

# Ivaretagelse av intensivpersonell. -*“Do`s and Don`ts”*

**Hans Christian B. Vangberg, PhD**

Even Nerskogen, Cand.Polit

Øystein Robertsen, PhD

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling, UNN

# Arbeidshelse?



Bilde: Microsoft StockPhoto

ONE-THIRD of man's waking life is taken up by his job. Another significant portion of man's life, intimately connected with his work, is his leisure time and social activities. The twain not only meet, but melt inseparably in the individual's total emotional response to living. This is man's life and this is what must be studied if the total man is to be understood.

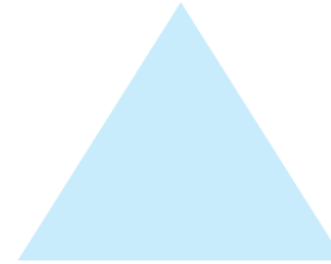
Field, Ewing & Wayne (1957).



# Trinnvis respons

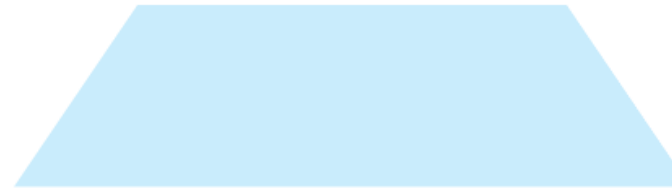
Helsetjenestens  
ansvar

Behandling

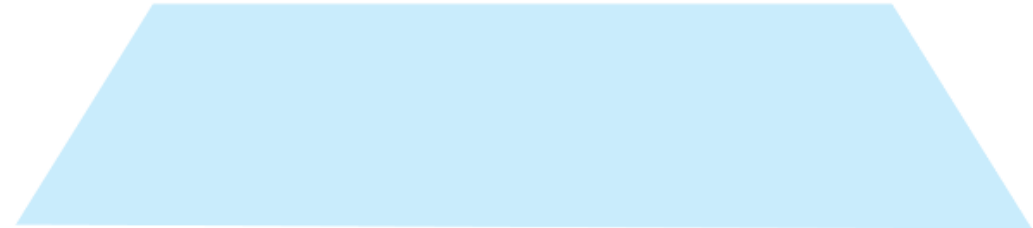


Organisasjons-/  
lederansvar

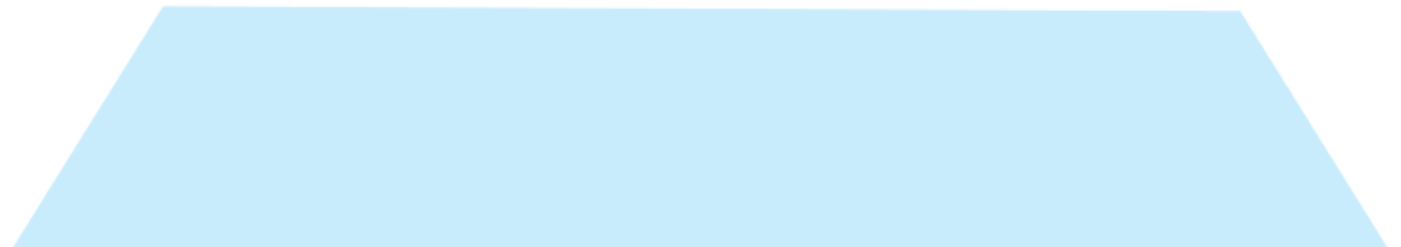
Støtte



Informasjon



Basale behov



# Basale behov



Bilde: Microsoft StockPhoto



Påse at de basale behovene til de ansatte er tilfredsstillt, inkludert søvn, hvile, mat og sikkerhet (bla. korrekt personlig verneutstyr).



Legg til rette for at ansatte kan ta pauser og oppfordre dem til å ta vare på seg selv.

Viktig at erfarne ansatte og lederne går foran som gode eksempler.



Vær spesielt oppmerksom på ansatte med en krevende hjemmesituasjon eller som av andre grunner kan ha nytte av mer fleksibel arbeidstid enn vanlig.



