



Institutt for helse- og omsorgsfag

Hvor sterk er din rustning - du som er operasjonssykepleier?

En kvalitativ studie om operasjonssykepleieres erfaringer med å håndtere hendelser de møter på i sin yrkesutøvelse som påvirker mennesket bak munnbindet.

Ellen D. Kvitvær og Anita Strand

Masteroppgave i operasjonssykepleie, SYP-3902-1 24V

Antall ord: 17 168

Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på vår toårige spesialisering i operasjonssykepleie, et yrke vi er stolte av å ha valgt. Veien fram til å bli operasjonssykepleier har tidvis vært tøff og utfordrende, men samtidig utviklende. Utdanningen har i tillegg til nye kunnskaper gitt oss tilknytning til medstudenter som vi er veldig takknemlige for og tar med oss videre i livet.

Prosessen med masteroppgaven startet vi hver for oss med et ønske om å undersøke nærmere hvordan det er for operasjonssykepleier å stå i tøffe og krevende situasjoner i yrket. Situasjoner som i tillegg kan være eller bli mentalt belastende. Vår felles interesse for tematikken ble for alvor først presentert i forbindelse med fremlegg for klassen hver for oss. På den måten fant vi sammen og ble anbefalt av våre lærere på videreutdanningen å samarbeide om denne masteroppgaven. Veien har blitt til gjennom at vi først reetablerte et forhold til akademisk skriving gjennom spesialiseringen og gjennom undervisning. Ingen av oss har holdt på med akademisk tekstproduksjon siden arbeidet med bacheloroppgaven for mange år siden, noe som ga veien fram til en ferdig masteroppgave mange svinger og bratte motbakker.

Det er mange å takke som har bidratt verdifullt i prosessen med å skrive denne oppgaven. Først og fremst går vår takk til våre lærere på videreutdanning i operasjonssykepleie som har bidratt til grunnmuren av denne masteroppgaven. Deretter vil vi fremheve vår veileder, mentor og støttespiller Ingrid M.S. Drageseth for å ha vært selve ankeret i denne prosessen. Kloke tilbakemeldinger, medfølelse og støtte har betydd mye for at vi har mestret dette arbeidet kombinert med familiedrift og utfordringen i det å være ny i en krevende jobb. Våre familier har i en periode måtte avfunnet seg med å være nedprioritert og vi har ikke kunnet hatt de sentrale rollene vi til vanlig har i familiesammenheng. Vi takker for tålmodigheten våre barn og ektefeller har vist oss i denne perioden. Vi har også noen medstudenter som vi ønsker å takke for konstruktive tilbakemeldinger på seminar og når vi har truffet på dere: Else, Camilla, Johanna og Kristin. Til sist, men ikke minst går vår aller største takk til våre intervjudeltakere for at dere ville bruke av deres tid til vår oppgave. Uten deres bidrag ville vi ikke hatt noen masteroppgave, så Tusen Hjertelig Takk!

Tromsø, mai 2024

Ellen og Anita

Sammendrag

Bakgrunn og formål: Gjennom utdanningen i operasjonssykepleie har vi reflektert over hvilke hendelser som kan oppleves mentalt belastende for en operasjonssykepleier, hvilke erfaringer de har å med å bearbeide slike hendelser og hvilke verktøy de bruker i bearbeidelsen.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere i sin yrkesutøvelse med å mestre hendelser de møter på som kan være mentalt belastende?

Forskningsspørsmål: Hvilke hendelser eller situasjoner oppgir operasjonssykepleiere som oppleves mentalt belastende i sin yrkesutøvelse? Opplever operasjonssykepleiere noen kroppslige og emosjonelle reaksjoner etter å ha deltatt i slike hendelser og hvordan bearbeides disse reaksjonene? Hvilke mestringsstrategier bruker operasjonssykepleiere i situasjonen og til bearbeidelse i ettertid?

Metode: En kvalitativ studie som er basert på individuelle semistrukturerte intervjuer av fire operasjonssykepleiere fordelt på to ulike sykehus i Norge. Intervjuene er utført i fysiske møter. I arbeidet med analysering av datamaterialet vårt har vi brukt tematiske analyse inspirert av Johannessen et al. (2018).

Resultater: Intervjubesvarelsene gir et innblikk i hvilke situasjoner operasjonssykepleiere møter på som kan oppleves mentalt belastende og hvilke reaksjoner de erfarer. Funn fra datamaterialet gir en forståelse av hvordan operasjonssykepleierne mestrer å stå i krevende situasjoner og hvordan inntrykkene bearbeides i etterkant gjennom tre hovedkategorier. 1. Det sårbare i yrkesutøvelsen. 2. Påvirkning i kropp og sinn. 3. Metoder for bearbeidelser.

Konklusjon: Datamaterialet vårt viser at operasjonssykepleiere opplever hendelser i sin yrkesutøvelse som er av en slik art at de kan være en mental påkjenning og at operasjonssykepleiere har et behov for å bearbeide inntrykkene etter mentalt belastende hendelser. Informantene oppgir at det finnes svært lite organiserte tiltak som hjelp til å bearbeide hendelser på og at støtten fra kollegaer er en svært viktig ressurs.

Abstract

Background and purpose: Through our training in theatre nursing, we have gained a desire to understand which events can be perceived as mentally stressful for a surgical nurse and what experiences they have with processing such incidents and what tools they use in processing.

Issue: What experiences do surgical nurses have in their professional practice of being in and dealing with events they encounter that can be mentally stressful?

Research question: What incidents or situations do theatre nurses report that are perceived as mentally stressful in their professional practice? What experiences do theatre nurses have of participating in the treatment of patients where they face strong impressions? What physical and mental reactions do theatre nurses experience after participating in such events, and how are these reactions processed?

Method: A qualitative study based on individual physical interviews of four surgical nurses distributed across two different hospitals in Norway. The interviews that have been conducted are semi-structured in their form. In analysing our data, we have relied on Johannesen et al.'s thematic analysis.

Results: The interview responses provide an insight into the situations that surgical nurses encounter that can be experienced as mentally stressful and what reactions they experience. Findings from the data material provide an understanding of how the surgical nurses cope with challenging situations and how the impressions are processed afterwards through three main categories. 1. The vulnerability in professional practice. 2. Influence in body and mind. 3. Methods for processing.

Conclusion: Our data material shows that surgical nurses experience incidents in their professional practice that are of such a nature that they can be a mental strain, and that surgical nurses have a need to process the impressions after mentally stressful events. The informants state that there are very few organised measures to process the incident and that the support from colleagues one important resource in the processing.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt og problemstilling	3
1.3	Avgrensning	4
2	Tidligere forskning	5
2.1	Sekundær traumatisering /Second Victim.....	7
2.2	Debrief.....	9
2.3	Selvivaretakelse.....	10
2.4	Andre masteroppgaver om tema	10
3	Teoretisk rammeverk.....	11
3.1	Operasjonssykepleieres sårbarhet	11
3.1.1	Sekundær traumatisering.....	12
3.1.2	Belastningen	13
3.1.3	Sence of Coherence og Salutogenese.....	14
3.1.4	Pasientsikkerhet.....	14
3.2	Metoder for bearbeidelse.....	15
3.2.1	Debrief.....	15
3.2.2	Kollegastøtte.....	15
3.2.3	Arbeidsgivers ansvar	17
4	Metode.....	18
4.1	Forskningsetiske betraktninger	18
4.2	Rekruttering av intervjuedtakere	19
4.3	Gjennomføring av intervju	19
4.4	Intervjuguide	20
4.5	Analyseprosessen	21
4.5.1	Forberedelser	22

4.5.2	Koding	22
4.5.3	Kategorisering	23
4.5.4	Rapportering	24
5	Resultater.....	25
5.1	Det sårbare i yrkesutøvelsen	25
5.2	Påvirkning i kropp og sinn	27
5.2.1	Tanker, følelser og kroppslige reaksjoner	27
5.2.2	Betydning av erfaring.....	28
5.2.3	Berørtheten	29
5.2.4	Reaksjon og mestring	29
5.3	Metoder for bearbeidelse.....	30
5.3.1	Erfaring med debrief	30
5.3.2	Gode kollegaer	31
5.3.3	Arbeidsgivers rolle	32
6	Drøfting	34
6.1	Det sårbare i yrkesutøvelsen	34
6.2	Påvirkning i kropp og sinn	36
6.2.1	Tanker, følelser og kroppslige reaksjoner	37
6.2.2	Betydning av erfaring.....	37
6.2.3	Berørtheten	38
6.2.4	Reaksjon og mestring	38
6.3	Metoder for bearbeidelse.....	39
6.3.1	Debrief.....	40
6.3.2	Gode kollegaer	42
6.3.3	Arbeidsgivers rolle	43
6.4	Metodediskusjon	44
6.4.1	Svakheter.....	44

6.4.2	Styrker	45
6.4.3	Forforståelse	45
6.4.4	Implikasjon for praksis og videre forskning	46
7	Avslutning	47
	Tabell 1.....	48
	Referanseliste	49
	Vedlegg 1 Godkjenning fra SIKT	55
	Vedlegg 2 Søknad om tilgang til forskningsfeltet.....	58
	Vedlegg 3 Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	59
	Vedlegg 4 Intervjuguide.....	63

1 Introduksjon

I denne masteroppgaven har vi som mål å få mer innsikt i operasjonssykepleieres opplevelser med å være i og håndtere hendelser de møter på i sin yrkesutøvelse som påvirker mennesket i rollen som operasjonssykepleier. Arbeidet som foregår innenfor operasjonssykepleiefaget baserer seg på Norsk Sykepleierforbunds Landsforening for operasjonssykepleieres (NSFLOS) ansvars- og funksjonsbeskrivelse, men det mangler beskrivelser som sier noe om hvordan operasjonssykepleieren kan ivaretas som menneske i et fagfelt som kan by på eksponering for livets sårbarhet i flere ulike former.

Masteroppgaven bygger videre på godkjent prosjektskisse fra eksamen i SYP 3502 (Kvitvær & Strand, 2023). Noe av arbeidet med å etablere kunnskapsgrunnlag er gjort i forbindelse med utvikling av prosjektskissa der vi satte søkelys på operasjonssykepleieres erfaringer med bruk av debrief. For å imøtekomme denne oppgavens krav til omfang har vi valgt å utvide tematikken til ikke kun å omhandle debrief. Forskningsgrunnlaget i denne masteroppgaven bygger på empiri fra fire intervju av operasjonssykepleiere fra to ulike sykehus i Norge.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Ifølge Arbeids- og velferdsetatens (NAV) årlige bedriftsundersøkelse publisert på NAVs egne nettside vises det til at det per utgangen av 2023 manglet 4650 sykepleiere inklusive spesialsykepleiere i Norge i forhold til behovet (NAV, 2023). Sykepleiere ligger i tillegg i øvre del av statistikken over legemeldt sykefravær som skyldes arbeidsrelaterte forhold (STAMI, NOA, 2019). Samtidig belyses det ofte i media hvordan helseforetakene driftes med underskudd og det snakkes om kuttforslag og innsparing (Bertheussen, 2024). Det at sykehusene skal drives etter en foretaksmodell er i seg selv en omdiskutert tematikk og mange viser til at det gir negative ringvirkninger for pasienter fordi fokuset kan tolkes dithen at lønnsomhet trumfer helse- og samfunnsmessige gevinster (Wyller, 2021).

Våre innledende søk i de mest kjente databaser ga et inntrykk av at det ikke er gjort mye forskning innenfor norsk operasjonssykepleie når det gjelder faktorer som kan ha mental påvirkning for mennesket i spesialsykepleierrollen. En spørreundersøkelse blant operasjonssykepleiere i Frankrike og Belgia gjort i 2022 viser til at operasjonssykepleiere oppgir presset om å jobbe raskere uten adekvate ressurser tilgjengelig som en hovedårsak til

økt stressbelastning (Nauviaux et al., 2022). Kostnadseffektivitet og ivaretagelse av menneskers liv og helse representerer to ulike målsetninger som rent etisk sett kan by på utfordringer i et forent forhold. Et eksempel på etisk dilemma kan være at operasjonssykepleier ser at operasjonsspasienten har behov for tid til informasjon og trygging før et kirurgisk inngrep, men at dette ikke blir gjennomførbart på grunn av et presset operasjonsprogram. Hvordan skal vi som operasjonssykepleiere forholde oss til slike utfordringer uten at faglig forankring trues og at vi mister kontakt med det som er selve sykepleien i yrkesutøvelsen (NSF, Yrkesetiske retningslinjer, 2023).

Det perioperative arbeidet er designet for å redde liv, kurere sykdom, rekonstruere misdannelser og håndtere smerte samtidig som trygg pasientbehandling og sikkerhet ivaretas (Rothrock, 2023). I pensumlitteraturen vår på videreutdanning innenfor operasjonssykepleie er det et eget kapittel som omhandler operasjonspasientens psykososiale behov (Hansen, 2018). Et kapittel som omhandler hva vi kan se etter av symptomer på angst hos pasienter og trygge dem gjennom blant annet informasjon og medvirkning. Tema som setter søkelys på å ta vare på seg selv som operasjonssykepleier og å trygge sine kollegaer er imidlertid fraværende.

Å arbeide som operasjonssykepleier innebærer å ha et stort ansvar for pasienten på operasjonsbordet. Man møter pasienten i en sårbar situasjon som overlater ansvaret for hele sin kropp til operasjonsteamet for kirurgisk behandling (Eide & Dávøy, 2018). Tidvis skjer det alvorlige uønskede og livsinngripende hendelser med mennesker som vi operasjonssykepleiere må ta del i. Pasienter kommer til operasjonsavdelinga på grunn av ulykker utenfor sykehuset, kritisk sykdom eller komplikasjoner under eller etter kirurgisk behandling. Arbeidet som en operasjonssykepleier tar del i kan i noen tilfeller foregå i en sekundstrid som representerer forskjellen mellom liv og død. En sekundstrid der hele operasjonsteamet bidrar med sin kompetanse for at bevart liv og helse skal vinne løpet. Hvordan påvirkes vi når dødelig utfall eller alvorlige og varige pasientskader krysser mållinja først? Noen av oss har fått kjenne på livet som sårbart i en eller annen form i privat sammenheng, men som operasjonssykepleier kan denne sårbarheten bli påtrengende gjennom de kritiske situasjoner man møter på i sin arbeidshverdag. Som nyutdannede operasjonssykepleiere bærer vi på en redsel for hvordan vi skal klare å holde fokus og gjøre jobben vår når vi bevitner at livet for eksempel frarøver noen nybakte foreldre sitt nyfødte

barn i et akutt keisersnitt som ble utført for sent. Eller når en veltrent pappa i sin beste alder får en stor hjerneblødning med livsfrarøvende resultat på tross av at kirurgene forsøkte etter beste evne i samarbeid med operasjonsteamet å redde livet til denne pasienten. En kan nesten kjenne at det verker i senter for medmenneskelighet bare ved å skrive om disse eksemplene. Hva er det som får operasjonssykepleiere til å fungere faglig i slike situasjoner samtidig som de kjenner på denne medmenneskelige smerten og hvordan går de videre etterpå. Med denne innsikten som grunnlag reises en bekymring for hvordan vi skal mestre rollen som operasjonssykepleier samtidig som vi fungerer som mennesker i samfunnet vi lever i; som mødre eller fedre, som søster eller bror, som nabo eller venn. Det forventes høy kompetanse hos en spesialsykepleier innenfor operasjonsfaget, men vi spør oss om det er til å håndtere hva som helst?

