

**Ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser på
operasjonsstuen - operasjonssykepleieres erfaringer.**



**Universitetet
i Stavanger**

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i spesialsykepleie, spesialisering i: Operasjonssykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student Mathilde Lysgård Alexandersen og Kristina Roda Reilstad.

Veileder Ingrid Tjoflåt

Dato 02.06.20

MASTERS I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i:

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår/2020

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Kristina Roda Reilstad, Mathilde Lysgård Alexandersen

VEILEDER: Ingrid Tjoflåt

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser på operasjonsstuen-
operasjonssykepleieres erfaringer

Engelsk tittel: Caring after demanding and critical incidents in the operating room: the surgical
nurses experiences.

EMNEORD/STIKKORD: Operasjonssykepleie, ivaretagelse, debrifing, utfordrende og kritiske
hendelser

ANTALL ORD:17330

STAVANGER Kristina R.Reilstad, Mathilde L.Alexandersen

01/06/2020

Forord

Å arbeide som operasjonssykepleier innebærer en utfordrende og spennende arbeidshverdag. Utfordrende og kritiske hendelser er en del av operasjonssykepleierens hverdag, og det er ikke noe hen kan forutse eller planlegge og det kan dermed oppleves utfordrende i etterkant. Ivaretagelse av operasjonssykepleierne etter utfordrende og kritiske hendelser er det gjort lite tidligere forskning på og det bør få økt fokus for å se på hvilke tiltak som kan iverksettes eller bedres slik at operasjonssykepleieren opplever ivaretagelse. Vi har tilegnet oss mye ny kunnskap gjennom denne studien som vi håper kan bidra til en forbedret praksis.

Studien ville ikke latt seg gjøre uten god støtte og hjelp på veien. Først om fremst vil vi takke fagutviklingssykepleier Inger Skarung som viste stor velvilje og interesse slik at studien lot seg gjennomføre. Vi vil også rette en takk til informantene våre for spennende og interessante refleksjoner og tanker.

Vi kunne ikke vært foruten oppmuntring fra venner og familie som har vist stor tålmodighet og forståelse i prosessen. Sist, men ikke minst vil vi rette en stor takk til vår veileder Ingrid Tjoflåt for positiv og oppmuntrende tilbakemeldinger. Veiledningen har vært preget av konstruktive tilbakemeldinger, godt samarbeid og oppmuntring som har hjulpet oss til å holde motivasjonen oppe for å fullføre studien.

Sammendrag

Bakgrunn for valg av tema: Kirurgi er assosiert med høy grad av kompleksitet, mye teknisk utstyr, krevende logistikk og spesialkompetanse. Operasjonspasienten er i en risikotilstand som raskt kan endres, og utfordrende og kritiske hendelser kan oppstå selv ved planlagte inngrep som i utgangspunktet er ukompliserte. Felles for utfordrende og kritiske hendelser er at operasjonssykepleieren ikke kan vite når de oppstår, og dermed i liten grad kan forberede seg.

Hensikt med studien: Å beskrive operasjonssykepleieres erfaringer med ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser. Oppgaven beskriver hvordan operasjonssykepleiere opplever ivaretagelse, og peker på forbedringsområder og viktigheten av ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser. Funn fra studien vil kunne gi kunnskap om tiltak operasjonsavdelingen anvender eller kan innføre, med utgangspunkt i ønsker og behov fra operasjonssykepleierne.

Metode: Studien har et kvalitativ eksplorerende design. Utvalget bestod av operasjonssykepleiere med mer enn to års erfaring. Det ble utført 12 semistrukturerte intervjuer. Dataene fra intervjuene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse.

Funn: Viser at operasjonssykepleierne erfarte manglende og lite strukturerte tiltak for ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser. De opplevde at ivaretagelse var et individuelt ansvar, som de selv måtte etterspørre. Operasjonssykepleierne beskrev en åpen og imøtekommende kultur blant kollegaer, hvor en uformelt kan «luften» tanker og opplevelser i etterkant av utfordrende og kritiske hendelser.

Konklusjon: Operasjonssykepleierne opplever tilfeldig og variabel støtte etter å ha vært involvert i utfordrende og kritiske hendelser. Operasjonssykepleierne kunne tenke seg mer debriefing, både for ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser, men også for å skape forbedring for praksis. Det vil være positivt å innføre et verktøy som debriefing for å håndtere utfordrende og kritiske hendelser både for operasjonssykepleierne, operasjonsavdelingen og pasientsikkerheten.

Abstract

Background: Surgery is associated with a high degree of complexity, considerable amounts of technical equipment, challenging logistics and special competence. The surgical patient is in a risky condition that can alter at any time, and demanding and critical incidents can emerge even under planned surgical operations, which originally are elementary. The commonalities of the demanding and critical incidents is that it is impossible for the surgical nurse to know when they arise, and consequently can only be prepared to a limited degree.

Objective: To describe the surgical nurse's experience of being cared for after demanding and critical incidents. The report describes how the surgical nurse experience the preservation and exposes the improvement potential and the importance of preservation after demanding and critical incidents. The findings of this study will give insights about the measures applied by the surgical department, or can introduce in accordance with the wishes and needs from the surgical nurse's.

Method: This study has a qualitative explorative design. The selection consisted of surgical nurses with more than two years of experience, and it is conducted twelve semi-structured interviews. The data extracted from the interviews is analyzed with the help of qualitative content analysis.

Results: The findings shows that the surgical nurses experience lacking and limiting measures for preservation after demanding and critical incidents. They experience that preservation was an individual responsibility, which themselves had to inquire. The surgical nurse described an open and helpful culture among colleagues, where one can "vent" thoughts and experiences after involvement in demanding and critical incidents.

Conclusion: The surgical nurses' experience random and varying support after being involved in demanding and critical incidents. Surgical nurses' wish there were more debriefing, not just for preservation after demanding and critical incidents, but also the improvement for the practical side. It would be positive to introduce a tool as debriefing to manage demanding and critical incidents for the surgical nurse, the surgical department and for patient safety.

Innhold

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Hensikt.....	3
1.3 Problemstilling, presisering og avgrensning.....	3
2.0 Teoretisk rammeverk.....	4
2.1 Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse	5
2.2 Pasientsikkerhet	5
2.3 Stress og mestring i kritiske situasjoner	7
2.4 Metoder for ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser.....	8
2.4.1 Debriefing	9
2.4.2 Defusing	11
2.4.3 Kollegastøtte.....	11
3.0 Tidligere Forskning	12
4.0 Metode og metodiske overveielser	16
4.1 Design	16
4.2 Metode	16
4.3 Forskernes forforståelse.....	17
4.4 Utvalg.....	18
4.5 Innsamling av datamaterialet.....	19
4.6 Forskningsetiske vurderinger	20
4.7 Analyse	22
4.8 Validitet, generaliserbarhet og reliabilitet	26
4.8.1 Validitet	26
4.8.2 Generaliserbarhet.....	27
4.8.3 Reliabilitet	27
5.0 Resultat.....	28
5.1. Tilfeldig støtte og mangel på rutiner	29
5.1.1 Uforutsigbar hverdag og organisatoriske utfordringer	30
5.1.2 Usystematisk støtte.....	31
5.2 Systemer for oppfølging og læring etter kritiske hendelser	34
5.2.1 Rutiner og retningslinjer etter utfordrende og kritiske hendelser	34
5.2.2 Struktur for læring og forbedring	37
6.0 Diskusjon.....	38
6.1 Tilfeldig støtte og mangel på rutiner	38
6.1.1 Uforutsigbar hverdag og organisatorisk utfordring	39

6.1.2 Usystematisk støtte.....	40
6.2 Systemer for oppfølging og læring etter kritiske hendelser	43
6.2.1 Rutiner og retningslinjer etter utfordrende og kritiske hendelser	44
6.2.2 Struktur for læring og forbedring	46
7.0 Konklusjon	48
Referanseliste:	51

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til avdelingen og informantene.

Vedlegg 2: Samtykkeskjema

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Svar fra personvernombud

Vedlegg 5: Utdrag fra analysen

1.0 Innledning

I dette kapittelet presenteres bakgrunn for valg av tema, hensikt med oppgaven og oppgavens problemstilling, presisering og avgrensning.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kirurgi er assosiert med høy grad av kompleksitet, mye teknisk utstyr, krevende logistikk og spesialkompetanse (Eide & Dåvøy, 2018; Leonardsen, 2015). På verdensbasis gjennomføres det årlig 234 millioner store kirurgiske inngrep, der undersøkelser viser at alvorlige komplikasjoner skjer i tre til 17 % av inngrepene, hvorav dødeligheten er mellom 0,4 og 0,8 %. Vi finner ikke konkrete nasjonale tall på alvorlige komplikasjoner og dødelighet. Operasjonspasienten er i en risikotilstand som raskt kan endres, og utfordrende og kritiske hendelser kan oppstå selv ved planlagte inngrep som i utgangspunktet er ukompliserte (Rasmussen & Torjuul, 2012). Studier har vist at uventede hendelser under kirurgiske inngrep øker risikoen for komplikasjoner og medisinske feil (2012). Årsaken til at komplikasjoner oppstår er kompleks, og valg av prosedyre, anestesi, tilgjengelighet og kvalitet på utstyr, personalets utdanning og organisasjonenes sikkerhetskultur er faktorer som påvirker (Leonardsen, 2013). Kirurgi vil alltid være forbundet med en viss risiko, men flere undersøkelser viser at dødsfall og komplikasjoner kan forebygges ved å forbedre kommunikasjon og teamsamarbeid (2013). Utfordrende og kritiske hendelser i helsetjenesten er et viktig tema da det kan få alvorlige konsekvenser for pasienten (Kirkehei, Lindahl & Tinnå, 2012).

Sammen med de andre medlemmene i det kirurgiske teamet har operasjonssykepleieren ansvar for å handle raskt og kompetent for å ivareta pasientens sikkerhet og oppnå et best mulig resultat i hvert inngrep, også dersom utfordrende og kritiske hendelser oppstår (Rasmussen & Torjuul, 2012). Felles for utfordrende og kritiske hendelser er at operasjonssykepleieren ikke kan vite når de oppstår, og dermed i liten grad kan forberede seg, men hen har likevel ansvar for å ivareta pasientsikkerheten (2012). I operasjonssykepleierens ansvar- og funksjonsbeskrivelse står det blant annet: «...at operasjonssykepleieren tar faglig

ledelsesansvar i utøvelse av operasjonssykepleie, og bidrar til et sikkert samarbeid og kommunikasjon i teamet» (Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere, 2015). Videre sier ansvars- og funksjonsbeskrivelsen til operasjonssykepleieren at hen har ansvar for å “Viser engasjement og endringskompetanse i tråd med operasjonssykepleiefagets utvikling og pasientens behov for helsehjelp” (NSFLOS, 2015). Dette gjelder ærlige refleksjoner, kontinuerlig livslang læring, og debriefing. Sikkerhetskultur er lokale fenomen, den kan variere mye i en organisasjon, mellom avdelinger i et sykehus og mellom ledelse (Patient Safety Network, 2019). Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangler på det samme (Aase, 2018). I sykehuset handler sikkerhetskultur for det meste om pasientsikkerhet og Haugen & Storm (2018) hevder videre at debriefing er en del av pasientsikkerheten, da sluttproduktet av debriefing er økt pasientsikkerhet og bedre behandling. For å lykkes med å etablere en organisasjon som verdsetter kontinuerlig kvalitetsforbedringer, må det dyrkes en kultur som er bevisst på sikkerhet og verdsetter tiltak for å øke sikkerhet (Patient Safety Network, 2019).

Ifølge Kirkehei et al. (2012) kan resultatet av dårlig oppfølging etter involvering i en utfordrende og kritisk hendelse være sykefravær, depresjon og i verste fall frafall fra yrket. Disse konsekvensene kan relateres til operasjonssykepleiere, da de opplever høyt tempo, stress, utfordrende og komplekse arbeidsoppgaver som en del av sin arbeidshverdag (Rasmussen & Torjuul, 2012). De som er utsatt for utfordrende og kritiske hendelser har behov for støtte og oppfølging, hvor debriefing og samtale med kollega nevnes som verktøy som benyttes for å ivareta helsepersonell (Kirkehei et al., 2012). Samtidig viser forskning at operasjonssykepleiere er den gruppen i det kirurgiske teamet som opplever minst støtte og respekt i teamet (Leonardsen, 2013). Operasjonssykepleierens erfaring med ivaretagelse er et felt det finnes lite forskning på, men som det er viktig å få kunnskap om for å tilstrebe at operasjonssykepleieren opplever god ivaretagelse.

Ifølge Ahmed et al. (2012) er debriefing på operasjonsstuen noe teammedlemmene ønsker mer av. Litteratursøk viste at det finnes få studier om debriefing på operasjonsstuen. Derimot finnes det mye generell forskning på debriefing og de studiene vi finner omhandler hovedsakelig erfaringer og holdninger til kirurgene, og inkluderer i liten grad operasjonssykepleierens erfaringer (2012). Tannenbaum og Cerasoli (2013) rapporterer at ved hjelp av gode rammer rundt debriefing vil sykehusavdelinger kunne øke både individuell og teamarbeids opptreden med 20-25 %.

Med bakgrunn av dette ønsker vi å undersøke operasjonssykepleierens erfaring med ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser.

1.2 Hensikt

Hensikten med studien er å beskrive operasjonssykepleierens erfaringer med ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser. Oppgaven vil synliggjøre hvordan operasjonssykepleiere opplever ivaretagelse og vil gi viktig kunnskap om forbedringstiltak i operasjonsavdelingen for å bedre ivaretagelsen av operasjonssykepleiere etter utfordrende og kritiske hendelser. I tillegg vil oppgaven bidra med kunnskap om hvordan operasjonsavdelingen kan videreføre læring fra utfordrende og kritiske hendelser for å øke pasientsikkerheten.

1.3 Problemstilling, presisering og avgrensning

Ønsket er å finne ut hvilke metoder operasjonssykepleierne bruker for å ivareta seg selv og hverandre i en utfordrende og hektisk hverdag. Videre hvilke behov for ivaretagelse operasjonssykepleierne opplever etter utfordrende og kritiske hendelser, om de opplever dagens rutiner som gode eller om det er områder de savner. Ivaretagelse kommer fra verbet ivareta, som har betydningen å ta vare på, ta hånd om eller passe på (Det Norske Akademis ordbok[naob], u.å). I oppgaven innebærer begrepet *ivaretagelse* ulike former for tiltak som kan hjelpe operasjonssykepleiere i etterkant av en hendelse. For denne oppgaven er betydningen av ordet ivaretagelse satt som hensikt å følge opp de involverte med enten fokus på læring, redusere emosjonell uro eller begge deler. Tiltakene for ivaretagelse som omtales i denne oppgaven er *debriefing*, *defusing*, *kollegastøtte* og *generell kollegial støtte*. Disse tiltakene vil utdypes i oppgavens teoretiske rammeverk.

Ut fra dette kom vi fram til følgende problemstilling:

Hvordan erfarer operasjonssykepleiere behov for ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser i sin arbeidshverdag på operasjonsavdelingen?

Operasjonssykepleiere er en del av et kirurgisk team som består av kirurg, anestesilege, anestesisykepleier og operasjonssykepleiere (Oksavik, 2018). Oppgaven vil kun fokusere på operasjonssykepleiere og undersøke deres erfaringer, behov og ønsker etter utfordrende og kritiske hendelser. I denne oppgaven blir *utfordrende og kritiske hendelser* definert som situasjoner som ikke kan planlegges, som krever raske og kunnskapsbaserte tiltak, og som kan oppleves traumatisk for de involverte. I denne oppgaven menes dette å være hendelser som hasteseccio, traumer, uforutsette hendelser ved elektive operasjoner eller andre kritiske tilstander som utfordringer med utstyr og dårlig flyt i teamarbeidet.

Forskningsspørsmålene operasjonaliserer problemstillingen og henspiller også på hensikten med studien (Gjevjon, 2019). For å besvare problemstillingen har vi utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

1: *Hvordan opplever operasjonssykepleiere å bli ivaretatt?*

2: *Hvordan ønsker operasjonssykepleiere å bli ivaretatt?*

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenteres det teori som forankrer studien. Kapitlet starter med redegjørelse av operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse, deretter teori om pasientsikkerhet og konsekvenser av å være involvert i utfordrende og kritiske hendelser, deretter redegjørelse av stress og mestring, med utgangspunkt i Lazarus og Folkman (1984) sin modell. Avslutningsvis vil tiltak for hvordan ivaretagelse kan foregå gjøres rede for, der forskjellige metoder for ivaretagelse presenteres.

2.1 Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse

Operasjonssykepleieren arbeider ofte med pasienter som er i en livstruende situasjon hvor det forventes at de har evne til å handle raskt og hvor avgjørelser og vurderinger blir tatt på en profesjonell måte (Eide & Dåvøy, 2018, s. 28). I operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse understrekes det at operasjonssykepleieren skal kunne anvende pedagogiske prinsipper i informasjon, undervisning, veiledning og evaluering av medarbeidere og samarbeide tverrfaglig for å sikre et faglig forsvarlig pasientforløp (NSFLOS, 2015). Operasjonssykepleieren skal holde seg oppdatert gjennom kontinuerlig faglig utvikling og læring og bidra til kunnskapsbasert praksis. Videre skal hen bidra til at hver enkelt har mulighet til å utvikle sine evner og tar ansvar for arbeidssituasjonen med mål om å gi pasientene bedre kvalitet og tilbud (2015). Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse beskriver hvilke krav operasjonssykepleieren står overfor, samt plikten hver enkelt har overfor kollegaer hva gjelder undervisning, veiledning og bidrag til et godt arbeidsmiljø (2015). Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse er aktuell å forankre oppgaven i da den beskriver hvilket ansvar og funksjon operasjonssykepleiere har i forhold til medarbeidere, men også for å bidra til et arbeidsmiljø som fremmer pasientsikkerhet.