Roter ansatte mellom oppgaver som krever høyt tempo, og oppgaver som krever lavt tempo.



# Informasjon



Sikre god og nøyaktig kvalitet på kommunikasjon og oppdater alle ansatte i åpne fora på en ærlig og oppriktig måte, slik at de er best mulig forberedt på hva som kan komme senere og hva de kan bli bedt om å gjøre.



Sørg for gode kommunikasjonslinjer mellom ansatte og ledelse slik at tilbakemeldinger raskt blir tatt tak i.



Vær fleksibel i støttetiltak, og responder på informasjon fra ansatte på hva som er og ikke er hjelpsomt.



Gi tilbakemelding om at meldinger er mottatt og hvordan de følges opp.



# Støtte



Bilde: Microsoft StockPhoto



## Forberedelser

Inkluder de ansatte i samtaler om potensielt utfordrende hendelser de kan bli utsatt for slik at de bedre kan håndtere disse og eventuelle psykiske helseutfordringer.



## Kollegastøtte

Uformell støtte fra kollegaer i etterkant av en kritisk hendelse, minker sannsynligheten for at det blir behov for formell intervensjon.



## Gode avslutninger på vakter

Legg til rette for naturlige måter å samtale om det som har skjedd på vakt dersom det er behov for det



## Følg med over tid

Følg aktivt med og gi støtte til de ansatte også etter at krisen er i ferd med å avta. Henvis eventuelt ansatte som trenger helsehjelp til relevant helsetjeneste.





# Psykisk helsehjelp?



Ikke hast med å tilby direkte psykologiske intervensjoner.

Selv om intensjonen er god, kan det å forstyrre individers naturlige mestringsstrategier være uheldig.



Ikke tilby psykologisk debrief

Eller annen oppfølging som pålegger ansatte å snakke om sine følelser eller tanker.

Forskning tyder på det er ineffektivt og til og med kan øke sannsynligheten for utvikling av vansker.



Ikke tilby noen form for ikke-evidensbaserte psykologiske behandlingsmetoder.

Alle psykologiske intervensjoner bør utføres av en kvalifisert kliniker, og bare når det er behov.



Følg aktivt med også etter krisen. Henvis eventuelt ansatte som trenger helsehjelp til relevant helsetjeneste.



