategien som emosjonell avreagering (Stubberud, 2019, s.34-35).

2.4.5 Implementering av tiltak

Kompetanse bygger på kunnskap, ferdigheter, erfaring, holdninger og omhandler evnen til å mestre arbeidsoppgaver og yrke i møte med komplekse krav, situasjoner og utfordringer. Kompetanseutvikling er en kontinuerlig prosess som må ha tilstrekkelig oppmerksomhet i klinisk praksis, utdanning og forskning for å bidra til god kvalitativ pasientomsorg og behandling. For kontinuerlig utvikling, er det nødvendig at kunnskapskilder og verktøy som stimulerer til læring benyttes (Nortvedt et al., 2012, s.5-6). Ved implementering av nye forskrifter, prosedyrer eller rutiner må holdning og motivasjon blant teamet vektlegges. Mye av nøkkelen til suksess ligger i at oppleggene blir enkle nok for å tas i bruk for de gjeldende tjenestene. Tiltak bør standardiseres og dermed ikke behov for å utarbeide egne lokale rutiner på alle nivåer. Fagområder under rask omstilling og kontinuerlig endring, som helse-og omsorgstjenesten, har særlig behov for gode og effektive modeller for implementering av nye intervensjoner (Nilsen et al., 2014). Holdninger til arbeidet påvirkes av organisatoriske, individuelle og miljømessige faktorer (Walker et al., 2020). Implementering av tiltak for bedre kvalitet, pasientsikkerhet og trivsel må eies av de ansatte for at det skal fungere i praksis (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015).

3. Metode

Dette kapittelet vil utdype fremgangsmåter for hvordan studien ble utført og hvilke metoder som ble benyttet. Det vil gå nærmere inn på hvordan deltakerne ble utvalgt, data ble innhentet og analysert. Samt forskningsetiske vurderinger som ble tatt i betraktning underveis.

3.1 Kvantitativ tilnærming

Studien baseres på en kvantitativ deskriptiv metode for å belyse og finne svar på problemstillingen. Kvantitativ forskningsmetode baseres på målbare enheter som bearbeides statistisk (Senter for omsorgsforskning, 2014, s.42). Olsson og Sörensen (2003, s.69), forklarer at kvantitativ forskning ofte baseres på en teori fra tidligere studier, i tillegg til forskerens egne erfaringer. Videre vil teorien struktureres og deretter formuleres i testbare hypoteser eller definerte formål. Kvantitativ metode inndeles i beskrivende og forklarende prosjekter. Den beskrivende eller deskriptive metoden, beskriver egenskaper hos en bestemt populasjon. På bakgrunn av deskriptiv metode, finnes allerede en mengde kunnskap. Forskeren undersøker derfor spesielle fenomener utfra denne kunnskapen (Olsson og Sörensen , 2003, s.36-37).

Som forskningsdesign benyttes tverrsnittundersøkelse for datainnsamling. Tverrsnittstudie også kalt prevalensstudie, brukes dersom hensikten med studien er å beskrive forekomst/prevalens eller sammenligne begreper eller variabler. Tverrsnittstudie går under kategorien ikke-eksperimentell observasjonsstudie og er godt egnet ved deskriptive prosjekter. Da målet er å beskrive eller utforske sammenhenger, vil den ikke føre til iverksetting av tiltak alene. Dette kan være en svakhet ved designet. Resultatene kan allikevel belyse viktige problemstillinger som kan testes ut i senere studier med velegnet design. Kritisk vurdering av tverrsnittstudier inneholder mange sjekkpunkter; er måleskjema validert, svarprosent, representativt utvalg, hva påvirker resultatene, men viktigst en god formulert problemstilling og om designet er velegnet for å svare på problemstillingen (Nortvedt et al., 2012, s.95-97).

3.1.1 Spørreskjema

Det ble benyttet et spørreskjema, med totalt 28 spørsmål eller påstander etterfulgt av forhåndsdefinerte svaralternativer (Vedlegg1). Undersøkelsen er organisert i fire områder:

1. Bakgrunn

2. I hvilken grad beyttes debriefing?

3. Fordeler og ulemper med debriefing

4. Er det behov for nye debriefingsmodeller? (Vedlegg1)

Flere av spørsmålene og påstandene er inspirert fra ulike spørreskjema som tidligere er benyttet. Hvor det er gitt tillatelse fra eier til å bruke spørsmålene (Conoscenti et al., 2021 ; Sivertsen, 2016). Spørreundersøkelsen kartlegger i hvilken grad debriefing benyttes, samt om det er uformell eller formell debriefing som foretrekkes og gir best emosjonell bearbeiding eller læringsutbytte. Påstandene i del-3 Fordeler og ulemper med debriefing, er utformet utfra tidligere forskningsfunn, for å relatere funnene til utvalget i denne studien. Påstandene representerer gevinstene ved å benytte debriefing, som er fremstilt i figur1. Del-4 tar sikte på utvalgets holdninger og kunnskaper rundt debriefing.



Figur 1: Gevinstene av systematisk debriefing (Walker et al., 2020 ; Couper et al., 2013 ; Flatgård & Berg, 2016 ; Schmidt & Haglund, 2017; Jarden et al., 2019).

3.2 Utvalg

Ved tverrsnittstudie som design forsøker man å si noe om hele populasjonen, i vårt tilfelle helsepersonell som arbeider i den akuttmedisinske kjeden i Helse Vest. Helse Vest RHF (regional helseforetak) er et av fire regionale helseforetak i Norge og er direkte underlagt Helse-og omsorgsdepartementet. Regionen omfatter spesialisthelsetjenesten i Rogaland og Vestland fylke, med til sammen 1,1 millioner innbyggere. Helse Vest er nærmere bestående av; Helse Stavanger, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og sjukehusapoteka Vest. Regionen omfatter 50 sykehus eller institusjoner, som inkluderer avtaler med private foretak (Helse Vest, 2022).

Utvalgsmetoden går innunder bekvemmelighetsutvalg, nærmere bestemt strategisk utvalg. Et strategisk utvalg innebærer at man trekker ut de enhetene som mest sannsynlig utgjør et representativt utvalg for populasjonen (Polit & Beck, 2021, s.276). For å samle et representativt utvalg til studien, ble totalt seks avdelinger i Helse Vest invitert. Utvalget inkluderer ambulansestasjon, akuttmottak og intermedieovervåkning/intensivavdeling fra to ulike distrikt. Det ble først sendt en uformell forespørsel til avdelingsledere ved utvalgte avdelinger og samtlige av disse viste positiv interesse til å delta. Informasjonsskrivet var også for å kartlegge antall mulige respondenter til spørreundersøkelsen. Totalt 175 respondenter fikk invitasjon til å delta. Kriterier for deltakelse var at respondenten skulle være fast ansatt, som ambulansarbeider, sykepleier eller intensivsykepleier.

Det å involvere ulike ledd og nivåer av den akuttmedisinske kjeden, hvor man trekker inn helsepersonell som møter intensivpasienten i ulike faser av behandling og sykdomsforløpet, gir et representativt utvalg når det trekkes konklusjoner rundt populasjonen og fenomenet. Da den akuttmedisinske kjeden innebærer ulike faggrupper og instanser og vi har valgt å ekskludere mange av disse, vil allikevel flere av spørsmålene omhandle det å benytte formell debriefing med ulike instanser. Samtidig er det flere spørsmål som starter med «*meg og mine kollegaer...*», som vil innebære kollegaer fra ulike faggrupper, som har vært involvert i samme pasienthendelse. På den måten kan våre respondenter gi oss et innblikk på hvordan debriefing foregår på tvers av instansene og faggruppene. Det inviterte utvalget på totalt 175 respondenter, er fordelt på 32 fast ansatte autoriserte ambulansarbeidere ved to ambulansestasjoner, hvor 8 av disse i tillegg har sykepleierutdanning og 5 har

utdanning i paramedisin. Ved de to akuttmottakene er 96 respondenter med sykepleierutdanning invitert, 6 er utdannet intensivsykepleiere og 21 med annen tilleggsutdanning i akuttsykepleie, offshoresykepleie og psykiatri. På Intensiv og intermediær overvåkningsavdelingene er det ansatt 13 sykepleiere, 22 intensivsykepleiere og to med utdanning i kardiologisk sykepleie. Respondentene har ulik erfaringslengde, som er kategorisert som 0-5 år, 6-10 år og over 10 år.

3.3 Variabler

For å undersøke om det er en vesentlig forskjell, vil vi legge til variablene; Kjønn? Arbeidserfaring? Arbeidssted? Antall alvorlige pasienthendelser siste år? Nortvedt et al., (2012, s.199) forklarer at variabel vil være en faktor som kan influere på utfallet i studier. Ved å legge til de ulike variablene for utvalget, kan det gi interessante funn eller overraskende resultater. Det skilles mellom uavhengig variabel som ikke kan påvirkes, eksempelvis kjønn. En avhengig variabel derimot kan påvirkes av andre faktorer, eksempelvis en vane eller ferdighet (Fekjær, 2016, s.17).

3.4 Forskningsetiske vurderinger

Besvarelsen er anonym og ble utlevert i papirform. Medfulgt lå forseglede konvolutter, som igjen ble forseglet i en felles eske og hentet på aktuelle avdelinger, dette for å ivareta personvernet. Avdelingsleder fikk ansvar for oppbevaring av besvarte spørreskjema. Undersøkelsen foregikk over to uker iløpet av Mars 2022. Besvarelsene ble innhentet samme dag og lagt i en felles bunke før de ble åpnet. På den måten kunne heller ikke forskerne vite hvilken avdeling besvarelsene tilhørte, men utfra bakgrunns spørsmål kun vite hvilken type avdeling det dreide seg om. Intermediær overvåkning og intensivavdeling går innunder samme kategori, og har et felles avkrysningsfelt i undersøkelsen. Dette for at avdelingene har svært like arbeidsoppgaver, antall ansatte og faggrupper og kan derfor sammenlignes.

Når ulike avdelinger skal delta i en studie, er det nødvendig med samtykke fra den faglige og administrative ledelsen ved virksomhetene som utvelges (Senter for omsorgsforskning, 2014, s.54). I tillegg må man forholde oss til Helseforskningsloven. Lovens utgangspunkt er at menneskerettigheter og

menneskeverd skal være grunnleggende prinsipper innen medisinsk og helsefaglig forskning. Hvor deltakernes velferd og integritet går foran vitenskapens og samfunnets interesser (Helseforskningsloven, 2008). Forskning skal være aktsom og forsvarlig og derfor overholde anerkjente forskningsetiske normer og skal gjelde hele prosjektets «levetid» (Langtvedt, 2017).

Informasjonskravet innebærer at informasjonen er forstått og at deltakeren gir samtykke til å delta, slik ivaretas integriteten. Informasjonen skal være både skriftlig og muntlig, samt gis i god tid. Informasjon om studiens formål, metoder, hva det forventes at den bidrar til og at deltakelse er frivillig og kan avbrytes underveis, er et krav (Olsson og Sörensen , 2003, s.59).

Ved bruk av kvantitative spørreundersøkelser er anonymisering av deltakerne lettere å overholde. Deltakerne skal ikke oppgi personopplysninger og heller ikke opplysninger knyttet til egen helse. Studien vil derfor oppfylle kravene etter Regional Etisk Komite (REK, u.å.). Prosjektet er godkjent som anonymt gjennom Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og er derfor ikke meldepliktig, (Vedegg2). NSD vurderer om undersøkelsen oppfyller kravet til å ivareta deltakernes personvern (Senter for omsorgsforskning, 2014, s.54-55). Deretter ble det innsendt søknad til virksomhetens forskningsavdeling for intern godkjenning til å utføre undersøkelsen (Vedlegg3). Det ble satt kriterier for å kunne delta i studien, som avdelingsleder hadde oversikt over, på ingen måte kunne det spores tilbake til opplysninger fra deltakerne. Det var ikke behov for å utarbeide en liste over deltakerne som samtykket til å være med i studien. Samtykke skjedde ved at deltakeren besvarte og leverte spørreundersøkelsen.

For å oppfylle kvalitetskrav til pålitelig forskning, skal brukerne involveres og ha innflytelse (Nortvedt et al., 2012, s.22). Det utvelges en deltaker fra en av de seks aktuelle avdelingene, for å ivareta brukermedvirkning og for å gi svar på om undersøkelsen er relevant for deres arbeid. Virksomhetens personvernombud gjennomgikk spørreskjema og anbefalte endring i bakgrunnsspørsmål, ved å fjerne utdanningsnivå, for å overholde anonymiteten. Det ble også lagt til nøytrale svaralternativer, for mer pålitelighet i svarene.

3.5 Validitet og reliabilitet

Kvaliteten til kvantitative data uttrykkes i form av reliabilitet og validitet. Reliabiliteten er et uttrykk for hvor pålitelige data vi har, og hvor nøyaktig datainnsamlingen er foretatt. Validiteten viser i hvilken grad vi har data som er gyldige eller relevante for de problemstillingene som skal belyses (Grønmo, 2020).

Spørreskjema ble utprøvd på våre arbeidsplasser etter avtale med avdelingsledere. De 13 frivillige skulle se bort fra del-1 bakgrunn. De fikk deretter anledning til å komme med tilbakemeldinger på spørreskjemaets oppsett, utforming, svaralternativer og dersom det var noe de opplevde som uklart. Dette ble tatt i betraktning og justert etter tilbakemeldingene.

3.6 Analysemetode

Kvantitative data analyseres ved hjelp av statistiske metoder. Ordet statistikk brukes også om innsamling, oppsummering og analysering av datamateriale, som kan presenteres i form av tabeller og figurer. I analysering av data benyttes beskrivende tall, som gjennomsnitt, median, standardavvik, persentiler og korrelasjon. Statistikk benyttes i vitenskapelig arbeid som et viktig verktøy i situasjoner hvor påstander, teorier og prognoser er basert på observasjoner (Frøslie & Bjørnstad, 2021). Analysen av data skal være godt beskrevet da ulike faktorer kan oppstå og påvirke resultatene gjennom skjevfordeling/bias (Nortvedt et al., 2012, s.95-97).

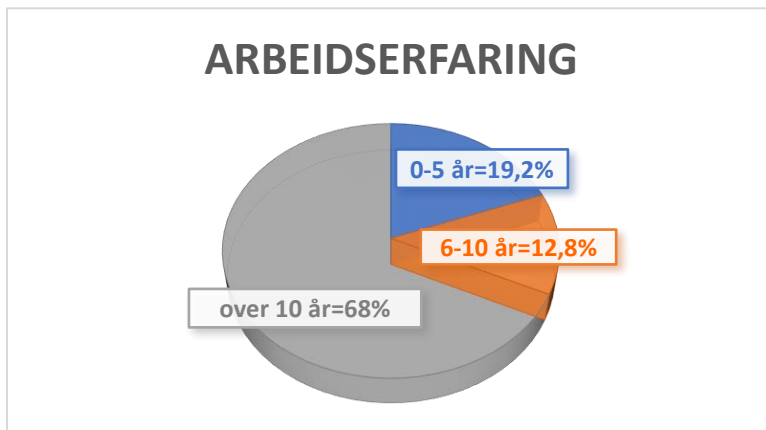
Datamateriale kan bestå av mange tall, for bedre oversikt over de viktigste egenskapene til et datasett, bruker man deskriptiv statistikk, også kalt beskrivende statistikk. I deskriptiv statistikk regner man ut oppsummerende størrelser i tall, eller visualiserer datasettet gjennom ulike plott. Deskriptiv statistikk er grunnleggende statistisk analyse av kvantitative data som er innsamlet ved bruk av kvantitative metoder. Når datamaterialet foreligger ferdig registrert, begynner beskrivelsen av det innsamlede datamateriale og utvalget, med fordelingsanalyse og frekvensfordeling. Deskriptiv statistikk skal beskrive og sammenfatte det en observerer uten å si noe om det som ligger utenfor det observerte (Sander, 2019). Beskrivende statistikk er nyttig for å beskrive grunnverdier og nøkkelutfallsvariabler (Polit & Beck, 2021, s.381).

Dataanalysen er utført ved hjelp av SPSS (Statistical package for the social sciences). SPSS er en programvare, som gir muligheter for en rekke statistiske analysemetoder (Høgskulen på Vestlandet, 2021). Dette gjorde analyseprosessen enklere i å administrere data, utføre analyser, og dele resultatene. Etter innhenting av besvarelsene, startet vi med registrering av alle data, deretter dobbelkontroll og rensing av data. Sistnevnte for å kontrollere at det ikke forelå feilregistrering av verdier, som kunne påvirket resultatene. I neste steg foretok vi en frekvensfordeling, kort forklart en oppsummering, som viser hvor mange av enhetene som har ulike eller like verdier på en variabel. Frekvensfordeling gir altså en forenkling ved at enhetene klassifiseres i grupper, ofte presentert grafisk ved hjelp av stolpediagram, kakediagram eller lignende. Frekvenstabellene gir en verdifull totaloversikt over ulike fenomen (Tufte, 2018, s.48). Resultatene beregnes og fremstilles i prosentvis, også kalt relativ fordeling på variabelen. Nærmere bestemt hvor mange per 100 enhet som har den aktuelle egenskapen. Det er omdiskutert hvor stort utvalget bør være når vi fremstiller resultatene i prosent. For reliabilitet i resultatene fungerer prosentandel best med 100 enheter og oppover (Tufte, 2018, s.48). Ulempen med frekvensfordeling er at man mister detaljinformasjon fra hver enkelt enhet i studien. Detaljinformasjon i resultatene kom frem i neste steg, ved å lage krysstabeller. I beskrivende statistikk kan man benytte bivariat analyse, det vil si sammenhengen mellom to variabler. Dette utføres ved hjelp av krysstabeller (Polit & Beck, 2021, s.374). Del-3 i spørreundersøkelsen omhandlet påstander rundt de faglige gevinstene relatert til debriefing. Fem av påstandene innfridde til å benytte indeks. Indeks er et kombinasjonsmål hvor man legger sammen flere variabler for å måle et fenomen. Vi får her et gjennomsnittstall eller en totalscore, som forsterker reliabiliteten ved at eventuelle og tilfeldige målefeil i enkeltvariabler ikke vil utgjøre noe for totalscoren. I tillegg får man målt flere aspekter ved det aktuelle fenomenet. Indeks forutsetter at variablene som inngår, må være sterkt innbyrdes korrelerte (Tufte, 2018, s.151-152).

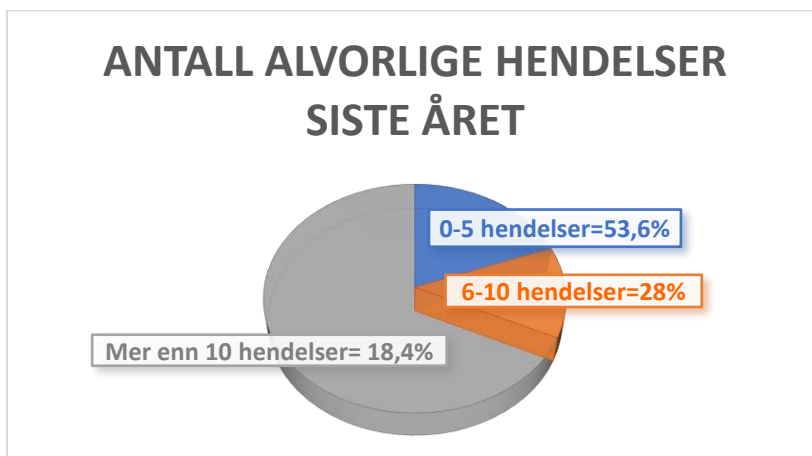
4. Resultater

Resultater og funn fra studien vil her beskrives nærmere. Ved å publisere og offentliggjøre resultatene og metodebruk, kan det bidra til fellesskapets kunnskapsbase. Man har en moralsk plikt å dele resultater med andre uavhengig av forskningsresultatene. I Helsinki-deklarasjonen vises det til at «*negative så vel som positive resultater skal publiseres eller på annen måte gjøres allment tilgjengelige*» (Senter for omsorgsforskning, 2014, s.46-47).

