

Hva kreves for å få til en vellykket implementering av dagbok for voksne intensivpasienter?



**Universitetet
i Stavanger**

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i spesialsykepleie, spesialisering i: Intensivsykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Studenter: Line Uppstad og Åshild Byberg

Veileder: Professor Britt Sætre Hansen

Dato: 03.05.2023

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i Intensivsykepleie

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: VÅR 2023

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Line Uppstad og Åshild Byberg

VEILEDER: Professor Britt Sætre Hansen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Hva kreves for å få til en vellykket implementering av dagbok for voksne intensivpasienter?

Engelsk tittel: What is required to successfully implement a diary for adult intensive care patients?

EMNEORD/STIKKORD

Post Intensiv Care Syndrome
Intensivdagbok
Implementering
Implementeringsstrategier
Utfordringer
Vellykkethet

ANTALL ORD: 19112

STAVANGER: 03.05.23.....
DATO/ÅR

Forord

Vi vil gjerne få takke vår gode veileder Britt Sætre Hansen for konstruktiv og god veiledning gjennom hele oppgaveprosessen. Vi vil også rette en stor takk til bibliotekar, Kari Hølland for meget god hjelp til søk i ulike databaser og for god veiledning i dette.

Vi vil videre få rette en ekstra stor takk til våre kjære familier og venner, som har støttet oss, lagt til rette, vist tålmodighet og bidratt til at vi kunne gjennomføre dette studiet. Takk også for gjennomlesning og konstruktive tilbakemeldinger. Dette har vi satt stor pris på.

Takk også til medstudenter for to travle og meget lærerike år.

Sist, men ikke minst, vil vi takke hverandre for et utmerket samarbeid og for en særdeles lærerik og spennende prosess.

Åshild Byberg og Line Uppstad
Stavanger, mai 2023

Sammendrag

Bakgrunn: Forskning har vist at overlevende etter intensivbehandling ofte lider av Post Intensive Care Syndrom (PICS), som innebærer kort-eller langvarig svekkelse av fysisk, kognitiv og mental helse etter at de er utskrevet fra sykehuset. Forskning viser at dagbok fra intensivoppholdet kan hjelpe pasienter å sortere eventuelle minner, skille reelle hendelser fra vrangforestillinger og hallusinasjoner og rekonstruere og forstå sitt sykdomsforløp. Selv om en rekke intensivavdelinger har tatt dagbok i bruk, er det forsket lite på hvilke implementeringsstrategier som anbefales når en intensivavdeling ønsker å innføre dagbok for voksne intensivpasienter.

Hensikt: Å sammenfatte tidligere forskning for å finne ut hva som kreves for å få til en vellykket implementering av dagbok for voksne intensivpasienter.

Metode: Vi har gjort en begrenset systematisk oversikt (rapid review). Av de 106 artiklene som ble identifisert gjennom databasesøk, møtte 10 artikler inklusjonskriteriene.

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av tematisk analyse.

Funn: Våre funn beskriver implementeringsstrategier-/prosesser, vellykkethet og utfordringer ved implementering av dagbok i intensivavdelinger. Kun tre av de ti studiene beskrev bruk av en implementeringsmodell, og ellers var det brukt ulike retningslinjer funnet på internett. Vi fant at dagbok ble implementert med svært ulike utgangspunkt, av alt fra en enkelt "ildsjel", til store, ressurssterke, tverrfaglige team. Vellykkethet i implementering beskrives hovedsakelig ved at personalet oppnådde økt kunnskap om PICS og hensikt med dagbok, og at de derav fikk et økt engasjement rundt dagbok aktivitet. Vellykkethet ble også beskrevet ved et økt antall skrevne dagbøker, med positiv trend, og ved positive tilbakemeldinger på disse. Utfordringene ved implementering av dagbok ble hovedsakelig beskrevet som mangel på kunnskap og erfaring, mangel på tid, ressurser og retningslinjer. Hensynet til juridiske forhold ble også ofte beskrevet som utfordrende.

Konklusjon: Ulike faktorer spiller inn for å få til en vellykket implementering av dagbok til voksne intensivpasienter, og prosessen kan være utfordrende.

Abstract

Background: Research has shown that survivors of intensive care often suffer from Post Intensive Care Syndrome (PICS), which involves short-term or long-term impairment of physical, cognitive and mental health after they have been discharged from hospital. Research shows that a diary from the intensive care stay can help patients sort through memories, distinguish real events from delusions and hallucinations and reconstruct and understand the course of their illness. Although a number of intensive care units have adopted diaries, there is little research into which implementation strategies are recommended when an intensive care unit wants to introduce a diary for adult intensive care patients.

Aim: To synthesize previous research to identify what is required to achieve a successful implementation of a diary for adult intensive care patients.

Method: Rapid review. Of the 106 articles that were identified through database searches, ten articles met the inclusion criteria and are explored in this review. Data material was analyzed using thematic analysis.

Results: Our findings describe implementation strategies/processes, success and challenges when implementing diaries in intensive care units. We found that the diary was implemented with very different starting points, from being initiated by a single "enthusiast" to implementation by large, resourceful, interdisciplinary teams. Only three of the ten studies described the use of an implementation model, and otherwise various guidelines found on the internet were used. Success in implementation was mainly described by the fact that the staff gained increased knowledge about PICS and the purpose of the diary, and that they thereby gained an increased commitment to diary activity. Success was also described by an increased number of written diaries, with a positive trend, and positive feedback on these. The challenges of diary implementation were mainly described as lack of knowledge and experience, lack of time, resources and guidelines. Consideration of legal matters was also often described as challenging.

Conclusions: Different factors matter to achieve a successful implementation of a diary for adult intensive care patients, and the process can be challenging.

Innholdsfortegnelse

Forord	
Sammendrag	
Abstract	
Innholdsfortegnelse	
1.0 Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	3
1.2 Tidligere forskning på området.....	3
1.2.1 Å være intensivpasient.....	4
1.2.2 Dagbok som tiltak for å redusere PICS.....	5
1.3 Studiens hensikt.....	7
1.4 Problemstilling.....	7
2.0 Teoretisk rammeverk	7
2.1 Intensivsykepleiers funksjons-og ansvarsområde.....	8
2.2 Kunnskapsbasert praksis.....	8
2.3 Opphav og utbredelse av dagbok til intensivpasienter.....	11
2.4 Post Intensive Care Syndrome (PICS).....	11
2.5 Nasjonale anbefalinger for bruk av dagbok.....	13
2.6 Implementering.....	16
3.0 Metode og metodiske overveielser	19
3.1 Design.....	20
3.2.Søk og inklusjon av artikler.....	23
3.3 Dataekstraksjon.....	26
3.4 Analyse.....	30
3.5 Troverdighet.....	31
3.6 Forskningsetiske vurderinger.....	32
4.0 Funn	35
4.1 Fra manglende til fast implementeringsstrategi.....	36
4.1.1 Varierende implementeringsstrategier.....	38
4.1.2 Ulik organisering av dagbok-konseptet.....	41
4.2 Tydelig plan for opplæring og opplevd nytte av dagbok.....	42
4.2.1 Økt kunnskap og engasjement.....	42
4.2.2 Positive tilbakemeldinger.....	42
4.2.3 Økt antall dagbøker.....	43
4.3 Manglende prioritet og forankring.....	44
4.3.1 Mangel på kunnskap og erfaring.....	44
4.3.2 Mangel på tid, ressurser og retningslinjer.....	45
4.3.3 Juridiske hensyn.....	45

5.0 Diskusjon	46
5.1 Hvordan beskrives implementeringsstrategien/-prosessen ved innføring av intensivdagbok?.....	47
5.2 Hvordan beskrives utfordringene og vellykkethet ved implementering av intensivdagbok?.....	59
6.0 Konklusjon	64
7.0 Videre forskning og forslag til endring i praksis	65
8.0 Litteraturliste	67
Vedlegg 1.....	74
Vedlegg 2.....	76
Vedlegg 3.....	77

1.0 Introduksjon

Etter akutt kritisk sykdom og behandling på en intensivavdeling, ofte på respirator, er det mange pasienter som på grunn av selve sykdommen, medikamenter og lite søvn, ikke husker hva de har vært igjennom, eller bare husker bruddstykker. Reelle minner kan blandes med vrangforestillinger og drømmer/mareritt de har hatt i løpet av den akutte sykdomsperioden. Dette kan oppleves traumatisk og forvirrende for mange i etterkant av oppholdet (Kredentser et al., 2018; Roulin et al., 2007; Zetterlund et al., 2012). Angst, depresjon og symptomer på posttraumatisk stress syndrom (PTSD) er vanlige plager post-intensiv, og er funnet å kunne tilskrives kaotiske og emosjonelt sterke minner fra sykehusoppholdet (Storli et al., 2011).

Å være innlagt på en intensivavdeling med akutt kritisk sykdom kan være en skremmende opplevelse, og det kan ramme alle aldersgrupper. NSFLIS' generalforsamling vedtok i 2006 definisjonen; "En intensivpasient er intensivpasient når det foreligger truende eller manifest, akutt svikt i en eller flere vitale funksjoner, og svikten antas å være helt eller delvis reversibel" (Norsk Sykepleierforbund, 2022). Tall fra Norsk intensivregister viser at det i 2021 var registrert 73000 intensivdøgn. Dette er det høyeste tallet som noen gang er registrert i Norge, og av de innlagte pasientene overlever 80-90% (Norsk intensivregister, 2022). En aldrende befolkning øker behovet for intensivbehandling, og økt overlevelse medfører at langsiktige konsekvenser av kritisk sykdom er et økende samfunnsproblem (Needham et al., 2012).

Forskning viser at mange overlevende opplever svekkelser i fysisk, kognitiv og mental helse i etterkant av et intensivopphold (Mikkelsen et al., 2022). Begrepet PICS (Post Intensive Care Syndrome) ble dannet i 2010, på en tverrfaglig konferanse med fokus på å forbedre de langsiktige konsekvensene etter kritisk sykdom. PICS omfatter "nye eller forverrede svekkelser i fysisk, kognitiv eller mental helsestatus som oppstår etter kritisk sykdom og som vedvarer utover akutt sykehusinnleggelse". Begrepet brukes både om overlevende og om familiemedlemmer, da som PICS-F (Needham et al., 2012). Vi kommer tilbake til PICS under teoridelen.

Ved mange intensivavdelinger skrives det dagbøker til pasientene. Disse inneholder en kronologisk fortelling i ord og bilder om forløpet på intensivavdelingen og kan være et nyttig redskap for pasienter i møte med psykiske belastninger i post-intensiv fase. En dagbok kan være skrevet av helsepersonell og/eller pårørende. Den kan være digital eller håndskrevet, med eller uten bilder. Den kan altså lages i ulike varianter, men felles er at man bruker et dagligdags språk uten vanskelig medisinsk terminologi. Dagboken inneholder informasjon om hendelser og sykdomsforløp, og kan hjelpe pasienten til å skille faktiske hendelser fra vrangforestillinger og drømmer/hallusinasjoner. Dagboken kan gi svar på spørsmål pasienten har og hjelpe ham å huske hva som skjedde, eller «fylle huller i hukommelsen», og slik gi mening til eventuelle minner pasienten måtte ha (Nydahl et al., 2020; Storli et al., 2011).

Dagbok kan inngå som et av flere tiltak ved psykisk rehabilitering av intensivpasienter. Noen avdelinger tilbyr en oppfølgingssamtale på intensiv med gjennomgang av dagboken sammen med intensivsykepleier. Da kan pasienten få forklaring på eventuelle spørsmål og få se omgivelsene i avdelingen fra et annet perspektiv enn fra sykesengen. Dagboken kan være et nyttig utgangspunkt for refleksjon både sammen med helsepersonell og for å dele sykdomshistorien med pårørende og venner. Noen kan i tillegg ha bruk for psykoterapeutiske intervensjoner som traumefokusert kognitiv terapi og samtalegrupper. Medikamenter som antidepressiva eller sovemedisin vil også i noen tilfeller være nødvendig (Glimelius et al., 2018; Nydahl et al., 2020). Hensikten med dagboken er at den både skal ha en terapeutisk effekt, ved at den kan bidra til å redusere psykiske senfølger, og samtidig anses dagboken som en forlengelse av den omsorgen som gis på intensivavdelingen (Storli et al., 2011).

Som en positiv tilleggseffekt har det vist seg at å skrive dagbok kan styrke intensivsykepleierens forutsetninger for å gi omsorg på pasientens premisser, da den som skriver må være opptatt av hvordan pasienten *opplever* sin situasjon og ikke bare ha fokus på fysiske vitalier. Pasientens antatte opplevelser av sin situasjon kan motivere intensivsykepleieren til å styrke omsorgen for pasienten også i akuttfasen av sykdomsforløpet (Roulin et al., 2007).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi er to intensivsykepleiere ved en intensivavdeling som er i planleggingsfasen for å implementere dagbok som en intervensjon i avdelingen. En av oss deltar i ressursgruppa som skal gjennomføre implementering av dagbøker. Vi har ingen erfaring med å skrive intensivdagbok, men en av oss har erfaring med å motta dagbok fra intensivavdelingen for barn. Dagbokkonseptet som skal implementeres i vår intensivavdeling er håndskrevne notater som skal settes inn i en ringperm, datert og signert. I en ny dagbok vil det ligge ferdig informasjon om hensikten med dagboken og flere informasjonsark med bilder og enkel tekst som forklarer det vanligste medisinsk-tekniske utstyret. Ark om spesiell type behandling eller undersøkelser, som dialyse og CT/MR og lignende, kan legges inn ved behov. En ferdig bok skal inneholde et personlig innkostnotat, daglige notater, og tilslutt et utskrivningsnotat med gode ønsker for den videre veien til pasienten, og en invitasjon til å ta kontakt for en oppfølgingssamtale med gjennomgang av boken.

Pårørende er anbefalt å skrive en separat dagbok, men kan eventuelt skrive på egne ark underveis, som så kan settes inn i dagboken etter utlevering. Dagboken vil også inneholde bilder av pasienten selv og omgivelsene på avdelingen. Dersom intensivsykepleiere og pårørende samtykker til det, kan det også være bilder av dem.

Forskning om PICS har vekket vår interesse for dagbok som sykepleieintervensjon og som et verktøy for pasientene i rehabiliteringsfasen. Vi har mye erfaring fra en intensivsykepleiers pressede tidsplan og fra en hverdag der stadig nye intervensjoner implementeres med god hensikt, men de blir dessverre ikke alltid opprettholdt. Vi er derfor spesielt interessert i å identifisere faktorer som kan fremme implementering av dagbok. Denne interessen danner bakgrunn for valg av tema for oppgaven.

1.2 Tidligere forskning på området

I dette kapitlet vil vi med grunnlag i tidligere forskning utdype hva det kan innebære å være intensivpasient og hvorfor pasientene i etterkant av et opphold på en intensivavdeling strever. Vi vil også presentere tidligere forskning på bruk av dagbok i rehabiliteringsperioden.

1.2.1 Å være intensivpasient

Akutt, kritisk syke pasienter opplever ekstreme fysiske og følelsesmessige utfordringer. Respirasjonssvikt rammer mange intensivpasienter, og opplevelse av lufthunger kan i seg selv føre til angst. Mange prosedyrer, som innleggelse av arteriekanyler, intubering og fjerning av slim fra luftveiene, kan være smertefulle og skape frykt. På grunn av organdysfunksjon og sederende medikamenter får pasientene også en nedsettelse i hjernefunksjon i form av delir og coma. Ved delir ser man ofte at pasientene hallusinerer (de ser skremmende bilder), og de kan bli mistenksomme og tro at behandlingsteamet egentlig er ute etter å skade eller drepe dem. Noen kan misoppfatte behandlingsteamets hensikter og for eksempel forveksle innleggelse av urinkateter med et overgrep. Alle disse stressfaktorene påføres pasientene i en situasjon der de er fullstendig avhengige av andre og midlertidig fratatt sin autonomi. Om pasientene er våkne, er kommunikasjonsmulighetene likevel begrensede på grunn av endotrakealtube, medikamenter og påvirkning av hjernefunksjon. Mange føler seg hjelpeløse, isolerte og engstelige (Halvorsen & Nortvedt, 2017; Nydahl et al., 2020).

Forskning viser at mange intensivpasienter bare husker deler eller ingenting fra oppholdet på intensivavdelingen (Rattray et al., 2010; Samuelson, 2011). Det skyldes delvis at det på slutten av 1900-tallet var et mål at spesielt respiratorpasienter skulle være dypt sedert for å skåne dem for ubehaget ved behandlingen (Shehabi et al., 2013). Respiratorpasienter utgjorde for øvrig ca 60 % av norske intensivpasienter i 2021 (Norsk intensivregister, 2022). De siste 10-20 års forskning har imidlertid vist at et lettere sederingsnivå og prioritering av smertebehandling kan forkorte respirortid og dermed liggetid på intensiv (Shehabi et al., 2013). De siste årene har det derfor ved flere intensivavdelinger vært forsøkt å bruke mindre sedativer, eller å vekke pasienter daglig for å kunne vurdere det reelle bevissthetsnivået, og se om de kanskje kan tåle å bli behandlet i våken tilstand. Dette har sannsynligvis økt den generelle grad av våkenhet og til en viss grad også hukommelsen til pasientene (Samuelson, 2011). Samtidig kan det å være våken være belastende for pasienten og stille enda større krav til sykepleieren som skal imøtekomme pasientens fysiske og psykiske behov (Egerod et al., 2015; Halvorsen & Nortvedt, 2017).

Et alvorlig problem ved intensivbehandling er at sykdom, bruk av medikamenter og søvnløshet kan forårsake forvirring og deler-tilstander hos pasientene. Mareritt, vrangforestillinger og hallusinasjoner forekommer ofte (Kredentzer et al., 2018; Zetterlund et

al., 2012). En studie antyder at mareritt, vrangforestillinger og hallusinasjoner ofte huskes bedre av pasientene enn de reelle hendelsene, og at indre opplevelser av situasjonene huskes lettere enn det som hender utenfor kroppen (Jones et al., 2000; Moi et al., 2018).

En intensivpasients kropp er, som Storli og Gjengedal uttrykker det, «såret» og «hjelpeløs», og plassert i et fremmed, høyt teknologisk og medisinsk miljø. De sier at pasienten, også når han/hun er sedert, er et «sansende og fortolkende menneske hvor sanseinntrykk gis mening ut fra levd liv» (Storli & Gjengedal, 2017, s. 97). Pasientenes erfaringer blir til minner, som ofte er forskjellig fra det som faktisk skjedde, og noen kan ha hatt en opplevelse av å være et annet sted enn på intensivavdelingen (Storli & Gjengedal, 2017). Man kan si at mange av erfaringene pasientene tar med seg, er mer kroppslige enn bevisste.

1.2.2 Dagbok som tiltak for å redusere PICS

Sykepleierdrevne intervensjoner har de senere årene gitt en ny dimensjon til pasientbehandling og er i økende grad beskrevet i litteraturen (Luiking, 2017). Dagbok til intensivpasienter er et eksempel på en intervensjon som er satt i gang på initiativ fra sykepleiere og som drives og evalueres av sykepleiere.

En dagbok skrevet av sykepleiere for og til en intensivpasient, kan forklare og beskrive de faktiske forhold gjennom et forløp på intensivavdelingen. Dagboken gir ikke et fullstendig bilde, men kan bidra til at pasientene kan konstruere eller rekonstruere sin sykdomsfortelling (Egerod & Bagger, 2010; Engström et al., 2009; Roulin et al., 2007). I noen land er pasientens medisinske journal også tilgjengelig for pasientene, og for mange vil den også bidra til å øke forståelsen for sykdomsforløpet og for det som står i dagboken (Eklind et al., 2022). Dagboken kan også bekrefte og avkrefte hvilke minner som har rot i virkeligheten og hvilke som kan komme fra mareritt og tilstander med delir.

Bilder av omgivelser og hendelser kan hjelpe pasienten å forstå sanseerfaringer, og bilder av pasienten selv, for eksempel med endorachealtube i halsen, eller koblet til mye overvåkingsutstyr, kan gi forståelse for kroppslige erfaringer. Det å se seg selv veldig syk, kan gi pasienten forståelse for at det kan ta lang tid å bli frisk (Eklind et al., 2023; Storli & Lind, 2009).

De norske nasjonale anbefalingene for bruk av dagbok som bygger på omfattende forskning, oppsummerer at «tilgang til dagbok øker livskvaliteten og reduserer forekomsten av angst, depresjon og symptomer på posttraumatisk stress i rehabiliteringsforløpet» (Storli et al., 2011, s. 8). Forskningen viser at pasienter og deres pårørende setter stor pris på å få en dagbok fra intensivoppholdet (Egerod & Bagger, 2010; McCartney, 2020). Den formidler både fakta og omsorg, og den kan ha en terapeutisk effekt på pasientenes psykiske helse. I 2010 ble det utført en omfattende randomisert kontrollert studie som viste at dagbok hadde positiv effekt på PTSD (Jones et al., 2010), og i en oversiktsstudie av Mehlhorn og kollegaer i 2014, fremkom dagbok som eneste påviselige aktivitet som kunne bedre pasientenes livskvalitet ved å redusere PTSD (Mehlhorn et al., 2014). Befolkningen blir stadig eldre, og behandlingen er mer avansert. Det resulterer i flere intensivpasienter og flere overlevende som kan ha utbytte av en dagbok i rehabiliteringsperioden, som for mange kan vare i flere år. I Norge er det gjort undersøkelser på dagbokvirksomhet både før (Gjengedal et al., 2010) og etter publisering av nasjonale anbefalinger for bruk av dagbok (Holme et al., 2020). Sistnevnte bekrefter at dagbokvirksomheten ved norske intensivavdelinger er i stadig utvikling og at anbefalingene bidrar til at bruk av dagbok blir gradvis mer standardisert.

Vi har funnet forskning på at pasienter strever med angst, depresjon og PTSD post intensiv, og på at dagbok skrevet fra intensiv oppholdet kan være et verktøy for dem for å bedre disse symptomene og få en bedre hverdag. Vi har imidlertid funnet lite forskning på hvordan vi kan få til en vellykket implementering av dagbokskrivning i intensivavdelingen. Det finnes også få publiserte anbefalinger som tar for seg hvordan man kan lette implementeringen av et dagbok konsept i intensivavdelinger. Våre inkluderte studier *beskriver* implementering av dagbok ved ulike intensivavdelinger både i Europa og Amerika. Blant studiene er det også en rapport som konstaterer at en del avdelinger strever med både å implementere og å opprettholde bruk av dagbok, og som retter søkelyset mot vanlige utfordringer og suksessfaktorer (Rogan et al., 2020).

Begrepene dagbok og intensivdagbok vil bli brukt synonymt i oppgaven. For enkelhets skyld omtaler vi intensivsykepleieren som *hun* og pasienten som *han* i oppgaven. Så langt som mulig bruker vi intensivsykepleiertittelen, men vi er kjent med at denne tittelen ikke brukes i alle land, og dermed ikke er beskrevet i de fleste av våre studier. Vi omtaler dem da som sykepleiere.

1.3 Studiens hensikt

Som nevnt har vi funnet lite forskning på implementering av dagbok i intensivavdelinger. Studiens hensikt er derfor å sammenfatte tidligere forskning for å identifisere faktorer som kan fremme implementering av dagbok for å ta lærdom av andres erfaring. Ved å sammenfatte den tidligere forskningen, håper vi å finne svar på våre forskningsspørsmål som blir presentert nedenfor i kap. 1.4. I de inkluderte studiene vil vi se på hvilke implementeringsstrategier som er brukt, hva som beskrives som suksessfaktorer og vellykkethet i forhold til implementeringen og dens holdbarhet og hvilke utfordringer det er vanlig å støte på.

1.4 Problemstilling

“Hva kreves for å få til en vellykket implementering av dagbok for voksne intensivpasienter”?

Forskningsspørsmål er som følger:

1. Hvordan beskrives implementeringsstrategien/-prosessen ved innføring av intensivdagbok?
2. Hvordan beskrives vellykket implementering av intensivdagbok?
3. Hvordan beskrives utfordringene ved implementering av intensivdagbok?