# Veileder for ledere -Ivaretagelse av eget personell

- <https://helse-nord.no/beredskap-koronavirus/ivaretagelse-av-hjelpere>



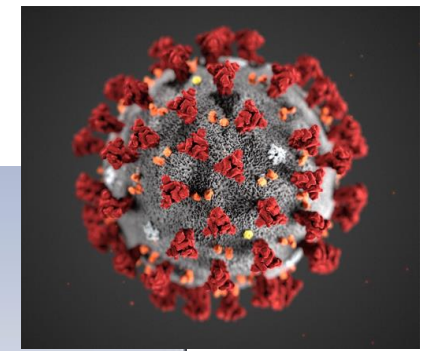


# Kilder:

- British Psychological Society Covid19 Staff Wellbeing Group(2020). The psychological needs of healthcare staff as a result of the Coronavirus pandemic. Guidance. British Psychological Society, 31.03.2020. <https://www.bps.org.uk/sites/www.bps.org.uk/files/News/News%20-%20Files/Psychological%20needs%20of%20healthcare%20staff.pdf> (13.5.2020)
- Chen et. al., (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak, *The Lancet*
- Carratu, E., Günak, M. and Billings, J. (In preparation). The effectiveness of interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder (PTSD) in emergency service personnel: a systematic review.
- Covid Trauma Response Working Group (2020). Guidance for planners of the psychosocial response to stress experienced by hospital staff associated with COVID: Early Interventions. Version 3, 7. April 2020 [https://232fe0d6-f8f4-43eb-bc5d-6aa50ee47dc5.filesusr.com/ugd/6b474f\\_daca72f1919b4c1eaddb8cfcbb102034.pdf](https://232fe0d6-f8f4-43eb-bc5d-6aa50ee47dc5.filesusr.com/ugd/6b474f_daca72f1919b4c1eaddb8cfcbb102034.pdf) (13.5.2020)
- Greenberg, N Dochertry, M., Gnanapragasam, S. ans Wessely, S. (2020). Using mental health challenges faced by healthcare workers during COVID-19 pandemic.
- Greenberg, N., Wessely, S. and Wykes, T. (2015). Some mental health consequences for workers in the ebola regions of West Africa - a lesson for all challenging environments. *Journal of mental health*.
- Greenberg, N. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *British Medical Journal*.
- Guo m.fl. (2020): Psychological effects of COVID-19 on hospital staff: a national cross-sectional survey of China mainland. Manuscript draft. *The Lancet Psych*.
- Highfield. (2020). Self-Care during covid-19. *Intensive Care Society*. ([www.ics.ac.uk](http://www.ics.ac.uk))
- Houghton, C. m.fl. (2020). Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratoryinfectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 4*. Art. No.: CD013582. DOI: 10.1002/14651858.CD013582.
- Jonson, S., U., Ebrahimi, O., V., & Hoffart, Asle. (2020). Level and predictors of PTSD Symptoms Among Health Workers and Public Service Providers during the COVID-19 Outbreak. Preprint. Downloaded from: <https://psyarxiv.com/w8c6p>
- Karasek, R.A. (1979) Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308. doi:10.2307/2392498
- Murray E, Krahe C, Goodsman D. (2018). *Emerg Med J* 2018;35:590–594.
- National Institute for health and care excellence (2018). Post-traumatic stress disorder. NG116. <http://www.nice.org.uk/guidance/ng166>
- Richins, M., Gauntlett, L., Tehrani, N. et al (2019). Scoping review: Early Post Trauma Interventions in organizations.
- United Kingdom psychological trauma society (2014). Traumatic stress management guidance: four organizations whose staff work in high risk environments. Leeds: UK psychological trauma society/European Society for traumatic stress st
- Weick, K. i Beer, M., & Nohria, N. (2000). *Breaking the code of change*. Boston, Mass: Harvard Business School Press.
- WHO (<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>)
- Zhenyu Li m.fl. (2020). Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control *Brain, Behavior, and Immunity*, <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.007>



# Erfaringer fra Covid intensiv Ahus



Vibecke Sørensen, Sylvi Vullum, Kari Bekken



# Disposisjon

- Status Ahus - Vibecke
- Erfaringer fra legegruppen -Vibecke
- Erfaringer sykepleiergruppen -Sylvi
- Erfaringer fra samtaler - Kari

