

Psykologisk debriefing for helsepersonell som har vært involvert i uønskede pasienthendelser

Prosjektplan for en systematisk oversikt

Sammendrag

Helsepersonell som er involvert i uønskede hendelser der pasienten er «first victim» blir ofte omtalt som «second victim». I etterkant av pasienthendelsen kan involvert helsepersonell oppleve sterke emosjonelle reaksjoner. Mange vil oppleve at stressreaksjonene avtar ganske raskt, men for noen vil reaksjonene vare lenge og hos enkelte vil reaksjonene bli sterkere over tid. Dette kan medføre sykefravær og yrkesfratfall. Helsepersonell som «second victim» kan ha behov for støtte og oppfølging for å forebygge ettervirkninger som følge av pasienthendelsen. Ulike former for psykologisk debriefing har lenge vært populære tiltak som tilbys blant annet helsepersonell som har vært involvert i uønskede pasienthendelser.

Ulike forskningsmiljøer har i midlertidig vært uenige om hvorvidt psykologisk debriefing har effekt. Det er derfor behov for oppsummert forskning av litteraturen knyttet til dette temaet. Hensikten med denne systematiske oversikten er å undersøke effekter av psykologisk debriefing for helsepersonell som har vært involvert i uønskede pasienthendelser.

Vi vil gjennomføre et systematisk litteratursøk i relevante databaser. Titler og sammendrag, og deretter fulltekst av relevante referanser, vil vurderes opp mot inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Vi vil benytte det digitale verktøyet EPPI-Reviewer i seleksjonsprosessen, inkludert ulike maskinlæringsfunksjoner for å effektivisere vurderingsprosessen. Deretter vil vi hente ut og analysere data fra de endelig inkluderte studiene og vurdere deres metodiske kvalitet med egnede sjekklister og verktøy. Vår tillit til resultatene, inkludert overføringsverdi til den norske konteksten, skal også vurderes. Forskningen vi identifiserer vil sammenstilles og presenteres i en norskspråklig rapport.

Tittel:

Psykologisk debriefing for helsepersonell som har vært involvert i uønskede pasienthendelser

Prosjektplan for en systematisk oversikt

Oppdragsgiver:

Helsedirektoratet

Bestillingsdato:

1.10. 2021

Leveringsfrist:

01.04.2022

Lag:

Jose F. Meneses-Echavez
(lagleder)
Tiril Cecilie Borge
Henriette Tyse Nygård
Jon-Vidar Gaustad
Gyri Hval

Fagfeller:

Signe Flottorp, FHI
Kjersti Gulliksen, spesialrådgiver, Norsk psykologforening.
Tone Bovim, spesialrådgiver i RVTS Øst

Godkjent av:

Hege Kornør, avdelingsdirektør, FHI
Kåre Birger Hagen, fagdirektør, FHI

Summary

Healthcare providers involved in adverse events in which the patient is the primary victim are often referred to as second victims. These second victims may experience strong emotional reactions after the adverse event. Stress reactions can resolve shortly after the adverse event in many people, for others the reactions will last a long time and for some the reactions will be stronger over time. This can lead to sickness absence and dropout. Healthcare providers as second victims may need support and follow-up to prevent event-related consequences. Different versions of psychological debriefing have long been popular interventions offered to, among others, healthcare providers who have been involved in adverse events.

Different researchers have provisionally disagreed on whether psychological debriefing is effective. There is therefore a need for summarized research of the literature on this topic. This systematic review aims to determine the effects of psychological debriefing for healthcare providers who have been involved in adverse events.

We will conduct a systematic literature search in relevant databases. Titles and summaries, and then full text of relevant references, will be assessed against the selection criteria. We will use EPPI-Reviewer in the selection process, including various machine learning functionalities to streamline the selection process. Then we will extract and analyse data from the included studies, assess their methodological quality with validated checklists and tools. Our confidence in the results, including transferability to the Norwegian context, will also be assessed. The body of evidence we identify will be compiled and presented in a report written in Norwegian.