Av totalt 175 inviterte respondenter, har 126 deltakere besvart spørreskjema. Dette utgjør en svarprosent på 72%. Av deltakerne er 76,2% kvinner og 23,8% menn. Fordelt på Ambulansestasjoner 25,4% Akuttmottak 43,7% intermediær-og intensivavdelinger 31%. Av deltakerne har den største andelen over ti års arbeidserfaring som utgjør 68% av respondentene (tabell 1). Det er flertall av respondentene som svarer at de har vært involvert i 0-5 alvorlige hendelser det siste året (tabell 2).

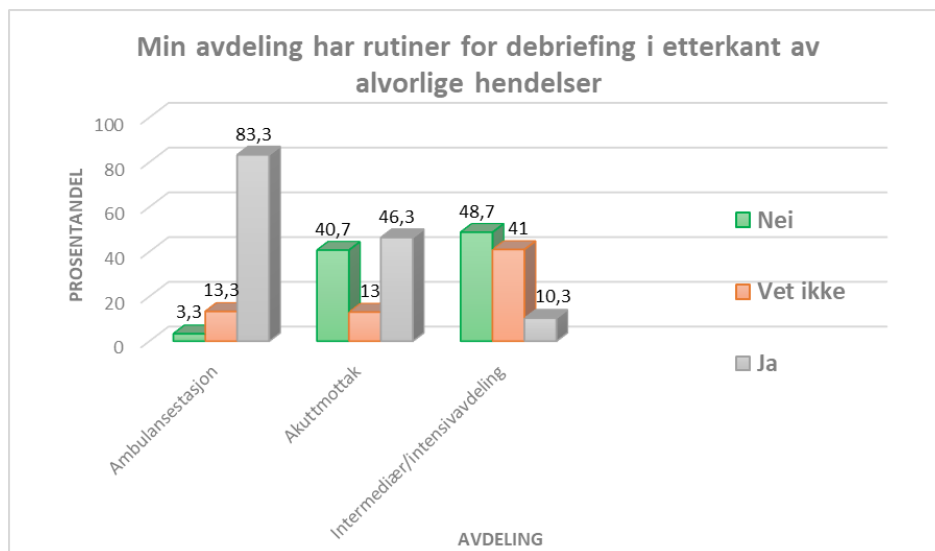


Tabell 1-Gir oversikt over arbeidslengden blant respondentene



Tabell 2: viser antall alvorlige hendelser deltakerne har vært involvert i.

Under påstanden “*Min avdeling har rutiner for debriefing i etterkant av alvorlige hendelser*” svarer 56,1% *Nei* eller *Vet ikke*, mens 43,9% svarer *ja*. Her finnes en betydelig forskjell mellom de ulike avdelingene (tabell 3).

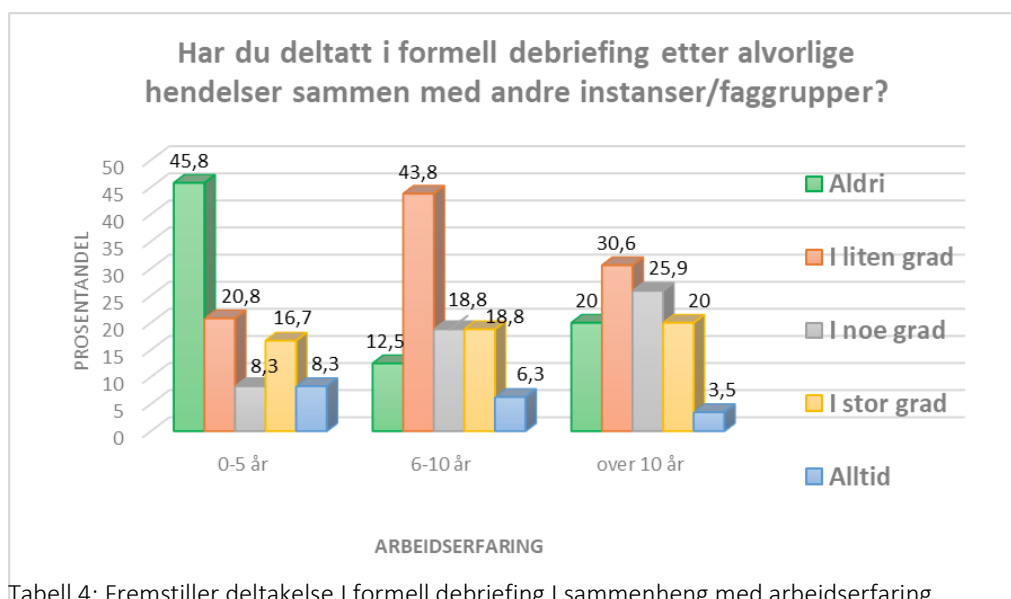


Tabell 3: fremstiller respondentens oppfatning av avdelingens rutiner for debriefing.

Del-2 av spørreskjema omhandlet “*I hvilken grad benyttes debriefing?*” her kom det frem at 41,3% svarer *i noe grad*, 23,8% *i stor grad* og 11,9% svarer at de *alltid* benytter debriefing i etterkant av alvorlige hendelser. Prosentandelen er jevnt fordelt på kjønn, avdeling og arbeidserfaring.

Resultatene viser at uformelle samtaler med kollegaer kort tid i etterkant av alvorlige hendelser er hyppigst benyttet, hvor totalt 90 deltakere svarer *i stor grad* eller *alltid*. Samtidig er variasjonen stor mellom kjønn, hvor 25% av kvinnene svarer *alltid*, mens 40% av menn svarer *alltid*. Den største variasjonen viste seg mellom de ulike avdelingene. Ambulansstasjonene svarer 62,5% *alltid*, akuttmottak 21,8 % *alltid* og intermediær/intensivavdelinger 10,3% *alltid*. Når det gjelder arbeidserfaring viser det seg at de med kortest arbeidserfaring bruker i størst grad uformelle samtaler etter alvorlige hendelser i alle tilfeller, hvor hele 54,2% svarer *alltid*. Over halvparten av deltakerne har *aldri* eller *i liten grad* deltatt i formell debriefing med andre faggrupper/instanser. Igjen vises forskjeller mellom de ulike avdelingene (tabell4). Et interessant funn er at 50,6% av respondentene med over ti års arbeidserfaring har *aldri* eller *i liten grad* deltatt ved formell debriefing sammen med andre faggrupper/instanser. Det fremkommer at det gis *i noe* eller *liten grad* tilbud om oppfølging etter alvorlige hendelser (tabell 5), den ansatte må *i stor grad* ta initiativ til

debriefing selv (tabell 6).



Tabell 4: Fremstiller deltakelse i formell debriefing i sammenheng med arbeidserfaring.

Jeg og mine kollegaer får tilbud om gjennomgang/oppfølging etter alvorlige hendelser

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>Aldri</i>	6	4,8	4,9
<i>I liten grad</i>	39	31,0	32
<i>I noe grad</i>	44	34,9	36,1
<i>I stor grad</i>	23	18,3	18,9
<i>Alltid</i>	10	7,9	8,2
Besvart	122	96,8	
Ubesvart	4	3,2	
Total	126	100	100

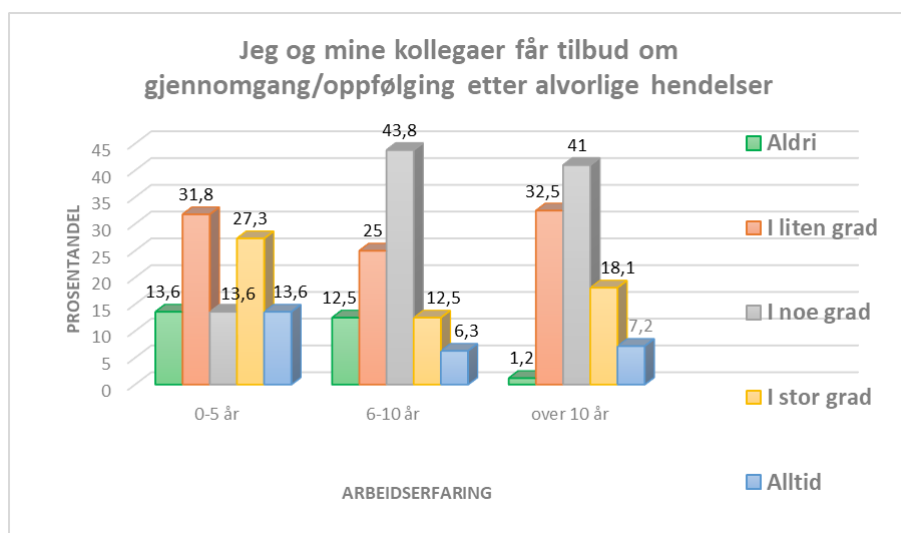
Tabell 5: Oversikt over tilbud om debriefing

Jeg og mine kollegaer må selv ta initiativ til å gjennomgå alvorlige hendelser

Svaralternativ	Antall	Gyldig prosent
<i>Aldri</i>	4	3,2
<i>I liten grad</i>	20	15,9
<i>I noe grad</i>	41	32,5
<i>I stor grad</i>	52	41,3
<i>Alltid</i>	9	7,1
Total	126	100,0

Tabell 6: Oversikt over initiativtaking til debriefing

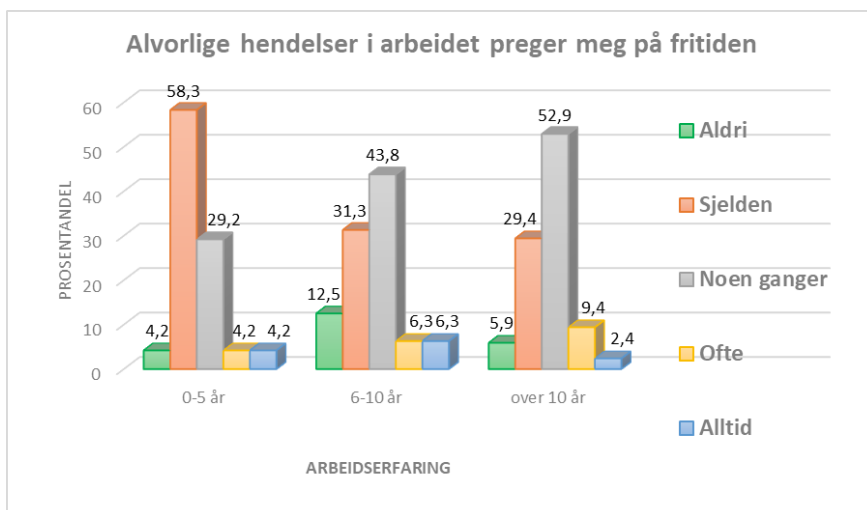
Avdelingsvis er det store variasjoner når det gjelder å få tilbud om oppfølging etter alvorlige hendelser. På svaralternativene *i stor grad* eller *alltid* får vi ambulansestasjoner på 56,3%, akuttmottak med 24,6% og intermediær/intensivavdeling med overraskende 5,4%. Resultatene viser at deltakerne med kortest arbeidserfaring får i størst grad tilbud om oppfølging (tabell 7).



Tabell 7: Viser at kortest arbeidserfaring, får i større grad tilbud.

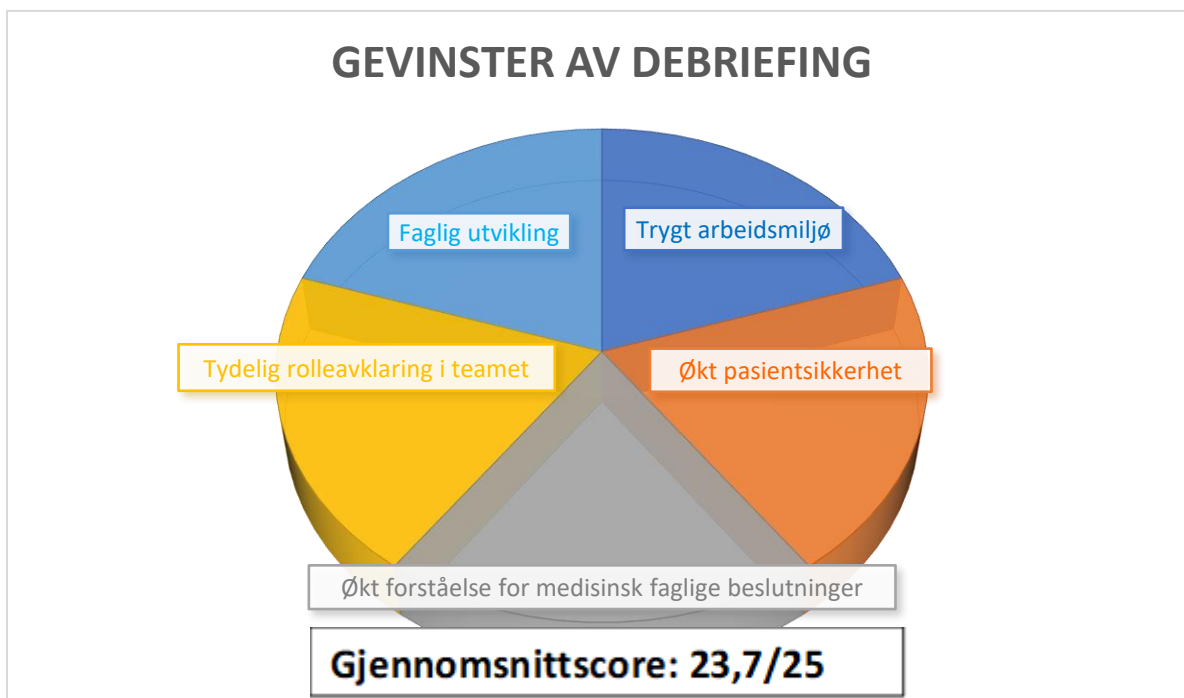
Det å selv ta initiativ til å gjennomgå alvorlige hendelser viste liten forskjell når det gjelder kjønn. Totalt svarer 41,3% at de *i stor grad* må ta initiativ selv.

Påstanden "*alvorlige hendelser i arbeidet preger meg på fritiden*", gir en indikasjon på behovet og interessen for debriefing blant helsepersonell. Ved å undersøke i krysstabell mellom avdeling, kjønn og arbeidserfaring, ser vi liten variasjon når det gjelder avdelinger. 60 deltakere svarer at de preges av arbeidet på fritiden *noen ganger*. Krysstabellen mellom kjønn og hvordan helsepersonell preges av alvorlige hendelser viser at 63,5% av kvinner svarer *noen ganger* eller *ofte*, mens menn svarer 30% *noen ganger* og ingen av de mannlige respondentene svarer *ofte*. Det ser imidlertid ut til at man preges mer på fritiden etter alvorlige hendelser i arbeidet, dersom man har lengre arbeidserfaring (tabell 8).



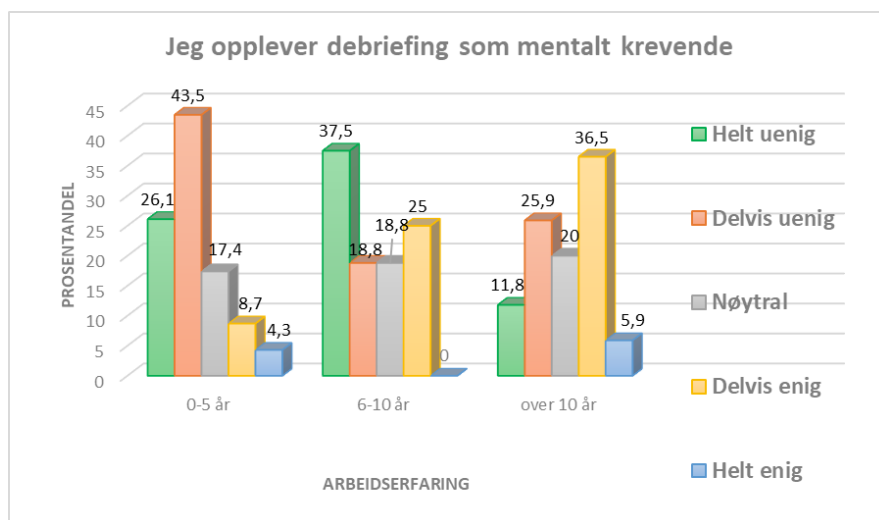
Tabell 8: Viser at deltakere med lengst arbeidserfaring preges i større grad på fritiden.

Ved ulike påstander rundt fordelene med debriefing, i spørreundersøkelsens del-3, er flertallet av utvalget enige i alle påstandene fremstilt i tabell 9. Som samsvarer med tidligere forskningsfunn. Resultatene rundt hvorvidt *“debriefing er en godt egnet metode for kunnskapsutvikling blant helsepersonell”* er totalt 92,8% helt enig eller delvis enig. 95,2% er helt eller delvis enige i at *“debriefing er en godt egnet metode for emosjonell bearbeiding blant helsepersonell”*. 90,5% av respondentene er helt enig i at *“debriefing bidrar til økt pasientsikkerhet”*.



Tabell 9: Rspndentenes enighet rundt gevinster av debriefing, fremstilt i indeks med gjennomsnittscore.

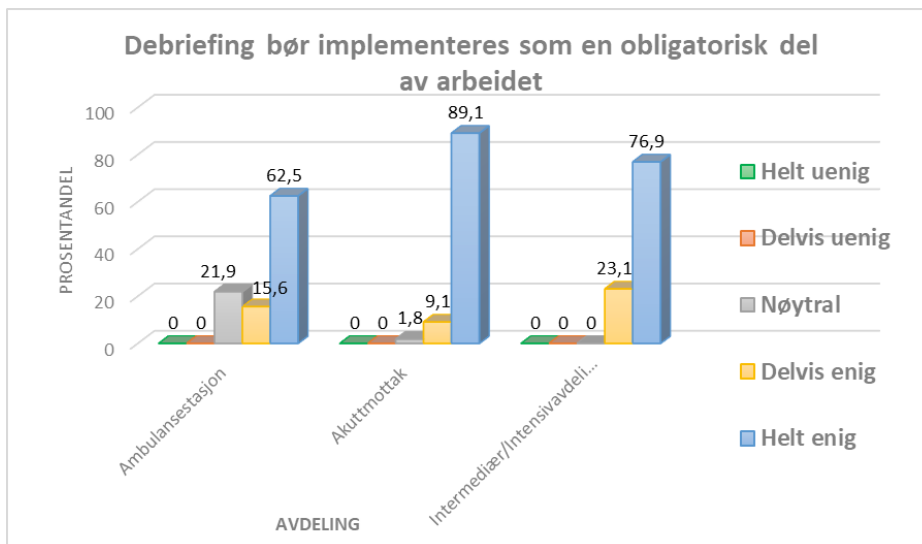
Ulempene med debriefing som *“jeg opplever debriefing som mentalt krevende”* og *“jeg opplever debriefing som tidkrevende”* viser at arbeidserfaring kan spille en rolle for om debriefing oppleves mentalt krevende (tabell 10), mens akuttmottakene opplever debriefing som tidkrevende i vesentlig større grad. Hvor 25,8% svarer *helt enig* og 45,2% svarer *delvis enig*. Ved andre avdelinger viste ambulansestasjoner at 12,9% og intermedisær/intensivavdelingene 12,8%, er *helt* eller *delvis enig* i at debriefing er tidkrevende.



