



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

Startdato:	12-05-2020 09:00	Termin:	2020 VÅR
Sluttdato:	22-05-2020 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 375

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9998

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 29

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



BACHELOROPPGAVE

Debrifing: En mulighet for læring og forebygging av at sykepleier blir pasient?

Debriefing: An opportunity for learning and preventing nurse from becoming patient?

Kandidatnummer: 375

Sykepleie

Høgskulen på Vestlandet

Marit Hegg Reime

20.05.2020

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.*

Summary

Title: Debriefing: An opportunity of learning and preventing nurses from becoming patients?

Background: The nursing role is largely focused on meeting patients and relatives in crisis, and in all aspects of the profession you are at risk of experiencing demanding events that can make strong impressions. These impressions can also place a risk of potential trauma and the development of mental health problems, which can reduce the quality and safety and care. Debriefing is a structured group conversation where the participants review the incident, thoughts and feelings, and turn the event into a meaningful situation to learn from.

Purpose: The aim of this study is to explore how debriefing as a process can prevent psychological damage and enhance learning. Caring for nurses is an important preventive health measure that can prevent the nurses from becoming a patient themselves. Therefore, it is of interest to investigate how demanding events can be used to promote learning and equip nurses with experience that is useful for managing a demanding job.

Research question: How can debriefing be used as a tool after demanding events to promote learning and lessen the psychological burden on nurses?

Method: This study is a literature review including existing literature and theory to discuss the research question. Qualitative studies, systematic reviews and journal articles are included.

Findings/Outcome: Nine articles were included in the literature review. The studies regarding psychological debriefing show that it can be used to address nurses' emotional needs following a critical event, but factors such as the quality of leadership, structure, timing, and psychological safety within the group are important to promote coping. Debriefing is an opportunity for learning, and several studies show improved technical skills, increased quality in group collaboration, improved patient outcomes, and increased self-efficacy.

Conclusion/Summary: Psychological debriefing has been a topic of debate for a long time, and this argue for a possible renaissance of psychological debriefing, under conditions such as structure, timing, competence and trust. Learning-oriented debriefing is less complicated, and has great potential for the nurses' experiential learning experience. One can also imagine that debriefing helps develop nurses' professional and personal skills, and improve teamwork.

Keywords: Debriefing, coping, experiential learning.

Innhold

1.0 Innledning	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven	6
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	7
1.3 Begrepsavklaring og avgrensing av oppgaven	7
2.0 Teoretisk referanseramme	8
2.1 Debrifing	8
2.1.1 Tradisjonell debrifing	8
2.1.2 Psykologisk debrifing	9
2.3 Læring	9
2.3.1 Erfaringslæring	10
2.3.2 Veiledning i gruppe	11
2.4 Stress og mestring	12
2.4.1 Omsorgens pris	13
2.4.2 Debrifing for økt mestring	14
3.0 Metode	15
3.1 Litteraturstudie som metode	15
3.2 Søkestrategi	15
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriteria	16
3.4.1 Tematisk analyse	17
3.4.2 Litteraturmatrise	18
3.4.3 Syntese	18
3.5 Kilde- og metodekritikk	18
3.6 Forskningsetikk	19
4.0 Resultat	20
4.1 Psykologisk debrifing	20
4.1.1 Debatten	20
4.1.2 Sykepleiers emosjonelle behov	22
4.1.3 Psykologisk trygghet	22
4.1.4 Terapeutisk vegg	23
4.2 Læringsorientert debrifing	23
4.2.1 Mulighet for læring	24
4.2.2 Tekniske ferdigheter	24

4.2.3 Ikke-tekniske ferdigheter	25
4.2.4 Positiv forsterkning.....	25
5.0 Diskusjon	25
5.1 Psykologisk debrifing – hemmende og fremmende faktorer.....	26
5.1.1 Tid og timing	26
5.1.2 Kompetanse	27
5.1.3 Psykologisk trygghet	28
5.1.4 Ansvar for stress og mestring	30
5.2 Læringsorientert debrifing - hemmende og fremmende faktorer	30
5.2.1 Personlig og systematisk erfaringslæring	30
5.2.2 Tillit i team: Bygge tillit og gruppeformasjon.....	31
5.2.3 Å ta seg tid	32
5.3 Mellom to stoler.....	33
5.4 Oppgavens styrker og svakheter.....	33
5.5 Oppgavens implikasjoner	34
5.6 Videre forskning	35
6.0 Konklusjon.....	36
Referanser	37
Vedlegg I: Søkehistorikk.....	42
Vedlegg II. Litteraturmatrise.....	47
Vedlegg III. Flytskjema søkehistorikk.....	52

Figurer

Figur 1: Kolbs' lærings sirkel10

Tabeller

Tabell I. PICO og søkeord16

Tabell II. Inklusjons- og eksklusjonskriterier17

Tabell III. Tema20

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og formål med oppgaven

I hospitering på postoperativ avdeling kom jeg i kontakt med en tenåringsgutt som bare timer tidligere hadde vært i en alvorlig ulykke som involverte et skytevåpen. Foten hans var hardt skadd og sjansen var stor for at amputasjon ville være beste utvei. Dette møtet med en ung gutt som fikk sin fremtid endret over natten gikk hardt innpå meg. Det var tøft å stå i samtalen mellom ham, foreldrene og kirurgen – dette til tross for jeg kun var observatør.

En kan definere krevende hendelser som situasjoner som «utløser akutt stress og som kan hemme funksjonsnivået på kort og lang sikt» (Halpern, Maunder, Schwartz, & Gurevich, 2012, s. 2). Sykepleierrollen går i stor grad ut på å møte pasienter og pårørende i krise, og i alle aspekter av sykepleieryrket står man i fare for å oppleve krevende hendelser som kan gjøre sterke inntrykk, både profesjonelt og personlig. Dette medfører også potensielle traumer og utvikling av psykiske plager, som igjen kan føre til at kvaliteten og sikkerheten i pleien og omsorgen kan bli satt på spill (Harrison & Wu, 2017; Shepherd & Wild, 2014, s. 41). Hjelperen bruker hele seg i møte med sine pasienter, noe som kan gjøre hjelperen sårbar (Lindsten & Torjussen, 2019). På bakgrunn av dette, er det av interesse å undersøke hvordan man bedre kan ivareta sykepleiers psykiske helse med formålet å sørge for høy kvalitet på pleie og omsorg, og følgelig også sørge for at flest mulig både makter og ønsker å stå i yrket.

Det finnes en rekke studier og litteratur som undersøker debriefing som verktøy innen psykologi (Dyregrov, 2002; Mitchell, 1983), samt debriefing som et verktøy for læring (Zigmont, Kappus, & Sudikoff, 2011; Allen, Reiter-Palmon, Crowe, & Scott, 2018). En kombinasjon av dette virker derimot mer uoversiktlig og vanskelig å navigere i og det ble ikke funnet studier som kombinerer disse.

Derfor er det også av interesse å undersøke hvordan krevende hendelser kan brukes til å fremme læring og utstyre sykepleiere med en erfaringskompetanse som er nyttig for å håndtere en krevende arbeidshverdag. Formålet med denne oppgaven er dermed å undersøke hvordan debriefing som prosess kan hindre psykisk slitasje og fremme læring. Oppgaven vil ha en todelt tilnærming med utgangspunkt i to perspektiv; 1) et psykologisk perspektiv der en vil se på hvordan ivareta sykepleiers psykiske helse, og 2) et pedagogisk perspektiv der en vil se på hvordan man kan fremme læring.

Temaet anses som sykepleiefaglig relevant i lys av den mentale belastningen det kan være å stå i et omsorgsyrke, hvor mellommenneskelige møter kan gjøre sterke inntrykk. Ut ifra egne erfaringer som sykepleierstudent i praksis og NSF's varslede sykepleiermangelen (Norsk sykepleierforbund, 2018), anser jeg ivaretagelse av sykepleiere som et viktig forebyggende helsearbeid som kan forhindre at sykepleiere selv blir pasienter. Dessuten vil ønsket om læring og forbedring av praksis og pleie være viktig av hensyn til både pasienter og sykepleiere.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstilling: Hvordan kan debriefing benyttes som et verktøy etter krevende hendelser for å fremme læring og redusere psykisk slitasje hos sykepleiere?

I utforskningen av problemstillingen ønsker jeg å utvikle mer spesifikke forskningsspørsmål.

Følgende tema vil undersøkes: Er debriefing hemmende eller fremmende for bearbeidingen og håndteringen av krevende hendelser? Hvilke faktorer må være tilstede for at debriefing skal fremme læring?

1.3 Begrepsavklaring og avgrensning av oppgaven

Debriefing er en strukturert gruppesamtale som gjennomføres etter en krevende hendelse for å gi en helhetlig forståelse av hendelsen og ivareta de involverte, ofte innsats- og helsepersonell, med fokus på mestring (Dyregrov, 2002, s. 11). Dette utdypes videre i teorikapittelet. En måte å definere læring på er «enhver relativt permanent endring i våre tanker, følelser eller atferd som følger av erfaring» (Moreno, 2010, s. 156). Denne oppgaven vil undersøke yrkesgruppen sykepleiere i sin helhet, uten begrensninger på avdeling, sektor og videreutdanning.

Litteratursøket vil ikke inkludere simulering eller sykepleierstudenter.

2.0 Teoretisk referanseramme

For å belyse problemstillingen inkluderes teori omkring tradisjonell og psykologisk debriefing. Innen læring er erfaringslæring og veiledning i gruppe sentral teori. Innen psykologi er teori innen stress og mestring og konsekvenser av stress i hjelperyrket aktuell.

2.1 Debriefing

Debriefing er en strukturert gruppesamtale som forekommer etter en hendelse. Fra et psykologisk og psykososialt perspektiv kan debriefing tillate gjennomgang av hendelsen, og diskusjon av tanker, følelser og refleksjon over hendelsens innflytelse (Kjellsand, Klevstuen, & Øiaas, 2016). Formålet med debriefing vil være å fremme mestring i en akutt fase og forebygge utviklingen av psykiske senskader i etterkant av hendelsen for å opprettholde sosial fungering (Lindsten & Torjussen, 2019). Fra et pedagogisk perspektiv kan debriefing defineres som en samtaleprosess som foregår etter en hendelse der hovedelementene i hendelsen blir gått gjennom og vurderes av deltakerne, slik at de kan lære av dem (Zigmont, Kappus, & Sudikoff, 2011). Samtalen er formell og systematisk gjennomført av en leder med kompetanse innen veiledning og gruppeledelse. Forskning har identifisert to typer debriefing; tradisjonell debriefing og psykologisk debriefing (Firing, Moen, & Skarsvåg, 2015).

2.1.1 Tradisjonell debriefing

Tradisjonell debriefing vektlegger det tekniske og taktiske perspektivet av en hendelse i retrospekt, og er også kjent som "after action review" med opprinnelse hos jagerflypiloter i det amerikanske militæret (USArmy, 2011). Denne "operasjonelle debriefingen" fremmer læringsprosessen og setter fokus på å evaluere roller og funksjoner, aktiviteter, prosedyrer og utstyr (Dyregrov, 2002, s. 15). Målet var da å reflektere for å øke fremtidige prestasjoner, med fokus på det taktiske og praktiske i hendelsesforløpet, med en ekskludering av det emosjonelle perspektivet av hendelsen. Tradisjonell debriefinger er vanligvis innledet av en briefing før oppdraget, etterfulgt av en gjennomgang av hendelsesforløpet i oppdraget. Gjennomgangen foretar hva som skjedde, hvorfor det skjedde, og hvordan problemet kan løses (Moldjord & Hybertsen, 2015). Å bruke debriefing for å fremme læring tar sikte på å snu krevende hendelser til meningsfulle erfaringer å lære av (Dewey, 1980; Firing, Johansen, & Moen, 2015).

2.1.2 Psykologisk debrifing

Psykologisk debrifing har i motsetning til tradisjonell debrifing, et fokus på den personlige påvirkningen en hendelse kan ha på mennesket. Psykologisk debrifing kan bli sett på som en form for psykologisk førstehjelp i etterkant av en kritisk hendelse, og er møter for mennesker som opplever normale reaksjoner på uvanlige hendelser. Møtene omfatter hva som skjedde, tanker under og etter hendelsen, inntrykk som har festet seg, og reaksjoner som oppleves av de involverte (Dyregrov, 2002, s. 16). Dyregrov beskriver flere formål med debrifing, blant annet å forhindre unødvendige ettervirkninger som psykisk stressreaksjoner, fremskynde den normale dempingen av ettervirkninger, stimulerer gruppesamhold og støtte, normalisere deltakernes erfaring, stimulere følelsesmessig ventilerings, og sikre videre hjelp for de som trenger det (Dyregrov, 2002, ss. 19-20).