2.0 Teoretisk rammeverk

I vårt teoretiske rammeverk vil vi gå inn på aktuelle sider ved intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde og betydningen av kunnskapsbasert praksis. Vi ser videre på dagbokens opphav og utbredelse før vi utdyper begrepet PICS.

Vi legger så til grunn de norske anbefalingene for skriving av dagbok til voksne intensivpasienter, da de gir et greit innblikk i det dagbokkonseptet som er mest nærliggende for oss i Norge. Til slutt beskriver vi noe implementeringsteori, med særlig fokus på implementeringsmodellen “fra kunnskap til handling”.

2.1 Intensivsykepleiers funksjons-og ansvarsområde

Som et resultat av rammeplaner for utdanning, helselovgivningen, og de etiske- og faglige retningslinjene, har NSFLIS (NSF`s landsgruppe av intensivsykepleiere) utarbeidet en funksjons-og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere. Denne er retningsgivende for intensivsykepleiers kliniske utøvelse, og omhandler flere dimensjoner i behandlingen av alvorlig syke pasienter (NSFLIS, 2017). Deler av intensivsykepleiers funksjons- og ansvarsområde kan knyttes til bruk av dagbok og er derfor relevant for oppgaven.

Funksjons-og ansvarsbeskrivelsen sier at; “Intensivsykepleie er kunnskapsbasert og favner helsefremmende og forebyggende funksjon, behandlende og rehabiliterende funksjon, og lindrende og palliativ funksjon” (NSFLIS, 2017, s.2). Den sier videre at intensivsykepleiere skal blant annet:

- “Iverksette tiltak som forebygger videre utvikling av helsesvikt og sykdom.”
- “Tilrettelegge for rehabilitering allerede i det akutte stadiet av pasientforløpet, med langsiktige mål om å bedre pasientens funksjonsnivå/helsestatus og opplevelse av livskvalitet”.
- “Tilrettelegge for et pasient- og familiesentrert behandlingsmiljø og begrense belastninger pårørende vil kunne oppleve i forbindelse med intensivbehandling”.
- “Anerkjenne pårørende som ressurser for pasienten og veilede og støtte dem så de kan ta del i omsorgen for pasienten”.
- “Bruker relevant pedagogisk og oppdatert kunnskapsbasert tilnærming i sin undervisning,veiledning og rådgivning”.
- “Initierer, samarbeider om og tar ansvar for kvalitetsforbedring, fagutvikling og forskning” (NSFLIS, 2017, s. 2-3).

2.2 Kunnskapsbasert praksis

I dag er det forventet at intensivsykepleiere skal forstå og utføre forskning og basere sin profesjonelle praksis på kunnskapsbasert praksis (Polit & Beck, 2021).

Ifølge Stortingsmelding 10 (2012-2013) forventes det at sykepleiere anvender det beste fra forskning i klinisk praksis (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Dette støttes av forfatterne Bondevik og Engebretsen (2021) som hevder at bevilgende myndigheter

etterspør, forventer og krever at beslutninger som skal fattes, skal være basert på evidensbasert kunnskap.

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er den norske oversettelsen av evidence-based practice eller evidence-based medicine (Nortvedt et al., 2021). Kunnskapsbasert praksis defineres som: «Å utøve kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen» (Nortvedt et al., 2021, s.18). Grunnlaget for KBP ble lagt av den skotske epidemiologen Archie Cochrane på 1970 tallet. Ved å benytte seg av KBP vil man i klinikken ha den best oppdaterte kunnskapen for å kunne behandle pasienter (Polit & Beck, 2021).

Det som utgjør grunnlaget for KBP er forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og brukermedvirkning og kunnskap om den aktuelle konteksten. KBP handler om å finne best tilgjengelige evidens for å besvare ethvert spørsmål, ikke bare effektspørsmål. Det innebærer både kvantitative og kvalitative studiedesign. KBP innebærer at helsepersonell bevisst bruker kunnskapskilder i praksis.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utarbeidet en modell (se under) som viser hvilke kunnskapskilder som inngår i en praksis som er kunnskapsbasert (Nortvedt et al., 2021).



Figur 1: Modell for kunnskapsbasert praksis. Modellen viser hvilke kunnskapskilder som inngår i en praksis som er kunnskapsbasert (Nortvedt et al., 2021).

Det er imidlertid viktig å være klar over at kunnskapskilder har både styrker og svakheter. Forskningsbasert kunnskap kan ha ulik grad av kvalitet og generaliserbarhet. Erfaringsbasert kunnskap oppnås gjennom praksis og refleksjon, men det er ikke en selvfølge at lang erfaring gjør oss flinkere. Nortvedt (2021, s. 20) sier at: “Klinisk ekspertise forutsetter at helsepersonell kan finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap i lys av sin egen erfaring i møte med den individuelle pasient. Slik ekspertise favner dermed hele modellen av kunnskapsbasert praksis. Det er også viktig å være klar over at forskningsbasert kunnskap omfatter mye mer enn det som kan bevises. KBP har videre bidratt til å gi et solid grunnlag for å kunne ta gode beslutninger når det gjelder tiltak og behandlinger, og ved det også har bidratt til å demme opp for bruk av tiltak og behandlinger uten dokumentert effekt og som i verste fall kan være direkte skadelidende for brukerne.

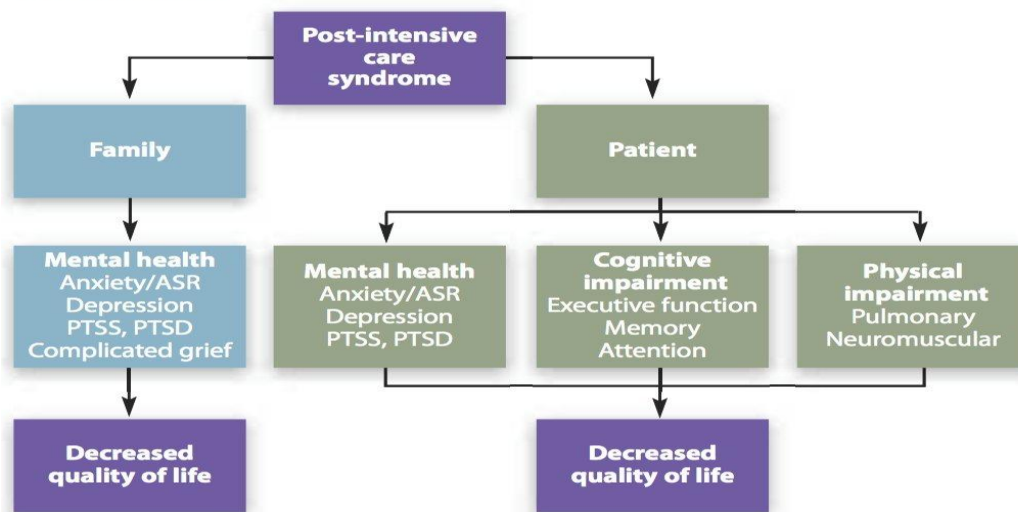
2.3 Opphav og utbredelse av dagbok til intensivpasienter

Skrijving av dagbok til intensivpasienter startet ved Ullevål sykehus i Norge på 1990-tallet. Sykepleiere tok initiativ etter inspirasjon fra et dansk prosjekt der sykepleiere innledet en skriftlig dialog mellom pasient og sykepleier, og der målet var at pasienten i større grad skulle få medbestemmelse i den pleien som ble tilbudt ham (Schou et al., 1993; Storli et al., 2011). Mye positiv respons fra pasienter og pårørende førte til at dagbokvirksomheten utviklet seg, og i 2010 publiserte Eva Gjengedal med flere en undersøkelse der de studerte bruk av dagbok i Norge. Studien viste at på det tidspunktet var det 31 av 70 intensivavdelinger som brukte dagbok i sin virksomhet (Gjengedal et al., 2010). Skandinaviske land er foregangsland innen dagbokskrijving, men det finnes dagbokvirksomhet også i andre land i Europa, i Australia, Amerika og Canada. Det er et økende internasjonalt samarbeid når det gjelder rehabilitering av intensivpasienter, hvor dagbok spiller en betydelig rolle. Det er til nå blitt avholdt tre internasjonale konferanser om virksomheten. Den siste var i Sverige i 2013, men rapporten fra denne ble også delt ved en konferanse i USA i 2018, ved den syvende John Hopkins Critical Care Rehabilitation Conference (Nydahl et al., 2020). Etter dette har dagbokvirksomheten økt spesielt i Nord-Amerika (ICU diary, 2021).

2.4 Post Intensive Care Syndrome (PICS)

PICS er en samling av symptomer som ofte rammer en person som har overlevd akutt kritisk sykdom. Det omfatter mentale og kognitive forandringer som for eksempel konsentrasjonsvansker og problemer med å oppfatte og sanse. Det innebærer også ulike grader av angst, depresjon og posttraumatisk stresslidelse (PTSD), i tillegg til mer fysiske svekkelser som muskelsvakhet, nevrogene smerter og fatigue. PICS kan vare i måneder og år, og kan forringe livskvaliteten betydelig til disse pasientene, blant annet gjennom å hindre dem i å fungere i hverdagen og å komme i jobb igjen. Pårørende kan også oppleve disse symptomene (McCartney, 2020; Needham et al., 2012; Nydahl et al., 2020). Figur 2 beskriver PICS mer skjematisk med inndeling i mental helse, kognitive og fysiologiske symptomer.

PICS model



This model shows the physical, cognitive, and mental-health problems affecting quality of life in patients with post-intensive care syndrome (PICS). It was developed in 2010 by the Long-Term Consequences Task Force of the Society of Critical Care Medicine (SCCM).

ASR = Acute stress reaction
PTSD = Posttraumatic stress disorder
PTSS = Posttraumatic stress symptoms

Figur 2: Modellen beskriver hvordan svikt i fysisk, kognitiv og mental helse påvirker livskvaliteten til pasienter og pårørende med post intensiv care syndrom (PICS). Hentet fra Needham et al., (2012).

Begrepet “Posttraumatisk stresslidelse” som er en del av bildet ved PICS, henspiller på at en person i fortid har gjennomlevd et traume. Ordet “traume” er gresk og betyr “sår” eller “skade”, og et traume har vanligvis en identifiserbar årsak (vold, ulykke, katastrofe, alvorlig sykdom, tap osv.) Opplevelse av et traume kan ha flere utfall, men spesielt vanlig er at man i ettertid kan kjenne på angst og nedstemthet, ha en generell funksjonsreduksjon og PTSD. Forskning har også vist at traumeminner lagres i hjernen på en annen måte enn vanlige minner. Ved PTSD er hovedsymptomene at man stadig gjenopplever hendelsen (flashbacks), og har hyppig mareritt. Noen prøver å unngå steder og personer som minner om hendelsen. Andre symptomer kan være anspenthet (en kropp i konstant beredskap), irritabilitet, sinne, sosial isolasjon, lav selvfølelse, emosjonell utflating, svimmelhet, kvalme, hodepine, hjertebank, søvnvansker og redusert konsentrasjon. Personer med PTSD har ofte mange negative følelser og tanker, og de opplever generelt verden som utrygg (Oslo Universitetssykehus, 2022).

2.5 Nasjonale anbefalinger for bruk av dagbok

Gjengedal et al., (2010) dannet grunnlaget for utarbeidelsen av nasjonale anbefalinger, for slik å øke kvaliteten og samkjøring av dagbokvirksomheten ved de norske intensivavdelingene. Anbefalingene skisserer også hvordan et dagbokkonsept ved en intensivavdeling kan se ut, og vi har det med i teoridelen for å gi en større forståelse for konseptet, og for å kunne diskutere våre funn ut fra dem. Vi kan da lettere også se om det er forskjeller eller likheter mellom bruk av dagbok i Norge og i andre land. Anbefalingene beskriver viktige faktorer som bør være til stede for å lykkes med et dagbokkonsept, men de har ingen direkte føringer for implementeringsteori- eller -modell.

«Nasjonale anbefalinger for bruk av dagbok til pasienter ved norske intensivavdelinger» (Storli et al., 2011) er utarbeidet av en gruppe nedsatt i samarbeid med NSFLIS. Det ble gjort et grundig arbeid med å finne relevant forskning for å sikre god kvalitet på praksis ut fra den beste og nyeste kunnskapen på området. Anbefalingene ble publisert i 2011, men en revidert versjon er under høring. Vår avdelingsledelse har lagt disse anbefalingene til grunn for den forestående implementeringen, og vi anser det derfor relevant å bruke disse anbefalingene som en del av vårt teoretiske rammeverk. Anbefalingene er et større dokument som også redegjør for dagbokens framvekst og betydning, juridiske forhold og etiske refleksjoner. Selve anbefalingene for dagbok-konseptet er samlet i de 13 punktene som følger under. Vi har forkortet innholdet i punktene med egne ord, men har beholdt overskriftene slik de står i anbefalingene (Storli et al., 2011, s. 16-19):

1. Å skrive dagbok – en omsorgshandling

Å skrive dagbok utfordrer den som skriver til empati – å prøve å forstå pasientens situasjon, og hvordan den oppleves. Overlevering og innhold har betydning for pasientens rehabilitering.

2. Dagbok som dokument

Dagboken er en del av pasientens journal. Dette begrunnes ut fra Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven. Sykehusets journalansvarlige må godkjenne opprettelse og håndtering av dokumentet. Dagboken kan være elektronisk eller skrevet for hånd.

3. Organisering av dagbok virksomhet

Intervensjonen må være forankret på ledernivå i intensivavdelingen. Det må opprettes en ressursgruppe med en leder, som får avsatt tid til å organisere dagbokskrivningen.

4. Ledelse og ansvar

Ledelsen har ansvar for at alle ansatte får systematisk og grundig opplæring i dagbokskrivning. Ansvarer omfatter også at alle dagbøkene blir kvalitetssikret før utlevering. Det innebærer at de blir gjennomlest, godkjent, signert og scannet i journal.

5. Målgruppe for dagbok

Målgruppen for dagbok er i første omgang pasienter som blir liggende på intensivavdelingen i flere døgn, og som er i en situasjon som tilsier at de ikke klarer å følge med på hva som skjer med dem. Hvis pasienten er under 16 år, bør oppstart drøftes med foreldre.

Hvis man er i tvil om nytteverdi, for eksempel på grunn av psykisk sykdom eller nedsatt kognitiv funksjon, bør oppstart drøftes i behandlingsteamet.

6. Oppstart av dagbok

Man bør begynne å skrive så tidlig som mulig. Oppstart registreres for å få en oversikt over virksomheten. Ved oppstart bør en sykepleier fra ressursteamet for dagbokkonseptet settes som ansvarlig. Pårørende blir informert om oppstart og hensikt med dagboken. Eventuelt kan man utarbeide en brosjyre med informasjon om hva dagbok er og hensikten med den.

7. Tilgang til dagboken

Mens pasienten er under behandling på intensivavdelingen, er det vanligvis bare ansatte i behandlingsteamet som har tilgang i dagboken.

8. Skrivning i dagboken

Det er i første rekke pasientansvarlig sykepleiere som skriver i dagboken. Dersom andre i behandlingsteamet vil skrive, må de sette seg inn i hvordan dagboktekst bør utformes.

Pårørende kan ikke skrive i dagboken da dokumentet behandles som et journalnotat, men de oppfordres til å skrive egen dagbok til pasienten.

9. Dagbokens utforming (struktur/språk/innhold)

Dagboken må ha en standard introduksjon som beskriver bokens hensikt og som formidler omsorg. Hvert notat må signeres, og det må kunne revideres. Språket må være personlig og samtidig profesjonelt. Første personlige notat bør forklare årsaken til innleggelse på intensivavdelingen. Det bør skrives et kort notat daglig for å oppnå sammenheng.

Ved flytting skrives et avslutningsnotat som også bør inneholde kontaktinformasjon til avdelingen dersom pasienten på et senere tidspunkt har spørsmål og ønsker kontakt.

Tekstene skal hjelpe pasientene til å få forståelse for hendelsesforløpet og til å finne sammenheng og mening i opplevelsene. Det anbefales en kombinasjon av beskrivelser av omgivelser og hendelser, og en undrende tilnærming til hvordan pasienten opplever sin situasjon. Man bør unngå bastante tolkninger av hvordan pasienten har det. Bedring og forverring bør beskrives. Beskrivelser av pårørendes- og ansattes tilstedeværelse må bare gjøres med deres samtykke. Krenkende beskrivelser må ikke forekomme, og man skal ikke være for personlig ved for eksempel å skrive «kjære.....», eller «klem fra».

Pasientens uttrykk kan gi oss antagelser om hva som kan være viktig å skrive om. Uro og forvirring kan spesielt være opplevelser som pasienten vil søke å forstå i etterkant.

10. Fotografier i dagboken

Fotografier anbefales, men det er av stor betydning at de ivaretar pasientens verdighet. De må være realistiske, men ikke skremmende. De bør alltid ha forklarende tekst. Noen bilder bør vise pasienten i tidlig fase tilknyttet alt medisinsk teknisk utstyr. Når pasienten er våken, bør noen bilder tas fra pasientens synsvinkel slik at han får se rommet slik han så det fra sengen. Bilder av fremgang er bra, for eksempel ved vellykket mobilisering, og når han er klar for flytting.

11. Oppbevaring av dagbok

Mens dagboken skrives, skal den oppbevares skjermet ved pasientsengen sammen med andre pasientdokumenter. Etter flytting - og før utlevering - skal den oppbevares i et låst skap.

12. Overlevering av dagbok

Tidspunktet for overlevering må vurderes sammen med sykepleier på sengepost.

Overlevering skal journalføres. Dagboken bør så langt som mulig overleveres av en sykepleier som har fulgt pasienten og som kjenner til innholdet i dagboken. Hun bør

fortrinnsvis være sammen med pasienten når han ser i dagboken første gang, og det kan være lurt å starte bakfra. Det anbefales også sterkt å tilby en oppfølgingssamtale en tid etter at pasienten har hatt dagboken hos seg for å følge opp eventuelle spørsmål.

13.Når pasienten dør

Dersom pasienten dør får nærmeste pårørende som regel tilbud om å få dagboken, hvis det ikke er grunner som taler imot det. Den bør også her overleveres i en varsom samtale om innholdet.

Dokumentet med anbefalingene er i sin fulle form sendt ut til alle norske intensivavdelinger, og ligger ellers tilgjengelig på NSFLIS' hjemmeside. I tillegg er anbefalingene delt på konferanser (Storli et al., 2011).

2.6 Implementering

Vi vil i dette kapittelet presentere forskning som er gjort på hvordan man kan gå fram for å få til en mest mulig vellykket implementering av en sykepleiefaglig intervensjon.

Implementering kan defineres som en prosess bestående av et sett med spesifikke aktiviteter designet for å sette en aktivitet eller et program med kjente dimensjoner ut i praksis (Fixsen et al., 2005). Hensikten med å implementere er først og fremst å innføre noe nytt eller kjent slik at det blir en ny beste praksis (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2021). For å få til en vellykket implementering av dagbokskrivning til voksne intensivpasienter, er det viktig med kunnskap om implementering, implementeringsprosessen, implementeringskvalitet og implementeringsforskning. Det handler om i hvor stor grad man når målgruppen, følger intervensjonen og får gode resultater som vedlikeholdes over tid (Ødegård et al., 2017). Kotter (2008) understreker også at det er nødvendig at intervensjonen er gjennomførbar. Blir den for omfattende og tungvint i praksis, kan det bli svært vanskelig å opprettholde den i det lange løp. Han hevder videre at svikt i å implementere riktig kan føre til 70% feil på intervensjoner.

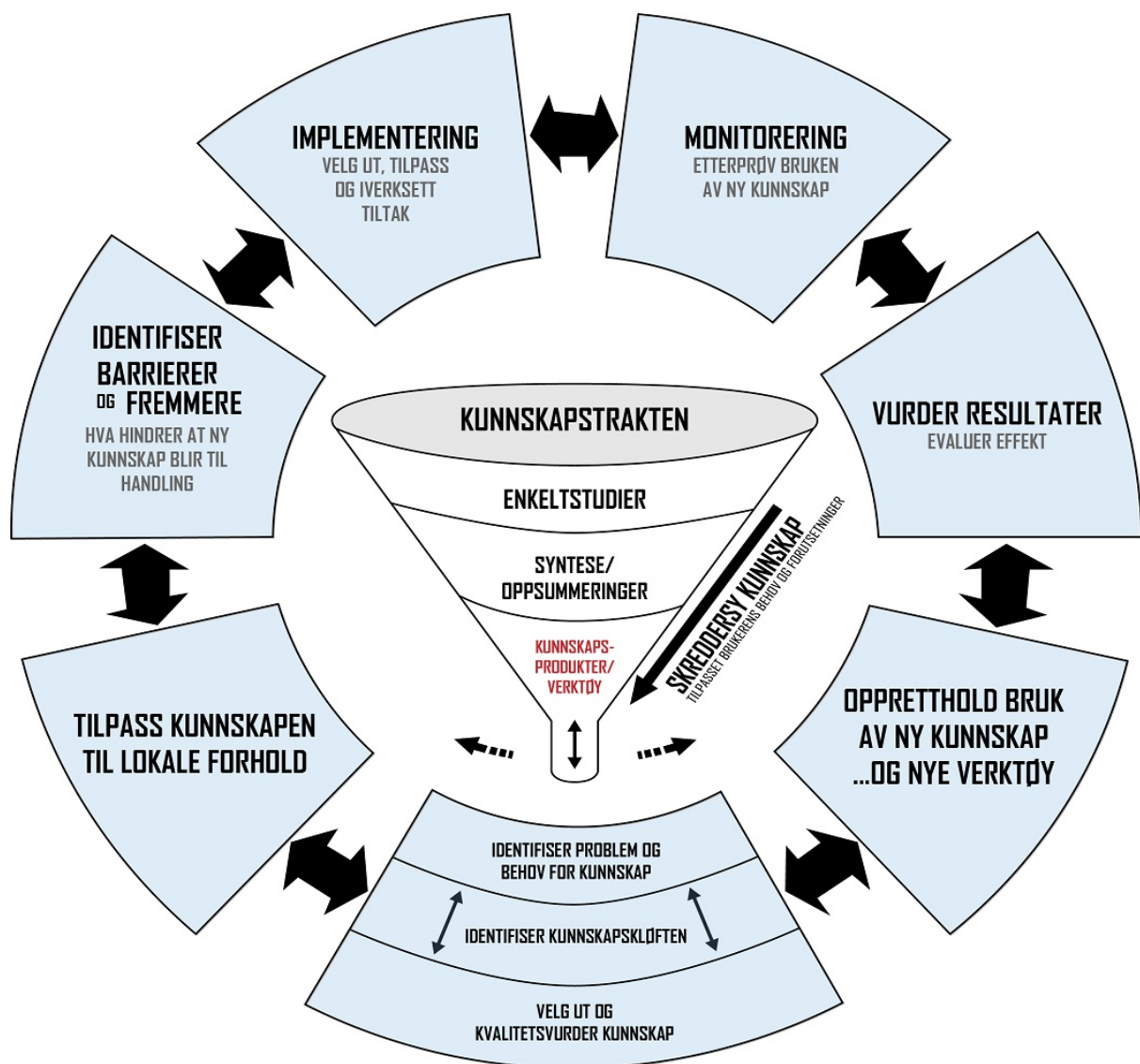
John Øvretveit sier at det ved implementering er viktig å skille mellom intervensjonen (det du ønsker å innføre), og implementeringen - som defineres som "the way it (the intervention) is

put into practice or is taken up”, og til slutt det miljøet intervensjonene skal implementeres i (Øvretveit, 2014, s. 26). Miljøet som intervensjonene implementeres i, kalles konteksten. Tallrike kontekstuelle faktorer påvirker om en implementering blir vellykket. Noen av faktorene som er identifisert i studier er blant annet: sykepleiekultur og ledelse, sykehusstørrelse, bemanning, organisatorisk innovativitet, administrasjons respons, tilgang til ressurser, organisasjonsklima, tilbud om utdanning, integrering av anbefalinger i organisatoriske strukturer og prosesser, penger, arbeidsbelastning, motstand mot endring, og tid (Davies et al., 2008; Dobbins et al., 2007; Estabrooks et al., 2007; Meijers et al., 2006; Ploeg et al., 2007).