Tabell 10: Fremstillter at respondentene med lengst arbeidserfaring opplever debriefing som mentalt krevende i større grad.

Resultatene fra del-4 debriefingsmodeller, viser at hovedfokus med debriefing er å lære av erfaringer fra hendelsen. Totalt 48,8% av deltakerne er *delvis* eller *helt enig* i at de tilegner seg mer kunnskap ved formell debriefing enn ved uformelle samtaler med kollegaer. Mens 75,8% er *helt* eller *delvis enig* i at den emosjonelle bearbeidingen utføres best ved uformelle samtaler med kollegaer. 84,9% kjenner ikke til eller usikre på om de kjenner til ulike debriefingsmodeller og hvordan metodene anvendes. 83,1% opplever uklare retningslinjer for hvordan debriefing benyttes som et læringsverktøy.

Til slutt ved påstanden om at *“debriefing bør implementers som en obligatorisk del av arbeidet”* er 78,6% *helt enig*. Flertallet svarer at de er *helt* eller *delvis enige* uansett kjønn. Det interessante er at til tross for at intensiv/intermedisæravdelingene har lavest score når det gjelder rutiner for debriefing, svarer 100% av respondentene fra disse avdelingene at de er *helt* eller *delvis enige* i at debriefing bør være en obligatorisk del av arbeidet (tabell 11).



Tabell 11: En stor andel av deltakerne mener debriefing bør være en obligatorisk del av arbeidet.

Resterende resultater og tabeller er vedlagt til gjennomsyn ved interesse (Vedlegg 5-6).

5. Diskusjon

Sett i lys av de tre hypotesene, problemstillingen og tittelen på oppgaven, vil det i dette kapitlet diskuteres rundt resultatene fra studien. Ved å gå i dybden på de aktuelle funn, trekkes det sammenligninger fra tidligere forskningsfunn. Det diskuteres videre styrker og svakheter med valgt metode, før det til slutt trekkes konklusjoner rundt hypotesene.

5.1 Diskusjon av resultater

5.1.1 Anvendelse av debriefing

Denne studien avdekker en nokså jevn fordeling på det totale utvalget av helsepersonell, i hvilken grad de debriefing benyttes etter alvorlige hendelser. Resultatene viser at 23% av deltakerne benytter debriefing i liten grad eller aldri, 42,3% svarer noen ganger mens 35,7% av respondentene benytter debriefing i stor grad eller alltid. Spencer, Nolan, Osborn & Georgiou, (2019) utførte en tverrsnittundersøkelse blant helsepersonell ved akuttmottak og intensivavdeling. Studien avdekket at debriefing ble sjelden benyttet under perioden den aktuelle studien pågikk. Det ble registrert 1463 tilfeller av hjertestans, hvor deltakerne var involvert, men kun i 17,6% av tilfellene ble det utført debriefing.

Et hovedfunn fra denne studien er at til tross for en jevn fordeling i anvendelse av debriefing blant helsepersonell, viser resultatene store forskjeller mellom de ulike avdelingene i utvalget. Ambulansestasjoner benytter hyppigst debriefing i stor grad eller alltid. Ved spesifisering av svaralternativene i spørreundersøkelsen (Vedlegg 1) betyr det at 19 av 32 ambulansesarbeidere benytter debriefing i 75-100% av tilfeller etter alvorlige hendelser. 20 av 54 respondenter i akuttmottak benytter debriefing i over 75% av alvorlige hendelser. Blant deltakerne fra intensiv-og intermediæravdelingene, oppgir kun 6 av 39 at de benytter debriefing i stor grad eller alltid.

5.1.2 Uformelle samtaler

Uformelle samtaler med kollegaer kort tid i etterkant av hendelsen, utført på eget initiativ utgjør den største delen når det gjelder bruken av debriefing i utvalget. 90 av 126 respondenter (71,5%) gjennomfører uformell debriefing i stor grad eller alltid. Dette samsvarer med Bohström (et al., 2017) sin studie, som undersøkte stressfremkallende og stressdempende faktorer blant ambulansesykepleiere. Studien fant at uformelle samtaler med kollegaer i etterkant av hendelsen, var mer benyttet og opplevdes mer stressreducerende enn de formelle debriefingsøktene organisert av ledelsen. På en annen side viste våre resultater at respondentene oppgir større læringsutbytte ved formelle debriefinger, mens uformell debriefing gir best resultat for den emosjonelle bearbeidingen. Dette resultatet motstrides av Bohström (et al., 2017), som fant at i motsetning til noen av lederne og spesialistene, eksempelvis psykologer og leger, som var involvert i formelle debriefingsøker, hadde kollegaer full innsikt i konteksten av ambulansetjenester. Noen av deltakerne uttrykte at kollegaer var de eneste som virkelig forsto omstendighetene i saken. Kollegaene ble ansett for å være mer i stand til å gi faglige kommentarer og tilbakemeldinger enn ledere og spesialister. Avansert teamsamarbeid og korte pauser i løpet av arbeidsdagen ble også sett på som effektive midler for å redusere stress (Bohström et al., 2017). Resultater fra denne studien viser at ambulansetjenesten i størst grad benytter uformelle samtaler med kollegaer rett etter hendelsen. Det antas at tiden iløpet av kjøreturen til neste oppdrag eller retur til ambulansestasjonen og klargjøring av bil, er en verdifull tid til defusing. Bohström (et al., 2017) forklarer at de uformelle samtalene med kollegene foregikk i bilen eller garasjen og omhandlet erfaringene, hvordan de håndterte disse og hva de lærte av hverandre. Inhospitalt er man ofte ansvarlig for flere pasienter samtidig, slik må man umiddelbart videre i arbeidet etter alvorlige hendelser. I ambulansetjenesten i Helse Vest er man bemannet med to ansatte i team, oftest langvakter på 12-48 timer. Man får dermed en bedre kjennskap til sine kollegaer, som bidrar til et trygt arbeidsmiljø med mer åpen kommunikasjon. Bemanningen med to ambulansesykepleiere, som har tett og flytende samarbeid i team, ble ifølge Bohström (et al., 2017) ansett for å bidra til å forhindre stress.

Mannlige respondenter oppgir i større grad enn kvinner, at de benytter uformelle samtaler rett etter hendelsen. Det betyr ikke nødvendigvis at kjønnsforskjeller er avgjørende for bruken av uformelle samtaler, men kan komme av at det er større andel menn fra ambulansestasjonene enn andre deltakende avdelinger. Man kan anta at dette handler mer om rutiner for debriefing ved avdelingen deltakerne er ansatt ved.

5.1.3 Tilbud om formell debriefing

Over halvparten av deltakerne har aldri eller i liten grad deltatt i formell debriefing. Et interessant funn er at 43 av 85 respondenter med over ti års arbeidserfaring har aldri eller i liten grad deltatt ved formell debriefing sammen med andre faggrupper/instanser. Dette samsvarer med at 35% av deltakerne i Conoscenti (et al., 2021) svarte at en strukturert gjennomgang ved formell debriefing aldri ble utført. Resultatene støttes i tillegg av Bohström (et.al., 2017) hvor deltakerne rapporterte lavt tilbud om debriefing. En deltaker hadde vært ansatt i ambulansetjenesten i 25 år og fått tilbud om formell debriefing to ganger.

Studien avdekket at 12,5% av ambulansearbeiderne, 37,7% i akuttmottak og 40,5% ved intermedisær-og intensivavdeling har i liten grad fått tilbud om gjennomgang/oppfølging etter de har vært involvert i alvorlige hendelser. Sett i lys av arbeidsmiljøloven har lederen ansvar å belyse og tilrettelegge for debriefing, men arbeidstaker har ansvaret for å benytte seg av å implementere debriefingsverktøy i arbeidet. Totalt 48,4% av utvalget oppgir at de i stor grad eller alltid tar initiativ til å gjennomgå alvorlige hendelser. Clark og McLean, (2018) viser til en studie hvor 59% av de 156 sykepleierne rapporterte at debriefing ikke rutinemessig tilbys. Alle deltakerne var enige om at tilbud om debriefing ble ansett som et lederansvar. Der debriefing ikke benyttes i tilfeller hvor det burde vært utført, kan en mulig barriere være at lederen forventer at arbeidstakeren selv tar initiativ. Mens arbeidstaker venter på tilbud om oppfølging. Et annet aspekt, som ble uttrykt av ambulansepersonellet i Bohström (et al., 2017), var behovet for å løslates fra sine arbeidsoppgaver umiddelbart etter en alvorlig situasjon. Noen rapporterte at de ble nektet slike tidsavbrudd på grunn av ressursmangel. Stasjonssjefen valgte å ikke

sette ressurser ut av drift, som bidro til en krise for den ene deltakeren. Å frigjøre personalet rett etter en alvorlig hendelse, kan forhindre reaksjoner som sekundærtraumatisering eller medfølelsetretthet. Noe som igjen vil redusere sykefraværet i det lange løp og gi en økonomisk gevinst.

5.1.4 Gevinster av debriefing

Debriefing i en klinisk setting er forbundet med observerte forbedringer i teamets ytelse. De potensielle fordelene ved debriefing vil være til en relativt lav pris sammenlignet med kurs og utdanning. Ytterligere fordeler med debriefing kan omfatte forbedret tverrfaglig forståelse, utvikling av teamrefleksivitet og anerkjennelse av latente pasientsikkerhetstrusler som gir muligheter for forebyggende intervensjoner (Coggins, Santos, Zaklama & Murphy, 2020).

Påstandene i spørreskjema rundt ulike fordeler med debriefing, er fremstilt i indeks og har fått høy gjennomsnittscore. Det kan nevnes at 94,4% er delvis eller helt enig om at debriefing bidrar til tydelig rolleavklaring i team, 96,8% er helt eller delvis enig i at det øker forståelse for medisinskfaglige beslutninger. 88,9% av deltakerne er helt enig i at debriefing vil bidra til et trygt arbeidsmiljø. Clark og McLean, (2018), legger til at debriefing kan gjøre en negativ opplevelse om til positiv erfaringsbasert kunnskap. Debriefing er en lite benyttet mulighet, som har potensial til å øke pasientsikkerheten, samtidig som det ivaretar helsepersonell. Conoscenti (et al., 2020) sin studie viste at 52% av respondentene betraktet alvorlige hendelser som gyldige muligheter for profesjonell vekst. Hvor 85% av deltakerne betraktet debriefing som et potensielt nyttig verktøy for å forbedre kvaliteten på akuttmedisinske tjenester. Hovedfunnet i studien av Couper (et al., 2013) var at strukturert debriefing i teamet etter en alvorlig hendelse, forbedret behandlingsprosessen og pasientfokuserte resultater. Couper (et al., 2013), sin litteraturgjennomgang fant bevis for at debriefing ble godt mottatt i 3 studier, forbedret læring-1 studie, forbedret ikke-teknisk ytelse-4 studier, forbedret teknisk ytelse-16 studier og forbedrede pasientfokuserte resultater i 2 studier. Det poengteres at funnene er svært relevante for intensivavdelinger, som spiller en sentral rolle i koordinering og behandling av kritisk syke pasienter. Det er derfor et oppsiktsvekkende funn at kun 10,3% av utvalget fra intermediær-og

intensivavdelingene svarer at de benytter debriefing i sitt arbeid.

5.1.5 Debriefing for et styrket teamarbeid

Walker (et al., 2020) skriver at formålet med debriefing er å tilrettelegge for identifisering av feil og til slutt utvikle planer for å forbedre fremtidige prestasjoner, både individuelt og som et team. Økende antall og mangfoldet av pasienter inn til akuttmottak gir et utmerket miljø for opplæring, utvikling og innovasjon. Samt kontinuerlige muligheter for kvalitetsheving i pasientbehandlingen, som kan følge de økende og komplekse krav til helsepersonell. Mullan, Wuestner, Kerr, Christopher & Patel, (2012) sin studie avdekket at vanlige tema under debriefing inkluderte samarbeid/koordinering, kommunikasjon, og situasjonsforståelse. Oppgitte årsaker til at debriefing ikke ble gjennomført inkluderte at det var unødvendig i forhold til pasientsituasjonen, tidsbegrensninger, eller andre årsaker. Av andre årsaker viste Hammerle (et al., 2017) at enkelte kan være engstelig for å avsløre feil i praksis, mens andre er ukomfortable med å dele følelser med kollegaer. Vårt utvalg tok stilling til hvorvidt de syns at debriefing er mentalt krevende. Det uventede resultatet viste at de med lengst arbeidserfaring var i større grad enig i denne påstanden. Sammenhengen kan være at med erfaring følger en ansvarsrolle, frivillig eller ufrivillig. Man pålegges automatisk økt ansvar og det er høyere forventninger til både praktiske ferdigheter, beslutningstaking og mer robusthet til å takle sterke inntrykk. Er man ny i arbeidet vil det være tydeligere at man trenger ivaretagelse, man skal lære av situasjonene og «det er lov å være ny». Det økte presset på den erfarne, kan føre til at man blir redd for å avsløre feil, mangler eller dårlige beslutninger og dermed gjøre det mer mentalt krevende å gjennomføre debriefing. I tillegg kan man ha ubearbeidede erfaringer fra tidligere hendelser som minner om den aktuelle situasjonen debriefingen skal omhandle. Det kan derfor tenkes at man får en høyere terskel for å vise behov for debriefing dersom man har lengre erfaring, i fare for å tillegges rollen som syndebukk.

I studien av Clark og McLean, (2019) dukket det opp to sentrale temaer knyttet til sykepleiernes behov for debriefing etter en hjertestans. Et «personlig behov» for debriefing var å søke trygghet og validering, for bekreftelse om at de ikke hadde

skylden. Deltakerne bemerket at å unnlate å møte de "personlige behovene" kan ha betydelige konsekvenser. I tillegg til de følelsesmessige kostnadene indikerte deltakerne at manglende evne til å gi og delta i debriefingen kunne påvirke tilliten til andre i teamet. Bohström (et al., 2017) påpeker at det bør etableres et felles verdigrunnlag i anvendelse av debriefing. Det bør være utveksling av forslag uten å dømme hvem som sier hva (Conoscenti, et al., 2020). Flere deltakere i Jarden (et al., 2019) påpekte; et støttende arbeidsmiljø hvor man føler seg like trygge på sitt eget arbeid som arbeidet kollegaer utfører. Samt sette av tid til å lytte og respektere hverandres arbeid, alle skal føle seg som en del av teamet og effektiv kommunikasjon var av verdier som fremkom i studien for en vellykket debriefing. Den ene deltakeren mente at å være en isolert sykepleier er oppskriften på katastrofe. Walker (et al., 2020) på sin side viser til en metaanalyse, hvor team som har deltatt i gode debriefinger gjennom interaktiv kommunikasjon, har vist seg å overgå team som ikke bruker dette. Clark & McLean, (2018) beskriver videre hvordan sykepleierne uttrykte et "faglig behov" for å bruke opplevelsen som en mulighet til å lære og forbedre praksis. Generelt kunne sykepleieres "personlige behov" ses for å dominere umiddelbart etter hjertestansen. Mens faglige behov kunne løses på et senere tidspunkt, for å forbedre deres fremtidige personlige ytelse eller teamets, i en lignende situasjon. Alle deltakerne identifiserte at debriefing ville gi mulighet til å utvikle en felles situasjonsforståelse og ta opp spørsmål og bekymringer. Læring fra situasjonen ble sett på som nøkkelen til å forbedre praksis (Clark & McLean, 2018). Dette samsvarer med casestudien av Schmidt og Haglund, (2017) hvor sykepleiere ved et akuttmottak, fikk økt motstandskraft til å takle både uforutsigbare pasientsituasjoner og høyt pasientbelegg, ved å benytte debriefing i arbeidshverdagen.

COVID-19 har ført til omorganiseringer av avdelinger og arbeidsoppgaver, noe som påvirker teamdynamikken (Stafford et al., 2021). Fysiske barrierer har gitt utfordringer for kommunikasjon og isolerer ansatte fra hverandre. Samtidig hindrer det aktivitetskoordinering og informasjonsutveksling, derav gjennomføring av debriefinger. Høyt press på helsepersonell, fører til et overarbeidet og utmattet personale, som sannsynlig vil ha enda større gevinst av delt reflekterende praksis. Støtte fra ledelsen til å prioritere debriefing i krisetider er avgjørende for forbedring, velvære og motstandskraft. COVID-19 har raskt avansert bruken av teknologi i

helsevesenet, det har blitt anbefalt virtuelle debriefingsøkter, som bidrar til å bygge teamsamarbeidet (Stafford et al., 2021). Ved å ta teknologien med videre, i etterkant av pandemien, vil det gjøre utfordringer med gjennomføring av fommelle debriefinger på tvers av instanser mulig. Til tross for velkjente tidsbegrensninger helsepersonell har i arbeidshverdagen. Onlinebasert debriefing vil være nyttig for den tekniske gjennomgangen og bør følge et strukturert rammeverk, på samme tid som den fremmer inkludering og anerkjenner teammedlemmene (Stafford et al., 2021). Det bør medfølge klare retningslinjer for overholdelse av taushetsplikten, som sikrer at uvedkommende ikke blir kjent med konfidensielle opplysninger. Ulempen kan være at den involverte opplever en barriere for å dele sin opplevelse når man ikke er fysisk tilstede sammen med andre involverte.

5.1.6 Debriefing for emosjonell bearbeiding

Felles for helsepersonell som jobber innen akuttmedisin verden over er at de utsettes for stressymptomer og viser ulike helseproblemer relatert til arbeidet. Modeller som har blitt brukt i forebygging av PTSD blant helsepersonell inkluderer debriefing og defusing. Flere studier viser at liten bruk av debriefing øker risiko for utvikling av PTSD, depresjon, angst og selvmordstanker (Bohström et al., 2017). Hele 10% av totalt 517 deltakere i Spencer (et al., 2019) screenet positivt for PTSD. Studien av Jarden (et al., 2019), hvor det ble undersøkt trivselsfaktorer blant intensivsykepleiere, påpekte nettopp at balanse mellom arbeid og fritid er svært viktig for trivselen i arbeidet. Av strategier for dette, ble det blant annet påpekt uformell og formell debriefing.

I påstanden «*alvorlige hendelser preger meg på fritiden*», var det overraskende at de med lengst arbeidserfaring preges oftere. Dette motstrides av hva Isdal (2017, s.107-108) påpeker, at helsepersonell habituerer gjennom erfaring. Hammerle (et al., 2017) mener at kunnskaper rundt medfølelses tretthet og sekundærtraumatisk stress må i større grad belyses ut til helsepersonell. Dersom helsepersonell bevisstgjøres uheldige konsekvenser arbeidet kan medføre, vil det være avgjørende for å forstå og implementere debriefing. I Bohström (et al., 2017) fremkom det at hendelser i arbeidet påvirket ambulansesykepleierne også under permisjon eller før et skift.