I 1983 introduserte den amerikanske brannmannen og psykologen Jeffrey T. Mitchell en syv stegs modell innenfor psykologisk debrifing kalt ”Critical Incidence Stress Debriefing” (CISD) (Mitchell, 1983, s. 36). Denne gruppebaserte kriseintervensjonen skulle fungere som psykologisk førstehjelp for redningsarbeidere, brannmenn og liknende hjelpegrupper som ble utsatt for grusomme hendelser. Modellens formål er å hjelpe deltakerne å uttrykke og gjenkjenne hvordan de påvirkes av stressende hendelser ved å snakke om fakta, for så å bevege seg mot andre opplevelsesområder som tanker og følelser (Dyregrov, 2002, s. 18). Derav vil modellen forsøke å normalisere reaksjonene og legge til rette for bedring og mestring. Modellen har utviklet seg til gullstandarden innen psykologisk debrifing verden over (Moen, 2014). Mitchell understreker at CISD ikke er en enkeltstående prosess, men en del av flere støttende intervensjoner som tilbys til de som opplever kriser. Andre intervensjoner som inngår i dette er henvisning til profesjonell oppfølging, mobilisering av familie-, kollega- og vennestøtte, støtte fra ledelsen og mulighet for individuell hjelp (Everly, Flannery, & Mitchell, 2000). De syv stegene i Mitchells CISD (Dyregrov, 2002, s. 17) er: 1) Introduksjonsfasen, 2) Faktafasen, 3) Tankefasen, 4) Reaksjonsfasen, 5) Symptombfasen, 6) Læringsfasen og 7) Gjeninnføringsfasen. I tillegg til disse sju stegene bør man drive ytterligere oppfølging dersom det viser seg nødvendig.

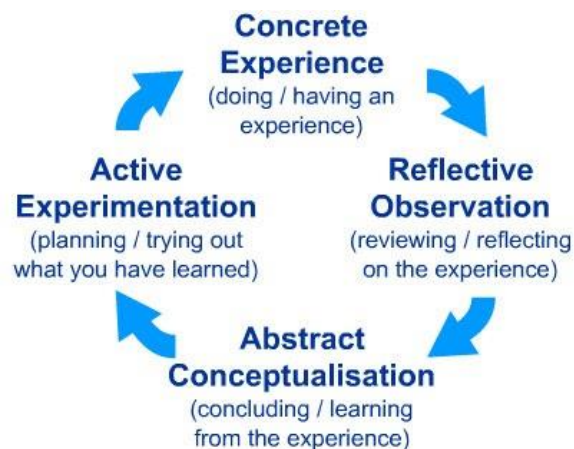
2.3 Læring

Når Chris Argyris og Donald Schön lanserte begrepet “organisasjonslæring” i 70-årene var det uvanlig å forbinde læring med organisasjoner (Argyris & Schön, 1996). Læring hadde for det

meste blitt ansett som en individuell prosess. Som angitt i innledningen kan læring defineres som en «relativt permanent endring i våre tanker, følelser eller atferd som følger av erfaring (Moreno, 2010, s. 156). En kan anse debrifing som en prosess basert på individuelle og kollektive erfaringer og organisasjonslæring. Som vi ser så fremstår erfaringsbegrepet som et nøkkelbegrep på flere nivå; personnivå, gruppenivå og organisasjonsnivå.

2.3.1 Erfaringslæring

Erfaringslæring oppstår ifølge Dewey gjennom refleksjonsprosesser. Ved å stille spørsmål og tenke gjennom handlinger i en situasjon skaper vi reflekterende prosesser og opplevelser blir til erfaringer (Dewey, 1980). Slik ser man at debrifing henger sammen med erfaringslæring. David A. Kolb definerer læring som «den prosessen der kunnskap konstrueres gjennom transformasjon av erfaring» (Kolb, 1984, s. 41). Teorien beskriver en aktiv prosess hvor refleksjon og kritisk gjennomgang av en hendelse brukes for å identifisere de ulike stadiene for å forbedre fremtidig prestasjon (Cooper, 2013). Kolb sin teori er mest kjent som en læringsløyfe bestående av fire steg, se figur I (Kolb, 1984, s. 42).



Figur I: Kolbs lærings sirkel (Kolb, 1984).

Erfaringslæring er relevant for sykepleiere. Sykepleiere har gjennom utdanningen et teoretisk fundament som veileder dem i yrkesutøvelsen. I tillegg opparbeider man seg erfaringer fra klinisk praksis (Mohn, 2013). Under sin kliniske praksis har de opparbeidet seg et repertoar med

eksempler, bilder, forståelse og handlinger (Schön, 2009). Dette repertoaret bruker man i liknende situasjoner med nye pasienter (Mohn, 2013).

Modellen illustrerer også at for å kunne bygge en slik erfaringsbank er refleksjon essensielt. En kan føle at læringen etter en krevende hendelse skjer automatisk, men hendelsen i seg selv legger ikke til rette for læring. Læringsutbytte etter en krevende hendelse er avhengig av refleksjon i etterkant (Moen, 2014).

Konfluent pedagogikk bygger på erfaringslæring og teorien om at det å lære er å oppdage (Grendstad, 1986, s. 17). Denne oppdagelsen er en subjektiv prosess, altså det er bare jeg som kan oppdage for meg (Tveiten, 2011). Veilederens jobb er å legge til rette for at gruppe medlemmene oppdager noe. Denne oppdagelsen stimuleres ved å reflektere over egen praksis, og deretter oppdage hva som er god praksis, og hva som ikke er det (Tveiten, 2002, s. 59).

2.3.2 Veiledning i gruppe

Styrking av mestringskompetansen er den overordnede hensikten i veiledning av fagutøvere (Tveiten, 2002). Sidsel Tveiten er professor i sykepleievitenskap og har bred kompetanse innen veiledning. Ifølge Tveiten tillater gruppeveiledning deling og refleksjon av kunnskap og erfaring. Deltakerne kan oppleve fellesskap, og de kan oppleve at de ikke er alene om å ha et problem. Fellesskapet kan bidra til avdramatisering og alminneliggjøring av hendelsen. En gruppe gir mulighet for innspill fra flere (Tveiten, 2002, s. 123).

Alle oppgaver som omhandler mennesker, og spesielt mennesker i potensielt krevende hendelser, har etiske overveielser. Tveiten (2002) forklarer at veiledning kan forstås som en etisk handling som alltid dreier seg om et annet menneske.” Kvaliteten på veiledningen, eller hvor god eller dårlig veiledningen er, er dermed nært knyttet til etikk» (Tveiten, 2002, s. 45). Det er mange etiske hensyn i forbindelse med veiledning til personer i sårbare situasjoner. Makt, respekt og et felles verdigrunnlag er eksempler på dette. Tveiten hevder at de verdier veiledningen baseres på, vil både prege og ha betydning for kvaliteten på veiledningen. Som sykepleiere har vi et felles verdigrunnlag som setter rammer for vår faglig utøvelse av profesjonen. I de yrkesetiske retningslinjene fremgår verdien av støtte. Det står blant annet:

«Sykepleieren viser respekt for kollegers og andres arbeid, og er til støtte i vanskelige situasjoner» (Norsk sykepleierforbund, 2019)

Som sykepleiere opptrer vi av og til som veiledere, en posisjon som innebærer både ansvar og makt. Denne makten forutsetter at veilederen har etisk kompetanse, slik at respekten for den andre opprettholdes og veiledningen blir god (Tveiten, 2002, s. 51). Å lede en debriefing stiller dermed krav om etisk kompetanse, gruppeprosess og kunnskap om stress og stressmestring.

2.4 Stress og mestring

Med et voksende antall eldre og komorbide pasienter stilles det flere og høyere krav til sykepleierne. Sykepleierne kan oppleve en dragkamp mellom effektivitet og empatisk omsorg, og dette kan true sykepleiernes integritet og empati. Stressorer som høy arbeidsmengde, dårlig tid og trusler for pasientsikkerhet, kan utløse en stressreaksjon og følgelig kumulerende stress (Jørgensen & Lorgen, 2015).

Stress kan defineres som «en opplevd ubalanse mellom ytre krav og indre ressurser (biologiske, sosiale, psykiske) individet har for å håndtere kravene» (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21). Lazarus og Folkman sin teori om stress og mestring regnes i dag som en hjørnestein innen psykologisk stress- og mestringsforskning. Teorien har en god overføringsverdi til sykepleiers håndtering og erfaring av å gjentatte ganger stå i krevende situasjoner (Lazarus & Folkman, 1984). Teorien går ut på at stressorer i miljøet påvirker personer forskjellig da vi alle har ulike forutsetninger og ressurser for å håndtere stress. Personen utsatt for stress foretar en primær vurdering ved å bestemme om stressoren oppleves som en trussel. Deretter følger en sekundær vurdering som involverer individets egenvurdering av ressurser og mestringsstrategier som en har tilgjengelig for å håndtere trusselen (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21). Dersom kravene overstiger opplevd kompetanse og kapasitet, kan utfordringen erfares som en trussel, og dermed utløse en stressreaksjon. Dersom kravene oppleves rimelig i forhold til kompetanse og ressurser vil personen forstå utfordringen som løsløst. Med denne holdningen følger både læring, utvikling og mestringserfaring (Helsedirektoratet, 2017).

I psykologisk litteratur defineres mestring oftest som vellykket, men krevende håndtering av stressopplevelser (Helsedirektoratet, 2017, s. 141). Lazarus og Folkman (1984) identifiserte i sin teori to typer mestringsstrategier; problemfokuset mestring og emosjonsorientert mestring. Problemfokuset mestring retter fokus mot å direkte håndtere stressoren, og søker å endre

utfordringen gjennom tanker og handling. Emosjonsorientert mestring har fokus på å balansere følelser som oppstår som en konsekvens av møtet med stress, og tilstrebe selvkontroll over følelsene. Her diskuteres og bearbeides egne følelser, frustrasjon og fortvilelse uten å nødvendigvis løse det konkrete problemet (Lazarus & Folkman, 1984).

Til tross for at begge strategiene ofte opptrer samtidig vil problemorientert mestring inntre i størst grad når utfordringen blir vurdert som mulig å håndtere. Debrifing kan bidra til å skape mestringsopplevelser hos sykepleiere. Tveiten trekker frem resiliens som et viktig begrep i forhold til mestring. Jeg anser dette som svært overførbart til sykepleieryrket hvor resiliens kan forstås som psykologisk motstandskraft, altså evnen til å tåle stress og påkjenninger på en positiv måte, uten å bli utbrent (Tveiten, 2011).

2.4.1 Omsorgens pris

Å være sykepleier innebærer en hverdag i møte med håp, mestring og bedring, men også lidelse, død, ensomhet og håpløshet. Det er et faktum at man preges av å arbeide med menneskets lidelse (Isdal, 2017). Arbeidets natur medfører en risiko for å utvikle ”compassion fatigue”, på norsk omtalt som “omsorgsutmattelse” eller “empatiutbrenthet” (Berge, 2005), utbrenthet og sekundærtraumatisering. Når en arbeider med mennesker i krise kan en spørre seg: Hvordan virker arbeidet med elendighet inn på hjelperen? Og hvordan kan vi bevare oss selv i et ekstremt arbeid? (Isdal, 2017, s. 117).

Sekundærtraumatisering oppstod som et begrep i 1995 da Charles R. Figley for første gang brakte et traumeperspektiv inn i forståelsen av de belastninger hjelpere blir eksponert for (Isdal, 2017, s. 116). Figley oppdaget at hans kolleger og pårørende av pasienten erfarte traumereaksjoner som følge av å være nære en pasient som hadde gjennomgått store traumer. Dermed blir hjelperen smittet av klientens traumatiske materiale (Isdal, 2017, s. 117). Utbrenthet er et kjent begrep som kan forstås som en langvarig arbeidsrelatert stressreaksjon, som gir både psykiske og fysiske plager. Isdal hevder at en kombinasjon av sekundærtraumatisering og utbrenthet kan vise seg som “compassion fatigue”, som er et resultat av en kumulerende belastningsprosess som utvikler seg over tid etter gjentatte møter med lidelse (Isdal, 2017, s. 131). «Compassion fatigue» er prisen for å bry seg. Det medfører en gradvis nedbrytelse av vårt engasjement og empati med en påfølgende slitenhet eller utmattelse knyttet til det å skulle hjelpe.