1.2 Hensikt og problemstilling

For å sette retningen mer konkret mot hva vi ønsker å belyse utviklet vi noen forskningsspørsmål som et kompass for det videre arbeidet med denne masteroppgaven (Polit og Beck, s. 73). Våre forskningsspørsmål er som følger:

- Hvilke hendelser eller situasjoner oppgir operasjonssykepleiere som oppleves mentalt belastende i sin yrkesutøvelse?
- Opplever operasjonssykepleiere noen kroppslige og emosjonelle reaksjoner etter å ha deltatt i slike hendelser og hvordan bearbeides disse reaksjonene?
- Hvilke mestringsstrategier bruker operasjonssykepleiere i situasjonen og til bearbeidelse i ettertid?

Med disse spørsmålene i førersetet har det vist seg utfordrende å komme frem til en problemstilling som dekker vår tematikk så spesifikt som mulig. I tidligere forskning ser man at det opereres med fraser som traumatiske hendelser og traumer i arbeidssammenheng (Meneses-Echavez et al., 2022; Scott et al., 2022; Barisa & Struksnes, 2021). I henhold til traumemanualen som man finner på nettsiden Metodebok.no (2024) brukes benevnelsen emosjonell og moralsk, samt mulig traumatiserende belastning. På bakgrunn av disse funnene satt sammen med innspill fra veileder, medstudenter og kollegaer valgte vi terminologien “mentalt belastende” i vår problemstilling. Mentalt belastende vil etter vår oppfatning si noe om en opplevelse og hvordan denne virker på oss som mennesker uten at beskrivelsen i

utgangspunktet kan oppfattes som en sykdomstilstand. Vi vil forsøke å finne svar på hvordan operasjonssykepleiere bevarer en god mental helse i et arbeid som kan bære preg av ulykker og tragedier som rammer pasienter og deres pårørende. Mental helse er definert av World Health Organization (WHO) som en tilstand av mentalt velvære som ruster oss mennesker til å håndtere livets utfordringer og hjelper oss til å bidra i samfunnet gjennom læring og realisering av egne evner. Mentalt belastende kan forstås med at noe er tungt å bære på psykologisk eller fysisk i form av for eksempel smerter og plager som oppstår som følge av belastningen (WHO, u.å). På bakgrunn av disse momentene og våre refleksjoner ble problemstillingen i denne masteroppgaven formulert som følger:

Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere i sin yrkesutøvelse med å mestre hendelser de møter på som kan være mentalt belastende?

1.3 Avgrensning

For å belyse tematikken i henhold til kvalitativ tradisjon har vi valgt å avgrense arbeidet ved å utelukke noen momenter. En stor del av forskningen som omhandler debrief fokuserer på simulering. Simulering er et læringsverktøy der man etterligner en virkelig klinisk situasjon og gir en mulighet til refleksjon over egne ferdigheter i den gitte situasjonen (Thidemann & Tønnesen, 2011). Vi har i denne oppgaven valgt å ikke utforske simulering videre på grunn av at vi søker å kartlegge erfaringer fra reelle situasjoner og ikke fiktive. Vi ser også at noe av nyere forskning dreier seg om operasjonssykepleieres erfaringer knyttet til covid-19 pandemien. I denne oppgaven har vi valgt å utelukke disse artiklene på grunn av at de representerer spesielle forhold som ikke lenger preger operasjonssykepleieres hverdag. Det finnes mange faktorer som har potensiale til å påvirke operasjonssykepleieres mentale helse. Eksempelvis et utfordrende psykososialt arbeidsmiljø og det moralske stresset ved at arbeidet i seg selv bærer preg av tidspress kombinert med for få tilgjengelige ressurser. Faktorer som alene kan gi grunnlag for psykiske og fysiske lidelser, for eksempel i form av utbrenthet og søvnproblemer (Wang et al., 2021). Dette er imidlertid sider ved tematikken som ikke er vektlagt i vårt arbeid på grunn av masteroppgavens retningslinjer for omfang.

2 Tidligere forskning

Arbeidet med å etablere kunnskapsgrunnlag er gjort gjennom flere søk i de mest kjente databaser som Oria, Google Scholar, PubMed og Cinahl og videre i relevante artiklers referanselister. I følge Polit & Beck (2021) anbefales det at man som forsker etablerer en oversikt over kunnskapsstatus via gjennomgang av tidligere forskning. Folkehelseinstituttet (FHI, 2018) tilbyr en nettbasert håndbok som tar for seg hvordan man kan oppsummere forskning. Anbefalingen er at en gjennomgang av forskning krever søkeord som speiler hva man vil undersøke. For å gjøre dette systematisk og oversiktlig har vi i henhold til FHIs (2018) anbefaling etablert et PICOT skjema (tabell 1) med søkeord satt sammen ved hjelp av boolske operatører som «and», «or» og «not». Søk for å skaffe oversikt spisset til masteroppgaven ble gjort i perioden mellom november 2023 til mars 2024. Kriterier for inkluderte artikler er at de er fagfellevurderte, publisert på engelsk eller skandinavisk språk, med åpen tilgang og ikke eldre enn ti år. I første omgang satte vi som mål at fokuset utelukkende skulle omhandle operasjonssykepleieres perspektiv og ikke andre medlemmer av operasjonsteamet. Denne avgrensningen viste seg å gi en utilstrekkelig kunnskapsstatus og vi valgte derfor å utvide våre søk til at relevante studier også kunne omhandle sykepleiere, helsepersonell og leger. Vi har imidlertid hatt som mål å primært benytte forskning som er gjort innenfor sykepleiefagets rammer. Når det gjelder tidsavgrensning i forhold til søk er dette for å etablere kunnskap om den nyeste forskningen innenfor tema og for å identifisere kunnskapshull (Polit & Beck, 2021). Det skal likevel bemerkes at nyere forskning ofte baserer seg på eller oppsummerer funn fra studier som er gjort tidligere. Derfor vil det ikke være rettferdig å si at tidsavgrensningen er overholdt eksplisitt i arbeidet med å skape en adekvat forskningsbasert oversikt.

«Hvis jeg har sett lenger enn andre, er det fordi jeg står på skuldrene til kjemper»

(Sir Isaac Newton, 1676)

Søk etter kunnskapshull resulterte i kun en kvalitativ studie som omhandler norske operasjonssykepleiere og deres erfaringer med sterke inntrykk fra operasjoner med organonasjoner (Barisa & Struksnes, 2021). Studien benyttet kvalitativ metode med dybdeintervju av 14 operasjonssykepleiere fra det eneste organonasjonssenteret i Norge som datainnsamling. Intervjuanalysene viste til at følelsesmessig og personlig involvering for

mange opplevdes utfordrende og kunne lede til sterke emosjonelle reaksjoner. Som beskrivelse av disse reaksjonene ble det brukt uttrykk som «uforklarlig smertefullt» og opplevelsen av å få «et spark i magen». Operasjonssykepleierne fortalte at de kunne kjenne på en voldsom tristhet og en sterk medfølelse for de etterlatte, spesielt når donasjonsoperasjonen gjaldt barn. Når det gjelder håndtering av disse emosjonelle reaksjonene mente noen av informantene at det å forholde seg oppgavefokustert og vite minst mulig om organdonor i forkant var gode mestringsstrategier. Videre fremhevet operasjonssykepleierne fritidsaktiviteter som en velfungerende strategi for mental oppvask etter å ha vært utsatt for sterke inntrykk. Studien poengterte også viktigheten av profesjonell utvikling og kollegastøtte når det gjelder å håndtere sterke inntrykk (Barisa & Struksnes, 2021).

Da våre søk som nevnt tidligere ikke identifiserte flere norske studier omhandlende vårt tema fra operasjonssykepleieres perspektiv, har vi forholdt oss til internasjonale funn publisert på engelsk. Ifølge en tverrsnittstudie av kinesiske operasjonssykepleiere utført i 2019 ser man på om det finnes en sammenheng mellom det å bli eksponert for flere mulig traumatiske hendelser i sitt yrke og utbrenthet. I studien kommer det frem at operasjonssykepleiere gjennom sin kliniske praksis har høy risiko for utbrenthet. Resultatmessig vises det til at mulige traumatiske hendelser har skadelig effekt på arbeidshelsen til operasjonssykepleiere og bidrar til utbrenthet. Pasienters uventede dødsfall på operasjonsstua oppgis som et eksempel på traumatisk hendelse som kan ha skadelig effekt på arbeidshelsen (Wang et al., 2021). Andre studier påpeker imidlertid at det ikke er traumatiske hendelser som operasjonssykepleiere møter på som er årsak til utbrenthet. Forskningsresultater fra ulike deler av verden viser til at utbrenthet blant operasjonssykepleiere i hovedsak tilskrives negative arbeidsmiljø og organisatoriske forhold fremfor det å eksponeres for traumatiske hendelser (Teymoori et al., 2024; Teymoori et al., 2022; Sillero & Zabalegui, 2018).

Videre ser vi at tidligere forskning tar for seg hvordan sykepleiere forholder seg til hendelser der det uventede skjer eller når feil begås i pasientbehandlingen. Bacons kvalitative studie (2017) ga et nyttig perspektiv omkring dette ved at det undersøkes hvordan sykepleiere i USA erfarer det å forholde seg til kirurgiske pasienter som fikk postoperative komplikasjoner og ikke var mulig å redde (Failure to Rescue – FTR). Datainnsamlingen i studien baserer seg på semistrukturerte intervjuer av 14 sykepleiere fra fire store sykehus som arbeider med pasienter som har gjennomgått kirurgisk behandling. Resultatene viser til hvilke faktorer som

spiller inn i forhold til hvordan sykepleiere som er involverte i kirurgiske dødsfall påvirkes. Dataanalysen i studien viser til at det er ulikheter i de involverte sykepleiernes reaksjoner etter hendelsen avhengig av hvor sentral deres rolle var i behandlingen av pasienten. Skyldfølelse kom frem som sentral der de som sykepleiere for eksempel ikke hadde oppdaget pasientens utvikling av komplikasjoner før det var for sent. Emosjonelle konsekvenser på bakgrunn av denne skyldfølelsen ble referert til som følelse av sorg og tap, men likevel en evne til å fortsette arbeidet. I tillegg rapporterte sykepleierne sterkere reaksjoner ved uventede dødsfall postoperativt kontra de dødsfall der man på forhånd erkjente at forutsetningen for overlevelse var svekket. Studien poengterer at ved å skape innsikt i sykepleieres erfaringer i forhold til dødsfall på grunn av FTR kan det lettere etableres organisatoriske systemer for ivaretagelse av de involverte i pasientbehandlingen. Sykepleierne selv fremmet viktigheten av at de som er nye i yrket veiledes i forhold til utvikling av evne til å gjenkjenne akutte postoperative komplikasjoner. I tillegg ble betydningen av veiledning når det gjelder risiko for negativ mental påvirkning ved FTR fremhevet. Studien gir et grunnlag for fremtidig forskning indirekte rettet mot forbedret kvalitet i arbeidet og direkte mot forbedret ivaretagelse av sykepleiere (Bacon, 2017).

2.1 Sekundær traumatisering /Second Victim

Oversatt til norsk betyr *second victim* «det andre offeret» eller et «indirekte offer» der pasienten regnes som *first victim*. Fenomenet *second victim* ble for første gang tatt i bruk for over tjue år siden av Dr. Albert Wu i en artikkel publisert blant annet i *British Medical Journal* (Wu, 2000). Artikkelen setter søkelys på legers opplevelse av skyldfølelse i forbindelse med alvorlige medisinske feil med negativt utfall og pasientskader. Artikkelen viser til hvordan manglende system for emosjonell ivaretagelse kan være skadelig for involverte helsepersonell (Wu, 2000). I 2020 ble arbeidet med en stor systematisk litteraturstudie startet som et europeisk samarbeid på jakt etter en felles definisjon på fenomenet *second victim*. Studien inkluderte 83 artikler og det ble gjennom diskusjon blant internasjonal ekspertise via European Cooperation in Science and Technology, formulert en felles definisjon av begrepet. Etter vår egen oversette fra engelsk blir denne definisjonen som følgende: enhver helse og omsorgsarbeider, direkte eller indirekte involvert i en uventet og uheldig pasienthendelse, medisinske feil eller pasientskader som blir offer på grunn av at de også blir negativt påvirket (Vanhaect et al., 2022). Videre poengterer denne studien at det overordnede målet for

et støtteprogram etablert for å ivareta helsepersonell som indirekte offer, skal bidra til å forsikre at helsearbeidere ikke drar hjem og lider alene. Det skal være et system som hjelper dem med å legge hendelsen bak seg og bidrar til at de evner å gjøre jobben sin like bra som før hendelsen. I tillegg konkluderer studien med at en støtteordning som ivaretar helsepersonell også vil bidra til profesjonell utvikling (Vanhaect et al.,2022).