Vellykket implementering av kunnskapsbasert praksis er også avhengig av en omfattende forståelse av barrierene. En god forståelse av barrierene muliggjør endring og gjør det lettere å skreddersy implementeringsstrategier til den lokale konteksten (Cassidy et al., 2021). Luiking (2017) framhever også at sykepleiernes egenskaper (utdanning og erfaring) påvirker hvor vellykket intervensjonen blir, særlig for suksessen på lang sikt og bærekraften av den.

På helsebiblioteket.no beskrives implementering som kunnskapsstranslasjon, og vi finner der *Fra kunnskap til handling* - modellen som er utarbeidet av Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO, 2012). Denne modellen - og det teoretiske grunnlaget for den - er basert på mer enn 30 ulike teorier knyttet til prosesser for utvikling av kunnskapsressurser og implementering (Straus et al., 2013). Kjernen i den grafiske fremstillingen av modellen er en kunnskapstrakt hvor forskningsbasert kunnskap, både enkeltstudier og systematiske oversikter samles, vurderes og skreddersys til bruk for klinikkens behov og forutsetninger. Resultatet av denne prosessen er gjerne retningslinjer, anbefalinger og prosedyrer for praksis. Første fase i den dynamiske prosessen som omgir trakten, er å identifisere et problem. Det kan være at en type praksis fungerer dårlig eller at det har kommet ny forskning eller nye fagprosedyrer som krever at man endrer praksis. Man må videre avdekke kunnskapskløften mellom ny forskning og den eksisterende praksis, før man tilpasser den nye kunnskapen til lokale forhold. For å gjøre dette må de berørte parter i endringsprosessen identifiseres, analyseres og engasjeres. Analysen gir informasjon om den enkeltes egen interesse, om motivasjonsfaktorer og barrierer i forhold til den endringen som foreslås. Forståelse av hvilke faktorer som motiverer og hvilke som hindrer endring, er viktig for å kunne lage en god plan. Videre beskriver modellen de ulike fasene i en endringsprosess; identifisere barrierer og fremmere - implementere - monitorere - vurdere/evaluere effekt - og til slutt opprettholde

bruk av ny kunnskap og nye verktøy. Prosessen stopper ikke, men går kontinuerlig for å opprettholde endringen og for å gjøre endringen stadig bedre (Se figur 3).



Figur 3. *Fra kunnskap til handling* - modellen beskriver en systematisk metode for implementering av ny kunnskap og nye prosedyrer til praksisfeltet (Straus et al. 2013). Oversatt til norsk av Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) ved Sunnaas sykehus (Helsebiblioteket, u.å.).

3.0 Metode og metodiske overveielser

I en forskningsprosess vil ulike metoder være et redskap for å fremme og gi svar på den gitte problemstillingen: "En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. "Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder" (Aubert, 1985, s.196).

Gjennom en litteraturstudie skal vi se på hva som skal til for å få til en vellykket implementering av dagbokskrivning til voksne intensivpasienter. Vi håper med det å bli bedre forberedt til implementeringen av dagbok for voksne intensivpasienter i egen avdeling gjennom at vi får økt kunnskap om implementeringsstrategier, suksessfaktorer og utfordringer i implementeringsprosessen.

I en litteraturstudie benyttes de identifiserte studiene som grunnlag for datamaterialet som skal analyseres. Med andre ord vil materialet i en litteraturstudie være den allerede eksisterende kunnskapen som man har funnet ved å søke i databaser, og analysen vil innebære å sammenstille denne. Fra søket i databasene og litteraturen derfra henter vi ut data som svarer på våre forskningsspørsmål, analyserer og tematiserer denne. Videre diskuteres våre funn opp mot de valgte forskningsspørsmålene (Braun & Clarke, 2006).

På mange områder i samfunnet stilles det stadig større krav til evidensbasert praksis, og behovet for oppdatert kunnskap, erfaring, vurdering og informasjon vil være essensielt. Kunnskapsoversikter møter på mange måter slike krav til evidensbasert praksis, og av den grunn finnes det også mange ulike typer av slike oversikter. Felles for dem er at de systematisk samler resultater fra eksisterende studier og tegner et større bilde enn det hver enkelt studie kan gi. Modellene er evidensbaserte ved at det skal være mulig for andre å etterprøve og kritisere metodene, resultatene og konklusjonene (FHI, 2018).

3.1 Design

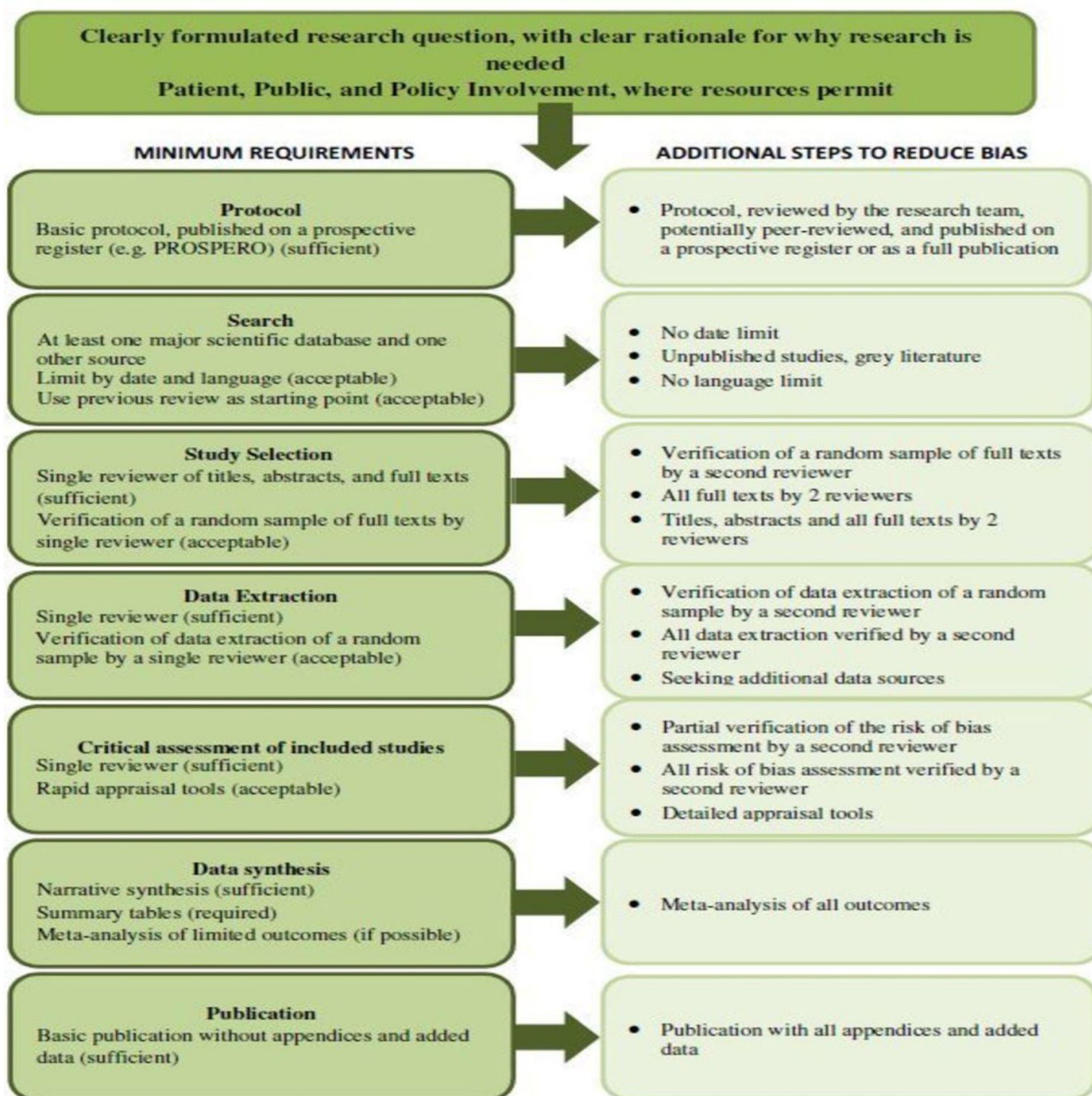
På grunn av tidsbegrensingen knyttet til masterløpet, vil litteraturgjennomgangen i vår studie basere seg på retningslinjer for et såkalt “rapid review” (begrenset systematisk oversikt) som vil danne grunnlaget for den metodologiske rammen. Rapid review er en variant/undergruppe av systematisk review og ble først omtalt i litteraturen i 1997 (Hamel et al., 2020).

Bruken av rapid reviews har økt de siste 20 årene, og særlig kraftig de siste årene som svar på den globale covid-pandemien, ved at det oppstod mange kliniske spørsmål som krevde raske svar (Moons et al., 2021). Rapid review defineres som: “A rapid review is a form of knowledge synthesis that accelerates the process of conducting a traditional systematic review through streamlining or omitting a variety of methods to produce evidence in a resource-efficient manner” (Hamel et al., 2021, s.80).

Rapid review er en systematisk oversikt over studier som svarer på et klart definert forskningsspørsmål, men med en mindre omfattende metode enn ved en full systematisk oversikt, og dermed også noe mindre pålitelig. Selv om andre typer systematiske oversikter er gullstandard og den foretrukne metoden, kan det ta år å fullføre og publisere slike. Klinikere, ledere og beslutningstakere har ofte ikke råd til å vente år for å få svar på spørsmålene sine ved hjelp av mer avanserte systematiske oversikter. De trenger ofte støtte i vitenskapen på en mer tidsriktig og ressurseffektiv måte. For dette formålet gjennomføres derfor rapid reviews (Moons et al., 2021).

Den videre hensikten med rapid reviews er å gi svar på eller oversikt over en problemstilling og bidra til anbefalinger om tiltak og vise hvorvidt det mangler primærforskning eller oppsummert forskning (FHI, 2018), altså som en forløper til videre arbeid med problemstillingen. Alle begrensede systematiske oversikter skal ha et klart definert forskningsspørsmål og en klar begrunnelse for hvorfor det er behov for forskningen. Dette har de til felles med systematiske reviews. De bør også, når det er mulig, involvere beslutningstakere, pasienter og offentligheten i å definere og/eller finpusse forskningsspørsmålet. Søkestrategien bør inkludere minst én større database (f.eks. medline) og én annen kilde. Begrensede systematiske oversikter vil derfor gjerne resultere i mer forsiktige tolkninger og anbefalinger enn fullstendige oversikter. Hvis begrensede gjennomganger utføres godt, kan informasjonen som innhentes brukes av beslutningstakere og klinikere til å ta beslutninger om helseintervensjoner (Plüddemann et al., 2018).

Når man skal gjøre en rapid review, stilles det krav til at hver fase av metoden gjennomføres på en detaljert og dokumentert måte, da det skal være mulig at studien kan replikeres av andre. De ulike fasene er: 1) Identifisering av litteratur, 2) Utvelgelse, 3) Datauttrekk, 4) Beskrivelse, 5) Analyse og 6) Sammenstilling (FHI, 2018). Vi velger å forholde oss til Plüddemann et al. (2018) sitt fleksible metodiske rammeverk hvor kjernetrinnene og minimumskravene skisseres for å fullføre begrensede systematiske oversikter og ytterligere skritt som kan tas på hvert trinn for å redusere skjevhet, når tid og ressurser tillater det (se Figur 4).



Figur 4; Et fleksibelt rammeverk som viser hovedelementer og minimumskrav for å fullføre en begrenset systematisk oversikt (venstre kolonne), og ytterligere skritt som kan tas for å redusere skjevhet når tid og ressurser tillater det (høyre kolonne) (Hentet fra Plüddemann et al., 2018).

3.2. Søk og inklusjon av artikler

Vi har i samarbeid med bibliotekar foretatt systematiske søk i de bibliografiske databasene Cinahl og Medline. Søkeord som ble brukt var: intensive care units/critical care nursing/critical care/intensive care/icus/diary/diaries/implement* .

For å få den nyeste forskningen, begrenset vi søket til å gjelde artikler fra 2010. Vi fikk 106 treff, hvorav 29 var duplikater. Vi satt da igjen med 77 som vi vurderte ut fra tittel og abstrakt. Av disse ble 3 ekskludert på grunn av språk (annet språk enn engelsk eller skandinavisk) og 43 ble ekskludert da de omhandlet dagbokens betydning for barn (som pasienter) og pårørende/familier. Grunnen er at vi hovedsakelig er ute etter studier som omhandler implementering og bruk av dagbok til den voksne intensivpatienten, og fordi vi har et særlig fokus på sykepleierens rolle. Vi valgte også å inkludere artikler hvor studiene har benyttet kvalitative metoder i forskningen. Dette har vi gjort fordi vi har kvalitative forskningsspørsmål. Noen av artiklene har deskriptivt design og beskriver utbredelse av dagbok i tillegg til implementeringsprosessen. Utbredelse er presentert kvantitativt ved tall og prosent. Det samme gjelder noen av resultatene fra spørreskjemaet. For å gi en strukturert oversikt over hele søkeprosessen har vi benyttet PRISMA 2020 flow diagram (se fig 5). Ut fra disse kriteriene leste vi fulltekst på de gjenværende 31 artiklene og inkluderte til slutt 10 artikler i oppgaven, som alle oppfylte inklusjonskriteriene (se oversikt i tabell 1).

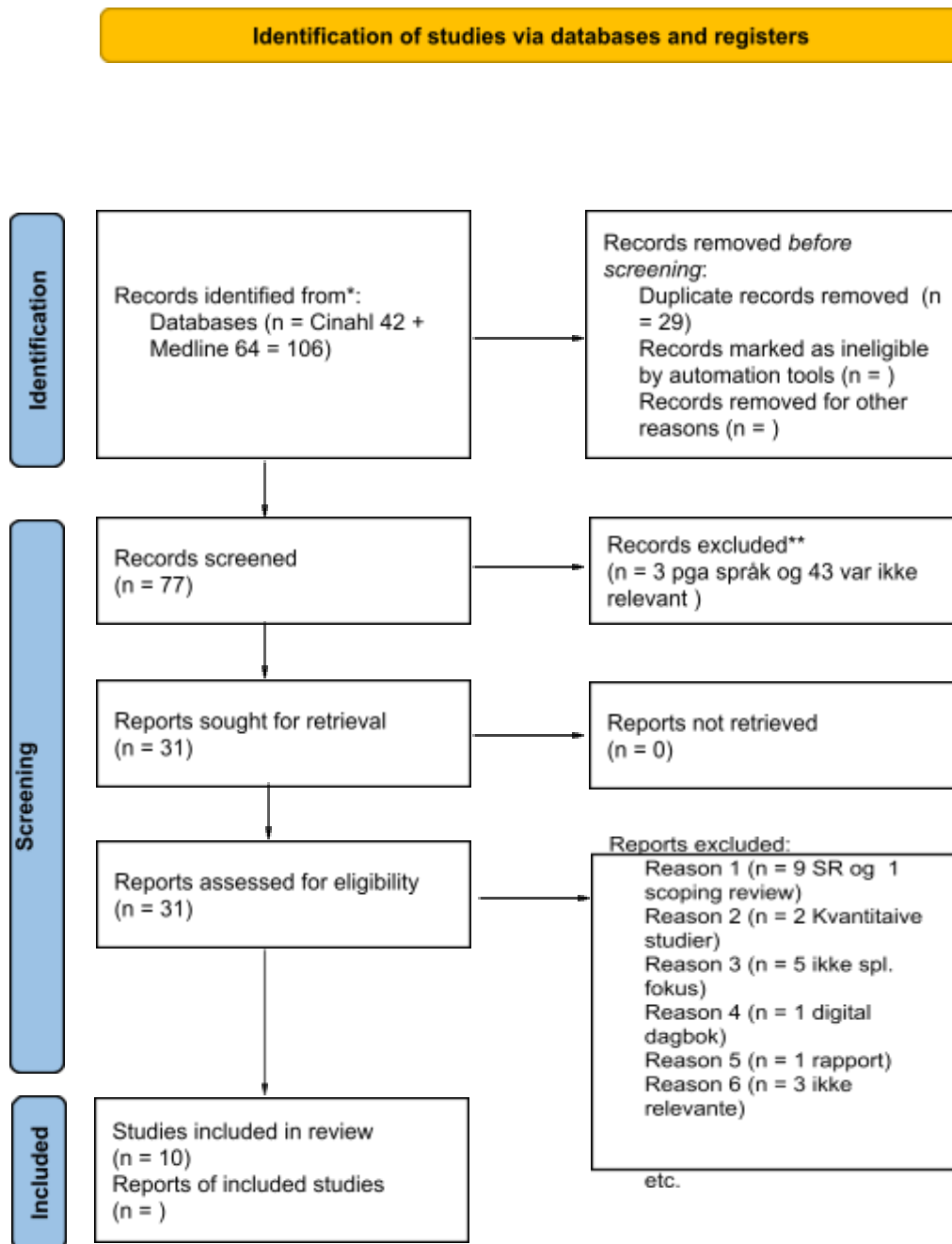
Inklusjonskriterier:

- Studier fra 2010 og senere
- Engelsk og skandinavisk språk
- Enkeltstudier
- Fagfellevurdert
- Kvalitativ metode
- Artikler med fokus på dagbok til voksne intensivpasienter
- Artikler med fokus på sykepleierens rolle ved implementering

Eksklusjonskriterier:

- Kvantitativ metode
- Systematic reviews og scoping reviews
- Artikler med fokus på dagbok til barn og/ eller pårørende

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and registers only



Figur 5.

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71

Tabell 1: Inkluderte artikler

	Artikler til datainnsamling	Forfatter	Årstall	Land
1	Improving the Patient Experience by Implementing an ICU Diary for those at risk of post intensive care syndrome.	Blair, K Taylor A, Eccleston Sarah D, Binder Hannah M og McCartney Mary S.	2017	USA, Tacoma
2	Implementation of an Intensive Care Unit Program at a Veteran Affairs Hospital.	Drumright Kelly Jones Abigail C, Gervasio Ralp, Hill Christopher, Russel Margaret and Boehm Leanne M.	2021	USA, Tennessee and Kentucky
3	An Act of Caring - patient diaries in Norwegian intensive care units.	Gjengedal Eva, Storli Sissel L, Holme Anny Norlemann og Eskerud Ragne Sannes.	2010	Norge
4	Extent and application of patient diaries in Austria: process of continuing adaptation.	Heindl Patric, Bachlechner Adelbert, Nydahl Peter og Egerød Ingrid.	2019	Østerrike
5	Perceptions of ICU Diary Utility and Feasibility in a Combat ICU.	Hester Marisa, Ingalls Maj Nichole K, Hatzfeld Jennifer J.	2016	Amerikansk feltsykehus i Afghanistan.
6	Nurses` experiences of ICU diaries following implementations for diaries in intensive care units : a quality improvement project.	Holme Anny Norlemann, Halvorsen Kristin, Eskerud Ragne Sannes, Lind Ranveig, Storli Sissel Lisa, Gjengedal Eva og Moi Asgjerd Litleré	2020	Norge
7	Developing a Diary Program to Minimize Patient and Family Post Intensive Care Syndrome.	Locke Meaghan, Ecclestan Sarah, Ryan, Claire N, Byrnes Tiffany J, Mount Christin og McCartney Mary S.	2016	USA
8	Extent and application of ICU diaries in Germany in 2014.	Nydahl Peter, Knueck Dirk og Egerød Ingrid	2015	Tyskland
9	Institutional challenges and solutions to evidence based, patient centered practice, implementing ICU diaries.	Rogan Julie, Zielke Megan, Drumright Kelly og Boehm Leanne M.	2020	USA
10	Improving patient diary use in intensive care: a quality improvement report.	Veoso Costa Asya, Padfield Olivia, Elliot Sarah og Hayden Paul.	2021	England, Kent

3.3 Dataekstraksjon

Ifølge Plüddemann et al.'s (2018) fleksible rammeverk for begrensede systematiske oversikter, er det tilstrekkelig at én forsker gjør dataekstraksjon ved en hurtigoversikt. Forsterket tillit til studien oppnås dersom to forskere gjør dataekstraksjon. Vi har begge lest nøye gjennom de inkluderte artiklene og foretatt dataekstraksjon i henhold til våre forskningsspørsmål. Vår dataekstraksjon vises nedenfor i tabell 2.

Tabell 2: Dataekstraksjon fra de inkluderte studiene, del 1.

Art. nr.	Forfatter, år og sted	Studiedesign/metode	Hensikt	Utvalg	Implementeringsstrategi og -type?
1	Blair Eccleston Binder McCarthy 2017 USA	Deskriptiv kvalitativ metode for å beskrive implementeringsprosess + Spørreskjema og dialog.	Å beskrive sykepleierens innsats for å implementere intensivdagbok og få tilbakemelding på dagbokens betydning i å fremme samarbeid og kommunikasjon mellom pasienter, familiemedlemmer og intensivpersonell	1 sykehus : Madigan Army Med. Center	-The Iowa model of evidence-based practice -Ressursteam -Litteratursøk -Undervisning -Diary Tracker -Pilotstudie (ABCDEFGH-bundle)
2	Drumright Jones Gervasio Hill Russell Boehm 2021 USA	Spørreskjema til ansatte 1 måned før + 6 måneder etter implementering.	Å implementere intensivdagbok som et verktøy for å engasjere og styrke familiemedlemmer for å redusere PICS og PICS-F	Intensivavdeling ved Veterans Affairs Med. Center i USA. (20 intensivsenger + 6 intermediærsenger)	-Ressursteam team (tverrfaglig) -Informasjon fra andre sykehus -Litteratursøk -Lagde egne retningslinjer. -Flytskjema og sporingslogg -Undervisning -Spørreundersøkelse for å evaluere. (ABCDEF-bundle og SCCM-THRIVE)
3	Gjengedal Storli Holme Eskerud 2010 Norge	Kvalitativ deskriptiv design Semi strukturert telefonintervju	Å få mer kunnskap om bakgrunn, omfang og implementering av dagbøker i norske intensivavdelinger	30 erfarne intensivsykepleiere fra 30 ulike intensivavdelinger	-Ulike anbefalinger og retningslinjer fra litteraturen -Nytte av enkelte sykepleieres tidligere erfaring -Ressursteam
4	Heindl Bachlechner Nydal Egerød 2016 Østerrike	Prospektiv multipl metode bestående av spørreskjema og intervju.	Å undersøke utbredelse og anvendelse av intensivdagbøker i Østerrike i 2015	13 av 178 intensivavdelinger som skriver intensivdagbøker	-Hver avdeling lagde sine egne retningslinjer basert på inspirasjon fra artikler og maler fra internett. -Ressursteam
5	Hester Ingalls Hatzfeld 2016 USA/Afghanistan	Spørreskjema til sykepleierne før og etter implementering av intensivdagbok.	Å evaluere gjennomførbarheten og oppfatningen av intensivdagbøker + endringer i sykepleierens arbeidstilfredshet i en intensivavdeling i et amerikansk feltsykehus i Afghanistan	Craig Joint Theater Hospital in Afghanistan. 16 deltakere.	-Retningslinjer utviklet av britene. -Ressursteam -Undervisning

Art. nr.	Forfatter, år og sted	Studiedesign/metode	Hensikt	Utvalg	Implementeringsstrategi og -type?
6	Holme Halvorsen Eskerud Lind Storli Gjengedal Moi 2020 Norge	Spørreskjema	Å evaluere intensivsykepleieres erfaringer med intensivdagbøker etter implementeringen av nasjonale retningslinjer for dagbokskrivning til kritisk syke pasienter	39 norske intensivavdelinger deltok	-De nasjonale anbefalingene for bruk av dagbok til pasienter ved norske intensivavdelinger -Ressursteam -Initiativ fra intensivsykepleiere
7	Locke Eccleston Ryan Byrnes Mount McCartney 2016 USA	Intervju og spørreskjema	Å beskrive undervisning til alle interessenter ang. introduksjon av dagbok, undervisningsvideo og -brosjyre + evaluering og mottakelse av disse intervensjonene	Intensivavdeling med 20 intensivsenger (Military Med Center)	-The Iowa model of evidence-based practice -Ressursteam -Litteraturstudie -Tracking tool
8	Nydahl Knueck Egerød 2014 Tyskland	Prospektiv mixed-method multicenter design.	Å oppdatere kunnskap om omfanget og anvendelsen av intensivdagbøker i Tyskland i 2014	14 av 43 avdelinger som bruker intensivdagbøker samtykket i deltagelse	-Vanligvis implementert av få dedikerte sykepleiere på avdelingen -Informasjon hentet fra tidligere bachelor- og masteroppgaver, internett, artikler og undervisning
9	Rogan Zielke Drumright Boehm 2020 USA	Semi strukturert telefonintervju.	Å diskutere utfordringer ved å implementere intensivdagbok og å identifisere løsninger som ble operasjonalisert for å overvinne disse vanskelighetene	Intensivavdeling ved to sykehus : Tennessee Valley Healthcare System Veterans Affairs Med. Center (TVVA), og Penn Presbyterian Med. Center (PPMC).	-Forskningslitteratur -Informasjon fra to sykehus i USA i forhold til identifiserte hovedbarrierer -Utarbeidet løsninger i forhold til hovedbarrierene -Ressursteam
10	Costa Padfield Elliot Hayden 2021 England	Spørreskjema	Å øke kvaliteten på dagoktilbudet og det generelle multidisiplinære team engasjementet.	Intensivavdelingen, 9 senger, ved et sykehus; Medway Maritime Hospital.	-Implementeringsmodell: Plan-Do-Study-Act -Ressursteam -Målte og presenterte resultater -Evaluerte

Tabell 2: Dataekstraksjon fra de inkluderte studiene, del 2.