2.2 Pasientsikkerhet

Murphy (2015) hevder at uønskede hendelser ofte relateres til menneskelig svikt og at de er mulige å forebygge. Uønskede hendelser og nesten-hendelser kan ses på som nyttige verktøy for å definere risikoforhold i ulike arbeidsoppgaver ved at en ser på hendelsene som symptomer og kilder til informasjon om bakenforliggende årsaker og hvordan konkrete arbeidsoppgaver fungerer (Aase & Wiig, 2018). Når det skal ses på læring etter uønskede hendelser må fokuset flyttes fra enkeltindividet til underliggende faktorer på teamnivå og ledelses- og organisasjonsnivå (2018). For å kunne etablere en lærende organisasjon som ønsker kontinuerlige kvalitetsforbedringer, må det fremmes en kultur som er bevisst sikkerhet

og verdsetter tiltak for å øke sikkerhet gjennom refleksjoner, læring og debriefing. Sett i sammenheng med dette er teori om pasientsikkerhet relevant for oppgaven (Patient Safety Network, 2019). Sikkerhetskultur relateres til pasientsikkerhet, Nasjonal sikkerhetsmyndighet (2015) definerer sikkerhetskultur som følger: “Sikkerhetskultur er summen av de ansattes kunnskap, motivasjon, holdninger og atferd som kommer til uttrykk gjennom virksomhetens totale sikkerhetsatferd” (2015). *Pasientsikkerhet* vil si at pasienten ikke skal utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats, ytelse eller mangel på det (Aase, 2018, s. 16). *Debriefing* er en viktig strategi for læring om feil, mangler og forbedring i praksis, og én av hensiktene er å anvende ny innsikt for å forbedre praksis (Patient Safety Network, 2019).

Operasjonssykepleiere har et forebyggende ansvar overfor pasienten ved å sørge for at pasienten ikke får unødvendige skader, blant annet i form av forsvarlig leiring og forebygge hypotermi (NSFLOS, 2015). Med bakgrunn i operasjonssykepleieres forebyggende ansvar kan operasjonssykepleiere som ikke blir ivaretatt etter kritiske hendelser bli påvirket i en slik grad at de kan gjøre feil, «fryse i situasjonen» eller miste fokus på arbeidet og dermed true pasientsikkerheten (Conway et al., 2014). For å forstå viktigheten av å ivareta operasjonssykepleierne etter utfordrende og kritiske hendelser og forstå hva operasjonssykepleiere kan oppleve i ettertid, så er litteratur om konsekvenser av å være involvert i utfordrende og kritiske hendelser aktuelt.

Helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser kan oppleve følelser knyttet til skam og skyld, angst, sjokk, ydmykelse og depresjon, ifølge Kirkehei et al. (2012). En konsekvens av å ha blitt utsatt for akutte og kritiske hendelser kan være alvorlige reaksjoner som PTSD og frykt (Eid & Johnsen, 2018; Kirkehei et al., 2012). Dette gjelder særlig dersom feilen som er begått har ført til alvorlig skade hos pasienten. Opplevelse av slike følelser kan hos den enkelte ha negativ innvirkning på tilværelsen og gi konsekvenser både på arbeidsprestasjon og trivsel (Kirkehei et al., 2012). Noen reagerer med usikkerhet og redusert selvtillit, søvnproblemer og utbrenthet. Hos andre kan opplevelsen av å gjøre feil føre til redusert trygghet og tiltro hos kollegaer (Eid & Johnsen, 2018; Kirkehei et al., 2012).

2.3 Stress og mestring i kritiske situasjoner

For å bedre kunne forstå hvordan operasjonssykepleiere opplever og håndterer *stress* og *mestring* i arbeidshverdagen har vi sett på Lazarus og Folkman (1984) sin anerkjente modell om stress og mestring. Sett i et vitenskapelig perspektiv er stress et utfordrende begrep å beskrive da det er et uspesifikt og generelt begrep som brukes på flere ulike måter (sitert i Kristoffersen, 2011). Denne modellen ble valgt fordi den tar for seg både stress- og reaksjonsbegrep, i tillegg til å inkludere personenes forhold til omgivelsene. Stress- og mestringsstrategi modellen til Lazarus og Folkman er utviklet over flere tiår (2011). Lazarus og Folkman (1984) beskriver at det brukes ulike atferdsmessige, kognitive og emosjonelle tilpasningsstrategier for å håndtere en kritisk situasjon og stresset det fører med seg. Hvilken atferd som utøves for å takle en påkjenning etter utfordrende og kritiske hendelser er individuelt, og kan ses i sammenheng med operasjonssykepleiernes individuelle reaksjonsmønstre og dermed være en hensiktsmessig modell for bedre å kunne belyse og diskutere forskjeller og behov. Forholdet mellom kravene fra omgivelsene og menneskers ressurser til å håndtere disse er dermed relevant i forhold til stressopplevelsen. Hvilken atferd som utøves for å takle påkjenningen av å stå i utfordrende og kritiske hendelser kan ses i sammenheng med operasjonssykepleiernes opplevelse av utfordrende og kritiske hendelser og hvordan de håndterer dem på ulike måter (1984).

Stress betegner ulike typer belastninger en utsettes for som menneske og den fysiologiske, psykologiske reaksjonen og den subjektive opplevelsen en har i møte med belastninger (1984). Lazarus og Folkman (1984) angir at psykologisk stress innebærer stressreaksjoner som utløses når en situasjon oppleves farlig eller belastende. Videre skilles det mellom to strategier for mestring; problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring. Begge disse strategiene er viktige for at en skal kunne bevare intrapsykisk stabilitet og mestre traumatiske situasjoner.

Det vil kort beskrives problemorientert mestring og emosjonelt orientert mestring:

Problemorientert mestring er ulike typer aktive og direkte strategier som kan brukes for å håndtere eller løse en situasjon. Når en benytter seg av denne strategien forholder man seg direkte til problemet eller situasjonen, og hensikten vil være å øke personens handlingsmuligheter (1984). Eksempler på håndteringsmetoder ved denne type strategi kan

være: å definere og avgrense problemet, analysere årsaken, søke informasjon, kunnskap og støtte, ta initiativ til å forandre situasjonen eller forhindre at den skal gjenoppstå (sitert i Kristoffersen, 2011).

Emosjonell orientert mestring omfatter strategier som endrer opplevelsen av situasjonen, framfor å endre selve situasjonen. Hensikten med denne type mestring er å redusere ubehagelige følelser ved å bagatellisere alvorret, bruke humor, unngå informasjon, fornektelse og trøstespising (Lazarus & Folkman, 1984). I noen situasjoner kan denne type mestring ses på som en flukt eller unngåelse fra ubehag og problemer, og over tid vil dette være en ineffektiv mestringsmetode ifølge Lazarus og Folkman (1984).

Valg av type mestringsstrategi knyttes opp til menneskets personlighet og tidligere opplevelser med å lykkes med den aktuelle strategien (1984). Kontekst for situasjonen vil også prege valg av strategi og i arbeidssituasjoner vil de fleste oppleve det som påkrevd å gjøre en aktiv handling (sitert i Kristoffersen, 2011).

2.4 Metoder for ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser

Fokuset i oppgaven er operasjonssykepleieres erfaring med ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser, og dermed er ulike former for ivaretagelse relevant for oppgaven. Det finnes forskjellige metoder for ivaretagelse, og i denne oppgaven er hovedfokuset på debriefing, men defusing, kollegastøtte og lederens ansvar vil også trekkes fram i kapittelet. Dette er anerkjente metoder for ivaretagelse av helsepersonell som har opplevd utfordrende og kritiske hendelser.

Eid og Johnsen (2018) skriver at avdelingen som personellet hører til er en viktig kilde for støtte, der blant annet graden av samhold i avdelingen vil reflektere de ansattes mulighet til å forvente støtte fra kollegaer. Teamledere og avdelingsledere spiller en viktig rolle i utviklingen av samholdet i avdelingen. Videre viser de til viktigheten av å gi oppfølging etter en utfordrende og kritisk hendelse, hvor samme tilbud skal gis alle involverte, uavhengig av erfaring og personlige forutsetninger (2018). Et forebyggende tiltak som bør iverksettes kort tid etter hendelsen er en strukturert debriefing hvor en har mulighet til å bearbeide inntrykk, reaksjoner og tanker rundt hendelsen. Et utfordringsmoment her er at det blir satt av for lite

tid, samt at den som skal lede debriefing er ukomfortabel og redd for å gjøre feil, noe som kan føre til at inntrykk blir oversett og følelsen av å bli ivaretatt bortfaller. Videre pekes det på fordeler ved å innarbeide debriefingsprosedyrer som kan føre til bedre samhold i avdelingen, stimulere til kollegastøtte og en normalisering av reaksjonene ved å vise at det er individuelle forskjeller på hvordan en reagerer til tross for at en arbeider i en profesjonell avdeling (2018). Praktisk og emosjonell støtte fra arbeidskollegaer vil være av stor betydning for å bearbeide hendelsen og kunne komme raskt tilbake til arbeidet igjen, og samtale med kollega blir sett på som særlig verdifullt (Eid & Johnsen, 2018; Kirkehei et al., 2012, s.11). Videre skriver Kirkehei et al., (2012) at et viktig poeng i bearbeidelse av hendelser er at det trekkes ut momenter som kan brukes til læring og forbedring av pasientsikkerheten innad i avdelingen (2012).

2.4.1 Debriefing

Debriefing er et stresshåndteringsverktøy som kan brukes for ivaretagelse av operasjonssykepleiere etter utfordrende og kritiske hendelser, og kan brukes som et ledd i tidlig krisehjelp (Dyregrov, 2002). Eid og Johnsen (2018) skriver at debriefing har som mål å oppklare misforståelser og eventuelle konsekvenser rundt hendelsen, identifisere behov for oppfølging hos den enkelte og gi informasjon om tilgjengelig støtte og hjelp, samt stressreaksjoner som kan komme. Ifølge Salas et al. (2008) gir debriefingsprosessen individer mulighet til å adressere både individuelle og teamets utførelser, identifisere feil/suksess og lage plan for å forbedre fremtidige behandlingssituasjoner (2008).

Debriefing brukes for en gruppe mennesker som har vært gjennom en utfordrende og kritisk hendelse eller har vært berørt av en uventet hendelse. Den gjennomføres ofte noen dager etter at hendelsen fant sted, og har en varighet på 2-3 timer (Dyregrov, 2002). Gjennomgangen omfatter ulike aspekter av hendelsen; hva skjedde, tanker under og etter hendelsen, samt inntrykk og reaksjoner den enkelte opplever. Dyregrov (2002) hevder at noe av fordelen med debriefing er at det gir mulighet til å sette ord på ulike sider ved opplevelsen av hendelsen, og en får høre andres synspunkt som igjen kan gi nye perspektiver på hendelsen (2002).

Uønskede hendelser kan skape endring i praksis og gi gode diskusjoner i fagmiljøet (Kirkehei et al., 2012). Debriefing kan gi innblikk i hvorfor andre deltakere reagerte som de gjorde og

hvordan de håndterte hendelsen, noe som kan være nyttig kunnskap å ha med videre (Dyregrov, 2002). Viktige aspekter ved debriefing som trekkes fram er deltakernes ønske om å delta, struktur og regler, investering av energi fra lederens side og kunnskap om gruppedynamikk (2002). Det er vanlig at debriefing blir ledet av en uavhengig part med kunnskap og erfaring om debriefing, og hvordan lederens personlighet er vil ha betydning for hvordan deltakerne opplever debriefing. Dyregrov (2002) beskriver en syvstegs modell for hvordan en debriefing gjennomføres. I utgangspunktet var ikke denne tenkt for innsats- og redningspersonell, men den er blitt den mest brukte modellen innenfor debriefing (2002). Den bygger på en annen kjent modell som er mye brukt, CISD (critical incident stress debriefing) som er utviklet for politi, brann- og medisinsk personell (Dyregrov, 2002; Eid & Johnsen, 2018).

Det er flere som er kritiske til debriefing og mener at den gir motsatt effekt ved at problemer i ettertid økes i stedet for at de forhindres (Dyregrov, 2002; Yule et al., 2015). Forskningen som hevder dette viser seg derimot å ha kliniske og metodiske svakheter hvor debriefing ikke har vært utført riktig med tanke på tidspunkt, tidsbruk, dårlig ledelse og hvor helsepersonell ikke har vært deltakere (2002; 2015).

Alternativ til syvstegs modell for debriefing som Dyregrov (2002) beskriver, finnes det korte og effektive modeller for debriefing. To eksempler er *The London Handbook for debriefing* (Imperial College London, u.å) og TALK (Talkdebrief, 2017). *The London Handbook for debriefing* er en beskrivelse av hvordan en kan lede og delta i strukturert klinisk debriefing. Metoden som er utviklet kalles SHARP, og er et akronym som står for: set learning objectives, how did it go, address concerns, review learning point og plan ahead (Imperial College London, u.å). Verktøyet brukes til å beskrive hendelsen og ha fokus på læring. TALK er et annet debriefingsverktøy hvor hovedfokus er å fremme kliniske team sin kommunikasjon og økt læringskultur (Talkdebrief, 2017). Hensikten er å fremme refleksjoner i kliniske team for å fremme og vedlikeholde pasientsikkerhet, samt fremme en kultur hvor dialog og læring har fokus (2017).

TALK er en forkortelse for følgende steg;

1. Target: Hva skal vi ta opp for å fremme pasientsikkerhet?
2. Analysis; Hva førte til eller hindret kommunikasjon/ avgjørelser/ situasjonsforståelse, og hvordan kan vi sørge for gjentakelse av vellykkede handlinger eller forbedre.

3. Learning points; Hva kan teamet lære av hendelsen?
4. Key actions; Hva kan vi gjøre for å vedlikeholde eller forbedre pasientsikkerheten?
Hvem tar ansvar for å videreformidle og følge opp tiltakene? (2017, overs.)

TALK er et europeisk samarbeidsprosjekt, hvor Norge er ett av landene som deltar ved å implementere dette verktøyet på Universitetssykehuset i Stavanger. Prosjektet har som mål å forbedre pasientsikkerheten, bidra til medarbeidernes velvære og arbeide med organisasjonskultur, kommunikasjon og læring (Aspelund, 2019).

2.4.2 Defusing

Defusing er en annen form for ivaretagelse og er en gjennomgang av hendelsesforløpet som finner sted rett etter utfordrende og kritiske hendelser (Dyregrov, 2002.; Dyregrov, 2018). Hensikten er å bruke samtale til å redusere det følelsesmessige kaoset og den emosjonelle uroen som kan oppstå (2002.; 2018). Defusing inneholder mange av de samme elementene som debriefing, men det er en kortere og mer uformell variant som tar utgangspunkt i hva en person eller gruppe ønsker å prate om (2002.; 2018).

2.4.3 Kollegastøtte

Kollegastøtte er et tilbud som kan iverksettes hvor målet er å kunne gi hurtig hjelp i form av samtaler etter utfordrende og kritiske hendelser og bidra til å minske negative effekter i etterkant (Stuvland u.å; Ettung, 2014). Kollegastøtte er en støtteperson som bistår og hjelper kollegaene i vanskelige situasjoner. Personen velges ut av de andre kollegaene, og er en person som har opparbeidet seg tillit blant kollegaene (Ettung, 2014). En kollegastøtte har også mulighet for å henvise videre til spesialist dersom det er nødvendig (Stuvland, u.å).

3.0 Tidligere Forskning

I dette punktet vil tidligere forskning på ulike former for ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser med fokus på debriefing og opplevelser av å være i utfordrende og kritiske hendelser og ivaretagelse presenteres. Artikkene ble valgt ut for å skape en større forståelsesramme omkring fenomenet ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser. Det er gjort søk i ulike databaser som CINAHL, Idunn og MEDLINE. Søkord som ble anvendt: «debriefing», «operating room», «surgery nurse», «operating nurse», «nurse», «emergency room nurse», «critical incidents», «emergency department», «emotional impact», «patient incidents», «team and individual debrief» og «emotional outcomes». I tillegg til søk utført i databasene ble det gjort håndsøk ved å se etter relevante henvisninger til andre artikler, i artikkene som ble inkludert i oppgaven. Det ble benyttet sjekkliste fra helsebiblioteket til å vurdere om artikkene har tilfredsstillende kvalitet når det gjelder å kunne stole på resultatene de beskriver (Helsebiblioteket, 2016). Alle artikkene ble vurdert av begge studentene. Av de utvalgte artikkene er de metodisk fordelt slik: seks kvalitative, åtte kvantitative og fire systematiske oversiktsartikler. Ved å inkludere artikler med forskjellige metodiske tilnæringer gir det oppgaven en bredere ramme for å forstå fenomenet.

På generelt søk om debriefing fikk vi over 2500 treff. På søk med debriefing og generelt kritiske hendelser fikk vi 180 treff. Derimot når søket også inkluderte surgery nurse, operating nurse eller operating room var det ikke mer en 2-3 treff. Det var seks treff som omhandlet debriefing på operasjonsstuen med det kirurgiske teamet, hvor noen omhandlet debriefing generelt på operasjonsstuen og ikke kun i utfordrende og kritiske hendelser. Det var ingen treff som omhandlet operasjonssykepleierens erfaring med ivaretagelse. Derfor har vi i oppgaven inkludert studier som beskriver hele det kirurgiske teamet, men hvor vi særlig har fokusert på det som blir beskrevet fra operasjonssykepleiernes perspektiv. Det var to artikler som omhandlet debriefing kun mellom kirurger, disse ble ekskludert da de ikke inkluderte operasjonssykepleiere. Da det er lite forskning på ivaretagelse og debriefing av operasjonssykepleiere, ble det valgt å inkludere forskning som omhandler ivaretagelse av andre sykepleiere som ofte er utsatt for utfordrende og kritiske hendelser, som intensivsykepleiere, sykepleiere i akuttmottak og ambulansarbeidere. Totalt syv artikler omhandler sykepleiere fra andre avdelinger enn operasjonsavdeling. Av de 18 artikkene som er utvalgt er tre av artikkene fra Skandinavia, syv fra Europa og åtte fra USA og Canada.

Studier viser at sykepleiere som ofte utsettes for traumatiske hendelser har økt forekomst av depresjon, PTSD, angst og utmattelse (Adriaenssens, de Gucht & Maes, 2012; White, Waterman, McCotter, Boyle & Gallagher, 2008). Det sykepleierne i studien opplevde som mest traumatisk var dersom barn eller babyer døde, samt håndtering av personer som hadde vært i alvorlige bilulykker (2012; 2008). En måte å ivareta helsepersonell på var gjennom debrifing (White et.al, 2008). Hensikten med studien til Bethune, Sasirekha, Sahu, Cawthorn og Pullyblank (2011) var å avdekke de ansattes holdninger til innføring av debrifing på operasjonsstuen. De ansatte mente at debrifing var et nyttig verktøy for å kunne avdekke eventuelle problemer og utfordringer tidlig i operasjonsforløpet, men det viste seg å være mer utfordrende å gjennomføre da teamet ofte var oppløst mot slutten av dagen. En kort debrifing før pasienten ble kjørt ut eller før neste operasjon startet kunne la seg gjennomføre, og det ble konkludert med at debrifing hadde positiv påvirkning på kommunikasjon og teamsamarbeid (2011). Healy og Tyrell (2013) studie utført i ulike akuttavdelinger kom det fram at nesten alle deltakerne mente at debrifing etter en stressende hendelse var viktig (Healy og Tyrell, 2013; Piquette,Reeves og Leblanck, 2009). Det beskrives at debrifing kunne hjelpe personalet med å håndtere reaksjoner etter kritiske hendelser, samtidig kunne debrifing bidra med å redusere mulige stressresponser blant personalet og hjelpe dem med bedre å forstå hva som hadde hendt og mulighet til å bidra til forbedret teamsamarbeid og forhindre utvikling av skyldfølelse (2013;2009). Teamet stod ofte samlet fram til pasienten var stabil, og deretter forsvant flere og flere aktører videre til andre arbeidsoppgaver, og debrifing kunne derfor være utfordrende å gjennomføre (Piquette et al.,2009). Debrifing ble ofte utført etter at noe har gått galt, men flere medlemmer av operasjonsteamet ønsket også positive tilbakemeldinger på utført arbeid (Ahmed et al., 2012). Debrifing kan gi en dypere forståelse av situasjonen, og det er også en måte å optimalisere læring på. Healy & Tyrell (2013) trekker fram viktigheten av ivaretagelse av helsepersonell, men peker på at flere av informantene var usikre på om arbeidsplassen hadde retningslinjer for debrifing (2013). Funn fra studien viser at det er et ønske og behov for mer standardisert debrifing. Det er ulike meninger om når det er optimalt å gjennomføre en debrifing, om det skal gjøres rett etter endt kirurgi, f.eks. som en del av «Trygg Kirurgi»-sjekkliste, eller om det skal vente et par dager (2012).