Vanlige symptomer kan være lav arbeidsmoral, apati, irritasjon, vegring for jobben, synkende motivasjon, personalkonflikt og fravær (Isdal, 2017, s. 131). «Compassion fatigue» er vanskelig å unngå når en arbeider med tunge temaer og menneskelige problemer over lang tid. Viktige elementer for å kunne mestre å stå i rollen som hjelper er annerkjennelse, kollegastøtte, fellesskap, faglige møteplasser, autonomi og kontroll. Vi som helsearbeidere må vise omsorg for oss selv og hverandre (Isdal, 2017).

2.4.2 Debrifing for økt mestring

Med bakgrunn i stress, mestring og omsorgens pris kan debrifing gi ytterligere mening. Den tradisjonelle debrifingen har lagt mest vekt på å utvikle praksis og lære av erfaring. Den psykologiske debrifingen har lagt mest vekt på ivaretagelse av de som opplever krevende hendelser og traumer. Tradisjonell debrifing og psykologisk debrifing er begge prosesser som kan utforskes videre inn mot sykepleieryrket.

Potensialet med debrifing er knyttet til økt stressmestring i lys av perspektivene til Lazarus og Folkman (1984). Debrifing som prosess møter både emosjonsorientert og problemorientert mestringsstrategier. Problemorientert mestring kan øke personens evne til å håndtere stressrelaterte situasjoner og øke personens handlingsmulighet, ved for eksempel å analysere årsaken til problemet, å definere og avgrense problemet og å søke informasjon, kunnskap, veiledning og støtte. Emosjonelt orientert mestring handler om at samtaleprosessen under debrifingen kan bidra til at man setter ord på følelsene sine noe som kan føre til ventilerings av følelser, at følelser slipper taket og økt forståelse av det emosjonelle stresset, uten at man forandrer selv situasjonen.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Metode er den systematiske fremgangsmåten som benyttes for å samle inn informasjon, kunnskap og vitenskapelig grunnlag for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). En litteraturstudie skal rapportere den aktuelle kunnskapen om et emne og gi en oppsummering av den beste tilgjengelige forskning på området (Baker, 2016).

Dette innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk igjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Magnus & Bakketeig, 2000). Hensikten er å gi leseren en sammenfattet og systematisert kunnskap om et valgt tema, i dette tilfellet debrifing og hvordan det kan brukes som verktøy for å fremme læring og hindre psykisk slitasje. En tydelig og eksplisitt metodebeskrivelse er viktig, da leseren skal ha mulighet til å etterprøve og vurdere det som er gjort med et kritisk blikk (Reinar & Jamtvedt, 2010). Dette styrker studiens validitet.

3.2 Søkestrategi

Etter utformingen av en foreløpig problemstilling, ble PICO brukt som et verktøy for å forenkle utvinningen av søkeord til litteratursøket. PICO klargjør problemstillingen for litteratursøk og utvelgelse av søkeord (Helsebiblioteket, 2016).

En strukturell og nøye gjennomtenkt søkestrategi er nødvendig for et effektivt litteratursøk. For å identifisere relevant forskningslitteratur ble det utført et systematisk søk i ulike databaser, og deretter supplert med et manuelt søk gjennom referansene til utvalgte artikler. Søkeord er gjengitt i tabell 1.

Søk ble gjennomført i de medisinske databasene PubMed, Medline, Cinahl og Cochrane Library. Disse databasene inneholder forskningsresultater, tidsskriftsartikler, kvalitativ forskning og pasienterfaringer relatert til blant annet sykepleie, fysioterapi, medisin og ernæring (Helsebiblioteket, 2019). Videre ble det gjennomført søk i databasen ERIC, en database innen pedagogikk, og PsychINFO, en referansedatabase for litteratur innen psykologi. Søkeresultater er presentert i vedlegg I.

Tabell I. PICO og søkeord

P- Nurses	I-Debriefing	C-No debrief	O- Coping and learning
Nurs* Nurses AND -Critical Incident -Burnout, professional -Nursing Staff -Fatigue	Debrief*, OR Defusing, OR Psychological debrief* -Critical Incident Stress Debrief -Crisis Intervention	No debrief	Learning OR Experiential learning OR Problem-based learning Coping OR Psychological wellbeing Compassion fatigue Occupational stress Controversy

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriteria

Det blir kun gjort søk på artikler som omhandler eller kan relateres til sykepleiere og ikke annet helsepersonell, da dette er en bacheloroppgave for sykepleiere. Det er imidlertid stor overføringsverdi for annet helsepersonell involvert i traumatiske hendelser. Litteratur som omfatter studenter og simulering vil ikke bli inkludert da simulering er konstruerte hendelser med studenter som ikke har lik erfaringskompetanse som den yrkesaktive sykepleier.

Videre kan en skille mellom uønskede hendelser og krevende hendelser. Uønskede hendelser bygger på prinsippet om at det har blitt gjort en medisinsk feil som har resultert i pasientskade. Til tross for at uønskede hendelser kan føre til krevende og traumatiske hendelser ønsker jeg å fokusere på krevende hendelser. Et fokus på uønskede hendelser kan bli preget av juridiske hensyn, økonomi og systemfeil, og dette kan overskygge fokuset på debriefing. Systematiske oversikter, kvalitative studier og fagartikler inkluderes som studiedesign. I en systematisk oversikt brukes systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, velge ut og kritisk vurdere

relevant forskning, samt for å analysere data fra studiene som er inkludert i oversikten (Reinar & Jamtvedt, 2010). Kvalitative studier er inkludert da det er av interesse å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker og holdninger (Thidemann, 2015, s. 78). Kvalitative studier kan dermed bidra til å undersøke hvordan sykepleiere opplever behovet, effekten og betydningen av debrifing på sin arbeidsplass. Kollegastøtte og defusing assosieres med debrifing og fungerer som en emosjonell utblåsning som forekommer rett etter hendelsen. Det stilles færre krav til samtalen med hensyn til struktur, tid og formalitet, noe som gjør det lettere å implementere i helsevesenet. Med bakgrunn i problemstilling og oppgavens omfang vil disse imidlertid ikke utforskes ytterligere. Det har ikke blitt satt noen begrensninger for utgivelsesår da den store debatten for og mot debrifing vokste frem på 2000-tallet, og Critical Incident Stress Debriefing som prinsipp oppstod i 1978 (Mitchell, 1983).

Tabell II. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Relatert til sykepleiere	Omhandler simulering
Omhandler krevende hendelser	Omhandler sykepleierstudenter
Systematiske oversikter, kvalitative studier	Omhandler uønskede hendelser
Språk begrenses til engelsk og nordiske språk	Omhandler kollegastøtte og defusing
Tilgjengelig i fulltekst	

3.4 Analyse og syntese

3.4.1 Tematisk analyse

En tematisk analyse ble gjennomført for å finne felles tema som går igjen i de inkluderte artiklene. Det ble brukt deler av Aveyard sin analysemodell for å summere opp litteraturen og essensen i artiklene (Thidemann, 2015, s. 92). Først leste jeg de inkluderte artiklene kritisk og grundig for å få en detaljert forståelse av dem. Deretter ble Aveyards andre trinn – identifisere temaer- fulgt ved å gå direkte til resultatdelen og identifisere tema fra resultatdelen i hver artikkel. For å identifisere tema ble det benyttet markeringstusj av ulike farger. Dette synliggjorde hvilke temaer som var gjennomgående i artiklene, og at noen av temaene kun gjelder for noen artikler. Temaene som kom frem vil i ulike grader kunne relateres til den problemstillingen etterspør.

Videre i analyseprosessen arbeidet jeg med å reformulere temaene slik at de ble mer passende for problemstillingen (Thidemann, 2015).

3.4.2 Litteraturmatrise

Etter et omfattende litteratursøk og nøye utvelgelse av forskningsartikler, ble de aktuelle artiklenes innhold presentert i en litteraturmatrise. Litteraturmatrisen er en oversikt over forfattere, publiseringsår, tittel, hensikt med studien, metode, utvalg, resultater, kvalitetsvurdering og etiske overveielser (Thideman, 2015, s. 90). Matrisen bidrar til å synliggjøre likheter og forskjeller, samt mønster og sammenhenger i artiklene. Litteraturmatrisen ligger vedlagt (vedlegg II).

3.4.3 Syntese

Ved hjelp av tematisk analyse, vurdering og tolkning settes teksten sammen til en mer oversiktlig helhet. Denne sammenstillingen av resultater fra ulike kilder munner ut i en ny tekst som skal bidra til å belyse problemstillingen (Thidemann, 2015, s. 58). Syntesen vil presenteres i resultatdelen.

3.5 Kilde- og metodekritikk

Aktuelle artikler som var tilgjengelige i fulltekst ble lest og kritisk vurdert ved hjelp av Helsebibliotekets sjekklister for de relevante studiedesign (Helsebiblioteket, 2014). Dette ble gjennomført for å validere kildenes troverdighet og vurdere om de kan brukes i tilegningen av kunnskap (Dalland, 2012, s. 63). Et flytdiagram har blitt benyttet for å visuelt fremstille og systematisere utvelgelsesprosessen (se vedlegg III).

Validitet og reliabilitet ved egen litteraturstudie er viktig å være klar over for å unngå at resultatene blir subjektive og styrt av forfatterens utvalgsskjevhet. Utvalgsskjevhet er en trussel mot studiens validitet (Henderson & Page, 2007).

Videre finnes det kritikk mot litteraturstudie som metode. Litteraturstudie baserer seg på andres forskning, og fører til at en må være i stand til å kritisk vurdere kvaliteten på studiene på riktig måte. En svakhet med oppgaven kan være at jeg ikke har mye erfaring med dette fra tidligere.

3.6 Forskningsetikk

Medisinsk og helsefaglig forskning er underlagt helseforskningsloven, samt en rekke relevante etiske retningslinjer og veiledere (De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene, 2020). Det stilles visse krav til helsefaglig forskningsarbeid hvor pasienter og mennesker forskes på, og sentrale prinsipper er menneskerettigheter, integritet og informert, frivillig og dokumentert samtykke fra deltakere. Videre er det viktig at forskerne ivaretar personvern og anonymitet.

Det stilles andre etiske krav til litteraturstudier (Olsson & Sørensen, 2003, ss. 57-63). Disse kravene er relatert til korrekt kildehenvisning og siteringspraksis. At leseren kan etterprøve referansene og resultatene styrker oppgavens validitet. Helsebibliotekets sjekklister for de ulike studiedesignene har blitt brukt for å kritisk vurdere kvaliteten på artiklene. Jeg har også undersøkt om de inkluderte artiklene inneholder etiske redegjørelser, noe alle de kvalitative studiene gjør. Kvalitetssikring av de inkluderte artiklene er et viktig element i å ivareta forskningsetikk ved en litteraturstudie.

4.0 Resultat

Litteratursøket resulterte i 581 artikler og alle titlene ble vurdert. Deretter ble artiklene hvor tittelen ikke var relevant for problemstillingen ekskludert. Utvelgelsesprosessen resulterte i ni artikler. Utvalget består av tre fagartikler (Allen, Reiter-Palmon, Crowe, & Scott, 2018; Hawker, Durkin, & Hawker, 2011; Zigmont et al., 2011), tre kvalitative studier (Clark, Polivka, Zwart, & Sanders, 2019; R. Clark & Mclean, 2018; Firing, Johansen, et al., 2015) to systematiske oversikter (Couper, Salman, Soar, Finn, & Perkins, 2013; Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2002) og én oversiktsartikkel (Magyar & Theophilos, 2010). Resultatene er delt inn i to hovedtema, psykologisk debrifing og læringsorientert debrifing (Se tabell III).

Tabell III. Tema

Psykologisk debrifing	Læringsorientert debrifing
Debatten	Mulighet for læring
Sykepleiers emosjonelle behov	Tekniske ferdigheter
Psykologisk trygghet	Ikke-tekniske ferdigheter
Terapeutisk vegg	Positiv forsterkning

4.1 Psykologisk debrifing

Den tematiske analysen identifiserte fire undertema: Debatten, sykepleiers emosjonelle behov, psykologisk trygghet og emosjonell vegg.