Title:

Psychological debriefing for healthcare providers involved in adverse events

Protocol for a systematic review

Commissioner:
Norwegian Directorate of Health

Commissioned date:
1.10. 2021

Due date:
01.04.2022

Team:

Jose F. Meneses-Echavez
(team leader)
Tiril Cecilie Borge
Henriette Tyse Nygård
Jon-Vidar Gaustad
Gyri Hval

Peer reviewers:

Signe Flottorp, FHI
Kjersti Gulliksen, spesialrådgiver, Norsk psykologforening
Tone Bovim, spesialrådgiver i RVTS Øst

Approved by:

Hege Kornør, Department Director, NIPH
Kåre Birger Hagen, Specialist Director, NIPH

Oppdrag

Folkehelseinstituttet (FHI) fikk 01.10.2021 i oppdrag av Helsedirektoratet å utarbeide en systematisk oversikt over forskning om psykologisk debriefing. Formålet med denne oversikten er å danne et kunnskapsgrunnlag om effekten av psykologisk debriefing for helsepersonell som har vært involvert i uønskede pasienthendelser. Funnt fra denne rapporten skal brukes som ledd i utviklingen av nasjonale faglige retningslinjer i Norge, som skal omhandle ivaretagelse av pasienter, pårørende og ansatte etter uønskede hendelser.

Innledning

Beskrivelse av problemet

Uønskede pasienthendelser i helsetjenesten kan være dødsfall, skade, feilbehandling eller avvik uten skade (f.eks. overdosering av medikamenter som rettes opp før skaden oppstår). Slike uønskede hendelser kan få alvorlige konsekvenser for pasienter/brukere og pårørende, som defineres som «first victim». Helsepersonell som er involvert i uønskede pasienthendelser defineres som «second victim», og kan få sterke emosjonelle reaksjoner i etterkant av en uønsket pasienthendelse. Helsedirektoratets *Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer* oppgir at umiddelbare reaksjoner kan være sjokk, uvirkelighetsfølelse, fravær av følelser og kroppslige reaksjoner som hjertebank, skjelving og kvalme (1). Mange involverte vil oppleve at stressreaksjonene avtar ganske raskt, men for noen vil reaksjonene vare lenge og hos enkelte vil reaksjonene bli sterkere over tid. Reaksjoner som kan vedvare eller utvikle seg over tid kan være bekymring, skyldfølelse, bebreidelse av andre, sinne, tristhet, håpløshet og søvnvansker (1). Videre kan de emosjonelle reaksjonene etter uønskede pasienthendelser resultere i posttraumatisk stresslidelse, angst og depresjon. Dette kan medføre sykefravær og yrkesfracfall (2).

En annen konsekvens av uønskede pasienthendelser i helsevesenet kan være at helsepersonell avviker fra vanlig praksis for å unngå kritikk fra pasienter og pårørende, unngår pasienter eller prosedyrer der risikoen for uønskede pasienthendelser er stor, eller gjennomfører diagnostiske tester og behandling som ikke er nødvendig. Dette omtales som defensiv praksis (3).

Beskrivelse av tiltaket

Helsepersonell som har vært involvert i uønskede pasienthendelser har behov for støtte og oppfølging for å unngå/forebygge alvorlige ettervirkninger. Psykologisk debriefing er et vidt begrep. I denne oversikten refererer begrepet til en strukturert form for psykologisk støtte gitt innen kort tid etter en uønsket hendelse med hensikt til å håndtere påfølgende følelsesmessige reaksjoner og forebygge mer alvorlige stressreaksjoner som posttraumatisk stresslidelse (PTSD) eller depresjon (4). Det store medisinske leksikon definerer debriefing som «en samtale om et hendelsesforløp som har til

hensikt å skape et følelsesmessig klima som tillater at hendelsen eller innsatsen bearbejdes fornuftsmessig og følelsesmessig. Målet er å forebygge en utvikling av negative, psykiske senfølger hos innsats- og helsepersonell» (5).

De fleste psykologiske debriefingstiltak kan vare mellom én og tre timer, i hovedsak være rettet mot grupper, og finne sted i dagene umiddelbart etter en uønsket hendelse (6;7), men det finnes stor variasjon i litteraturen. Forskjellige varianter av psykologisk debriefing har lenge vært populære tiltak som tilbys til blant annet helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser (8), men det eksisterer uenigheter på feltet hvorvidt tiltakene er effektive eller ikke (9-11). Psykologisk debriefing benyttes ofte synonymt med det engelske begrepet critical incident stress debriefing (CISD) som er en delkomponent av critical incident stress management (CISM) (12). Følgende engelske begrep benyttes også for psykologisk debriefing: crisis intervention; psychiatric stress debriefing; multiple stressor debriefing; traumatic event debriefing; trauma debriefing (7;12-15).