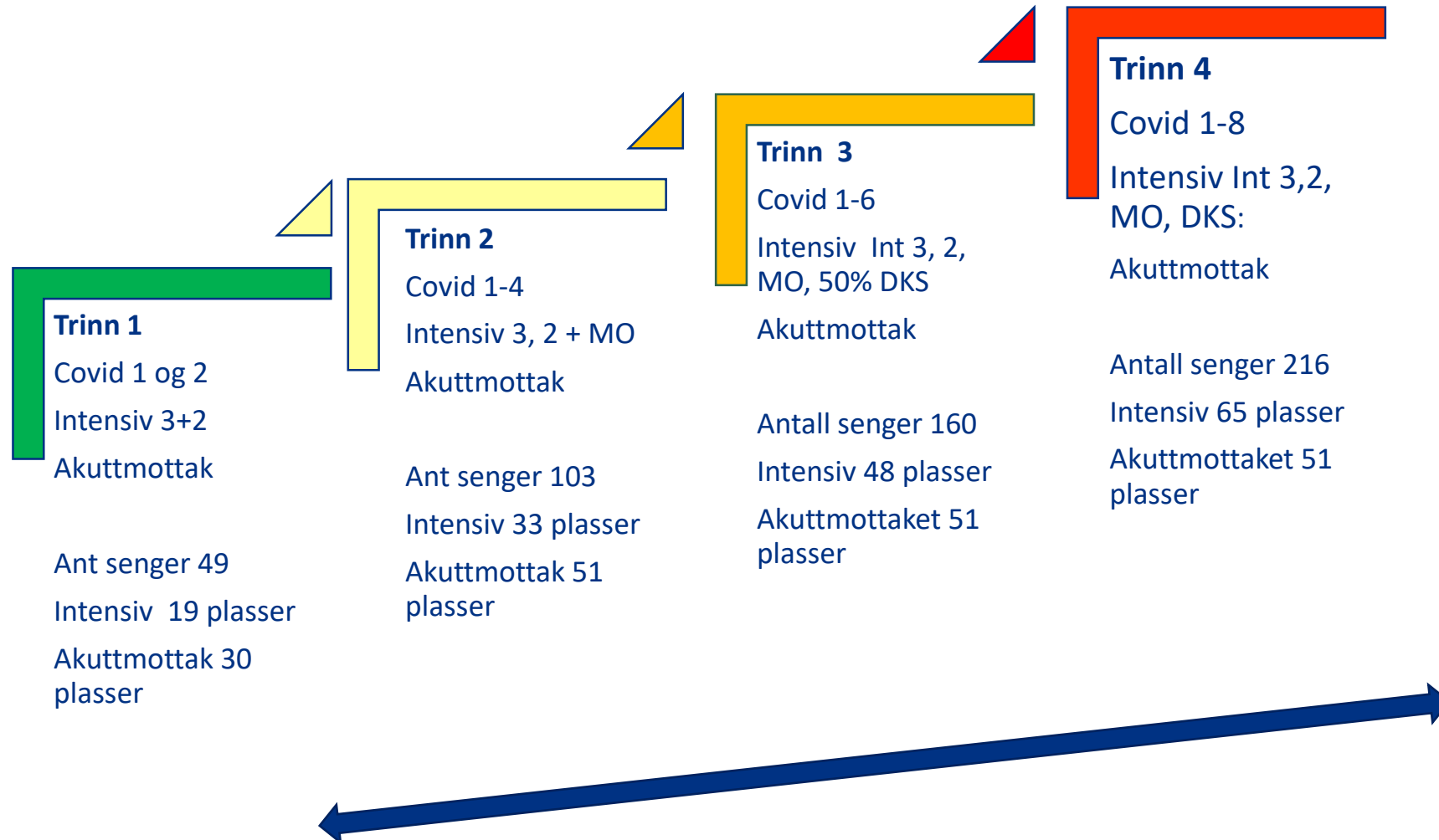


# Ahus intensiv

- Blandet intensiv
- 10 intensivsenger + 4 intermediaersenger
  - I helgene 8 senger + 4 intermediaersenger
- Annen overvåkning
  - MO medisinsk overvåkning, 12 senger
    - Totalt 2 respirator plasser
  - PO – buffer for intensiv
    - Tot 4 respirator plasser
- 108 årsverk med intensivsykepleiere/sykepleiere
- Leger ansatt i anesthesiavdelingen
  - Eget 6 delt intensivsjikt



# Trinnvise planer Covid Ahus



# Status Covid Ahus

- 178 pasienter har vært innlagt med Covid-19 på Ahus
- 48 (27%) har vært til behandling på intensiv >24 timer
  - Første pasient til intensiv 10.3
- 38 (80%) har fått / får respirator behandling
  - 6 pasienter overflyttet OUS-RH pga tilhørighet / avlastning/forverring
- Maks i slutten av mars, 22 Covid pasienter på intensiv, 17 på respirator
- 4 pasienter (10%) har dødd under respirator behandling
- 2 pasienter har fått dialyse under oppholdet
- 2 pasienter nå på intensiv, 1 på respirator





# Status Covid Ahus

- Median respiratortid er 12 dager
  - $\frac{1}{4}$  ligget over 3 uker på respirator
- Median liggetid på intensiv er 16 dager
  - $\frac{1}{4}$  ligger over 4 uker
- Gjennomsnittlig og median alder er 62 år
  - Eldste overlevende respiratorpasient er 84 år
- Ca 50% av pasientene har vært i mageleie
  - Mange i flere omganger