Mange påpekte at deres sterkeste minner er basert på hendelser fra de var nyansatte og uerfarne. Det er derfor et positivt funn at de med 0-5 års erfaring i utvalget, er blant kategoriene som hyppigst benytter uformelle samtaler med kollegaer. Spesielt da det fremkommer at uformelle samtaler blir sett på som nyttigst for den emosjonelle bearbeidingen. Bohström (et al., 2017) fant ingen strategier for å forberede nyansatte for traumatiske situasjoner. Dette motstrides av våre resultater som viser at de med kortest arbeidserfaring får i økt grad tilbud om oppfølging. Allikevel tyder resultatene på at lengre arbeidserfaring ikke nødvendigvis betyr at man preges mindre. På en annen side uttalte flere deltakere i Clark og McLean, (2018) sin studie at debriefing i etterkant av en hjertestans, kan være av større betydning for ansatte med begrenset erfaring. Et hovedfunn i Spencer (et al., 2019), viste at helseassistenter, uerfarne leger eller sykepleiere, i høyere grad screenet positivt for PTSD som et resultat av å delta under hjertestans, enn de erfarne deltakerne i studien.

Til tross for at det i liten grad gjennomføres strukturert gjennomgang av situasjonen i etterkant av alvorlige hendelser, svarer 58,1% at de er delvis eller helt enig i at det er fokus på emosjonell bearbeiding. Derimot er 91,2% helt eller delvis enig i at hovedfokus går i større grad ut på å lære av erfaringene de har gjort seg under hendelsen. Dette avkrefter vår hypotese om at læringsutbytte er undervurdert når det gjelder debriefing. Allikevel påpeker Kessler (et al., 2015) at årsakene til bruk av debriefing er hovedsakelig for å redusere psykologisk stress.

5.1.7 Barrierer for implementering av debriefing

Magyar og Theophilos (2010) sin gjennomgang av debriefingsmodeller i litteraturen, påpeker manglende definisjon på hva debriefing innebærer. Mange ulike metoder for gjennomføring av debriefing, gjør begrepet og anvendelsen i praksis uoversiktlig å forstå. I researcharbeidet, blant 18 gjennomleste studier, inkludert to systematiske oversikter, er det beskrevet 11 ulike debriefingsmodeller. Ved nærmere undersøkelse av modellene, ser man at hovedtrekkene går igjen i de fleste. Flere av debriefingsmodellene er imidlertid skreddersydd til spesifikk timing rundt hendelser, spesifikke populasjoner av helsearbeidere eller som tar sikte på å være mindre

tidkrevende (Schmidt & Haglund, 2017).

Flere studier bemerker at det mangler både kultur og klare retningslinjer for å delta i formelle debriefinger etter alvorlige hendelser. Også her påpekes at tidsfaktor i travle og uforutsigbare akuttavdelinger vil være en ytterligere barriere (Clark og McLean, (2018) ; Conoscenti (et al., 2021) ; & Spencer (et al., 2019). Studien av Bohström (et al., 2017) avdekket at sykepleierne opplevde sjelden tid, også til uformelle samtaler iløpet av arbeidsdagen. Derimot viser vårt resultat at 52,4% av det totale utvalget er delvis eller helt uenig i at debriefing er tidkrevende. Hammerle (et al., 2017) viser at tidsbegrensningene og logistikken med å samle alle involverte på samme sted samtidig, gjør formell debriefing på tvers av instanser og faggrupper utfordrende å gjennomføre. Dette kan også være en faktor for at vårt utvalg har i liten grad deltatt i formelle debriefinger med andre instanser, til tross for lang arbeidserfaring.

Clark og McLean (2018) identifisere sykepleieres barrierer for å delta i debriefing, som inkluderte mangel på bevissthet og usikkerhet rundt debriefingens betydning og manglende veiledning fra organisatoriske protokoller. Respondentene skulle innledningsvis ta stilling til påstanden «*Min avdeling har rutiner for debriefing i etterkant av alvorlige hendelser*», resultatet viste særdeles stor forskjell mellom avdelingene som deltok. Ved ambulansestasjonene svarte 83,3 % ja, akuttmottak 46,3% mente de hadde rutiner, mens ved intermedieær-og intensivavdeling var det 10,3 % av respondentene som svarte ja. Når det reflekteres over hvorfor forskjellen er så stor, er det flere faktorer som kan medvirke. Utdanningsnivåene har forskjellige fokus og begrepsavklaringer. I bøkene for ambulanseutdanningen finner man definisjoner for hva debriefing innebærer, pensumbøkene fra intensivutdanningen inneholder ikke begrepet debriefing. Derimot finner vi synonyme begreper veiledning, kollegastøtte og refleksjon. De synonyme begrepene, kan oppfattes å ta større plass i den emosjonelle bearbeidingen hos helsepersonell og dermed undervurdere den faglige utviklingen som medfølger i debriefingsprosessen. Ved å skape en samlebetegnelse om begrepene og belyse «debriefing» vil sannsynligvis kunnskapsutviklingen gjennom debriefing få større fokus. Dette kan igjen bidra til økt interesse for å benytte debriefing også i tilfeller hvor man nødvendigvis ikke har behov for en emosjonell bearbeiding.

Debriefing etter strukturert modell, nærmere bestemt systematisk debriefing, har blitt brukt i helsevesenet som en relativt rimelig måte å forbedre kvaliteten og styrke det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienten (Schmidt & Haglund, 2017). Ifølge Clark og McLean, (2018) fremhevet deltakerne at de var usikre på hva debriefing innebar og dermed ikke oppfattet behovet for det, før de selv hadde deltatt i en debriefing. Resultatene støtter våre funn, der 107 av 126 (84,9%) deltakere svarte nei eller at de var usikre på kjennskap til ulike debriefingsmodeller og hvordan debriefingsverktøyet anvendes. I tillegg svarer 103 av respondentene at de opplever uklare retningslinjer i hvordan man benytter debriefing som et læringsverktøy.

Det er omdiskutert og utfordrende å finne et optimalt tidspunkt for debriefing. Noen involverte foretrekker å ha sjansen til å reflektere, komme seg bort fra jobb og fokusere på nytt før debriefing på et senere tidspunkt. Andre opplever verdien med umiddelbar debriefing, når hendelsen er frisk i minnet (Clark & McLean, 2018). Coggins (et al., 2020) beskriver debriefing som ble tilbudt, var ofte ustrukturert og enten utelukkende formative for læring, eller gjennomført senere i forsøk på å redusere stress, for trivsel. De ulike behovene blant involverte, mellom "læring" og "emosjonelle" behov i debriefing, kan være en barriere for initiativtakeren dersom man ønsker å benytte debriefing.

Som nevnt vil ansvarsrollen medfølge for involverte med lengst erfaring. Det kan innebære at den erfarne i enkelte tilfeller må lede debriefingen. I Clark og McLean, (2018) påpekte deltakerne med lengst erfaring at de savnet opplæring i hvordan de skulle lede debriefing etter en hjertestans. De belyser nødvendigheten med standardiserte, men fleksible debriefingsmodeller, med grundig opplæring i bruken av dem. STOP5-modellen svarer til de utfordringene og barrierene som påpekes for implementering av debriefing. Da STOP5 ble utprøvd på et akuttmottak, ble respondentene bedt om å rangere ulike fordeler og ulemper ved bruk av modellen. STOP5 ble høyt verdsatt av utvalget, resultatet viste at 90% vurderte STOP5-verktøyet som god til utmerket. I tillegg svarte 40 av 41 deltakere, at det burde gjennomføres debriefing hyppigere. Konklusjonen var at STOP5 rammeverket er effektivt og gjennomførbart globalt i akuttmedisinske team. STOP5 debriefing viser seg og forbedre ytelsen og fungerer like bra i team som individuelt. Uavhengig av erfaring og utdannelsesnivå, skal alle i teamet kunne fungere som leder for debriefingen (Walker et al., 2020). Fordelene respondentene inkluderte ved bruk av STOP5 var

forbedret personalmoral, bedret tilhørighet i team, god læringskultur og kvalitetsforbedring, som igjen ville øke pasientsikkerheten. I tillegg bidro debriefing til betydelige endringer i praksis, inkludert redesign av den pediatrike akuttrallen, CO₂-overvåking for overføring av intuberte pasienter og bedre rutiner for blodoverføring ved gjenoppliving av traumepasienten (Walker et al., 2020). Selv om STOP5 blir ansett for å være en anvendelig og lite tidkrevende debriefingsmodell, vil det ikke løse utfordringen med å klare å samle alle de involverte i etterkant. Det kom frem flere hinder for å utføre debriefing selv med STOP5 modellen, som arbeidsbelastning, tidspress og konkurrerende kliniske prioriteringer. Personalet rapporterte at å vente på andre involverte som måtte tilbake til arbeidet og andre pasienter, ofte resulterte at debriefing ble betydelig forsinket og at færre i teamet var til stede eller at debriefing ikke ble utført (Walker et al., 2020). Det påpekes at implementering er et sentralt hensyn for å sikre suksess. Det erkjennes at utilsiktede negative konsekvenser og misnøye blant ansatte er en risiko hvis debriefingsmodeller implementeres dårlig. Mens flertallet av debriefingene ble ledet av medisinske leger, ble mer enn halvparten organisert av andre medlemmer av det tverrfaglige teamet. Dette oppmuntrende funnet understreker viktigheten av tverrfaglig involvering, for vellykket implementering og pågående bærekraft i et strukturert debriefingsystem (Coggins et al., 2020).

Hammerle (et al., 2017) konkluderer med at til tross for mengden informasjon om debriefing som finnes i litteraturen, er empiriske bevis som støtter den mest egnede debriefingsmetoden begrenset. Det interessante er at den spesifikke debriefingsmetoden kan være mindre viktig enn selve debriefingshandlingen. I tillegg er det svært sannsynlig at det ikke er noen "beste" måte å gjennomføre en debriefing på. Coggins (et al., 2020) legger til at det er ingen universelt anvendelig klinisk debriefingsmetode. Alle metoder som er oppført har fordeler og ulemper og bør anvendes klokt, med hensyn til lokal, klinisk og kulturell kontekst. Vårt utvalg som oppgir at de finner uklare retningslinjer og lite kjennskap til debriefingsmodeller, men som allikevel benytter debriefing i noe-, stor grad eller alltid, kan ha nytte av sin egen egnede metode. Nøkkelværdien uansett metode for debriefing bør like mye fokusere på tilfeller hvor ting går riktig, som ved de tilfellene man har forbedringspotensial. Følgelig kan de største gevinstene i forbedring av teamsamarbeid bestemmes ved å også undersøke det rutinemessige daglige arbeidet, i stedet for å kun studere

ekstreme eller alvorlige hendelser (Walker et al., 2020).

5.1.8 Debriefing som en obligatorisk del av arbeidet

Som tidligere beskrevet svarer 60 av 126 respondenter at de preges noen ganger av arbeidet også på fritiden, 10 deltakere svarer at de preges ofte og 4 preges alltid på fritiden. Dette resultatet gir en indikasjon på behovet for debriefing blant utvalget. Særlig når vi ser at erfaringslengden heller øker risikoen for at man preges av arbeidet. Coggins (et al., 2020) skriver at helsepersonell sannsynligvis vil være relativt motstandsdyktige i møte med utfordrende situasjoner. Allikevel krever de potensielle negative effektene både psykologisk sikkerhet og teamkultur. Studien av Schmidt og Haglund, (2017) mener at nøkkelen til økt robusthet og forebygging av medfølelsestrett blant sykepleiere, er å bruke debriefing regelmessig og proaktivt. Den ene deltakeren i Bohström (et al., 2017) sin studie uttalte at den beste stressdempende støtten er når man setter seg ned og reflekterer med kolleger på slutten av et skift.

Hele 95,2% av det totale utvalget oppgir at debriefing er en godt egnet metode for emosjonell bearbeiding blant helsepersonell. Dette gir et argument for at debriefing bør bli en obligatorisk del av arbeidet. Studien av Conoscenti (et al., 2021) identifiserte personalets holdninger ved nylig debriefingsimplementering, gjennom et spørreskjema. Tatt i betraktning den faglige gevinsten, var anvendelsen av debriefing nyttig for 90% av sykepleierne (74 av 82). Det støtter vårt resultat hvor 115 deltakere som utgjør 92, 8%, er helt eller delvis enig i at debriefing er en godt egnet metode for kunnskapsutvikling blant helsepersonell. Som igjen indikerer at interessen for debriefing er til stede hos deltakerne.

Debriefing etter alvorlige hendelser har så langt blitt stående som valgfri for de involverte. Til tross for dette viser Conoscenti (et al., 2021) at systematisk anvendelse av debriefing ble rapportert som nyttig og relevant hos 85% av deltakerne. Ved å undersøke om erfaringslengden hadde innvirkning, rapporterte 90% med færre enn 3 års erfaring, at verdien av debriefing var lik den med mer enn 5 års arbeidserfaring (84%) (Conoscenti et al., 2021). Flertallet av deltakerne i Clark og McLean, (2018) viste positiv interesse for begrepet debriefing. Det uttryktes samtidig

lite behov for formell debriefing med hele teamet, da debriefing ble mest sett på som et personlig behov. Mens flertallet mente at debriefing kan være verdifullt etter en mislykket gjenoppliving, uttrykte bare et mindretall oppfatningen om at det burde gjennomføres debriefing uansett utfall (Clark & McLean, 2018). Coggins (et al., 2020) legger til at historisk sett ble debriefing sett på som en arena for å fokusere på individuelle reaksjoner, mens fakta er at debriefing i tillegg gir rike muligheter for læring og forbedring. Det er sannsynlig at denne oppfatningen av debriefing fortsatt er til stede blant helsepersonell. På en annen side skriver Walker (et al., 2020) at den mangfoldige blandingen av erfaring blant de ansatte indikerer ulike behov for debriefing. Studien påpekte at de med lang erfaring sjelden har et personlig behov for emosjonell støtte eller debriefing i tilsynelatende enkle saker, men at nyutdannede eller de med kort erfaring faktisk vil ha stort læringsutbytte, dersom de får muligheten til debriefing. Det bør derfor anvendes en enkel, strukturert modell som ekskluderer psykologisk fokus i det daglige arbeidet (Mayar & Theophilos, 2010). Derimot kan ingen vite når det kommer til det følelsesmessige som en involvert opplevde og kjente på, med mindre det er rom for å spørre og tid til å reflektere (Walker et al., 2020). Noen deltakere i Walker (et al., 2020) beskrev hvordan debriefing gav en verdifull «timeout» i arbeidsmengden der en kunne håndtere eventuelle misforståelser og løse konflikter i teamet.

Vårt utvalg fikk påstanden «*Debriefing bør implementeres som en obligatorisk del av arbeidet*». Her svarer 118 av 126 deltakere, som utgjør 93,7% at de er delvis eller helt enig. 6,3 % stiller seg nøytral til denne påstanden, mens ingen av respondentene er delvis eller helt uenige. Våre funn samsvarer med studien av Lech, Betancourt, Shapiro, Dolmans og Pusic, (2021), hvor resultatene forsterket behovet for å øke hyppigheten og tilgjengeligheten av debriefing. Gjennom systematiske oversikter, er det bevist at den optimale lengden på debriefing er fra 2 til 30 minutter. Det indikerer at debriefing er mulig å gjennomføre, selv i travle arbeidsdager (Coggins et al., 2020).

5.2 Styrker og svakheter ved valgt metode

For å få et bilde av fordelingen på en variabel, påpeker Tufte (2018, s.53-54) at man ikke bare bør konsentrere seg om gjennomsnittet, men se på flere statistiske mål som sentraltendens/konsentrasjon, spredning og form. Jacobsen (2021, s.34) skriver derimot at analyse av data alltid innebærer reduksjon av både mangfold og detaljer. Da vi stort sett har benyttet gjennomsnittsverdien i form av prosentandel, har vi på en annen side benyttet krysstabellanalyse på flere av variablene. Krysstabellanalyse går ut på å «kryse» to frekvenstabeller for å finne ut om det er en gruppe som skiller seg ut fra resten av respondentene (Tufte, 2018, s.116-117). Dette kan avdekke viktige sammenhenger som belyser behov for videre forskning. Eksempelvis observerte vi at avdeling påvirket i hvilken grad debriefing benyttes.

Analyse av kvantitative data er forenkling av resultatene. Både tilfeldige og systematiske målefeil kan oppstå. For å redusere feilkilder kan man måle fenomenet på flere måter, eksempelvis ved hjelp av kombinasjonsmål (Tufte, 2018, s.152). Indeks ble benyttet for å måle holdninger blant deltakerne til debriefingens gevinster. Her ble de ulike påstandene rundt faglig utvikling, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og rolleavklaring satt sammen for en gjennomsnittsverdi blant utvalget.

Å benytte påstander rundt fenomenet fremfor spørsmål kan legge føringer for at deltakeren sier seg enig uten å tenke særlig over egne meninger. Av ulike årsaker kan respondenten ha ønske om å fremstå som sosialt «riktig», selv ovenfor en fremmed forsker (Jacobsen, 2021, s.190). På en annen side kan det å benytte anonymt spørreskjema med avkryssing føre til at respondentene finner det enklere å være ærlig i sin besvarelse. Når en respondent har mindre kunnskaper rundt fenomenet som skal undersøkes, står man i fare for at respondenten svarer ut fra hva andre har fortalt eller andres meninger (Jacobsen, 2021, s.190). Derimot har en andel på 68% av vårt utvalg over 10 års erfaring, som er med på å forsterke reliabiliteten i svarene. Samtidig har flere avdelinger i utvalget valgt å besvare spørreskjema i forbindelse med fagdag eller personalmøte. Dette kan ha ført til at respondenter har diskutert sammen rundt ulike påstander i spørreskjema, derav påvirket svarene både positivt og negativt. På den negative siden kan det være at en respondent ikke fullt og helt legger sine egne meninger til grunn for besvarelse. Mens på den positive siden, kan det ha avdekket uklarheter i spørreskjema og ført til riktig

oppfatning hos respondenten. Spørreskjema inneholdt i tillegg interne pålitelighetsspørsmål med gjentakende karakter, som gjenspeiler hvor alvorlig de ble besvart av deltakerne. De andre avdelingene har besvart undersøkelsen iløpet av arbeidstiden. Hendelser den aktuelle vekten kan naturlig nok ligge til grunn for besvarelsen og respondenten har ikke svart ut fra et helhetlig perspektiv. Funnene i studien betraktes som respondentens personlige oppfatning, og kan ikke nødvendigvis gjenspeile avdelingenes faktiske rutiner for debriefing.

Studien har også flere styrker som bør anerkjennes. For det første setter den søkelyset på temaet debriefing som en tilnærming til å øke kvaliteten på beredskapen i den akuttmedisinske kjeden. Søkelyset kan legge føringer for videre forskning. Gyldigheten av undersøkelsen forsterkes av den høye svarprosenten blant respondentene. Antall respondenter fordeler seg i tillegg nokså jevnt på de ulike avdelingskategoriene, som gjør deltakerutvalget relevant for å benytte gjennomsnittstall.