Når det gjelder spesifikt sykepleieres opplevelser av å være indirekte offer for en hendelse der pasientens situasjon snur fra å være ikke kritisk til å bli livstruende, skadelig eller livsfrarøvende forsøker Buhlman et al.'s kvalitative studie (2022) å finne svar på sykepleiere og jordmødres opplevelser av slike hendelser og hvordan de går videre etterpå. Studien er gjennomført i Australia med 10 semistrukturerte intervju av sykepleiere og jordmødre som metode for datainnsamling. Felles for disse sykepleierne og jordmødrene var at de hadde erfart alvorlige situasjonsendringer i pasientbehandlingen av ulike årsaker. Analysen gir innsikt i form av fem hovedkategorier som beskriver den umiddelbare responsen og emosjonelle reaksjonen etterpå. Det gis et innblikk i hvilke ettervirkninger og langvarige konsekvenser sykepleierne og jordmødrene møter i kjølvannet av hendelsen, og hvilke behov de har for støtte fra arbeidsgiver i etterkant. Studien gir også et inntrykk av hvordan intervjudeltakerne erfarte det å gå videre etterpå. Hendelsene som informantene i studien refererer til er alvorlige feil i medisinerings, uventet dødsfall hos pasienten, feilvurdering i behandlingen og mislykkede gjenopplivingsforsøk. Sykepleierne og jordmødrene forteller om opplevelser av skyldfølelse og tap av profesjonell selvtillit. Noen beskrev skamfølelse kombinert med tristhet og frykt for konsekvenser. De fortalte om hvordan de sov dårligere på grunn av at gjentatte mentale bilder fra hendelsen kom opp og noen fikk plager med mareritt i etterkant. For å mestre de stressende følelsene og tankene i etterkant av hendelsen var det mange som fortalte om en utviklet evne til å gå på autopilot for å i det hele tatt kunne fungere. Dette ble av en av intervjudeltakerne beskrevet som en drøvtyggingsperiode der man bare fortsetter å gjøre sin jobb uten å gi tanker og følelser spillerom. En annen av intervjudeltakerne forklarer hvordan de negative følelsene til slutt traff henne etter en stund med påfølgende følelsesmessig sammenbrudd i sykehuskorridoren. Hun forteller videre at hun på vei til jobb de neste dagene bar på tanker som «hvor mye mer av dette kan jeg klare». Intervjudeltakerne bruker benevnelsen «å bli fanget i kjølvannet av hendelsen» og viser til hvordan redsel for at lignende hendelser skal skje igjen preger arbeidshverdagen. Bare to av ti følte seg tilstrekkelig ivaretatt fra arbeidsgivers side i form av tilbud om umiddelbar debrief,

rådgiving eller samtale med leder etter hendelsen. De fleste medga en opplevelse av at arbeidsgiver manglet interesse for sine arbeidstakers mentale og fysiske velvære og at det var opp til dem selv å søke hjelp ved behov. Det var noen som hadde opplevd at de selv manglet kapasitet til å bearbeide hendelsen og måtte søke profesjonell hjelp i etterkant, mens andre så på det som et tegn på svakhet å søke hjelp. Når det gjelder de langvarige konsekvensene var det noen som mente at hendelsen medførte at de vurderte å bytte jobb. Det var også noen av intervjudeltakerne som refererte til at å lære av hendelsen de hadde vært involvert i bidro til at de vokste som sykepleiere og ble mer selvsikre over tid (Buhlman et al., 2021).

2.2 Debrief

I forbindelse med innledende søk gjort i arbeidet med prosjektskissen (Kvitvær & Strand, 2023) identifiserte vi en systematisk litteraturstudie omhandlende debrief. Studien er utført av Meneses-Echavez et al. (2022) som på oppdrag fra FHI søkte å kartlegge bruk og erfaring med psykologisk debrief blant helsepersonell. I denne studien blir helsepersonell også referert til som indirekte offer/second victim for traumatiske hendelser og sterke inntrykk både mentalt og visuelt. Ifølge Meneses-Echavez et al. (2022) er uønskede pasienthendelser definert som dødsfall, skade eller feilbehandling som førte til skade. Studien konkluderer med at det finnes for lite forskning om bruk av psykologisk debrief blant helsepersonell for å kunne gi grunnlag for et anvendelig resultat.

Ifølge en deskriptiv systematisk litteraturstudie av Skegg et al. (2023) fremheves det at bruk av debrief har påvirkningskraft på effektivitet og pasientsikkerhet i form av at man lærer av feil og at det kan etableres nye rutiner basert på erfaringene. Videre gjør Scott et al.'s systematiske litteraturstudie (2022) funn som påpeker at bruk av debrief kan bidra til å redusere posttraumatiske symptomer på stress hos de involverte helsepersonell. Det påpekes at effekten av debrief avhenger av faktorer som forankring hos ledelsen og at det er kultur for det i arbeidsmiljøet (Scott et al., 2022; Skegg et al., 2023). Når det gjelder den psykologiske ivaretagelsen viser tidligere forskning til at debrief kan være nyttig for å kunne sette ord på egne følelser og få avklaring på om de som var med i den aktuelle hendelsen tok de riktige valgene (Skegg et al., 2023). Debrief sees på som en mulighet for å lære mestringsstrategier for å ikke la de emosjonelle tankene bli for overveldende og for å unngå å bebreide seg selv etter hendelser som har vært kritiske (Rein & Ribbu, 2022; Scott et al., 2021). Et felles resultat

fra disse studiene omhandlet effekten av debrief for ivaretagelse av helsepersonell etter uønskede pasienthendelser er konklusjonen om at det er gjort for lite forskning på tematikken til at spørsmålet om effekt kan besvares (Rein & Ribu, 2022; Meneses-Echavez et al.,2022; Scott et al.,2021).

Forskningen våre søk resulterte i belyser imidlertid hvilke utfordringer helsepersonell selv oppgir knyttet til debrief. Det er ikke uvanlig at medlemmene opplever en viss hierarkisk struktur i en debrief som kan føre til at sykepleiere kvier seg for å snakke om seg selv og det å ta opp visse temaer under en slik gjennomgang av hendelsen (Scott et al., 2021; Skegg et al., 2023). Det at man i operasjonsteamet mangler tid og anledning for å samles for en felles gjennomgang av en mulig mentalt belastende hendelse etter eller i forbindelse med et kirurgisk inngrep, fremheves også som et hinder for bruk av debrief innen det kirurgiske fagfeltet (Skegg et al., 2023).

2.3 Selv ivaretagelse

Kim Bissett publiserte i 2022 en artikkel i Association of periOperative Registered Nurses Journal (Bissett, 2022) som oppsummerer forskning omhandlende selvmedfølelse hos sykepleiere. Bissett sier i sin artikkel at sykepleie bygger på medfølelse som en sympatisk bevissthet overfor andres lidelse kombinert med et ønske om å lindre denne lidelsen. Basert på Bissetts (2022) funn fra forskning omkring selvmedfølelse poengteres viktigheten av at sykepleiere også evner å ivareta seg selv for å kunne yte god omsorg. Bissett (2022) hevder at omsorgstrøtthet kan skyldes det å bli utsatt for andres lidelse kombinert med en stresset arbeidssituasjonen i tillegg til manglende tid til selvomsorg. Omsorgstrøtthet som igjen kan skape psykologiske utfordringer som i verste fall leder til at sykepleiere forlater yrket.

2.4 Andre masteroppgaver om tema

Det er skrevet noen masteravhandlinger om vårt tema i løpet av de siste fire årene. Mikkelsen (2020) undersøker hvordan det er for operasjonssykepleiere å stå i kritiske situasjoner og hva som fremmer mestring. Aleksandersen & Reilstad (2020) ser på hvordan operasjonssykepleiere blir ivaretatt etter utfordrende og kritiske hendelser på operasjonsstua. Fellestrekk ved disse masteravhandlingene er at deres funn viser til operasjonssykepleieres faktiske behov for emosjonell ventilering og at de savner støtteordninger som skal ivareta den mentale helsen i sin yrkesutøvelse.

3 Teoretisk rammeverk

For å etablere en dypere forståelse av faktorer som spilles inn fra forskning i henhold til tematikken vil vi videre gi en redegjørelse for noen teoretiske perspektiver som blir sentrale for å belyse tematikken. Vårt litterære grunnlag er primært hentet fra sosiologiens fagutøvelse der man referer til klienten og terapeuten. Vi har valgt å se dette overførbart til sykepleiefaglig sammenheng der man referer til pasienten istedenfor klienten. Operasjonssykepleieren vil i denne delen betegnes som hjelperen for å bevare kontakten med den litterære konteksten grunnlaget er hentet fra.

3.1 Operasjonssykepleieres sårbarhet

Martinsen (2012) slår fast at sårbarhet er et grunnleggende trekk ved tilværelsen hvor vi er utlevert til hverandres ivaretagelse. Sårbarheten kan oppfattes som en styrke som gjør oss i stand til å leve oss inn i andres personers situasjon og oppfordrer oss til å ta vare på hverandre. Martinsen (2003) beskriver fellesskap og solidaritet med andre, forståelse for og anerkjennelse av den andre som grunnleggende egenskaper ved omsorg.

NSFs faggruppe for operasjonssykepleiere har som nevnt innledningsvis etablert en ansvars- og funksjonsbeskrivelse som gir føringer for hvordan omsorgen for operasjonsspasienten skal ligge til grunn for arbeidet til operasjonssykepleiere. Her beskrives blant annet betydningen av operasjonssykepleierens evne til å handle raskt og være forberedt ved situasjonsendringer som kan sette operasjonsspasienten i fare (NSFLOS, 2023). Den risiko som pasienten utsettes for i forbindelse med kirurgisk behandling er kunnskap en operasjonssykepleier besitter som bidrar til at vedkommende kan være forberedt dersom noe akutt skulle skje.

Operasjonssykepleiere må også være forberedt til å delta i teamet som mottar og behandler pasienter utsatt for akutte hendelser eller ulykker som skjer utenfor sykehuset. Denne arbeidsmetoden gir en uforutsigbarhet og fordrer at den som er på vakt hele tiden er i beredskap. Usikkerheten på hva vakten kan komme til å inneholde, kombinert med risikoen for å bli eksponert for livets skyggesider, kan i seg selv oppleves sårbart for en operasjonssykepleier. Haavik og Toven (2020) har skrevet om sårbarheten ved at situasjoner og pasienthistorier som hjelper møter på setter spor i hjelperen. De beskriver hvordan man som hjelper dras inn i pasientens historie gjennom emosjonell involvering ved at man føler på hjelpeløsheten og håpløsheten i situasjonen pasienten eller de pårørende befinner seg i. I

tillegg risikerer hjelperen å kjenne seg igjen i livssituasjonen til de rammede ved for eksempel at man selv har barn i samme alder som den hardt skadde pasienten man får inn på operasjonsstua. Man kan gjøre seg tanker som «hva hvis dette skjedde med meg og mine barn»? En annen sårbarhetsfaktor Haavik og Toven (2020) drar inn som relevant er frekvensen av eksponering for sårbarhet. Det at man som hjelper ofte blir eksponert for alt som kan skje mennesker gjennom at man involveres i behandling av pasienter utsatt for ulykker og traumatiske hendelser kan prege hjelperens verdensbilde negativt (Haavik og Toven, 2020).

Bang (2003) viser i boka med tittelen «Rørt, Rammet og Rystet» til positive sider ved hjelperrollens sårbarhet. I følge Bang (2003) kan det å bli indirekte utsatt for pasientenes livshistorier gjøre at man utvider måten man ser verden på. Man blir kjent med sider av livet man ellers ikke ville hatt kunnskap om og man kan på den måten utvide ens egne faste oppfatninger og forståelse av samfunnet man lever i. Bang (2003) poengterer også at det å være vitne til hvordan pasienter finner styrke og mot i de mest krevende situasjoner kan gi hjelperen håp og mot ved at man vet noe om hva mennesker makter å stå i. I tillegg kan disse faktorene bidra til at vi sammenligner oss med pasientene og derav setter mer pris på eget liv. Disse sammenligningene vi som hjelpere gjør med egne liv kan ifølge Bang (2003) også gi negative effekter ved at hjelperen kjenner på skyldfølelser for å ha det bra. Tanken om at dette like gjerne kunne skjedd med meg eller noen av mine nærmeste kan skape angstsymptomer hos hjelperen som på den måten kan regnes som et sekundært offer av den traumatiske hendelsen (Bang, 2003).

3.1.1 Sekundær traumatisering

Ifølge Bang (2003) og Haavik og Toven (2020) er traumatiske hendelser oftest forbundet med sorg. Sorg som hjelperen blir indirekte utsatt for gjennom sin rolle og som har potensiale til å gi også hjelperen traumereaksjoner. Symptomene kan ha store likhetstrekk med de som har blitt utsatt for traumat direkte. De vanligste symptomene inkluderer søvnproblemer, mareritt, følelsesmessig utmattelse, irritabilitet, gjenopplevelser, at man unngår bestemte situasjoner eller mennesker som trigger følelsen av gjenopplevelse og tap av interesse for tidligere gleder (Haavik & Toven, 2020). Videre forholder Haavik og Toven (2020) seg til begreper som «vikarierende traumatisering», «omsorgstretthet» og «utbrenthet» i glidende overganger når det gjelder sekundær traumatisering. Utbrenthet sees ofte i sammenheng med sekundær

traumatisering og har ifølge Haavik og Toven (2020) psykisk utmattelse som kjernesymptom. De poengterer imidlertid at forskning viser til at sekundær traumatisering kan skyldes utbrenthet, men ikke at utbrenthet kommer av sekundær traumatisering. Dette mener Haavik og Toven (2020) gir implikasjoner for at dersom hjelperen gis tid og rom for å bearbeide sterke og smertefulle inntrykk begrenses risikoen for utvikling av helseplager. Helseplager som oppstår som følge av sekundær traumatisering, omsorgstrøtthet eller utbrenthet.

Hjelperens livserfaring spiller en sentral rolle når det gjelder risiko for å utvikle symptomer på sekundær traumatisering. Ifølge Bang (2003) kan begrenset livserfaring kombinert med møtet med traumatiske hendelser i arbeidssammenheng, gi voldsomme rystelser for hjelperen og på den måten gjøre de unge og uerfarne mer sårbare.