Art. nr.	Hvem skriver i dagboken?	Utfordringer	Suksess-faktorer	Vellykkethet	Del av journal	Bilder
1	-Intensivsykepleiere. -Leger. -Andre i behandlingsteamet. -Pårørende.	-Mangel på kunnskap om PICS og dagbok. -Sykepleierne syntes det var vanskelig å vite hva de kunne skrive i dagbøkene. -Legene hadde ikke tid til å skrive.	-Litteraturgjennomgang i forkant -Undervisning til helsepersonellet og til pårørende med fokus på EBP -Oppfølging av personell underveis -Engasjerte ledere av prosjektet som motiverte	-Meningsfylt å skrive i dagboken -Bedre kommunikasjon mellom behandlingsteamet og pårørende -Positive tilbakemeldinger fra pårørende og pasienter -50 dagbøker på 10 måneder.	Nei	-Ingen foto av pasient for innhentet samtykke (ved overflytting til sengepost). -Bilder av rommet er ok.
2	-Hovedsakelig sykepleiere -Få andre ansatte -Pårørende	-Ukomfortabelt å skrive når de ikke var kjent med pasient og pårørende. -Risikoaversjon pga juridiske konsekvenser -Tidsbegrensninger og avbrytelser -Vanskelig å gjennomføre dersom en i behandlingsteamet ikke bidrar. -Travelhet i avdeling og mangel på oppfølging av prosjektleder. -Mangel på erfaring og kunnskap.	-Prosjektleders engasjement og oppfølging av medarbeidere med tanke på kunnskap og motivering for å skrive. -Økt engasjement fra pårørende. -Positive tilbakemeldinger fra pasient og pårørende. -Undervisning i smågrupper og en til en.	-Studien konkluderer med en suksessfull implementering av 75 dagbøker i løpet av 2 år. -Kostnadseffektivt tiltak -Humanizing Care -Bedre kommunikasjon -Pårørende får økt opplevelse av omsorg og mestring av situasjonen.	Nei	Bilder kun ved innhenting av samtykke.
3	-Hovedsakelig sykepleiere -Noen få avdelinger inviterte andre profesjoner til å skrive i dagboken.	-Mangel på ressurser i forhold til tid. -Mangel på nasjonale retningslinjer. -Mangel på oppfølging i avdelingen.	-Litteratursøk -Undervisning -Engasjerte sykepleiere -Positive tilbakemeldinger fra pasienter som har mottatt intensivdagbok	Det at over halvparten av intensivavdelingene i Norge har implementert skriving av intensivdagbok og at omfanget er økende, tyder på at implementeringen så langt er vellykket.	Ikke beskrevet	-De fleste avdelingene tar bilder av pasienten. -Bilder inkluderes direkte i dagboken eller oppbevares i en konvolutt for å inkludere etter samtykke fra pasienten.
4	-Sykepleiere -Pårørende -Venner -Andre i behandlingsteamet ble også invitert til å skrive, men benyttet seg sjelden av det.	-Enkelte sykepleiere ønsket ikke å skrive. -Initiativet kom fra en enkelt sykepleier og ikke fra ledelsen. -Hierarkisk struktur -Negative tilbakemeldinger på enkelte notater. -Ikke klare retningslinjer -Ulik praksis på de ulike avdelingene -Mangel på erfaring -Mangel på undervisning -Mangel på veiledning	-Enkelte engasjerte sykepleiere -Doktorgradsstudier skrevet av sykepleiere om emnet gav inspirasjon og kunnskap.	På tross av store utfordringer, klarte enkelte sykepleiere å organisere skriving av dagbøker, og dette var en pågående prosess.	Nei	Nei

5	-Sykepleiere -Leger -Venner -Kolleger	-Mangel på tid til å skrive -Juridiske bekymringer -Opplevelse av moralsk ansvar/plikt til å skrive	-Guidelines som tidligere er utprøvd -Kostnadseffektivt -Erfaring med å skrive intensivdagbok -Høy forventning blant sykepleierne før implementering om at dagboken kan bli nyttig for pasienten og deres familie og for avdelingen.	-Fornøyde pasienter og pårørende. -Tilbakemeldinger om nytteverdi for både pasienter, pårørende og ansatte. Sykepleierne opplevde at de fikk mulighet til å bidra til pasientenes følelsesmessige bedring, og ved det, personlig tilfredshet.	Ikke nevnt	Det sies ikke noe om bruk av bilder.
6	-Sykepleiere	-Ikke nok ressurser og avsatt tid	-Ressurser -Avsatt tid -Lederansvar som inkluderer systematisk undervisning, opplæring og veiledning av ansatte i form av skriving i intensivdagboken -Registrering av dagbokaktiviteten -Organisering av overleveringer av intensivdagboken. -Regelmessige evalueringer.	-Økt kunnskap om langtidseffekter av kritisk sykdom, dagboken og anbefalte rutiner for bruk av dagbøker. -Bedre rutiner for oppbevaring av dagbøkene -Dagboken hadde en positiv innvirkning på pasientene/pårørende -Forbedrede protokoller -Økt standardisering -Styrket omsorgs aspektene ved sykepleie, inkludert familieomsorg	Ja, ved 50 % av avd.	Ikke nevnt
7	-Sykepleiere og andre i behandlingsteamet -Pårørende -Besøkende	-Mangel på kunnskap (spesielt om hva man kan skrive i intensivdagboken). - Behov for stadige påminnelser og oppmuntringer for å skrive. -Opplevelse av mangel på tid -Frykt for juridiske konsekvenser -Mangel på finansielle ressurser -Mangel på et sted å oppbevare alt utstyr	-Bruk av en implementeringsmodell -God planlegging -Utvelgelse av et ressursteam som var i forkant for å finne løsninger på forventede og oppståtte utfordringer ved implementering. -Positive tilbakemeldinger fra familie og pasienter. -Finansielle midler til rådighet.	-Økt antall skrevne dagbøker -Å skrive dagbøker ble en kilde til inspirasjon både for ansatte og pårørende og et verktøy for pårørende som hjalp dem å holde ut i en vanskelig tid.	Nei	Ikke nevnt
8	-Sykepleiere -Pårørende	-Mangel på sykepleiere -Byråkratiske utfordringer -Vanskelig å vite hva en skal skrive -Mangel på tid. -Noen sykepleiere nekter å skrive. -Konflikter mellom sykepleierne.	-Potensiale til å bedre sykepleien til kritisk syke pasienter -Organiserte arbeidsgrupper som bestod av klinikere som ofte var på jobb -Printede eksempler på hva man kan skrive, reduserte barrierene.	-6 år etter introduksjonen av intensivdagbøker, er intensivsykepleiere i Tyskland i ferd med å bli kjent med konseptet. -Positive tilbakemeldinger fra pasienter og familier. -Skriving av intensivdagbøker øker i Tyskland -Større nærhet til de pårørende	Nei	Foto ikke inkludert pga juridiske årsaker
9	-Sykepleiere -Leger -Andre i behandlingsteamet -Pårørende. -Venner	-Stort ansvar å ivareta pasientens personvern. -Bekymring om bærekraft -Frykt for juridiske konsekvenser -Mangel på kunnskap og erfaring med intensivdagbøker.	-Retningslinjer for å guide personalet og familiene. -Omfattende opplæring -Oppbevare intensivdagbøkene på en trygg og sikker plass -Coaching i forhold til implementeringsplanen. -Ressursteamet hjelper ansatte til å skrive det første innlegget. -Medlem av ressursteamet leser gjennom innleggene i boken hver dag.	-Positive tilbakemeldinger fra pasienter, pårørende og ansatte. -Kostnadseffektivt sett i forhold til nytteverdien -Teamene opplever å ha funnet gode løsninger på de oppståtte utfordringene ved implementering.	Nei	Bilder ble kun inkludert når det var mulig å innhente samtykke. Ellers brukte man kun bilder fra behandlingsrommet på intensivavdelingen og av medisinsk teknisk utstyr.

			<ul style="list-style-type: none"> -Tipsark med ofte stilte spørsmål roterte blant personalet . -Størst suksess når man skrev innlegg i intensivdagboken sammen med et av teammedlemmene. -Skrive bidragene i boken i slutten av vaktten. 			
10	<ul style="list-style-type: none"> -Sykepleiere -Pårørende 	<ul style="list-style-type: none"> -At det ikke var obligatorisk, hadde lav prioritet og mangel på rutine. -Mangel på utstyr -Større arbeidsbyrde 	<ul style="list-style-type: none"> -Bruk av implementeringsmodell -Påminnelse og sjekklister i kurve -Undervisning som ofte gjentas, og som også gis til nyansatte og vikarer for å opprettholde engasjementet også i feriene. -Laminert veiledningsdokument med eksempler på dagboknotater 	<ul style="list-style-type: none"> -Økt antall skrevne dagbøker. -Økt engasjement blant flere faggrupper for dagbokprosjektet. 	Ikke nevnt	Ikke nevnt

3.4 Analyse

“En analyse er en spørsmålsdrevet prosess, der man leter i data etter svar på spørsmål” (Johannessen et al., 2018, s.22). Analyser kan være deduktive (teoridrevne) eller induktive (datadrevne). For å hjelpe oss til å identifisere, analysere og rapportere mønstre (temaer) innen data, velger vi å bruke tematisk analyse som primært er en induktiv tilnærming.

Psykologene Braun & Clarke (2006) lanserte tematisk analyse som en distinkt tilnærming til kvalitativ analyse. Den tematiske analysen tilbyr en tilgjengelig og teoretisk tilnærming for å analysere kvalitative data. En av fordelene er dens fleksibilitet. Dette innebærer at den ikke er bundet til et bestemt teoretisk rammeverk, og som induktiv metode kan den derfor brukes innenfor rammene av ulike teoretiske og epistemologiske tradisjoner (Braun & Clarke, 2006).

Tematisk analyse er en enkel, men grundig oppskrift på hvordan man kan gå fram for å finne noe interessant i dataene. Den innebærer at man identifiserer temaer i dataene. Tema vil da være en gruppering av data med viktige fellestrekk, som også kan kalles kategori. Ved å gruppere data i kategorier, skaper vi orden, samtidig som vi også identifiserer nye sammenhenger i dem. Forskningsspørsmålene gir retningen til kategoriseringen.

Vurderingene av det vi finner ved hjelp av kategoriene, er funnene. Disse skal til sammen utgjøre svaret på forskningsspørsmålene (Johannessen et al., 2018).

Vi har valgt å analysere ved hjelp av Braun & Clarke (2006) sin tematiske analyse. Dette er en tematisk analyse som foregår i seks trinn. Johannessen, Rafoss og Rasmussen (2018, s. 283) har forenklet og justert denne ned til fire trinn. Vi har valgt å følge denne. De fire fasene i den tematiske analysen består av:

1. Forberedelse (der du skaffer til veie og får oversikt over data).
2. Koding (der du fremhever og setter ord på viktige poeng i data).
3. Kategorisering (der du kategoriserer de kodede dataene dine i mer generelle temaer).
4. Rapportering (der du rapporterer temaene og deres innhold).

Det er viktig å være klar over at forskningsspørsmålene kan endres underveis i en tematisk analyse fordi man ser at dataene er mer egnet til å besvare noen spørsmål framfor andre. Spørsmål og svar blir til underveis, noe som er svært vanlig i kvalitative analyser (Johannessen et al., 2018).

Etter at vi hadde inkludert de ti artiklene i studien vår, leste vi dem nøye hver for oss og gjorde en kritisk vurdering (se kapittel 3.6, figur nr. 6). Etter dette leste vi artiklene med utgangspunkt i våre foreløpige forskningsspørsmål, og samlet data hver for oss, som vi så sammenlignet og diskuterte. Vi ble enige om å kategorisere data i fem kategorier. Kategoriene var av en slik karakter at de - etter å ha blitt anvendt på materialet - med fordel kunne komprimeres til tre tema, noe som lettet arbeidet vårt ved at vi kunne bruke et tema for hvert forskningsspørsmål.

3.5 Troverdighet

Troverdighet er det overordnede begrepet for gyldighet, pålitelighet og overførbarhet i kvalitativ forskning. Troverdighet i kvalitative studier omfatter hele studien. Begrepet gyldighet går på om man faktisk har undersøkt det man skulle undersøke. Pålitelighet handler om at vi redegjør for hvordan vi utvikler data. Overførbarhet er knyttet til om den forståelsen man utvikler ved gjennomføringen av et studie, også kan være relevant i andre situasjoner og miljøer. Troverdigheten påvirkes også av om forskerne kjenner miljøet studien utføres i, eller om de står utenfor (Drageset & Ellingsen, 2011; Thagaard, 2018).

Troverdigheten i vår studie er ivaretatt ved at vi har foretatt et litteratursøk i anerkjente databaser ved hjelp av bibliotekar. og vi har kvalitetsvurdert de inkluderte artiklene ved hjelp av kvalitets vurderingsskjemaet CASP (se figur 6 under). Søkehistorien finnes i oppgaven som vedlegg nr.1, slik at søket kan repeteres. Siste oppdaterte søk ble foretatt 25.08.22. Vi har

fulgt Braun and Clarke`s anbefaling om å lese artiklene hver for oss og så diskutert og sammenlignet resultater. Vi har gjennom både datainnsamling, analyse og tolkning hatt hovedfokus på vår problemstilling og våre forskningsspørsmål. Ved å gjøre våre tematiske analyser av inkluderte artikler tilgjengelige for leser (tabell 1), kan studiens pålitelighet kontrolleres.

Som erfarne intensivsykepleiere sitter vi med en forforståelse som har betydning for hvordan vi har tolket de data vi har samlet inn. Vi kjenner til miljøet intensivdagboken skal implementeres i og kan relatere vår hverdag til det som beskrives i studiene. Dette ser vi imidlertid på som en styrke for studien, da vi lettere kan sette oss inn i intensivsykepleiernes rolle og forstå intensivsykepleiernes erfaringer og synspunkter knyttet til implementering av dagbok. Vi har imidlertid ingen egen erfaring i å skrive dagbok, så på det området er vår forforståelse kun teoretisk basert. En ekstra styrke for studien er at den underveis er kritisk kommentert av veileder flere ganger og at den er diskutert på to masterseminarer med medstudenter og ansatte ved instituttet. Her har vi fått gode innspill til ytterligere refleksjon over vår metode og prosess.

3.6 Forskningsetiske vurderinger

I Norge er medisinsk og helsefaglig forskning underlagt helseforskningsloven. § 1 sier at lovens formål er “å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning”. Videre sier § 5 at “medisinsk og helsefaglig forskning skal ivareta etiske, medisinske, helsefaglige, vitenskapelige og personvernmessige forhold” (Helseforskningsloven, 2009). Ved å følge prosedyrene til - og gjennomføre - en variant av systematisk litteraturstudie, har vi ikke involvert forsøkspersoner som del av vårt design. Vi har heller ikke risikert å krenke noens integritet eller autonomi direkte. Vi trengte derfor ikke å søke om godkjenning verken fra Etisk komité eller Personverntjenester for forskning (SIKT, tidligere NSD) for å gjøre studien (Malterud, 2017). Studiene vi har inkludert har vi kvalitetssjekket også i forhold til hvilke etiske overveielser som er gjort i det enkelte studie (Figur 6). Ifølge Malterud (2017) er det viktig å være seg bevisst at en har en etisk plikt til å ivareta det som er meningsinnholdet i hver enkelt primærstudie. Man må også vise respekt overfor både informanter og forfatterne av primærstudiene. Dette kan man gjøre ved å holde seg tett til

teksten i studien og være varsom med hvordan en sammenfatter det forfatterne har dokumentert og gitt uttrykk for.

For kvalitetsvurdering av de utvalgte artiklene, der også vurdering av forskningsetikk inngår, har vi valgt å bruke **Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2018)**. I

CASP-programmet inngår 10 følgende spørsmål:

1. Er det et tydelig uttalt mål/hensikt med studien?
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for studien?
3. Er forskningsdesignet hensiktsmessig for å nå studiens mål?
4. Er utvalg-strategien hensiktsmessig for studien?
5. Er data samlet på en måte som kan gi svar på forskningsspørsmålene?
6. Er relasjoner mellom forskere og deltakere tatt med i vurdering av resultatet?
7. Er det gjort etiske overveielser i studien?
8. Er data-analysen utført “strengt nok”?
9. Gir studien en tydelig beskrivelse av funn?
10. Er studien nyttig og overførbar?

I figur 6 (under) er vurderingene basert på CASP vist i et systematisk oppsett. På grunn av begrenset plass i diagrammet refererer vi til artiklene numerisk og henviser til artikkeloversikt i Tabell 1 (se i kap. 3.2). Artiklene vises i vertikal akse og de ti spørsmålene i horisontal akse.

Spm.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
art.1	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
art.2	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
art.3	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
art.4	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
art.5	ja	ja	ja	ja	ja	nei	ja	ja	ja	ja
art.6	ja	ja	ja	ja	ja	nei	ja	ja	ja	ja
art.7	ja	ja	ja	ja	ja	nei	ja	ja	ja	ja
art.8	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
art.9	ja	ja	ja	ja	ja	nei	ja	ja	ja	ja
art.10	ja	ja	ja	ja	ja	nei	ja	ja	ja	ja

Figur 6. Figuren viser en skjematisk oversikt over kvalitetsvurderingen av de ti inkluderte artiklene i studien, basert på 10 spørsmål om kvalitet fra programmet Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2018).

Horisontal akse viser spørsmålene - representert med nummer - fra CASP, mens vertikal akse viser artiklene som er inkludert i studien, gjengitt ved det nummeret de har i oppgaven.

Figur 6 viser at studiene kun skiller seg på spørsmål 6, altså spørsmålet om relasjoner mellom forskere og deltakere er vurdert i studiene. Studier som ikke har full score har vi likevel valgt å inkludere da de bidrar til å svare på våre forskningsspørsmål.

4.0 Funn

Vi vil nå presentere funn i tematisk rekkefølge med utgangspunkt i forskningsspørsmålene og den tematiske analysen. Vi har utarbeidet en tabell (tabell 3) som viser oversikt over forskningsspørsmål med tilhørende tema, kategorier og koder fra den tematiske analysen av datamaterialet.

Tabell 3: Resultater fra tematisk analyse av datamaterialet.

Forskningsspørsmål:		
1: Hvordan beskrives implementeringsstrategien/-prosessen ved innføring av intensivdagbok?	2: Hvordan beskrives vellykket implementering av intensivdagbok?	3: Hvordan beskrives utfordringene ved implementering av intensivdagbok?
Tema:		
Fra manglende til fast implementeringsstrategi	Tydlig plan for opplæring, og opplevd nytte av dagbok.	Manglende prioritet og forankring

Kategorier:				
1) Varierende implementeringsstrategier	2) Ulik organisering av dagbokkonseptet	3) Tilstrekkelige ressurser	4) Meningsfylt	5) Mangel på plan og ressurser
Koder:				
The Iowa model of Evidence-Based Practice	Sykepleierne 10/10	Litteraturgjennomgang i forkant	Opplevs meningsfylt av sykepleierne	Mangel på kunnskap hos sykepleierne om PICS og dagbok
Plan-Do-Study-Act	Andre ansatte 7/10, men sjelden	Undervisning, opplæring og veiledning	Økende omfang av implementering av dagbok og skrevne dagbøker	Utfordrende å vite hva man skal skrive og frykt for negative tilbakemeldinger og sammenligning.
Egne retningslinjer	Pårørende og venner 8/10	Fokus på evidensbasert praksis	Positive tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende	Usikkerhet pga. manglende erfaring
Retningslinjer utviklet av		Bruk av retningslinjer	Bedre kommunikasjon	Mangel på tid, og

britene (artikkelreferanse: Thomas J, Bell E)		og/eller implementeringsmodell	mellom behandlingsteam og pårørende	hyppige avbrytelser
Norske nasjonale anbefalinger	Dagbok er en del av journalen hos 50% av intensivavdelingene i Norge som skriver dagbok. Ellers ikke, selv om det er anbefalt	Engasjerte ledere/prosjektledere/sykepleiere	Positiv betydning post-intensiv for pasienter og pårørende for å redusere PICS	Mangel på sykepleiere
Anbefalinger fra forskningslitteratur		Ressursteam	Kostnadseffektivt ift. nytteverdien	Risikooversjon pga. juridiske hensyn og hensyn til personvern
Legges inn i et allerede godt fungerende implementeringssystem (ABCDEFGH OG THRIVE)		Avsatt tid og ressurser	“Humanizing care”	Mangel på oppfølging av prosjektleder
Ildsjeler		God planlegging og regelmessige evalueringer	Økt sykepleiertilfredshet	Mangel på retningslinjer
		Registrering av dagbokaktiviteten i avdelingen for å måle suksess	Økt kunnskap om langtidseffekt av kritisk sykdom	Noen nekter å skrive.
		Organisering av oppbevaring og utlevering av dagboken	Bedre rutiner for oppbevaring av dagbøker i forhold til tilgjengelighet og personvern	Ikke forankret i ledelsen
		Tipsark og printede eksempler på hva man kan skrive	Flere har revidert sine retningslinjer/endret underveis	Moralsk ansvar, pliktfølelse
		Påminnelse i elektronisk kurve		Mangel på utstyr og finansielle midler
		Ros og oppmuntring til sykepleierne fra engasjerte prosjektledere		Mangel på egnet oppbevaringssted for dagbøker
				Byråkratiske og hierarkistiske utfordringer

4.1 Fra manglende til fast implementeringsstrategi

Studiene beskriver ulike måter å implementere dagbok på. Noen steder er det et tiltak igangsatt av enkelte ildsjeler, mens andre steder er det større eller mindre tverrfaglige team som bruker ulike strategier og modeller for implementering, derav kategorien “fra manglende til fast implementeringsstrategi”. Noen av studiene omhandler førstegangs implementering,

mens andre har fokus på forbedring av allerede eksisterende rutiner/protokoller for implementering.

Implementeringen av intensivdagbok i de inkluderte studiene er basert på ulike inspirasjonskilder. Først og fremst fra forskningslitteratur som har hatt søkelyset på PICS og bruk av dagbok, men også fra internett, deltakelse på konferanser, besøk hos andre avdelinger som har brukt dagbok, fra lokale og nasjonale pionerer, informasjon fra tidligere bachelor-og masteroppgaver, artikler og undervisning om temaet intensivdagbok (Drumright et al., 2021; Gjengedal et al., 2010; Heindl et al., 2019; Nydahl et al., 2015).. En av studiene var inspirert av at implementering av dagbok opplevdes utfordrende ved flere sykehus i USA, og man ønsket å finne ut hva som var hovedbarrierene, for så å finne mulige løsninger på utfordringene ved implementering (Rogan et al., 2020).