5.3 Konklusjon

5.3.1 I hvilken grad benyttes debriefing?

Det viser seg fra resultatene at debriefing benyttes gjennomsnittlig *i noe grad* blant helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden. Nærmere bestemt i ca. 50 % av tilfellene etter alvorlige hendelser. Ved å krysstabellere de ulike avdelingskategoriene er debriefing benyttet i liten grad inhospitalt, under 25 % av tilfellene, men i stor grad over 75 % av tilfellene prehospitalt i den akuttmedisinske kjeden. Uformelle samtaler med kollegaer, som den ansatte selv tar initiativ til er hyppigst benyttet, fremfor formelle debriefinger med andre instanser eller faggrupper, som er i liten grad benyttet i alle ledd. Resultatene tyder på at uformelle samtaler med kollegaer kort tid i etterkant av alvorlige hendelser er tilstrekkelig og den foretrukne metoden for emosjonell bearbeiding. Selv om formell debriefing på tvers av instanser og faggrupper er lite benyttet, svarer utvalget at læringsutbytte i størst grad medfølger i denne metoden. Det gis i liten grad tilbud om oppfølging etter alvorlige hendelser. Vår hypotese om at debriefing er i liten grad anvendt blant helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden, bekreftes delvis gjennom funnene. Dersom vi deler utvalget i to kategorier får vi bekreftet hypotesen ved at debriefing benyttes i liten grad inhospitalt, men avkreftet hypotesen når vi ser på utvalget prehospitalt.

5.3.2 Gevinsten av systematisk debriefing

Læringsutbytte undervurderes ikke i bruken av debriefing. Da en stor andel respondenter oppgir at hovedfokuset er å lære av erfaringer, mens under halvparten svarer at det er fokus på emosjonell bearbeiding, gjennom å få utløp for tanker og følelser knyttet til hendelsen. Hypotese 2 vil med dette avkreftes. Tidligere studier bekrefter at bruk av debriefing gir kvalitetsforbedring. Flertallet av utvalget i denne studien er helt enig i påstander om de ulike gevinstene med debriefing. Få mener det er verken tidkrevende eller mentalt krevende å gjennomføre debriefing.

5.3.3 Er det behov for et tilpasset system?

Tidligere forskningsfunn viser at det ikke mangler debriefingsmodeller, derimot ser det store mangfoldet av modeller ut til å skape forvirring rundt hva debriefing innebærer. Begrepet debriefing er uklart, i tillegg til uklare retningslinjer og rammeverk. Flertallet av utvalget kjenner ikke til ulike debriefingsmodeller, eller hvordan de anvendes. Det foreslås at den psykologiske delen bør gis som et individuelt tilbud ved behov, mens den obligatoriske delen bør omhandle en strukturert gjennomgang og fokusere på læring av erfaringen, for kvalitetsforbedring. Dette muliggjør implementering av obligatorisk debriefing i arbeidshverdagen. Resultatene viser at et stort flertall ønsker debriefing som en obligatorisk del av arbeidet. Noe flere av de andre studiene har vist som økonomisk gunstig, med tanke på redusert sykefravær og økt kvalitet.

Dersom helsepersonell får økte kunnskaper rundt hva, hvordan og hvorfor debriefing bør anvendes kan det føre til suksessfull implementering av metoden. En lite tidkrevende og anvendelig debriefingsmodell, ser ut til å innfris gjennom STOP5-modellen. Med tanke på hypotesen om at vi mangler en strukturert egnet metode for å implementere debriefing som en obligatorisk del av arbeidet avkreftes. Vi mangler ikke en egnet metode, men snarere et standardisert tilpasset system.

5.4 Implikasjoner for videre forskning

Med tanke på implikasjoner for videre forskning, ville det være interessant å foreta observasjoner ute i feltet, gjennom en eksperimentell studie. Eksempelvis ved dokumentasjon eller registrering av debriefingsøkter. På den måten kan funn bli ytterligere forsterket, nyansert eller avkreftet. Denne studien har gjort oss nysgjerrig på ulike perspektiver knyttet til problemstillingen. Deriblant kunne det vært interessant med videre forskning som omhandler lederens holdning og synspunkter til implementering av debriefing. Det ville videre vært interessant å følge et prosjekt i praksis over tid, hvor det ble utviklet en egen modell for debriefing. Som ble skreddersydd etter utvalgets arbeidskultur og verdier.

6. Litteraturliste

- Amdahl, P. (2019, 5.oktober). Vil ha mer system for kollegastøtte. Hentet fra <https://sykepleien.no/2019/10/vil-ha-mer-system-kollegastotte>
- Arbeidsmiljøloven (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern (LOV-2005-06-17-62) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- 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>
- Clark, R.. & McLean, C. (2018). The professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An explorative qualitative pilot study. *Intensive & critical care nursing*, 47, 78–84. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.03.009>
- Cocker, F. & Joss, N., (2016). Compassion fatigue among healthcare professionals, emergency and community service workers: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 13(6), 618. <https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>
- Coggins, A., Santos, A. L., Zaklama, R., & Murphy, M. (2020). Interdisciplinary clinical debriefing in the emergency department: an observational study of learning topics and outcomes 20(1), 79. <https://doi.org/10.1186/s12873-020-00370-7>
- Conoscenti, E., Martucci, G., Piazza, M., Tuzzolino, F., Ragonese, B., Burgio, G., Arena, G., Blot, S., Luca, A., Arcadipane, A., & Chiamonte, G. (2021). Post-crisis debriefing: A tool for improving quality in the medical emergency team system. *Intensive & critical care nursing*, 63, 102977. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1016/j.iccn.2020.102977>

Couper, K., Salman, B., Soar, J., Finn, J. & Perkins, D.G. (2013). Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Intensive care med* 39, 1513–1523

<https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1007/s00134-013-2951-7>

Dreyer, K. (2016). Medisinsk nødmeldetjeneste og den akuttmedisinske kjeden. I E.H. Hansen & S. Hunskår (red.) *Legevaktarbeid- En innføringsbok for leger og sykepleiere*. Oslo: Gyldendal akademisk

Engebretsen, S. (2020). Sykepleie til pasienter i akuttmottak. I D.G. Stubberud & T. Gulbrandsen (red.) *Intensivsykepleie* (4.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk (4.utg.)

Fekjær, S.B. (2016). *Statistikk i praksis*. Oslo: Gyldendal norsk forlag

Flatgårrd, I. & Berg, G. V. (2016). Simulatortrening in situ, lek eller læring? - En intervjuundersøkelse av hvilke erfaringer sykepleiere har med debriefingsfasen i full-skala simulatortrening gjennomført ved egen arbeidsplass. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6(3), 216-32 <http://dx.doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-03-02>

Frøslie, K.F. & Bjørnstad, J. (2021). Statistikk. Hentet 07.januar 2022 fra [statistikk – Store norske leksikon \(snl.no\)](https://snl.no/statistikk)

Gratland, W. & Nergård, A. (2017). Også hjelperne kan bli traumatiserte. 10.4220/Sykepleiens.2017.63864_ <https://sykepleien.no/forskning/2017/10/ogsaa-hjelperne-kan-bli-traumatisert>

Grønmo, S., (2020). Kvantitativ metode. Hentet 12.mai 2022 fra https://snl.no/kvantitativ_metode

- Halvorsen, M.R., (2016). Førstevurdering, triagering og triagesystemer. I E.H. Hansen & S. Hunskår (red.) *Legevaktarbeid- En innføringsbok for leger og sykepleiere*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Helseforskningsloven (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Helse-og omsorgsdepartementet. (2000). *Om akuttmedisinsk beredskap*. (Meld. St. 43 (1999-2000)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-43-1999-2000-/id193493/>
- Helse-og omsorgsdeprtementet. (2015). *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. (Meld. St. 11 (2015–2016)). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/?q=akuttmedisinske%20kjede&ch=2#match_0
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. (Meld. St. 7 (2019-2020)). Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?q=akuttmedisinske%20kjede&ch=1#match_0
- Helse Vest, (2022, 26.april). *Om Helse Vest RHF*. Hentet 12.mai 2022 fra <https://helse-vest.no/om-oss#om-helse-vest-rhf>
- Hofstad, E., (2021, 04.mars). Koronapandemien har gått ut over muskler og psyke. Hentet fra <https://sykepleien.no/2021/03/koronapandemien-har-gatt-ut-over-muskler-og-psyke>
- Høgskulen på Vestlandet (2021, 22. desember). SPSS. Hentet 12.mai 2022 fra <https://www.hvl.no/student/it-hjelp/Programvareoversikt/spss/>
- Idås, T. (2013). *Krevende oppdrag-hvordan mestre stress* (2.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold-om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Jacobsen, D.I. (2021). *Forståelse, beskrivelse og forklaring- innføring i metode for helse- og sosialfagene* (3.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS

- Jarden, R.J., Sandham, M., Siegert, R.J. & Koziol-McLain, J. (2019). Strengthening workplace well-being: perceptions of intensive care nurses. *Nurs Crit Care*, 24: 15-23. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/nicc.12386>
- Kessler, D. O., Cheng, A., & Mullan, P.C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of emergency medicine*, 65(6), 690–698. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.10.019>
- Kvam, M. (2020, 04. april). Utbrenthet. Hentet 12.januar 2022 fra <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/utbrenthet/>
- Langtvedt, N.J., (2017, 11.oktober). *Forskningsetikkloven*. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/forskningsetikkloven/>
- Lech, C. A., Betancourt, E., Shapiro, J., Dolmans, D., & Pusic, M. (2021). Creation and evaluation of a novel, interdisciplinary debriefing program using a design-based research approach. *AEM Educ Train*, 6(1), e10719. <https://doi.org/10.1002/aet2.10719>
- Magyar, J. & Theophilos, T. (2010), Review article: Debriefing critical incidents in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia*, 22: 499-506. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/j.1742-6723.2010.01345.x>
- Mullan, P.C., Wuestner, E., Kerr, T.D., Christopher, D. P., & Patel, B. (2012). Implementation of an In Situ Qualitative Debriefing Tool for Resuscitations. *Resuscitation*, 84(7), 946–951. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2012.12.005>
- Nilsen, J.E., Wik, L., Kramer-Johansen, J., Styrkson, K., Tjelmeland, I.B.M., Seland, N., Flingtorp, L.D. & Olsen, J.Å. (2014). *Fremtidens prehospitale tjenester*. (NAKOS-Rapport 2014: 3). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/477c27aa89d645e09ece350eaf93fedf/no/sve/d/03.pdf>

Nortvedt M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012).
Jobb kunnskapsbasert! en arbeidsbok. Oslo: Akribes

NSFLIS (Norsk sykepleierforbunds landsforening for intensiv sykepleiere.2015.

Bemanningstandard for intensivsykepleie. (Standard nr.1). Hentet fra

<https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/rsyGhR3uL7SwEdYapOfY8eqX2azywFKv8Kgf0hg19vbfr4lc15.pdf#:~:text=En%20intensivpasient%20er%20intensivpasient%20n%C3%A5r%20det%20foreligge r%20truende,observasjon%2C%20behandling%20og%20pleie%20etter%20operasjon %20og%20Feller%20anestesi.>

Olsson, H. & Sørensen S. (2003). *Forskningsprosessen*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Oslo universitetssykehus, (u.å.). *Debriefing Anestesi felles*. Hentet 03.mai 2022 fra

<https://ehandboken.ous-hf.no/document/121425>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2021). *NURSING RESEARCH-Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11.utg.). International edition:Wolters Kluwer

Regional etisk komite (REK), (u.å.). *Hvem skal søke REK*. Hentet 20. Januar, 2022 fra

[Hjem - Insights \(rekportalen.no\)](https://www.rekportalen.no)

Renolen, Å. (2015). *Forståelse av mennesker-innføring i psykologi for helsefag* (2.utg.).

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS

Richardsen, J. (2009). *Ambulanseoperative Emner*. Oslo: Gyldendal norsk forlag AS

Sander, K., (2019). *Univariat analyse og deskriptiv statistikk*. Hentet 13. Februar 2022 fra

[Univariat analyse og deskriptiv statistikk \(estudie.no\)](https://www.estudie.no)

Sawyer, T., Eppich, W., Brett-Fleegler, M., Grant, V., & Cheng, A. (2016).

More Than One Way to Debrief A Critical Review of Healthcare Simulation Debriefing Methods *Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, 11(3), 209–217. <https://doi.org/10.1097/SIH.000000000000148>

Schmidt, M. & Haglund, K. (2017). Debrief in Emergency Departments to Improve Compassion Fatigue and Promote Resiliency. *Journal of trauma nursing : the official journal of the Society of Trauma Nurses*, 24(5), 317–322.

<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000315>

Senter for omsorgsforskning. (2014). *Forskning for bedre kommunale helse- og omsorgstjenester: En håndbok om hvordan kommunene kan medvirke og tilrettelegge for forskning*. Oslo: Grafisk produksjon

Sivertsen, E., (2016). *Er debriefing bortkastet? En studie av emosjonell ventilering og læring*

i et brannvesen. [Masteroppgave, Universitetet i Tromsø]

<https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/9674/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Spencer, S. A., Nolan, J. P., Osborn, M., & Georgiou, A. (2019). The presence of psychological trauma symptoms in resuscitation providers and an exploration of debriefing practices. *Resuscitation*, 142, 175–181.

<https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.06.280>

Stafford, J. L., Leon-Castelao, E., Klein Ikkink, A. J., Qvindesland, S. A., Garcia-Font, M., Szyld, D., & Diaz-Navarro, C. (2021). Klinisk debriefing under COVID-19-pandemien: hindringer og muligheter for helseteam. *Fremskritt innen simulering* (London, England), 6(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s41077-021-00182-0>

Statistisk sentralbyrå. (2021, 24. juni). *Ambulansetjenesten, etter aktivitet, statistikkvariabel, år og region*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/09556/tableViewLayout1/>

Stubberud, D.G., (2020a). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I D.G. Stubberud & T. Gulbrandsen (red.) *Intensivsykepleie* (4.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Stubberud, D.G., (2020b). Intensivsykepleierens målgruppe og arbeidssted. I D.G. Stubberud & T. Gulbrandsen (red.) *Intensivsykepleie* (4.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

Stubberud, D.G., (2019). Psykososiale konsekvenser av å være akutt og kritisk syk. I D. G. Stubberud (red). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (2.utg.)

Thorsnes, S.L. & Rønning, A.B. (2011). Veiledning i yrkeslivet. I H. Brataas (red.) *Sykepleiepedagogisk praksis-pasientsentrert sykepleie på ulike arenaer*. Oslo: Gyldendal akademisk

Tufte, P.A. (2018). *Hvordan lese kvantitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm AS

Vråle & Drangsholt, (2019). Er faglig veiledning nyttig for sykepleiere? 10.4220/Sykepleiens.2020.82535
<https://static.sykepleien.no/fag/2020/10/er-faglig-veiledning-nyttig-sykepleiere>

Walker, C. A., McGregor, L., Taylor, C., & Robinson, S. (2020). STOP5: a hot debrief model for resuscitation cases in the emergency department. *Clinical and experimental emergency medicine*, 7(4), 259–266. <https://doi.org/10.15441/ceem.19.086>

Worlds Health Organization (WHO), (2019, 28.mai). Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Hentet fra <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

7. Vedlegg

Vedlegg 1- Spørreskjema

INFORMASJON OM DELTAKELSE I SPØRREUNDERSØKELSE; «GEVINSTEN AV SYSTEMATISK DEBRIEFING»

I forbindelse med masterutdanning i Intensivsykepleie ved Høgskulen på Vestlandet ønsker vi å utføre en spørreundersøkelse blant helsepersonell i den akuttmedisinske kjeden, som ofte er involvert i akutt/kritisk syke/skadde pasienter.

Debriefing defineres som «samtale om et hendelsesforløp» og har blant annet til hensikt å hjelpe hjelperen til emosjonell bearbeiding, belyse hva som fungerte bra og forbedringspotensial. Debriefing kan utføres mellom kollegaer umiddelbart i etterkant, kalt uformell debriefing eller defusing. Eller en planlagt og strukturert gjennomgang med flere involverte og en leder, noen dager etter hendelsen, formell debriefing. Ordet «debriefing» brukes synonymt med «kollegastøtte», «refleksjon» og «kollegaveiledning» eller «veiledning».

Hensikten med spørreundersøkelsen er å finne ut i hvilken grad debriefing benyttes etter alvorlige hendelser. Samtidig om det er behov for et bedre system eller egnet metode for å anvende debriefing i arbeidshverdagen.

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Ved formidling av resultatene blir ikke svar fra enkeltpersoner omtalt, og ingen vil vite hva du har svart. Ved å svare på spørsmålene samtykker du til å delta i undersøkelsen. Alle innsamlede opplysninger anonymiseres.

Spørreskjemaet er delt inn i fire deler og tar ca. 5-10 minutter å besvare. I første del blir du bedt om å gi noen få opplysninger om deg og din fagbakgrunn. I de tre andre delene skal du ta stilling til ulike påstander eller spørsmål, for deretter å krysse av for hvilket svaralternativ som er aktuelt for deg. Når du er ferdig med å fylle ut spørreskjemaet, skal det forsegles i den medfølgende konvolutten. Resultatene vil bli formidlet til avdelingene. Vi håper at du ønsker å delta i denne spørreundersøkelsen og dermed bidra til vår masteroppgave ved Høgskulen på Vestlandet! **Vi ønsker å gi en oppmerksomhet til to av de utvalgte avdelingene med høyest svarprosent** 😊 Dersom du har spørsmål om undersøkelsen er du velkommen til å kontakte oss.

Med vennlig hilsen

Del 1: Din bakgrunn

1.1 Kjønnssidentitet?

Kvinne Mann

1.2 Ditt nåværende arbeidssted?

Ambulansetjeneste Akuttmottak Intermediæravdeling/intensivavdeling

1.3 Hvor lang arbeidserfaring har du som helsepersonell?

0-5 år 6-10 år over 10 år

1.4 Hvor mange alvorlige hendelser har du vært involvert i det siste året? (eksempelvis, uventet hjertestans, akutt/kritisk sykt barn, ulykker med stort omfang, alvorlige trusler, katastrofer o.l.)

0-5 hendelser 6-10 hendelser mer enn 10 hendelser

Del 2: I hvilken grad benyttes debriefing?

Utdyping av svaralternativene nedenfor;

Alltid=100% av tilfellene **I stor grad**= ca. 75 % av tilfellene **I noe grad**= ca. 50 % av tilfellene **I liten grad**= ca.25% av tilfellene **Aldri**= 0% av tilfellene

2.1 Min avdeling har rutiner for debriefing i etterkant av alvorlige hendelser

Ja Vet ikke Nei

2.2 Jeg og mine kollegaer benytter debriefing i etterkant av alvorlige hendelser

Alltid I stor grad I noe grad I liten grad Aldri

2.3 Det gjennomføres en uformell samtale mellom meg og mine kollegaer kort tid/samme dag i etterkant av alvorlige hendelser

Alltid I stor grad I noe grad I liten grad Aldri

2.4 Det gjennomføres en strukturert gjennomgang av situasjonen i løpet av 1-7 dager i etterkant av alvorlige hendelser

Alltid I stor grad I noe grad I liten grad Aldri

2.5 Jeg og mine kollegaer må selv ta initiativ til å gjennomgå alvorlige hendelser

Alltid I stor grad I noe grad I liten grad Aldri

2.6 Jeg og mine kollegaer får tilbud om gjennomgang/oppfølging etter alvorlige hendelser

Alltid I stor grad I noe grad I liten grad Aldri

2.7 Har du deltatt i formell debriefing etter alvorlige hendelser sammen med andre instanser/faggrupper?

Alltid I stor grad I noe grad I liten grad Aldri

Del 3: Fordeler og ulemper med debriefing

Ta stilling til hvor enig/uenig du er i påstandene nedenfor;

3.1 Alvorlige hendelser i arbeidet preger meg på fritiden

Alltid Ofte Noen ganger Sjelden Aldri

3.2 Debriefing er et viktig tiltak for min faglige utvikling

Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

3.3 Debriefing kan bidra til et trygt arbeidsmiljø

Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

3.4 Debriefing kan bidra til økt pasientsikkerhet

Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

3.5 Debriefing kan bidra til tydelig rolleavklaring i teamet

Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

3.6 Debriefing gir meg økt forståelse for medisinsk faglige beslutninger

Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

3.7 Debriefing bør implementeres som en obligatorisk del av arbeidet

Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

Del 4: Er det behov for nye debriefingsmodeller?