Hvorfor det er viktig å utføre denne systematiske oversikten

Kunnskapsgrunnlaget om effekt og sikkerhet av psykologisk debriefing og tilsvarende kollegastøtterordninger er fortsatt begrenset, og noen tiltaksformer har vært utsatt for kritikk (2;6;7;13;14;16;17). Tidligere systematiske oversikter om effekt av psykologisk debriefing har ikke dokumentert noen tydelige effekter av tiltaket på forebyggingen av posttraumatisk stresslidelse (17). En Cochrane oversikt fra 2002 fant at individuell psykologisk debriefing gitt i én enkelt sesjon potensielt kan øke risikoen for PTSD (14), mens en nyere Cochrane oversikt fant minimale effekter av multiple sesjoner på PTSD (7). En svakhet ved disse oversiktene var at de ikke undersøkte mulige forskjeller i resultater mellom pasienten som «first victim» og helsepersonell som «second victim». Metodiske skjevheter blant studiene begrenset forfatterens konklusjoner om effekten av debriefingstiltakene.

Det er stor variasjon i hvordan psykologisk debriefing er gjennomført i ulike studier med tanke på innhold, varighet, og timing (7;14;17). Videre undersøker majoriteten av studiene en annen populasjon enn helsepersonell (7;13;14). Eksempler på populasjoner som har blitt undersøkt er mennesker som er utsatt for ulike type vold og traumer, slik som foreldre til syke barn og ansatte i brannvesen og politi (13). Enkelte forskere mener at psykologisk debriefing kan være et nyttig tiltak for helsepersonell som opplever uønskede pasienthendelser, men hevder at det er viktig at tiltaket gjennomføres slik det opprinnelig var tiltenkt (8;15;18;19). Andre forskere anbefaler andre tiltak eller tilnærminger (13). Det er også stor variasjon i hvilke alternative tiltak som anbefales.

Summen av disse faktorer vanskeliggjør det å trekke konkrete implikasjoner for praksis. Som ledd i utvikling av faglige råd er det derfor behov for en oppdatert systematisk oversikt av denne litteraturen.

Mål og problemstilling

Hensikten med denne systematiske oversikten er å undersøke effekter av psykologisk debriefing for helsepersonell som har vært involvert i uønskede pasienthendelser.

Metode

For å svare på oppdraget vil vi utarbeide en systematisk oversikt i tråd med vår metodehåndbok (20). Vi vil utføre systematiske litteratursøk, velge ut primærstudier basert på forhåndsbestemte seleksjonskriterier, hente ut og analysere data fra utvalgte studier, og vurdere den metodiske kvaliteten i studiene. Vi vil presentere en fullstendig vurdering av vår tillit til resultatene for å lette bruken av rapportens funn i utvikling av faglige råd.

Inklusjonskriterier

Vi har følgende inklusjonskriterier:

Populasjon	Helsepersonell som er involvert i uønskede pasienthendelser, der pasient/bruker er «first victim».
Tiltak	Psykologisk debriefing (se definisjon under Beskrivelse av tiltaket i Innledning).
Sammenligning	Andre tiltak (for eksempel psykologisk førstehjelp og <i>after action review</i>) og/eller ingen oppfølging etter uønskede pasienthendelser
Utfall	<i>Hovedutfall:</i> <ul style="list-style-type: none">• Posttraumatisk stresslidelse (PTSD)• Angst• Depresjon <i>Sekundærutfall:</i> <ul style="list-style-type: none">• Sykefravær• Frafall fra behandling• Defensiv praksis
Studiedesign	Randomiserte studier, ikke-randomiserte studier og prospektive kohortstudier med kontrollgrupper
Publikasjonsår	2000 - 2021
Land/Kontekst	Høyinntektsland, som definert av Verdensbanken (21)
Språk	Alle som beherskes av FHIs forskerteam eller andre FHI-medarbeidere
Annet	Vi inkluderer primærstudier hvor $\geq 50\%$ av deltakerne møter inklusjonskriteriene våre, eller studier som rapporterer data separat for denne målgruppen.