Andre studier peker på fordeler med en form for avlastningssamtale etter traumatiske hendelser (Svensson & Fridlund, 2008). Det ble beskrevet av sykepleiere i ambulansen at samarbeid mellom kollegaer var en viktig form for ivaretagelse etter kritiske hendelser, hvor de finner støtte i hverandre og kan lufte tanker. Det ble dog lagt vekt på at en forutsetning var

at de hadde tillit og trygghet hos kollegaen (2008). Dette støttes også av Halpern, Gurevich, Schwartz og Brazeau (2009) som beskriver kollegial støtte som viktig og av stor verdi for ambulanspersonell. Kritiske hendelser ble i studien beskrevet ved at de involverte opplevde sterke følelser som varte så lenge at de ble ukomfortable i seg selv, eller produserte ubehagelige følgetilstander (2009).

En studie har vist at debriefing kan forbedre kommunikasjon og gi økt pasientsikkerhet da man kan tilegne seg erfaringer gjennom refleksjon, forbedret praksis og raske tilbakemeldinger (Papaspyros, Javangula, Adluri, & O'Regan, 2010). En viktig del av pasientsikkerheten er å ta vare på helsepersonell, eksempelvis gjennom emosjonell støtte eller debriefing (O'Beirne, Sterling, Palacios-Derflinger, Hohman & Zwicker, 2012). Konklusjoner fra debriefinger kan med fordel knyttes opp til kvalitetsforbedringsgrupper på avdelingen/sykehuset, og dermed bidra til kontinuerlig sikkerhetsforbedring (Kessler, Cheng & Mullan, 2015). En felles forståelse er viktig for å etablere tillit blant kollegaene, slik at debriefing og rapportering fører til forbedringer. Debriefingsprosessen gir individer mulighet til å adressere både individuelle og teamets utførelser, identifisere feil og suksess og lage plan for å forbedre framtidige behandlingssituasjoner. Debriefing bør ha en vennlig tone med åpne spørsmål, hvor formålet er å identifisere oppfatninger og oppførsel og ikke å fordele skyld. Alle typer situasjoner kan debriefes, men det bør være relevant for personalet og ha søkelys på individuell- eller teamopptreden som videre vil gi neste pasient fordeler (2015). Leong, Hanskamp-Sebregts, Van der Wal og Wolff (2017) har gjort en studie hvor de kartla effekt etter innføring av debriefing. Resultatene viser en endring i personalets arbeidsmiljø, der teammedlemmene i det kirurgiske teamet utrykte positive reaksjoner på innføring av debriefing. Studien viser at vekslende personalteam hadde størst utbytte av debriefing. Det konkluderes med at innføringen førte til en mer effektiv gjennomføring av operasjonsprogrammet, og at det hadde en positiv effekt i form av økt pasientsikkerhet (2017).

På operasjonsstuen skjer det et stort antall uønskede hendelser, og studier har sett på om innføring av sjekklister kan påvirke det kirurgiske teamets opplevelse av arbeidsmiljø, kommunikasjon og sikkerhetskultur i en positiv retning og på den måten forbedre pasientsikkerheten (Cabral, Eggenberger, Keller, Gallison, & Newman, 2016). Studien konkluderer med forbedret teamsamarbeid, kommunikasjon og sikkerhetskultur i avdelingen, og det framheves av forfatterne at debriefing gav større spillerom til å bruke sin stemme til fordel for pasientsikkerheten. Ikke-tekniske ferdigheter kan forebygge uønskede hendelser og forbedre samarbeid i operasjonssykepleie (Rasmussen, Wangen & Torjuul, 2015). Økt

bevissthet og opplæring av ikke-tekniske ferdigheter kan bidra til økt pasientsikkerhet, bedre samarbeid og arbeidsmiljø innad i det kirurgiske teamet. Særlig sykepleiernes opplevelse av kommunikasjon framheves som forbedret etter innføring av sjekklisten (Cabral et al., 2016). Andre studier ser på ulik opplevelse av samarbeid, og årsaker til de ulike opplevelsene innad i det kirurgiske teamet (Leonardsen, 2015). Det kommer fram at operasjonssykepleierne opplever at det er et hierarki innad i teamet, og ulik opplevelse av stress, forståelse og involvering i teamet avdekkes. Kirurger og operasjonssykepleiere har ulik oppfattelse av begrepene respekt og kommunikasjon, og for å sikre et godt utgangspunkt for forbedringsarbeid som kan føre til bedre tverrfaglig samarbeid trekkes sjekklisten trygg kirurgi frem som et eksempel (2015). Sykepleiere hadde i større grad behov for refleksjon og debrifing sammenlignet med leger i studien til Piquette et al., 2009).

Helsepersonell har en underliggende frykt for å bli klandret for eller å bli straffet for feil, uavhengig av erfaring. Denne kulturen kan være en av hovedgrunnene til at det er lite rapportering av feil og avvik i helsevesenet. og for å bryte dette mønsteret bør fokus være på at læring og økt pasientsikkerhet fremmes som argumenter for å rapportere feil og avvik (Gorini, Miglioretti & Pravettoni, 2012).

Ledelsen har et ansvar for å ivareta helsepersonell etter utfordrende og kritiske hendelser (Conway et al., 2014). White et al. (2008) skriver at det er en todelt årsak til at ledelsen bør prioritere ivaretagelse av helsepersonell, hvor den ene grunnen er å ivareta personer som trenger det, mens den andre grunnen er at ivaretagelse av helsepersonell kan føre til økt pasientsikkerhet (2008). Organisasjoner som kontinuerlig arbeider for økt pasientsikkerhet står også bedre rustet til å håndtere utfordrende og kritiske hendelser (Conway et al., 2014).

4.0 Metode og metodiske overveielser

I dette kapitlet vil det redegjøres for oppgavens metodiske tilnærming. Metoden skal forklare og vise framgangsmåten forskerne har valgt for å samle, analysere og strukturere studien sin (Kvale & Brinkmann, 2015). En må velge en metode som er riktig ut ifra problemstillingen som er valgt (Polit & Beck, 2017). I dette kapitlet presenteres hvilke valg vi har tatt gjennom hele prosessen. Videre presenteres forskningens design og utvalg av informanter. Til slutt i kapitlet presenteres innsamling av datamaterialet og analyseprosessen, samt studiens validitet, generaliserbarhet og reliabilitet.

4.1 Design

Denne oppgaven har et kvalitativt-eksplorerende forskningsdesign da vi vil undersøke operasjonssykepleieres erfaringer av ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser. Dette er et tema hvor det foreligger lite tidligere forskning, og da vil kvalitativt-eksplorerende forskningsdesign være en hensiktsmessig metode for å samle ny kunnskap (Polit & Beck, 2017). Kvalitativt-eksplorerende forskningsdesign er en metode der veivalg kan gjøres underveis i prosjektet, etter hvert som ny innsikt i fenomenet kommer fram (2017). Problemstillingen og antall informanter kan justeres etter metningsgraden av data som kommer fram (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010).

4.2 Metode

Kvalitativ metode omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materialer fra samtale, observasjon eller skriftlig tekst (Polit & Beck, 2017). Videre skriver Polit & Beck (2017) at målet er å utforske meningsinnholdet i sosiale fenomener og metoden er ofte benyttet når en undersøker opplevelser, oppfatninger eller erfaringer. Da vi skal undersøke operasjonssykepleieres erfaring med ivaretagelse, vil derfor en kvalitativ metode

være hensiktsmessig. Det er i tillegg gjennomført lite forskning på dette temaet tidligere, og dermed vil en kvalitativ metode gi oss mulighet til å gå i dybden for å skaffe forståelse for hvordan operasjonssykepleiere opplever ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser. Kvantitative forskningsmetoder forholder seg til data som kan kvantifiseres ved hjelp av tall og statistikk (2017). Kvantitativ metode vurderer vi til ikke å være en egnet metode for denne studien, da denne metoden hovedsakelig blir brukt til å undersøke forekomst, årsak, prognose eller effekt av et tiltak (2017).

4.3 Forskernes forforståelse

Malterud (2017) beskriver forforståelsen som den motivasjonen en har for å sette i gang med et prosjekt, og omtaler det som den ryggsekken en alltid vil møte en sak eller tekst med. Videre skriver hun at denne ryggsekken også vil prege måten vi samler inn og forstår datamaterialet på og resultatene vil avhenge av hvilke briller vi leser materialet med (2017). Hans-Georg Gadamer (2004) var opptatt av hvordan en kan bli villedet av sine allerede innebygde meninger når en leser en tekst for første gang, og at en da kan lese teksten med en forventning om hva en kommer til å finne. Gadamer (2004) mente derfor at en som forsker må være seg bevisst sin egen forforståelse slik at en er villig til å ta innover seg det som kan være fremmed i teksten en leser. Forforståelsen kan aldri legges helt bort, men i forskerrollen må en overskride sin opprinnelige forståelse og være åpen for å kunne lære noe nytt underveis i arbeidet, og legge det sammen med den kunnskapen en allerede har (2004).

På bakgrunn av dette ser vi viktigheten av å tydeliggjøre vår forforståelse i forhold til tema, for å være tro mot leserne, men også for egen bevissthet. Vår forforståelse er først og fremst basert på at vi har vært operasjonssykepleierstudenter, og nå kommende operasjonssykepleiere. Vi har som følge av dette tilegnet oss kunnskap innenfor fagfeltet, noe som også var hovedmotivasjonen når vi skrev denne oppgaven. I praksis på operasjonsavdelingen har vi vært med på flere utfordrende og kritiske hendelser, hvor det ofte ble sagt at det skulle blitt gjort en debriefing i etterkant. Vi opplevde derimot sjelden at dette ble tatt tak i og gjennomført. Dette gjorde oss nysgjerrige på hvordan operasjonssykepleiere opplever å bli ivaretatt etter utfordrende og kritiske hendelser i arbeidshverdagen. Fra tidligere har vi begge to arbeidet innenfor akuttmedisinen, hvor vi opplevde at det ofte var tilbud om

ivaretagelse og debriefing etter utfordrende og kritiske hendelser. De overnevnte aspektene anser vi derfor som «vår ryggsekk» slik Malterud (2017) beskriver forforståelsen, og det har igjen dannet grunnlaget for oppgavens hensikt og problemstilling. I tillegg vil den prege hvordan vi leser og forstår funnene.

4.4 Utvalg

Det var ønskelig å intervju operasjonssykepleiere som går turnus, da vi antar at de oftere er utsatt for utfordrende og kritiske hendelser da vaktarbeidet ikke lar seg planlegge og en må være forberedt på det uforutsigbare. Det var ønskelig å intervju operasjonssykepleiere med ulik erfaring og ansiennitet i avdelingen. Vi antok at de har forskjellige synspunkter, erfaringer og tanker, og inklusjonskriteriet var at de hadde mer enn to års erfaring, da det er ønskelig at de skal ha deltatt i flere utfordrende og kritiske hendelser for å bedre kunne gi svar på problemstillingen. Dette definerer Malterud (2017) som et strategisk utvalg, noe hun beskriver som å velge informanter på bakgrunn av at en ønsker å få best mulig svar på gitt problemstilling. Utvalget skulle i utgangspunktet bestå av 12-15 informanter. De semistrukturerte individuelle intervjuene skulle etter planen vare mellom 20-30 minutter. Informantene ble valgt ut av fagutviklingssykepleier i operasjonsavdelingen, og de fikk skriftlig informasjon om studien av henne noen dager før intervjuet skulle finne sted. Vi hadde to møter med fagutviklingssykepleieren i forkant hvor vi diskuterte inklusjonskriterier og hvordan en best kunne presentere studien i avdeling. Før selve intervjuet startet gikk vi gjennom informasjonsskriv (vedlegg 1) og samtykkeskjemaet (vedlegg 2) sammen med informanten og sikret oss at de hadde fått den informasjonen de skulle i forhold til sine rettigheter. Vi svarte også på eventuelle spørsmål de hadde i forhold til studien.

Etter å ha gjennomført 12 intervjuer satt vi igjen med en opplevelse av at det innsamlede datamaterialet var tilstrekkelig og at det ikke ville komme fram nye data om vi gjennomførte flere intervjuer. Dette samsvarer også med det Malterud (2017) skriver om metningspunkt, som hun beskriver som det punktet en kommer til i datainnsamlingen hvor ytterligere intervjuer mest sannsynlig ikke vil tilføre studien ny informasjon (2017). Malterud (2017) skriver videre at antallet informanter verken bør være for stort eller for lite, og at fokuset må være å ha et riktig utvalg av informanter framfor et gitt antall (2017). I tillegg var den gitte

tidsrammen vi hadde disponibel til masteroppgaven, passende med at empiri fra 12 informanter var stort nok til å arbeide videre med.

4.5 Innsamling av datamaterialet

Datamaterialet ble samlet inn gjennom individuelle semistrukturerte intervjuer, der alle intervjuene fulgte samme intervjuguide. Vi mente dette var den mest hensiktsmessige metoden å benytte til å gi oss svar på oppgavens problemstilling da en fremmer informantenes egne erfaringer, opplevelser, behov og perspektiv på ivaretagelse ved operasjonsavdelingen (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2017). Vi diskuterte anvendelse av fokusgruppeintervju, men det var vanskelig for operasjonsavdelingen å gjennomføre på grunn av organisatoriske utfordringer. Da vi undersøkte et tema som kan bringe fram ubehagelige minner og opplevelser for deltakerne anså vi det også som mest hensiktsmessig med individuelle intervju, da det sannsynligvis er lettere å fortelle om utfordrende og kritiske hendelser i en mindre gruppe. På en annen side skriver Malterud (2017) at fokusgruppeintervju kunne gitt oss en annen type kunnskap fordi konteksten er forskjellig fra et individuelt intervju (2017). Det er problemstillingen som skal bestemme hvilken metode som er mest relevant for å innhente kunnskap om emnet, og da vi var opptatt av den enkeltes opplevelse kom vi derfor fram til at individuelle semistrukturerte intervju var mest hensiktsmessig for vår studie (Kvale & Brinkmann, 2015).

Hovedfokuset vårt under intervjuene var operasjonssykepleieres erfaring med ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser og hvordan de eventuelt ønsker å bli ivaretatt. Det ble brukt en kvalitativ intervjuguide som vi utformet i samarbeid med veileder og som inneholdt 11 spørsmål (vedlegg 3). Når en skal utføre semistrukturerte intervju kreves det at det utarbeides en intervjuguide med de temaer som en ønsker at informanten skal si noe om i intervjuet (Polit & Beck, 2012). Temaene blir utarbeidet på bakgrunn av problemstillingen, og målet er at informantene skal ha mulighet til å snakke så fritt som mulig. Det ble benyttet flere åpne spørsmål der de kunne fortelle om sine opplevelser og erfaringer. Ved å bruke semistrukturerte intervju følges samme intervjuguide i alle intervjuer, men det gis mulighet til å stille spørsmål med utgangspunkt i informantenes beskrivelser og utsagn for videre utdypning og forklaring (Malterud, 2017, s. 133). Thagaard (2018) hevder at intervju er en

godt egnet metode til å gi informasjon om personers opplevelse, selvforståelse og synspunkt (2018).

Intervjuene ble tatt opp på lydbånd for å sikre at viktig datamateriell ikke ble utelatt (Kvale & Brinkmann, 2015). I tillegg gir lydopptak verdifull informasjon om samtalens språklige og nærspråklige elementer som pauser, nøling og latter (Malterud, 2017, s. 73). Lydopptakene gav oss mulighet til å konsentrere oss om intervjuets emne og dynamikk, og i etterkant kunne vi gå tilbake å lytte på opptakene flere ganger (Kvale & Brinkmann, 2015).

Intervjuene ble gjennomført på et kontor i en operasjonsavdeling på et sykehus i Norge, i deltakernes arbeidstid. Under intervjuet hang det skilt med teksten «Ikke forstyr» på døren for å unngå forstyrrelser. Intervjuene fant sted i januar 2020, lengden varierte mellom 10 og 40 minutter. Fagsykepleier i avdelingen var svært behjelpelig med å tilrettelegge for prosjektet, og overtok blant annet arbeidsoppgavene til intervjuobjektene under intervjuet, slik at det ble ro til gjennomføring. Under intervjuene opplevde vi at informantene var åpne og villige til å dele av sine erfaringer og opplevelser, det var lett å holde flyten i intervjuene. Det ble stilt oppklarende spørsmål der det var nødvendig.

I starten av hvert intervju ble informantene informert om studiens hensikt og formål, samt gitt informasjon om deres rettigheter med tanke på å trekke seg fra studien og hvordan datamaterialet ble oppbevart (Vedlegg 1 informasjonsskriv og vedlegg 2 samtykkeskjema). Under intervjuene var den en av oss hovedintervjuer, mens den andre gjorde korte notater, samt stilte oppklarende spørsmål ved behov. Da alle intervjuene var gjennomført fordelte vi datamaterialet mellom oss og transkriberte seks intervjuer hver. Etter transkripsjon satt vi med 63 sider datamateriell.