3.1.2 Belastningen

Ifølge Isdal (2017) er det ulike faktorer som spiller inn for hvor belastende en hendelse oppleves for en person. Det er tre faktorer som trekkes fram som avgjørende; alvorlighet, frekvens og opplevelsen av trygghet. En slik trygghet på arbeidsplassen kan være støtte fra våre kollegaer og/eller fra leder og at vi får den hjelp og veiledning vi har behov for å føle oss ivaretatt. Isdal (2017) hevder at ansatte som føler trygghet og samhørighet blir mer motstandsdyktige mot belastende hendelser de møter på i arbeidslivet. Videre sier Isdal (2017) at belastninger som vi i hjelperyrker kan møte på deles inn i tre grupper: strukturelle og sosiologiske belastninger, direkte belastninger og indirekte belastninger (Isdal, 2017, s. 61). Eksempler på disse tre gruppene kan være henholdsvis fattigdom og nød som en sosiologisk belastning mens pasienters død er en direkte belastning i hjelperyrker. Pårørendes smerte, sorg og fortvilelse defineres av Isdal (2017) som en indirekte belastning. I tillegg påpeker Isdal (2017) at faktorer som personlig historie og livssituasjon vil være avgjørende for om man blir svekket eller syk av å oppleve belastende hendelser. Hvilke erfaringer vi har hatt ellers i livet vil kunne være avgjørende og Isdal (2017) viser til at forskning har konkludert med at de som har opplevd likhetstrekk med historiene til pasienten er mer utsatt for utbrenthet og sekundærtraumatisering enn andre. Disse likhetstrekkene kan ha et positivt fortegn med tanke på å forstå pasienten og dens behov samtidig som likhetstrekkene kan gjøre en mer sårbar for negative konsekvenser etter belastende hendelser i arbeidssammenheng.

3.1.3 Sence of Coherence og Salutogenese

Direkte oversatt betyr begrepet *Sence of Coherence* «opplevelse av sammenheng» og ble introdusert av sosiologen Aaron Antonovsky (2012) for første gang i 1970. Salutogenese er også et begrep av Antonovsky (2012) med utgangspunkt i latinsk opphav der *saluto* betyr «helse» og *genese* betyr «opphav». Sammen representerer disse begrepene en forståelse av hvor mye tillit og stabilitet man har i forhold til indre og ytre omgivelser. Det er viktig å ha tilgang til ressurser for å møte de utfordrende krav livet kan by på (Antonovsky, 2012).

Antonovskys teori var i utgangspunktet en stressteori hvor han pekte på at stressfaktorer var en normalitet i livet som skaper spenning. Stressfaktorene kan mestres og man klarer å gjenspeile god helse eller man gir etter for belastningene og sykdom oppstår (Lindström og Eriksson, 2015). Antonovsky fokuserer på de salutogene faktorer i livene våre som gjør at vi står sterkere rustet mot å bli syk av de patogene faktorene. Slike salutogene faktorer kan være frisk luft, gode samtaler, mulighet for stillhet, kunst- og naturopplevelser (Antonovsky, 2012). Dette understøttes også av Cromb (2023) i boka «Alexander's Care of the Patient in Surgery». I kapittelet «workplace issues and staff safety» er rådene som oppgis for å forhindre utvikling av utbrenthet og fatigue å snakke med noen om hvordan man har det, få nok søvn, oppsøke selvpleie i form av yoga, trening, kunst eller turgåing (Cromb, 2023). Ifølge Langeland (2012) kan salutogene faktorer beskrives som helsefremmende og de tar for seg salutogenese og hvordan denne kan anvendes i sykepleien. Faktorene de skriver omhandler mennesket som individ og kan i den forstand forstås som relevant for vår tematikk. Operasjonssykepleiere er levende individer og man kan se på de salutogene faktorene som relevante når det gjelder å ta vare på seg selv i et yrke som kan være mentalt belastende.

3.1.4 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet har fått økende oppmerksomhet i Norge de siste 15 - 20 årene og satsinger på området har fått økt fokus (Haugen & Dåvøy, 2018). I 2009 lanserte WHO «Safe Surgery Saves Lives» som var en kampanje for trygg kirurgi med en sjekkliste med ulike punkter som gjennomgås før pasienten legges i narkose, før operasjonen starter og som avslutning når operasjonen er ferdig (Haugen & Dåvøy, 2018). Ifølge Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) kan pasientsikkerhet også kobles opp mot at helsepersonell er trygge i sin arbeidssituasjon (Ukom, 2023). Mentalt belastende hendelser i

arbeidssammenheng kan føre til utvikling av ulike helseplager hos involverte helsepersonell, noe som igjen kan true pasientsikkerheten ifølge Haavik og Toven (2020).

3.2 Metoder for bearbeidelse

Her vil vi gi en oversikt over hva det teoretiske perspektivet fremmer som metoder for å bearbeide mentalt belastende hendelser. Måten vi oppfatter virkeligheten på gjennom begripelighet, håndterbarhet og mening påvirker ifølge Antonovsky (2012) og Langeland (2012) vår mestringsevne, helse og velvære.

3.2.1 Debrief

Et kjent verktøy som ofte refereres til i forbindelse med bearbeidelse av traumatiske hendelser er debrief. Debrief kan brukes i strukturert og ustrukturert form, i operasjonell og/ - eller psykologisk form (Dyregrov, 2002). Den psykologiske debrief omtaler Dyregrov (2002) som en strukturert støtte innenfor en tidshorisont på et par dager etter en hendelse. Debrief organiseres som et gruppemøte for i fellesskap gå igjennom hendelsen, tanker og inntrykk de involverte helsepersonell sitter igjen med etter en slik hendelse. Debrief har som mål å forhindre unødvendige ettervirkninger etter hendelsen, samt bidra til å styrke samholdet ved å romme følelsesmessig ventilerings og sikre videre oppfølging til de som har behov for det (Dyregrov, 2002). I en debrief av mer operasjonell art er fokuset mer på evaluering av roller, funksjoner, aktiviteter og prosedyrer. Her er hensikten å lære noe av det som har skjedd og skape forbedring gjennom en systematisk gjennomgang av hendelsen (Dyregrov, 2002).

3.2.2 Kollegastøtte

Opprinnelsen til kollegastøtte startet i USA på 1950-tallet i politiet hvor mange brukte alkohol som verktøy for å redusere negative følelser etter en arbeidshverdag som var tøff å stå i. For å motvirke alkoholbruken ble det satt i gang tiltak basert på likemannsprinsippet hvor en kollega kunne gi støtte til andre i politiet. Denne ordningen ble etter hvert kopiert av andre yrkesgrupper hvor stress og psykiske belastninger kunne være en utfordring (Ukom, 2023).

Ifølge Haavik og Toven (2020) vil de som arbeider i hjelperyrker ha behov for kollegastøtte fordi man trenger mer kompetanse og kapasitet på det følelsesmessige planet enn man kan fremskaffe alene. Haavik og Toven (2020) sier videre i sin bok «Ivaretagelse av hjelpere» at mange av hjelperne forteller at gode kollegaer er hovedårsaken til at de klarer å stå i

utfordrende og hektiske yrker og samtidig føle trivsel i jobben sin. Rollen som kollega inneholder flere aspekter hvor både den profesjonelle og den private delen er viktig ifølge forfatterne. Den profesjonelle delen består av at vi utfører arbeidsoppgaver sammen og bistår faglig for hverandre mens man i den private delen tar del i hverandres liv utenom jobben. Kollegaforholdet bygget på disse elementene kan gi rom for god ivaretagelse av hverandre på arbeidsplassen (Haavik & Toven, 2020). Haavik og Toven (2020) påpeker at hjelpen man får fra sine kollegaer bør inneholde bekreftelse og utfordring. I begrepet bekreftelse ligger det at kollegaen forstår opplevelsen personen har hatt og dermed klarer å sette seg inn i den emosjonelle reaksjonen til den andre. Kollegaen trenger bekreftelse fordi det kan være vanskelig å søke hjelp. Utfordring dreier seg om å kunne komme med råd, se saken fra flere sider, rette opp i antagelser som er uriktige og å komme med ny informasjon. Balansen blir viktig og det å ha innslag av begge deler er avgjørende for å kunne gi god kollegastøtte (Haavik & Toven, 2020).

Kollegastøtte satt i et system defineres som organisert kollegastøtte. Det finnes flere former for organisert kollegastøtte og kan tilbys både på individuelt- og gruppenivå (Ukom, 2023). Denne formen for kollegastøtte er en støtteordning hvor utvalgte arbeidstakere blir utpekt av ledelsen til å være tilgjengelige for andre kollegaer som trenger støtte etter å ha opplevd hendelser som har ført til stress og behov for hjelp. Kollegastøtten pågår i arbeidstiden og er forankret i ledelsen som et verktøy for å bistå arbeidstakeren. Den skal ikke erstatte leders ansvar, men være et supplement som kan delegeres fra ledernivå. Kollegastøtte gis fra en kollega til en annen og det er ikke et profesjonelt støtteapparat som driver behandling. Kollegastøtter skal få den nødvendige opplæringen for å ha en slik rolle og bør inneha personlige egenskaper som gjør de egnet til å være kollegastøtte. Det som framstår vanligst i forhold til bruk av kollegastøtte er at det gjøres frivillig og man får ingen ekstra kompensasjon for å ha den rollen i kollegiet (Stuvland, u.å.). Målet med kollegastøtte er å ha et tiltak som kan bedre personalomsorgen og skape åpenhet i organisasjonen. Belastninger og stress i arbeidshverdagen kan påvirke den enkeltes arbeidstakers psykiske helse og som kan gi uheldige konsekvenser (Stuvland, u.å.).

Isdal (2017) tar opp utfordringen med overforbruk av kollegaer og benevner dette som å smitte eller forgifte sine kollegaer og at dette går inn under begrepet tertiærtraumatisering. Denne formen for traumatisering dreier seg om at en tredjepart utsettes for historier og

erfaringer som virker belastende. Tertiærtraumatisering kan ifølge Isdal (2017) forebygges ved at man har selvinnsikt til å vurdere om situasjonen er passende for å fortelle og å forberede sin kollega på hva en har tenkt å dele og om det passer for vedkommende. Forebygging kan også skje ved å skåne sin kollega for de mest grusomme detaljene. Her tar Isdal (2017) for seg en billedlig metafor for å fremstille hvordan man går fram for å dele sine opplevelser. Han sammenligner det med å kaste en stein i vannet hvor bølgene brer seg utover og er sterkest og størst der hvor steinen traff vannet. Isdal (2017) sin oppskrift for å skjerme sine kollegaer er å starte ytterst og bevege seg innover, men viser til at opplevelser ofte blir delt andre veien med de sterkeste inntrykkene først. Dette kan skyldes at man ønsker oppmerksomhet og interesse rundt sin historie eller at det skyldes knapphet på tid og at man ønsker å komme til poenget så raskt som mulig (Isdal, 2017).

3.2.3 Arbeidsgivers ansvar

Ansvar for å forhindre at arbeidstakere blir syke av jobben sin kan ifølge Isdal (2017) fordeles på både arbeidsgiver, kollegaer og arbeidstakeren selv. Isdal (2017) sier videre at kunnskap er avgjørende for alle tre gruppene for å vite hva som kan være skadelig psykisk og vite hvordan å forebygge disse typer skader. Arbeidsgiver har et formelt ansvar gjennom arbeidsmiljøloven. Arbeidsmiljøloven trådte i kraft 1. januar 2006. Loven har som mål å sikre et arbeidsmiljø som fremmer helse og gir mening, og som beskytter mot fysiske og psykiske skader. Arbeidssituasjonen skal være i tråd med samfunnets teknologiske og sosiale utvikling (Arbeidsmiljøloven, 2006, § 1). Haavik og Toven (2020) hevder at ledelsen har en sentral rolle når det gjelder ivaretagelse av sine ansatte. Dette fordrer at systemet har kunnskap om hvilke faktorer som kan være skadelige og hvordan disse kan forebygges.

4 Metode

I dette kapittelet vil vi redegjøre for våre metodiske overveielser når det gjelder innsamling av data. Denne masteroppgaven har et kvalitativt forskningsdesign med dybdeintervju som metode for datainnsamling. Ifølge Malterud (2017) søker kvalitativ forskning å øke forståelsen omkring mening og innhold i data i form av å belyse erfaringer, tanker og følelser hos mennesker. Semistrukturerte dybdeintervjuer tar for seg temaer som intervjuer har bestemt på forhånd og samtalen rundt temaet skal flyte relativt fritt (Kvale & Brinkmann, 2015). Metoden semistrukturerte dybdeintervju tar utgangspunkt i at man forsøker å forstå livsverdenen til informanten gjennom å få innsikt i erfaringer, meninger og holdninger som intervjudeltaker har omkring et tema (Kvale & Brinkmann, 2015; Tjora, 2012). I tråd med disse anbefalingene har vi valgt å intervju fire operasjonssykepleiere på to ulike sykehus. Vi har benyttet semistrukturerte dybdeintervju med åpne spørsmål med det formål at informanten gis frihet til å gå i dybden av temaet. Målet er etter Malteruds (2017) anbefaling å skaffe tilgang på nye synsvinkler som leder til ny og økt kunnskap i forhold til problemstillingen forskningsprosjektet søker svar på.

4.1 Forskningsetiske betraktninger

Det er mange forskningsetiske hensyn å ta i forbindelse med utførelsen av semistrukturerte intervju. Gjennom hele arbeidet med denne masteroppgaven har vi støttet oss til Forskningsetikkloven (2017) og De nasjonale forskningsetiske komiteers grunnleggende retningslinjer for god forskningskikk (2019). Vi har ikke behandlet personopplysninger om helse og sykdom i vårt arbeid, men har hatt ansvar for intervjudeltakernes personopplysninger i form av navn, kontaktinformasjon, arbeidsted, tittel og stemme. Ivaretagelse av intervjudeltakeres personvern ble i januar godkjent av Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT) som er Universitetet i Tromsøs (UiT) personvernombud (vedlegg 1). Videre fikk vi tillatelse fra klinikkledelse til å gjennomføre intervju av ansatte i aktuelle klinikk og vi informerte aktuelle foretaks personvernombud om prosjektet (vedlegg 2). Intervjudeltakerne fikk adekvat informasjon i forkant av intervjuene om hva deltakelse innebar, og hvilke rettigheter de har i forbindelse med sin deltakelse gjennom utsendt informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 3). Vi innhentet samtykke både skriftlig og muntlig før intervjustart og sørget for gjennomføring av intervju utenfor arbeidsplassen for å ivareta deltakernes anonymitet overfor kolleger som kjenner til vårt prosjekt. Konfidensialitet ble ivaretatt ved

hjelp av tofaktorautentisering til intervjumaterialer og innelåste samtykkeskjema. Ved å bruke verktøyet «Nettskjema-diktafon» utviklet av Universitetet i Oslo (UiO, u.å) til intervjuopptak ble intervjudeltakernes personopplysninger sikret via nødvendig pålogging med tofaktorautentisering. Nettskjema-diktafon foretar en automatisk verbatim transkripsjon av intervjuene med tilhørende skjema-id som krever tofaktorautentisering for tilgang. Detaljer fra transkripsjonsmaterialet som kunne gjenkjennes, for eksempel situasjoner som kan være kjent i samfunnet, samt personopplysninger som kom frem i intervjuene ble omskrevet eller tatt bort fra datamaterialet som tiltak for anonymisering. Når det gjelder omskriving eller fjerning av tekst fra transkripsjonsmaterialet fokuserte vi på å bevare informantens ordlyd i teksten for å sikre meningsinnholdet. Malterud (2017) beskriver det å gjengi funn i henhold til informantenes integritet på en velbeskrevet måte: «Leseren har rett til å forvente at resultatene skal stamme fra det empiriske materialet» (Malterud, 2017, s. 45).