- Med inklusjon av randomiserte studier vil vi kunne antyde kausalitet, avhengig av studienes risiko for systematiske skjevheter.
- Vi inkluderer også ikke-randomiserte studier. Selv om det er mulig å randomisere deltakere i studier av psykologisk debriefing, tyder initielle søk på at det er rapportert få slike randomiserte studier. Med hensyn til resultatene fra ikke-randomiserte studier vil vi være forsiktig med å antyde kausalitet.

Eksklusjonskriterier

Vi ekskluderer følgende typer studier og publikasjoner:

- Studier som måler effekten av kognitiv eller atferdsterapi.
- Primærstudier om uønskede hendelser der helsepersonell er «first victim» (for eksempel, ran/tyveri).
- Primærstudier der populasjonen ikke er helsepersonell.

Litteratursøk

Søk i databaser

En bibliotekar (Gyri Hval) vil utarbeide en søkestrategi i samarbeid med prosjektgruppen og utføre søkene. Søket vil inneholde relevante kontrollerte emneord (f.eks. Medical Subject Headings), tekstord (ord i tittel og sammendrag), og avgrensninger som gjenspeiler inklusjonskriteriene. En annen bibliotekar (Marit Johansen) vil fagfellevurdere søkestrategien. Søket avsluttes etter planen i desember 2021 og inkluderer søk i følgende databaser:

- Cochrane Central Register of Controlled Trials
- PsycINFO(Ovid)
- Medline(Ovid)
- Embase (Ovid)

Fullstendig søkestrategi vil bli dokumentert i vedlegg.

Utvelging av studier

Prosjektmedarbeiderne gjør uavhengige vurderinger («screening») av titler og sammendrag fra litteratursøket opp mot inklusjonskriteriene. Studiene som vi er enige om at er relevante innhenter vi i fulltekst og to prosjektmedarbeidere gjør uavhengige vurderinger av disse. Vi vil pilotere inklusjonskriteriene på de 200 første studiene, for å sikre at prosjektmedarbeiderne har en felles forståelse for inklusjonskriteriene. Uenighet om vurderinger av titler/sammendrag og fulltekster løser vi ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider.

Vi vil bruke det elektroniske verktøyet EPPI-Reviewer (22) i hele utvelgelsesprosessen, inkludert ulike maskinlæringsfunksjoner for å effektivisere vurdering av titler og sammendrag. Fordelen med å benytte maskinlæringsfunksjoner i screeningprosessen er at

dette gjør det mulig å iverksette mer effektive screeningstrategier. Dette kan for eksempel være å erstatte dobbeltscreening med enkeltscreening, eller benytte maskinvurderinger, for deler av referansene. Nedenfor beskriver vi de ulike maskinlæringsfunksjonene det vil være relevant for oss å benytte og deretter hvordan disse kan benyttes for å effektivisere vår screeningprosess.

I arbeidet med å vurdere titler og sammendrag vil vi benytte funksjonen «priority screening» i programvaren EPPI-Reviewer (23). Priority screening er en type «text mining» der algoritmen læres opp av forskernes avgjørelser om inklusjon og eksklusjon av referanser på tittel- og sammendragsnivå. Referanser som algoritmen anser som mer relevante blir skjøvet frem i «køen». På denne måten kan vi få et raskere overblikk over hvor mange referanser som muligens treffer inklusjonskriteriene enn om vi leser referansene i tilfeldig rekkefølge. Bruk av priority screening kan øke arbeidseffektiviteten samt gjøre det mulig å starte med lesing av fulltekster, parallelt med screening på tittel- og sammendragsnivå.

Etter at vi har identifisert tilstrekkelig referanser på tittel- og sammendragsnivå, har vi som mål å benytte en «custom classifier» i programvaren EPPI-Reviewer. En «custom classifier» er en maskinlæringsfunksjon med en tilpasset modell for den gitte problemstillingen som kategoriserer referansene som relevant eller ikke relevant (24). «Custom classifier»-modellen presenterer referansene i henhold til prosentvis sannsynlighet for relevans.

Dersom litteratursøket resulterer i et stort antall referanser, vil vi bruke «automatic text clustering» i programvaren EPPI-reviewer (23). «Automatic text clustering» gjør det mulig å raskt få overordnet oversikt over ulike temaområder blant referansene identifisert i litteratursøket. Denne maskinlæringsfunksjonen analyserer fordelingen og konteksten av ord, deler av ord eller termer i titler og sammendrag, og danner grupper automatisk, basert på fellestrekk i referanseteksten. Hver referanse kan tilordnes én eller flere grupper.