I forkant av implementeringen av dagbok, fant vi i de inkluderte studiene at alle bortsett fra en (Nydahl et al., 2015), beskrev at de hadde opprettet et team som var ansvarlig for planlegging og gjennomføring av prosjektet. Disse teamene besto i noen tilfeller av bare sykepleiere, mens i andre tilfeller var teamene tverrfaglige og inkluderte leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, prest m.fl. Teamene ble ledet av sykepleiere med kunnskaper og erfaring på området. Antall medlemmer i teamene varierte fra 2-14. Teamene hadde som oppgave å definere mål for implementeringen av dagbok. Studiene viser at disse målene var forskjellige, men alle hadde fokus på bruk av dagbok i intensivavdelinger og ønske om å starte, utvide, eller forbedre denne praksisen. I studien hvor det ikke ble opprettet et team (Nydahl et al., 2015), ble dagboken implementert av få dedikerte sykepleiere på avdelingen som hadde en interesse for dagbokens betydning for pasientenes bedring.

I de inkluderte studiene fant vi at alle teamene gjorde litteratursøk i tidligere forskning i forkant av implementeringen av dagbok. De sørget deretter for at personalet fikk undervisning om intensivdagbok. Det var imidlertid variasjoner i omfanget av undervisningen. Ved gjennomføring av prosjektet så vi at de fleste prøvde å få til noe en-til-en veiledning, der prosjektansvarlige fulgte opp sykepleiere og andre som skrev dagbok, for å gi råd og hjelp til hvordan de kunne skrive. Undervisning og opplæring blir beskrevet grundigere senere i dette kapittelet.

4.1.1 Varierende implementeringsstrategier

De inkluderte studiene har tatt i bruk varierende implementeringsstrategier. I noen av studiene ble dagbok implementert av en eller flere ildsjeler som hadde fått høre om bruk av dagbok og nytteverdien av den. Noen har brukt implementeringsmodeller, mens andre har forholdt seg til ulike retningslinjer fra forskningslitteraturen og erfaringer fra andre sykehus som har implementert dagbok.

I to av studiene ble dagbok implementert som et evidensbasert prosjekt ved bruk av implementeringsmodellen *The Iowa Model of Evidence-Based Practice to promote Quality Care* (Blair et al., 2017; Locke et al., 2016). Hensikten med denne modellen er å veilede klinikere i å bruke funn fra evidensbasert forskning inn i klinisk praksis for å øke kvaliteten på pasientbehandling. Modellen baserer seg på god planlegging og evidensbasert forskning, teamarbeid og fortløpende evaluering. Den legger også vekt på viktigheten av å gjennomføre en pilotstudie, som betyr at man prøver ut tiltak i mindre skala før man gjør ny evaluering, eventuelt justerer, og så innfører i større skala dersom tiltaket viser positiv endring (Titler et al., 2001).

I en av studiene har teamet brukt en implementeringsmodell kalt *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) (Costa et al., 2021). Dette er en mye brukt problemløsningsmodell, som særlig brukes til å forbedre en prosess eller å gjennomføre en endring. Modellen er også oversatt til norsk, kalt *Planlegge-Utføre-Kontrollere-Korrigerer* (PUKK). Modellens grunnleggende prinsipper er gjentagelse, slik at man alltid søker evaluering og forbedring.

Før man starter, er det tre spørsmål som legges til grunn : 1) Hva prøver vi å oppnå? 2) Hvordan kan vi vite at en endring er en forbedring? 3) Hvilke endringer kan vi gjøre som vil resultere i en forbedring? Costa et al. (2021) beskriver en avdeling som allerede brukte dagbok, men som ønsket seg et større engasjement for dagbokaktiviteten, en økning i antall dagbøker som ble skrevet, og de ønsket at flere faggrupper skulle delta i skriving av dagbøkene. De innførte tre konkrete tiltak, med om lag en måneds mellomrom. Tiltak nr. 1 gikk ut på at teamet introduserte en påminnelse om dagbokskriving i den elektroniske kurven. De opprettet også en sjekkliste hvor man skulle krysse av for gjennomført tiltak. Som tiltak nr. 2 hadde de fokus på undervisning om rasjonale bak dagbok. Tiltak nr. 3 bestod i at de hang opp plakater hvor de beskrev retningslinjer og føringer for viktigheten av

dagbokskrivningen, samt instruksjoner med eksempler på dagboknotat. Resultatene ble målt og presentert på ulike måter (ved diagram, flytskjema og kjøreplan) og evaluert.

Implementeringsstrategien i studien fra et *Veteran Affairs*-sykehus (Drumright et al., 2021), startet med at de kontaktet intensivavdelinger i USA og Europa for å lære om deres erfaringer med implementering av intensivdagbok. Videre gjorde de søk i litteraturen for å se på potensielle barrierer for implementeringen. Ut fra dette lagde de egne retningslinjer. De lagde et flytskjema og en sporingslogg. De pasientene som var inkludert i dagbokskrivning, hadde en merknad på dørskiltet til rommet de lå på (Drumright et al., 2021). De utførte en pre- og en post implementerings spørreundersøkelse for å evaluere kunnskap og oppfatning av dagbokaktiviteten hos sykepleierne. En lignende spørreundersøkelse ble også utført i en annen studie (Hester et al., 2016).

Tre av artiklene har ikke brukt en spesiell implementeringsmodell, men har brukt diverse anbefalinger fra internett og forskningslitteratur, som de ikke beskriver i nærmere detalj (Gjengedal et al., 2010; Heindl et al., 2019; Nydahl et al., 2015). To hadde også god nytte av enkelte sykepleieres tidligere erfaring med dagbok (Gjengedal et al., 2010; Hester et al., 2016). I studien fra Østerrike (Heindl et al., 2019) undersøkte man utbredelsen av dagbok i intensivavdelingene. Dagbøker var ikke tidligere implementert, derfor måtte sykepleierne lage egne verktøy etter inspirasjon fra artikler og maler på internett. I hver av de inkluderte intensivavdelingene i studien, tok én sykepleier initiativ til å starte implementeringen av dagbok. En annen studie refererer til retningslinjer utarbeidet av britene, men uten at disse er nærmere presentert (Hester et al., 2016).

Implementeringsstrategien i en av studiene baserte seg på de norske anbefalingene for bruk av dagbok i intensivavdelinger (Holme et al., 2020), som er beskrevet tidligere i oppgaven. Implementeringen av dagbok var her hovedsakelig basert på initiativ fra intensivsykepleiere. Forfatterne ved en av studiene hadde kontaktet to intensivavdelinger i USA og bedt dagbok ansvarlige om å identifisere hovedbarrierer ved implementering av dagbok. Studiene oppga ikke mer om metoden for innsamling av data, men fikk 33 svar i form av hovedkategorier av barrierer. Barrierene bestod i at det kunne være utfordrende å skrive dagbok og at det kunne oppleves som en ekstra byrde. Det utfordret også personvernet. Videre var det krevende å utvikle dagbokprogram og å implementere dagboken. Det ble også uttrykt bekymring for dagbokens bærekraft. Etter identifiseringen av hovedbarrierene, presenterte de pragmatiske

løsninger til de ulike utfordringene til hjelp for alle avdelinger som søkte støtte til dette (Rogan et al., 2020).

I to av studiene inngikk implementering av dagbok i et større nasjonalt kvalitetsforbedringsprosjekt ved amerikanske sykehus som omtales som *The ABCDEF(GH)-bundle* (Blair et al., 2017; Drumright et al., 2021). “Bundelen” er en samling av tiltak som representerer viktige områder ved intensivbehandlingen hvor man ønsker å sikre den beste evidensbaserte praksis. Områdene er; (A) Assess for and manage pain, (B) Both Spontaneous Awakening Trials and Spontaneous Breathing trials, (C) Choice of sedation and analgesia, (D) Delirium monitoring and management, (E) Early mobility, (F) Family engagement, (G) Good handoff communication, og (H) Hand the patient and family written information about the possible components of PICS and PICS-F. Det ble beskrevet at bundle- og dagbokprosjektet påvirket hverandre positivt. Som eksempel ble det vist til at innføring av dagbok skapte etterspørsel etter blant annet delirskåring (grad av forvirring), oppfølging av pasient og pårørende i tiden etter intensivoppholdet, oppmuntring til bedre kommunikasjon, og ikke minst, etter god undervisning i alle ledd. Det ble spesielt understreket at dagboken bidro til å menneskeliggjøre pasientopplevelsen (the diary humanized the patient experience) (Blair et al., 2017).

Ved et av sykehusene som hadde implementert ABCDEF- bundle, hadde de i tillegg innført et THRIVE Peer Support program, som er et rehabiliteringsprogram for overlevende etter intensivbehandling og deres pårørende. Prosjektet innebar at personer med liknende erfaringer og utfordringer skulle få mulighet til å møtes og være til hjelp og støtte for hverandre. Det ble beskrevet at både ABCDEF(GH)- bundelen, og peer support programmet skapte en god kontekst for implementering av dagbok da prosessen gjorde familien delaktig og engasjert i pasientens og sin egen opplevelse av og mestring av intensivoppholdet. Behandlingsteamet her var også positive og støttende til dagbokprosjektet (Drumright et al., 2021).

Det beskrives altså mange ulike fremgangsmåter for å implementere, utvide eller forbedre bruken av dagbok i de ulike studiene. Vi fant også at konteksten i de ulike studiene var forskjellige og hadde betydning for om implementeringen ble vellykket.

4.1.2 Ulik organisering av dagbokkonseptet

Kategorien definert som “ulik organisering av dagbokkonseptet” refererer blant annet til hvem som får ansvar for å skrive i dagboken. Funnene våre viser at i de fleste studiene var det hovedsakelig sykepleierne og pårørende som fikk ansvar for å skrive. Andre i behandlingsteamet fikk også undervisning om dagbokkonseptet og ble invitert til å skrive, men de gjorde det bare unntaksvis. Holme et al., (2020) sin studie, som dekker de norske intensivavdelingene per 2020, viser at 96% av innholdet i norske intensivdagbøker er skrevet av intensivsykepleiere. Det oppgis ikke om de resterende 4% er skrevet av andre faggrupper eller av pårørende. I alle de inkluderte studiene beskrives det at det var valgfritt for de ansatte å skrive i dagboken.

Kategorien “ulik organisering av dagbokkonseptet” går også på hvilken status dagbokdokumentet har i den enkelte avdeling. Dagboken var opprinnelig ikke en del av pasientens journal, og som tidligere nevnt i de norske anbefalingene, vil innlemmingen i journalen ekskludere pårørende og venner som medforfattere av dagboken. Holme et al. (2020) har utført en studie i Norge etter innføring av de norske anbefalingene. Den viser at 50% av norske intensivavdelinger som bruker dagbok, skanner denne inn i journalen før utlevering til pasient. Av de øvrige studiene er det fem som bevisst har valgt å ikke inkludere dagboken i journalen (Blair et al., 2017; Drumright et al., 2021; Heindl et al., 2019; Locke et al., 2016; Rogan et al., 2020), dette for at pårørende også skulle få anledning til å skrive. I fire av artiklene er det ikke oppgitt om dagboken inngår i journalen (Costa et al., 2021; Gjengedal et al., 2010; Hester et al., 2016; Nydahl et al., 2015). I tre av disse er det imidlertid sagt at pårørende er invitert til å skrive i dagboken, og vi kan da anta at dagboken ikke er del av en journalen. Ved et sykehus var det et “risiko-håndterings-team” som anbefalte at dagboken skulle skannes inn i journalen. Dagbokteamet valgte å se bort fra denne anbefalingen fordi de mente at det ville gå ut over dagbokens kvalitet og hensikt dersom pårørende ikke skulle få lov til å skrive. De andre valgte å la pårørende både lese og skrive i dagboken underveis. De begrunner dette med at nære pårørende også opplever pasienters intensivbehandling som traumatisk og trenger hjelp til å takle situasjonen (Rogan et al., 2020). Vi fant at mange pårørende har gitt gode tilbakemeldinger på det å få være med å skrive dagbok. Våre funn viser altså at det kun er i Norge, og da bare ved halvparten av avdelingene som bruker dagbok, at dagboken inngår som et journaldokument.

4.2 Tydelig plan for opplæring og opplevd nytte av dagbok

Vi fant at en tydelig plan for opplæring og opplevd nytte av dagboken, var avgjørende for å få til en vellykket implementering av dagbok. Når vi skal beskrive funnene relatert til vellykkethet, er det naturlig å ta med suksessfaktorene som leder til vellykket implementering. I de inkluderte studiene ble vellykketheten beskrevet ulikt, men i hovedsak innebar det økt kunnskap og engasjement hos sykepleierne og pårørende, positive tilbakemeldinger fra både pasienter, pårørende og sykepleiere, og et økt antall dagbøker.

4.2.1 Økt kunnskap og engasjement

Grundig litteraturgjennomgang, undervisning (i grupper, enkeltvis, ved video m.m), opplæring, veiledning og fokus på evidensbasert praksis i forhold til skriving av dagbok, var faktorer som bidro til suksess ved implementeringen (Blair et al., 2017; Costa et al., 2021; Gjengedal et al., 2010; Holme et al., 2020; Rogan et al., 2020).

Engasjerte prosjektledere og et godt ressursteam som evnet å motivere personalet, var avgjørende for resultatene (Blair et al., 2017; Costa et al., 2021; Drumright et al., 2021; Gjengedal et al., 2010; Heindl et al., 2019; Locke et al., 2016; Nydahl et al., 2015; Rogan et al., 2020). Videre var også god planlegging og bruk av ulike implementeringsmodeller viktig (Blair et al., 2017; Costa et al., 2021; Locke et al., 2016). Sykepleiere, leger og andre i behandlingsteamet fikk gjennom undervisning økt kunnskap om potensielle negative langtidseffekter av akutt kritisk sykdom og intensivbehandling for både pasient og pårørende (PICS). Kunnskapen gjorde at sykepleierne ble mer bevisst på forebygging av post intensive komplikasjoner, både fysiske og psykiske. De kunne også bedre forstå betydningen av å bruke tid og krefter på forebyggende tiltak (blant annet å skrive dagbok) også når de står i akuttfasen av intensivbehandlingen. Flere sykepleiere og ansatte fortalte om endret innstilling til arbeidet med dagbok da de skjønnte betydningen den kunne ha for pasienter og pårørende, og flere opplevde større tilfredshet i arbeidet da denne forståelsen var på plass.

4.2.2 Positive tilbakemeldinger

Vellykket implementering beskrives også som positive tilbakemeldinger fra både sykepleiere, andre ansatte, pårørende og pasienter. Mange sykepleiere opplevde dagbokskrivning som meningsfull (Blair et al., 2017; Costa et al., 2021; Drumright et al., 2021; Gjengedal et al., 2010; Hester et al., 2016; Holme et al., 2020; Locke et al., 2016; Rogan et al., 2020). Dette er

uttrykt ved at dagboken gav sykepleierne mulighet til å bidra til pasientenes følelsesmessige bedring ved at de måtte reflektere over hvordan den enkelte pasient, og de pårørende, opplevde sin situasjon.

Dagbokskrivning forbedret den totale intensivopplevelsen for både pasienter og pårørende (humanizing care) (Blair et al., 2017, Drumright et al., 2021). Sykepleierne ble mer bevisst på at måten de utførte sykepleie og omsorg på, betød en stor forskjell for pasienten, ikke bare her og nå, men også i framtiden. Det de gjorde, kunne de formidle i dagboken, slik at pasienten i ettertid kunne lese om den omsorgen han hadde fått i løpet av den akutte fasen av sykdommen. Når sykepleierne mottok positive tilbakemeldinger fra fornøyde pårørende og pasienter på hva dagboken betydde for dem, opplevde de nytteverdien av å gjøre det ekstra arbeidet det er å skrive dagbok. Det gav inspirasjon til å fortsette.

Dagbokskrivningen styrket slik omsorgsaspektet ved sykepleien, inkludert familieomsorgen. Flere bemerket også at dagboken bidro til økt kommunikasjon mellom alle involverte. Pårørende fikk en mulighet til å formidle sin opplevelse av maktesløshet og bekymring, for så å bli møtt av personalet på sine bekymringer (Drumright et al., 2021). Kommunikasjonen mellom ansatte og pårørende økte naturlig nok mest der pårørende deltok i skrivingen. Ved en studie var det imidlertid beskrevet negative spenninger i kommunikasjon mellom ansatte og pårørende etter reaksjoner på ting som var skrevet eller på grunn av sammenligninger og favorisering av sykepleiere (Heindl et al., 2019).

4.2.3 Økt antall dagbøker

Faktorer som avsatt tid og ressurser, opprettelse og bruk av ressursteam, og oppfølging av personell underveis, var avgjørende for at implementeringen lyktes og medførte at dagbokaktiviteten økte. Noen brukte en springlogg, der oppstartsdato og lignende ble registrert slik at sykepleiere fra ressursteamet kunne oppsøke og etterspørre dagbok aktivitet på de inkluderte pasientene. Printede eksempler på hva man kan skrive og påminnelser i elektroniske kurver, var til stor hjelp for sykepleierne og bidro også til at dagbok aktiviteten økte. Vellykket implementering beskrives i artiklene først og fremst som registrert igangsatt dagbokaktivitet, eller som økt aktivitet. Flere av studiene rapporterte en betydelig økning i antall skrevne dagbøker (Blair et al., 2017; Drumright et al., 2021; Locke et al., 2016). Studien fra Costa et al., (2021) viste at en påminnelse i pasientens kurve om å skrive dagbok,

gav en økning i dagbokskrivning fra 26% til 90%, og sammen med undervisning som tiltak gav det en periode en økning til 100%. Tre av artiklene kartla dagbokvirksomheten i henholdsvis Norge, Østerrike og Tyskland. Omfanget av virksomheten varierte veldig, men resultatene viste en positiv trend og et økende engasjement for å implementere dagbok.

I studien ved et militærpsykehus fikk alle intuberte pasienter rutinemessig dagbok i den tid studien varte (Holme et al., 2020). Et økt antall dagbøker er også et resultat av økt standardisering av retningslinjer. Dette er spesielt beskrevet som vellykkethet i Holme et al. (2020), der avdelingene har benyttet seg av de norske anbefalingene for å utvikle og forbedre sine protokoller.

Flere av studiene understreket det positive ved at dagbokprosjektet var et kostnadseffektivt tiltak for å redusere PICS hos både pasienter og pårørende.

4.3 Manglende prioritet og forankring

Manglende prioritet og forankring ser ut til å være årsak til flere av utfordringene ved implementering av dagbok. Vi fant i de inkluderte studiene våre at det var et stort fokus på å identifisere barrierer for å lykkes med implementering av dagbok. Vi har sammenfattet de vanligste barrierene som kom fram i tre punkter: mangel på kunnskap og erfaring, mangel på tid, ressurser og retningslinjer, og ulike juridiske hensyn.

4.3.1 Mangel på kunnskap og erfaring

I flere av studiene kom det fram at mangel på erfaring, kunnskap om PICS og hva dagbok er, var en utfordring (Blair et al., 2017; Drumright et al., 2021; Locke et al., 2016; Rogan et al., 2020). Funnene våre viste også at mange ansatte syntes det var vanskelig å vite hva man kunne skrive i dagboken, og de uttrykte et behov for omfattende undervisning om dette. Flere ønsket påminnelser og oppmuntringer til å skrive (Blair et al., 2017; Locke et al., 2016; Nydahl et al., 2015). Noen opplevde det ukomfortabelt å skrive når de ikke var kjent med pasient og pårørende. De var redde for å gjøre pasienter og pårørende opprørt ved det de skrev, når deres mening var å være til hjelp (Drumright et al., 2021). I noen av studiene var det også flere sykepleiere som ikke ønsket å skrive, da initiativet ikke kom fra ledelsen, men fra enkelte sykepleiere (Heindl et al., 2019; Nydahl et al., 2015). Noen vegret seg også fra å

skrive på grunn av negative tilbakemeldinger på enkelte notater. Andre var redde for sammenligning; at noen skrev bedre enn andre. Noen sykepleiere kjente på et moralsk ansvar, en plikt til å skrive, mer enn en lyst til å skrive (Hester et al., 2016). Ulike innstillinger til å skrive i dagboken og det faktum at det ikke var obligatorisk, skapte av og til konflikter mellom sykepleierne (Nydahl et al., 2015). En annen utfordring som ble beskrevet var å overbevise medarbeidere og annet personell om at dagbokskrivningen var evidensbasert og familiesentrert (Blair et al., 2017) .

4.3.2 Mangel på tid, ressurser og retningslinjer

Mangel på tid er kanskje den største barrieren for mange sykepleiere som skal skrive dagbok. Hverdagen på en intensivavdeling er ofte travel og uforutsigbar. Det er mange oppgaver som skal utføres og det kan være utfordrende å prioritere riktig. Mangel på avsatt tid til å skrive på grunn av travelhet i avdelingen, stadige avbrytelser og mangel på personalressurser, ble beskrevet i de fleste studiene våre som store utfordringer (Drumright et al., 2021; Gjengedal et al., 2010; Hester et al., 2016; Holme et al., 2020; Locke et al., 2016; Nydahl et al., 2015). Mangel på oppfølging fra prosjektledere og fra avdelingen, var også noe som ble beskrevet som en utfordring (Drumright et al., 2021; Gjengedal et al., 2010).

I en av studiene påpekte de ansatte at hovedbarrierene var at skrivingen var basert på frivillighet og dermed hadde lav prioritet og manglet rutiner. De opplevde også at de fikk en noe større arbeidsbyrde (10). Flere av studiene etterlyste klarere retningslinjer for skriving av dagbok (Costa et al., 2021; Gjengedal et al., 2010; Heindl et al., 2019; Holme et al., 2020). Noen studier beskrev også mangel på ressurser generelt. Det manglet både finansielle midler, nok utstyr og tomme dagbøker, og et egnet sted for oppbevaring av dette (Costa et al., 2021; Heindl et al., 2019; Holme et al., 2020).

4.3.3 Juridiske hensyn

Noen sykepleiere oppga risikoaversjon som en barriere for å skrive dagbok for en intensivpasient, da de fryktet for juridiske konsekvenser. De kunne bekymre seg for at de ville bli saksøkt dersom de skrev noe som vakte reaksjoner hos sårbare pasienter og pårørende (Drumright et al., 2021; Hester et al., 2016; Locke et al., 2016; Rogan et al., 2020). I to av studiene fant vi at sykepleierne bekymret seg for pasientens personvern og de etiske aspektene ved å skrive for en pasient som var sedert eller forvirret (Gjengedal et al., 2010;

Rogan et al., 2020). Frykten for juridiske konsekvenser henspiller både på det som skrives i dagbøkene, men også på eventuelle bilder som innlemmes i dagboken. Informasjon om bruk av bilder framkommer i ulik grad.

I noen av studiene ble det kun brukt bilder av intensivrommet og av medisinsk-teknisk utstyr, mens noen godtok også bilder av pasienten dersom samtykke var mulig å innhente på et tidspunkt i forløpet (Blair et al., 2017; Drumright et al., 2021; Holme et al., 2020; Rogan et al., 2020). Flere av studiene nevner ikke bruk av bilder (Costa et al., 2021; Heindl et al., 2019; Hester et al., 2016; Locke et al., 2016). Gjengedal (2010) beskrev at noen avdelinger tok bilder underveis som ble datert og lagt i en konvolutt, for så å bli inkludert i dagboken når pasienten kunne samtykke til det. I studien av (Nydahl et al., (2015) hadde man valgt å ikke bruke bilder av allerede nevnte juridiske årsaker.

5.0 Diskusjon

Studiens hensikt har vært å sammenfatte tidligere forskning for å identifisere faktorer som kan fremme implementering av dagbok for å ta lærdom av andres erfaring. I de inkluderte studiene har vi sett på hvilke implementeringsstrategier som er brukt, hva som er beskrevet som suksessfaktorer og vellykkethet i forhold til implementeringsprosessen, hvordan den vedlikeholdes og hvilke utfordringer det er vanlig å støte på. Vi fant at det var store variasjoner i bruk av implementeringsstrategier. Vellykkethet var beskrevet som økt kunnskap, engasjement, positive tilbakemeldinger og økt antall dagbøker.