Ta stilling til hvor enig/uenig du er i påstandene nedenfor;

4.1 Jeg kjenner til ulike debriefingsmodeller og hvordan metodene anvendes

Ja usikker nei

4.2 Debriefing er en godt egnet metode for kunnskapsutvikling blant helsepersonell

Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

4.3 Debriefing er en godt egnet metode for emosjonell bearbeiding blant helsepersonell

Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

4.4 Jeg tilegner meg mer kunnskap ved formell debriefing, enn ved uformelle samtaler med kollegaer

Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

4.5 Det hjelper mer å prate med mine kolleger om tanker og følelser i forbindelse med en hendelse enn ved formell debriefing

Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

4.6 Jeg opplever debriefing som tidkrevende

Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

4.7 Jeg opplever debriefing som mentalt krevende

Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

4.8 I debriefing er det fokus på å få utløp for tanker og følelser knyttet til hendelsen

Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

4.9 I debriefingen er det fokus på å lære av de erfaringene vi har gjort oss under hendelsen

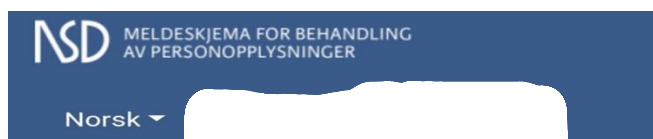
Helt enig Delvis enig Nøytral Delvis uenig Helt uenig

4.10 Opplever du klare retningslinjer for hvordan du kan benytte debriefing som et læringsverktøy?

Ja Usikker Nei

[Tusen takk for at du tok deg tid til å svare 😊](#)

Vedlegg 2- NSD vurdering



Meldeskjema / Gevinsten av s... / Vurdering

Vurdering

SKRIV ut

Referansenummer

782579

Prosjekttittel

Gevinsten av systematisk debriefing

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskulen på Vestlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ellen Johanne Svendsbø,
ellen.svendsbo@hvl.no, tlf: 53491461

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Prosjektperiode

28.02.2022 - 27.03.2022

Vurdering (1)

28.02.2022 - Vurdert anonym

Det fremgår av meldeskjema med vedlegg og dialog at det ikke skal behandles opplysninger i prosjektet som kan identifisere enkeltpersoner verken direkte eller indirekte.

Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra Personverntjenester.

HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER?

Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til Personverntjenester ved å oppdatere meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger.

VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging.

Kontaktperson hos oss: Belinda Gloppen Helle
Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 3- Godkjenning fra virksomheten

Høgskulen på Vestlandet



Dykkar ref.:

Vår ref.:

2022/1002 -

Sakshandsamar:

Dato:

11.03.2022

Godkjenning av innhenting av data

Viser til søknad om godkjenning av innhenting av data for prosjektet «Gevinsten av systematisk Debriefing». Søknaden er godkjent. Det er ein føresetnad at prosjektet blir gjennomført slik det kjem fram i opplysningane i søknaden.

Kontaktperson ambulansestasjon:

Kontaktperson ambulansestasjon:

Kontaktperson Akuttmottak:

Kontaktperson Intensiv:

Kontaktperson Intermediær:

Kontaktperson Akuttmottak:

Vennleg helsing

Administrerende direktør

Helse

Dokumentet er elektronisk godkjent av: Administrerende direktør

STOP for 5 Minutes

Thank the full team and ask "Is everyone ok?"

If **YES** then continue as below and **STATE FIRST**:

- We are going to have a 5 minute team debrief
- Purpose is to improve quality of patient care; it is not a blaming session
- Your participation is welcomed but not compulsory
- All information discussed during this debrief is confidential

S

Summarise the case

T

Things that went well

O

Opportunities to improve

P

Points to action and responsibilities

Current Case Criteria:

For every case please complete a Hot Debrief Form. These are located:

Completed Hot Debrief Forms are to be collated and placed:

If you have any questions or feedback please contact:

EDINBURGH
EMERGENCY
MEDICINE



STOP for 5 Minutes

Enter E Number Here:

Thank the full team and ask "Is everyone ok?"
If **YES** then continue as below and **STATE FIRST**:

- We are going to have a 5 minute team debrief
- Purpose is to improve quality of patient care; it is not a blaming session
- Your participation is welcomed but not compulsory
- All information discussed during this debrief is confidential

Please **DO NOT** Apply
Addressograph Labels

HOT DEBRIEF	Type of Case (tick)	Please list all staff members present
Date:	<input type="checkbox"/> Medic One	This form completed by: _____
Time:	<input type="checkbox"/> Enhanced or Code Red Trauma Call	
Location:	<input type="checkbox"/> Death in Resus	
	<input type="checkbox"/> Staff Triggered	

Summarise the case

Things that went well

Opportunities to improve

Points to action and responsibilities

Include staff member to address each point

EDINBURGH
EMERGENCY
MEDICINE

HOT DEBRIEF not completed

Reason: _____

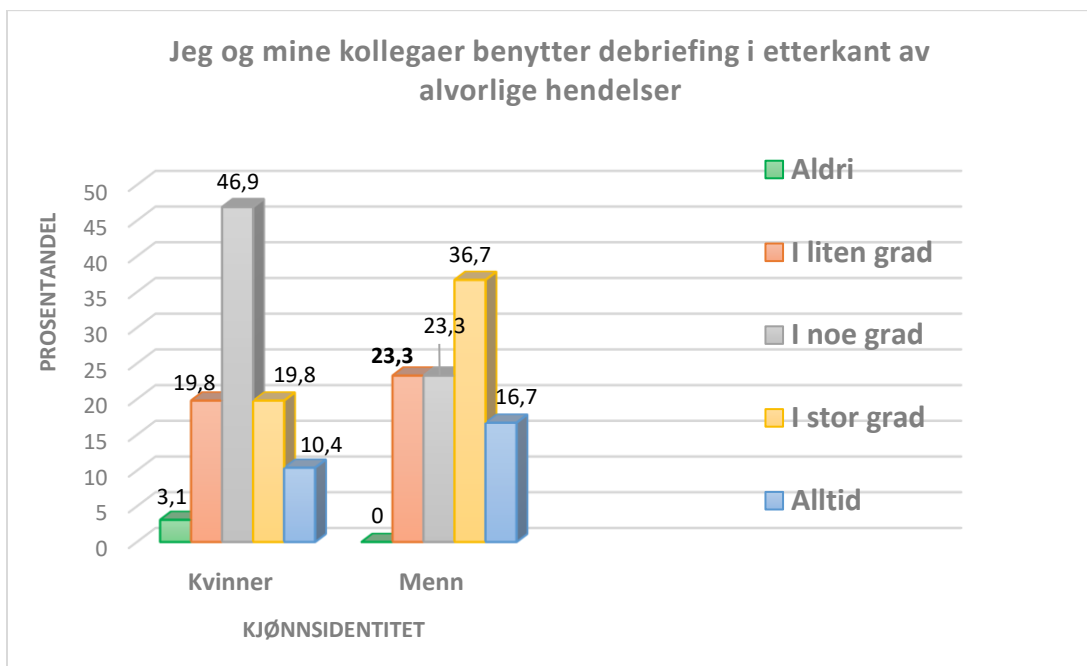
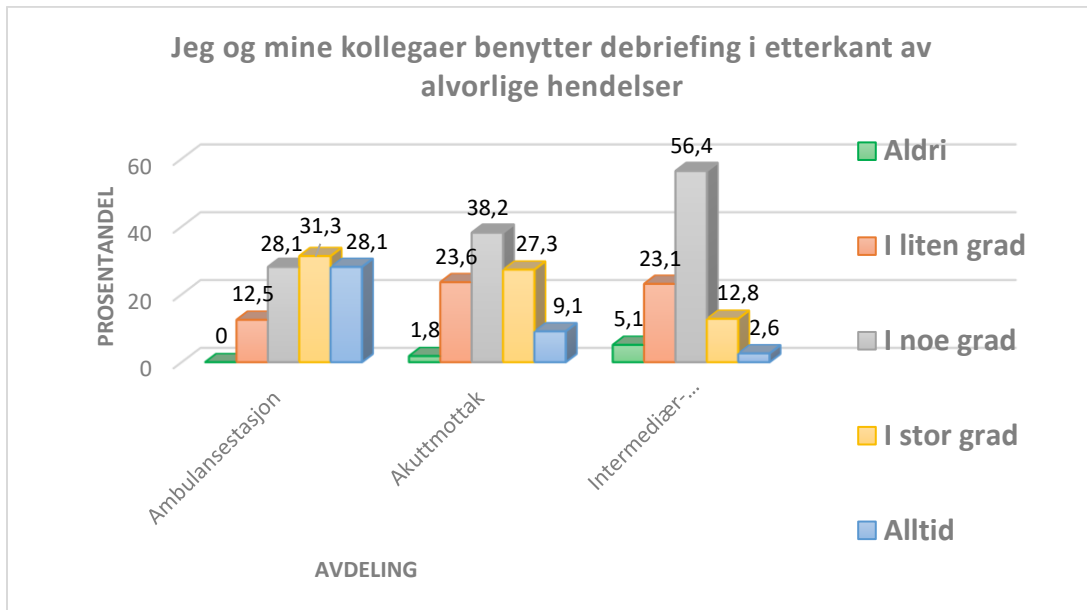
Is a COLD DEBRIEF required?

YES NO

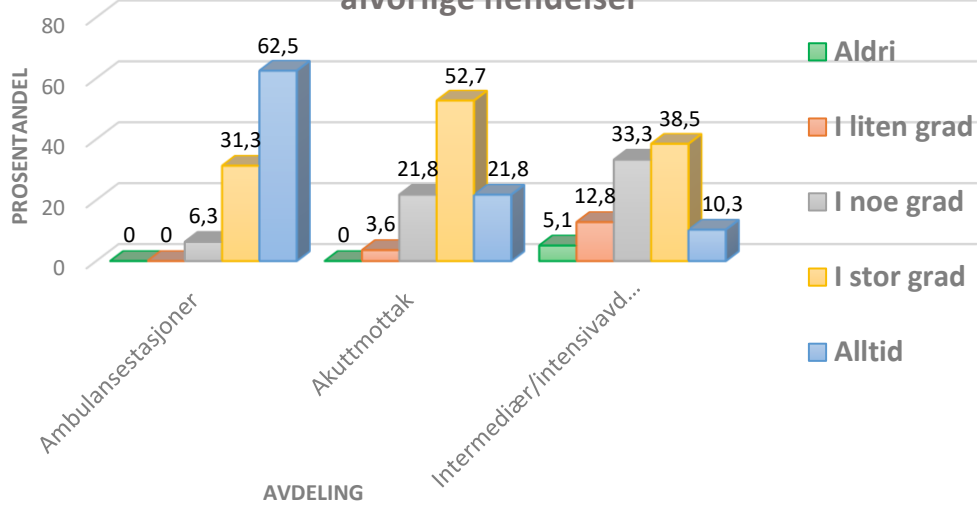
NHS
Education
for
Scotland



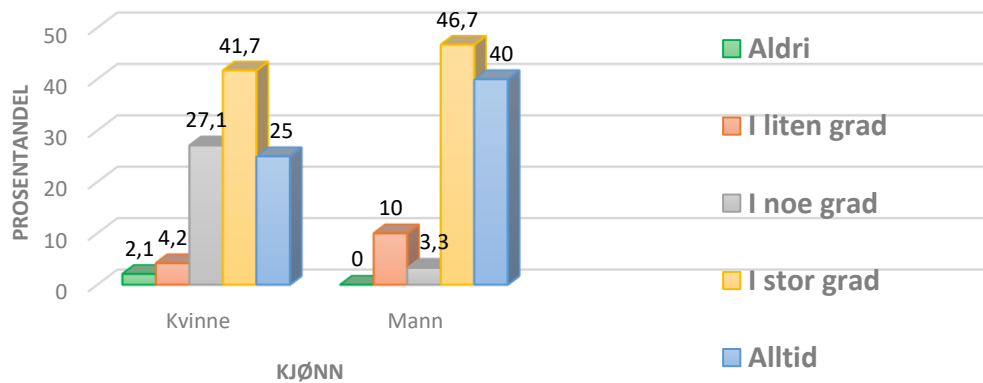
Vedlegg 5- Krysstabeller



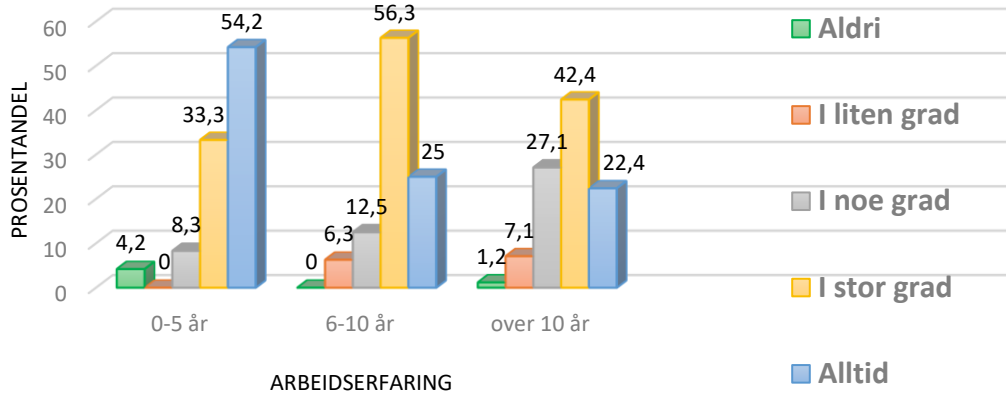
Det gjennomføres en uformell samtale mellom meg og mine kollegaer kort tid/samme dag i etterkant av alvorlige hendelser



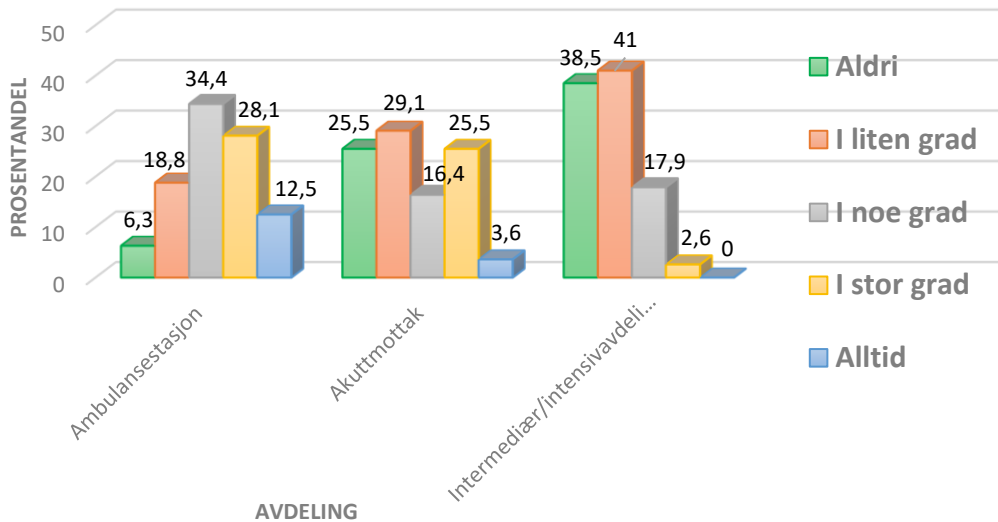
Det gjennomføres en uformell samtale mellom meg og mine kollegaer kort tid/samme dag i etterkant av en alvorlig hendelse



Det gjennomføres en uformell samtale mellom meg og mine kollegaer kort tid/samme dag i etterkant av alvorlige hendelser

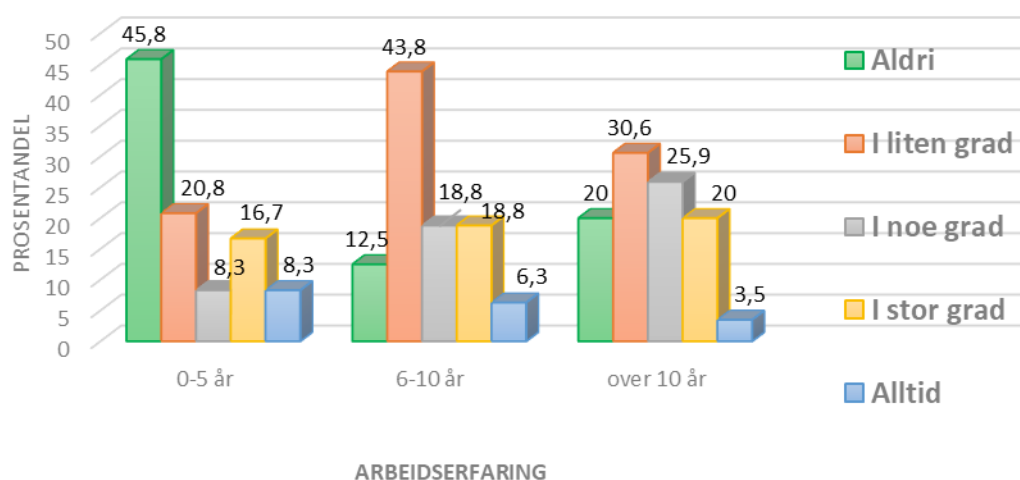


Har du deltatt i formell debriefing etter alvorlige hendelser sammen med andre instanser/faggrupper

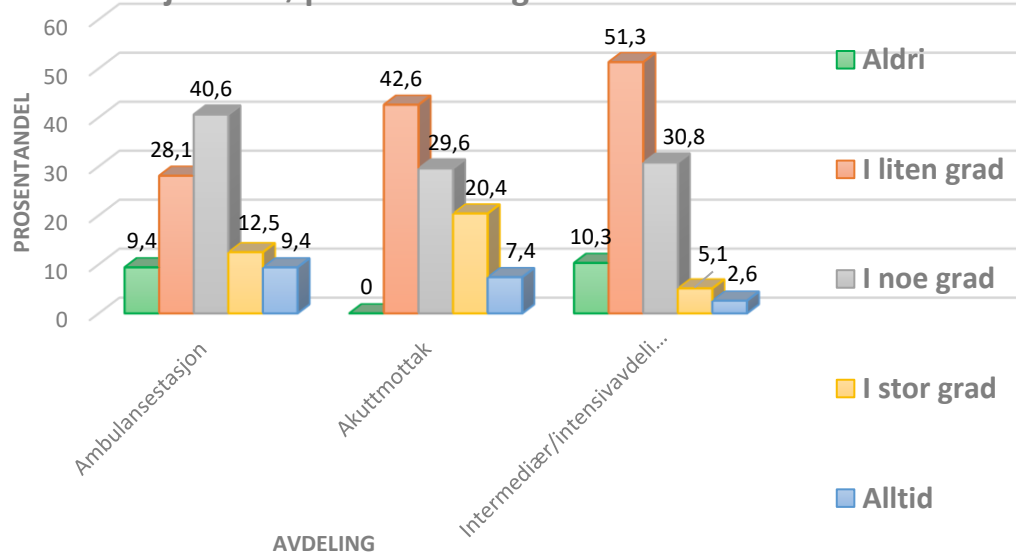


Ja

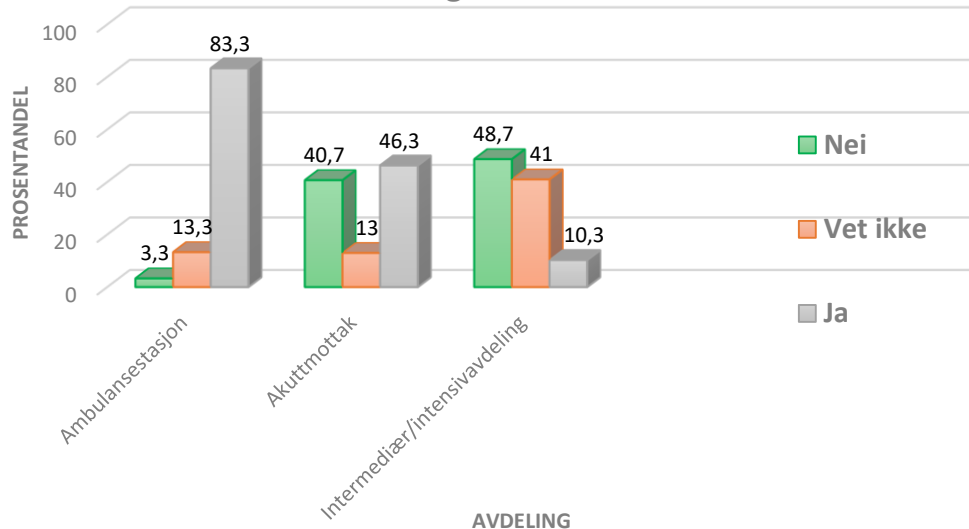
Har du deltatt i formell debriefing etter alvorlige hendelser sammen med andre instanser/faggrupper?