For å effektivisere vurderingen av referanser på tittel- og sammendragsnivå vil vi bruke følgende screeningstrategier i vårt arbeid:

- Dersom vi benytter «automatic text clustering» vil kun én prosjektmedarbeider vurdere identifiserte grupper med åpenbart irrelevante studier.
- Dersom vi bygger en god «custom classifier» modell vil én prosjektmedarbeider vurdere referanser som modellen vurderer til å ha < 20 % sannsynlighet for å møte inklusjonskriteriene og vi vil benytte maskinens vurderinger for seleksjon av de referansene vurdert til å ha > 90 % prosent sannsynlighet for å møte inklusjonskriteriene.
- Ved en inklusjonsrate på $\leq 1\%$ av de siste 200 referanser lest eller ved en tydelig utflating av inklusjonskurven i EPPI-Reviewer, vil én prosjektmedarbeider vurdere de gjenstående referansene alene.

Bruk av maskinlæringsfunksjoner vil bli gjort i samråd med en medarbeider med tilstrekkelig maskinlæringskompetanse. Gjennomføring og dokumentasjon av maskinlæringsfunksjonene vil bli gjort i henhold til nye anbefalinger fra PRISMA for dokumentasjon av bruk av maskinlæring i kunnskapsoppsummeringer (24).

Vurdering av risiko for systematiske skjevheter

Vi vurderer risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene. For RCTer benytter vi Cochranes Risk of Bias v2 (25); for ikke-randomiserte kontrollerte studier benytter vi Risk Of Bias In Non-randomized Studies of Interventions (ROBINS-I) (26). Vurderingene skal gjøres på utfallnivå.

To medarbeidere (Tiril Borge og Jose Meneses) gjør disse vurderingene uavhengig av hverandre. Uenighet om vurderingene løser vi ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider (Jon-Vidar Gaustad).

Uthenting av data

Én medarbeider (Jose Meneses) henter ut data fra de inkluderte studiene og en annen (Jon-Vidar Gaustad) kontrollerer dataene opp mot de aktuelle publikasjonene. Ved uenighet konfererer vi med en tredje prosjektmedarbeider (Tiril Borge / Henriette Tyse Nygård) for å bidra til enighet. Vi bruker et pilotert dataauthentingsskjema i det digitale verktøyet EPPI-Reviewer (23).

Vi henter ut følgende data fra de inkluderte studiene: bibliografiske data om publikasjonen, data om populasjon, data om tiltak, data om sammenligning, data om utfallsmålene, data om kontekst, variabler som ble justert for i analysene, og studienes modeller/forståelser av kausalitet.

Analyser

Vi sorterer studiene og resultatene iht sammenligningene identifisert på tvers av de inkluderte studier (f.eks., psykologisk debriefing vs. vanlig praksis).

Effektestimater

For dikotome utfall, som forekomst av PTSD, beregner vi relativ risiko (RR) med 95 % konfidensintervaller (KI). For kontinuerlige utfall målt med like målemetoder, som symptomer på depresjon, beregner vi gjennomsnittsforskjeller (mean difference; MD) med 95 % KI. For kontinuerlige utfall målt med ulike målemetoder, beregner vi standardiserte gjennomsnittsforskjeller (standardised mean difference; SMD) med 95 % KI. SMD tilsvarer Hedges g, som ofte tolkes på følgende måte: liten effektstørrelse=0,2, medium effektstørrelse=0,5 og stor effektstørrelse=0,8.

Der det er mulig beregner vi også RR, MD og SMD med 95 % KI for studier der forskerne ikke har oppgitt disse selv. Vi beregner effektestimater for relevante utfall rapportert i de inkluderte studiene, selv om det ikke er mulig å gjøre metaanalyser.

Metaanalyser

Vi sammenstiller resultatene fra inkluderte studier i metaanalyser der det er mulig. Det vil si at studiene må være tilstrekkelig homogene med tanke på studiedesign, deltakere, intervensjon, sammenlikning, utfallsmål, og ev. forvekslingsfaktorer som studien har justert for. Når det ikke er forsvarlig å utføre metaanalyser vil vi analysere resultatene narrativt.