Hovedutfordringene ble beskrevet som mangel på kunnskap og erfaring, mangel på tid, ressurser og retningslinjer. I tillegg var det en utfordring med juridiske hensyn. Vi vil nå diskutere våre funn opp mot tidligere forskning og det teoretiske rammeverket. Vi har valgt å strukturere diskusjonen med utgangspunkt i våre forskningsspørsmål. Vi har imidlertid valgt å diskutere forskningsspørsmålene angående utfordringer og vellykkethet under ett, da suksessfaktorene for vellykketheten og utfordringene ved implementering ofte spiller hverandre.

5.1 Hvordan beskrives implementeringsstrategien/-prosessen ved innføring av intensivdagbok?

For å gjøre en endring eller innføre en ny intervensjon i en intensivavdeling, kreves det en strategi. Med strategi mener vi en handlings- eller tiltaksplan for hvordan vi kan nå et mål. I våre 10 inkluderte studier er det brukt ulike strategier for implementering av intensivdagbok. Vi begynner med hva som inspirerer intensivsykepleiere til å skrive dagbok. Vi ser så på betydningen av å opprette et team, før vi går nærmere inn i diskusjonen i forhold til ulike strategier som er brukt. Videre vil vi diskutere selve dagbokkonseptet og den konteksten dagboken skal implementeres i. Hvem som skriver i dagboken og spørsmålet om dagboken skal være en del av journalen, er viktige faktorer i dagbokkonseptet som vi også vil belyse. Til slutt tar vi for oss hva som skal til for å få til en varig endring.

Som tidligere nevnt begynte intensivsykepleiere å skrive dagbok i Skandinavia på 1990-tallet (Storli et al., 2011). Det som startet som et lite initiativ, spredte seg på grunnlag av positive tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende, og har siden inspirert sykepleiere i stadig flere land. Dagbok som intervensjon i intensivavdeling, er i dag gjenstand for stadig mer forskning og er i utvikling både som terapeutisk hjelpemiddel og som utøvelse av omsorg (Storli et al., 2011). Stadig flere intensivpasienter overlever intensivbehandlingen og er i behov av en omfattende rehabilitering. Fokuset på potensielle kort- og langsiktige helseutfordringer etter intensivbehandling og er økende også innen tverrfaglige medisinske miljøer (Needham et al., 2012).

Økende fokus på dagbokens terapeutiske effekt kan kanskje bidra til mer støtte fra legestanden og et økende samarbeid om dagboken som intervensjon. Forskningslitteratur både på PICS og bruk av dagbok øker i omfang og ettersom intensivsykepleiefaget i stadig større grad bygges på evidensbasert kunnskap, må intensivsykepleiere øke sin kompetanse i å tilegne seg forskningsbasert kunnskap (Helse og omsorgsdepartementet, 2012). Dette støttes av Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleiere (2017) som blant annet hevder at intensivsykepleiere har ansvar for å bidra med å bygge kompetanse og forbedre kvaliteten på våre tjenester. Det er derfor viktig at utvikling av ny kunnskap er sykepleiefaglig forankret.

I Norge har videreutdanningen i intensivsykepleie i løpet av det siste tiåret blitt en utdanning på masternivå og det gir intensivsykepleierne økt kompetanse i å lese, tolke og forstå

forskning, noe som gjør det lettere for dem å bruke nyeste evidensbaserte kunnskap, anbefalinger og retningslinjer på området. Forskning er lettere tilgjengelig både via internett og i tidsskrifter. Det finnes i dag en egen nettside for intensivdagbok (ICU-diary.org), og det organiseres internasjonale konferanser der ettervern og dagbok er hovedfokus. Informasjon og inspirasjon spres slik til både leger og intensivsykepleiere (Nydahl et al., 2020). Alt taler for en fortsatt utvikling og utbredelse.

Betydningen av ildsjeler, eller dedikerte intensivsykepleiere, har fått særlig oppmerksomhet i flere av studiene. En intensivsykepleier som virkelig har tro på dagbokens betydning for pasient og pårørende vil gripe oppgaven annerledes enn en som blir pålagt å gjøre det fordi det står i prosedyrene. Ildsjelene spiller en stor rolle i å kontinuere dagbokaktiviteten da de har et genuint, vedvarende engasjement for dagbok som intervensjon. Det kan være hensiktsmessig å involvere disse i ressursteamet for dagbok (Gjengedal et al., 2010). For å øke engasjementet hos intensivsykepleierne kan det være en idé at de kan få mulighet til å hospitere ved en avdeling som har god erfaring med dagbok. Alternativt kan erfarne ildsjeler inviteres inn for å undervise, inspirere og veilede de med mindre erfaring. En norsk ildsjel kan sammenlignes med en amerikansk “nurse champion”. En nurse champion har ofte en nøkkelrolle i arbeidet med å redusere kløften mellom forskning og klinisk praksis, en som brenner for å forbedre kvaliteten på pasientomsorgen. Hun kan titulere seg selv eller være formelt titulert, men eierskap til intervensjonen er sentralt ved denne rollen, og hun har et sterkt engasjement for også å inspirere andre (White, 2011). Vi fant i noen studier at ildsjelene ble stående veldig alene og møtte mye motstand. I disse studiene var det særlig mangel på forankring og støtte i ledelsen, dårlig bemanning, og dermed også mangel på tid til å skrive dagbok. Studiene formidlet likevel tro på dagbok som intervensjon, og tro på at utviklingen kunne fortsette (Heindl et al., 2019; Nydahl et al., 2015). I funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier (2017) angis det at intensivsykepleier skal ta initiativ til og ansvar for kvalitetsforbedring, som for eksempel kan være implementering av dagbok. For å få dette til er det viktig med forankring i og støtte fra ledelsen og kolleger.

I Norge oppfattes dagbok i dag som en betydningsfull klinisk virksomhet som er kommet for å bli, og som kan danne et grunnlag for utvikling av flere gode oppfølgingstilbud for overleverer av intensivbehandling. Vi inspireres og utfordres dermed til å sikre dagbokvirksomheten både faglig, etisk og juridisk (Storli et al., 2011).

Vi fant at alle studiene, bortsett fra én, understreket betydningen av å opprette et ressursteam. Dette er anbefalt også i den brukte Iowa-modellen, PDSA-modellen, og i de ulike retningslinjene for dagbokvirksomhet (Buckwalter et al., 2017; Helsebiblioteket, u.å.; Storli et al., 2011). Når man skal implementere en ny intervensjon er det hensiktsmessig å opprette et ressursteam som skal ta ansvar for planlegging, organisering og gjennomføring av implementeringsprosessen. Teamet bør ha en leder som kan kommunisere gruppens intensjoner og ressursbehov til ledelsen. Vi har selv erfaring med å jobbe i et ressursteam, der flere intensivsykepleiere opparbeider seg kompetanse innen ulike sykepleiefaglige intervensjoner. Dette for å kunne bistå kolleger i implementeringsprosesser. Vi erfarer til stadighet at det er godt å ha noen å spørre og lene oss på, når vi selv mangler kompetanse.

I tre av studiene fant vi at det er brukt spesifikke implementeringsmodeller; IOWA-modellen (Blair et al., 2017; Locke et al., 2016) og plan-do-study-act modellen (Costa et al., 2021). Begge disse modellene vektlegger god planlegging og betydningen av å gjennomføre en pilotstudie. De understreker også viktigheten av en kontinuerlig måling/registrering av ulike faktorer ved intervensjonen, stadig evaluering og eventuelle forbedringer.

Implementeringsprosessen er ikke lineær. Det er en pågående prosess som er under stadig evaluering og bearbeiding, og ikke minst krever prosessen kontinuerlig etterspørsel og gjentatte kunnskapsoppdateringer. Om vi ser på modellen “Fra kunnskap til handling” (se figur 3 i kap 2.6), ser vi at heller ikke den har noen klart avgrenset begynnelse eller slutt. Etter at man har gått gjennom alle de nødvendige trinnene i prosessen en gang, vil de ulike delene i prosessen fortsette å påvirke hverandre kontinuerlig. Framdriften må registreres, og eventuelt endres ved behov, for å tilpasses konteksten, som også er dynamisk dersom personalsituasjonen endres (nye ledere, mange nyansatte, vikarer, ferier og lignende). Dette understøttes også av Van Berkel et al. (2017) som sier at implementeringsprosessen ikke stopper, men fortsetter inn i perioden for vedlikehold av intervensjonen (sustainability period).

At bare tre av ti studier har brukt en implementeringsmodell, kan speile at dette er en utfordring for klinisk praksis generelt. Det finnes mange gode implementeringsmodeller, men vi kan spørre hvorfor de brukes i så liten grad i klinisk praksis. Rapport et al. (2021) sier at implementeringsvitenskap er attraktivt i teorien, men er lite brukervennlig når en vil overføre evidensbasert kunnskap til klinisk praksis. De sier at modellene ofte er vanskelige å bruke i helsevesenet på grunn av at det i mange situasjoner er så mange usikkerhetsmomenter, store

variasjoner og stor uforutsigbarhet i flere ledd. Rapport et al. etterlyser et større samarbeid mellom helsearbeidere og implementeringsforskere for at de kan lære av hverandre. De hevder at implementeringsvitenskap gir mer bærekraftige intervensjoner som forbedrer kvaliteten, verdien og sikkerheten i pasientbehandlingen (Rapport et al., 2021). Vårt inntrykk er også at de tre studiene som brukte implementeringsmodeller, var blant de som var mest systematiske og konkrete, og som lyktes i stor grad (Blair et al., 2017; Costa et al., 2021; Locke et al., 2016).

En implementeringsmodell kan ses på som en huskeliste i en implementeringsstrategi. Forskning - og erfaring - har påvist faktorer som er nødvendige for å sikre en vellykket implementering eller kvalitetsforbedring. En kvalitetsforbedrings-/implementeringsmodell forsøker å favne disse faktorene for å gi et overblikk over trinnene i den kontinuerlige prosessen som skal settes i gang (Helsebiblioteket, u.å.). Som nevnt, fant vi at det er brukt ulike implementeringsstrategier, der noen inkluderer spesifikke modeller, mens andre oppgir bruk av ulike retningslinjer. Gode retningslinjer er også et godt utgangspunkt for en implementering dersom de både bygger på ny, oppdatert forskning og innebærer trinn som vektlegger kontinuerlig evaluering og åpner for forbedringer underveis. Hverken modeller eller retningslinjer var i våre studier utførlig beskrevet, de var kun nevnt med få ord. Ifølge Van Berkel et al. (2017) blir implementeringen sjelden grundig beskrevet i forskningsartikler. Det kan skyldes at en utførlig beskrivelse av implementeringsprosessen kan være lang og ordgrensen for tidsskriftsartikler kan i seg selv gi en begrensning. Et annet moment er at en utførlig beskrivelse av implementeringsprosessen i artiklene kan gjøre formålet med artikkelen uklart ved at det tar fokus fra hovedtema. Retningslinjer eller anbefalinger i forhold til en intervensjon som bygger på evidensbasert forskning, er ifølge *kunnskap til handling*-modellen det samlede resultat av forskning som er gjort tilgjengelig for klinikere, klar til bruk i praksis.

Retningslinjer reduserer gapet mellom forskning og nåværende praksis. Utviklingen og implementeringen av retningslinjer er ment å organisere og gi best tilgjengelige bevis for å støtte klinisk beslutningstaking for å forbedre kvaliteten på behandlingen, pasientresultater og kostnadseffektivitet. Bruk av retningslinjer har vist seg å være en effektiv strategi for å forbedre helseresultater og behandlingsprosesser (Fischer et al., 2016). Til tross for disse fordelene er implementering av retningslinjer både komplekse og varierte. Utvikling av retningslinjer garanterer ikke at helsepersonell adopterer dem og etterlever dem i praksis.

Retningslinjer bør tilpasses den lokale konteksten, være så korte og enkle som mulig og være gjennomførbare. Dette vil redusere kompleksiteten (Cassidy et al., 2021; Fischer et al., 2016).

Det vanligste argumentet mot implementering av retningslinjer, er at det krever økt bruk av ressurser i en ellers travel hverdag. Prioriteringer av ressurser kommer ikke uten en kostnad. Det er derfor viktig at ledelsen innehar kompetanse innen endringsledelse, og at ledelsen deltar i enhver endringsprosess og prioriterer ressurser etter behov (FHI, 2021; Sandvik et al., 2011). Vår erfaring er at ledelsen gjerne sender mail eller nyhetsbrev om innføring av nye retningslinjer og prosedyrer. Dette fører til at det kan ta lang tid før alle er informert. Vi ser betydningen av at ledelsen supplerer digital informasjon med personlige påminnelser, og ved å vise personlig engasjement og positiv innstilling til sine medarbeidere. Dette støttes også av Larsen (2015) som sier at en aktiv ledelse er en viktig forutsetning for suksess når ny kunnskap skal implementeres. Lederskap kan vises gjennom prioriteringer, ressursbruk og sosial støtte. Vi tenker at et godt samarbeid mellom en positiv ledelse og et ressursteam som ledes av en eller flere “ildsjeler”, er et godt utgangspunkt for å lykkes.

Vi fant at selv om dagbokkonseptet - selve intervensjonen - var den samme i alle studiene, var det variasjoner i dagbokkonseptets kompleksitet, avhengig av kontekst og ressurser. En av studiene (fra et amerikansk feltsykehus) rapporterte at de brukte kladdebøker de allerede hadde på kontoret, der de skrev til alle intuberte pasienter og sendte dagboken med hjem og tilbød en samtale på video etter hjemkomst. Pasientene i denne avdelingen lå kun kort tid, maks 38 timer, før de ble sendt videre (Hester et al., 2016). Dette var et enklere konsept enn hva et dagbokkonsept vil være ved et større sykehus der pasientene ligger over lengre tid, kanskje uker eller måneder. Der vil inklusjonskriteriene være mer komplekse, flere ansatte og pårørende vil være involvert i pasientens sykdomsforløp og det vil kreves gode etiske overveielser underveis. I en slik situasjon kreves god informasjon og undervisning til både sykepleiere og pårørende, og dagbøkene inneholder gjerne også mye informasjon om medisinsk-teknisk utstyr og om forventede utfordringer pasienten kan møte post-intensiv.

I “*kunnskap til handling*”-modellen som vi presenterte tidligere, så vi at ved implementering måtte den kunnskapsbaserte praksisen skreddersys til den aktuelle konteksten (Helsebiblioteket, u.å.). En viktig faktor for implementering er spesifisering av intervensjonen, hva som helt konkret skal implementeres. I dette tilfellet er det dagbokkonseptet som må konkretiseres. Det innebærer blant annet å avklare på forhånd

hvilke pasienter som skal få dagbok (inklusionskriterier), hvem som skal skrive, hvordan dagbøkene skal oppbevares, og hvilke prosedyrer man skal ha for kvalitetssikring og overlevering/oppfølging. Det må også tas stilling til om dagboken skal være en del av journalen eller ikke, da det får konsekvenser i forhold til hvem som kan skrive, hvordan man skriver og i forhold til hvem som har innsyn i dagboken. Bruk av bilder krever ekstra undervisning med hensyn til etiske refleksjoner over pasientens verdighet og respekt for denne. Kvalitetssikring av dagbøkene er i de norske anbefalingene tillagt stor betydning for nettopp å sikre at pasientens verdighet blir godt ivaretatt (Storli et al., 2011). Kvalitetssikring er et ledd i prosessen vi ikke gjorde noen konkrete funn på i våre studier fra andre land, men vi kan anta at en form for kvalitetssikring inngår i de fleste retningslinjer om bruk av dagbok, og at det blir gjort i større eller mindre grad ved de fleste avdelinger som har dagbokvirksomhet.

Det er også viktig å merke seg at intervensjonens kompleksitet kan påvirke intensivsykepleiernes innstilling til å implementere den. De kan ofte føle seg overveldet og utilstrekkelige når de blir bedt om å følge nye, omfattende retningslinjer (Fischer et al., 2016). Saunders & Vehviläinen-Julkunen (2016) fant i sin studie at sykepleiere rapporterer positive holdninger til bruk av kunnskapsbasert praksis, da kunnskapsbasert praksis støtter deres mål om å gi trygg pasientbehandling av høy kvalitet. De opplevde likevel ofte at deres egen evidensbaserte praksiskunnskap og deres ferdigheter var utilstrekkelige for å bruke kunnskapsbasert praksis.

Vi fant at konteksten, eller det miljøet/kulturen dagboken skulle implementeres i, ble i noen studier beskrevet som god, mens i andre som utfordrende. To av studiene hadde tilsynelatende innarbeidet en god kultur for implementering av nye evidensbaserte intervensjoner på mange områder. Dette ble begrunnet i den forutgående implementeringen av ABCDEFGH-tiltaks pakken og Thrive peer support. Det ble understreket at disse allerede fungerende programmene skapte en god kontekst for å implementere dagbok. Det vitner om en ledelse med kunnskap om endringsledelse og som ønsker at deres pasientbehandling skal være i stadig forbedring og bygge på den nyeste forskningen. De ansatte ved disse avdelingene hadde mest sannsynlig fått en god innføring i rasjonale for innføring av de ulike intervensjonene i tiltaks pakken og peer support-programmet, og i god implementeringsstrategi. De var allerede kjent med at man ville ha en baseline-undersøkelse -

et pilotprosjekt - og at det ville bli en oppfølging med undervisning, evaluering og eventuelt revidering.

Vår erfaring er imidlertid at det ikke alltid er nok med en “god vilje”. Når mange nye intervensjoner skal implementeres på kort tid, kan det oppleves krevende for de ansatte, som oftest er de som må utføre tiltak i praksis. Tiltakene må oppleves meningsfulle og “verdt innsatsen” og det kan både ta tid og skape frustrasjon før de ansatte kommer dit.

Studien fra Tyskland fortalte om en vanskelig kontekst for implementering av dagbok.

Ledelsen der var hierarkisk oppbygd, og de få dedikerte sykepleierne som ønsket å implementere dagbok, støtte på byråkratiske utfordringer. Tiltak som ikke kom direkte fra den øverste ledelsen, var derfor vanskelige å gjennomføre, og det var vanskelig å få støtte.

I tillegg var det stor mangel på personell, og dermed også mangel på tid til å gjennomføre ikke-obligatoriske tiltak (og tilsynelatende spesielt non-farmakologiske tiltak) (Nydahl et al., 2015).

I tråd med intensivsykepleiers funksjons- og ansvarsområde, har vi funnet at det å skrive dagbok er et intensivsykepleierdrevet tiltak som er med på å forebygge helsesvikt og sykdom allerede i den akutte fasen (NSFLIS, 2017). Det er i hovedsak intensivsykepleiere som skriver i dagboken da det er de som er “bedside“ hele døgnet. Intensivsykepleierne observerer, kommuniserer med, og gir pleie og omsorg til pasienten. De har god mulighet til å fange opp pasientens bevissthetsnivå, grad av våkenhet og forvirring og om pasienten har mareritt eller hallusinasjoner. Deres tilstedeværelse gjennom dagens hendelser, kan fange opp pasientens fysiske og psykiske reaksjoner på sykdom, behandling og omstendigheter. Intensivsykepleierne gis gode muligheter for å være empatiske og for å formidle i dagboken det de tenker kan være av betydning for pasienten i etterkant av intensivoppholdet.

Ved flere av de inkluderte studiene har det vært et ønske at også flere faggrupper i behandlingsteamene kunne skrive i dagboken, for eksempel leger, fysioterapeuter og andre. Dette kunne ha gitt en større helhet i pasientfortellingen og forsterket pasientens mulighet til å forstå sin helsetilstand i akutfasen og den omsorgen som ble gitt. Dette er det få som har lykkes med, selv om de har hatt det som et konkret mål (Costa et al., 2021). Årsaken synes hovedsakelig å være mangel på tid. Undervisning om hvordan et dagboknotat bør skrives, og om nytteverdien av den, virker også å være mangelfull for de andre yrkesgruppene. Dette

sammen med at de ikke tilbringer like mye tid med pasienten som sykepleieren, kan være naturlige forklaringer.

Vi ble imidlertid overrasket over hvor mange studier som tillot de pårørende å skrive i dagboken, og at de - særlig i ikke-skandinaviske land - også ble sterkt oppmuntret til å delta i dagboken. Som nevnt tidligere utelukker de norske anbefalingene pårørende fra å skrive direkte i dagboken av etiske grunner. Pårørende ble i flere studier inkludert i dagbokprosjektet like mye for sin egen del som for pasienten. Dette kan være en konsekvens av forskning som viser at PICS rammer både pasienter og familiemedlemmer. Det er interessant at pårørende som tas med på skriving, forteller at dagbøkene er til stor hjelp for dem både i løpet av oppholdet på intensivavdelingen og i etterkant (Blair et al., 2017; Drumright et al., 2021; Locke et al., 2016; Rogan et al., 2020).

Blair et al. (2017) hadde i sin studie særlig fokus på dagbokens rolle for å skape en effektiv pågående dialog mellom ansatte, pårørende og pasient, da dette er et viktig element i mange "best practice bundles" for å redusere PICS og PICS-F. I denne studien så man på dagboken som et viktig kommunikasjonsverktøy for å koordinere omsorgen til pasienten og familien, og for å styrke informasjonen fra sykepleier til sykepleier ved pasientoverføring. Studien understreket viktigheten av at ansatte snakker godt sammen seg i mellom og med pasient og pårørende for å kunne gi optimal pleie og omsorg og en best mulig opplevelse fra intensivoppholdet. Den samme studien kunne også vise til økt tilfredsstillelse fra sykepleiernes side, ved at de opplevde en økt menneskeliggjøring (humanization) av pleien og omsorgen de gav sine pasienter, og de fikk kommunisere med pasientene på et mer personlig plan. Dette er interessant, da sykepleierne skriver, vel vitende om at pasienten selv ikke vil få lese og reagere på dagboknotatene før ved en senere anledning. Ved at ansatte og pårørende får lese hverandres notater, kan de bli bedre kjent og dagboken kan være et fellesprosjekt som kan være utgangspunkt for gode samtaler. Pårørende kan få oppleve seg selv som en ressurs ved å delta i dagboken og slik hjelpe pasienten å huske. Ved noen avdelinger oppfordres også pårørende til å delta aktivt ved å legge inn bilder av pasienten fra den tid da han fortsatt var frisk. Informasjon om interesser og aktiviteter de vanligvis driver med kan hjelpe sykepleiere å bli kjent med personen, og ikke bare pasienten (Blair et al., 2017).

Ved norske intensivavdelinger har det alltid vært vanligste praksis at pårørende oppfordres til å skrive en egen dagbok for pasienten. Dette på grunn av at de ikke har innsynsrett i intensivsykepleierens dagbok før pasienten selv, i sin rehabilitering, bestemmer at det er greit. I første omgang har dette vært for å verne om pasientens autonomi og integritet, men også etterhvert på grunn av at dagboken ble en del av pasientens journal (Gjengedal et al., 2010). Ved avdelinger i Tyskland kom forslaget om at pårørende skulle skrive dagbok på grunnlag av at sykepleierne ikke hadde tid til dette (Nydahl et al., 2015).

Vi har sett i flere studier at det er fordeler ved at pårørende får tilgang til både å skrive og lese i dagbøkene (Blair et al., 2017; Drumright et al., 2021; Heindl et al., 2019; Locke et al., 2016; Rogan et al., 2020). I noen tilfeller kan det imidlertid skape konflikter at pårørende er så nært på det som sykepleierne skriver. Det kan være situasjoner der pårørende sammenligner tekster og favoriserer de sykepleierne som skriver “bra”, eller at pårørende uttrykker misnøye via dagboken. Det kan i tilfelle gjøre sykepleiere utrygge og gjøre at de ikke ønsker å skrive. Kompliserte familieforhold kan også føre til diskusjoner om ting som skrives i boken med tanke på dens hensikt.

Vi tenker det er hensiktsmessig å veilede pårørende som vil skrive dagbok, om hva som kan være nyttig for pasienten å få vite noe om i etterkant. Denne veiledningsoppgaven kan for noen intensivsykepleiere oppleves som en ekstra oppgave, selv om det kan skape gode samtaler som kan hjelpe pårørende til å forstå egne og pasientens reaksjoner postintensiv. I en av de inkluderte studiene gav avdelingen pårørende skriftlig og digital informasjon om PICS og om bruk av dagbok for øke deres kunnskap og forberede dem på eventuelle reaksjoner (Locke et al., 2016). For pasienten sin del ser vi nytteverdien ved å få en dagbok, både fra intensivsykepleierne og pårørendes perspektiv. Det er sannsynligvis ikke avgjørende om disse nedtegnelsene er i den samme boken eller om de er i to separate. I den kommende reviderte utgaven av de norske anbefalingene, er det interessant om økende forskning på PICS-F vil påvirke de norske anbefalingene med tanke på pårørendes rolle i dagbokskrivning.