4.1.1 Debatten

Det er sprikende forskningsresultat for effekt av psykologisk debrifing, noe som har ført til at psykologisk debrifing har blitt gjenstand for debatt (Hawker et al., 2011). Det var spesielt på 2000-tallet at debatten skjøt fart, og i 2002 ble det publisert en systematisk oversikt med 11 randomiserte kontrollerte studier som undersøkte effekt av psykologisk debrifing for å forebygge posttraumatisk stresslidelse (Rose, et. al., 2002). Tre av studiene assosierte debrifing med et positivt utfall, seks av studiene viste ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, og to studier viste negative utfall hos intervensjonsgruppen. Disse to studiene fikk mye oppmerksomhet, og utløste en debatt hvor mange frarådet CISD og psykologisk debrifing. Studiene fant at ved sammenlikning mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, ga resultatene ingen signifikant forskjell når det kommer til posttraumatisk stress-symptomer,

depresjon, angst og redusert fungering. Tvert imot mente studiene at debrifing kan reaktivere traumet og gjøre større psykologisk skade (Rose et al., 2002).

Dette førte til uenigheter i forskningsmiljøet, og det har det blitt hevdet at nytten av psykologisk debrifing er tvilsom, og at debrifing snarere kan øke problemene enn å redusere dem. Studier som rapporterer at debrifing ikke gir noen effekt, har imidlertid hatt klare kliniske og metodiske svakheter (Dyregrov, 2002, s. 23). Tilsvarende har Hawker og kolleger (2011) påpekt metodologiske svakheter med Rose og kolleger (2002) sin studie.

De tre argumentene forfatterne mener beviser svakhetene i studiene som fraråder debrifing er, 1) debrifingen fulgte ikke protokoll med hensyn til timing, lengde, opplæring og selvstendigheten hos fasilitatoren for debrifing, 2) pasientene som ble debrifet rapporterte mer alvorlige symptomer i utgangspunktet enn de som ikke ble debrifet og 3) debrifingen ble gjennomført på individer som den opprinnelig ikke var ment for (Hawker et al, 2011).

Hawker og kolleger (Hawker et al., 2011) påpeker at psykologisk debrifing kan skade dersom debrifingen er for kort, for utforskende, utført for tidlig, gitt som en engangs-intervensjon, eller utført av ledere uten nok opplæring og erfaring. Dette fremhever behovet for en standardisert ramme, slik at effekten av debrifing kan måles med de samme kriteriene. Tid er en viktig ressurs, spesielt innenfor sykepleie. Psykologisk debrifing er ikke noe «quick-fix». Dyregrov anbefaler at psykologisk debrifing bør ha en varighet på opptil to timer (2002). Rose og kolleger (2002) viser til studier med debrifing gjennomført helt ned i 30 minutter. Følelsen av snevre tidsrammer kan oppleves stressende under debrifing, og føre til at personellet sitter igjen med en følelse av å ha åpnet opp mye uten at sekvensen ble tilstrekkelig lukket. Dette illustreres slik:

Jeg kom ut av det og følte at det var som en åpen hjerteoperasjon uten tid til å bli sydd igjen, og hvis jeg var i samme situasjon igjen, ville jeg foretrukket å ikke bli debrifet fremfor å bli debrifet på 45 minutter - det er bare ikke mulig (Hawker et al., 2011, s. 456).

Clark og kolleger gjennomførte en kvalitativ studie med 19 sykepleiere og helsefagarbeidere, hvor de undersøkte preferansene knyttet til CISD. Forskerne fremhevet at turnusarbeid med varierende vakter var et hinder for gjennomføringen av CISD på sykepleiernes arbeidsplass (Clark et al., 2019).

4.1.2 Sykepleiers emosjonelle behov

I en utforskende kvalitativ pilotstudie undersøkte Clark & McLean (2018) syv sykepleieres profesjonelle og personlige behov etter en krevende hendelse. De personlige behovene var betryggelse og validering fra kolleger. Profesjonelle behov gikk på å kunne bruke opplevelsen som en mulighet til å lære og forbedre praksis. Deltakerne i studien uttrykte et personlig behov for debrifing for å håndtere den emosjonelle reaksjonen som forekommer når en er involvert i en hjertestans. Videre fortalte sykepleierne at det var større behov for debrifing med rom for emosjonell håndtering dersom en gjenoppliving var mislykket eller dersom sykepleierne hadde et terapeutisk forhold til pasienten før hendelsen. Sykepleierne hadde da behov for bekreftelse på sine kliniske ferdigheter og forsikring om at det ikke var deres feil. De ønsket å forstå klinisk hva som skjedde, og at dette kunne lette på de vonde følelsene etter for eksempel et dødsfall. For sykepleierne var det viktig å snakke gjennom skadeforløpet og dødsårsak, for eksempel hvorfor gjenopplivningen ikke var suksessfull. Følgelig konkluderte deltakerne med at det som oftest var de personlige behovene som skulle ivaretas rett etter hendelsen, etterfulgt av de profesjonelle behovene ved et senere tidspunkt (Clark & Mclean, 2018).

På en annen side, viser en kvalitativ studie som undersøkte preferansene for CISD hos sykepleiere og helsefagarbeidere ved en akutt-pediatriavdeling andre resultater. Tre fokusgrupper med totalt 19 deltakere fant at mange av sykepleierne ikke ønsket å snakke om sine egne og kollegers emosjonelle status i første omgang, men heller komme tilbake til dette når alle har en kollektiv forståelse av hendelsesforløpet (Clark et al., 2019). Dette gjelder riktignok ikke alle. Seks av deltakerne understreker at de aldri ønsket en CISD fordi de allerede hadde håndtert hendelsen. Deltakerne kobler av på forskjellige måter, som å snakke med kolleger, være alene eller bruke tid med familien, og for noen er dette nok for å prosessere hendelsen.

4.1.3 Psykologisk trygghet

Psykologisk trygghet defineres som «en felles tro på at det er trygt å være seg selv i samarbeid med andre, uten frykt for straff» (Allen et al., 2018, s. 509). Allen og kolleger (2018) beskriver i sin fagartikkel viktigheten av psykologisk trygghet som et kriterium for en effektiv debrifing. For å ha en effektiv samtale må alle i teamet være villig til å delta i en åpen og ærlig diskusjon. Når deltakerne i teamet bekymrer seg om kritikk og skyldfordeling er det lavere sjanse for at individet føler seg trygg nok til å uttrykke bekymring eller kritikk. Psykologisk trygghet er

relatert til forbedret og økt prestasjon. God gruppedynamikk er i all hovedsak avhengig av respekt, felles mål, og deltakelse for å fremme en god balanse. Det er viktig at lederen ikke dømmer, unngår skyldfordeling og fokuserer på både det positive og det som kan forbedres. Lederen vil og kunne bidra til å vedlikeholde den psykologiske tryggheten og fremme en åpen kommunikasjon (Allen et al., 2018).

4.1.4 Terapeutisk vegg

Å arbeide i travle sykehusavdelinger fører til en forventning og en nødvendighet av å alltid være beredt på å møte nye pasienter med behov for akutt hjelp. Sykepleierne uttrykte at det mest gunstige etter krevende hendelser var å sette opp en terapeutisk vegg, og dermed undertrykke sine egne emosjonelle reaksjoner, for å klargjøre seg til neste pasient (Clark et al., 2019, s. 406). Å snakke om følelser og hvordan de hadde det etter en krevende hendelse, medførte så sterke emosjonelle reaksjoner at det ble utfordrende å forholde seg objektivt til hendelsen og videre prestere på et høyt profesjonelt nivå (Clark et al., 2019). Problemet er dersom en slik atferd ikke blir fulgt opp med tid og rom for debrifing. Da kan hendelser bli liggende ubearbeidet, og etter hvert utvikle seg til akkumulativ stress.

4.2 Læringsorientert debrifing

Den tematiske analysen identifiserte undertemaer som mulighet for læring, tekniske ferdigheter, ikke-tekniske ferdigheter og positiv forsterkning.

Et av formålene med debrifing i helsevesenet er å lære av tidligere hendelser for å forbedre pasientpleie og sikkerhet (Allen et al., 2018). Sykepleierne på pediatrik avdeling fra Clark et al (2019) ønsket en gjennomgang av hendelsen, positiv forsterkning og konstruktiv kritikk for å forbedre pleien. De stilte spørsmål som for eksempel: «Hva gikk bra? Hva kan vi forbedre? Jeg vil vite hva vi gjorde galt for å rette det opp til for det neste barnet» (Clark et al., 2019).

Debrifing-intervensjoner basert på erfaringslæring og Kolbs læringsmodell fremgår av Couper og kollegers systematiske oversiktsartikkel (Couper et al., 2013). Etter en krevende hendelse kan debrifing være forskjellen på å lære av hendelsen og ikke. Hendelsen i seg selv vil ikke medføre læring, men den gir muligheter for læring dersom man reflekterer over den (Firing, Johansen, et al., 2015). Refleksivitet innad i gruppen defineres som «den grad hvor grupped medlemmene åpent reflekterer og kommuniserer om gruppens mål, strategier (for eksempel beslutningstaking), og

prosesser (for eksempel kommunikasjon), og tilpasser de til nåværende eller forventede omstendigheter” (Allen et al., 2018). Refleksjon fremmer læring, som igjen kan føre til handling og endring.

Her spiller lederens kompetanse en stor rolle. Kompetente ledere kan bidra til å fremme diskusjon, observere samtale, fremme aktiv refleksjon over hendelsen, motivere til deltakelse og dermed øke meningen og verdien i debrifingen (Allen et al., 2018). Lederen må ta i betraktning det viktige forholdet mellom den individuelle sykepleieren, læringsopplevelsen og miljøet hvor læringen skjer (Zigmont et al., 2011).

4.2.1 Mulighet for læring

Debrifing er en mulighet for læring. Firing og kolleger (2015) gjennomførte en kvalitativ studie der de undersøkte debrifing av medisinsk personell på Forsvarets Sea King helikopteret som rykket ut under terrorangrepet 22.juli. De fant at dersom debrifing ikke blir utført kan personellet sitte igjen med et rent stimulus-respons forhold mellom hendelsen og læring. Debrifing har potensialet til å bryte stimulus-respons forholdet, og åpne opp for refleksjonsprosessen slik at man forandrer krevende hendelser til erfaringer man kan lære av (Firing, Johansen, et al., 2015).

En systematisk oversikt og meta-analyse (Couper et al., 2013) undersøkte effekten av debrifing etter livstruende ulykker og implikasjoner for intensivbehandling. Av de 27 inkluderte studiene, støttet 20 studier bruken av debrifing og så forbedring i læring, tekniske ferdigheter, ikke-tekniske ferdigheter og forbedret pasientutfall. En svakhet ved oversikten var at debrifing-intervensjonene var heterogene og ofte dårlig definert. Forskerne oppfordret til å standardisere rapporteringen innenfor debrifing for å systematisere muligheter for læring.

4.2.2 Tekniske ferdigheter

Fem av studiene i nevnt systematisk oversikt fant forbedringer av tekniske ferdigheter ved hjertestans, som dybde på brystkompresjoner, kompresjonsfraksjon, peri-shock pause, og tid før første defibrillatorsjokk. I seks studier bidro debrifing til forbedring av traumebehandling og forbedring i sepsis-pakkeforløp. To studier så forbedring ved administrering av trombolysedose og dør-til-ballong tid ved angina pectoris (STEMI) ved bruk av debrifing (Couper et al., 2013). Den samme systematiske oversikten identifiserte fem studier hvor debrifing ikke hadde noen effekt på prestasjon.

4.2.3 Ikke-tekniske ferdigheter

Ikke-tekniske ferdigheter relateres blant annet til beslutningstaking, trygghet på egne handlinger, lederskap og samarbeid. Profesjonelle og personlige behov for debriefing, ble utforsket av forskere gjennom en kvalitativ pilotstudie med syv sykepleiere (Clark & Mclean, 2018). Sykepleierne ønsket å lære av de krevende hendelsene de har tatt del i, som for eksempel en hjertestans. Dette grunnet i ønsket om å forbedre egen prestasjon, men også gruppeprestasjon i en fremtidig liknende situasjon (Clark & Mclean, 2018). Allen og kolleger (2018) fant at for den individuelle sykepleier bidro debriefing til å øke trygghet på egne handlinger, beslutningstaking, kliniske ferdigheter og forståelse av hendelsen, noe som førte til bedring i prosess, pasientens utfall og læring. De hevder videre at jevnlig utførelse av debriefing øker kvaliteten på samarbeidet i gruppen og følelsen av tilhørighet, så vel som å øke den overordnede lagprestasjonen. Couper og kolleger (2013) undersøkte bruken av debriefing på intensivavdelinger for å forbedre pasientutfall, tekniske ferdigheter og ikke-tekniske ferdigheter etter alvorlig sykdom. På gruppenivå fant et forbedret lederskap av teamet etter implementering av debriefing.