Ettersom vi ikke kan forvente at populasjoner, intervensjoner og utfall er identiske i de inkluderte studiene bruker vi random effekt-modell i metaanalysene. Random effekt-modellen tar utgangspunkt i at studiene har utvalg fra populasjoner som er ulike. Vi antar med andre ord at det ikke finnes én sann effekt, men at studiene hver for seg kan vise litt ulik effekt, og at vi finner en gjennomsnittlig effekt. Som regel gir dette noe bredere konfidensintervaller sammenlignet med fixed effekt-modellen. Hvis studiene oppgir både justerte og ujusterte effektestimater, bruker vi de justerte estimatene. Vi vil gjøre en parvis metaanalyse. Vi presenterer forestplots og samlede effektestimater for hver metaanalyse.

Vi vil undersøke mulige kilder til heterogenitet i studienes resultater ved å inspisere KI, beregne I^2 og Chi^2 .

Alle analyser og beregninger blir utført i programvaren Review Manager (27).

Narrative analyser

Vi beregner og viser effektestimater for relevante utfall rapportert i de inkluderte studiene, selv om det ikke er mulig å gjøre metaanalyser. Dersom de inkluderte studiene rapporterer de samme effektestimaterne (for eksempel, MD eller RR), presenterer vi forestplots uten «samlede effektestimater», og oppgir en forklaring i teksten.

Vurdering av tillit til resultatene

Med vurdering av tillit til resultatene, mener vi en bedømmelse av i hvor stor grad vi kan stole på at forskningsresultatene viser 'sannheten' eller den 'virkelige' effekten av tiltakene vi undersøker. En annen måte å uttrykke det på er hvor godt dokumentert forskningsresultatene er. For å vurdere tillit til dokumentasjonen bruker vi GRADE-tilnærmingen (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) (28). Grad av tillit er en kontinuerlig størrelse, men er av praktiske hensyn delt inn i fire kategorier: høy, middels, lav, svært lav. Kategoriene defineres slik:

- | | | |
|----------------|------|---|
| Høy tillit | ⊕⊕⊕⊕ | Vi har stor tillit til at effektestimateret ligger nær den sanne effekten |
| Middels tillit | ⊕⊕⊕○ | Vi har middels tillit til effektestimateret: effektestimateret ligger sannsynligvis (trolig) nær den sanne effekten, men effektestimateret kan også være vesentlig ulik den |

sanne effekten. Vi bruker uttrykket *trolig* for å uttrykke vår tillit til resultatet.

Lav tillit ⊕⊕○○ Vi har begrenset tillit til effektestimater: den sanne effekten kan være vesentlig ulik effektestimater. Vi bruker uttrykket *muligens* for å uttrykke vår tillit til resultatet.

Svært lav tillit ⊕○○○ Vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten. Vi bruker uttrykket *uklart/usikkert* for å uttrykke vår tillit til resultatet.

Vi bruker studiedesign som utgangspunkt og vurderer så fem kriterier for å komme fram til grad av tillit til dokumentasjonen: risiko for systematiske skjvhet (risk of bias), grad av konsistens/overensstemmelse mellom resultatene (consistency), sparsomme data/presisjon av data (precision), direktehet (directness) og formidlingsskjevhet (publication bias).

For ikke-randomiserte studier er det mulig å vurdere oppgradering av dokumentasjonen. Det gjøres ved å vurdere følgende tre kriterier: sterke eller veldig sterke assosiasjoner/sammenhenger mellom tiltak og utfall (det vil si at den beregnede effekten er så stor at det er usannsynlig at den skyldes tilfeldigheter), store eller veldig store dose-responseeffekter, der alle sannsynlige forvekslingsfaktorer (confounders) ville ha bidratt til å redusere effektestimater.

Vi vil vurdere tilliten til resultatene for følgende utfall: PTSD, angst, depresjon, sykefravær, frafall fra behandling, og defensiv praksis.

To medarbeidere (Tiril Borge og Jose Meneses) vurderer tilliten til resultatene sammen. Uenighet om vurderingene løses de ved diskusjon eller ved å konferere med en tredje prosjektmedarbeider (Jon-Vidar Gaustad).