4.6 Forskningsetiske vurderinger

Prosjektet ble meldt til personvernombudet ved det aktuelle sykehuset for godkjenning før oppstart (Vedlegg nr. 4). Dette sikret informantene at studien følger de aktuelle regler og forskrifter som foreligger for at studien skal være etisk og redelig gjennomført. Alle former for forskning med bakgrunn i mennesket og menneskelige betraktninger når det kommer til

spørsmålet om forskningen er etisk gjennomført omhandles av Helsinkideklarasjonen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014). Da studien handler om operasjonssykepleieres erfaringer med ivaretagelse, faller også denne studien under Helsinkideklarasjonens etiske prinsipper. Helsinkideklarasjonen framhever at samtykke fra informantene er viktig, og at deltakerne skal informeres om formålet med studien, rettigheter til innsikt og rettigheter i forhold til å kunne trekke seg fra studien (2014).

I all forskning som omhandler mennesker og menneskelige betraktninger vil det alltid være spørsmål knyttet til om studien er etisk gjennomført. Kvale & Brinkmann (2015) presenterer fire områder som forskeren bør ha med i sine betraktninger hva gjelder etiske retningslinjer; informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser og forskerens rolle. Vi vil kort presentere hovedtrekkene ved de fire områdene:

- Informert samtykke: Informanten informeres om undersøkelsens overordnede formål, samt hovedtrekkene ved designet og eventuelle risikofaktorer knyttet til deltakelse. Informert samtykke skal også sikre at alle informanter deltar frivillig i studien, og at de informeres om deres rettighet i forhold til å kunne trekke seg når som helst. Vi hadde utarbeidet et skriftlig dokument med informasjon om studien og studiens hensikt som informantene fikk utdelt av fagutviklingssykepleier noen dager før intervjuet skulle finne sted. De fikk også muntlig informasjon om studien, samt at vi i felleskap gikk gjennom samtykkeskjemaet med informanten i forkant av intervjuet (Vedlegg nr. 3).
- Konfidensialitet: Som forsker har man en plikt til å ivareta informantenes privatliv ved å sørge for anonymitet når studien eventuelt publiseres og sørge for sikker oppbevaring av datamaterialet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015). Datamaterialet vårt oppbevares på kryptert minnepenn, og samtykkeskjemaene oppbevares bak to låste hindringer på Universitet i Stavanger. For å overholde prinsippet om konfidensialitet bør deltakerne få informasjon om hva dataene som framkommer i studien skal brukes til, og hvem disse vil være tilgjengelig for (Kvale & Brinkmann, 2015). Alle våre data vil bli slettet og makulert innen utgangen av 2020, det er også deltakerne informert om.
- Konsekvenser: Som forsker må en forholde seg til konsekvensene av at en kvalitativ undersøkelse både kan påføre mulige skader for informanten, men også fordeler en kan forvente ved å delta i studien (2015). Summen av potensielle fordeler for deltakeren og betydningen av oppnådd kunnskap bør veie tyngre enn eventuelle risikoer ved å delta i

studien. I denne studien mener vi å ha overholdt dette prinsippet ved at informantene bidrar med å belyse et område i yrket hvor det finnes lite tidligere forskning og hvor det er et behov for større fokus. Det vil ikke være noen ulemper med å delta i studien, men vi har reflektert rundt dette og det er mulighet for at studien kan ha berørt ubehagelige opplevelser og tanker hos informantene.

- Forskerens rolle: Som forsker stilles det strenge krav til den vitenskapelige kvaliteten på kunnskap som framlegges, noe som innebærer at offentliggjøring av funn er så nøyaktige og representative for forskningsområdet som overhodet mulig (2015). Resultatene bør kontrolleres og valideres så fullstendig som mulig, og det bør tilstrebes gjennomsiktighet med tanke på at andre kan etterprøve studien (2015). Dette har vi prøvd å tilstrebe ved å beskrive metodekapittelet nøyaktig.

4.7 Analyse

Alle intervjuene ble som nevnt tatt opp på lydbånd og transkribert umiddelbart etter at intervjuene var ferdige. Å transkribere betyr å skifte fra en annen form til en annen, hvor det i denne sammenhengen er oversettelse fra talespråk til skriftspråk (Malterud, 2017). Lydopptaket og tekst fra transkripsjon og analysemateriell ble lagret på en kryptert minnepenn. Vi har transkribert ord for ord for på den måten å holde transkripsjonen så virkelighetsnært utsagnene som mulig. Dette vil også øke transkripsjonens pålitelighet. Vi transkriberte på bokmål for å ivareta deltakernes aidentifisering i best mulig grad, samt at det gir en bedre flyt i teksten og ser ryddigere ut (Kvale & Brinkmann, 2015). Videre delte vi intervjuene oss imellom og transkriberte seks hver, hvor vi i etterkant gikk tilbake og lyttet til intervjuet mens den transkriberte teksten ble lest og på den måten kontrollerte hverandre. Når en transkriberer er det stor fare for at viktig meninger kan gå tapt, og på bakgrunn av det valgte vi å transkribere alle intervjuene selv. Ved å transkribere intervjuene selv starter et viktig ledd i analyseprosessen hevder Malterud (2017).

Målet med analysen er at det skal bygges en bro mellom råmaterialet og de endelige resultatene som kommer fram når empirien blir fortolket og sammenfattet (2017). Analysemetoden bør velges allerede før en utfører intervjuer, slik at analyseprosessen kan

starte under intervjuer og transkribering (Kvale & Brinkmann, 2010). Datamaterialet ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse beskrevet av Graneheim og Lundman (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017; Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2017). Deres kvalitative analysemetode er et mye brukt hjelpemiddel for å tolke tekster innenfor sykepleievitenskap. Vi lot oss inspirere av Graneheim og Lundmans innholdsanalysemetode hvor koding, kategorier og tema har en sentral plass (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2017). Som en forberedelse til analyseprosessen deltok begge forfatterne på en forelesning med Ulla Graneheim hvor kvalitativ innholdsanalyse var temaet (U. Graneheim, personlig kommunikasjon, 21.01.20).

Slik vi forstår det så er det de skrevne, transkriberte tekstene som omtales som analyseenhet, og dermed vårt utgangspunkt for analysearbeidet (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2017). Vi startet med å finne meningsenheter i teksten, noe som omtales som det første steget i analysen. En meningsenhet er en meningsbærende del av teksten og kan være ord eller setninger (2004; 2017). Inndeling i meningsenheter ble først gjort individuelt av hver av oss, før vi i etterkant gikk gjennom meningsenhetene, og det var enighet om inndelingen av meningsenheter. Vi brukte rosa farge til å markere meningsenhetene før vi klippet dem ut.

Det neste steget i analysen er å kondensere meningsenheten. Dette er en prosess som gjør teksten kortere og mer letthåndterlig, samtidig som det sentrale innholdet i meningsenheten beholdes (2004; 2017). Vi gjorde kondenseringen sammen. Underveis i analyseprosessen har det vært behov for å gå tilbake og gjøre noe av kondenseringen på ny da det kom fram at noen av meningsenhetene var for lange og inneholdt flere meninger.

Steg tre i analyseprosessen er å sette kode på den kondenserte meningsenheten, som kort skal beskrive innholdet (2004; 2017). En kode er en etikett på en meningsenhet som kort beskriver innholdet. Kodene blir så redskap som hjelper forskerne å reflektere over datamaterialet på nytt. Koding ble gjort sammen. Ulike koder ble diskutert og sammen kom vi fram til enighet underveis i analyseprosessen. Det har også vært behov for å gå tilbake og gjøre noe av kodingen på ny da vi underveis så at flere av kodene lignet mer på subkategorier enn koder.

Det fjerde steget i analyseprosessen er inndeling av koder til subkategorier og kategorier. Koder med lignende innhold sammensettes til subkategorier og videre til kategorier (Graneheim & Lundman, 2004; Lundman & Graneheim, 2017). Kategorier beskrives som internt homogene eller eksternt heterogene, som vil si at innholdet i kategorien har lignende

innhold eller skiller seg fra hverandre. Navnet på kategorien henviser til «hva?» (2004; 2017). Også denne delen av analysen ble gjort sammen, hvor koder, subkategorier og kategorier ble diskutert underveis.

Til slutt var det tid for å opprette ulike tema som igjen skulle samle innholdet i flere kategorier med samme tema. Temaet svarer på spørsmålet «hvordan», og beskriver den latente eller underliggende meningen i teksten (2004; 2017).

Analyseprosessen opplevdes som en krevende og dynamisk prosess hvor vi måtte gå fram og tilbake i prosessen for å sikre at alle subkategorier og kategorier svarte på problemstillingen i oppgaven. Den største utfordringen var å sette koder inn i subkategorier, da vi opplevde at flere koder kunne passe inn i flere subkategorier. Som nevnt måtte vi derfor gå tilbake til kodene og spesifisere disse mer, slik at de til slutt passet inn i hver sin subkategori. Det var krevende å få det til å gå en rød tråd av mening gjennom prosessen, og vi har gjentatte ganger vært nødt til å gå tilbake til de ulike kodene og kategoriene og gjøre endringer. Videre har vi tatt analyseprosessen ett steg lenger og kommet fram til to tema som vi opplever at dekker og beskriver vårt datamateriale, samt gir oss en god pekepinn for å svare på oppgavens problemstilling. Det første temaet er tilfeldig støtte og mangel på rutine og det andre er systemer for oppfølging og læring etter kritiske hendelser. Vi har fått tilgang til et omfattende og spennende materiale.

Et utvidet eksempel av analysen kan ses i figur 1:

Tema	Tilfeldig støtte og mangel på rutiner			
Subtema	Uforutsigbar hverdag og organisatoriske utfordringer		Usystematisk støtte	
Kategori	Raske endringer i praksis	Turnus og tidspress	Individuell og variabel oppfølging	Kollegial ivaretagelse med og av hverandre
Subkategori	Jobben krever mental forberedelse Må forvente kritiske	Mangel på tid vanskeliggjør debriefing Turnus forhindrer deltakelse i debriefing	Du må selv gi beskjed ved behov for å snakke med noen Savner debriefing etter hendelser Individuelt ansvar å etterspørre debriefing ved behov	Viktig å kjenne ansvar for ivaretagelse av hverandre Kollega lytter og ivaretar hverandre

hendelser i hverdagen Noen hendelser sitter mer i etterpå.	Tidspress på vakter hindrer debrifing Operasjonsprogrammet er en barriere for å gjennomføre debrifing. Hvem som er på jobb avgjør om debrifing blir gjennomført. Tid på døgnet har betydning for om en kan gjennomføre debrifing Travel hverdag og lav bemanning vanskeliggjør debrifing	Egen opplevelse av arbeidsprestasjon påvirker hvordan en takler hendelsen Opr.syk blir glemt ved debrifinger. Høye krav for når en organiserer debrifing. Erfaring gjør initiativ til debrifing lettere Opplever noe rutine for debrifing, lite erfaring med debrifing Anestesilege og leder tar oftest initiativ til debrifing Personlighet og tidligere erfaringer påvirker hvordan du takler hendelser Eksisterende tilbud om ivaretagelse er greit Oftest i mottak en deltar på debrifing Mulighet for å snakke med leder Krysser av for behov for kollegastøtte på vakter Kollegastøtten har ansvar for å følge opp etter hendelsen	Erfarer god støtte i å snakke med opr.syk kollega. Erfarer det godt å ha dialog med kirurger om hendelser Snakke med kollega i teamet om hendelsen Opr.syk tar ansvar for egen uformell debrifing Opplever imøtekommendhet i fra kollega om å snakke om hendelser Trygghet hos kollega er viktig for å ta opp ting
---	--	---	---

4.8 Validitet, generaliserbarhet og reliabilitet

4.8.1 Validitet

Når et problem eller tema skal undersøkes, må det være relevante og gyldige målinger som utføres. Begrepene validitet og reliabilitet gir oss føringer på om metoden som er valgt fører til troverdig kunnskap (Malterud, 2017; Polit & Beck, 2017). En kan sjelden si at resultatene er «sanne», men man kan gjennom gode beskrivelser av metode si noe om overførbarheten til resultatene (Malterud, 2017, s. 23).

Validitet betyr gyldighet, som vil si i hvilken grad fra resultatene i studien det kan trekkes gyldige slutninger om det man har som formål å undersøke og angir om undersøkelsen måler det den er tenkt til å måle (Polit & Beck, 2017). Man skiller mellom intern og ekstern validitet, hvorav intern validitet omhandler hva forskningen er sann om, og om kartleggingsmetoder og begreper er relevante for fenomenet. Ekstern validitet omhandler kontekst og hvorvidt resultatene kan overføres til andre kontekster enn de er forsket fram i (Malterud, 2017, s. 23). I en kvalitativ studie tar vi utgangspunkt i at det finnes ulike versjoner av virkeligheten, og som forsker kan en dermed ikke fastslå at funnene er sanne eller gyldige (2017). Har man en god hensikt og problemstilling skaper man gyldighet ved å undersøke det man har ment å undersøke, samt at man gir en grundig beskrivelse av hva funnene sier noe om (Kvale og Brinkmann, 2015, Malterud, 2017). Våre informanter er operasjonssykepleiere fra et sykehus i Norge, med minimum to års erfaring. Dette er en styrke for studien da det gir oss mulighet til å undersøke det vi er ment å undersøke ved at informantene kan gi gode, detaljerte beskrivelser om hvordan ivaretagelse av operasjonssykepleiere foregår. Det er en mulighet for at vi hadde fått andre funn om vi hadde utført intervjuer ved flere sykehus, da ulike helseforetak vil ha forskjellige retningslinjer og prosedyrer.

4.8.2 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet forteller noe om resultatene fra studien er av lokal interesse eller om det kan overføres til andre personer eller situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2015). Overførbarhet er en forutsetning for kunnskap som skal kunne deles med andre og er avhengig av hvorvidt funnene gir mening utover seg selv, hevder Malterud (2017, s. 67). Ved menneskelige møter kan det være vanskelig og reprodusere identiske møter, og som forsker kan man argumentere for overførbarhet, men det er leseren som til slutt avgjør om funnene er overførbare til egen situasjon, gruppe eller praksis (Graneheim & Lundman, 2004). Det er mulig å tenke seg at de beskrivelsene som er gjort av operasjonssykepleieres erfaring med ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser kan overføres til andre grupper av sykepleiere som står overfor utfordrende og kritiske hendelser. Malterud (2017) påpeker at innenfor kvalitativ forskning er ikke målet å generalisere til en større populasjon, men å benytte gode beskrivelser av fenomenet og konteksten slik at beskrivelsene kan gi mening og overføringsverdi til andre i lignende situasjoner. Videre skriver hun at forskeren skal arbeide for å styrke overførbarhet av kunnskapen og vurdere rekkevidden av den da det er en forutsetning for at kunnskap skal kunne deles med andre (2017). Det er for oss vanskelig å avgjøre om resultatene fra denne studien kan overføres til andre operasjonsavdelinger. Det må vurderes av personer i de aktuelle praksisfeltene. For at andre skal kunne vurdere om denne studien er generaliserbar til sin egen praksis, er det skrevet en detaljert beskrivelse av datainnsamlingen og deltakerne i metodekapittelet.

4.8.3 Reliabilitet

Reliabilitet betyr pålitelighet, det angir om undersøkelsen viser den virkelige situasjonen, og med hvilken nøyaktighet vi har innsamlet, transkribert og analysert datamaterialet (Polit & Beck, 2017). Målingene som gjøres må være konsise, hvor feilmarginer bemerkes slik at de forskjellige delene av prosjektet er fri for unøyaktigheter (Malterud, 2017; Polit & Beck, 2017). I metodekapittelet er valg synliggjort og hvorfor valgene er tatt begrunnet. I denne studien er det at vi er to studenter som dobbelkontrollerte alle stegene i databehandlingen, styrkende for oppgavens pålitelighet.

Et annet punkt som øker reliabiliteten er at intervju spørsmålene i hovedsak består av åpne spørsmål. Dette medførte at informantene beskrev fenomenet fra eget synspunkt og ikke ble ledet av våre synspunkt, noe som kan skje om en benytter lukkede spørsmål (Kvale og Brinkmann, 2015). Samtidig bør det trekkes fram at vi er uerfarne i intervjurollen, noe som kan ha påvirket hvordan vi opptrådte i situasjonen og hvordan vi stilte spørsmål til uklarheter. Dette kan påvirke påliteligheten ved studien, ved at vi uten å være bevisst på det, oppfattet uklarhetene i svarene feil. Dermed kan funnene fra oppgaven være påvirket av at svarene er misforstått. Derimot har vi gjennom hele analyseprosessen vært nøye med å holde oss tekstnært og dobbelkontrollert hverandres arbeid for å være sikker på at funnene representerer informantenes erfaringer, holdninger og tanker. Dette ble gjort for å styrke påliteligheten.

Påliteligheten i forskningen er ivaretatt ved at mest mulig dokumentasjon av data er framlagt, inklusive metoder og avgjørelser. Dette synliggjør flest mulig dimensjoner i arbeidet, og all relevant dokumentasjon er vedlagt oppgaven (informasjonsskriv, samtykkeskjema, intervjuguide, kvittering fra personvernombudet).

5.0 Resultat

I dette kapittelet i oppgaven vil datamaterialet fra intervjuene presenteres. Analysen av intervjuene resulterte i to tema relatert til operasjonssykepleiernes behov for ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser på operasjonsavdelingen.

Temaene er:

- 1) Tilfeldig støtte og mangel på rutiner
- 2) systemer for opplæring etter utfordrende og kritiske hendelser.

Resultatene er delt inn i to tema hvorav det er to subtema under hvert tema. Videre har hvert subtema to kategorier, som i alt gir to tema, fire subtema og åtte kategorier. Se figur 2 og 3.

Figur 2 viser oversikt over tema 1.

Tema 1	Tilfeldig støtte og mangel på rutiner			
Subtema	Uforutsigbar hverdag og organisatoriske utfordringer		Usystematisk støtte	
Kategori	Raske endringer i praksis	Turnus og tidspress	Individuell og variabel oppfølging	Kollegial ivaretagelse med og av hverandre

Figur 3 viser oversikt over tema 2.

Tema 2	Systemer for oppfølging og læring.			
Sub tema	Rutiner og retningslinjer etter utfordrende og kritiske hendelser		Struktur for læring og forbedring	
Kategori	Behov for ivaretagelse	Ønsker struktur og organisering av oppfølging	Læring av hendelser	Debrifing – et verktøy

Relevante sitater fra intervjuene er inkludert for å utdype og eksemplifisere, da en gjennom kvalitativ forskningsmetode er opptatt av å løfte fram informantenes stemme (Malterud, 2017).

5.1. Tilfeldig støtte og mangel på rutiner

Funn viste at ivaretagelse på operasjonsavdelingen opplevdes tilfeldig, og at det var mangler på retningslinjer for hvordan operasjonssykepleierne ble ivaretatt. Operasjonsavdelingen hadde både organisatoriske og kontekstuelle utfordringer, samt at ivaretagelse opplevdes av informantene som et individuelt ansvar.