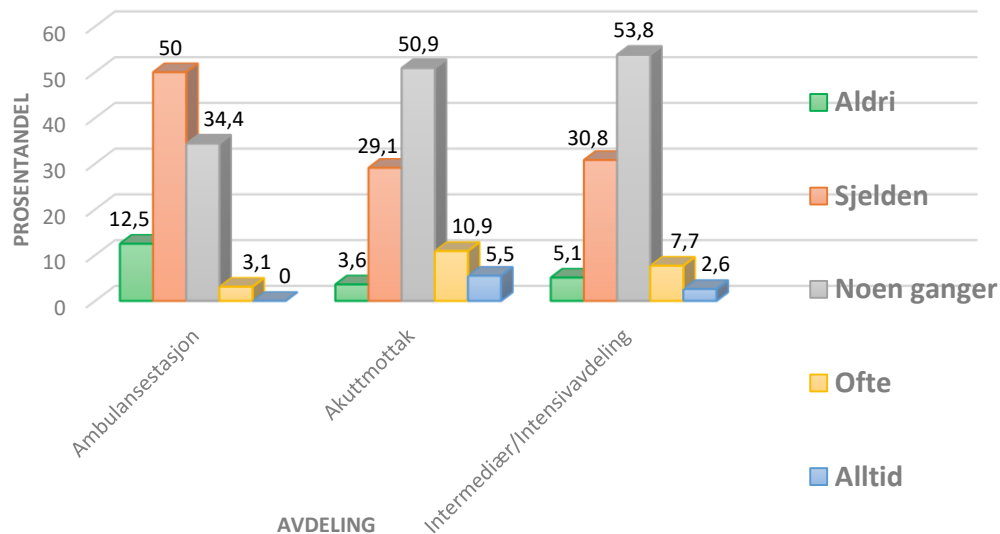
Det gjennomføres en strukturert gjennomgang av situasjonen iløpet av 1-7 dager i etterkant av hendelser



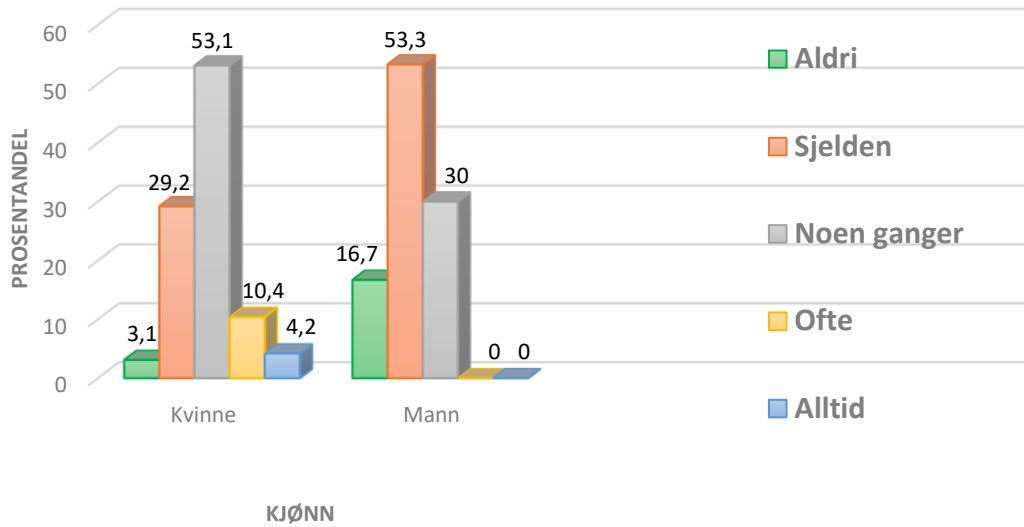
Min avdeling har rutiner for debriefing i etterkant av alvorlige hendelser



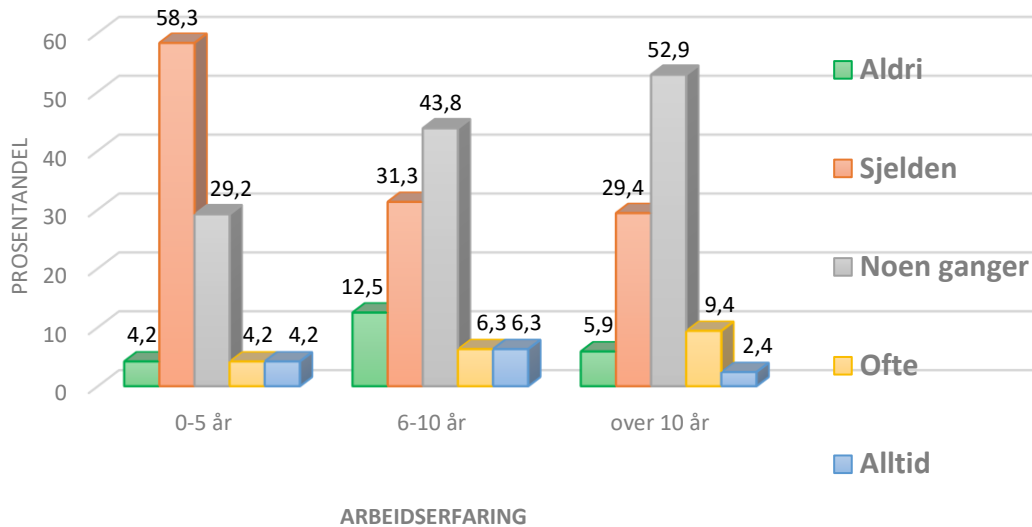
Alvorlige hendelser i arbeidet preger meg på fritiden



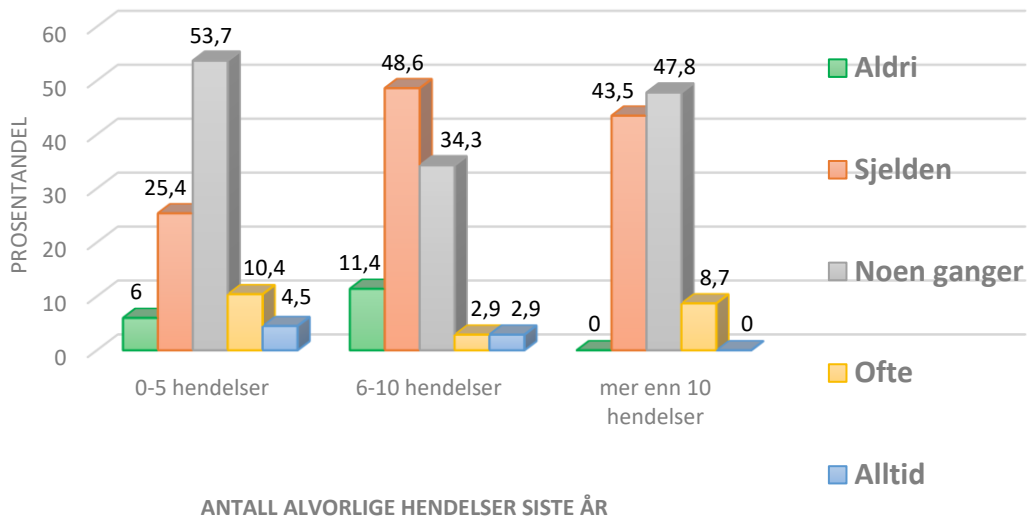
Alvorlige hendelser i arbeidet preger meg på fritiden



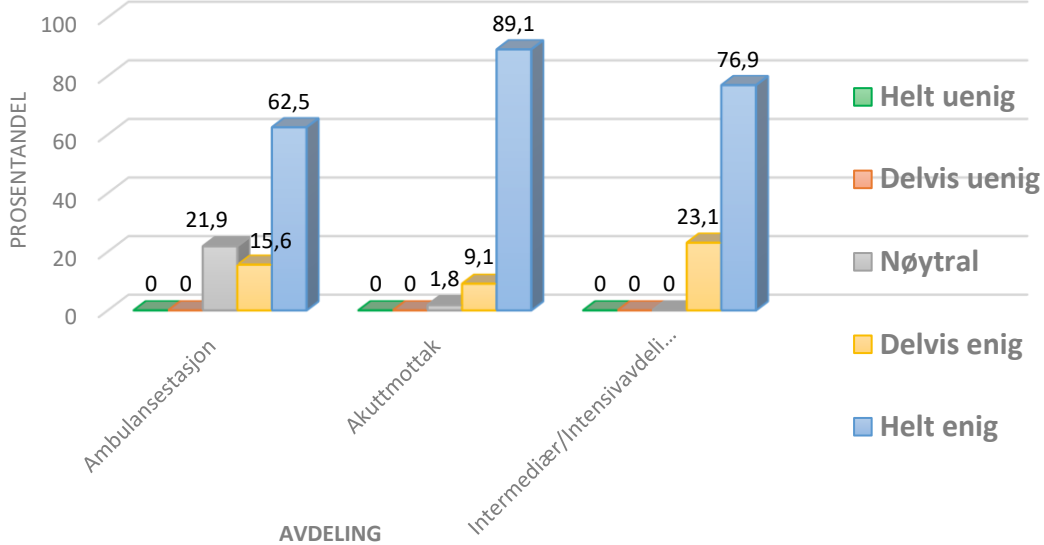
Alvorlige hendelser i arbeidet preger meg på fritiden



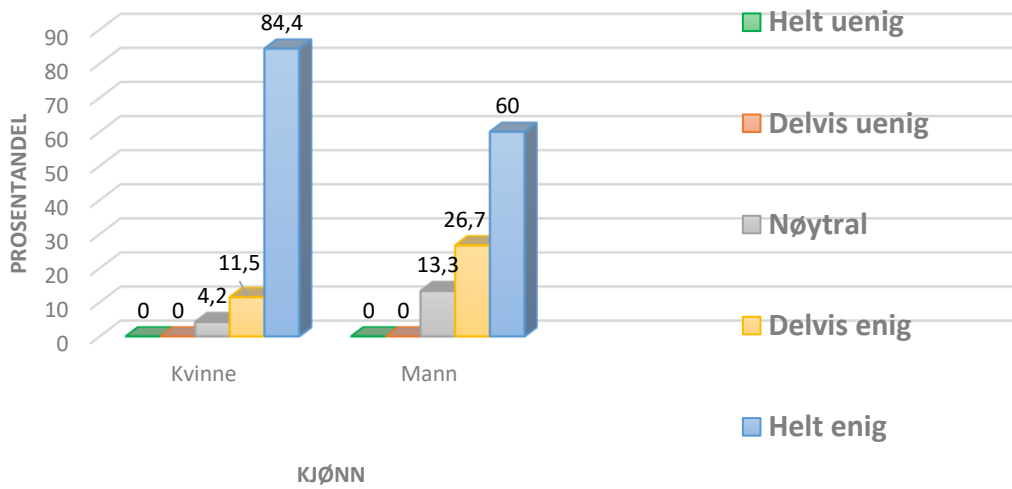
Alvorlige hendelser i arbeidet preger meg på fritiden



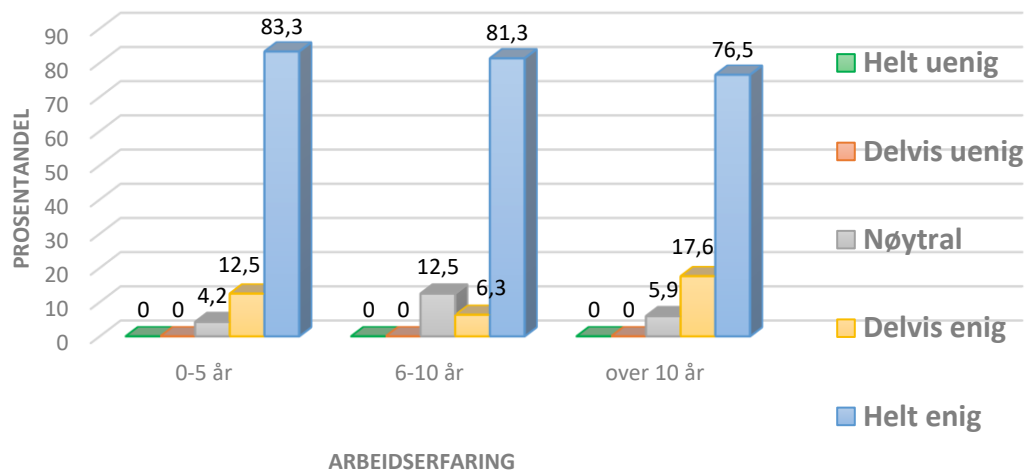
Debriefing bør implementeres som en obligatorisk del av arbeidet



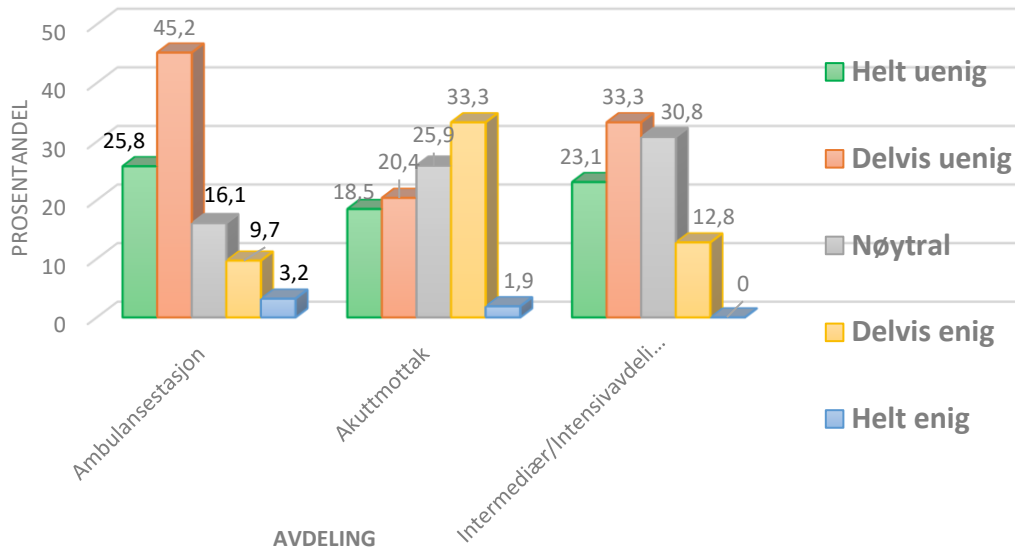
Debriefing bør implementeres som en obligatorisk del av arbeidet



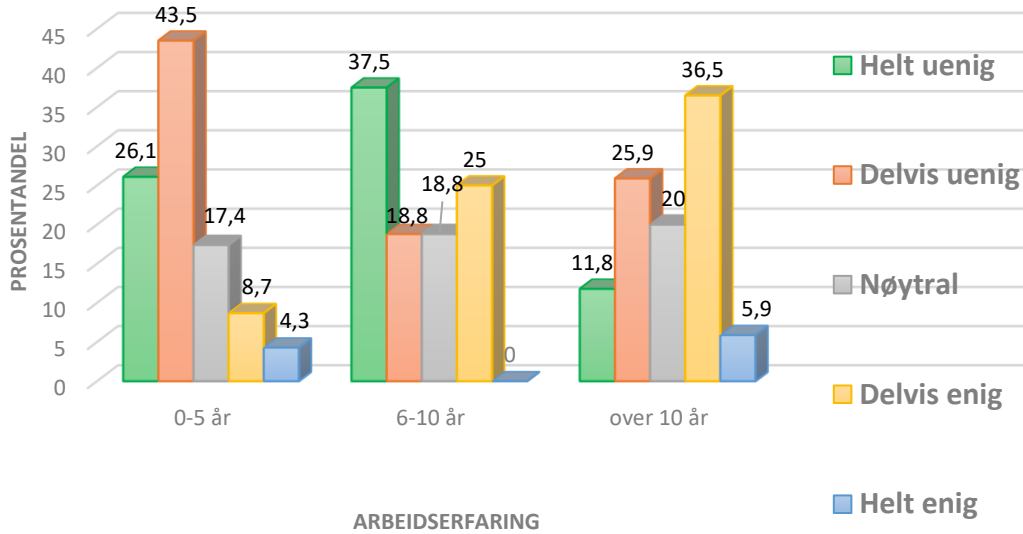
Debriefing bør implementeres som en obligatorisk del av arbeidet