I Norge har man stort fokus på å kvalitetssikre dagbøkene før de utleveres til pasienten og dermed også før pårørende får tilgang til den. Det skal være et tiltak for å unngå at vi skriver upassende ting som kan skape uønskede reaksjoner og det kan være en trygghet for intensivsykepleierne som skriver at innholdet vil bli sjekket før det leveres ut (Storli et al., 2011). Fra det vi har funnet, er pårørendes deltagelse i dagboken positivt i forhold til

forebygging av både PICS og PICS-Family. Involvering av pårørende i større grad i det teamet som omgir pasienten, skaper en økt kommunikasjon og forståelse mellom behandlingsteam og hjemmet. Å anerkjenne pårørende som ressurser og la dem ta del i pasientomsorgen på denne måten, er i tråd med intensivsykepleiers funksjons- og ansvarsområde (NSFLIS, 2017). Hvem som skal skrive, er uansett en viktig del av det dagbokkonseptet som skal implementeres ved den enkelte avdeling, og denne avgjørelsen vil være et ledd i å skreddersy intervensjonen til lokale forhold.

Vi fant at det er en uenighet om hvorvidt dagboken skal være en del av journalen eller ikke. I Norge har dagboken tradisjonelt sett vært en personlig gave fra intensivsykepleier til pasient (Holme et al., 2020). Dagboken har alltid hatt et omsorgsaspekt, men etterhvert som evidensbasert forskning har vist at PICS er et økende problem, har man også hatt et økende fokus på dagbokens terapeutiske effekt for å redusere PICS (Gjengedal et al., 2010). Det stilles dermed høyere krav til hva som skrives i boken, hvordan det skrives, hvem som har innsyn og hvordan den oppbevares. I Norge ble det fra og med 2011 anbefalt at dagboken skulle skannes inn i journalen (Storli et al., 2011). Ifølge Helsepersonelloven §§ 39,40 skal den som gir helsehjelp registrere i journalen nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og den helsehjelpen pasienten mottar (Helsepersonelloven, 2019). De norske anbefalingene bygger på en tanke om at dagboken er å regne som et journaldokument og at man derfor må følge vanlige regler for føring, oppbevaring og utlevering av slike dokumenter (Storli et al., 2011).

Pasientjournalen inneholder informasjon som er viktig for god kommunikasjon mellom helsepersonell for å sikre at pasienter får forsvarlig behandling. Intensivdagboken er i første rekke skrevet til og for pasienten, men kan også gi nyttig kunnskap til helsepersonell hvis pasienten blir overført til et rehabiliteringsopphold ved en annen institusjon etter behandling ved intensivavdelingen (Storli et al., 2011). Ifølge Helsepersonelloven §§ 25,45 har nye behandlere rett til å få relevante og nødvendige helseopplysninger om pasienter de får fra spesialisthelsetjenesten. En dagbok i journalen tenker vi kan gi nye behandlere en mer helhetlig forståelse for pasientens sykdomsforløp, og de kan da bli bedre rustet til å møte pasientene der de er, både fysisk, psykisk og kognitivt.

Ved et av de ikke-skandinaviske sykehusene anbefalte den etiske komitéen ved sykehuset å la dagbok bli en del av journalen. Ressursteamet valgte etter grundige overveielser å forbigå

denne anbefalingen av hensyn til pårørendes rolle i og nytte av dagboken (Rogan et al., 2020). Vi skjønner denne problematikken da vi ser at det er mange hensyn som må tas. På den ene siden er det intensivsykepleieres plikt å begrense pårørendes belastninger i forbindelse med nære pårørendes sykdom samt legge til rette for et pasient- og familiesentrert behandlingsmiljø. På den andre siden skal pasientens rett til vern om fortrolige opplysninger ivaretas av intensivsykepleiere (NSFLIS, 2017).

Ved de fleste norske avdelinger er det også vanlig praksis at dagboken skal kvalitetssikres før den leveres til pasienten. Dette er for å sikre kronologi og kontinuitet i sykdomsforløpet, og at tekst og bilder er etisk forsvarlige (Storli et al., 2011). Som intensivsykepleiere plikter vi å verne om pasientens verdighet og integritet og følge yrkesetiske retningslinjer (NSFLIS, 2017). Dette må vi også legge til grunn når vi skriver og kvalitetssikrer dagbøkene.

Vi fant at alle studiene beskrev utfordringer og svingninger i dagbokaktiviteten ved avdelingen. Dette kan ha en sammenheng med at dagbok er en intervensjon som ikke går av seg selv før strukturer er vel etablert og før intensivsykepleierne har fått erfare dens nytteeffekt. Ulike visuelle påminnelser ble brukt for å hjelpe sykepleierne til å huske å skrive og for at ressursteamet lett skulle kunne se hvem som allerede hadde startet dagbok. Påminnelsen kunne eksempelvis være i elektronisk kurve i form av en markering om det var tatt stilling til oppstart, eller om det var skrevet notat den dagen, eller i form av klistremerker, magneter eller dørschild for allerede oppstartede dagbøker (Costa et al., 2021; Rogan et al., 2020). Dette er konkrete og synlige strategier som er direkte rettet mot den som skal utføre tiltaket. I følge implementeringsteori er dette veldig effektivt for å opprettholde en intervensjon, sammen med støtte i form av oppmuntring, deling av informasjon, fordeling av ressurser og rollemodellering (RNAO, 2012).

Når dagbok implementeres, er det også nødvendig å kartlegge aktiviteten og engasjementet for kontinuerlig å kunne vedlikeholde, revidere og forbedre rutinene. *Audit* (revidering) og *Feedback* er et mye brukt verktøy i implementering (RNAO, 2012). Dersom tiltaket er helt nytt, er det spesielt nyttig å gjøre en undersøkelse før oppstart, og så en ny noen måneder eller år etter oppstart for å registrere endring og identifisere eventuelle barrierer for å oppnå ytterligere suksess. I tillegg til spørreskjema og intervju av ansatte, er det i noen av våre studier brukt "diary tracker"/spøringslogg og flytskjema for å lettere kunne registrere, måle og etterspørre dagbokaktiviteten ved en avdeling (Blair et al., 2017; Costa et al., 2021;

Drumright et al., 2021; Locke et al., 2016). Slik kan ressursteamet finne ut hvor mange dagbøker som skrives i hvilket tidsrom, hvem som tar initiativ til dagbok, og hvilke pasienter som får dagbok. Det kan også være nyttig å registrere og dele tilbakemeldinger på arbeidet med å implementere dagbøker. Slik kan man finne ut hva som fungerer og hva som trenger forbedring. Dersom en fra ressursteamet følger med på sporingsloggen, kan hun ta en runde på vakt til de pasientene som står registrert med dagbok. Hun kan da etterspørre og eventuelt tilby veiledning ved skriving av dagens notat. Ressurspersoner må kjenne på balansen mellom oppmuntring og stadige påminnelser, og prøve å bidra til en positiv holdning til dagboka blant de ansatte.

Det er viktig å dele resultater fra undersøkelser og registreringer med personalgruppa (RNAO, 2012). Hva er vi gode på og hva kan vi gjøre bedre? Spesielt viktig er det at alle får vite dersom pasienter og pårørende har gitt tilbakemeldinger på utleverte dagbøker. Dette kan være til stor inspirasjon for den enkelte intensivsykepleier. Om det er mulig, bør intensivsykepleiere som har hatt ansvar for en pasient over tid, få være med på en ettersamtale med pasient og eventuelt pårørende med en gjennomgang av dagboka. Hun kan være med å svare på spørsmål og forklare ytterligere omstendighetene i de ulike situasjonene som beskrives i dagboka (Storli et al., 2011).

Ledelsen må være inneforstått med at implementering av dagbok tar tid og vil kreve ressurser i form av tid, penger og personell, all den tid dagbok skal være et tilbud til pasientene. Ressursteamet må få avsatt tid til å veilede og undervise kolleger, registrere og kvalitetssikre dagbøkene (Storli et al., 2011). For å opprettholde kontinuitet i den enkelte dagbok og i dagbokaktiviteten generelt, er det av stor betydning at også nyansatte og vikarer får en grundig innføring i rutiner i forbindelse med dagbokaktiviteten. Når implementeringen av dagbok går over i en vedlikeholdsfasen, må man være klar over at dette er en sårbar fase. Dette kan skyldes at undervisning knyttet til intervensjonen avtar, eller at intervensjonen får mindre fokus, gjerne til fordel for nye prosjekter. I tillegg kommer utfordringen med at intensivsykepleiere slutter og nye begynner, med påfølgende tap av kompetanse som konsekvens. Man må derfor planlegge for å opprettholde det nyerhvervede kunnskapsnivået i avdelingen. Se implementeringsmodellen *fra kunnskap til handling* under punkt 2.6, der dette er siste fase i den dynamiske implementeringsprosessen.

Ifølge intensivsykepleieres funksjons- og ansvarsområde (NSFLIS, 2017) plikter intensivsykepleiere å jobbe kunnskapsbasert. Det betyr at de må holde seg oppdatert på siste forskning, også innen bruk av dagbok i ettervern av pasienter som overlever intensivbehandling og fornye rutinene og prosedyrene deretter. Vi tenker at standardisering av intervensjonen så langt det er mulig er å foretrekke, men som vi har sett på tidligere er det også like viktig å tilpasse/skreddersy både intervensjonen og implementeringsprosessen til den aktuelle konteksten kontinuerlig. Ut fra våre studier ser vi at de kulturelle forskjellene innen helseinstitusjonene kanskje krever spesielle nasjonale tilpasninger for å kunne gjøre dagbokaktiviteten gjennomførbar.

5.2 Hvordan beskrives utfordringene og vellykkethet ved implementering av intensivdagbok?

Å identifisere de aktuelle utfordringene eller barrierene for implementering i den aktuelle konteksten er avgjørende for å få til en vellykket implementering. Jo mer konkrete barrierer man kan identifisere, dess bedre kan man skreddersy implementeringen til konteksten (Fretheim et al., 2015). Da er det lettere å gjøre noe konkret for å redusere de avdekkede barrierene. Suksessen til enhver implementering avhenger også av bruken av passende strategier for å overvinne de identifiserte barrierene (Fischer et al., 2016). De mest fremtredende barrierene i våre inkluderte studier i forbindelse med implementering av dagbok til intensivpasienter, var mangel på kunnskap og erfaring, mangel på tid, ressurser og retningslinjer samt juridiske hensyn.

Mangel på kunnskap og erfaring var en gjennomgående utfordring i våre inkluderte studier. Skrivning av dagbok er en intervensjon som bygger på evidensbasert kunnskap. De norske anbefalingene og andre retningslinjer som er utarbeidet, bygger på tidligere erfaringer og forskning. Sykepleierne trenger ikke bare å få utlevert retningslinjer, men de trenger også kunnskap om hva som ligger bak utarbeidelsen av disse. Dersom sykepleierne har kompetanse til å lese og forstå forskningslitteratur og til å diskutere kunnskapsgrunnlaget for våre avgjørelser i klinisk praksis, vil det kunne styrke sykepleieutøvelsen (Sandvik et al., 2011).

Sykepleiernes kunnskap og erfaring i forhold til den aktuelle intervensjonen bør om mulig kartlegges før oppstart, eksempelvis ved hjelp av spørreskjema eller intervjuer av ansatte. Da kan man finne ut av hvem som har og kan bidra med sin erfaring og om hvilke holdninger og kunnskaper som finnes i avdelingen. Ut fra dette kan man videre utarbeide undervisningsopplegg som kan foregå både i grupper og enkeltvis. Det kan se ut som at undervisning der sykepleierne selv er deltakende, er mest effektiv. Sykepleiere bør delta i diskusjoner, planlegging, gjennomføring og evaluering av opplegget for at de skal oppleve eierskap i tiltaket. At sykepleierne er mottakelige for endring og har vilje til å lære og utøve nye retningslinjer, er her viktige faktorer. Dersom ikke medarbeidere evner å se nytten av det de faktisk skal utføre, vil det få konsekvenser for implementeringen av intervensjonen og i ytterste konsekvens “ebbe ut”. Det blir dermed vanskelig å lykkes (Bhanji et al., 2010; Sandvik et al., 2011). Målet med undervisningen er å engasjere og skape tro på prosjektet, basert på kunnskap. Lykkes man med det, er man på god vei til et positivt arbeidsmiljø med muligheter for å lykkes med implementering.

Helsepersonellens holdninger er av avgjørende betydning for om de følger de anbefalinger eller retningslinjer som er gitt. Det kan være vanskelig å engasjere seg når de ikke ser direkte fordeler med intervensjoner (Costa et al., 2021). Medarbeidere har ulike forutsetninger, og de erfaringer man har med seg, vil være faktorer i hvordan man opplever å mestre, og dermed utfører en handling (Larsen, 2015). Fra egen praksis opplever vi til stadighet at nye tiltak skal implementeres, og at dette vekker ulike følelser hos sykepleierne. Noen omfavner endring med glede og engasjement, mens andre ser på det som en ekstra byrde. Kunnskap påvirker holdninger og holdninger påvirker praksisatferd (Fischer et al., 2016).

En av barrierene som kom frem i våre inkluderte studier, var at mange sykepleiere synes det var vanskelig å vite hva de skulle skrive i dagboken. Kunnskaper om hva som skal inkluderes i dagboken, er ofte presentert i litteraturen. Som så mange ferdigheter innen intensivsykepleie, krever denne intervensjonen tid for at man skal kunne føle seg komfortabel og kompetent med den. Å ha økter hvor man trener på å skrive notater i dagboken og ha tilgjengelige eksempler på dagboknotater utviklet av ressursteam, er nyttige måter å øke ferdighetene på. Dette, sammen med spesifikke retningslinjer for dagboknotater, kan gi sykepleierne større selvtillit til å skrive (Locke et al., 2016; McCartney, 2020).

Den mest brukte implementeringsstrategien er ulike former for utdanning (Cassidy et al., 2021). Passiv forelesning er ofte ikke nok, men kan være en begynnelse.

Det kan være større interesse for denne type undervisning om foreleser er utenfra og har erfaring med dagbok til intensivpasienter. Interaktiv undervisning med praktiske øvinger/rollespill, i kombinasjon med andre tiltak har vist seg å være bra. Undervisning bør i tillegg være personalisert og gjentatt over tid (RNAO, 2012). Én-til-én oppfølging i praksis var et tiltak i våre studier som var beskrevet som effektivt, sammen med undervisning i smågrupper, med mulighet for diskusjon av intervensjonen. Intensivsykepleiere i et ressursteam kan be om å hospitere ved avdelinger som allerede har implementert dagbok, for å få innspill og inspirasjon. Implementeringsstrategier som inkluderer utdanningsstrategier rapporterer lovende effekter på faglig kunnskap, yrkesutøvelse, pasientens helsestatus, ressursbruk og utgifter (Cassidy et al., 2021).

Å implementere en ny intervensjon - som det å skrive dagbok for intensivpasienter - medfører økt tidsbruk og arbeidsmengde. Med introduksjonen av ethvert nytt tiltak/intervensjon er det ofte motstand blant personalet, spesielt hvis det innebærer økt arbeidsmengde. Av denne grunn er det avgjørende at endringer er enkle, bærekraftige og at de integreres godt i rutinen (Costa et al., 2021). Mangelen på tid er beskrevet som en av hovedbarrierene i våre inkluderte studier. Flere sykepleiere uttrykte bekymring over hvor lang tid det vil ta å skrive dagboknotater i en ellers så travel intensivavdeling. Vi har funnet to studier som har sett på hvor lang tid det tar å skrive dagboknotater. I den ene studien tok det 13 minutter å skrive det første notatet og 3-5 minutter på oppfølgingsnotat (Nydahl et al., 2014). I den andre studien brukte de fleste 5-15 minutter på hvert dagboknotat (Fållun et al., 2017). Tiden det tar å skrive i dagbøkene påvirkes av sykepleier-pasient ratioen og øker med mer erfaring med å skrive dagbok. Man kommer heller ikke utenom at forstyrrelser påvirker tiden det tar å skrive. På travle vakter kan man lett bli bekymret for om man må jobbe overtid for å ferdigstille notatet. Det viser seg at erfarne sykepleiere brukte lengre tid på å skrive. Dette tror man skyldes at de har utviklet en større empati eller har mer tanker og refleksjoner når de har fått mer erfaring. Et annet aspekt kan være at sykepleiere som har mer trening/erfaring med dagbøker, vil kanskje verdsette dagboken mer enn før og vil følgelig skrive lengre notater i dagboken (Nydahl et al., 2014).

Mangel på intensivsykepleiere er et økende problem. Med et økende antall eldre, mangel på helsepersonell og stadige nedbemanninger på grunn av sparetiltak, fører dette til økt

arbeidsbelastning og tidsbegrensninger for intensivsykepleierne. Mangel på tid og stor arbeidsbelastning kan ifølge Fischer et al. (2016) bare overvinnes ved å gi nok tid til å utnytte retningslinjene i praksis. Dette ved å etablere klare roller i form av tydelige retningslinjer og ved å gi økonomiske insentiver. Dette vil nødvendigvis gå på bekostning av andre prioriteringer og må finne velvilje på ledelsesnivå.

Vi har funnet at mange sykepleiere vegrer seg for å skrive fordi de ikke vet hva og hvordan de skal skrive. Helsepersonelloven §40 sier at “journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen”. De nasjonale anbefalingene understreker at det er *kun* relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen som da skal inn i journalen, og de sier at dagbokens innhold må reguleres av denne loven (Storli et al., 2011). Denne anbefalingen kan kanskje føre til ytterligere “skrivevegning” da det øker kravet til at det som skrives *må* være relevant og nødvendig i forhold til dagbokens hensikt. Anbefalingene presiserer også at “tekst av privat karakter” ikke hører hjemme i dagboken (Storli et al., 2011.s.12). Dagboknotatene skal skrives i en “personlig, men profesjonell stil”. Den skal både henvende seg direkte til pasienten, samtidig som den skal passe inn i journalen. Dette kan for mange være en utfordring, og sykepleierne vil trenge tid og hjelp til å venne seg til denne skrivemåten. Frykten for juridiske konsekvenser i forbindelse med hva man skriver i dagboken, er beskrevet av sykepleiere i flere av de inkluderte studiene. Denne bekymringen var aller mest fremtredende ved amerikanske sykehus, der det også som kjent er mer vanlig å anmelde uønskede hendelser. Denne utfordringen ble ved et sykehus forsøkt løst ved å forsikre de ansatte om at slike saker aldri var kommet i retten.

Vi fant at vellykkethet i forhold til implementeringen ble beskrevet som økt kunnskap om og engasjement rundt PICS og bruk av dagbok, positive tilbakemeldinger, meningsfylt og et økt antall dagbøker. Vi har i vår litteraturgjennomgang hatt mest fokus på intensivsykepleierens rolle i implementering av dagbokkonseptet. Vi fant at det har stor betydning at den enkelte sykepleier får nok kunnskap. Dette motiverer og inspirerer intensivsykepleierne til å skrive. Blair et al. (2017, s. 7) sier at “education appears to be the key to the ICU diary project’s success”. Å styrke intensivsykepleierens kunnskapsgrunnlag for dagbokens betydning for pasient og pårørende, kan skape en indre motivasjon. God opplæring og veiledning av personalet, som også inngår i intensivsykepleiers funksjons- og ansvarsområde (NSFLIS, 2017), legger grunnlaget for holdningsendringer og for at intensivsykepleierne skal ønske å

iverksette tiltak for å gjøre det godt for pasienten. Det handler om å bevisstgjøre intensivsykepleierne på at dagboken beviselig er en bok som kan fremme helse og gi økt livskvalitet (Gjengedal et al., 2010). Noen studier betegner dette som “staff-by in”, og om man lykkes i det er man på god vei til å lykkes med implementeringen (Drumright et al., 2021). Implementering av nye intervensjoner er tidkrevende og må derfor følges kontinuerlig opp av et engasjert ressursteam. Som et eksempel på dette så vi i en av studiene at først to år etter implementeringen av dagbok, skrev sykepleierne dagbøker uten å bli bedt om det (Rogan et al., 2020).

Vi fant at positive tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er det som har vært den største inspirasjonen for sykepleiere til å skrive dagbok. Vissheten om hvor viktig dagboken er for pasientene og pårørende, kan både inspirere og forplikte intensivsykepleierne til å skrive. Når dagbokskrivningen får slike virkninger, er vi inne i en god sirkel med motiverende faktorer. Positive tilbakemeldinger kan føre til holdningsendringer og oppmuntre til å skrive dagbok til andre intensivpasienter (Gjengedal et al., 2010). Det er først i etterkant av intensivoppholdet at pasienter og pårørende får mulighet til å bruke dagboken og vurdere nytten av denne. Det er derfor av stor betydning å tilby dem en oppfølgingssamtale, kanskje 2-3 måneder etter utskrivelse, for å samtale om intensivoppholdet og dagbokens betydning i rehabiliteringstiden. Her får vi mulighet til å fange opp tilbakemeldinger, både positive og negative. Tilbakemeldinger må deles på personalmøter eller lignende, da det kan gi motivasjon til intensivsykepleierne til å opprettholde og styrke dagbokaktiviteten.

Å skrive dagbok ble for mange sykepleiere også en kilde til inspirasjon i det daglige arbeidet, og det styrket omsorgsaspektene ved sykepleien som ble gitt til både til pasienter og pårørende (Holme et al., 2020; Locke et al., 2016). Gjengedal et al. (2010), omtaler dagbokaktivitet som en “act of caring” (en omsorgshandling), men samtidig anerkjenner studien at dagboken også har en terapeutisk hensikt. Vi tenker at pasienter som får dagbok, vil få en opplevelse av omsorg idet de leser dagbøkene, og at det også i seg selv kan være terapeutisk og redusere postintensive stressreaksjoner.

Flere sykepleiere opplevde det meningsfylt å skrive i dagboken, og de opplevde en større nærhet til pasient og pårørende. Drumright et al. (2021, s. 10) oppga i sin studie at “ICU diary implementation added significant value to the ICU experience by humanizing care”. Vår første assosiasjon ved uttrykket “humanizing care” går gjerne mot utfordringene ved å se

mennesket bak teknologien i det høyt teknologiske miljøet ved en intensivavdeling. Basile et al. (2021) har nylig også gjort en studie på hvordan helsepersonells holdninger og oppførsel kan føre til “dehumanisering” av pasienter og pårørende ved at de ikke blir vist tilstrekkelig respekt og verdighet. Negative konsekvenser av dehumanisering kan være følelser som skam, skyld, tristhet, anger, kraftløshet, psykologisk stress og tilbaketrekning. Dette vil igjen få konsekvenser for pasienter og pårørendes rehabilitering og mental helse post-intensiv (Basile et al., 2021). Dette kan forsterke mulighetene for at pasienter og pårørende utvikler PICS og PICS-F. Å skrive dagbok kan hjelpe sykepleierne å se pasienten som det mennesket han er, med sine følelser og tanker, sin frykt og sin smerte, og å forstå og møte pasienten som et medmenneske med samme verdi. Dette er humanizing care, og det er grunnleggende for god sykepleie. Flere sykepleiere opplevde økt tilfredsstillelse i arbeidet med dagboken ved å kunne bidra til pasientenes følelsesmessige bedring (Hester et al., 2016).

Spørsmålet om når man har lykket med implementering av dagbok, kan diskuteres i flere retninger, men kanskje er vi nær et mål når intensivsykepleierne er inspirert, et økende antall bøker blir skrevet og pasienter og pårørende opplever at boken er nyttig for deres helse og livskvalitet. Øker antallet dagbøker, kan det bety økt engasjement og interesse blant de ansatte. Ved et høyere antall skrevne dagbøker øker mulighetene for å få flere gode tilbakemeldinger. Vi har lykket når prosjektet er forankret i ledelsen ved en intensivavdeling, og når ledelsen prioriterer ressurser og legger til rette for implementeringen, ved å opptre støttende og å prioritere ressurser som avsatt tid og bemanning. Videre har vi lykket dersom ressursteamet fungerer ved at de fortsetter å undervise, veilede og følge opp kolleger i dagbokskrivningen i den daglige driften. Ved å gjøre dette er det størst mulighet for at dagbokaktiviteten vedvarer og utvikles.