5.1.1 Uforutsigbar hverdag og organisatoriske utfordringer

Operasjonsavdelingen er en travel og hektisk arbeidsplass, og det var flere hindre som vanskeliggjorde det å få gjennomført en god ivaretagelse av operasjonssykepleierne etter utfordrende og kritiske hendelser.

Raske endringer i praksis

Funn viser at i yrket som operasjonssykepleier må en være «klar for det meste», som blødninger, endringer i pasientens status eller endring av operasjonsmetode, og være forberedt på raske endringer. Det kom fram at en i forkant av en operasjon burde ha tenkt gjennom mulige hendelser som kan skje og hvilke tiltak som eventuelt da kreves. Videre sa operasjonssykepleierne at yrket krever høy grad av tilstedeværelse og fokus. En av informantene uttalte: *«Og at du jobber litt mentalt med at du ikke går ned på et traume også blir du helt satt ut, for det kan du ikke bli i vår jobb. At du lærer deg å takle det på en måte».*

Flere påpekte at arbeidshverdagen som operasjonssykepleier var uforutsigbar og en visste sjelden hva vekten ville bringe. En må forvente at situasjoner kan endres raskt og bli kritiske i løpet av få sekunder, uttalte operasjonssykepleierne.

Turnus og tidspress

I en travel og hektisk arbeidshverdag på operasjonsavdelingen viser funn at flere opplevde at det var ulike faktorer som hindret dem i å gjennomføre en debriefing i etterkant av en utfordrende og kritisk hendelse. Informantene trakk fram at de arbeider under et tidspress, særlig når de er på vakt, der flere pasienter venter på operasjon og en må prioritere dette

framfor debrifing. En av operasjonssykepleierne sa: «*Denne hendelsen skjedde på en vakt hvor det var veldig travelt, så det var ikke anledning til å gjøre en debrifing. Vi måtte bare jobbe videre*». Det ble også trukket fram at når på døgnet en utfordrende og kritisk hendelse skjer, var av betydning. Om det var på en nattevakt, eller i en helg der det er lav bemanning og mange arbeidsoppgaver, var det utfordrende å finne tid og anledning til debrifing. Et annet moment som ble påpekt er at det hadde betydning hvem som er på vakt, om debrifing ble prioritert og gjennomført. Flere informanter sa at det ofte var anestesilegen som tok initiativ til debrifing, da det er de som har oversikt over operasjonsprogrammet og om det er tid og anledning til å prioritere debrifing.

En annen barriere som ble trukket fram av flere av informantene er at de arbeider turnus, og det at alle som arbeider på operasjonsavdelingen har ulik turnus gjorde det vanskelig å få samlet det kirurgiske teamet for en debrifing på et senere tidspunkt. Flere informanter fortalte at de hadde blitt kalt inn på debrifing, men at de hadde hatt fri og dermed ikke hadde prioritert å komme til denne, men dersom de hadde fått tilbud om avspasering eller lønn ville de kommet inn på fritiden: «*For du kommer liksom ikke inn på fritiden din, det skal ganske mye til altså, da må en få fri eller avspasering for å komme inn*».

5.1.2 Usystematisk støtte

Informantene anga at det var få rutiner og retningslinjer for hvordan ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser skal gjennomføres. Det var også uklart hvilke hendelser som skal utløse noen form for ivaretagelse. Hovedfunnene indikerer at det var et individuelt ansvar å sørge for egen ivaretagelse, i tillegg til at kollegaene var flinke til å ivareta hverandre.

Individuell og variabel støtte

Flere informanter sa at de følte seg godt ivaretatt på jobb, men det kom fram at det er noe de måtte ta ansvar for selv «*... jeg har ikke opplevd at en personlig blir ivaretatt uten at en gir uttrykk for at en har behov for det*». Flere beskrev at det var et individuelt ansvar å sørge for at en ble ivaretatt i etterkant av hendelse, og at det også var opp til hver enkelt å eventuelt

etterspørre en debrifing i etterkant av en utfordrende og kritisk hendelse. Noen av informantene ga uttrykk for at det var greit at de må etterspørre ivaretakelse selv. Samtidig ble det rapportert fra flere at det var utfordrende når ansvar ble lagt på hver enkelt, og det kunne være vanskelig for nyansatte å ikke tørre å etterspørre hjelp: *«Dersom du ikke er typen som på en måte klargjør hva du føler, hva du har behov for, så tror jeg du kan bli gående med det alene og det kan vokse seg litt vanskelig».*

Alle informantene uttrykte at de hadde lite erfaring med debrifing, og de fleste hadde kun deltatt noen få ganger på debrifing i sin karriere som operasjonssykepleiere. Selv om informantene sjelden hadde deltatt på debrifing, var det flere som rapporterte at det var rutine for debrifing i avdelingen. Det ble fortalt at det må skje en alvorlig hendelse hvor pasienten døde på bordet for at debrifing skal iverksettes. En informant fortalte om en utfordrende og kritisk hendelse hvor hen var involvert i et hastekeisersnitt der babyen døde. Det ble ikke gjennomført debrifing eller noe annet form for ivaretakelse, og det opplevdes utfordrende å bli gående med opplevelsen alene. Det ble sagt av flere informanter at dersom det oppstod en kritisk hendelse, hvor de allikevel klarte å redde pasienten, så var det ikke naturlig å debrife etterpå. Videre sa de at det ikke var naturlig å debrife etter en positiv hendelse hvor flyten i arbeidet har vært god: *«Det er rutiner for debrifing, men ofte helst om det er dødsfall eller om det skjer noe dramatisk, jeg kommer liksom ikke på at man skulle ha debrifing i forhold til noe positivt».*

Informantene fortalte at de av og til hadde debrifing med det kirurgiske teamet, og dette var noe de kunne ønske det var mer av. Det var ofte anestesilege eller en av lederne ved operasjonsavdelingen som tok ansvar for å organisere debrifing. Noen fortalte at de blir kalt inn til debrifing i akuttmottak dersom operasjonssykepleierne har vært med på en hendelse der. Flere satt med en følelse av at de ofte ble glemt når det debrifing ble organisert, og de trodde grunnen til dette var at de som kaller inn ikke hadde sjekket at alle involverte var blitt invitert med. Funn viser at rutiner og retningslinjer for debrifing var et savn: *«Da var det liksom ikke noe sånn, var ikke noe debrifing etterpå. Og det savnet jeg veldig».*

Selv om det kommer fram at det skal en del til før debrifing organiseres, var det flere informanter som rapporterte at de ofte hadde tatt ansvar for egen ivaretakelse ved at de snakket sammen med den eller de operasjonssykepleierne som var med på hendelsen. Videre ga de uttrykk for at denne uformelle samtalen med kollegaer opplevdes som nyttig, da de fikk gått gjennom hendelsen og luftet sine tanker. Det var denne formen for ivaretakelse som ble

mest brukt. Men, informantene fortalte at de følte mye av ansvaret for ivaretagelse var deres eget ansvar å ta initiativ til: *«Sånn i forhold til hvordan du blir ivaretatt. Jo, veldig mye ordner vi opp i selv. Veldig mye!»*.

Et variabelt system for kollegastøtte ble beskrevet av flere av informantene, men det var få som rapporterte at de hadde benyttet seg av tilbudet. Videre var det flere som fortalte at den som hadde ansvar på vakt, hadde et skjema hvor det skal skrives opp om det har vært hendelser der de har hatt behov for, eller kan få behov i framtiden for å benytte seg av kollegastøtte. Informantene var dog litt usikre på hvordan dette faktisk fungerte i praksis og om det eventuelt var noe de måtte etterspørre selv: *«Det blir kollegastøtte, altså, man går igjennom det skjema etter hver vakt, «er det behov for kollegastøtte» mener jeg det står. Eller står det debriefing? Det husker jeg ikke helt, men det blir jo ikke lest opp av heller og jeg vet ikke om folk spør etter heller?»*.

Kollegial ivaretagelse med og av hverandre

Informantene opplevde at ivaretagelsen etter utfordrende og kritiske hendelser fant de hos andre kollegaer, og at de brukte hverandre mye for å dekke dette behovet.

Operasjonssykepleiere jobber oftest sammen to og to og det var naturlig å bruke hverandre for å snakke ut om situasjonen, var det flere som påpekte. Det var mye dialog i gangene og ofte fikk de snakket ut om hendelser når de utførte andre arbeidsoppgaver, som å finne fram utstyr og under kirurgisk vask. Informantene gav uttrykk for at de opplevde det som den beste støtten å ta kjappe debriefinger med hverandre underveis i arbeidshverdagen, og det var lav terskel for å snakke med kollegaer om utfordrende hendelser: *«Ellers så føler jeg som sagt ting som skjer her oppe at vi er flinke til å passe på hverandre og høre hvordan det har gått og hvordan det går. Jeg føler vi blir godt ivaretatt av kollegaer»*. De opplevde imøtekommenhet og forståelse hos de andre kollegaene når de hadde behov for å ta opp hendelser de gikk og tenkte på. De fortalte at en forutsetning for å snakke sammen med kollegaer var at en er trygg på vedkommende. Informantene sa de var redde at det de fortalte skulle oppfattes som sladder, og at dette var en barriere for å ikke ta opp ting på vaktrommet eller pauserommet der det er flere til stede. Operasjonssykepleierne fortalte at de noen ganger pratet med andre i det kirurgiske teamet, som anestesisykepleier eller kirurg og at det var god dialog på tvers av profesjonene.

5.2 Systemer for oppfølging og læring etter kritiske hendelser

Alle informantene uttrykte et behov for ivaretagelse og oppfølging etter utfordrende og kritiske hendelser. Om denne ivaretagelsen var mest for å få luftet ut, snakke om hendelsen i en strukturert samtale, eller se på læring og forbedring til neste lignende hendelse, var det delte synspunkter på.

5.2.1 Rutiner og retningslinjer etter utfordrende og kritiske hendelser

Informantene ønsket oppfølging eller i alle fall tilbud om oppfølging etter hendelser, spesielt de som var veldig traumatiske. Resultatene viser at informantene hadde behov for mer struktur og retningslinjer for ivaretagelse, men også at den kollegiale støtten spilte en viktig rolle. Det var flere informanter som bidro med mulige forslag til forbedringer og endringer de kunne tenke seg å etablere på arbeidsplassen for å bedre kunne håndtere og bearbeide utfordrende og kritiske hendelser.

Behov for ivaretagelse

Informantene antydte flere ganger at behovet de hadde for ivaretagelse etter en utfordrende og kritisk hendelse avhengte av personlighet og tidligere yrkeserfaring. Samtidig fortalte informantene at de ønsket ivaretagelse etter større kritiske hendelser der arbeidsflyten var dårlig, og at det var spesielt viktig med ivaretagelse dersom det hadde skjedd noe med pasienten. Operasjonssykepleierne ønsket å bli tilbudt ivaretagelse i etterkant av en hendelse, fordi de i ettertid kunne oppleve tanker og problemer med den. Derfor trakk noen av dem fram at det var godt med oppfølging også noen dager etter hendelsen. Det ble poengtert at behovet for å bli ivaretatt var større om du var nyutdannet. Flere sa likevel at ivaretagelse var

viktig, og selv om de ikke kjente behovet selv, kan det være at kollega gjør det. Mange av informantene fortalte at debriefing etter hendelser føltes riktig.

En annen faktor som ble trukket fram av flere informanter var følelsen av egen arbeidsprestasjon, og om de satt igjen med en følelse av å ha gjort en god jobb eller en følelse av å ha gjort en dårlig jobb. Flere sa at dette påvirket om og hvilket behov de hadde for ivaretagelse i etterkant: *«Hvis jeg vet at jeg har gjort mine ting rett, fulgt alle prosedyrer og forberedt meg på alt, ringt de rette plassene, så kjenner jeg at jeg går ut fra en sånn opprivende hendelse og klarer å nullstille meg».*

Ønsker struktur og organisering av oppfølging

Flere pekte på at det er en travel avdeling og at det måtte settes av tid og rom for ivaretagelse. Noen av informantene kunne tenke seg at operasjonsprogrammet ble stoppet om det var anledning, og at ivaretagelse av det involverte teamet ble prioritert. De sa at de skulle ønske debriefing ble prioritert å utføres nært opp til hendelsen, gjerne før de gikk hjem, da dette var mest hensiktsmessig, mente informantene. Dette ble begrunnet med at de ønsket å lette på frustrasjoner og få svar på eventuelle spørsmål før vaktslutt: *«Jeg har opplevd at den blir tatt umiddelbart etterpå, og det er kanskje mest effektivt også. For da får du en del, da er du sammen med de som har vært involvert og du får det liksom litt vekk.»*. De pekte også på at det da var lettere å samle hele det kirurgiske teamet. Noen andre av informantene sa at det hadde vært godt å hatt en pause og skiftet omgivelser før de gjennomførte en debriefing. Flere sa det at dette gjør at en kan ha fokus på debriefing og slippe å kjenne på travelheten og arbeidspresset i avdelingen.

Informantene poengterte at de ønsket at debriefing skal planlegges og tilrettelegges slik at det kirurgiske teamet i sin helhet kan samles. Om en er på jobb når debriefing gjennomføres sier de at de ønsket at det ble ryddet tid slik at de får mulighet til å delta. Viktigheten av at informasjon om tidspunkt for debriefing bør komme i så god tid som mulig, og at alle involverte blir invitert påpektes av flere. Videre ønsket de en som leder og styrer debriefingen.

Informantene anga at behovet for ivaretagelse var større når de hadde vært med på en kritisk hendelse hvor den ikke hadde gått etter planen, eller hvor det hadde vært dårlig flyt i arbeidet. Videre fortalte de at dersom det hadde vært en veldig kritisk hendelse, eller en hendelse med

pasientrelatert konsekvens, var det stort behov for ivaretagelse. De sa at de skulle ønske de ble tilbudt oppfølging i etterkant, da tanker og problemer knyttet til hendelsen kunne oppstå etter en tid. Operasjonssykepleierne ønsket å få tilbud om debriefing etter utfordrende og kritisk hendelser, og at debriefing opplevdes godt, selv om de hadde fått snakket sammen med kollegaer; *«Det optimale er vel en kombinasjon av kollegaer, for det tror jeg alle altså, det er veldig viktig tror jeg, og de som har vært opp i samme situasjon. Og slik som vi gjorde det der da, selv om det bare var oss på operasjon, så var vi mange og alle fikk på en måte komme med sitt. Jeg tror det er nyttig. Også at du kan ha en mer teknisk gjennomgang kanskje i forhold til hva som har skjedd helt konkret. Den kombinasjonen tror jeg er bra»*.

Det ble trukket fram flere punkter som informantene ønsket at debriefing skal inneholde. Blant annet ble det fremmet et ønske om at debriefing skal gi forklaring på hvorfor utfallet ble som det ble, slik at situasjonen blir mer forståelig. Flere uttrykte et ekstra behov for forklaring dersom hendelsen endte med pasientdød. Om debriefing blir gjort når obduksjonsrapport foreligger ga flere informanter uttrykk for at de ønsket svar fra den; *«Og derfor er det jo veldig bra med de offisielle debriefingene hvor alle er med, og du gjerne har en gjennomgang og kanskje obduksjonsrapporten er klar og du får en forklaring.»* Etter dramatiske ulykker var det et stort behov for å vite hvordan det gikk med pasienten etter operasjon. Dette ble oppgitt som et savn blant flere i avdelingen. Videre sa informantene at debriefingen bør være et forum der en kan snakke åpent og det er mulighet for å gi tilbakemeldinger til hverandre. Flere påpekte at fokuset ikke må være på skyldfordeling, men at en sammen som team ser hva som kunne blitt gjort annerledes eller hva kan vi lære: *«Og som jeg sa i sted at du føler du kan gjøre feil, men at vi ser på hva vi kan lære av det, og ikke sånn "du gjorde sånn og du gjorde sånn"»*.

Funn i studien tyder på at flere var usikre på hvilke rutiner og prosedyrer avdelingen hadde for ivaretagelse og debriefing i dag, og hvem sitt ansvar det var. Informantene var tydelige på at alle hadde et individuelt ansvar med å etterspørre f.eks. en debriefing, men at det også var et kollegialt ansvar å ivareta hverandre. Det ble poengtert at informantene mente at alle involverte burde møte opp om det ble organisert debriefing etter en utfordrende og kritisk hendelse. De understrekte at du vil miste essensielle synspunkter og opplevelser om én eller to unnlater å møte. Flere trakk også fram et ønske om at det var tydeligere retningslinjer for når en eventuelt kunne organisere en debriefing, og at det var tydelig hvem sitt ansvar det er å organisere. Flere uttrykte at det hadde vært nyttig om det kunne blitt gjennomført en kort debriefing på slutten av operasjonen som en del av «Avsluttende trygg kirurgi». Noen av

informantene mente også at «fredagsundervisning» som organiseres i avdelingen kunne blitt brukt til å ta opp en hendelse og diskutere den.

Informantene pekte på at ledelsen i avdelingen hadde et ansvar for hvordan ivaretagelse ble gjennomført, og de uttrykte et ønske om å bli fulgt opp og ivaretatt av nærmeste leder. Flere informanter sa at de opplevde at lederen deres hadde en «åpen dør», hvor de kunne komme inn om de hadde behov for å prate etter at det hadde vært en hendelse.

5.2.2 Struktur for læring og forbedring

Debrifing er et verktøy som kan dekke mange aspekter ved ivaretagelse, og informantene fortalte hva de tenkte om bruk av debrifing, og hva informantene ønsket skal komme ut av en utfordrende og kritisk hendelse. Forbedring av praksis stod sterkt, samt læring av hendelsene.

Læring av hendelser

Lærings- og forbedringsmomenter ble påpekt som viktig etter en utfordrende og kritisk hendelse, der de ønsket at læringspunkter trekkes ut av hendelsen slik at resten av avdelingen kan lære av den, og muligens endre prosedyrer i praksis til det bedre. Eller at de kan lære av hverandre ved å høre hvordan en operasjonssykepleier håndterte hendelsen og dermed være bedre rustet til en lignende hendelse selv. De fleste av informantene var opptatt av å forbedre praksis, og dermed øke kvaliteten på arbeidet. Nå opplevde informantene at læring etter hendelser ikke hadde noe system for videreføring. Samt trakk informantene fram at de kunne tenke seg mer simulering på kritiske og utfordrende situasjoner slik at de ble bedre rustet og trent til å stå i og håndtere situasjoner sammen.

Debrifing - et verktøy

Debrifing trekkes fram som et viktig verktøy for ivaretagelse. Flere av informantene sa at de syntes debrifing er godt, og at det alltid var nyttig å gå gjennom hendelsen. En av informantene sa følgende om debrifing: «*Det er jo det å gå gjennom hendelsesforløpet fra*

begynnelse til slutt da, få vite konkret hva som skjedde og om vi kunne gjort noe annerledes. Få fakta fram liksom. Og at de som har vært involvert kan få dele sine opplevelser og tanker om hendelsen».