4.2.4 Positiv forsterkning

Sykepleiere som arbeider med akutt syke pasienter, et høyt pasientvolum og høyt stress i omgivelsene etterspør at deres arbeid blir anerkjent, spesielt etter en krevende hendelse. En av deltakerne sier at i stedet for at en krevende hendelse skal forbli en traumatisk ting, kan man i fellesskap dra de positive aspektene ut av det, og dermed gjøre en krevende hendelse til en meningsfull læringssituasjon (Clark et al., 2019; Firing, Johansen, et al., 2015). Et slikt fokus vil bygge mestringstro på både det individuelle plan og på gruppenivå. Når individuelle synspunkt deles i en godt tilrettelagt diskusjon, forekommer det ikke kun deling av individenes egne perspektiv, men disse perspektivene utfordres, støttes, modifiseres og kombineres inntil gruppen finner en viss grad av overensstemmelse. En felles forståelse for hva som har hendt er en nødvendighet i gruppemiljøet for å støtte gruppelæring (Allen et al., 2018). Alle deltakerne i debriefings-økten bør ha den samme forståelsen av hendelsen slik at de i fellesskap kan bevege seg fra å forstå hva som skjedde til hvorfor det skjedde (Zigmont et al., 2011).

5.0 Diskusjon

Gjennom denne studien utforskes hvordan debriefing kan benyttes som et verktøy etter krevende hendelser for å fremme læring og redusere psykisk slitasje hos sykepleiere. Resultatene viser i hovedsak at psykologisk debriefing er forbundet med positive funn, gitt at debriefingen er

gjennomført i tråd med anbefalinger og erfaringer. Tidsmessig er det viktig at debrifingen ikke blir gjennomført for tidlig eller for sent, og at man avsetter tilstrekkelig tid. Videre anbefales det kunnskapsrike ledere, struktur og regler, respekt mellom deltakerne og konfidensialitet (Dyregrov, 2002; Mitchell, 1983). Imidlertid viser studier av psykologisk debrifing også manglende funn, og til og med negative funn, noe som fremkommer når debrifingen er gjennomført utenom etablerte standarder, for eksempel at den ledes av ukvalifisert personell eller at man har brukt for kort tid (Hawker et al., 2011). Læringsorientert debrifing forbindes med økt refleksjon, meningsdannelsen, sosial støtte og økt psykologisk trygghet i team. Funnene gir resonans til den kjente debatten mot psykologisk debrifing (Dyregrov, 2002; Hawker et al., 2011; Rose et al., 2002) og klassiske teori om erfaringslæring (Kolb, 1984).

Nedenfor vil jeg diskutere og nyansere fremmende og hemmende faktorer innenfor både psykologisk- og læringsorientert debrifing, herunder blant annet om det er tid til debrifing i en profesjon der en opplever å være stadig mer presset på nettopp tid. I tillegg vil jeg diskutere om det åpner seg en ny form for debrifing i mellomrommet mellom den psykologiske og den læringsorienterte. Til slutt vil jeg diskutere oppgavens styrker og svakheter og peke på behovet for ytterligere forskning innenfor dette lovende temaet.

5.1 Psykologisk debrifing – hemmende og fremmende faktorer

Denne oppgaven tar et steg videre i debatten om psykologiske debrifing der kritikken og kritikken av kritikken har vært dominerende. Studier av psykologisk debrifing viser både positive og negative effekter av debrifing (Dyregrov, 2002; Hawker et al., 2011). Her finnes det anbefalinger både når det gjelder bruk av tid og timing.

5.1.1 Tid og timing

Når man ser på hemmende faktorer er det første vi ser at debrifing krever tid, noe som i helsevesenet kan være vanskelig å prioritere. Noen studier viser debrifing gjennomført helt ned i 20 og 30 minutter (Rose et al., 2002), noe som ikke er i tråd med anbefalingene for en psykologisk debrifing. Dyregrov selv anbefaler cirka 2 timer for en psykologisk debrifing. Han hevder så at det er en gåte hvordan en kan tro at godt arbeid kan gjennomføres med et slikt minimum av tid (Dyregrov, 2002, s. 28). En må bruke god tid til å skape et trygt miljø i gruppen, for så å bruke god tid til å snakke gjennom de ulike områdene ved den enkeltes opplevelser (med referanse til modellens syv steg). Hawker og kolleger (2011) kritiserer i sin fagartikkel en studie

gjennomført på brannskadede pasienter (Bisson, Jenkins, Alexander, & Banister, 1997). Studien viste at 56 av 57 gjennomførte debrifinger varte mindre enn 80 minutter, altså 40 minutter mindre enn anbefalt (Hawker et al., 2011, s. 456).

Et annet viktig poeng er timing. Mitchell advarer mot debrifing innenfor de første 24 timene, samtidig som han også understreker at det ikke må gå alt for lang tid. I begge tilfeller vil effekten av debrifing bli svekket eller i verste fall gi negative effekt. Ideelt bør den gjennomføres mellom 24-72 timer etter hendelsen (Mitchell, 1983). For at timing skal være en fremmede faktor, er det viktig med tilstrekkelig tid til disposisjon, og rådet om minst to timer lang debrifing virker rimelig her. Dessuten må man ha muligheter til å ha flere seanser, altså ha oppfølging, slik at debrifing blir en prosess. Flere av de utvalgte artiklene viser forskjellige spilleregler, og gjør det dermed vanskelig å sammenligne. Sykepleierne i studien til Clark et al (2019) ønsket CISD innen 12-24 timer etter den krevende hendelsen. Rose et al (2002) inkluderte studier med debrifing alt fra mindre enn 10 timer fra hendelsen, til to og tre uker etter hendelsen. Dette fremhever behovet for en standardisert tidsramme, slik at effekten av debrifing kan måles med de samme kriteriene og dermed bidra til mer systematisk forskning på dette feltet.

5.1.2 Kompetanse

Fagfolk anbefaler at psykologisk debrifing krever kvalifisert personell og struktur (Dyregrov, 2002; Mitchell, 1983). Med den krevende hendelsen som bakteppet kreves det faglig kunnskap om stress, stressreaksjoner og mestringsstrategier for å skape nødvendig mening knyttet til den sterke opplevelsen. Dersom personellet har mangelfull kompetanse, vil en risikere å gjøre vondt verre ved å reaktivere traumet, altså skape ytterligere stress, uten at man klarer å skape mening, normalisering og ny kunnskap. Lederen kan hjelpe til med å identifisere stressorer, og å øke bevisstheten på sine egne reaksjoner og mestringsmåter. Denne prosessen kan lettere struktureres ved å bruke Lazarus og Folkman sin stress og mestringsteori, hvor en identifiserer ressurser og gjennomfører primær og sekundær vurdering (1984). Her spør man om personen opplever en balanse mellom tilgjengelige ressurser og de ytre krav og hvordan lederen kan bidra til problemorientert eller emosjonsorientert mestring hos personen som opplever disse stressorene. Ved å tydeliggjøre ressurser, og tilrettelegge/gi verktøy der personens egne ressurser ikke strekker til, for eksempel ved å henvise videre til profesjonell hjelp/familiestøtte, kan personen

forstå opplevelsen som håndterbar. Med denne holdningen følger ivaretagelse, mestring og mestringserfaring.

Dermed vil en fremmede faktorer være kvalifisert personell (Dyregrov, 2002). Det finnes en rekke kurs i slik type debriefing som i kombinasjon med grunnleggende personlighetsegenskaper som fleksibilitet, toleranse for stress og god evne til empati kan danne en god debriefingsleder (Dyregrov, 2002, s. 80). Fagkunnskap innenfor stress og mestring, samt metodekunnskap knyttet til debriefing, atferdsvitenskap og gruppeprosess, vil fremme meningsskapning og unngå at man gjør vondt verre ved å reaktivere traumatet. Like viktig er bevissthet rundt makt, respekt og verdigrunnlag. En god veileder kan legge til rette for oppdagelse og bevisstgjøring av sammenheng mellom handling, samhandling og verdiene som ligger til grunn (Tveiten, 2011, s. 47). Veiledning kan bidra til å øke evnen til å ta valg og oppdage mening i egen yrkesutøvelse (Tveiten, 2011, s. 51). Og nettopp det å oppdage mening i egen yrkesutøvelse kan bidra til å styrke mestring og trygghet i sykepleierens praksis, som koker ned til økt resiliens og redusert stress. Dersom man mangler kompetanse, kan en vurdere å få eksterne fagpersoner til å lede en slik debriefingsprosess. Dette må imidlertid vurderes opp mot å bruke ressurspersoner som allerede har tillit i miljøet.

Sist men ikke minst kan godt lederskap og organisasjonens prioritering av systematisert avlastningssamtaler plukke opp de som har behov for å søke hjelp men lar være på grunn av selvbilde og egen forlegenhet rundt å spørre om hjelp (Sivertsen, 2016). Derfor er det viktig at lederen går frem som et godt eksempel ved å åpne opp for dialog. Dette er for å normalisere og bryte ned «tabu» rundt å søke hjelp.

Selv om det er viktig å huske at stressreaksjoner etter en krevende hendelse er normale reaksjoner på unormale hendelser, er et viktig argument at normalisering av traumereaksjoner kan føre til at deltakere undertrykker eller ufarliggjør reaksjonene sine og dermed ikke ser når en har behov for profesjonell hjelp for å prosessere og håndtere potensielt traumatiske hendelser (Dyregrov, 2002). Lederen må derfor være oppmerksom og undersøke ytterligere behov for hjelpe og støtte ved behov.

5.1.3 Psykologisk trygghet

Gruppeveiledning er avhengig av et trygt læringsmiljø, der man har etablert psykologiske tryggheten (Allen et al., 2018; Tveiten, 2011). Respekt mellom deltakerne, refleksivitet innad i

teamet, og å opplyse om taushetsplikt kan øke den psykologiske tryggheten innad i gruppen. En forutsetning for at debriefing skal ha en helsefremmende effekt er at det skjer under frivillighet. Seks av deltakerne i en studie ønsket ikke CISD, da de hadde egne stressmestringsstrategier som fungerte godt nok for dem (Clark et al., 2019). Videre er fortrolighet, avklarte forventninger og klare spilleregler viktig for å øke den psykologiske tryggheten.

Innenfor Lazarus og Folkmans stress og mestringsteori er et viktig tema idéen om at situasjonen er en påkjenning når personen selv oppfatter det. Det er dermed høyst individuelt hva individet opplever som stressende, ut ifra personens egen kognitive vurdering av situasjonen. En annen viktig idé er at opplevelsen av stress er sterkere jo mer sentrale de behov eller verdier som er truet, er for personen (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, & Grimsbø, 2016, s. 237). I et yrke så preget av å forholde seg til mennesker i problematiske livssituasjoner kan sykepleiere oppleve psykologisk stress. Stress oppleves forskjellig avhengig av personlige forutsetninger og resiliens, derfor vil ikke debriefing passe like godt for alle. En rekke faktorer virker inn på valg av problemorientert eller emosjonsorientert mestring, blant annet personlighet. Noen sykepleiere kan velge problemorientert mestringsstrategier som å søke informasjon, kunnskap, veiledning og støtte og å velge handling og initiativ, fordi det fremmer mestring å ha kontroll. For andre vil det være mer nærliggende å velge emosjonelt orienterte strategier, som bruk av humor og ironi, å bruke forsvarsmekanismer og å bruke avspenningsteknikker. Emosjonsorientert mestring kan derimot betraktes som forsøk på å unngå eller å flykte fra ubehag, og dette kan på lang sikt være ineffektiv med hensyn til mestring (Kristoffersen, et al., 2016, s. 251). Sykepleiere har ulik evne til å tåle stress og påkjenninger for å unngå å bli utbrent, og dermed er det viktigste elementet her at arbeidsplassen kan tilby debriefing som en av flere valg. Å bli møtt på et slikt individuelt nivå vil øke trygghet hos sykepleier.

Ideen om at debriefing kan bidra til meningsskaping og mestring knyttet til stressende hendelser, resonerer også med Antonovsky sin teori om «sense of coherence», som en kan oversette til opplevelse av mening. Det at man opplever at hendelser blir meningsfulle og forståelige bidrar til økt mestring og økt motstandskraft (Antonovsky, 1987). Slik meningsskaping vil trolig øke gjennom de sosial samtaleprosessene som debriefing representerer.