Når det gjelder informasjonssikkerhet har vi sørget for at ingen andre enn oss og veileder har hatt tilgang til det skriftlige arbeidet. Lagring av personopplysninger har vært gjort på UiTs VPN-løsning med påkrevd tofaktorautentisering og innelåste samtykkeskjema i personlige skap på UiTs område.

4.2 Rekruttering av intervjudeltakere

Etter å ha mottatt godkjenning fra SIKT (vedlegg 1) og klinikkledelse på aktuelle avdeling (vedlegg 2) startet vi arbeidet med å rekruttere deltakere. Malterud (2017) framhever viktigheten av et strategisk utvalg som best mulig kan besvare vår problemstilling. Vi satte som mål at aktuelle informanter måtte være operasjonssykepleiere med flere års erfaring. Et annet kriterium var at rekrutterte deltakere måtte ha erfaring fra vaktarbeid for å sikre tilgang i forhold til tematikken. For å gå videre i prosessen med å rekruttere intervjudeltakere måtte vi innhente godkjenning fra studieleder ved hjelp av skjema for risiko og sårbarhetsanalyse. Deretter ble våre kontaktopplysninger delt med aktuelle operasjonssykepleiere via avdelingsleder og fagansvarlige operasjonssykepleiere via utsendt informasjonsskriv (vedlegg 4). Det ble til sammen rekruttert fire operasjonssykepleiere fordelt på to ulike sykehus.

4.3 Gjennomføring av intervju

Som tiltak for å begrense risikoen for digitale hindringer som kan oppstå i intervjusammenheng gjennomførte vi et prøveintervju i starten av prosjektet. Prøveintervjuet

gav oss erfaring i intervjusituasjonen og bidro til å teste vår rolleforståelse som intervjuforskere. I tillegg fikk vi utforsket intervjuguiden i forhold til tematikken og sett på hvilke spørsmål som kunne stilles og hvordan stille dem for å komme i dybden innenfor vårt tema. Vi erfarte etter prøveintervjuet at noen av spørsmålene i intervjuguiden måtte endres, mens andre måtte spesifiseres omkring vår tematikk. Prøveintervjuet opplevdes derfor nyttig i mange henseende og vi fikk også gode råd fra vår informant. Prøveintervjuet ble utført i januar med varighet på 60 minutt. Intervjuene ble gjort i slutten av februar og starten av mars med varighet fra 45 - 60 min.

Vi som intervjuere har i henhold til Tjora (2012) ansvaret for å skape en trygg ramme for intervjusettingen med en stemning som åpner rommet for intervjudeltakeren. Vi vektla derfor flere detaljer i forhold til dette som for eksempel å tilby enkel servering, og hvordan plassering og belysningen i rommet var. Vi ordla også vår takknemlighet for at de ville bruke av sin fritid til å stille opp til intervju. Temaet vårt er av en sensitiv karakter som kan by på følelser og derfor være vanskelig å snakke om. Det å føle seg trygg vil derfor være helt avgjørende for å kunne åpne seg opp om temaet (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.4 Intervjuguide

Etter anbefaling fra Kvale og Brinkman (2015) valgte vi å dele intervjuet inn i tre deler hvor vi startet med en presentasjon av oss som intervjuforskere. Deretter gjennomgikk vi informasjon om intervjuets formål og forløp og det ble avklart om intervjudeltaker hadde noen spørsmål angående intervjuet og opplysningene som var kommet frem. Før start poengterte vi viktigheten av at gjenkjennbare faktorer som blant annet tid/sted, personalia og kjønn ble utelatt fra situasjonsbeskrivelser som intervjudeltaker ville fortelle om. Med oss på hvert intervju hadde vi skrevet ut hjelpespørsmål tilhørende intervjuguiden som vi kunne lene oss til som en mal til støtte for å bevare flyten i intervjusituasjonen (vedlegg 4). Inndelingen med våre tanker rundt hva vi ville kartlegge i løpet av intervjuet er som følger:

Innledning:

Intervjudeltakers bakgrunn og forståelse: I denne delen ville vi spørre om intervjudeltakers yrkesaktive bakgrunn og kartlegge forståelse av hendelser i yrkesutøvelsen som har påvirket intervjudeltaker. Dette i form av at vi for eksempel spurte om intervjudeltaker kunne fortelle om hendelser de har opplevd som mentalt belastende. Deretter

tok vi utgangspunkt i en av de situasjonene som intervjudeltaker fortalte om for videre utdyping.

Hovedel:

Reaksjoner: Videre ville vi forsøke å kartlegge om intervjudeltaker kunne fortelle om hvilke fysiske og psykiske reaksjoner hendelsen skapte og hvilke umiddelbare tiltak som ble gjort for å håndtere eventuelle etterspill. Deretter forsøkte vi å gå mer i dybden med å spørre etter hvordan intervjudeltakeren håndterer følelser og tanker som kan oppstå etter slike hendelser umiddelbart og over tid. Vi ville også kartlegge om intervjudeltaker kunne huske om det er forskjeller i reaksjoner og håndteringsmetoder fra tiden som nyutdannet til nå.

Organisatorisk støtte: I denne delen ville vi kartlegge hvilke erfaringer intervjudeltaker har med å innhente eller bli tilbudt støtte fra kolleger eller andre involverte fra situasjonen. Vi søkte samtidig å finne ut av om intervjudeltaker har opplevd utbytte av de ulike former for støtte.

Profesjonell utvikling: Videre ville vi i denne delen av intervjuet avklare om intervjudeltaker er kjent med om det finnes eller har benyttet seg av ressurser eller støtteordninger fra sin arbeidsplass i forbindelse med håndtering av slike hendelser, og i så fall hvilke? Om ikke intervjudeltaker selv kom inn på de meste kjente tiltakene som formell debrief og organisert kollegastøtte ville vi spørre spesifikt om dette. I tillegg ville vi avklare om intervjudeltaker gjennom sin arbeidsgiver har fått tilbud om kurs eller lignende i forkant eller etterkant av en gitt situasjon som støtte for å håndtere psykisk belastende hendelser.

Avslutning: Avslutningsvis takket vi for deltakelse og for at intervjudeltaker ville dele av sine erfaringer.

Til sist ønsket vi intervjudeltaker velkommen til å ta kontakt med intervjuer eller veileder ved spørsmål eller annet tilknyttet intervjuet.

4.5 Analyseprosessen

Vi valgte å analysere datamaterialet tematisk inspirert av Johannessen et al.'s (2018) versjon av tematisk analysemetode. Dette er en metode som byr på frihet og fleksibilitet noe vi mener treffer vår tematikk. Analysemetoden innebærer i grove trekk å lete etter temaer i dataene vi

har samlet inn og på den måten finne svar på de spørsmålene vi har (Johannesen et al., 2018). Det vi søker å identifisere er data med fellesnevner og videre gruppere disse i ulike kategorier (Johannesen et al., 2018). Den tematiske analysen deles inn i fire trinn som innebærer forberedelser, koding, kategorisering og rapportering (Johannesen et al., 2018).

4.5.1 Forberedelser

I den første delen i tematisk analyse fremskaffer man data og får en oversikt over dataene som er samlet inn. Johannesen et al. (2018) poengterer at analysen er lettere å gjennomføre dersom materialet er i skriftform. Våre lydfiler som ble tatt opp ved hjelp av “Nettskjema Diktafon” (UiO, u.å) ble transkribert automatisk over til en tekstfil. Tekstfilene som ble produsert måtte gjennomgå parallelt med å lytte til lydfilen da den automatiske transkriberingen kunne ha tolket ord feil som kunne ødelegge meningsbærende momenter fra informantene. Malterud (2017) påpeker at det er viktig at transkriberingen ivaretar det opprinnelige innholdet for å gi et troverdig resultat. Det å lese intervjuene som tekstfil samtidig som lydfilene ble lyttet til og gjøre korrigeringer der hvor det var nødvendig, førte til at vi dannet oss god kjennskap til datamaterialet. Oversikt over datamaterialet framhever Johannesen et al. (2018) som sentralt i denne første delen av analyseprosessen. Dette arbeidet resulterte i 41 sider renskrevet intervjuetekst basert på de fire intervjuene. Intervjuetekstene ble nøye lest igjennom. Først hver for oss og deretter i felleskap hvor vi gikk mer systematisk til verks. Denne metoden bidro til mer dybdekunnskap om datamaterialet da det å ha to ulike syn reiste diskusjoner rundt tolkninger og derav ga økt forståelse av intervjubesvarelsene.

4.5.2 Koding

Del to i den tematiske analysen er kodefasen hvor man framhever og setter ord på viktige poeng i datainnsamlingen (Johannesen et al., 2018). Kodingen hjelper oss til ny og dypere innsikt i datamaterialet vårt og tilrettelegger samtidig for det neste steget i analysen som er kategoriseringsfasen (Johannesen et al., 2018). Vi startet kodingen med å markere viktige poeng i datamaterialet og noterte ned refleksjoner og tanker rundt poengene vi fant interessante. Denne prosessen ble gjentatt flere ganger hver for oss og deretter i felleskap med det resultat at nye poeng dukket opp på de nye gjennomgangene. Ifølge Johannesen et al. (2018) er det viktig med en grundig koding, men samtidig viktig å selektere hvilke data som skal studeres nøye da det ikke vil være all data som er like relevant. Kodingen skal være i nær

kontakt med data og materialet skal behandles med respekt (Johannesen et al., 2018). Dette innebærer at man ikke generaliserer, men bruker stikkord som gjenspeiler det konkrete innholdet i datainnsamlingen. Det at vi har samarbeidet om denne analyseprosessen gjør at innholdet i datamaterialet er grundig gjennomgått og tolket fra våre ulike synsvinkler.

Tabell 2: Eksempel på koding (Johannessen et al., 2018)

Transkribert intervjuetekst	Kode for
«Når våren kommer så tenker jeg alltid tilbake på en periode jeg hadde på jobb med en stygg trafikkskade. Og jeg glemmer aldri de lydene.....»	Gjenopplevelse Auditative inntrykk

4.5.3 Kategorisering

Denne delen av analyseprosessen innebærer å dele inn data i tematiske kategorier som bidrar til å besvare problemstillingen. Johannessen et al. (2018) ser på prosessen som en måte å samle data med fellesnevner i ulike bokser med hver sine merkelapper. Vi startet derfor med å gi våre forskningsspørsmål fargekoder. Deretter sorterte vi data ved hjelp av de ulike fargekodene til tema som bidro til å besvare forskningsspørsmålene. Arbeidet resulterte i syv kategorier i første utkast som ved nærmere gjennomgang ble redusert til tre hovedkategorier med tilhørende underkategorier. Eksempelvis ved at en kategori som bygger på hvordan operasjonssykepleiere opplever å stå i mentalt belastende situasjoner også inneholder en undergruppe med hvilke mestringsstrategier operasjonssykepleierne bruker når det akutte skjer.

Tabell 3: Eksempel på hoved og underkategorier

Det sårbare i yrkesutøvelsen		
Pasientrelaterte hendelser	Kommunikasjonssvikt	Systemfeil

Påvirkning i kropp og sinn			
Tanker, følelser og kroppslige reaksjoner	Betydning av erfaring	Berørtheten	Reaksjon og mestring

Metoder for bearbeidelse		
Erfaring med Debrief	Gode kollegaer	Arbeidsgivers rolle

4.5.4 Rapportering

I denne delen av analysearbeidet forsøker vi å formidle funn som analyseprosessen leder til (Johannessen et al., 2018). Denne fasen er nært knyttet opp mot kategorisering og skal bidra til å besvare vår problemstilling og vil komme frem i kapittelet om resultater (Johannessen et al., 2018). Arbeidet med rapportering bar preg av en dynamisk prosess der vi arbeidet frem og tilbake mellom de transkriberte intervjuetekstene og kategoriseringen.

5 Resultater

Ifølge Johannessen et al. (2018) er det viktig at forskningsspørsmålene som vi presenterte innledningsvis er med på å bane vei for kategoriseringen av temaer. I kategoriseringsfasen har derfor våre tre forskningsspørsmål vært til hjelp for å se et klarere bilde av hva vi ønsker svar på i studien og dermed bidratt til å sette opp hovedkategorier- og underkategorier av temaer. Datamaterialet vi sto igjen med fra de fire intervjuene ledet i den tematiske analysefasen til tre hovedkategorier hvorav disse hovedkategoriene videre ble inndelt i underkategorier som vi i det følgende vil redegjøre for.

5.1 Det sårbare i yrkesutøvelsen

Denne kategorien har som mål å bidra til å forstå hva våre informanter så på som hendelser de har opplevd som mentalt belastende. Ut ifra intervjubesvarelsene fant vi noen spesifikke hendelser som ble referert til av samtlige informanter. Situasjoner der operasjonssykepleier var involvert i traumemottak er tilfeller som flere viser til.

Så er det jo selvfølgelig traumatologien med det å stå i traumemottaket og ta imot hardt skadde pasienter. Det er klart det gjør noe med oss.

Akutte situasjoner som oppstår på operasjonsstua i form av situasjonsendringer i den kirurgiske behandlingen som skaper sterke syns- og hørselsinntrykk er også hendelser som enkelte av informantene nevner som mentalt belastende.

Og jeg glemmer aldri de lydene [...] pasienten var så knust at man kjente når man tok i foten at det knitret og at bein var knust. I ettertid skjønnte jeg at han egentlig var nesten død hos oss.

I tillegg nevnes situasjoner der pasienten mister livet på operasjonsbordet eller får permanente skader som hendelser med stor påvirkningskraft.

Det kan være traumer, ulike typer av traumer som ender opp med død. Eller ender opp med mange komplekse kvestelser. Det kan være at pasienten aldri blir den samme igjen.

En av informantene forteller om et planlagt keisersnitt hvor det plutselig oppstår en stor blødning hos pasienten og hvor alt fokus blir på å få stoppet blødningen for å redde den nybakte morens liv.