# Behandling

- Initialt var strategien vår tidlige intubering
  - I økende grad har vi forsøkt NIV til utvalgte pasienter
- Etter intubasjon:
  - Dyp sedering inkludert gassanestesi
  - En betydelig andel > 60% relaxert med cis-atracurium
- ARDS
  - Vi har fulgt ARDS retningslinjer / protokoll

Behandling			
<b>Tidalvolum:</b> Lungeprotektiv 6 ml/kg (4-8) Idealvekt gjelder. Aksepter evt permissiv hyperkapni	<b>Væske</b> Restriktiv væskebehandling framfor liberal. Kun ekstra væske til væskerespondere med behov for økt CO/SV.	<b>Steroider</b> Frarådes ved ARDS generelt. Økning av infeksjoner Økt dødelighet ved ARDS på bakgrunn av influenza-lignende sykdom	<b>Mageleie</b> Mageleie i 12-16 timer vurderes ved PaO <sub>2</sub> /FI <sub>O</sub> <sub>2</sub> <20 kPa.
<b>PEEP</b> Høy PEEP foretrekkes framfor lav. (høy/lav 15/9 cmH <sub>2</sub> O) Juster PEEP etter effekt på oksygenering. Obs overdensjon Vurder sirkulatorisk påvirkning	<b>Relaks</b> Anbefales ved PaO <sub>2</sub> /FI <sub>O</sub> <sub>2</sub> <20 kPa, eller ved stort pustearbeid ved spontanventilasjon. Kontrollert respirasjon ved PaO <sub>2</sub> /FI <sub>O</sub> <sub>2</sub> <20 kPa eller P <sub>a</sub> O <sub>1</sub> < -5 (mer negativt)	<b>Rekruttering</b> Anbefales ikke rutinemessig. Ved refraktær hypoksemi kan kortvarig platåtrykk til maks 40 cmH <sub>2</sub> O forsøkes. Obs sirkulatorisk påvirkning. Rekruttering med PEEP til 45 cmH <sub>2</sub> O viste økt mortalitet.	



## Oppsummering fra legene

- Behandlingsstrategien fungerte
  - Gode resultater - ga selvtillit og motivasjon
- Har hatt kapasitet
  - Utstyr, sengeplasser og bemanning
- Var forberedt
  - Faglig og organisatorisk
    - Kontakt og innspill fra Italia



# - Smittefrykt hang som en mørk sky over oss

*«Da jeg skulle inn til første pasienten følte det som jeg skulle hoppe i fallskjerm»*

*«Vi hadde hørt om alle de italienske legene som døde »*

*«Det gjorde inntrykk at de første pasientene vi fikk inn var unge og friske»*

*«Jeg hadde øvd en gang på å kle av og på meg, det hjalp!»*

*«Det var bra vi akkurat rakk å trene på å behandle pasient i isolat før den første pasient kom..»*





- **«Raskt så vi at ting fungerte, rommene ble vasket regelmessig, det var struktur, plan og orden»**
- **«Mest betryggende synes jeg det er å vite at det er god luftutskifting og undertrykk på alle rom»**
- **«Det har jo ikke vært noe smitte blant personalet, nå tror jeg nesten ikke det er så farlig. Må passe på at jeg ikke slurver fremover»**



# Legeturnuser med rom for frivillig ekstra arbeid og tilpasninger underveis

- Intensiv legene tok imot Covid pasientene fra starten - fikk erfaring som ble delt
- Gikk fra hjemmevakt til tilstedevakt, ekstra Covid overlegevakt ble itillegg innført på dagtid
  - Bemannet også av noen flere enn intensivlegene
- Ekstra LIS sjikt om nettene på intensiv
- Økt påfyll med LIS leger og overleger, samt også andre legespesialister i opplæring på dagtid
  - På det meste 13 på intensiv på dagtid
  - Organisering i team med intensivlege bak
- Totalt i perioden har legene jobbet ekstra tilsvarende 11 årsverk
  - Fordelt på få leger, men godt kollegialt samarbeid og opplevelse av grei fordeling av vaktbelastning