Det å få snakke om hendelsen og det som har vært var en god måte for bearbeiding og at det kommer frem faktaopplysninger som er nyttige for å kunne legge hendelsen bak seg, samt at det kirurgiske teamet skal sitte igjen med samme opplevelse av hendelsen, er momenter som ble påpekt av flere. Det ble rapportert at det ville være mest nyttig og hensiktsmessig dersom alle involverte deltar på debriefing. Samtidig trakk de fram at debriefing ble gjort etter at det hadde skjedd en negativ hendelse, eller et negativt utfall etter en operasjon. Informantene fortalte også at gjennom debriefing lærte vedkommende hvordan en håndterte situasjonen og hva en konkret gjorde, og da kunne en få tilbakemelding av andre om hva som kan gjøres annerledes eller forbedres.

6.0 Diskusjon

I diskusjonen vil vi diskutere hovedfunnene i denne oppgaven på bakgrunn av tidligere forskningsresultater og litteratur som kan illustrere funnene. Gjennom diskusjonen søker vi etter å finne flere perspektiver og vinklinger på hvordan operasjonssykepleierne erfarte ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser.

6.1 Tilfeldig støtte og mangel på rutiner

Våre funn tyder på at de fleste informantene hadde deltatt på svært få debriefinger, og at det måtte ha vært alvorlige komplikasjoner for pasienten for at de etterspurte debriefing. Dette er i samsvar med Healy og Tyrell (2013) som rapporterer at en stor andel av leger og sykepleiere som arbeidet i et akuttinntak ikke hadde deltatt på, eller fått tilbud om debriefing (2013). Det var flere i studien som ikke var klare over at det var et tilbud om debriefing på deres arbeidsplass (2013). Dette samsvarer med funnene i denne oppgaven som også tyder på at det

var usikkerhet blant personalet om hvilke rutiner og retningslinjer avdelingen hadde for debrifing og ivaretagelse. Flere studier registrerte at det oftest ble gjort en debrifing dersom noe hadde gått galt under kirurgi, men et savn for operasjonsteamet var å få positive tilbakemeldinger på utført arbeid, og helsepersonell rapporterte at de ønsket konstruktive tilbakemeldinger etter kritiske hendelser (Ahmed et al., 2012; Kirkehei et al., 2012). Det var ingen i denne studien som hadde opplevd at det ble gjort en debrifing dersom utfallet av operasjonen gikk bra. Hensikten med debrifing er å forebygge framtidige lignende situasjoner, og om innholdet i debrifing kun sentrerer seg rundt negative situasjoner kan det bidra til å forsterke en negativ opplevelse av det å bruke debrifing (Ahmed et al., 2012; Papaspyros et al., 2010). Det vil sannsynligvis være effektivt å få positive tilbakemeldinger etter en krevende vakt, og det kan påvirke entusiasme og motivasjon for å debrife.

6.1.1 Uforutsigbar hverdag og organisatorisk utfordring

Operasjonssykepleierne rapporterte om en uforutsigbar og hektisk arbeidshverdag. Flere gav uttrykk for at de ofte tenkte gjennom og prøvde å være best mulig forberedt på det uforberedte. Forskningen underbygger dette og skriver blant annet at operasjonssykepleiere opplevde en travel hverdag med komplekse arbeidsoppgaver, hvor usikkerhet og uforutsigbarhet var en del av arbeidshverdagen deres (Rasmussen & Torjuul, 2012).

Operasjonssykepleieren har sammen med de andre medlemmene i det kirurgiske teamet, ansvar for å handle raskt og kompetent for å ivareta pasientens sikkerhet, også dersom utfordrende og kritiske hendelser oppstår (NSFLOS, 2015; Rasmussen & Torjuul, 2012).

Operasjonspasienten er i en risikotilstand og selv under et i utgangspunktet ukomplisert inngrep, kan situasjonen raskt endres og utfordrende og kritiske hendelser kan oppstå. Dette øker risikoen for at komplikasjoner og medisinske feil øker, noe som særlig gjelder akutte operasjoner ifølge Rasmussen og Torjuul (2012).

Operasjonssykepleierne i denne studien pekte på utfordringen med at det var et hektisk og stort arbeidspress i operasjonsavdelingen, og at det var vanskelig å finne tid til å debrifing. Operasjonsstuen er den plassen på sykehuset hvor det hyppigst rapporteres om avvik og feil, samt at alvorlige komplikasjoner forekommer i mellom 3-17 % av alle inngrep (Leonardsen, 2015; Rasmussen & Torjuul, 2012). Operasjonssykepleieren er dermed i en utsatt gruppe for å

oppleve utfordrende og kritiske hendelser, og ivaretagelse er viktig for å minske negativ innvirkning på tilværelsen (Eid & Johnsen, 2018). Flere nevnte turnus som en utfordring som hindret debrifing. Dersom en ikke fikk gjennomført debrifing etter endt kirurgi, kunne det være vanskelig å samle det kirurgiske teamet i sin helhet da alle hadde ulik turnus. De poengterte at kirurgen ofte forsvant raskt etter endt kirurgi, og at teamet i sin helhet da ikke møtes igjen før neste pasient lå på bordet. Det forrige inngrepet ble ikke snakket om, og fokuset var på neste pasient. Det er ikke vanskelig å forstå at det er mange utfordringer knyttet til det å gjennomføre debrifing. Leong et al. (2017) viser til funn i sin studie hvor operasjonsteamet ikke var fulltallige ved gjennomføring av debrifing, og dermed ble den ikke gjennomført på en strukturert måte, eller det ble hastet gjennom den. Det kan være utfordrende å samle det kirurgiske teamet, og finne ut hvor og når det best tenkelige tidspunktet for debrifing bør være, og forskning viser at det var behov og ønsker for standardiserte debrifinger på operasjonsavdelingen (Ahmed et al., 2012; Bethune et al., 2011). Informantene opplevde at det var tilfeldig om det ble gjennomført debrifing etter en hendelse, det avhengte av hvilke personer som var med på hendelsen og om disse personene så viktigheten av å gjøre en debrifing. Informantene etterlyste gode retningslinjer for debrifing, for hvordan og når det skal være, og usikkerhet på rutiner for debrifing på arbeidsplassen er noe også studier peker på som en utfordring (Healy & Tyrell, 2013).

6.1.2 Usystematisk støtte

Funn i studien peker på at flere av operasjonssykepleierne mente at personlighet og hvilken erfaring du har i yrket hadde innvirkning på hvilket behov du vil ha for ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser. Dette utsagnet kan forstås i sammenheng med stress- og mestringsmodellen til Lazarus og Folkmann (1984), der faktorer som tidligere erfaring og kunnskap spiller inn på hvordan mennesker mestrer forskjellige situasjoner (sitert i Kristoffersen, 2011). Hvilken erfaring en har fra tidligere kan være avgjørende for hvordan en operasjonssykepleier opplever en kritisk hendelse. Studier viser at situasjoner som i utgangspunktet ikke var bekymringsfulle for sykepleierne, kunne bli en kilde til bekymring etter hvert som en fikk lengre erfaring i yrket (Svensson & Fridlund, 2008). Healy og Tyrell (2013) skriver at sykepleiere med lang erfaring opplevde debrifing som mer viktig, enn sykepleiere med mindre erfaring og mener at én av grunnene til dette er at sykepleiere med

mindre erfaring har stått i færre utfordrende og kritiske hendelser, samt at det kan være en underliggende frykt for å bli oppfattet som svak om en etterspør debrifing. Helsepersonell generelt har en underliggende frykt for å bli klandret for, eller straffet for sine feil, og det hevdes at dette er én av hovedgrunnene til at det er lite rapportering av feil og avvik i helsevesenet (Gorini et al., 2012). Flere av informantene som ble intervjuet presiserte også at debrifing ikke skulle ha fokus på å fordele skyld, om dette kom av at de var redde for å bli klandret for feil eller på grunn av at de ikke ønsker et negativt fokus i debrifing er usikkert.

Flere av informantene mente det var et individuelt ansvar å etterspørre debrifing og ivaretagelse dersom en har behov for det. Med en slik kultur kan en risikere at noen går og tenker mye på en hendelse i ettertid, dersom det skal være opp til hver enkelt å etterspørre ivaretagelse. Tatt i betraktning det Lazarus og Folkman (1984) skriver om emosjonell orientert mestring vil denne type mestring over lengre tid være ineffektivt med hensyn til å dempe ubehagelige følelser (sitert i Kristoffersen, 2011). Healy og Tyrell (2013) påpeker viktigheten av å ivareta helsepersonell for å forebygge psykiske plager, i tillegg til at det bidrar til å øke pasientsikkerheten. Dersom en ikke tørr å komme med viktige innspill og uttrykke behov for ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser, kan det hindre at medarbeidere gis anledning til å utvikle evner for å sikre kvaliteten for pasientens beste (NSFLOS, 2015). Det er viktig å gi oppfølging etter en utfordrende og kritisk hendelse, hvorpå alle involverte skal få samme tilbud uavhengig av erfaring og personlige forutsetninger (Eid & Johnsen, 2018).

Alle operasjonssykepleierne som ble intervjuet sa de ofte tok kontakt med en kollega som de stolte på og snakket gjennom hendelsen. De opplevde at det var et individuelt ansvar å bli ivaretatt, og at det å prate sammen med kollega var en viktig faktor i ivaretagelse av seg selv. Det informantene beskrev vil ifølge Lazarus og Folkman (1984) gå under problemorientert mestring, som innebærer at operasjonssykepleierne bearbeider hendelsen følelsesmessig, dette er ansett som en effektiv mestringsmetode (sitert i Kristoffersen, 2011). Disse samtalene kan foregå med to eller flere deltakere og vil gi rom for å lufte ut tanker, men vil som regel ikke kunne gi svar på hvorfor utfallet ble som det ble (Dyregrov, 2002). Studier beskriver at kollegialt samarbeid er ansett som en viktig form for ivaretagelse (Halpern et al., 2009; Svensson & Fridlund, 2008). Informantene trakk fram fordelene med at de jobbet to og to sammen, og at en da hadde en naturlig støttespiller i den kollegaen som hadde opplevd samme situasjon, men utfordringen med å kun ha denne formen for ivaretagelse på en arbeidsplass er

at en risikerer at det er noen som ikke har noen de føler de kan åpne seg opp til. Videre kom det fram at det utvikler seg en trygghet og fortrolighet mellom operasjonssykepleierne når de jobbet tett sammen, noe som ifølge Svensson og Fridlund (2008) er en forutsetning for å oppnå støtte mellom kollegaer etter utfordrende og kritiske hendelser. Informantene opplevde en åpenhet og imøtekommenhet fra de andre operasjonssykepleierkollegaene, og dette var en viktig forutsetning for dem når de brukte hverandre for ivaretagelse. Eid og Johnsen (2018) skriver at avdelingen er en viktig kilde for støtte, hvor blant annet graden av samhold reflekterer de ansattes mulighet til å forvente støtte fra kollegaer. Leonardsen (2015) trekker fram hierarkiet som eksisterer på operasjonsstuen, hvor kirurgen ofte er øverst i pyramidene. Operasjonssykepleierne i studien opplevde lite kommunikasjon og respekt særlig fra kirurgen når de arbeidet i team (2015). Dette kan være én av grunnene til at operasjonssykepleierne valgte å bruke hverandre når de hadde behov for å snakke ut om en hendelse. Informantene fortalte at de fant tid til å snakke om hendelser samtidig som de utførte andre arbeidsoppgaver som å finne fram utstyr eller vaske seg inn til operasjon. Debrifing skal være et verktøy som også skal bidra til å jevne ut hierarkiet og være et felles møtepunkt hvor alle føler seg likestilt (Bethune et al., 2011; Cabral et al., 2016).

Noen av informantene opplevde det som utfordrende å finne en plass å snakke ut om hendelser. De opplevde at det ikke fantes et godt forum for dette, og ønsket ikke nødvendigvis å ta det på vaktrommet da de var redde for det skulle oppfattes som sladder eller fordi det var vanskelig å dele hendelsen med alle. Kirkehei et al. (2012) trekker fram at helsepersonell som har opplevd traumatiske hendelser og som ikke får ivaretagelse og hjelp til bearbeiding av hendelsen kan utvikle angst, depresjon og PTSD. Det eneste konkrete tiltaket for ivaretagelse på operasjonsavdelingen, som alle informantene visste om og som det opplevdes at det var rutine for, var kollegastøtte, selv om det var veldig få som fortalte at de hadde benyttet seg av tilbudet. Kollegastøtte kan yte en verdifull innsats i å redusere negative effekter etter kritiske hendelser da den skal bistå raskt etter hendelsen og hindre isolasjonstendenser hos personalet (Stuvland, u.å.). Kollegastøtte kan dermed være et godt tiltak for å ivareta operasjonssykepleierne etter kritiske hendelser, men den forutsetning at det blir brukt.

Det er vanskelig å finne et konkret svar på hva som er riktig ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser, men viktigheten av å snakke om hendelsen poengteres (Dyregrov, 2002; Eid & Johnsen, 2018; Kirkehei et al., 2012). Ledere har en viktig rolle i å reagere på alvorlige kliniske hendelser, og på kort sikt må ledere håndtere kriser og begrense skadevirkninger, samtidig som de har ansvar for personalet slik at de ikke blir gående å gruble over hendelsen

alene (Conway et al., 2014). Omsorg for medarbeidere etter en hendelse er en kollektiv prosess – for det er i miljøet som oppstår dem imellom at støtte, innsikt og vekst oppstår. Lederens jobb er å skape og opprettholde et slikt miljø, hevder Conway et al. (2014). White et al. (2008) skriver også at innflytelsesrike ledere som har godt samarbeid med helsepersonell er viktige ressurser for gode systemer for ivaretagelse. Helseforetaket vil bli det «tredje offeret» om ansatte føler de blir forsømt etter utfordrende og kritiske hendelser hevder White et al. (2008), og peker på at ivaretagelse av helsepersonell er viktig både for den enkelte det gjelder, men også for pasientsikkerheten (2008).

6.2 Systemer for oppfølging og læring etter kritiske hendelser

I funnene kom det fram at operasjonssykepleierne ønsket å snakke om hendelsen i etterkant og særlig ta læring fra det som skjedde. Piquette et al. (2009) skriver i sin studie at sykepleierne hadde større behov for debriefing i etterkant av en hendelse sammenlignet med leger. Sykepleierne ønsket blant annet å bedre forstå hva som hadde skjedd (2009). Studien viste også at de forskjellige aktørene som var med på hendelsen hadde en tendens til å forsvinne etter hvert som behovet for dem ble overflødig, og at det var vanskelig å samle teamet til en debriefing fordi deltakerne hadde begynt på nye oppgaver (2009). Dette er noe som vi også fant i vår studie, hvor informantene fortalte at særlig kirurgene raskt forsvant til andre gjøremål når de var ferdige med sine arbeidsoppgaver. Det ble et hinder for å kunne få snakket med hele teamet og få en felles situasjonsforståelse for det som hadde skjedd. Bethune et al. (2011) viser til et funn i sin forskning der det var utfordrende å samle det kirurgiske teamet (2011). De fleste informantene trakk også fram at det å få snakket med hele teamet i etterkant av hendelsen opplevdes veldig godt, og der hvor de hadde hatt en uformell samtale i teamet om hendelsen så var ikke behovet for en strukturert debriefing nødvendigvis så stor. Leong et al. (2017) har også lignende funn som viser at dersom teamet ikke var fulltallig ved debriefing, ble det heller ikke gjennomført på en strukturert måte, men heller hastet gjennom (2017).

6.2.1 Rutiner og retningslinjer etter utfordrende og kritiske hendelser

Funn viser at debriefing erfaringsmessig ble brukt når det hadde skjedd veldig alvorlige hendelser, og gjerne pasientdød. Informantene gav uttrykk for at behovet for ivaretagelse var større når alvorlighetsgraden øktes. Dette samsvarer med funn som Ahmed et al. (2012) har, hvor debriefing oftest ble utført etter at noe hadde gått galt (2012). Flere av medlemmene i operasjonsteamet ønsket også positive tilbakemeldinger på utført arbeid. Helsepersonell ønsker konstruktive tilbakemeldinger etter hendelsen (Kirkehei et al., 2012). Healy og Tyrell (2013) skriver at det er viktig å ivareta helsepersonell for å unngå psykiske plager, i tillegg til at det bidrar til å øke pasientsikkerheten. Flere av informantene fortalte at de ønsket at de ble tilbudt oppfølging etter utfordrende og kritiske hendelser. De opplevde at en timeout med kollegaer var godt, noe også Halpern et al. (2009) beskriver. Det bør være en kombinasjon av både timeout og avlastningssamtale med kollegaer, i tillegg til strukturerte debriefinger, som kan gi dem flere svar og få en felles gjennomgang av hva som skjedde. De uttrykte et ønske om en mer detaljert gjennomgang av hendelsen med alle involverte når obduksjonsrapporten forelå.

Ifølge Eid og Johnsen (2018) er en av funksjonene til debriefing å klargjøre og oppklare misforståelser om hendelsen og eventuelle konsekvenser (2018). Dette etterlyste informantene og følte en mangel på i arbeidshverdagen. Eid og Johnsen (2018) skriver også at dersom en ikke tar seg god nok tid ved debriefing vil den kunne gi motsatt effekt, hvor en lytter for lite, og blir utydelig og de involverte vil kunne gå fra debriefingen uten å føle seg ivaretatt (2018).

Operasjonsavdelinger er en hektisk avdeling med kompliserte komponenter (Leonardsen, 2015). Dette var noe informantene anså som et hinder for å finne tid og rom for å bli ivaretatt, for det er ofte en ny pasient som venter. Informantene ønsket at ivaretagelse skulle vært mer prioritert, og at det burde vært tilrettelagt for en timeout. TALK-debriefing er utviklet for situasjoner der det er lite tid og er strukturert for å få gjort en gjennomgang og avtale eventuelt oppfølging i etterkant (talkdebrief, 2017). En slik metode kan tenkes å være fruktbar og prøvd ut i de situasjonene hvor tiden er knapp. Ahmed et al. (2012) skriver at det er forskjellige meninger om når det er optimalt å gjennomføre debriefing, enten med én gang etter endt kirurgi eller vente et par dager etter hendelsen. Studier mener det burde være kortest mulig tid mellom hendelsen og debriefing (Kessler et al., 2015; Salas et al., 2008). 2 av 12 informanter ønsket derimot en liten pause før de snakket om hendelsen, og flere av

informantene var enige i dette dersom det hadde vært veldig traumatiserende hendelse. Videre beskrev de at fordelene med en pause er at de slapp å kjenne på travelheten om å komme seg til neste arbeidsoppgave og heller ha fokus på debrifingen når de setter av tid til det. Ifølge Eid og Johnsen (2018) bør debrifing finne sted innen 48 timer etter hendelsen (2018). En fordel med å vente med debrifing er, ifølge Kessler et al. (2015), at deltakerne kan være mer følelsesmessig forberedt på å snakke om det (2015). Utfordringen om en utsetter debrifing til én dag eller to senere, er de forskjellige turnusene. Informantene fortalte at de hadde opplevd flere ganger at turnusen stod i veien for å kunne samle de aktuelle deltakerne igjen. Dette støttes opp av Kessler et al. (2015) som sier at de kan være utfordrende å samle alle deltakerne igjen dersom en venter noen dager med debrifing (2015).