Så plutselig kan situasjonen snu seg og da snur den seg jo veldig [...] det har jeg jo vært borte i på keisersnitt at vi holdt på å miste ei mor

Informanten forteller at hun senere samme kveld treffer på denne kvinnens mann og barn tilfeldig i sykehuskorridoren. Hun forteller om hvordan tankene hennes da dreier mot det fatale som holdt på å skje bare noen timer tidligere. Hun ser for seg at dette kunne vært en mann som opplever sin største krise i livet ved å bli enkemann, og tre barn som har mistet sin mor.

På sykehus med organdonasjon ble donorvirksomhet nevnt som en mulig mentalt belastende hendelse.

Jeg bærer enda med meg både kontrasten mellom å se det store hulrommet hvor det ikke var noen ting. Så ligger det et helt friskt, fint ansikt der.

Informantene oppgir også at det å gjøre feil vurdering eller feil i behandlingen oppleves som mentalt belastende på grunn av ettervirkningene det medfører enten for pasienten eller for operasjonssykepleieren i seg selv. Denne kategorien fremmes av samtlige av våre informanter gjennom ulike utsagn.

Så lenge jeg vet at vi har gjort de rette tingene, så er jeg veldig innstilt på at liv og død det står vi med i hendene og det er en del av gamet, men hvis jeg hadde kunne gjort ting bedre, så hadde det vært tøffere å stå i – det er det ingen tvil om og hadde jeg gjort noe feil, så hadde det gått inn på meg og jeg er 100% sikker på at jeg hadde fått skyldfølelse.

En annen informant tar opp at det å gjøre en for dårlig jobb er noe som kan plage henne.

Jeg bruker nok litt tid på tankegods, men det er ikke sånn at det plager meg, med mindre jeg selv har gjort et stykke arbeid som er helt forferdelig. Det kan jeg plage meg selv med.

Dette bringes også videre til ikke bare personlige feil, men også situasjoner der hvor systemet svikter.

Jeg var med en gang på en operasjon der vi skulle ha en protese som ikke fantes og man måtte sy sammen uten at pasienten fikk sin protese. Ja, det var jo ikke bare min feil, vi var vel flere som gikk hjem med en dårlig følelse.

En av informantene nevner at dårlig samarbeid på operasjonsstua kan være en hendelse som kan oppleves mentalt belastende.

Jeg tenker jo at veldig dårlige samhandlinger med de du er i lag med og at det kanskje skjer uheldige hendelser på grunn av det. Det tenker jeg kan påvirke deg som person, at du på en måte mislykkes på et vis.

5.2 Påvirkning i kropp og sinn

I denne kategorien har vi forsøkt å finne fellestrekk for reaksjoner som operasjonssykepleierne vi intervjuet har opplevd. Det kommer frem flere typer reaksjoner som vi har forsøkt å systematisere i undergrupper.

5.2.1 Tanker, følelser og kroppslige reaksjoner

Av de fire intervjubesvarelsene er det ingen som kan huske å ha opplevd noen sterke fysiske eller psykiske reaksjoner i forbindelse med en krevende situasjon de har møtt på i arbeidssammenheng.

Jeg har nok ikke den der at jeg blir satt ut emosjonelt, nei det kan jeg nok ikke si.

En av informantene kombinerer fysiske og psykiske reaksjoner som kan komme i kjølvannet av en overveldende hendelse.

Jeg har aldri fått noen sånn psykisk reaksjon der jeg har gått i veggen eller spydd eller intens gråting.

Likevel viser det seg etter hvert som man kommer mer i dybden utover i intervjuene at flere har opplevd fysiske reaksjoner etter å ha deltatt i mentalt belastende hendelser.

[...] da kjente jeg skrekken for hva har jeg gjort nå. Da rant det svette nedover ryggen, i hvert fall kjentes det sånn ut.

Fysiske reaksjoner blir også nevnt av en annen informant som var deltakende i flere mentalt belastende hendelser i en periode.

Når våren kommer så tenker jeg alltid tilbake til en periode jeg hadde på jobb, med en stygg trafikkskade [...] bare jeg prater om det den dag i dag, så kjenner jeg at jeg får gåsehud.

Samtlige informanter forteller at de sterke situasjonene de møter på i jobbsammenheng ikke har forstyrret privatlivet i noen stor grad. Samtidig gjentas ofte fraser som at man bærer med seg opplevelser, at man blir beveget eller at noe gjør noe med dem. Ut ifra intervjubesvarelsene representerer dette tankevirksomhet.

[...] det sitter hos meg og det er noe som liksom kommer opp, bare sånn tankemessig sånn dann og vann.

Det at tankene vender tilbake til situasjonen gjentakende ganger uten at man klarer å kontrollere det leder for mange til ettervirkninger som for eksempel dårligere søvnkvalitet.

[...] ligge å tenke på natten, sovner og tenker fortsatt på det når man våkner.

5.2.2 Betydning av erfaring

Relevansen av denne underkategorien og hvilken rolle det å ha erfaring fremheves av samtlige informanter i ulike former.

Man må ta inn over seg at som ny er man mye mer sårbar i den forstand at der er så innmari mye man skal lære.

Erfaringen spiller ifølge våre informanter også en rolle når det gjelder hvordan man har det etter å ha deltatt i stressende og akutte situasjoner.

Men jeg husker når jeg var yngre og ting gikk fort. Da gikk jeg og tenkte mye på hendelsen. En gang gikk jeg til kirurgen og spurte om det var noe jeg kunne gjort annerledes.

5.2.3 Berørtheten

Våre informanter forteller som nevnt tidligere om situasjoner de har møtt på som har gjort noe med dem. At situasjoner de møter på i arbeidssammenheng gjør noe med dem og betydningen av denne påvirkningen fremmes av våre informanter som en nødvendighet for å gjøre en god jobb.

Jeg tror at hvis man kommer dit at man ikke blir berørt av noe, ja da skal man finne en annen jobb.

For en av informantene trekkes frem situasjoner som involverer barn i sin beskrivelse av det å la seg berøre. Tanker om barns uskyldighet og sårbarhet fremmes som årsak til høy grad av påvirkning.

Altså barn er jo et, det er jo noe som griper oss alle, altså blir du ikke på en måte beveget av et barn som er skadet, eller du ikke vet om de overlever, eller altså det ... et barn er jo uskyldig bestandig, sånn at et skadet barn det er jo noe som på en måte treffer deg ekstra.

5.2.4 Reaksjon og mestring

Et fellestrekk informantene viser til er det å bli oppgavefokusert når de står i situasjoner som oppleves stressende og mentalt belastende. I forbindelse med å utføre et gitt arbeid i for eksempel en akutt situasjon gir ikke informantene seg rom for å dvele ved tanker og følelser. Det å ha et system på hvor man for eksempel legger utstyret i det sterile feltet kommer frem som en strategi for å begrense stressnivået.

Jeg blir ikke så stresset for jeg vet at jeg har et system som jeg følger.

I tillegg nevnes mentale forberedelser som en metode mange benytter for å være forberedt når det akutte skjer. Det at man visualiserer sine konkrete oppgaver og i hvilken rekkefølge man gjør dem kan ifølge informantene bidra til økt trygghet i traumatiske situasjoner.

[...] du må mentalt gå igjennom en masse greier og bare forberede deg selv på hva du skal gjøre. Det hjelper veldig for meg. Det er noe med at du på en måte går gjennom det som kan skje i ditt eget hode og jo mer tror du at du kan dine ting.

5.3 Metoder for bearbeidelse

Det at operasjonssykepleiere er ulike som mennesketyper kommer frem som en kompliserende faktor når det gjelder å etablere en fast felles praksis for hvordan man kan bearbeide mentalt belastende hendelser. Intervjumaterialet byr på flere ulike måter å bearbeide på. Informantene poengterer alle at operasjonssykepleieres ulike personligheter bidrar til at man reagerer ulikt. Situasjoner som kan oppleves mentalt belastende for den ene trenger ikke være det for den andre. Det nevnes ulike tiltak som tid i frisk luft og det å gå tilbake på jobb og se at alt er normalt som bidrag til å dempe tankevirksomhet etter å ha deltatt i en mentalt belastende hendelse.

[...] sånn har det aldri vært for meg, men det betyr ikke at ikke andre kan reagere, det vet jeg at noen gjør.

Aksepten for å være ulik og ha ulike behov bekreftes også av en annen informant.

[...] og det er der individet kommer inn med at du og jeg har opplevd det samme, men det betyr jo ikke at jeg er mer følelsesløs enn deg fordi jeg synes det er greit å prate med noen i en time og du vil ha tre timer.

5.3.1 Erfaring med debrief

Ut fra datamaterialet kommer det fram at organisert debrief brukes svært sjelden og flere av informantene forteller at de har vært med på organisert debrief kun en gang i sine yrkeskarrierer som operasjonssykepleiere. Flere av informantene påpeker at bruken av debrief kan være positivt for å forstå hendelsesforløpet og få oversikt, noe som bidrar til å systematisere hendelsen. Det å systematisere hendelsen nevnes av en av informantene som en måte for å bearbeide en mentalt belastende hendelse på.

[...] når tiden får jobbet litt med det og du får systematisert ting, så tror jeg kanskje du klarer å tenke litt mer fornuftig [...] og du får med andre faggrupper som har vært delaktig i situasjonen og kan faglig begrunne og forklare ting, så tror jeg det vil hjelpe deg på veien videre.

Gjennom analysen av datamaterialet ser vi at det som går igjen hos flere av informantene er at en organisert debrief ikke er et egnet forum til å snakke om hvordan man har det og hvilke følelser man bærer på i kjølvannet av for eksempel et traumemottak. Det kommer frem at denne typen debrief har fokuset mest på hendelsesforløpet og hva som er forbedringspotensialet ut ifra det.

Det som kan være fint med debrief er at du får redegjørelse for de faktiske forholdene. Hvis du ikke har skjønt helt hva som egentlig skjedde med den pasienten. Sånn sett kan det være fint, men for å få bearbeidet det mer følelsesmessige, så har jeg tro på at man har nære kolleger som man kan prate med.

I tillegg oppgis en form for maktstruktur i rommet for debrief som av operasjonssykepleiere kan oppleves som hinder for godt utbytte.

Det blir gjerne noen veldig sterke stemmer også opplever man selv at man kommer i bakleksa. Det var kanskje ikke så viktig det jeg stod med, det er fort gjort at man tenker det.

Utfordringer med å gjennomføre debrief oppgis i hovedsak av samtlige informanter å være på grunn av manglende tid.

Det som har vært utfordringen med de gangene vi har hatt, eller skulle ha hatt debrief, så har det ofte vært vanskelig å samle teamet etterpå fordi folk går til neste oppgave. Det ligger andre pasienter og venter som for vår del er neste pasient på programmet.

5.3.2 Gode kollegaer

Informantene våre fremhever alle viktigheten av å ha gode kollegaer for å bearbeide hendelser som har påvirket dem uansett grad. Det framkommer at informantene har noen faste kolleger som de står nært og som de henvender seg til hvis behovet oppstår. Dette er kollegaer de har

en god relasjon til også utenom arbeidstid. Ut fra datamaterialet sees i tillegg en tendens til at informantene vektlegger at de helst henvender seg til kollegaer med lang erfaring. En av informantene trekker fram betydningen av å ha livserfaring utenfor jobb som viktig for å være en som kan støtte andre kollegaer. Det å ha kollegaer å snakke med virker for flere av informantene som helt vesentlig for å kunne stå i jobben som operasjonssykepleier.

Vi hjelper hverandre masse. Herregud, jeg hadde ikke klart meg uten dem.

Viktigheten av å ha gode kollegaer å støtte seg til kommer også fram hos en annen informant.

Gode kollegaer er vel det som egentlig har bidratt til at man har kommet seg igjennom en del ting.

Betydningen av å ha de samme referanserammene ut ifra en hendelse fremtrer som viktig i analysen av datamaterialet. Informantene løfter betydningen av å snakke med de som har vært i samme situasjon som de selv har stått i.

Vi hadde ikke noen formell samling. Men det var jo på natten så vi satte oss jo ned og pratet etterpå. Det gjør vi jo veldig ofte når det har vært sånne hendelser som vi har behov for å snakke oss igjennom. Da er det i hovedsak de du har jobbet med som er god å prate med.

5.3.3 Arbeidsgivers rolle

Det beskrives av noen at de har full tillit til at arbeidsgiver vil følge opp dersom man ved henvendelse erkjenner et behov for hjelp. Det er imidlertid opp til den enkelte å oppsøke sin nærmeste leder i slike tilfeller. I tillegg fremheves en oppfatning av at det fra ledelsens ståsted alltid finnes rom for å bruke spesielle hendelser til erfaringsdeling i kollegiet. Alle informantene i vårt utvalg trekker fram at flere ulike mennesketyper blant kollegaene kan være en årsak til at det å iverksette en standardisert form for systematisk oppfølging er vanskelig å få til. Resultat blir at det er opp til den enkelte å be om hjelp om behovet skulle melde seg.

Jeg synes egentlig ikke man blir ivaretatt av arbeidsgiver. Det er opp til hver enkelt å bringe det til torgs.

Av informantene selv fremheves tiltak arbeidsgiver kan tilby som for eksempel kollegastøtte.

Jeg har veldig tro på det med kollegastøtte. Det er kanskje det som er enklest å få til. Alt som blir så organisert, det er ikke så lett å få gjennomført. Det skal jo være en slags uformell sak, men det er likevel noen som har mer kompetanse på det som man kan snakke med i en sånn kollegastøtteordning.

Andre forslag til organiserte tiltak som kommer frem i datamaterialet er det å legge til rette for at man kan gå gjennom og øve på akutte hendelser, enten i form av simulering eller øvelser. En av informantene hevder imidlertid at det settes av for lite tid og ressurser til å gjennomføre nok øvelser og simulering.

Da kunne man jo tenke at kanskje ledelsen skulle legge opp til litt mer trening og drilling. Det er jo det man skulle ha ønsket, men det som man ser er litt fortvilende mot i hvert fall de nærmeste ledere man har, det er jo at alt går jo på penger og ressurser.

Flere av våre informanter fremmer også viktigheten av at det i kollegiet gis tid og rom for diskusjoner rundt hendelser som noen har opplevd.

For ofte bare det å få den diskusjonen rundt kan ta en videre og få diskutert hva var det som skjedde og hvorfor og hvordan. Det er jo noe med det tenker jeg, at det er jo læring i alt vi står i.

Arbeidsmiljø løftes frem av informantene som relevant for hvor åpen og ærlig man kan være overfor sine kolleger i felleskap etter å ha opplevd en mentalt belastende hendelse.