5.1.4 Ansvar for stress og mestring

«Compassion fatigue» er vanskelig å unngå når en jobber som hjelper (Isdal, 2017). Dermed kan en spørre seg hvem som har ansvaret for forebygging og ivaretagelse av stress i hjelperyrket, og hvordan kan det reduseres? Arbeidsmiljøloven stiller et overordnet krav til arbeidsgiver om å sørge for at de ansatte ikke blir syke av jobben. I det ligger blant annet tilrettelegging av arbeidet og oppfølgingen slik at de ikke får helseskader- både fysisk og psykisk (Arbeidsmiljøloven, 2005).

Per Isdal skriver at: “syke ansatte er dyre ansatte, og nedslitte ansatte gir dårlig helsehjelp” (Isdal, 2017, s. 37). Han mener at vi de siste årene har fått ny kunnskap om helserisikoen ved å jobbe med mennesker, men at arbeidsgivere, organisasjoner og foretak i altfor liten grad har kunnskap og bevissthet om helsefarene til sine ansatte (Isdal, 2017, s. 37). Organisasjoner og ledelsen må ha kunnskap om konsekvenser, som «compassion fatigue», sekundærtraumatisering og utbrenthet, og vite hvordan de skal forebygge disse. Vi har imidlertid et ansvar for oss selv å legge merke til hva som skjer med oss. Vi må kjenne på hvilke symptomer som melder seg, og hvordan vi kan tolke disse. Å identifisere stressorene, enten om det er de mange små hendelsene som kan akkumulere en stressreaksjon over tid, eller om det er de store hendelsene som umiddelbart setter en støkk i oss hjelpere, så kan debrifing bidra til å endre stress til forståelse, normalisering, og ved beste utfall; slippe taket. Det er med andre ord et delt ansvar som foregår på tre nivåer; individet, teamet og organisasjonen (Isdal, 2017).

5.2 Læringsorientert debrifing - hemmende og fremmende faktorer

Fra et pedagogisk perspektiv kan debrifing representere en læringsmulighet (Pack, 2012; Pearson & Smith, 1985; Stein, 2002; Zigmont et al., 2011). Denne typen debrifing har som formål å forandre erfaringer til felles kunnskap og erfaringer man kan lære fra. Her er det større enighet om at debrifing bør brukes, og det rapporteres om positive virkninger som økt tillit i teamet og samhold i grupper (Stein, 2002).

5.2.1 Personlig og systematisk erfaringslæring

Målet med debrifing fra et pedagogisk perspektiv er at man i gruppesituasjon kan danne nye erfaringer en kan lære av. Innenfor en læringsorientert tilnærming er veilederrollen i mindre grad psykologisk rettet, og mer rettet mot å drive læringsprosessen etter læringsløyfen til Kolb (1984).

Innenfor erfaringslæring er refleksjonen en nøkkelprosess for å skape læring (Dewey, 1980). På den ene siden vektlegger man at læring er en personlig prosess, og innenfor konfluent pedagogikk vektlegger man at «å lære er å oppdage» (Grendstad, 1986, s. 17). Denne oppdagelsen er en subjektiv prosess, altså det er bare jeg som kan oppdage for meg (Tveiten, 2011). Veilederens jobb er å legge til rette for at gruppemedlemmene oppdager noe. Denne oppdagelsen stimuleres ved å reflektere over egen praksis, og deretter oppdage hva som er god praksis, og hva som ikke er det (Tveiten, 2011). En slik subjektiv tilnærming, er viktig for å stimulere til læring.

På den annen side, kan man argumentere for stor grad av systematikk i erfaringslæringen, noe som fremgår av læringsløyfen bestående av fire steg (Kolb, 1984, s. 42). Man tar utgangspunkt i konkrete opplevelser, og gjennom refleksjon i gruppe får prosessen en stadig mer teoretisk karakter. En slik systematikk der man ser praksis i forhold til teori, sikrer at sykepleiere utvikler et stadig bedre teoretisk fundament som grunnlag for yrkesutøvelsen. Erfaringer man har gjort seg tidligere i karrieren er med å danne trygge, kunnskapsrike sykepleiere.

Balansen mellom individuell subjektivitet og gruppens behov for systematikk og utvikling av ny kunnskap er et tema for gruppen og lederen av debrifingen. En viss systematikk gir trygghet og forutsigbarhet for deltakerne i debrifing og kan hjelpe veilederen med å skape en rød tråd i prosessen. Samtidig må man veie dette mot for sterk regulert praksis for læring i grupper fordi dette kan virke begrensende på den enkeltes individuelle frihet til å restituere og lære på sin egen måte. Debrifing i gruppe krever god veiledning for å finne en slik balanse (Tveiten, 2011). Samtidig kan debrifing føre til at både enkeltpersoner og team lykkes med å transformere ureflekterte opplevelser til erfaringer og en kan lære av ny teoretisk kunnskap (Firing, Johansen, et al., 2015; Moldjord & Hybertsen, 2015).

5.2.2 Tillit i team: Bygge tillit og gruppeformasjon

Stressende hendelser kan trigge et naturlig behov for å dele tanker og følelser (Moldjord & Hybertsen, 2015). Det er viktig i situasjoner med stressende hendelser å skape et godt og trygt læringsmiljø. Uten dette vil en kunne se på debrifingen som et tomt ritual, preget av kjedsomhet og bortkastet tid, gjerne på slutten av en arbeidsdagen eller rett før en helg. Motsatt er følelse av å bli sett og hørt, skape mening, få kunnskap fra andre, normalisering, sosial støtte og vekst.

I krevende hendelser kan det være utfordrende for deltakerne å få en full oversikt da alle gjerne har spesifikke arbeidsoppgaver. I steg to av CISD gjennomgås fakta og kan dermed bidra til et større oversiktsbilde. Denne kollektive kunnskapen og informasjonen fungerer som en felles rettesnor for å validere handlinger, verdier, meninger og følelser i gruppen (Sivertsen, 2016). Man er avhengig av tillit mellom leder og deltakerne, og deltakerne imellom for å skape et trygt miljø hvor det er trygt å fortelle sannheten og stille vanskelige spørsmål (Moldjord & Hybertsen, 2015). Det er derimot en viktig betingelse, at deltakerne forteller sannheten. Å gjøre feil kan ha store konsekvenser i et yrke som sykepleie, og kan medføre vonde følelser som skam og skyld, og enkeltpersoner kan klandre seg selv. Om en kan unngå å fortelle om egne feil er det en viss sjanse for at mange velger dette. Dette kan være en hemmende faktor for erfaringslæring.

En fundamental forutsetning for debrifing er som nevnt konfidensialitet (Dyregrov, 2002; Mitchell, 1983). Det er viktig at lederen innledningsvis etablerer rammer og regler rundt anonymitet, taushetsplikt og formålet med debrifingen. Dersom dette ikke legges til rette for, kan det kunne ut i redusert deltakelse (Sivertsen, 2016). «Ved å bryte med en av de fundamentale forutsetningene for debrifing, konfidensialitet, sparker man ben under prosessen» (Sivertsen, 2016).

5.2.3 Å ta seg tid

Når det gjelder debrifing med tanke på læring, så møter man ofte argumentet om at det ikke finnes tid til det. Tilstrekkelig tid til debrifing gir rom til å ivareta personellet og gir muligheter for læring i form av færre feil og mer kunnskap. Her kommer det økonomiske perspektivet inn. Å spare opp mot en halvtime hver vakt kan virke økonomisk lokkende for et system som allerede er økonomisk presset. Å kutte debrifing kan anses som en pengebesparende intervensjon, som imidlertid kan kunne ut med økende økonomiske konsekvenser på den andre siden. En evaluering av CISM på kanadiske sykepleiere fant at de økonomiske fordelene med tjenesten, som kostnader assosiert med fravær og gjennomtrekk av ansatte, var syv ganger høyere enn kostnadene (Dyregrov, 2002, s. 25). Det kan således virke som at det er en mangel på kunnskap om de positive fordelene med debrifing, som mindre sykefravær, forbedret samarbeid og færre feil.

En hemmende faktor ved tid til debrifing er muligheten for å bli avbrutt. Psykologisk debrifing omhandler ofte sterke tanker, følelser og reaksjoner (Dyregrov, 2002; Mitchell, 1983). Usikkerhet rundt om en plutselig må avbryte midt i en debrifing, kan bidra til å begrense personalets delaktighet. Dette gir assosiasjoner til den nevnte situasjonen der personellet opplevde debrifing som «en åpen hjerteoperasjon uten tid til å bli sydd igjen» (Hawker et al., 2011, s. 456). Det er derfor viktig å få fullført hele debrifingen for å sikre ivaretagelse og læring. Det er opp til lederne i profesjonen å forankre debrifing i organisasjonen og i kulturen slik at det er tid og rom til å gjennomføre debrifing i hverdagen.

5.3 Mellom to stoler

Det er i denne oppgaven rettet fokus mot to typer debrifing; læringsorientert debrifing og psykologisk debrifing (Allen et al., 2018; Dyregrov, 2002; Firing, Johansen, et al., 2015; Hawker et al., 2011; Mitchell, 1983; Moldjord & Hybertsen, 2015). I diskusjonen av disse former for debrifing, deres hemmende og fremmende faktorer, oppstår det et nytt problem. Hverdagen i helsevesenet har innslag av hendelser der en ofte legger til rette for psykologisk debrifing, spesielt innen psykiatri. Det finnes også rutiner for læringsorientert debrifing, for eksempel knyttet til spesielle typer operasjoner. Utfordringene kan være at hverdagen er preget av mange mindre hendelser. Mange leger og sykepleiere mestrer mange små hendelsene over lang tid. Problemet er at alle disse små hendelsene som individer håndterer på egenhånd kan etter hvert slå ut i et akkumulativ stress og sykdom. Sykepleiere er en viktig ressurs og må forvaltes på en bærekraftig måte. Sykemelding er ikke er bærekraftig.

Det er her man kan vurdere å bygge bro mellom tradisjonene. Med fokus på nettopp det små hendelsene kan man bruke debrifing til å forebygge psykologisk stress og danne ny kunnskap. I stedet for å utforske følelser fra et traumeperspektiv, kan følelser sett i sammenheng med handlinger og tanker bidra til læring. Debriefing er språklige prosesser som kan transformere meningsløse hendelser til meningsfulle erfaringer (Kolb, 1984). Dermed kan ny mening dannes samtidig som negative følelser slipper taket.

5.4 Oppgavens styrker og svakheter

Flere styrker og svakheter er identifisert i denne litteraturstudien. Enkelte av studiene inkludert i flere artikler har en helhetlig lav kvalitet (Couper et al., 2013; Rose et al., 2002). Til tross for dette sikres kvaliteten på studien ved at både styrker og svakheter er redegjort for på en ærlig

måte. Studiene bruker varierende definisjoner på hva debrifing innebærer, og har brukt ulike verktøy for å evaluere effekten av debrifing. Dette tydeliggjør behovet for internasjonale retningslinjer og standarder rundt debrifing, rammeforhold og rapportering.

En potensiell svakhet kan være at denne litteraturstudien ikke skiller mellom sykepleiers varierende arenaer. Yrkesutøvelsen i forskjellige deler av helsevesenet varierer i stor grad, dermed kan også behovet for debrifing variere stort. Eksempelvis kan det være større eksponering for krevende hendelser i psykiatrien og akuttmottak. På den annen side kan det anses som en styrke at studien omhandler sykepleiere generelt, da debrifing kan fremme læring og ivareta personalet, uavhengig av avdeling.

Grunnet begrenset erfaring som både «forsker» og i utøvelse av profesjonen kan studien være preget av seleksjonsskjevhet. Imidlertid er dette forsøkt redusert ved hjelp til litteratursøk av bibliotekarer på Høgskulen på Vestlandet, kritisk vurdering av artikler og inkludering av artikler med motsvarende funn.

5.5 Oppgavens implikasjoner

Denne studien har vært en utforskning av debrifing som verktøy med tanke på ivaretagelse og læring innenfor sykepleieprofesjonen. Med riktige forutsetninger er psykologisk debrifing et nyttig og effektivt verktøy for å skape mening av hendelser, som dersom de ligger ubearbeidet, kan utvikle seg til stress og traumer. Den første praktiske implikasjonen av denne studien er derfor en psykologisk friskmelding av den psykologiske debrifingen, der potensielle virkninger er større enn bivirkningene.