6.0 Konklusjon

Intensivsykepleiere spiller en sentral rolle både i implementering, gjennomføring og opprettholdelse av dagbok i intensivavdelinger. Implementering og opprettholdelse av dagbokkonseptet kan være svært utfordrende, og mange faktorer bidrar til dette. Bruk av en implementeringsmodell som utgangspunkt vil kunne gi et grunnlag for en systematisk og god implementeringsprosess når en sykepleiefaglig intervensjon som dagbok skal implementeres. Det er av avgjørende betydning å identifisere lokale barrierer og tilpasse intervensjonen til

den aktuelle konteksten. Vi har sett at ulike kulturer, både i ulike land og i ulike helseinstitusjoner, krever justeringer både i selve dagbokkonseptet og i implementeringsstrategien. Implementeringsstrategien må begynne med forankring i ledelsen og opprettelse av ressursteam. Ressursteamet må så ta ansvar for implementeringsprosessen som innebærer undervisning, veiledning og oppfølging, trinn for registrering, evaluering, endring, kontinuitet og fleksibilitet. Vi fant et stort behov for standardisering av dagbokkonseptet i tillegg til metode for implementering. En god implementeringsstrategi tilpasset arbeidsplassen var viktig i forhold til implementering av dagbokkonseptet. Denne kunnskapen kan lett overføres til andre intervensjoner som skal implementeres i intensivavdelinger.

7.0 Videre forskning og forslag til endring i praksis

I stort sett alle studiene etterlyses mer forskning og evidens på bruk og effekt av dagbok for å redusere PICS og PICS-F. Særlig etterlyses det forskning på hvilke pasienter som har mest nytte av dagbok, hva som er hensiktsmessig å skrive, og hvilke erfaringer sykepleiere har med å skrive dagbok. Vi tenker at det også vil være nyttig med forskning på hva vi som intensivsykepleiere kan gjøre for å bedre pasientenes intensiverfaring og redusere faren for at pasientene i det hele tatt utvikler PICS. Det kommer også fram i litteraturen at det ønskes mer forskning på hvordan implementeringsvitenskap i større grad kan brukes i sykepleiefaglige kvalitetsforbedringer.

I tillegg til dagbok formidles det i våre studier et stort behov for oppfølgingsklinikker eller PICS-klinikker, som kan følge pasienter og pårørende etter utskrivning fra sykehuset. Personalet ved en slik klinikk bør være tverrfaglig for å kunne møte pasientenes komplekse utfordringer. Denne oppfølgingen anbefales å komme med tidsbestemte intervaller og vare over tid. Gjerne opptil 2 år etter utskrivning fra intensivavdelingen.

Intensivdagboken er kommet for å bli, og vi tenker at foreløpig forskning danner grunnlag for at sykepleiestudenter i intensivutdanningen bør få undervisning, både om PICS, dagbok og implementerings vitenskap. Videre vil vi anbefale økt bruk av implementeringsteori- og modeller for intensivavdelinger som skal implementere dagbok eller forbedre sine rutiner. For

økt standardisering er det fordelaktig om alle tar utgangspunkt i de nasjonale anbefalingene før de tilpasser konseptet til lokale forhold. Ellers vil vi understreke betydning av forankring i ledelsen, dannelse av team (gjerne med både ildsjeler og en skeptiker), god og repeterende opplæring (også av nyansatte og vikarer), tilstrekkelige ressurser og kontinuerlige evalueringer ved implementering av dagbok.

Vi håper også at fremtidige konferanser for intensivsykepleiere vil ha fokus på ettervern, og invitere mottakere av intensivdagbøker for å fortelle om sine erfaringer fra opphold på intensivavdelinger og om hva dagboken har betydd for dem, til inspirasjon for alle potensielle dagbokentusiaster!

8.0 Litteraturliste

- Aubert, V. (1985). *Det skjulte samfunn*. Universitetsforlaget.
- Basile, M. J., Rubin, E., Wilson, M. E., Polo, J., Jacome, S. N., Brown, S. M., Heras La Calle, G., Montori, V. M. & Hajizadeh, N. (2021). Humanizing the ICU Patient: A Qualitative Exploration of Behaviors Experienced by Patients, Caregivers, and ICU Staff. *Critical Care Explorations*, 3(6), e0463. <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000000463>
- Bhanji, F., Mancini, M. E., Sinz, E., Rodgers, D. L., McNeil, M. A., Hoadley, T. A., Meeks, R. A., Hamilton, M. F., Meaney, P. A., Hunt, E. A., Nadkarni, V. M. & Hazinski, M. F. (2010). Part 16: Education, Implementation, and Teams. *Circulation*, 122(18_suppl_3), S920–S933.
- Blair, K. T. A., Eccleston, S. D., Binder, H. M. & McCarthy, M. S. (2017). Improving the Patient Experience by Implementing an ICU Diary for Those at Risk of Post-intensive Care Syndrome. *Journal of Patient Experience*, 4(1), 4–9. <https://doi.org/10.1177/2374373517692927>
- Bondevik, H. & Engebretsen, E. (2021). Kunnskapsbasert praksis og translasjon: om kunnskapstyper og standardisering. I D. Jenssen, M. Kjørstad, S. Seim & P. A. Tufte (Red.), *Vitenskapsteori for sosial-og helsefag* (s. 55–77). Gyldendal.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- CASP. (2018). *CASP Checklists - Critical Appraisal Skills Programme*. CASP - Critical Appraisal Skills Programme. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
- Cassidy, C. E., Harrison, M. B., Godfrey, C., Nincic, V., Khan, P. A., Oakley, P., Ross-White, A., Grantmyre, H. & Graham, I. D. (2021). Use and effects of implementation strategies for practice guidelines in nursing: a systematic review. *Implementation Science*, 16(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01165-5>
- Costa, A. V., Padfield, O., Elliott, S. & Hayden, P. (2021). Improving patient diary use in intensive care: A quality improvement report. *Journal of the Intensive Care Society*, 22(1), 27–33. MEDLINE. <https://doi.org/10.1177/1751143719885295>
- Davies, B., Edwards, N., Ploeg, J. & Virani, T. (2008). Insights about the process and impact of implementing nursing guidelines on delivery of care in hospitals and community settings. *BMC Health Services Research*, 8(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-29>
- Dobbins, M., Rosenbaum, P., Plews, N., Law, M. & Fysh, A. (2007). Information transfer: what do decision makers want and need from researchers? *Implementation Science*, 2(1), 20. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-20>
- Drageset, S. & Ellingsen, S. (2011). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*, 4, 332–335. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>

- Drumright, K., Jones, A. C., Gervasio, R., Hill, C., Russell, M. & Boehm, L. M. (2021). Implementation of an Intensive Care Unit Diary Program at a Veterans Affairs Hospital. *Journal of nursing care quality*, 36(2), 155–161. MEDLINE. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000510>
- Egerod, I. & Bagger, C. (2010). Patients' experiences of intensive care diaries—A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(5), 278–287. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.07.002>
- Egerod, I., Bergbom, I., Lindahl, B., Henricson, M., Granberg-Axell, A. & Storli, S. L. (2015). The patient experience of intensive care: A meta-synthesis of Nordic studies. *International Journal of Nursing Studies*, 52(8), 1354–1361. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.017>
- Eklind, S., Olby, K. & Åkerman, E. (2022). The Intensive Care Unit diary — A significant complement in the recovery after intensive care. A focus group study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 74, 103337. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103337>
- Engström, A., Grip, K. & Hamrén, M. (2009). Experiences of intensive care unit diaries: «touching a tender wound». *Nursing in Critical Care*, 14(2), 61–67. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2008.00312.x>
- Estabrooks, C. A., Midodzi, W. K., Cummings, G. G. & Wallin, L. (2007). Predicting Research Use in Nursing Organizations: A Multilevel Analysis. *Nursing Research*, 56(4), S7. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000280647.18806.98>
- FHI. (2018). *Slik oppsummerer vi forskning. Metodehåndbok*. (4. utg.). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/slik-oppsummerer-vi-forskning-2018v2-endret-2021.pdf>
- FHI. (2021, 2. juni). *Tiltak for implementering*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/veileder-for-forebygging-av-infeksjoner-ved-bruk-av-intra-vaskulare-katetre/implementering/tiltak-for-implementering/>
- Fischer, F., Lange, K., Klose, K., Greiner, W. & Kraemer, A. (2016). Barriers and Strategies in Guideline Implementation—A Scoping Review. *Healthcare*, 4(3), 36. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K., Friedman, R. M. & Wallace, F. (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. Louis de la Parte Mental Health Institute Publication.
- Fretheim, A., Flottorp, S. & Oxman, A. (2015). *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2015/effekt-av-tiltak-for-implementering-av-kliniske-retningslinjer/>
- Fålun, N., Oterhals, K., Holm, M. S., Melby, A.-C. & Norekvål, T. M. (2017). Skriver dagbok til respiratorpasienter. *Sykepleien*, 3, 54–59. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.60967>
- Gjengedal, E., Storli, S. L., Holme, A. N. & Eskerud, R. S. (2010). An act of caring - patient diaries in Norwegian intensive care units. *Nursing in critical care*, 15(4), 176–184. MEDLINE. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00402.x>

- Glimelius, C. P., Ringdal, M., Apelqvist, G. & Bergbom, I. (2018). Diaries and memories following an ICU stay: a 2-month follow-up study. *Nursing in Critical Care*, 23(6), 299–307. <https://doi.org/10.1111/nicc.12162>
- Halvorsen, K. & Nortvedt, F. (2017). Å være intensivpasient. I *Fenomener i intensivsykepleie*. Cappelen Damm akademisk.
- Hamel, C., Michaud, A., Thuku, M., Skidmore, B., Stevens, A., Nussbaumer-Streit, B. & Garritty, C. (2021). Defining Rapid Reviews: a systematic scoping review and thematic analysis of definitions and defining characteristics of rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 129, 74–85. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.09.041>
- Heindl, P., Bachlechner, A., Nydahl, P. & Egerod, I. (2019). Extent and application of patient diaries in Austria: process of continuing adaptation. *Nursing in critical care*, 24(6), 343–348. MEDLINE. <https://doi.org/10.1111/nicc.12257>
- Helse- og omsorgsdepartementet, H. (2012, 7. desember). *Meld. St. 10 (2012–2013) God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse og omsorgstjenesten*. [Stortingsmelding]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-20122013/id709025/>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Kunnskapsbasert praksis.no*. Helsebiblioteket. Hentet 16. februar 2023, fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsebiblioteket. (u.å.). *Kvalitetsforbedring*. Helsebiblioteket. Hentet 14. mars 2023, fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring>
- Helsedirektoratet. (2021). *Implementering*. Itryggehender. <https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/implementering>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven) - Lovdata*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (2019). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) - Lovdata*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hester, M., Ingalls, N. K. & Hatzfeld, J. J. (2016). Perceptions of ICU Diary Utility and Feasibility in a Combat ICU. *Military medicine*, 181(8), 895–899. MEDLINE. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00210>
- Holme, A. N., Halvorsen, K., Eskerud, R. S., Lind, R., Storli, S. L., Gjengedal, E. & Moi, A. L. (2020). Nurses' experiences of ICU diaries following implementation of national recommendations for diaries in intensive care units: A quality improvement project. *Intensive & critical care nursing*, 59, 102828. MEDLINE. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102828>
- ICU diary. (2021). *ICU-diary map*. ICU-diary.org. <http://icu-diary.org/diary/start.html>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori?: Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlag.
- Jones, C., Backman, C., Capuzzo, M., Egerod, I., Flaatten, H., Granja, C., Rylander, C., Griffiths, R. D. & RACHEL group, T. (2010). Intensive care diaries reduce new onset post traumatic stress disorder following critical illness: a randomised, controlled trial. *Critical Care*, 14(5), R168. <https://doi.org/10.1186/cc9260>

- Jones, C., Griffiths, R. D. & Humphris, G. (2000). Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory*, 8(2), 79–94. <https://doi.org/10.1080/096582100387632>
- Kredentser, M. S., Blouw, M., Marten, N., Sareen, J., Bienvenu, J. O., Ryu, J., Beatie, B. E., Logsetty, S., Graff, L. A., Eggertson, S., Sweatman, S., Debroni, B., Cianflore, N., Arora, R., Zarychanski, R. & Olafson, K. (2018). Preventing Posttraumatic Stress in ICU Survivors: A Single-Center Pilot Randomized Controlled Trial of ICU Diaries and Psychoeducation*. *Critical care medicine*, 46, 1914–1922. <https://oec.ovid.com/article/00003246-201812000-00004/PDF>
- Kotter, J. P. (2008). *A sense of urgency*. Harvard Business Press
- Larsen, T. (2015). *Implementering og endringsledelse. Hvordan lykkes med våre endringer?* Forelesning. Universitetet i Bergen.
- Locke, M., Eccleston, S., Ryan, C. N., Byrnes, T. J., Mount, C. & McCarthy, M. S. (2016). Developing a Diary Program to Minimize Patient and Family Post-Intensive Care Syndrome. *AACN advanced critical care*, 27(2), 212–220. MEDLINE. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016467>
- Luiking, M. L. (Marie-L. (2017). The evaluation of nurse driven treatments starts with the nurses. *Intensive and Critical Care Nursing*, 43, 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.09.004>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag: en innføring* (4. utg). Universitetsforlaget.
- McCartney, E. (2020). Intensive Care Unit Patient Diaries: A Review Evaluating Implementation and Feasibility. *Critical care nursing clinics of North America*, 32(2), 313–326. MEDLINE. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2020.02.011>
- Mehlhorn, J., Freytag, A., Schmidt, K., Brunkhorst, F. M., Graf, J., Troitzsch, U., Schlattmann, P., Wensing, M. & Gensichen, J. (2014). Rehabilitation Interventions for Postintensive Care Syndrome: A Systematic Review*. *Critical Care Medicine*, 42(5), 1263–1271. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000000148>
- Meijers, J. M. M., Janssen, M. A. P., Cummings, G. G., Wallin, L., Estabrooks, C. A. & Y.G. Halfens, R. (2006). Assessing the relationships between contextual factors and research utilization in nursing: systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(5), 622–635. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03954.x>
- Mikkelsen, M. E., Netzer, G. & Iwashyna, T. (2022, 18. november). *Post-intensive care syndrome (PICS)*. Up to date. <https://www.medilib.ir/uptodate/show/88330>
- Moi, A. L., Storli, S. L., Gjengedal, E., Holme, A. N., Lind, R., Eskerud, R., Fenstad, A. M., Kvåle, R. & Halvorsen, K. (2018). The provision of nurse-led follow-up at Norwegian intensive care units. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(13–14), 2877–2886. CINAHL. <https://doi.org/10.1111/jocn.14379>
- Moons, P., Goossens, E. & Thompson, D. R. (2021). Rapid reviews: the pros and cons of an accelerated review process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 20(5), 515–519. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab041>

- Needham, D. M., Davidson, J., Cohen, H., Hopkins, R. O., Weinert, C., Wunsch, H., Zawistowski, C., Bemis-Dougherty, A., Berney, S. C., Bienvenu, O. J., Brady, S. L., Brodsky, M. B., Denehy, L., Elliott, D., Flatley, C., Harabin, A. L., Jones, C., Louis, D., Meltzer, W., ... Harvey, M. A. (2012). Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders' conference*. *Critical Care Medicine*, 40(2), 502–509. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e318232da75>
- Norsk intensivregister. (2022). *Norsk intensivregister (NIR)*. Helse Bergen/norsk intensivregister. <https://helse-bergen.no/norsk-intensivregister-nir>
- Norsk Sykepleierforbund. (2022). *Intensivsykepleie: Fag, utdanning og forskning*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, Gro, Graverholt, Birgitte & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! en arbeidsbok* (3. utg.). Akribe.
- NSFLIS. (2017). *Funksjons-og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier*. NSF's Landsgruppe av intensivsykepleiere.
- Nydahl, P., Bäckman, C. G., Bereuther, J. & Thelen, M. (2014). How much time do nurses need to write an ICU diary? *Nursing in critical care*, 19(5), 222–227. MEDLINE. <https://doi.org/10.1111/nicc.12046>
- Nydahl, P., Egerod, I., Hosey, M. M., Needham, D. M., Jones, C. & Bienvenu, O. J. J. (2020). Report on the Third International Intensive Care Unit Diary Conference. *Critical care nurse*, 40(5), e18–e25. MEDLINE. <https://doi.org/10.4037/ccn2020958>
- Nydahl, P., Knueck, D. & Egerod, I. (2015). Extent and application of ICU diaries in Germany in 2014. *Nursing in critical care*, 20(3), 155–162. MEDLINE. <https://doi.org/10.1111/nicc.12143>
- Oslo Universitetssykehus. (2022). *Posttraumatisk stresslidelse, PTSD*. Oslo universitetssykehus. <https://oslo-universitetssykehus.no/posttraumatisk-stresslidelse-ptsd>
- Ovretveit, J. (2014). *Evaluating Improvement and Implementation for Health*. McGraw-Hill Education. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/uisbib/detail.action?docID=1910235>
- Ploeg, J., Davies, B., Edwards, N., Gifford, W. & Miller, P. E. (2007). Factors Influencing Best-Practice Guideline Implementation: Lessons Learned from Administrators, Nursing Staff, and Project Leaders. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4(4), 210–219. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00106.x>
- Plüddemann, A., Aronson, J. K., Onakpoya, I., Heneghan, C. & Mahtani, K. R. (2018). Redefining rapid reviews: a flexible framework for restricted systematic reviews. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(6), 201–203. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-110990>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition). Wolters Kluwer.
- Rapport, F., Smith, J., Hutchinson, K., Clay-Williams, R., Churrua, K., Bierbaum, M. & Braithwaite, J. (2021). Too much theory and not enough practice? The challenge of implementation science application in healthcare practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 28(6), 991–1002. <https://doi.org/10.1111/jep.13600>

- Rattray, J., Crocker, C., Jones, M. & Connaghan, J. (2010). Patients' perceptions of and emotional outcome after intensive care: results from a multicentre study. *Nursing in Critical Care*, 15(2), 86–93. <https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00387.x>
- RNAO (2012). *Verktøykasse: Implementering av kunnskapsbaserte retningslinjer* (2. utg., Bd. 212). International Affairs and Best Practice Guidelines Centre. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/RNAO_ToolKit_2012_final_Norwegian_version_0.pdf
- Rogan, J., Zielke, M., Drumright, K. & Boehm, L. M. (2020). Institutional challenges and solutions to evidence-based, patient-centered practice implementing ICU diaries. *Critical care nurse*, 40(5), 47–56. MEDLINE. <https://doi.org/10.4037/ccn2020111>
- Roulin, M.-J., Hurst, S. & Spirig, R. (2007). Diaries Written for ICU Patients. *Qualitative Health Research*, 17(7), 893–901. <https://doi.org/10.1177/1049732307303304>
- Samuelson, K. A. M. (2011). Unpleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients—Findings from 250 interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(2), 76–84. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.01.003>
- Sandvik, G. K., Stokke, K. & Nortvedt, M. W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbaser praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning*, 2, 158–165. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0098>
- Saunders, H. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). The state of readiness for evidence-based practice among nurses: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 128–140. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.10.018>
- Schou, I., Nordvik, M., Tørseth, A. M., Fet, U., Thon, I. & Møkkelgård, M. (1993). Dagbok til intensiv pasienter. *Nye Fagospet*, 4 Årgang 7, 7–10.
- Shehabi, Y., Bellomo, R., Mehta, S., Riker, R. & Takala, J. (2013). Intensive care sedation: the past, present and the future. *Critical Care*, 17(3), 322. <https://doi.org/10.1186/cc12679>
- Storli, Sissel L. & Lind, R. (2009). The meaning of follow-up in intensive care: patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(1), 45–56. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00589.x>
- Storli, Sissel L, Eskerud, R. S., Gjengedal, E., Holme, A. N. & Synnevåg, H. (2011). *Nasjonale anbefalinger for bruk av dagbok til pasienter ved norske intensivavdelinger*. NSFLIS.
- Storli, Sissel L & Gjengedal, E. (2017). Dagbok, mening og livsforståelse. I *Fenomener i intensivsykepleie* (ss. 96–115). Cappelen Damm akademisk.
- Straus, S. E., Tetroe, J. & Graham, I. D. (Red.). (2013). *Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice* (2nd ed) [Electronic resource]. John Wiley & Sons.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse - en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Titler, M. G., Kleiber, C., Steelman, V. J., Rakel, B. A., Budreau, G., Everett, L. Q., Buckwalter, K. C., Tripp-Reimer, T. & Goode, C. J. (2001). The Iowa Model of Evidence-Based Practice to Promote Quality Care. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(4), 497–509.

- Van Berkel, M. A., MacDermott, J., Dungan, K. M., Cook, C. H. & Murphy, C. V. (2017). *Tiered protocol implementation improves treatment of hypoglycaemia in a neurosciences critical care and surgical intensive care unit* | Elsevier Enhanced Reader. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.06.006>
- White, C. L. (2011). *Nurse Champions: A Key Role in Bridging the Gap Between Research and Practice* | Elsevier Enhanced Reader. 4. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.04.009>
- Zetterlund, P., Plos, K., Bergbom, I. & Ringdal, M. (2012). Memories from intensive care unit persist for several years—A longitudinal prospective multi-centre study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 28(3), 159–167. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2011.11.010>
- Ødegård, E., Nordahl, J. & Røys, H. (2017). *Alle skal med! Veiledning i den lærende barnehage*. Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg 1

Search History – CINAHL EBSCO 25082022

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S4	S2 AND S3	Limiters - Published Date: 20100101-20221231; Exclude MEDLINE records Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	42
S3	implement*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	252,659
S2	(intensive care or icu or icus or critical care) and (diary or diaries)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	484
S1	(MH "Intensive Care Units") OR (MH "Critical Care Nursing") OR (MH "Critical Care")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	76,909

Search History – Medline EBSCO 25082022

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S4	S2 AND S3	Limiters - Date of Publication: 20100101-20221231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	64
S3	implement*	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	632,582
S2	(intensive care or icu or icus or critical care) and (diary or diaries)	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	566
S1	(MH "Intensive Care Units") OR (MH "Critical Care Nursing") OR (MH "Critical Care")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - MEDLINE	115,267

Vedlegg 2

Vedlegg 2: Veiledningsavtale



Veiledningsavtale for masteroppgave i spesialsykepleie

Evt utnevning av medveileder må avklares med oppnevnt veileder i forkant.

Fylles ut til første veiledning.

STUDENT 1
Navn: <i>Ashild Bjberg</i>
e-post: <i>herlige72@gmail.com</i>
Mobilnummer: <i>91155360</i>
STUDENT 2
Navn: <i>Line Oppstad</i>
e-post: <i>LineOppstad@gmail.com</i>
Mobilnummer: <i>93218920</i>
HOVEDVEILEDER
Navn: <i>Britt Søvik Hansen</i>
e-post: <i>britt.s.hansen@uis.no</i>
Mobilnummer/arbeid: <i>99021954</i>
BIVEILEDER
e-post:
Mobilnummer/arbeid:

Vedlegg 3

Vedlegg 3: Master i spesialsykepleie, spesifisering av studentbidrag

UNIVERSITETET I STAVANGER

Studentene som skriver sammen, forplikter seg til å bidra likt. Den enkeltes bidrag skal spesifiseres, og signeres av studentene og veileder ved innlevering av masteroppgave.

STUDENT 1

Navn *Åshild Byberg*

Spesialisering i: *Intensivsykepleie*

Bidrag: *Vi har begge vært bidragsyttere i alle ledd av oppgaven*

STUDENT 2

Navn *Line Oppstad*

Spesialisering i: *Intensivsykepleie*

Bidrag: *Vi har begge vært bidragsyttere i alle ledd av oppgaven.*

Signatur:

Student 1 *Åshild Byberg*

Student 2 *Line Oppstad*

Veileder: *Britt Sævre Hansen*