Det er aldri sånn at jeg hever øyenbrynene for at noen uttrykker at det her vil vi gjerne prate om eller vi vil høre om. Da kan de få lov å fortelle historien.

6 Drøfting

I dette kapitlet vil vi drøfte hovedfunnene som har kommet frem i analysedelen opp mot vår problemstilling, den teoretiske referanserammen, komponenter fra tidligere forskning og nye teoretiske perspektiver. Resultatene fra analysen ble delt i tre hovedkategorier med tilhørende underkategorier som i dette kapitlet vil være utgangspunktet for vår diskusjon.

6.1 Det sårbare i yrkesutøvelsen

I resultatene fra datamaterialet vårt ser vi flere likhetstrekk når det gjelder hvilke opplevelser de fire operasjonssykepleierne viser til som de har opplevd som mentalt belastende.

Operasjonssykepleierne forteller om situasjoner de deltar i der liv og helse står på spill for pasienten, for eksempel i traumemottak etter en ulykke med hardt skadede pasienter, eller et keisersnitt der den nybakte mor står i fare for å miste livet på grunn av en blødning peroperativt. Informantene sier at slike hendelser har gjort noe med dem som person og at de tenker tilbake på hendelsene med jevne mellomrom.

Basert på historier som våre informanter har fortalt ser vi hvordan operasjonssykepleiere kan utsettes for indirekte belastninger som Isdal (2017) referer til. I beskrivelsen av keisersnittet som holdt på å gå galt kommer det frem at det ikke bare er den direkte belastningen med den akutte og livstruende situasjonen som oppstår, men også tanker i etterkant omkring hvilken sorg dette kunne blitt for de nærmeste til pasienten. Informanten kjenner på sårbarheten ved at livet raskt kan snu når hun tenker på denne familien. Samtidig er sårbarheten ifølge Martinsen (2012) en styrke som gjør at vi mennesker evner å føle empati for andre. Sårbarheten som informanten vår kjenner på, kan etter vår mening være med å gjøre henne til en bedre og mer omsorgsfull operasjonssykepleier. Det å kunne forstå og anerkjenne andre er ifølge Martinsen (2003) en viktig egenskap for å kunne yte omsorg. Våre informanter sier at det å stå med livet og døden i hendene er en naturlig del av det å være operasjonssykepleier og som de har innfunnet seg med. Med henblikk til Antonovskys (2012) teori om sammenheng, kan det at informanten har erkjent denne begripeligheten og forståelsen av livet sammen med en innsikt i at det ikke er alt operasjonssykepleiere rår over, etter vår oppfatning være med å øke deres motstandskraft. Opplevelsen av sammenheng kan ifølge Antonovsky (2012) skape en indre trygghet som er gunstig mot det patogene.

Gjennom vårt datamateriale presenteres vi for situasjoner operasjonssykepleiere kan møte på som innebærer risiko for mentale belastninger. Samtlige informanter beskriver at det å ta del i slike hendelser har gjort noe med dem. Disse gjentatte utsagnene som at noe «gjør noe med meg», og at man «bærer det med seg» har i vårt analysearbeid ledet til en undring over betydningen. At en situasjon eller opplevelse som våre informanter har hatt i arbeidssammenheng har preget dem videre i livet kan også tolkes som at det ikke utelukkende har vært en skremmende og negativ opplevelse. Haavik og Toven (2020, s. 135) viser til «arbeidsgevinster» ved at man kan vokse personlig etter å ha håndtert en traumatisk hendelse. I tillegg kan helsepersonells følelse av tilfredshet forklares som «omsorgstilfredsstillelse» når man har hjulpet et annet menneske Haavik og Toven (2020, s.135). De beskriver det faktum at man som helsepersonell kan forsterke sitt livssyn basert på traumatiske opplevelser i arbeidssammenheng som gjør oss mer bevisste overfor egne verdier. Videre forklarer Haavik og Toven (2020) at helsepersonell gjennom deltakelse i traumatiske hendelser opplever at man utvikler en mer empatisk holdning overfor andre mennesker rundt seg.

Funn fra tidligere forskning viser til emosjonelle konsekvenser som operasjonssykepleiere, sykepleiere og jordmødre beskriver i forbindelse med traumatiske hendelser. Følelser som tristhet og en voldsom medfølelse for de etterlatte kommer frem i studier som omhandler operasjonssykepleieres og sykepleieres opplevelser i forbindelse med organdonasjoner (Barisa & Struksnes, 2021; Bacon, 2017). Buhlman et al.'s (2022) studie understøtter disse beskrivelsene fra sykepleier og jordmødres perspektiv ved at fortvilelse og tristhet overfor det meningsløse er representative følelser i forbindelse med en kritisk eller traumatisk hendelse de har deltatt i. Felles for disse tre studiene er hvordan intervjudeltakerne oppgir et klart behov for å dele byrden for å redusere den negative påvirkningen. Disse beskrivelser reiser spørsmål og grunnlag for refleksjon for hva som ligger i det å dele byrden. Ifølge Norsk Akademisk Ordbok (2017) er en byrde per definisjon noe tungt som bæres i den grad at det er eller blir en belastning. Når sykepleiere, jordmødre og operasjonssykepleiere selv tar i bruk ordet byrde gir det et inntrykk av hva de tenker om de erfaringer de har gjort seg. Vi er gitt eksempler på situasjoner som kan bidra til at man som operasjonssykepleier og samtidig et levende menneske som del av et samfunn ser hvor sårbart det å leve faktisk kan være. Bare det å bære på risikoen for at man gjennom sitt arbeide blir eksponert for livets sårbarhet kan i seg selv oppleves som en mental belastning eller en byrde. Risikoen for at en situasjon som i utgangspunktet er preget av kontroll og systematisk fremdrift plutselig snur og blir preget av

nød og akuttkirurgi er en side av det å arbeide innenfor det kirurgiske fagfelt som operasjonssykepleiere må være forberedt på. I vårt datamateriale kommer det frem hvordan operasjonssykepleierne forbereder seg mentalt ved å bruke et fast system for plassering av de kirurgiske instrumentene som de alltid følger uansett situasjon. Etter vår tolkning kan man strekke seg til å si at denne formen for å følge et fast system bidrar til at den byrden det å alltid være i beredskap kan oppleves lettere å bære.

Alle våre informanter tok opp det å gjøre feil eller å gjøre en dårlig jobb som noe de brukte mye tankevirksomhet på. En av informantene forteller at hun plager seg selv med tanker omkring å ha gjort en dårlig jobb mens en annen informant forteller at det hadde gått sterkt inn på henne om hun hadde gjort en feil. Skyldfølelse tas også opp i tidligere forskning hvor man i Wus (2000) studie bruker begrepet «second victim» hos leger som begår feil og sitter igjen med skyldfølelse. De som begår feil, blir et indirekte offer og vil kunne trenge hjelp i ettertid. I studien kommer det fram hvor skadelig det kan være hvis helsepersonell ikke blir ivaretatt følelsesmessig etter slike hendelser (Wu, 2000). Sett fra vårt ståsted virker det plausibelt at dette vil gjelde også våre informanter på bakgrunn av deres beskrivelser om skyldfølelser. Dette reiser en undring om årsaken til skyldfølelsen kommer av omsorgen operasjonssykepleierne har for pasienten, noe også NSFLOS stadfester som grunnleggende i operasjonssykepleien i de ansvar- og funksjonsbeskrivelse (NSFLOS, 2023). Ubehaget ved å ha gjort en feil kan også dreie seg om å miste ansikt i forhold til seg selv eller resten av operasjonsteamet. Det finnes også en mulighet for at årsaken til skyldfølelse er en kombinasjon av de nevnte faktorene. Skyldfølelse belyses også av Buhlman et al. (2022) som tar for seg det å gjøre feil med påfølgende tap av profesjonell selvtillit, skamfølelse, tristhet og frykt for konsekvenser. Vårt arbeide preges av å ha pasientsikkerheten i førersetet og når helsepersonell bevitner at pasientens sikkerhet trues kan dette representere en mental belastning på grunn av skyldfølelse.

6.2 Påvirkning i kropp og sinn

Basert på funn fra datamaterialene ser vi at helsepersonell rapporterer flere former for mental påvirkning av situasjoner de møter på i yrkessammenheng. Hvilke faktorer som spiller inn i forhold til grad av påvirkning har vi forsøkt å beskrive systematisk og reflektere over basert på inndeling i underkategorier.

6.2.1 Tanker, følelser og kroppslige reaksjoner

Det er ingen av våre informanter som forteller at de har opplevd langvarige og alvorlige reaksjoner etter hendelser i jobbsammenheng. Flere av informantene benekter at de har blitt påvirket slik at det har forstyrret livet deres utenfor jobb.

Ifølge Bacon (2017) og Buhlman et al. (2022) opplever sykepleierne en følelse av tristhet overfor det meningsløse i situasjonen. Dette understøttes av Barisa & Struksnes studie (2021) fra operasjonssykepleieres perspektiv ved at de som er involvert i organdonasjoner føler på tristhet over det meningsløse de overværer. Antonovsky (2012) betrakter meningsfullhet som en dimensjon for opplevelse av sammenheng. Det å kjenne på det meningsløse i situasjoner med organdonasjon etter for eksempel selvmord kan etter vår oppfatning gjøre situasjonen ekstra utfordrende for våre informanter å stå i. Våre informanter har fortalt at de i perioder har opplevd å sove dårligere, at de tankemessig har vendt tilbake til situasjonen og at dette har preget dem i den grad at de hjemme har lagt merke til det. Bundet av taushetsplikten har ikke informantene hatt mulighet til å dele av sine opplevelser med de hjemme, men de har likevel opplevd forståelse for at de noen ganger har behov for ekstra kjærlighet etter å ha vært med på tragiske hendelser på sin vakt. Dette ser vi fremstår som en dissonans i forhold til at våre informanter samtidig benekter at situasjoner de møter på i jobbsammenheng preger dem i privatlivet. Våre refleksjoner rundt dette leder til at det kan være den langvarige skadeeffekten som uteblir, men at påvirkningen er reell.

6.2.2 Betydning av erfaring

Våre informanter er helt klare i sin oppfatning av at erfaring er av sentral betydning for hvordan man bearbeider traumatiske hendelser. Isdal (2017) nevner at kompetanse, erfaring og tilvenning har betydning for hvor fysisk og emosjonelt berørt vi blir i våre yrkesliv. Etter vår oppfatning kan kompetanse øke vår forståelse av hva som skjer og vite hva vi kan gjøre med det, noe som igjen kan gi trygghet i situasjonen. Erfaring går også inn under kompetanse ved å ha vært i situasjoner som ligner tidligere som gjør at man vet hva som er best å gjøre i den gitte situasjonen. Antonovsky hevder også at opplevelsen av sammenheng (OAS) er høyest etter fylte 30 år og at en sterk OAS har en positiv innvirkning på å håndtere jobbrelatert stress (Lindstrøm & Eriksson, 2015). Bang (2003) tar også for seg betydningen av livserfaring som en styrke i forhold utvikling av helseplager på bakgrunn av

sekundærtraumatisering. Disse faktorene kan være med å forklare hvorfor informantene våre definerer erfaring som viktig for å bearbeide mentalt belastende hendelser. Isdal (2017) hevder at å ha vært med på traumatiske hendelser gjentatte ganger gir en tilvenning som krever at opplevelsene må bli sterkere og sterkere for at vi skal reagere. Våre informanter har lang erfaring fra yrket og kan derfor ha vært igjennom denne tilvenningsprosessen som Isdal (2017) beskriver. Etter vår oppfatning kan de ha opparbeidet seg et skjold som begrenser den mentale belastningen fra traumatiske hendelser.

6.2.3 Berørtheten

En informant trekker fram at det er naturlig og viktig å bli berørt av det en opplever i yrkessammenheng og at evne til å bli berørt må være til stede for å kunne gjøre en god jobb. Informantene uttaler det så sterkt som at hvis en operasjonssykepleier kommer dit at ingenting går inn på dem, så er kanskje tiden moden for å finne noe annet å gjøre. Teorien tar også tak i dette fenomenet og ser på at tilvenning er en naturlig prosess, men kan bli et problem om hjelperen blir følelseskald (Isdal, 2017). Ifølge Haavik og Toven (2020) diskuteres denne uberørtheten ut ifra det perspektivet fra å være profesjonell. Å ikke vise følelser når man står i en krevende pasientsituasjon regnes av noen ifølge Haavik og Toven (2020) som å forholde seg profesjonelt. I tidligere forskning opereres det med benevnelsen omsorgstrøtthet i forbindelse med gjentatt å bli utsatt for eksponering av andres lidelse (Bissett, 2022). Omsorgstrøtthet som igjen kan lede til at man i sykepleierrollen blir mer irritabel, risikerer å gjøre feil i behandlingen som fører til ytterligere negative tanker og følelser (Bissett, 2022). Etersom sykepleie bygger på empatiske verdier kan dette forstås med at å bli trøtt av å gi omsorg kan påvirke kvaliteten i pleien som gis. Etter vår oppfatning kan refleksjoner omkring dette bidra til en bevissthet overfor den hårfine balansegangen i graden av det å la seg berøre og bli viktig for å mestre hverdagen som operasjonssykepleier.

6.2.4 Reaksjon og mestring

To av informantene våre forteller at de legger vekt på å opptre rolig i akutte situasjoner og at å holde fokus på arbeidsoppgavene er til stor hjelp for å klare å stå i situasjonen. Isdal (2017) skriver at mennesket er laget for å mestre og å kunne overleve og at vi i krevende og ekstreme situasjoner har en egen evne til å bli rolige og opptre samlet og fokusert. En av våre informanter forteller om hvordan visualisering hjelper henne ved å se for seg ting som kan

skje. Vi tenker oss at visualisering kan bidra til å øke fokuset i en akutt situasjon fordi operasjonssykepleieren har dannet en forestilling om hva hun skal gjøre i den gitte situasjonen og i hvilken rekkefølge arbeidsoppgavene bør gjøres. Videre beskriver Isdahl (2017) det å sette på autopiloten som at man gjør ting uten å tenke. Arbeidsoppgavene er automatiserte og understøttes av våre informanter når de forteller at de følger et fast system i måten de for eksempel legger de kirurgiske instrumentene på bordet. Denne formen for automatisering bidrar ifølge våre informanter til mestring i situasjonen når det akutte skjer, men det fremstår som at det er først i ettertid at reaksjonene kommer. Buhlman et al.'s (2022) studie viser til ettervirkninger i form av at flere intervjudeltakere beskriver at de går inn i en drøvtyggerperiode etter en mentalt belastende hendelse. Dette forklares med at de går på jobb og gjør sine arbeidsoppgaver på autopilot uten å stoppe opp og gi rom for ettertanke når de egentlig har behov for det. En av intervjudeltakerne i Buhlman et al.'s studie (2022) fortalte om da hun fikk et kraftig sammenbrudd med ukontrollert gråt ute i sykehuskorridoren en stund etter å ha gått på autopilot. Det er ifølge Isdahl (2017) først når vi i ettertid er trygge at reaksjonene kommer. En undertrykkelse av sine følelser kan ifølge Haavik og Toven (2020) beskrives som emosjonell dissonans mellom de følelser hjelper erfarer og de følelser man som hjelper kan gi uttrykk for. Oppsummert ser vi at det kan være nyttig med en evne til å bruke autopilot, men også viktig å koble autopiloten av for å gi rom for ettertanke og refleksjoner omkring det operasjonssykepleieren har opplevd.