**«Det er utrolig bra at det er så fleksibelt med mulighet for ekstra jobbing og fri ved behov»**

**«Det var og er åpenhet for å si at man er sliten og trenger fri»**

**«Vi har jo egentlig ikke jobbet så mye enda...»**





- «Tilgang til mat og drikke var et flott tiltak, vi følte oss ivaretatt og verdsatt»



# Erfaringer fra sykepleierene



# Fast personell

- Intensivseksjonen Ahus:
  - Totalt: 120 ansatte
  - 90 intensivsykepleiere
  - 18 Sykepleiere med overvåkningserfaring (Kirurgisk intermediær)

Seksjonen kjennetegnes av:

- Høy andel med lang erfaring (kliniske spesialister, master)
- Stort fokus på kompetanseoppbygging
- Gode sertifiseringsordninger
- Aktivt og engasjert fagmiljø



# Omdisponert personell

- Spesialutdannede sykepleiere:
  - Intensivsykepleiere fra andre enheter
  - Anestesisykepleiere
  - Operasjonssykepleiere
  - Sykepleiere med overvåkningserfaring

Kjennetegnes av:

- Høy kompetanse i eget fagmiljø
- Ingen/liten erfaring fra intensiv
- varierende opplæringsbehov
- Ulik motivasjon og grad av frivillighet





# Ivaretagelse av fast personell

- Mangel på smittevernutstyr og retningslinjer for bruk – stort behov for forutsigbarhet
- Redsel for smitte (ta med smitte hjem, smitte kollegaer)
- Stort behov for tilpasset informasjon (SMS, daglig status, skriftlig informasjon)
- Ivaretagelse av pårørende
- Stort arbeidspress på erfarent personell
- Behov for stødig ledelse
- Tidlig etablering av tilbud om daglig defusing (psykologisk effekt at tilbudet ble etablert, men varierende brukt)
- Kollegastøtte



# Ivaretakelse av omdisponert personell

- STORT informasjonsbehov (opplevelse av å bli kastet inn i en ukjent verden)
- Mangel på kompetansekartlegging (yrkestittel definerer ikke reel kompetanse)
- Tilgang på leder (hvem kan jeg henvende meg til?, hvem ivaretar meg og mine behov?)
- Opplevelse av utilstrekkelighet og varierende grad av mestring til oppgavene man ble satt til
- Behov for defusing/kollegastøtte
- Endring av arbeidsplaner (dagarbeid til turnus – påvirkning av privatlivet)





*«Tilstedeværende ledelse, god organisering og struktur gir trygghet slik at jeg kan utføre min jobb hos pasienten!»*



# Samtaletilbud med psykiater Kari Bekken



# Samtaler underveis - organisering

- Et lite team, bestående av fagsykepleier som kjenner avdelingen godt, og psykiater, som er ekstern.
- Tilstedeværelse i hvert vaktskifte.
- Individuelle samtaler og gruppesamlinger
- Kollegastøtte, ikke behandling. Ingen dokumentasjon fra den enkelte henvendelsen.
- Ikke en budbringer, hverken til eller fra ledelsen.



# Jobbrelatert stress: Stort ansvar og liten kontroll

- Mangel på smittevernutstyr – redsel for smitte.
- Uforutsigbarhet
- Uavklarte forventninger
- Stort arbeidspress



**Følelse av uforutsigbarhet og lite kontroll særlig merkbart for de som har fått andre oppgaver og annet arbeidssted enn sitt vanlige.**





# Livet utenom jobben

- Noen lever med økte belastninger utenom jobben – sykdom i familien, egen sykdom, store omsorgsoppgaver, andre påkjenninger
- Mest aktuelt å diskutere om ytre belastninger kan takles på en annen måte. Motvilje mot å bruke egenmelding/sykemelding for annet enn klar sykdom.
- Krysspress – opplevelse av å svikte både som helsepersonell og som pårørende/forelder .