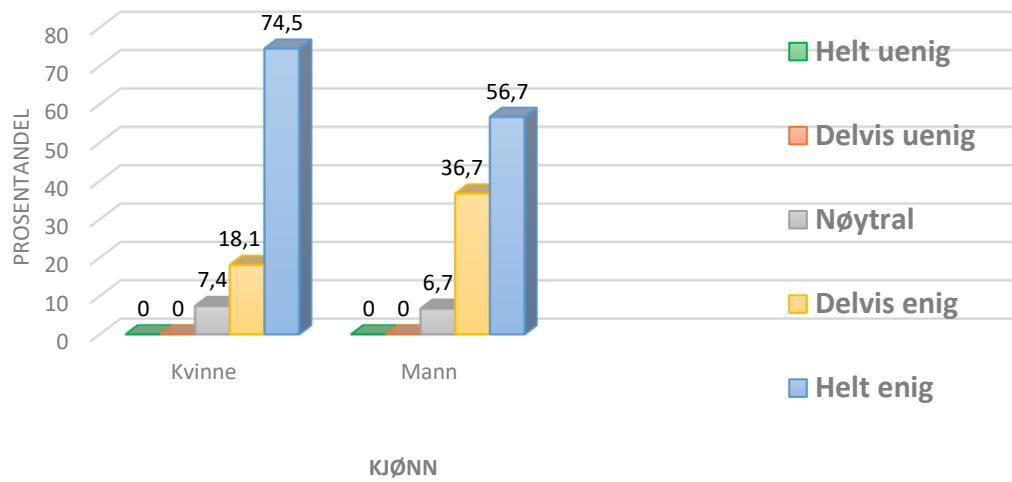
Jeg opplever debriefing som tidkrevende



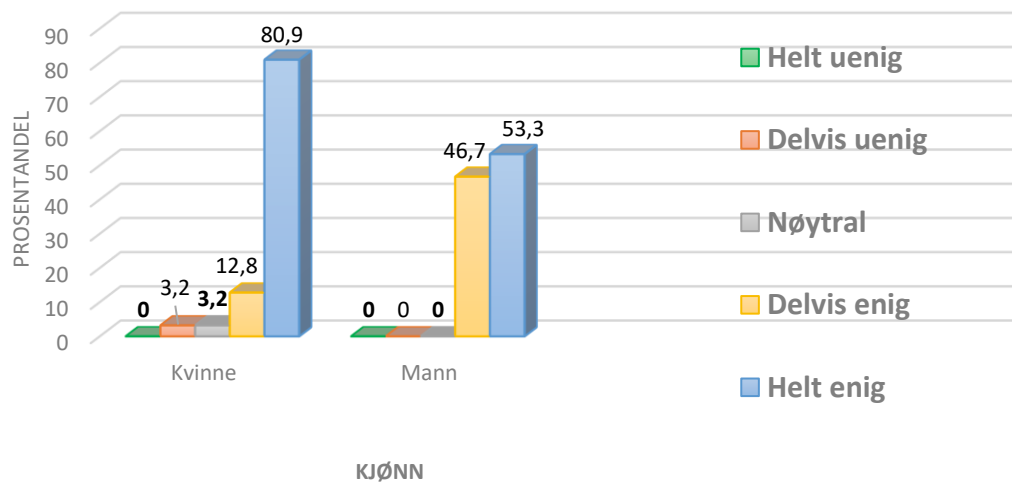
Jeg opplever debriefing som mentalt krevende



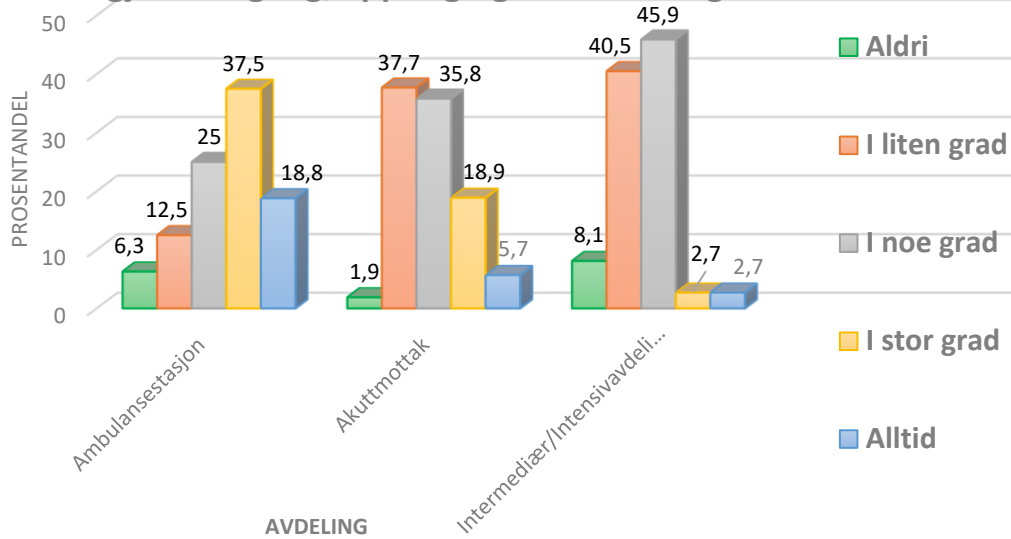
Debriefing er en godt egnet metode for kunnskapsutvikling blant helsepersonell



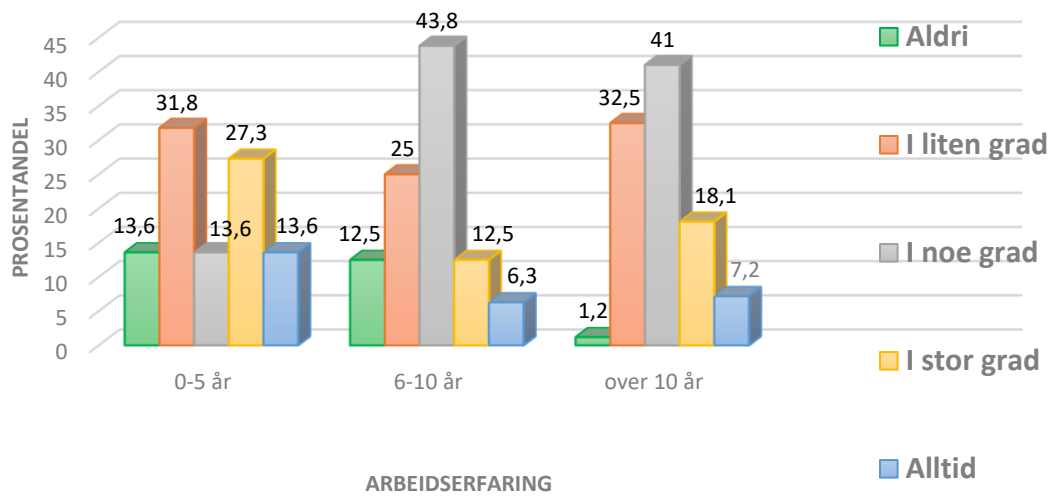
Debriefing er en godt egnet metode for emosjonell bearbeiding blant helsepersonell



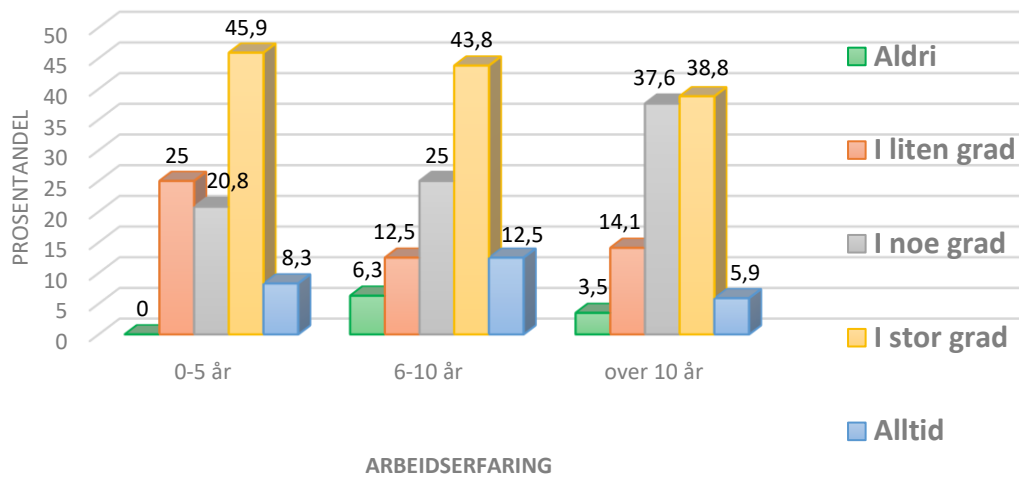
Jeg og mine kollegaer får tilbud om gjennomgang/oppfølging etter alvorlige hendelser



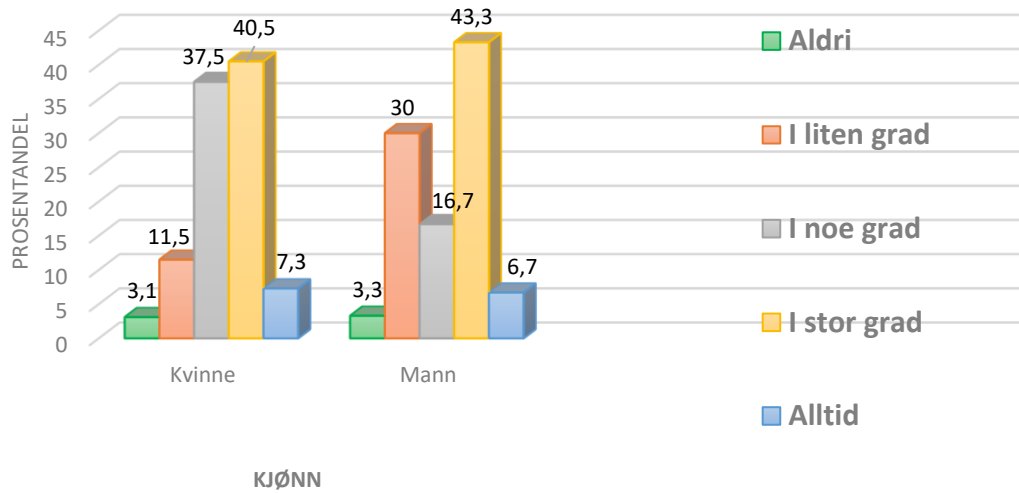
Jeg og mine kollegaer får tilbud om gjennomgang/oppfølging etter alvorlige hendelser



Jeg og mine kollegaer må selv ta initiativ til å gjennomgå alvorlige hendelser



Jeg og mine kollegaer må selv ta initiativ til å gjennomgå alvorlige hendelser



Vedlegg 6- Frekvenstabeller

Kjønnsideitet

	Antall	Gyldig prosent
<i>Kvinne</i>	96	76,2
<i>Mann</i>	30	23,8
Total	126	100,0

Avdeling

	Antall	Gyldig prosent
<i>Ambulansestasjon</i>	32	25,4
<i>Akuttmottak</i>	55	43,7
<i>Intermediær/Intensivavdeling</i>	39	31,0
Total	126	100,0

Arbeidserfaring

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>0-5år</i>	24	19	19,2
<i>6-10år</i>	16	12,7	12,8
<i>>10år</i>	85	67,5	68
Besvart	125	99,2	
Ubesvart	1	0,8	
Total	126	100	100

Antall alvorlige hendelser siste år

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>0-5 hendelse</i>	67	53,2	53,6
<i>6-10</i>	35	27,8	28
<i>>10 hendelser</i>	23	18,3	18,4
Besvart	125	99,2	
Ubesvart	1	0,8	
Total	126	100	100

Min avdeling har rutiner for debriefing i etterkant av alvorlige hendelser

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>Nei</i>	42	33,3	34,1
<i>Vet ikke</i>	27	21,4	22
<i>Ja</i>	54	42,9	43,9
Besvart	123	97,6	
Ubesvart	3	2,4	
Total	126	100	100

Jeg og mine kollegaer benytter debriefing i etterkant av alvorlige hendelser

Svaralternativ	Antall	Gyldig prosent
<i>Aldri</i>	3	2,4
<i>I liten grad</i>	26	20,6
<i>I noe grad</i>	52	41,3
<i>I stor grad</i>	30	23,8
<i>Alltid</i>	15	11,9
Total	126	100,0

Det gjennomføres en uformell samtale mellom meg og mine kollegaer kort tid/samme dag i etterkant av alvorlige hendelser

Svaralternativ	Antall	Gyldig prosent
<i>Aldri</i>	2	1,6
<i>I liten grad</i>	7	5,6
<i>I noe grad</i>	27	21,4
<i>I stor grad</i>	54	42,9
<i>Alltid</i>	36	28,6
Total	126	100,0

Det gjennomføres en strukturert gjennomgang av situasjonen iløpet av 1-7 dager i etterkant av alvorlige hendelser

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>Aldri</i>	7	5,6	5,6
<i>I liten grad</i>	52	41,3	41,6
<i>I noe grad</i>	41	32,5	32,8
<i>I stor grad</i>	17	13,5	13,6
<i>Alltid</i>	8	6,3	6,4
Besvart	125	99,2	
Ubesvart	1	0,8	
Total	126	100	100

Jeg og mine kollegaer må selv ta initiativ til å gjennomgå alvorlige hendelser

Svaralternativ	Antall	Gyldig prosent
<i>Aldri</i>	4	3,2
<i>I liten grad</i>	20	15,9
<i>I noe grad</i>	41	32,5
<i>I stor grad</i>	52	41,3
<i>Alltid</i>	9	7,1
Total	126	100,0

Jeg og mine kollegaer får tilbud om gjennomgang/oppfølging etter alvorlige hendelser

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>Aldri</i>	6	4,8	4,9
<i>I liten grad</i>	39	31,0	32
<i>I noe grad</i>	44	34,9	36,1
<i>I stor grad</i>	23	18,3	18,9
<i>Alltid</i>	10	7,9	8,2
Besvart	122	96,8	
Ubesvart	4	3,2	
Total	126	100	100

Har du deltatt i formell debriefing etter alvorlige hendelser sammen med andre instanser/faggrupper?

Svaralternativ	Antall	Gyldig prosent
<i>Aldri</i>	31	24,6
<i>I liten grad</i>	38	30,2
<i>I noe grad</i>	27	21,4
<i>I stor grad</i>	24	19,0
<i>Alltid</i>	6	4,8
Total	126	100,0

Alvorlige hendelser i arbeidet preger med på fritiden

Svaralternativ	Antall	Gyldig prosent
<i>Aldri</i>	8	6,3
<i>Sjelden</i>	44	34,9
<i>Noen ganger</i>	60	47,6
<i>Ofte</i>	10	7,9
<i>Alltid</i>	4	3,2
Total	126	100,0

Debriefing er et viktig tiltak for min faglig utvikling

Svaralternativ	Antall	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	0	0
<i>Delvis uenig</i>	1	0,8
<i>Nøytral</i>	15	11,9
<i>Delvis enig</i>	32	25,4
<i>Helt enig</i>	78	61,9
Total	126	100,0

Debriefing kan bidra til et trygt arbeidsmiljø

Svaralternativ	Antall	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	0	0
<i>Delvis uenig</i>	0	0
<i>Nøytral</i>	1	0,8
<i>Delvis enig</i>	13	10,3
<i>Helt enig</i>	112	88,9
Total	126	100,0

Debriefing kan bidra til økt pasientsikkerhet

Svaralternativ	Antall	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	1	0,8
<i>Delvis uenig</i>	0	0
<i>Nøytral</i>	0	0
<i>Delvis enig</i>	11	8,7
<i>Helt enig</i>	114	90,5
Total	126	100,0

Debriefing kan bidra til tydelig rolleavklaring i teamet

Svaralternativ	Antall	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	0	0
<i>Delvis uenig</i>	0	0
<i>Nøytral</i>	7	5,6
<i>Delvis enig</i>	14	11,1
<i>Helt enig</i>	105	83,3
Total	126	100,0

Debriefing gir meg økt forståelse for medisinske faglige beslutninger

Svaralternativ	Antall	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	0	0
<i>Delvis uenig</i>	0	0
<i>Nøytral</i>	4	3,2
<i>Delvis enig</i>	27	21,4
<i>Helt enig</i>	95	75,4
Total	126	100,0

Debriefing bør implementeres som en obligatorisk del av arbeidet

Svaralternativ	Antall	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	0	0
<i>Delvis uenig</i>	0	0
<i>Nøytral</i>	8	6,3
<i>Delvis enig</i>	19	15,1
<i>Helt enig</i>	99	78,6
Total	126	100,0

Jeg kjenner til ulike debriefingsmodeller og hvordan metodene anvendes

Svaralternativ	Antall	Gyldig prosent
<i>Nei</i>	56	44,4
<i>Usikker</i>	51	40,5
<i>Ja</i>	19	15,1
Total	126	100,0

Debriefing er en godt egnet metode for kunnskapsutvikling blant helsepersonell

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	0	0	0
<i>Delvis uenig</i>	0	0	0
<i>Nøytral</i>	9	7,1	7,3
<i>Delvis enig</i>	28	22,2	22,6
<i>Helt enig</i>	87	69	70,1
Besvart	124	98,4	
Ubesvart	2	1,6	
Total	126	100	100

Debriefing er en godt egnet metode for emosjonell bearbeiding blant helsepersonell

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	0	0	0
<i>Delvis uenig</i>	3	2,4	2,4
<i>Nøytral</i>	3	2,4	2,4
<i>Delvis enig</i>	26	20,6	21
<i>Helt enig</i>	92	73	74,2
Besvart	124	98,4	
Ubesvart	2	1,6	
Total	126	100	100

Jeg tilegner meg mer kunnskap ved formell debriefing, enn ved uformelle samtaler med kollegaer

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	3	2,4	2,4
<i>Delvis uenig</i>	14	11,1	11,2
<i>Nøytral</i>	47	37,3	37,6
<i>Delvis enig</i>	41	32,5	32,8
<i>Helt enig</i>	20	15,9	16
Besvart	125	99,2	
Ubesvart	1	0,8	
Total	126	100	100

Det hjelper mer å prate med mine kollegaer om tanker og følelser i forbindelse med en hendelse enn ved formell debriefing

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	0	0	0
<i>Delvis uenig</i>	6	4,8	4,8
<i>Nøytral</i>	24	19	19,4
<i>Delvis enig</i>	54	42,9	43,5
<i>Helt enig</i>	40	31,7	32,3
Besvart	124	98,4	
Ubesvart	2	1,6	
Total	126	100	100

Jeg opplever debriefing som tidkrevende

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	27	21,4	21,8
<i>Delvis uenig</i>	38	30,2	30,6
<i>Nøytral</i>	31	24,6	25
<i>Delvis enig</i>	26	20,6	21
<i>Helt enig</i>	2	1,6	1,6
Besvart	124	98,4	
Ubesvart	2	1,6	
Total	126	100	100

Jeg opplever debriefing som mentalt krevende

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	22	17,5	17,6
<i>Delvis uenig</i>	36	28,6	28,8
<i>Nøytral</i>	24	19	19,2
<i>Delvis enig</i>	37	29,4	29,6
<i>Helt enig</i>	6	4,8	4,8
Besvart	125	99,2	
Ubesvart	1	0,8	
Total	126	100	100

I debriefingen er det fokus på å få utløp for tanker og følelser knyttet til hendelsen

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	3	2,4	2,4
<i>Delvis uenig</i>	17	13,5	13,7
<i>Nøytral</i>	32	25,4	25,8
<i>Delvis enig</i>	39	31	31,5
<i>Helt enig</i>	33	26,2	26,6
Besvart	124	98,4	
Ubesvart	2	1,6	
Total	126	100	100

I debriefing er det fokus på å lære av de erfaringene vi har gjort oss under hendelsen

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>Helt uenig</i>	2	1,6	1,6
<i>Delvis uenig</i>	0	0	0
<i>Nøytral</i>	9	7,1	7,3
<i>Delvis enig</i>	42	33,3	33,9
<i>Helt enig</i>	71	56,3	57,2
Besvart	124	98,4	
Ubesvart	2	1,6	
Total	126	100	100

Opplever du klare retningslinjer for hvordan du kan benytte debriefing som et læringsverktøy?

Svaralternativ	Antall	Prosentandel	Gyldig prosent
<i>Nei</i>	48	38,1	38,7
<i>Usikker</i>	55	43,7	44,4
<i>Ja</i>	21	16,7	16,9
Besvart	124	98,4	
Ubesvart	2	1,6	
Total	126	100	100