Informantene opplevde at en av grunnene til at debrifing sjelden ble utført, var fordi ingen hadde det som sitt ansvarsområde. Et utfordringsmoment som fremheves av Eid og Johnsen (2018) er at den som skal lede debrifingen er ukomfortabel og redd for å gjøre feil. Det kan føre til at følelsen av å bli ivaretatt bortfaller (2018). Debrifing bør ledes av en uavhengig part som har erfaring og kunnskap om debrifing, og som har trening i å gjenkjenne symptomer på stress (Dyregrov, 2002; Healy & Tyrell, 2013; Kessler et al., 2015). Ved å bruke en uavhengig part vil hen ikke ha noen forutsetning for å kunne styre eller påvirke diskusjonen (Kessler et al., 2015). Salas et al. (2008) mener at sykehuset burde utdanne teamledere for debrifing (2008). Eid og Johnsen (2018) skriver at noen kan oppleve det ubehagelig å delta på debrifing (2018), dette kommer ikke fram i vår studie, men det er mulig at de gjør det selv om det ikke kommer fram under intervjuene, og en kan stille spørsmål ved om dette er noe av grunnen til at operasjonssykepleierne også sjelden etterspør om det skal være debrifing etter hendelser.

Flere av informantene anga at det kan være nyttig å gjennomføre en debrifing som en del av avslutningen på «Trygg kirurgi». Cabral et al. (2016) har gjort en studie hvor det ble observert at debrifing ble gjennomført i kombinasjon med avsluttende del av «Trygg kirurgi» før pasienten forlot operasjonsstuen (2016). Også Bethune et al. (2011) påpeker at debrifing på operasjonsstuen var det minst utfordrende å gjennomføre. Her kan det være mulighet og tid for det kirurgiske teamet til å gi hverandre tilbakemeldinger på arbeidet, og etterspørre hva som gikk bra og hva som kunne gått bedre (2011). Et viktig moment å ta hensyn til her er at i praksis vil det si at debrifing gjennomføres mens pasienten fortsatt ligger på bordet, og avhengig av om pasienten er i narkose eller ikke, kan det skape et dilemma. På den ene siden kan en konstruktiv debrifing gjennomføres i sammenheng med avsluttende del av «Trygg

kirurgi», men dersom pasienten er våken vil det være mulighet for at visse spørsmål og utfordringer fra kirurgien kan være problematisk og ta opp. En slik situasjon kan komme i konflikt med at våre handlinger skal være preget av etiske prinsipper, omsorg og respekt for pasienten (NSFLOS, 2015).

Funn fra studien viste at informantene syntes alle burde ha plikt til å møte på debriefing dersom det ble organisert, da de mente at en mister essensiell informasjon og synspunkter om noen ikke møter. Kessler et al. (2015) skriver at en fordel med teamdebriefing er at en får fram den kollektive hukommelsen fra hendelsen, men det krevde også at alle involverte deltok (2015). Sett i lys av at både Svensson og Fridlund (2008) og Halpern et al. (2009) presenteres støtte av kollega som et viktig moment for god ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser, da kan en tenke seg at det er viktig at alle føler et ansvar for kollegaene sine og blir med på debriefing (2008; 2009). Videre pekes det på fordeler med å utarbeide prosedyrer for kollegastøtte, noe som kan forbedre samholdet i avdelingen og stimulere til god støtte blant kollegaene, hvor målet er å minske negative effekter etter utfordrende og kritiske hendelser (Stuvland, u.å.).

6.2.2 Struktur for læring og forbedring

Flere av informantene fra studien trakk fram at de anså læring som et viktig moment ved debriefing. Det opplevdes mer nyttig å gjøre debriefing om det førte til noe avdelingen kunne lære eller forbedre i etterkant. Debriefing løftes fram som et tiltak for å forbedre pasientsikkerhet gjennom læring og forebygging av uønskede hendelser (Ahmed et al., 2012; Bethune et al., 2011). Pasientsikkerhet er knyttet til kvalitet, og kvalitet innebærer at det for pasienten skal være virkningsfullt, trygt og sikkert (Aase, 2018). Murphy (2015) skriver at uønskede hendelser oftest er relatert til menneskelig svikt framfor teknisk svikt. Debriefing kan være et godt tiltak som øker pasientsikkerheten gjennom å forebygge uønskede hendelser og øke kunnskapen til de ansatte (2015). Flere studier tyder på at implementering av debriefing har gitt forbedret teamsamarbeid, kommunikasjon og økt sikkerhetskultur (Cabral et al., 2016; Leong et al., 2017; Papaspyros et al., 2010). Patient Safety Network (2019) hevder at debriefing er en viktig strategi for læring av feil og mangler, og for å forbedre praksis (2019). Salas et al. (2008) mener at debriefing er viktig for livslang kontinuerlig læring gjennom den

profesjonelle karrieren og kan brukes til å identifisere både feil og suksess (2016). Alle hendelser kan debrifes, men det bør oppleves å være relevant for personalet (Kessler et al., 2015). Situasjoner som tenkes å være relevante å lære fra er uønskede hendelser og nesten-hendelser, disse kan forebygges ved å definere risikoforhold i de forskjellige arbeidsoppgavene (Aase & Wiig, 2018).

Informantene kunne tenke seg at det ble trukket ut læringsmomenter fra debrifingen som deles med resten av avdelingen. På den måten kan de lære av hendelsene selv om de ikke var deltagende og dermed føle seg bedre forberedt om de skulle havne i en lignende situasjon. På tross av at læringspunkt ble funnet under debrifing, fant Leong et al. (2017) i sine funn at læringspunktene ikke ble fulgt opp. TALK debrief (Talkdebrief, 2017) er et verktøy utviklet for at helsepersonell skal kunne lære av hendelsen, og siste punkt i debrifing gjelder hvem som skal følge opp det som kom fram i debrifingen (2017). Ved å bli enige om hvem som skal følge opp læringsmomenter og mulige endringer, kan det tenkes at det vil gi bedre resultater og at det faktisk blir gjennomført, til forskjell fra studien til Leong et al. (2017) der opplevelsen var dårlig (2017). Kessler et al. (2015) skriver at konklusjonene fra debrifingen med fordel kan knyttes opp til kvalitetsforbedringsgrupper på sykehuset og dermed ivareta pasientsikkerheten. Aase og Wiig (2018) skriver at fokuset på læring bør ligge på underliggende faktorer på team- eller ledelsesnivå, og ikke på hva det enkelte individ kan lære av hendelsen (2018). Med det grunnlaget ville det være en fordel å dele læringspunkter med resten av avdelingen, og se hvilke endringer som kan gjøres for å øke kvaliteten og sikkerheten i praksis slik som informantene fortalte at de ønsket. Patient Safety Network (2019) hevder at debrifing er en viktig strategi for læring og for å forbedre praksis. Med det tatt i betraktning så vil pasientsikkerheten øke uavhengig av hvilken type debrifing som innføres.

Det trekkes fram av flere av informantene at debrifing oppleves som et godt verktøy for ivaretagelse, og at det gir dem en fin mulighet til å trekke fram læringspunkter og luften ut tanker etter en utfordrende og kritisk hendelse. Debrifing er et verktøy som kan gi mulighet til å sette ord på ulike sider av en opplevelse, og samtidig høre andres synspunkter om hendelsen (Dyregrov, 2002). Dette gjenspeiles i informantenes tanker og ønsker for ivaretagelse. Det finnes også forskning som skriver at debrifing ikke er så heldig, at det faktisk gjør opplevelsen mer traumatisk for de involverte. Dette blir tilbakevist av blant annet Yule et al. (2015) og Dyregrov (2002), som skriver at disse studiene har kliniske og metodiske svakheter hvor debrifing ikke er anvendt riktig med tanke på tidspunkt, tidsbruk, dårlig ledelse og der

hvor det ikke er vært anvendt på helsepersonell (2002; 2015). Derfor tenker vi at debriefing kan være en god metode for ivaretagelse på operasjonsavdelingen. Dyregrov (2002) skriver også at for å benytte debriefing på en mest hensiktsmessig måte er det lurt å avvente debriefing ett par dager, slik at deltakerne har fått hendelsen litt på avstand først. Han poengterer også at det må settes av god tid til gjennomføring av debriefing (2002). Dette kan være en utfordring i en dynamisk og travel avdeling hvor det er utfordrende og forutse hvordan dagen blir, samt at de ansatte går i turnus.

Et alternativ for ivaretagelse kan være en kortversjon av debriefing, som TALK eller SHARP som er en effektiv klinisk debriefing hvor de involverte får gått igjennom hendelsen (Imperial College London, u.å ; talkdebrief, 2017). Dette verktøyet kan benyttes rett etter hendelsen, og kan være et godt hjelpemiddel for helsepersonell. I begge de overnevnte modellene er det fokus på hva en kan lære av en hendelse, og de kan brukes i situasjoner som både har gått bra og dårlig (u.å; 2017). Det må også vurderes om det er behov for tiltak for ivaretagelse av de involverte rett etter hendelsen, slik at de ansatte ikke går hjem med vonde tanker som de ikke får utspill for.

Tar vi fokuset for læringspunkter litt bort fra de ulike tiltakene for ivaretagelse rett etter hendelsen, så er det mulig at en defusing egner seg best å anvende da det beskrives som et tiltak for å redusere følelsesmessig kaos og emosjonell uro (Dyregrov, 2002). På den måten reduseres risikoen for at noen av de involverte går hjem med tanker de trenger å snakke om, slik at tiden fram til den organiserte debriefingen kanskje ikke blir like tung.

7.0 Konklusjon

Oppgavens hovedfokus har vært på operasjonssykepleieres erfaringer, behov og ønsker i forhold til ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser. Funn fra studien viser at ivaretagelse var noe operasjonssykepleierne opplevde som veldig tilfeldig, individuelt og behovsstyrt. Den uformelle ivaretagelsen operasjonssykepleierne opplevde sammen med kollegaer virker å være noe som ble høyt verdsatt og som de opplevde som viktig.

Videre viser studien til at operasjonssykepleierne ønsket mer strukturerte retningslinjer for ivaretagelse og at det var ønskelig at tilbudet om ivaretagelse skulle være likt for alle, og at det rutinemessig tilbys debriefing etter utfordrende og kritiske hendelser. Det ble pekt på et ønske om at noen var ansvarlig for å ta initiativ til og organisere debriefing.

Operasjonsavdelingen er en dynamisk og hektisk avdeling, hvor det kan være utfordrende å sette av tid til ivaretagelse. Tidligere forskning viser at debriefing er en effektiv form for ivaretagelse som dekker flere behov, og hvor en også kan trekke ut læringsmomenter. Operasjonssykepleierne ønsket et sted der de kunne luften ut frustrasjon og tanker etter utfordrende og kritiske hendelser, og at det ble satt fokus på læringsmomenter fra hendelsen som hele avdelingen kunne lære av.

Operasjonssykepleierne poengterte at debriefing umiddelbart etter kirurgi kunne være en effektiv og god arena til å ta opp utfordringer som har oppstått underveis i operasjonen. Det eksisterer flere ulike framgangsmåter å gjennomføre debriefing på, en kortversjon av debriefing som for eksempel TALK debriefingsverktøy eller SHARP kan være verktøy som kan være nyttige og effektive i avdelingen, og som kan benyttes etter hver operasjon. Da bestemmer teamet seg for hva de ønsker å ta opp, ser på forbedringspotensialer og læringsmomenter og avslutningsvis får en i teamet ansvar for eventuelt å ta videre læringsmomenter. Å benytte en slik form for debriefing etter hver operasjon vil også kunne gjøre operasjonssykepleiere mer fortrolige med å bruke debriefing i hverdagen, og en vil også unngå problemet med at noen av deltakerne ikke er på vakt. Operasjonssykepleierne kan oppfordre til ivaretagelse av kollegaer ved å spørre øvrige teammedlemmer hvordan ting har gått og hva som har gått bra, og på den måten bidra til en åpenhetskultur. Operasjonssykepleierne kan også oppfordre til å gi tilbakemeldinger til hverandre, og opplyse kollegaer og andre teammedlemmer om debriefingens fordeler.

Det trekkes frem at ledelsen i avdelingen hadde en sentral rolle når det gjaldt ivaretagelse. De fleste opplevde at de kunne snakke med leder etter utfordrende og kritiske hendelser. Det er viktig at ledelsen tilrettelegger for og erkjenner viktigheten av å ivareta personalet etter utfordrende og kritiske hendelser, og at det kontinuerlig arbeides for en kultur i avdelingen som verdsetter og prioriterer ivaretagelse av personalet. Debriefing har vist seg å ha en positiv effekt både på sikkerhetskultur, kommunikasjon og teamarbeid.

Videre anbefalinger

Oppgaven har ikke tatt hensyn til andre deltakere i det kirurgiske teamet, og det er en mulighet for at resultatet ville blitt annerledes om vi hadde inkludert dem i studien.

Kunnskapen som er kommet fram i studien vil likevel være relevant for de andre deltakerne i det kirurgiske teamet. For implementering i praksis vil det helt klart være nyttig å innføre en metode som ivaretar operasjonssykepleierne og resten av det kirurgiske teamet, både for å ivareta personalet, men også for å forbedre praksis gjennom læring og dermed øke pasientsikkerheten. Ved å se på uønskede hendelser som en mulighet for forebygging og læring, kan det bidra til økt pasientsikkerhet.

Avslutningsvis ser vi at det er behov for mer forskning på ivaretagelse av operasjonssykepleiere og generelt av det kirurgiske teamet. Det bør også settes søkelys på tydelige rutiner og retningslinjer for ivaretagelse av operasjonssykepleiere. Det ville vært interessant og gjort studier på operasjonssykepleiernes erfaring med ivaretagelse etter at det er innført nye verktøy og retningslinjer for debrifing. Fokuset må settes på hvilken form for ivaretagelse som er mest hensiktsmessig for avdelingen og hvor en både fremmer ivaretagelse og læring, der totalsummen blir økt pasientsikkerhet.

Referanseliste:

- Aase, K. (Red.). (2018). *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Aase, K. & Wiig, S. (2018). Læring og uønskede hendelser. I K. Aase (red.), *Pasientsikkerhet: teori og praksis* (3. utg., s. 101-115). Oslo: Universitetsforlag.
- Adriaenssens, J., de Gucht, V., & Maes, S. (2012). The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1411-1422. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.07.003
- Ahmed, M., Sevdalis, N., Paige, J., Paragi-Gururaja, R., Nestel, D., & Arora, S. (2012). Identifying best practice guidelines for debriefing in surgery: a tri-continental study. *The American Journal of Surgery*, 203(4), 523-529. Doi: 10.1016/j.amjsurg.2011.09.024
- Aspelund, C. (15.08.2019). Dette er TALK debrief. Hentet 07.05.20 fra: <https://helsestavanger.no/om-oss/nyheter/dette-er-talk-debrief>
- Bethune, R., Sasirekha, G., Sahu, A., Cawthorn, S. & Pullyblank, A. (2011). Use of briefing and debriefings as a tool in improving team work, efficiency, and communication in the operating theatre. *BMJ journals*, 87(1027), 331-334. Doi: 10.1136/pgmj.2009.095802
- Cabral, R. A., Eggenberger, T., Keller, K., Gallison, B. S. & Newman, D. (2016). Use of a surgical safety checklist to improve team communication. *AORN journal*, 104(3), 206-216. Doi: 10.1016/j.aorn.2016.06.019
- Conway, J., Frederico, F., Stewart, K., Campbell, M., Krogstad, U., Stevens, D. & Lindahl, A. K. (2014, november). God håndtering av alvorlige, uønskede hendelser i helsetjenesten. Hentet 13.03.20 fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2014/god-handtering-av-alvorlige-uonskede-hendelser-i-helsetjenesten.pdf>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, 15. januar). Kvalitative og kvantitative forskningsmetoder – likheter og forskjeller. Hentet 30.09.19 fra:

<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/1-Kvalitative-og-kvantitative-forskningsmetoder--likheter-og-forskjeller/>

- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10. oktober). Helsinkideklarasjonen. Hentet 17.02.20 fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2015, 12.august). Konfidensialitet. Hentet 21. februar 2020 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Konfidensialitet/>
- Det Norske Akademis ordbok. (u.å.). Ivareta. Hentet 28.05.20 fra: <https://naob.no/ordbok/ivareta>
- Dyregrov, A. (2002). *Psykologisk debriefing: hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dyregrov, A. (2018). *Katastrofepsykologi* (3. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Eid, J. & Johnsen, B. H. (2018). *Operativ Psykologi* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Eide, P.H. & Dåvøy, G. (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I I. Hansen (red.), *Operasjons-sykepleie* (2. utg. s. 28-80). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ettung, G. (2014, 02.juli). Kollegastøtte. Hentet 30.04.20 fra: <https://www.arbeidsmiljo.no/kollega%C2%ADstotte/>
- Gadamer H-G. (2004) *Truth and method* (2nd rev. ed.). London: Continuum.
- Gjevjon, E. R. (2019, 31. oktober). Tema, problemstilling, hensikt, forskningsspørsmål, hypotese og mål - hva er hva? Hentet 08.05.10 fra: <https://sykepleien.no/forskning/2019/10/tema-problemstilling-hensikt-forskningssporsmal-hypotese-og-mal-hva-er-hva>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, prosedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(02), 105-112. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