# Mestring av langvarig stress

## Velkjent kunnskap som er vanskelig å praktisere?

- Konfrontert med andres store behov
- Krise som varer over tid
- Grensesetting krever oversikt og overskudd, og begge deler svekkes under lang tids belastning.

## Hva kan være til hjelp?

- Overraskende små ting. Litt ekstra hviletid, noe ekstra opplæring, fritak fra enkeltoppgaver, fleksibilitet mhp arbeidstid





# Stressymptomer - stor individuell variasjon

- Toleranse for stress er i liten grad selvvalgt, men robusthet anses likevel av mange som en dyd
- Noen synes å bruke unødige krefter på å leve som om de er mer robust enn de er – ofte begrunnet med at «alle andre synes å takle dette uten problemer»
- Individuelle samtaler: Nyttig å diskutere hvordan man kan utvikle en slags «bruksanvisning på seg selv»
  - kjenne igjen sine egne tidlige tegn på overbelastning
  - ha en konkret plan for eventuelle tiltak, og når de er indisert
  - handlingslammelse/skam

Stressmestring er en individuell øvelse, men avdelingskultur med takhøyde, og rom for å dele erfaringer er gull!



# Sykdom

- Noen har erfart å bli syke under perioden med sterkt økt arbeidsbelastning.
- Uavhengig av diagnose og årsakssammenheng har dette blitt opplevd som en vanskelig og ensom situasjon – en opplevelse av å svikte kolleger når det gjelder og være en dårlig yrkesutøver.



# OPPSUMMERING

## Hva gikk bra:

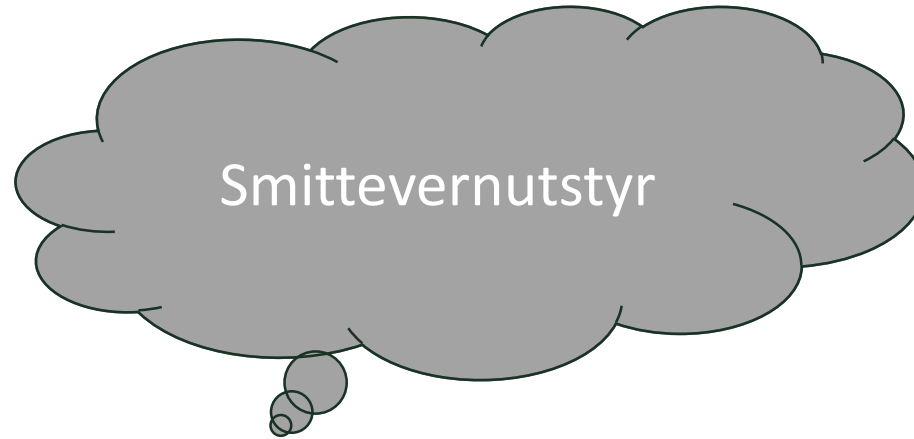
- Fikk raskt etablert struktur og systemer for daglig drift
- Hadde klar og enhetlig plan for pasientbehandling
- Bedret samarbeid på tvers av intensiv- og overvåkningsavdelingene
- Godt tverrfaglig samarbeid
- Gode fleksible turnuser for legene
- Tidlig etablering av psykisk støtte til personalet
- Godt samarbeid og erfaringsutveksling med de andre intensivenehetene i HSØ

## Hva kunne blitt gjort bedre:

- Tidligere forankring av planene i ledelsen
- Kompetansekartlegging og opplæring omdisponert personell
- Bedre sammensatt team(sykepleiere/leger)
- Informasjon og nærhet til tilstedeværende ledelse
- Informasjonsflyt og kommunikasjon
- Bedre plan for kommunikasjon med pårørende(mer innovative)
- Bedre regional styring
  - Fordeling av ressurser og pasientbelastning?



# HOVEDBUDSKAP FRA AHUS



GOD PLANLEGGING OG FORBEREDELSE GIR TRYGGHET SOM  
FOREBYGGER STRESSREAKSJONER HOS PERSONALET



# Ahus er klare for neste bølge