Flere beskrivelser av hvordan man bruker GRADE til å vurdere tilliten til resultatene finnes i Guyatt og medarbeidere (28) og www.gradeworkinggroup.org.

Andre vurderinger

Problemstillingen angår effekten av psykologisk debriefing for helsepersonell som har vært involvert i uønskede pasienthendelser. Siden det ikke er en del av oppdraget og følgelig heller ikke problemstillingen, vurderer vi ikke etiske eller økonomiske konsekvenser ved tiltaket. Vi vurderer heller ikke aspekter som aksept, likeverd, organisatoriske følger eller andre konsekvenser ved tiltaket. I en fremtidig beslutningsprosess vil det være viktig å vurdere slike aspekter og konsekvenser ved tiltaket samlet.

Leveranser og publisering

Hovedleveranse

Hovedleveransen fra dette arbeidet vil være en systematisk oversikt i rapportform. Rapporten er først og fremst beregnet for å utvikle faglige råd, men skal også kunne leses av et bredt publikum. Rapporten skal skrives i et klart språk på norsk. Vi vil publisere rapporten sammen med en nyhetssak på www.fhi.no to uker etter oversendelse til oppdragsgiver. Vi åpner også for å publisere hele eller deler av rapportenes innhold som en eller flere artikler i vitenskapelige tidsskrifter.

Delleveranser

Som delleveranser vil vi sende oppdragsgiver resultatet av hvert trinn i oppsummeringsprosessen som skissert i tidsplanen nedenfor.

Godkjent prosjektplan blir lagt ut på www.fhi.no sammen med en kort nettomtale av prosjektet.

Fagfellevurdering av prosjektplan og rapport

To eksterne fagfeller, Kim Karlsen og Tone Bovim, og én intern fagfelle ved Folkehelseinstituttet, Signe Flottorp, fagfellevurderer prosjektplanen.

Prosjektplan og prosjektrapport klareres av kontaktperson i ledelsen før de fagfellevurderes av de to eksterne og den interne fagfellen og før godkjenning av fagdirektør i Folkehelseinstituttets klynge for vurdering av tiltak.

Tidsplan

Startdato:	19.11.2021, dato for endelig avklaring av problemstilling og inklusjonskriterier
Leveringsfrist:	01.04.2022, avtalt dato for oversendelse til oppdragsgiver

Trinn/delleveranse	Fra dato	Til dato
<i>Utvikling av prosjektplan</i>	04.11.2021	10.12.2021
<i>Litteratursøk</i>	04.11.2021	20.12.2021
<i>Utvelging av studier</i>	20.12.2021	17.01.2022
<i>Vurdering av risiko for skjevheter</i>	17.01.2022	24.01.2022
<i>Uthenting av data</i>	24.01.2022	7.02.2022
<i>Analyser</i>	7.02.2022	18.02.2022
<i>Vurdering av tillit til resultatene</i>	18.02.2022	25.02.2022
<i>Rapportutkast</i>	25.02.2022	04.03.2022
<i>Fagfellevurdering</i>	04.03.2022	18.03.2022
<i>Godkjenning</i>	21.03.2022	31.03.2022
<i>Oversendelse oppdragsgiver</i>	01.04.2022	01.04.2022
<i>Publisering</i>	01.04.2022	01.04.2022

Tiltak ved ev. forsinkelse

Hvis det oppstår forhold som utgjør en risiko for at leveringsfristen ikke kan overholdes, som f.eks. uforutsett langtidsfravær blant prosjektmedarbeiderne, et større antall søketreff (> 2 000 treff) eller inkluderte studier (> 10 studier) enn rammene for prosjektet tillater å håndtere, eller andre forhold, vil ett eller flere av følgende tiltak være aktuelle:

- Økt bemanning innenfor den avtalte rammen av månedsverk
- Erstatte prosjektmedarbeidere ved fravær/sykdom
- Ytterligere avgrensninger i inklusjonskriterier (etter avtale med oppdragsgiver)
- Forlengelse av leveringsfristen (etter avtale med oppdragsgiver)

Relaterte prosjekter/publikasjoner/studier ved FHI

Kirkehei I, Lindahl AK, Tinnå M. Helsepersonell som har vært involvert i uønskede pasienthendelser. Et systematisk litteratursøk. Notat fra Kunnskapssenteret. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.