Når det gjelder læringsorientert debrifing, er dette mindre komplisert. Denne studien gjenoppdager etablerte sannheter knyttet til debrifing som erfaringslæring. Implikasjonene er avhengig av lederne og det profesjonelle teamet og sykepleiers vilje til å legge til rette for den optimale balansen mellom handling på den ene siden og refleksjon gjennom debrifing på den andre. I et stadig presset helsevesen er implementering av debrifing avhengig av at ledelsen ser nytten og viktigheten av ulike prosesser for ivaretagelse og læring. I så måte er debrifing en mulighet for læring og menneskelig ivaretagelse, noe som kan gi reduksjon av meldte avvik og redusert sykefravær.

5.6 Videre forskning

Den systematiske oversikten av Rose et al (2002) har vært nyttig for å poengtere hvordan metodisk styrke kan påvirke et fagfelt negativt (Rajecki, 1990; Rose et al., 2002). De vide variasjonene i debrifing-intervensjoner og avvik fra etablerte anbefalinger innen psykologisk debrifing beviser at debrifing kan gjøre mer skade enn nytte. Jeg ønsker å oppmuntre til utviklingen av et rammeverk som kan standardisere rapporteringen av debrifing intervensjoner.

En kan tenke seg at det er en stor overføringsverdi til andre yrkesgrupper i helsevesenet, og andre hjelpegrupper som politi, militær, brann og øvrige beredskapsgrupper. Debrifing som verktøy behøver videre forskning i form av oppfølgingsstudier og nye studier gjennomført basert på de samme metodene og intervensjoner. Det bør undersøkes videre hvordan debrifing kan forbedre helse og yteevne blant sykepleiere og annet helsepersonell og hjelpegrupper, samt identifisere barrierer og muligheter for implementering av debrifing i helsevesenet, der det ikke er etablert.

Ved debrifing, liksom ethvert møte, kommer det kostnader i forhold til tidsbruk, som kunne ha blitt brukt på å gjøre andre oppgaver. Økonomiske perspektiv burde også utforskes videre for å forstå kostnader og fordeler med debrifing innen helsevesenet. Sist men ikke minst er det interessant å utforske måter å gi tilbakemeldinger som fremmer læring uten at skyld fordeles.

6.0 Konklusjon

Denne studien hadde som mål å undersøke hvordan debriefing som prosess kan hindre psykisk slitasje og fremme læring. Følgende problemstilling har vært utforsket: Hvordan kan debriefing benyttes som et verktøy etter krevende hendelser for å fremme læring og redusere psykisk slitasje hos sykepleiere?

Denne litteraturstudien har synliggjort tre viktige oppdagelser. For det første må psykologisk debriefing grunnet potensiell traumatisering, men det betyr ikke at dette ikke både bør og brukes. Jeg har argumentert for en friskmelding av psykologisk debriefing, under visse forutsetninger. For det andre ligger det mye potensial i læringsorientert debriefing. Det skaper normalisering og sikrer en økt kunnskap, bedre kunnskapsoverføring, redusert feil-behandling. For det tredje, må en ikke la debriefingen havne mellom to stoler. Tvert imot så kan debriefing av små hendelse fører til både økt ivaretagelse av helsepersonell og økt evne til læring. En kan også se for seg at debriefing utvikler profesjonen og sykepleiernes organisasjonskultur.

Ivaretagelse av sykepleiere og læring er alltid aktuelt, ikke minst sett i lys av pandemien med koronaviruset og overbelastning av helsevesenet, samt en ventet eldrebølge. Studien antyder at det er behov for en organisasjonsendring med støtte fra ledelsen for å revitalisere en praksis knyttet til debriefing. Jeg håper at denne studien kan være et bidrag i så måte.

Referanser

- Allen, J. A., Reiter-Palmon, R., Crowe, J., & Scott, C. (2018). Debriefs: Teams learning from doing in context. *American Psychologist*, 73(4), 504-516.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62> (Nedlastet 28.03.2020)
- Argyris, C., & Schön, D. A. (1996). *Organizational learning II: Theory, method and practice*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Baker, J. D. (2016). The Purpose, Process, and Methods of Writing a Literature Review. *AORN Journal*, 103(3), 265-269. doi:10.1016/j.aorn.2016.01.016
- Berge, T. (2005). Sekundærtraumatisering, vikarierende traumatisering og omsorgstretthet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 42(2), 125-127.
- Bisson, J. I., Jenkins, P. L., Alexander, J., & Banister, C. (1997). Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 78–81. doi:<https://doi.org/10.1192/bjp.171.1.78>
- Clark, P. R., Polivka, B., Zwart, M., & Sanders, R. (2019). Pediatric Emergency Department Staff Preferences for a Critical Incident Stress Debriefing. *Journal of Emergency Nursing*, 45(4), 403–410. doi:10.1016/j.jen.2018.11.009
- 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 and Critical Care Nursing*, 47, 78–84. doi:10.1016/j.iccn.2018.03.009
- Cooper, C. (2013). The Imagination in action. TIE and its relationship to Drama in Education today. In A. Jackson & C. Vine (Eds.), *Learning Through Theatre* (pp. 41-59). London: Routledge.
- Couper, K., Salman, B., Soar, J., Finn, J., & Perkins, G. D. (2013). Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Medicine*, 39(9), 1513–1523.
- Dalland, O. (2012). *Metode- og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal.

- De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene. (2020). Retningslinjer for medisinsk og helsefaglig forskning. Retrieved from <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/> (Nedlastet 20.02.20)
- Dewey, J. (1980). *Art as Experience*. New York: Berkley Publ. Group.
- Dyregrov, A. (2002). *Psykologisk Debriefing. Hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Everly, G., Flannery, R., & Mitchell, J. (2000). Critical incident stress management (Cism): A review of the literature. *Aggression and Violent Behaviour, 5*(1), 23-40.
- Firing, K., Johansen, L. T., & Moen, F. (2015). Debriefing a Rescue Mission under a Terror Attack. *Leadership and Organization Development Journal, 36*(6), 78-89.
- Firing, K., Moen, A., & Skarsvåg, K. (2015). Debriefing to learn from extreme events: the case of Utøya. *International Journal of Training and Development, 19* (4), 301-309.
- Grendstad, N. M. (1986). *Å lære er å oppdage*. Oslo: Didakta Forlag.
- Halpern, J., Maunder, R. G., Schwartz, B., & Gurevich, M. (2012). The critical incident inventory: characteristics of incidents which affect emergency medical technicians and paramedics. *BMC Emergency Medicine, 12*(10), 1-10.
- Harrison, R., & Wu, A. (2017). Critical Incident Stress Debriefing after Adverse Patient Safety Events. *American Journal of Managed Care, 23*(5), 310-312.
- Hawker, D. M., Durkin, J., & Hawker, D. S. (2011). To Debrief or Not to Debrief Our Heroes: That is the Question. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18* (6), 453-463.
- Helsebiblioteket. (2014). Sjekklistor. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor> (Nedlastet 14.12.2019)
- Helsebiblioteket. (2016). Spørsmålformulering. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2019). Alle databaser. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>
- Helsedirektoratet. (2017). Stress og mestring. Retrieved from https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_/attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-

43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf

- Henderson, M., & Page, L. (2007). Appraising the evidence: what is selection bias? *Evidence-Based Mental Health, 10*(3), 67-68.
- Isdal, P. (2017). *Smittet av vold. Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelpeyrkene*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jørgensen, B. G., & Lorgen, S. Ø. (2015). *Yrkesrelatert stress hos sykepleiere i spesialisthelsetjenesten: En systematisk litteraturstudie*. (Bacheloroppgave). Høgskulen i Ålesund,
- Kjellsand, A., Klevstuen, A. I., & Øiaas, A. K. (2016). Fødslene vi aldri glemmer. Retrieved from <https://sykepleien.no/en/node/58931> (Nedlastet 02.10.2019).
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E. A., & Grimsbø, G. H. (2016). *Grunnleggende sykepleie: Bind 3. Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3 ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lindsten, C., & Torjussen, M. (2019). Også hjelpere trenger hjelp. Retrieved from <https://sykepleien.no/forskning/2016/12/ogsaa-hjelpere-trenger-hjelp> (Nedlastet 04.09.2019)
- Magnus, P., & Bakketeig, L. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Magyar, J., & Theophilos, T. (2010). Review article: Debriefing critical incidents in the emergency department. *Emergency Medicine Australasia, 22*(6), 499–506.
- Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services, 8*(1), 36-39.
- Moen, A. (2014). *Debrief etter ekstremhendelse: Ufrivillige tilbakeblikk eller frivillige læringsøyeblikk?* (Masteravhandling). NTNU, Trondheim.
- Mohn, H. S. (2013). *Læring gjennom refleksjon - en studie av debriefing etter simulatortrening*. (Masteroppgave). NTNU,
- Moldjord, C., & Hybertsen, I. D. (2015). Training reflective processes in military aircrews through holistic debriefing: the importance of facilitator skills and development of trust. *International Journal of Training and Development, 19*(4), 287-300.

- Moreno, R. (2010). *Educational Psychology*. New Jersey: John Wiley.
- Norsk Sykepleierforbund. (2018). Sykepleiermangelen har økt med 47 prosent. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/3882885/1740674/Sykepleiermangelen-har-okt-med-47-prosent> (Nedlastet 08.11.2019).
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Retrieved from <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (Nedlastet 01.12.2019)
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative perspektiver*. Oslo: Gyldendal.
- Pack, M. J. (2012). Critical Incident Stress Debriefing: An Exploratory Study of Social Workers' Preferred Models of CISM and Experiences of CISD in New Zealand. *Social Work in Mental Health, 10*(4), 273-293.
- Pearson, M., & Smith, D. (1985). Debriefing in Experience-based Learning. In D. Boud, D. Walker, & R. Keogh (Eds.), *Reflection: Turning Experience Into Learning*. London New York: Routledge Falmer.
- Rajecki, D. W. (1990). *Attitudes* (2nd ed.). Sunderland, Massachusetts: Sinauer Associates.
- Reinar, L. M., & Jamtvedt, G. (2010). Hvordan skrive en systematisk oversikt. Retrieved from <https://sykepleien.no/forskning/2010/11/hvordan-skrive-en-systematisk-oversikt> (Nedlastet 06.09.2019)
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stressdisorder (PTSD) (Review). Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/27647879_Psychological_debriefing_for_preventing_post_traumatic_stress_disorder_PTSDReview (Nedlastet 28.03.2020).
- Schön, D. A. (2009). *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Klim.
- Shepherd, L., & Wild, J. (2014). Cognitive appraisals, objectivity and coping in ambulance workers: a pilot study. *Emergency Medicine Journal, 31*(1), 41-44.
doi:10.1136/emered-2011-200511
- Sivertsen, E. (2016). *Er debriefing bortkastet tid? En studie av emosjonell ventilering og læring i et brannvesen*. (Masteroppgave). UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.

- Stein, H. F. (2002). Toward an Applied Anthropology of Disaster: Learning from Disasters— Experience, Method, and Theory. *Illness, Crisis & Loss*, 10(2), 154-163.
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Tveiten, S. (2002). *Veiledning: Mer enn ord*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2011). *Veiledning - mer enn ord ...* (3 utgave ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- USArmy. (2011). *Leader's guide to After-Action Reviews (AAR)*. Kansas: US Army Combined Arms Center-Training.
- Zigmont, J. J., Kappus, L. J., & Sudikoff, S. N. (2011). The 3D Model of Debriefing: Defusing, Discovering, and Deepening. *Seminars in perinatology*, 35(2), 52-58.