- Graneheim, U. H., Lindgren, B.-M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. Doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002
- Gorini, A., Miglioretti, M. & Pravettoni, G. (2012). A new perspective on blame culture: an experimental study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(3), 671-675. doi:10.1111/j.1365-2753.2012.01831
- Haugen, A. S. & Storm, M. (2018). Sikkerhetskultur i sykehus. I K. Aase (red.), *Pasientsikkerhet teori og praksis* (vol 3, s. 79-88). Oslo: Universitetsforlaget
- Haely, S. & Tyrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency Nurse*, 20 (10), 32-37.
- Halpern, J., Gurevich, M., Schwartz, B. & Brazeau, P. (2009). What makes an incident critical for ambulance workers? Emotional outcomes and implications for intervention. *Work & Stress*, 23(2), 173-189. DOI: 10.1080/02678370903057317
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). Sjekkliste. Hentet 14.04.20 fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>
- Imperial College London. (u.å). The London handbook for Debriefing. Hentet 01.10.19 fra: https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/surgery-cancer/pstrc/lw2222ic_debrief_book_a5.pdf
- Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698. Doi: 10.1016/j.annemergmed.2014.10.019
- Kirkehei, I., Lindahl, A. K. & Tinnå, M. (2012, juni). *Helsepersonell som har vært involvert i uønskede hendelser*. Hentet 03.03.20 fra: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2012/notat_2012_helsepersonell-som-har-vart-involvert-i-uonskede-hendelser.pdf
- Kristoffersen, N. J. (2011) Stress og mestring. I E.-A. Skaug (red.), *Grunnleggende Sykepleie 3*, (s. 133-196). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Lazarus, R. S & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leong, K. B. M. S. L., Hanskamp-Sebregts, M., Van Der Wal, R. A. & Wolff, A. P. (2017). Effects of perioperative briefing and debriefing on patient safety: a prospective intervention study. *BMJ Open*, 7(12). Doi:10.1136/bmjopen-2017-018367
- Leonardsen, A. C. L. (2013, 25.11). Opplever samarbeidet forskjellig - deltakerne i operasjonsteamet opplever samarbeidet forskjellig. *Sykepleien 2013*, 101(13), 58-61. Doi: 10.4220/sykepleiens.2013.0125
- Leonardsen, A. C. L. (2015). Tverrfaglig samarbeid i operasjonsteamet. *Nordisk Sygeplejeforskning*, Nr.2. Hentet 30.09.19 fra: https://www.researchgate.net/profile/Ann_Chattrin_Leonardsen/publication/280879186_Tverrfaglig_samarbeid_i_operasjonsteamet/links/55c9ecd208aebc967dfb09b0.pdf
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. H. Nielsen (red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (3. utg. s. 187-201). Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forsknings-metoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Murphy, E. K. (2015). Patient safety and risk management. I J. C. Rothrock (red.), *Alexanders care of the patient in surgery* (15th ed., s. 16- 46). St. Louis, Missouri: Elsevier Mosby.
- Nasjonal Sikkerhetsmyndighet (2014,12. mai). Sikkerhetskultur. Hentet 19.03.20 fra: <https://www.nsm.stat.no/om-nsm/tjenester/sikkerhetsstyring/sikkerhetskultur/>
- NSFLOS. (2015). Operasjonssykepleierens ansvar og funksjonsbeskrivelse. Hentet 05. september. 2019 fra: [https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse /](https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/)

- O'Beirne M, Sterling P, Palacios-Derflingher L, Hohman S, Zwicker K. (2012). Emotional impact of patient safety incidents on family physicians and their office staff. *J Am Board Fam Med*, 25(2),177-83. Doi: 10.3122/jabfm.2012.02.110166
- Oksavik, W. S. (2018). Samarbeid i team. I I. Hansen (red.), *Operasjons-sykepleie*. (2. utg., s. 203-217). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Papaspyros, S. C., Javangula, K. C., Adluri, R. K. P. & O'Regan, D. J. (2010). Briefing and debriefing in the cardiac operating room. Analysis of impact on theatre team attitude and patient safety. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*, 10(1), 43-47. Doi: 10.1510/icvts.2009.217356
- Patient Safety Network (2019, september). Safety Culture. Fra: Agency for Healthcare Research and Quality – US Dept. of Health and Human Services. Hentet 28.01.20 fra: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/5/safety-culture>
- Patient Safety Network. (2019, september). Learning through Debriefing. Fra: Agency for Healthcare Research and Quality – US Dept. of Health and Human Services. Hentet 28.01.20 fra: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/36>
- Piquette, D., Reeves, S. & Leblanc, V. (2009). Interprofessional intensive care unit team interactions and medical crises: A qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), 273-285. Doi: 10.1080/13561820802697818
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Reseach Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rasmussen, G. & Torjuul, K. (2012). Å være forberedt på det uventede-operasjonssykepleieres ferdigheter i å håndtere uventede hendelser på operasjonsstua. *Vård i Norden*, 32(4), 39-43. DOI: 10.1177/010740831203200409
- Rasmussen, G., Wangen, M. G. & Torjuul, K. (2015). Ikke-tekniske ferdigheter i utøvelsen av operasjonssykepleie. *Nordisk sykeplejeforskning*, 2015(04), 397-410. ISSN: 1892-2678
- Salas, E., Klein, C., King, H., Salisbury, M., Augenstein, J. S., Birnbach, D. J., Robinson, D. W & Upshaw, C. (2008). Debriefing Medical Teams: 12 Evidence-Based Best

Practices and Tips. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(9), 518-527. Doi: 10.1016/S1553-7250(08)34066-5

- Stuvland, R. (u.å). Kollegastøtte. Hentet 19. Mars 2020 fra: <https://www.traumepsykologi.no/index.php/fagstoff/35-kollegastotte.html>
- Svensson, A. & Fridlund, B. (2008). Experiences of and actions towards worries among ambulance nurses in their professional life: A Critical Incident Study. *International Emergency Nursing*, 16(1), 35-42. Doi: 10.1016/j.ienj.2007.10.002
- Talkdebrief. (2017). About TALK. Hentet 24. April 2019 fra: <https://www.talkdebrief.org>
- Tannenbaum, S. I. & Cerasoli, C. P. (2013). Do Team and Individual Debriefs Enhance Performance? A Meta-Analysis; Human Factors. *The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 55(1), 231. Doi:10.1177/0018720812448394
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- White, A. A., Waterman, A., McCotter, P., Boyle, D. & Gallagher, T. H. (2008). Supporting health care workers after medical error. Considerations for health care leaders. *J Clin Outcomes Manag*, 15(5), 240-7.
- Yule, W., Hawker, D., Hawker, D., Alexander, D., Holowenko, H., Tehrani, N., ... Hughes, J. H. (2015). Early interventions for trauma: Crisis, Disaster & Trauma. Proceedings from symposia. The British Psychological Society. Hentet 04.03.20 fra: http://www.enrico-tolotti.ch/_iserv/dlfiles/dl.php?ddl=article-british-psychological-society.pdf

Vedlegg 1

Informasjon om masterstudie;

Vi er operasjonssykepleiestudenter ved det Helsevitenskapelige fakultet Universitetet i Stavanger, og våren 2020 skal vi skrive vår masteroppgave.

Hensikt med studien er å kartlegge operasjonssykepleiernes erfaringer med ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser. Funn fra studien vil gi kunnskap om tiltak operasjonsavdelingen bruker eller ønsker å bruke for at operasjonssykepleierne ivaretas etter utfordrende og kritiske hendelser, samt hvordan operasjonsavdelingen kan lære av de individuelle erfaringene.

Til å besvare oppgaven planlegger vi å utføre 12-15 individuelle semi-strukturerte intervju av operasjonssykepleiere som arbeider ved sentral operasjon. Intervjuene vil vare anslagsvis 30 minutt.

Prosjektet skal nå oversendes forskningsavdelingen og personvernombudet for vurdering.

Sammen med de andre medlemmene i det kirurgiske teamet har operasjonssykepleieren ansvar for å handle raskt og kompetent for å ivareta pasientens sikkerhet og oppnå et best mulig resultat i hvert inngrep, også dersom utfordrende og kritiske hendelser oppstår (Rasmussen & Torjuul 2012). Operasjonspasienten er i en risikotilstand som raskt kan endres, og utfordrende og kritiske hendelser kan oppstå selv ved planlagte inngrep som i utgangspunktet er ukompliserte (Rasmussen & Torjuul, 2012). Felles for utfordrende og kritiske hendelser er at operasjonssykepleieren ikke kan vite når de oppstår, og dermed i liten grad kan forberede seg (Rasmussen & Torjuul, 2012). Vi ønsker å intervju deg som har deltatt i operasjoner der det har vært utfordringer som f.eks blødning, uheldige hendelser under kirurgi, operasjon av feil pasient (eller feil hofte, arm etc.), dårlig kommunikasjon i team som har negative konsekvenser for pasienten. Du trenger ikke å ha deltatt på debrifing tidligere. Vi ønsker at du har minimum 2 års erfaring som operasjonssykepleier.

Vennligst ta kontakt med oss om det er behov for mer informasjon eller ytterligere oppklaring.

Mathilde: mathilde.alexandersen@gmail.com tlf 41579101

Kristina: reilstadkristina@gmail.com, tlf: 93285052

Vi håper på positiv tilbakemelding på forespørselen.

Vennlig hilsen Mathilde Lysgård Alexandersen og Kristina Roda Reilstad.

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

Hvordan erfarer operasjonssykepleiere ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt i forbindelse med en masteroppgave i operasjonssykepleie ved det Helsevitenskapelig fakultet, Universitet i Stavanger. I prosjektet ønsker vi å undersøke hvordan operasjonssykepleieres erfaring omkring ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser. Hensikt med studien er å kartlegge operasjonssykepleiernes erfaringer med ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser. Funn fra studien vil gi kunnskap om tiltak operasjonsavdelingen bruker eller ønsker å bruke for at operasjonssykepleierne ivaretas etter utfordrende og kritiske hendelser, samt hvordan operasjonsavdelingen kan lære av de individuelle erfaringene. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Dersom du samtykker til å delta i studien vil du bli bedt om å delta i et intervju. Intervjuet vil anslagsvis ta 30 minutter.

Intervjuet vil gjennomføres i et egnet rom på operasjonsavdeling og gjennomføres av to masterstudenter.

Under intervjuet vil du bli spurt om å dele dine erfaringer i forhold til ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser i forbindelse med kirurgiske inngrep.

Under intervjuet vil det bli brukt en lydopptaker. Etter intervjuet vil lydopptaket bli transkribert. Alle data fra intervjuet slettes ved utgangen av 2020.

I prosjektet vil vi ikke innhente eller registrere anonymiserte opplysninger om deg – kun din rolle i avdelingen. Det blir ikke registrert identifiserbare opplysninger - ikke navn/personnummer. Det du sier blir ikke koblet til ditt samtykke, og vil ikke kunne spores tilbake til deg.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Deltakelse i dette forskningsprosjektet er frivillig og skal ikke være forbundet med ulemper av noe slag. Du står fritt til å trekke deg før, under eller etter intervjuet dersom du ønsker det uten at det får noen konsekvenser for deg. Data fra deg vil da bli slettet og ikke brukt videre i prosjektet.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Mathilde Lysgård Alexandersen tlf: 41579101 mail: mathilde.lysgard.alexandersen@sus.no eller Kristina Roda Reilstad tlf: 93285052 mail: kristina.roda.reilstad@sus.no

HVA SKJER MED OPPLYSNINGENE OM DEG?

Det samles ikke identifiserbare opplysninger om deg. Det blir kun et spørsmål om din rolle på avdelingen. Det vil ikke kunne spores tilbake til deg. Du har også en rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene/data.

Data er anonymisert og beholdes frem til utgangen av 2020, og vil da bli slettet.

GODKJENNING

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk trenger ikke vurdere dette prosjektet, i og med at prosjektet har helsetjensteforskning som formål, og ikke å fremskaffe ny kunnskap om helse og sykdom (Helseforskningsloven §4).

Personvernombudet ved Helse Stavanger har godkjent datasamlingen.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, kan du ta kontakt med :

(Masterstudent) Mathilde Lysgård Alexandersen, tlf. 41 57 91 01, mathilde.lysgard.alexandersen@sus.no

(Masterstudent) Kristina Roda Reilstad, tlf. 93 28 50 52, kristina.roda.reilstad@sus.no

(Masterveileder, Dosent i sykepleie) Ingrid Tjoflåt, Ingrid.tjoflat@uis.no

Personvernombud ved institusjonen (Helse Stavanger) er Rafal Adnan Hashim Yeisen, rafal.adnan.hashim.yeisen@sus.no

(Deltaker) Jeg samtykker til å delta i prosjektet og at personopplysninger brukes slik det er beskrevet

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

(Forsker) Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet:

Sted og dato

Signatur

Intervjuguide

1. *Har* du erfaringer med uklarheter/ misforståelser under etter inngrep? Kan du fortelle om det. *Hva* gjør du med utfordringene i etterkant?
2. *Hva* gjorde du med utfordringene i etterkant?
3. *Kan* du beskrive hvordan du erfarer å bli ivaretatt etter en kritisk hendelse?
4. *Hvordan* ønsker du å bli ivaretatt etter utfordrende og kritiske hendelser?
5. *Hva* lærte du av utfordrende og kritiske hendelser?
6. *Hvordan* opplever du behov for debrifing etter utfordrende og kritiske hendelser?
7. *Hvordan* brukes debrifing i dag?
8. *Hvilke* barrierer vanskeliggjør debrifing?
9. *Beskriv* hva du legger i ordet debrifing?
10. *Hvordan* mener du debrifing kan organiseres og gjennomføres i operasjonsavdelingen?

Til
Mathilde Alexandersen og Kristina Reilstad

Intern ID	Elements	Saksbehandler:	Dato:
Tildeles av Forskningsavdeling		Personvernombud: Rafal Yeisen	06.11.19

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger i forbindelse med masterprosjektet: “Ivaretakelse etter utfordrende og kritiske hendelser på operasjonsstuen-operasjonssykepleierens erfaringer”.

Viser til innsendt meldingskjema med vedlegg om behandling av personopplysninger vedrørende ovennevnte prosjektet.

Formålet med masterprosjektet

Hensikt med studien er å kartlegge operasjonssykepleierens erfaringer med ivaretakelse etter utfordrende og kritiske hendelser. Funn fra studien vil gi kunnskap om tiltak operasjonsavdelingen bruker eller ønsker å bruke for at operasjonssykepleierne ivaretas etter utfordrende og kritiske hendelser, samt hvordan operasjonsavdelingen kan lære av de individuelle erfaringene.

Behandlingsgrunnlag

Studien er frivillig og inklusjon skjer på bakgrunn av informert samtykke.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen av personopplysningen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a)

Personvernombud tilrår at masterprosjektet kan gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Prosjektet må godkjennes av klinikkssjef før oppstart.
2. Behandlingen er begrenset til angitt formål (art. 5.1 b), ved at personopplysninger kun samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke videre behandles til nye uforenlige formål.
3. Det samles ikke inn eller lagres flere opplysninger enn det som er nødvendig for formålet (dataminimering/lagringsbegrensning (art. 5.1 c), slik at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet.
4. Kravet til lagringsbegrensning (art. 5.1 e) ivaretas ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet. Alle dataene skal slettes ved prosjekt slutt 31.12.2020 og sluttmelding skal sendes til PVO.
5. Innsamlede data lagres aidentifisert på helseforetakets Kvalitetsserver. For å få tildelt plass på Kvalitetsserveren må saksnummer på denne godkjenningen (under Intern ID) fylles ut i søknadsskjemaet og selve godkjenningsbrevet må også legges ved. Annen lagringsform forutsetter godkjenning av personvernombudet.

6. Samtykkeskjema skal oppbevares nedlåst med to låsbare hindringer på prosjektleders kontor.
7. Samtykkeskjema skal inneholder de registrerte rettigheter. De registrerte vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19). Rettighetene etter art. 15–19 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet.
8. Samtykke som skal benyttes må inneholde PVO kontaktinformasjon.
Mail personvernombudet@sus.no tlf. nr. 51512929

Personvernombud har, ut over det som er angitt over, ingen innvendinger til at prosjektet gjennomføres. Det forutsettes at prosjektet gjennomføres som beskrevet og i henhold til personvernforordninger samt øvrige relevante lover og forskrifter.

Med vennlig hilsen



Rafal Yeisen
Personvernombud

Utdrag fra analysen

Tema	Kategori	Kondensert meningsenhet	Meningsenhet
Systemer for oppfølging og læring.	Ønsker struktur og organisering av oppfølging.	<p>Debrifing eksisterer, men jeg har ikke oversikten. Jeg tenker det kanskje er litt tilfeldig.</p> <p>Jeg tror det er lettere å gjennomføre debrifing dersom det er noen som har ansvar for det.</p> <p>Alle må møte opp, det bør være pålagt å møte på debrifing. For om du ikke føler behov, kan det du komme på noe og oppleve det nyttig.</p> <p>Opplever at det ikke er rutine på debrifing.</p> <p>Det kunne vært fredagsundervisning med debrifing av situasjonen.</p> <p>Det beste er å ha debrifing på slutten av dagen, ikke for lenge etter hendelsen, men samtidig før folk går hjem.</p> <p>Sikre seg at alle blir innkalt til debrifing.</p> <p>Jeg tenker at det må være et forum der en kan snakke åpent.</p> <p>Vi kunne hatt mer standardisert retningslinjer for hvordan debrifing skal gjennomføres.</p> <p>Med debrifing er det best at hele teamet går igjennom hendelsen. særlig om det har skjedd store misforståelser, da må teamet snakke om det.</p>	<p>Jeg har ikke helt oversikten. Det er jo, ehm det eksiterer, det gjør det. Men det kan og være tilfeldig, så ehm jeg tenker at det kanskje er litt tilfeldig.</p> <p>Altså jeg tror jo at, ehm det er lettere å få det gjennomført hvis det er noen som på en måte er mer ansvarlig for å då det gjort. At ehm, hvis noen har det som ja, deres oppgave å ehm ja, samle troppene så er det jo på en måte lettere.</p> <p>At alle mp være med, at du ikke kan velge, men at det nærmes er pålagt at du er der. For uansett om du ikke føler du vil si noe, men når du begynner å snakke kommer du alltid på noe.</p> <p>Så jeg har en opplevelse av at det er i utgangspunktet ikke noe sånn debrifing satt i system.</p> <p>Hvis det hadde vært en kritisk hendelse kunne det faktisk være en fredagsundervisning der de har debrifing på det.</p> <p>Jeg tenker det beste er på slutten av dagen, slik at det ikke er så lenge etter at hendelsen har skjedd, men samtidig sånn at de som har vært med på hendelsen ikke har gått hjem fra jobb.</p> <p>Og at en også sikrer at en blir innkalt til debrifing.</p> <p>Og jeg tenker at det skal være et forum der en skal kunne snakke ganske åpent.</p> <p>Vi kunne hatt en mer standardisert retningslinje for hvordan vi skulle gjøre det. At det ligger litt mer innprentet i oss at vi skal ha det.</p> <p>Det beste er jo hele teamet da sant, gå igjennom. Spesielt hvis det har skjedd noe store misforståelser tenker jeg, da behøver</p>

			teamet å snakke sammen om hva som skjedde.
--	--	--	--