Kornør H, Winje D, Ekeberg Ø, Johansen K, Weisæth L, Ormstad SS, Steiro AK, Fretheim A. Psykososiale tiltak ved ulykker og kriser. Rapport Nr 14-2007. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Mestring, samørighet og håp: veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer Oslo: 2016. IS-2428.
2. Kirkehei I LA, Tinnå M. . Helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser. Et systematisk litteratursøk. Notat fra Kunnskapssenteret. . Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012.
3. Toker A, Shvarts S, Perry ZH, Doron Y, Reuveni H. Clinical guidelines, defensive medicine, and the physician between the two. *American Journal of Otolaryngology* 2004;25(4):245-50.
4. American Psychological Association. APA Dictionary of Psychology: psychological debriefing[cited 15/01/2022]. Available from: <https://dictionary.apa.org/psychological-debriefing>
5. Store medisinske leksikon. Debriefing: medisin; psykisk helse; dissosiasjon, traumer og somatoforme lidelser. Oslo: Store norske leksikon [cited 26 januar 2022]. Available from: <https://sml.snl.no/debriefing>
6. van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet* 2002;360(9335):766-71.
7. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Robertson L, Lewis C, Bisson JI. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;8(8):Cd006869.
8. Harrison R, Wu A. Critical incident stress debriefing after adverse patient safety events. *Am J Manag Care* 2017;23(5):310-2.
9. Devilly GJ, Cotton P. Caveat emptor, caveat venditor, and Critical Incident Stress Debriefing/Management (CISD/M). *Australian Psychologist* 2004;39(1):35-40.
10. Robinson R. Counterbalancing misrepresentations of Critical Incident Stress Debriefing and Critical Incident Stress Management. *Australian Psychologist* 2004;39(1):29-34.
11. Pender DA, Prichard KK. ASGW Best Practice Guidelines as a Research Tool: A Comprehensive Examination of the Critical Incident Stress Debriefing. *The Journal for Specialists in Group Work* 2009;34(2):175-92.
12. Mitchell AM, Sakranda TJ, Kameg K. Critical incident stress debriefing: implications for best practice. *Disaster Manag Response* 2003;1(2):46-51.
13. Anderson GS, Di Nota PM, Groll D, Carleton RN. Peer Support and Crisis-Focused Psychological Interventions Designed to Mitigate Post-Traumatic Stress Injuries among Public Safety and Frontline Healthcare Personnel: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(20).
14. Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(2):Cd000560.

15. Scott Z, O'Curry S, Mastroyannopoulou K. The impact and experience of debriefing for clinical staff following traumatic events in clinical settings: A systematic review. *J Trauma Stress* 2021.
16. Kenardy J. The current status of psychological debriefing. *BMJ (Clinical research ed)* 2000;321(7268):1032-3.
17. National Institute for Health and Care Excellence. Post-traumatic stress disorder [C] Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in adults NICE guideline NG116 Evidence reviews 2018.
18. Tamrakar T, Murphy J, Elklit A. Was Psychological Debriefing Dismissed Too Quickly? : Assessment of the 2002 Cochrane Review. 2019.
19. Hooper JJ, Saulsman L, Hall T, Waters F. Addressing the psychological impact of COVID-19 on healthcare workers: learning from a systematic review of early interventions for frontline responders. *BMJ Open* 2021;11(5):e044134.
20. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Slik oppsummerer vi forskning. 4. reviderte utg. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015.
21. World Bank. High income[cited 02 desember 2021]. Available from: <https://data.worldbank.org/country/XD>
22. Thomas J GS, Brunton J, Ghouze Z, O'Driscoll P, Bond M EPPI-Reviewer: advanced software for systematic reviews, maps and evidence synthesis. EPPI-Centre, UCL Social Research Institute, University College London; 2020.
23. EPPI-Reviewer. Automation tools in EPPI-Reviewer: EPPI-Centre [cited 02 desember 2021]. Available from: <https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=3772>
24. Page MJ, Moher D, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *Bmj* 2021;372:n160.
25. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *Bmj* 2019;366:l4898.
26. Sterne JA, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, et al. ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *Bmj* 2016;355:i4919.
27. Review Manager Web (RevMan Web). Version (5.4.1). The Cochrane Collaboration S. 2020.
28. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol* 2011;64(4):383-94.