Vedlegg I: Søkeshistorikk

Database Cinahl

Søkedato	Søk nr	Søkeord/ord-kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
5.11.19	1	Critical Incident AND "Crisis Intervention" AND nurse	27	5	3	1. Clark, P. R., Polivka, B., Zwart, M., & Sanders, R. (2019)

Database Cochrane Library

Søkedato	Søk nr	Søkeord/ord-kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
4.11.19	1	Debrief AND nurse	2	0	0	0
18.11.19	2	Debrief	7	3	1	1: Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002)

Database Pubmed

Søkedato	Søk nr	Søkeord/ord-kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
4.09.19	1	((debrief*) AND nurse) AND Critical Incident stress debrief	48	10	2	0
5.11.19	2	Fatigue AND debrief* AND nurse *Limitations: Clinical trial and review	5	3	2	0
6.11.19	3	Debrief* AND defuse	13	3	1	1: Zigmont, J., Kappus, L. J., Sudikoff, S.N. (2011)
6.11.19	4	debrief and controversy	31	4	2	0
4.12.19	5	Debrief and critical incident NOT simulation	209	5	3	0
13.12.19	6	(defus*) AND nurs*) AND critical incident	4	0	0	0
14.12.19	7	((occupational stress) AND nurs*) AND debrief	69	9	2	0
14.12.19	8	(psychological wellbeing) AND debrief AND nurs*	16	4	2	0

Database: Psychinfo

Søkedato	Søk nr	Søkeord/ord-kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
25.11.19	1	(Exp Crisis intervention) and exp Occupational stress AND nurs*	6	4	1	0
25.11.19	2	Crisis Intervention/ AND Debriefing (Psychological)"/ AND nurs*	17	5	1	0
4.12.19	3	Psychological wellbeing AND exp Occupational Stress/	5	3	1	0
4.12.19	3	Crisis Intervention AND debrief	11	5	3	1: Clark, R., McLean, C. (2018)

Database: Medline

Søkedato	Søk nr	Søkeord/ord-kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
5.11.19	1	Critical Incident AND Nurs* AND debrief.mp	3	2	1	0
6.11.19	2	Burnout AND Debrief*	1	1	1	0
18.11.19	3	problem-based learning AND debrief*	17	4	2	1: Allen, J., Reiter-Palmon, R., Crowe, J. (2018)
18.11.19	4	Problem based learning AND debrief AND nurs*	3	1	1	0
18.11.19	5	Stress Disorders, Post-Traumatic AND debrief	8	2	1	1: Hawker, D., Durkin, J., Hawker, D., (2010)

Database: Eric

Søkedato	Søk nr	Søkeord/ord-kombinasjoner	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Artikler inkludert
13.11.19	1	Debriefing AND learning AND nurse	23	5	1	0
13.11	2	Experiential learning AND debrief	0	0	0	0
25.11.19	3	debrief* AND critical incident	28	4	1	0
4.12.19	4	Debrief* AND learning AND nurs* NOT simulation	8	2	0	0
4.12.19	5	Debriefing AND crisis intervention	22	4	1	1: Firing, K., Johansen L.T., Moen, F. (2015)

Vedlegg II. Litteratormatrise

Tittel	Forfattere, publiserings år, tidsskrift, land	Metode, studiedesign	Hensikt med studien	Utvalg/populasjon	Hovedfunn/resultat	Kvalitetsvurdering, fagfellevurdering	Etiske overveielser
Debriefs: Teams Learning From Doing in Context	Allen, Reiter-Palmon, Crowe. 2018 American Psychological Association	Fagartikkel	Kombinere historie, forskjellige psykologiske disipliner og psykologiske faktorer rundt debriefing for å skape en oversikt over hvordan en kan implementere debriefing fra et praktisk perspektiv.	Ikke aktuelt.	Gjennomgang av psykologiske faktorer relevant til effekten av debriefing for individet, teamet og organisasjonen identifiserte faktorer for en god debrief som sensemaking, psykologisk trygghet, refleksivitet innad i teamet, lederskap og tilrettelegging, organisatorisk støtte og jobbens natur. Basert på litteraturgjennomgang og pågående forskning i ulike faglige disipliner er fremtiden til debriefing lys.	Fagfellevurdert. Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av artikler i kliniske oppslagsverk (Helsebiblioteket): Seks av 10 punkter (60%) De punktene som ikke var innfridd var: 3. Hvem har vurdert og fagfellevurdert artikkelen? 4. Er det gjengitt søkestrategi? 5. Er kunnskapsnivået gradert? 9. Er interessekonflikter beskrevet?	Ingen etisk overveelse.
The Professional and personal debriefing needs of ward based nurses after involvement in a cardiac arrest: An	Clark & McLean 2018 Intensive and Critical Care Nursing	Utforskende kvalitativ pilotstudie	Identifisere sykepleieres behov for debriefing etter involvering i hjerrestans, og å identifisere hindringer for deltakelse i debriefing.	Intervju av syv sykepleiere. Semi-strukturert individuelle intervju på 15-25 minutter.	To hovedtemaer forekom av studien. Sykepleiere utrykte profesjonelle behov for å bruke erfaringen som en mulighet til å lære og forbedre praksis, og personlige behov for validering og beroligelse.	Fagfellevurdert. Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie (Helsebiblioteket): 10 av 10 punkter (100%)	Etisk godkjenning og sponsorstøtte gjennom University of Southampton, Ethics and Research Committee.

Exploratory qualitative pilot study	UK				Barrierer for debriefing var mangel på kunnskap om debriefing, å finne tid og mangel på rammeverk og veiledning i form av organisatoriske protokoller.		
Pediatric emergency department staff preferences for a critical incident stress debriefing	Clark, Polivka, Zwart, Sanders. 2018. Emergency nurses Association	Kvalitativ studie	Undersøke nåværende debriefing strategier på pediatriavdelinger samt forslag for å tilpasse en "Critical Incident Stress Debriefing" prosess.	Gruppeintervju med 3 fokusgrupper, Totalt 19 stk. FGn1=6 FGn2=5 FGn3=7 Pediatriiske sykepleiere i akuttmottak og en sykepleierassistent	En teoretisk innholdsanalyse avslørte et hovedtema: «Clearing the air and finding answers», og seks undertema "Current Debriefing strategies, Positive reinforcement, Constructive Critique, Clinical, not emotional, I've already moved on, CISD structure.	Fagfellesvurdert. Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie (Helsebiblioteket): Ni av 10 punkter (90%) Punktet som ikke var innfridd var 6. Redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data.	The University of Louisville Institutional Review Board (IRB) og forskningsavdelingen ga etisk godkjenning.
Debriefing to improve outcomes from a critical illness: a systematic review and meta-analysis	Couper, Salman, Soar, Finn, Perkins. 2013 Intensive Care Med. England	Systematisk oversikt og meta-analyse.	Hensikten med studien er å evaluere effekten av debriefing etter livstruende nødsituasjoner og vurdere implikasjoner innen intensiv behandling.	27 studier ble inkludert i studien, hvor 20 av de støttet bruken av debriefing.	Debriefing ble ansett som positiv (n=3), forbedret læring (n=1), forbedret ikke-teknisk prestasjon (n=4) og teknisk prestasjon (n=16) og forbedret pasientutfall (n=2). I tillegg finner studien forbedret gjenopplivning. Konkluderer med å støtte debriefing som	Fagfellesvurdert tidsskrift. Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel (Helsebiblioteket): 10 av 10 (100%)	Ingen etiske redegjørelser.

					del av pedagogisk strategi, men uttrykker behov for mer forskning innen effekt på langtidspasient-pleie.		
Debriefing a rescue mission during a terror attack	Firing, Johansen, Moen 2015 Leadership & Organization Development Journal Norge	Kvalitativ studie	Utforske og danne en bedre forståelse av Holistic Debriefing (en fusjon av After-Action-Review/ tradisjonell debriefing og psykologisk debriefing).	Dybdeintervju av seks personell i Forsvarets Search and Rescue Crew (SeaKing-helikopter) etter 22.juli terroren.	Funnene antyder at debriefing prosessen ble opplevd som positive i form av sosial støtte, følelser og mening, forklart fra et læringsperspektiv. Holistisk debriefing førte til åpenhet til følelser, fellesskap og akseptering blant teamet.	Artikkelen er fagfellesvurdert Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av en kvalitativ studie (Helsebiblioteket) 10 av 10 (100%)	Alle individuelle personvern hensyn ble nøye adressert, i tillegg til å oppfylle NSD-kravene (Norsk senter for forskningsdata).
To Debrief or Not to Debrief Our Heroes: That is the Question	Hawker, Durkin, Hawker. 2010 Clinical Psychology and Psychotherapy England	Fagartikkel	Artikkelen kritiserer to artikler som advarer mot bruken av debriefing, en av Rose, Bisson, Churchill & Wessel (2006) og retningslinjer fra The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2005).	Ikke aktuelt.	Diskuterer de metodiske svakhetene i de kritiske artiklene og redegjør for kritikken mot psykologisk debriefing. Psykologisk debriefing kan skade dersom det er for kort, for utforskende/gravende, gjennomført for raskt eller gjennomført av debriefere uten nok trening og erfaring.	Artikkelen er fagfellesvurdert Kvalitetsvurdering ved bruk av sjekklister for vurdering av artikler kliniske oppslagsverk (Helsebiblioteket): Seks av 10 (60%) De punktene som ikke var innfridd var: 3. Hvem har redigert og fagfellesvurdert artikkelen? 4. Er søkestrategien oppgitt? 5. Er kunnskapsnivået gradert? 8. Er artikkelen oppdatert?	Ingen etiske overveielser

Debriefing critical Incidents in the emergency department.	Magyar & Theophilos 2010 Emergency Medicine Australasia	Litteraturstudie	Hensikt er å undersøke nåværende modeller for debriefing og hvordan disse tas i bruk i akuttavdelinger. Målet er å fremheve hvilke anbefalinger og retningslinjer som er beste praksis for fremtidig bruk av debriefing.	25 fulltekst artikler var ansett som relevant og inkludert.	Gjennomgått litteratur viser manglende resultat av debriefing etter kritiske hendelser, spesielt randomiserte kontrollerte studier. Til tross for dette er det ansett som viktig av kljnikere innen akuttmedisin. Resultat taler både for og mot CISD i tillegg til å tale for andre modeller som tidlig intervensjons psykologisk hjelp, Employee assistance programmes (EAP) og statlige retningslinjer for å fremme en sunn arbeidsstyrke.	Artikkelen er fagfellesvurdert. Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av en oversiktsartikkel: Seks av 10 punkter (60%) De punktene som ikke var innfridd var: 4. Er kvaliteten tilstrekkelig vurdert? 5. Er resultatet samlet i en metaanalyse? 6. Hva er resultatene? 7. Hvor presise er resultatene?	Ingen etiske overveielser.
Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (Review)	Rose, Bisson, Churchill, Wessely 2002 Cochrane Library/ Cochrane Database of Systematic reviews	Systematisk oversikt.	Å vurdere effekten av kort psykologisk debriefing for ivaretagelsen av psykologisk stress etter et traume, og forhindringen/forebyggingen av posttraumatisk stressyndrom.	15 randomiserte kontrollerte studier. Antall pasienter randomisert i studiene varierte fra 20 til 1,745.	Den systematiske oversikten målte utfallene basert på grad av PTSD, generell psykologisk mortalitet, depresjon, angst, frafall fra behandling og generell fungering. Studien fant at en økt med individuell debriefing ikke forhindret begynnelsen på posttraumatisk stresslidelse, heller ikke psykologisk stress. Det var heller	Fagfellesvurdert. Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av en oversiktsartikkel: Ni av 10 punkter. De punktene som ikke var innfridd var: 10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?	Ingen etiske redegjørelser.

					ingen bevis for at debriefingen kunne redusere depresjon, angst og psykologisk morbiditet.		
The 3D Model of Debriefing: Defusing, Discovering, and Deepening.	Zigmont, Kappus, Sudikoff 2011 Seminars in Perinatology? Elsevier?	Fagartikkel	Å strukturere et rammeverk for fasilitator av debriefing basert på læringsteori for voksne, Kolbs erfaringslæringsmodell og "The Learning Outcomes Model".	Ikke aktuelt	Resultatet er The 3D Model Of Debriefing Defusing, Discovering and Deepening. Defusing gir deltakerne muligheten til en emosjonell utblåsning og gjenfortelle det som skjedde. Discovering: Analysere og evaluere prestasjonen gjennom refleksjon. Deepening går ut på å overføre opplevelsen og læringen til fremtidig praksis Modellen kan brukes for å fremme læring etter ekte hendelser eller simulerte hendelser.	Fagfellesvurdert. Kvalitetsvurdert ved bruk av sjekklister for vurdering av artikler i kliniske oppslagsverk: Fem av 10 punkter. De punktene som ikke var innfridd var: 3. Hvem har fagfellesvurdert. 4. Er søkestrategi gjengitt? 5. Er kunnskapsgrunnlaget gradert? 8. Er anbefalingene oppdatert (siste to årene?) 9. Er det oppgitt noen interessekonflikter? Sjekklisten er ikke optimal for en slik fagartikkel, men fagartikkelen er publisert i et fagfellesvurdert tidsskrift og derfor inkludert.	Ingen etiske overveielser

Vedlegg III. Flytskjema søkehistorikk