6.3 Metoder for bearbeidelse

Om man vender blikket mot Vanhaect et al.'s (2022) beskrivelse av formålet med en organisatorisk støtteordning der målet er ivaretagelse av helsepersonell, kan man stille seg undrende til hvorfor dette ikke kommer mer synlig frem i hverken våre datamaterialer så vel som i tidligere forskning. Vår oppfatning er at arbeidsgiver burde ha interesse av at helsepersonell ikke drar hjem og lider alene etter å ha opplevd en mentalt belastende hendelse. På den ene siden på grunn av et ønske om at helsearbeideren evner å legge hendelsen bak seg slik at vedkommende kan fortsette å gjøre en god jobb og utvikle seg profesjonelt, noe som er relevante egenskaper også for å ivareta pasientsikkerheten. I tillegg vil det å være trygg og trives på jobb ifølge Statens Arbeidsmiljøinstitutt kunne sidestilles med velvære som kan bidra til å begrense sykefravær (STAMI, 2019). Når den mentale helsen

svikter er det en sannsynlighet for at det tilkommer psykologiske symptomer med påfølgende fysiske ubehag (Haavik og Toven, 2020). I resultatene fra vårt datamateriale kombinert med funn fra tidligere forskning fremmes noen organisatoriske verktøy til bruk for å bearbeide mentalt belastende hendelser.

6.3.1 Debrief

Samtlige av våre informanter fortalte at debrief var noe som svært sjelden ble brukt og selv om de alle hadde lang erfaring som operasjonssykepleiere hadde de kun deltatt på et fåtall debriefer. Informantene har et litt tveegget syn på hvor godt debrief fungerer. Flere av informantene forteller at de blir oppgavefokuseret under akutte hendelser og får derfor ikke med seg helheten. En av informantene nevnte eksempelvis at hun i en akutt situasjon med en blødning hadde så stort fokus på sine arbeidsoppgaver at hun kun fikk med seg brøkdeler av det som skjedde på operasjonsstua. Samtidig påpeker flere av informantene at det er hensiktsmessig med en gjennomgang for å få en redegjørelse for de faktiske forhold. En slik hendelsesgjennomgang vil som informantene uttaler, kunne gi en bedre forståelse av hele situasjonen og gi mulighet for svar på ubesvarte spørsmål som teammedlemmene har. En debrief innebærer ifølge Isdal (2017) å gå systematisk igjennom en traumatisk hendelse. Det å ikke sitte igjen med mange ubesvarte spørsmål etter en hendelse kan etter vår mening være nyttig for å kunne bearbeide mentalt belastende hendelser. På den andre siden uttaler informantene at debrief ikke er veldig egnet for å bli personlig og åpne opp om sine egne følelser. I analysedelen kommer det fram at informantene syntes at debrief ikke egner seg fordi det blir for stort antall mennesker og at det kan oppstå en ubalanse i maktforhold. En av informantene forteller om en debrief som hadde vært gjennomført i hele mottaksteamet hvor det ikke ble sagt så mye, noe informantene trodde skyldtes at de ikke våget å prate på grunn av for stort forum. Tidligere forskning på debrief samsvarer på dette feltet med vårt funn. Det er ifølge Rein og Ribu (2022) og Skegg et al. (2023) ikke uvanlig for sykepleiere å oppleve hierarkisk struktur på debriefene som igjen vanskeliggjør det å åpne seg og fortelle om sine opplevelser av situasjonen. En annen informant i vår studie bekrefter også denne opplevelsen under debrief og uttaler at hun kan komme til å tenke at det hun opplevde i den aktuelle situasjonen ikke var så viktig. Dette kan etter vår mening igjen føre til underkjennelse av egne følelser og at man legger lokk på det man synes er vanskelig. Om man da ser tilbake på Buhlman et al.'s (2021) funn når det gjelder det å bli fanget i kjølvannet av hendelsen,

understøttes denne oppfatningen med beskrivelser av hvordan tankesett og følelser preges i ettertid fordi man ikke har gitt rom for disse reaksjonene tidsnært hendelsen.

Muligens kunne man fått et større utbytte av debrief dersom antallet deltakere var lavere, for eksempel at man involverte deltakere kun på avdelingsnivå. Medlemmene vil være de man jobber med til daglig og det at man kjenner hverandre kan muligens føre til at deltakerne føler seg tryggere og at sjansen for maktubalanse kan reduseres. Muligheten er imidlertid til stede for at man ikke får framstilt hele hendelsesforløpet fordi man mister detaljer fra profesjoner som blir utelatt i debriefen. Ifølge Isdal (2017) skal en debrief være et metodisk arbeid basert på emosjonsforståelse. Det fordrer derfor at man tør å komme inn på det emosjonelle sporet og kompetanse hos den som leder debriefen blir helt sentralt. Lederen må tørre å stille spørsmålene som kan være følsomme og vanskelige. Debrief blir ofte en gjennomgang av hendelsesforløpet uten den nødvendige tilnærmingen til traumet som den ansatte har gått igjennom (Isdal, 2017). Som nevnt ovenfor med informanten som nevner deltakelse på debrief hvor det blir sagt lite, så kan det tyde på en for lite tydelig leder av debriefen.

Ingen av våre informanter har blitt tilbudt kurs eller lignende for forebyggende å kunne håndtere mentalt sterke inntrykk i jobbsammenheng. Isdal (2017) hevder at de fleste mennesker trenger trening på å bli gode lyttere og at organisasjoner bør lære sine ansatte hvordan de skal ta imot historier fra andre kollegaer. Debrief brukes sjelden ifølge våre informanter noe som etter vår oppfatning gjør det vanskelig å bygge opp kompetanse på å dele sine historier og bli gode lyttere gjennom bruk av debrief. Når det i tillegg ikke tilrettelegges for læring i organisasjonen av disse egenskapene, kan man gå ut fra at å ta imot opplevelser fra andre kan være et forbedringspotensial hos mange. Kombinasjonen av store debrief grupper og manglende erfaring på å lede debrief kan etter vår mening være en plausibel forklaring på at debrief ikke gir det beste utbytte for å bearbeide det følelsesmessige.

Et annet funn som kommer frem i datamaterialet omkring bruk av debrief er betydningen av nærhet i tid til hendelsen. En av våre informanter uttaler at det er vanskelig å få til debrief rett etter en hendelse da man må haste videre i programmet. Informanten hevder at hvis det går for lang tid etter en hendelse, så mister man blikket og følelsene rundt hendelsen.

Tidsperspektivet etter en hendelse bekreftes også av Dyregrov (2002) som sier at det er viktig at en debrief skjer senest etter noen dager fra en hendelse.

6.3.2 Gode kollegaer

Det er en unison oppfatning blant våre informanter om at den støtten man får fra andre kollegaer ikke er mulig å unnvære og framstår svært viktig i det å kunne bearbeide mentalt belastende hendelser for operasjonssykepleiere. Dette funnet samsvarer med tidligere forskning hvor kollegastøtte kommer fram som svært viktig i Barisa og Struksnes (2021) sin studie for håndtering av sterke inntrykk. Teorien støtter også oppunder viktigheten av støtte fra sine kollegaer. Støtten man får kan fungere som «safe place» som Isdal (2017) nevner som en av tre faktorer for hvor belastende en situasjon oppleves. «Safe place» kan i forhold til Antonovskys (2012) teori fungere som en salutogen faktor for å forhindre det patogene i å slå rot. Alle våre informanter fremhevet kollegastøtte som en viktig ressurs. Informantene våre har imidlertid lang erfaring og har trolig derfor etablert et solid nettverk av kollegaer. Et nettverk og en kollegial fortrolighet som man som nyansatt eller vikar ikke nødvendigvis har fått opparbeidet seg. Her er det åpenbart mange ansatte som kan gå under radaren og derfor ikke får dekt sitt behov for bearbeidelse etter en mentalt belastende hendelse. Slik vi ser det kan det være at ledere støtter seg til denne uformelle kollegastøtten og tenker at behovet ikke er så presserende med tiltak som er organiserte.

Organisert kollegastøtte er ikke et etablert tiltak på noen av våre informanters arbeidsplasser. Informantene er usikre på hvor godt et slik tiltak vil fungere og hevder at de ikke ønsker å få utpekt en person de skal samtale med, men vil velge kollega ut fra personlig kjemi. Det kommer fram i intervjumaterialet at informantene hevder at det er noen de prater lettere med enn andre eller at det er noen som har vært i samme situasjon og har de samme referansene. På den andre siden hevder informantene at en organisert ordning med kollegastøtte kan være bra for de som er ny eller er vikarer og ikke har et etablert nettverk å velge ut fra.

Isdal (2017) tar fram viktigheten med å ikke bruke kollegaer i så stor grad at det går utover dem i forhold til det å bli traumatisert som en tredjepart. Ut fra dette kan man tenke seg at en ordning med organisert kollegastøtte kunne føre til tertiærtraumatisering for den som sier ja til å være kollegastøtte ettersom vedkommende blir den som mange henvender seg til. Samtidig har den som sier ja til å være kollegastøtte en mulighet til å forberede seg mentalt på forhånd før disse samtalene, noe Isdal (2017) hevder er viktig for å unngå tertiærtraumatisering. Samlet sett tenker vi at en positiv side ved en organisert ordning vil være at den som har rollen som kollegastøtte vil få mulighet til å forberede seg gjennom mentale forberedelser. I

tillegg vil denne personen kunne øke sin kunnskap om det å stå i rollen som kollegastøtte ettersom de deltar på kurs og øker sin kompetanse på området. Det vil trolig være lettere for arbeidsgiver å følge den ansatte opp med tiltak og støtte ettersom rollen som kollegastøtte er offisiell i avdelingen. I motsatt fall der kollegastøtte foregår uorganisert vil det kunne komplisere arbeidsgivers mulighet til å sørge for at den som brukes til kollegastøtte får tilstrekkelig med støtte og kompetanse til å inneha rollen i kollegiet.

6.3.3 Arbeidsgivers rolle

Funnene i dataanalysen viser at informantene er noe delte i opplevelsen av å bli godt ivaretatt av arbeidsgiver etter å ha stått i mentalt belastende hendelser. Noen opplevde at tøffe inntrykk var en del av jobben og noe man bare måtte stå i, mens andre imidlertid uttrykte at det var stor åpenhet hos lederne og interesse for å ivareta den enkelte. Det at ledelsen har fokus på tematikken etter slike hendelser har stor betydning for følelsen av å bli ivaretatt (Isdal, 2017). Når det gjelder å øke kunnskap om å håndtere mentalt belastende hendelser er det ingen av de fire informantene som har fått tilbud om kurs eller seminar. Isdal (2017) hevder at kunnskap om helsefarene ved å jobbe i psykisk belastende yrker er viktig for disse arbeidstakerne. I arbeidsmiljøloven framkommer det spesielt at arbeidsgiver har et ansvar for at den ansatte skal kjenne til risikoen forbundet med sine arbeidsoppgaver og innebærer ansvar for at arbeidstaker får adekvat opplæring for å redusere risikoen (Arbeidsmiljøloven, 2006, § 3-2). En av informantene tar opp flere ganger under intervjuet at det hadde vært lærerikt og nyttig dersom en fagperson kunne arrangert en fagdag hvor fokus hadde vært på mestringsstrategier etter mentalt belastende hendelser. Det framstår ut fra våre funn at arbeidsgiver har lite fokus både på å forebygge og reparere mentale skader. Det er et interessant spørsmål å stille om behovet for å bruke tid i etterkant av mentalt belastende hendelser hadde blitt mindre dersom man hadde hatt større fokus på forebygging. Søkelys på forebygging kunne etter vår oppfatning trolig økt kompetansen til hver enkelt ansatt omkring å håndtere mentalt belastende hendelser gjennom lærte mestringsstrategier.

Funn fra datamaterialet viser at informantene erfarer at de må ta tak i egen situasjon om de opplever at de ikke har det bra og gjøre seg tanker omkring hvilke tiltak som kan iverksettes for å bedre situasjonen. En av informantene tar opp at det er en selvfølge at man tar tak i ting og melder et behov for hjelp dersom man trenger det etter å ha stått i en situasjon som har vært tøff og utfordrende. Isdal (2017) sier også at ansvaret for å forebygge psykiske skader

ligger hos den ansatte selv, men er det gitt at alle vet når de trenger hjelp? Kan det være at man først ser i ettertid at den situasjonen man stod i var så mentalt belastende at man skulle oppsøkt hjelp. Kanskje er det neste gang man opplever en lignende situasjon at det hele kommer over en for full og dobbel tyngde. En av informantene beskriver en periode på våren med flere alvorlige hendelser i jobbsammenheng. Hendelsene kommer tilbake til henne hver vår og hun sier at hun aldri glemmer de lydene og at hun får gåsehud bare hun prater om episoden. Perioden har festet seg til henne og hun tenker tilbake på det hun opplevde hver gang når våren kommer. Selv sier informanten at hun lever greit med denne tilbakevendingen til disse opplevelsene, men vi undres om følelsen av gåsehud og tanker som dukker opp hver vår kan være en form for sekundær traumatisering. Dette kan etter vår oppfatning være et signal på at det ikke alltid er enkelt å selv kjenne om man trenger hjelp eller har behov for å få snakket ut om tøffe ting man ha opplevd på jobb.

6.4 Metodediskusjon

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) er det flere metodiske fallgruver forskere bør overveie når man arbeider med intervjustudier. Herunder vil vi dele våre refleksjoner rundt noen av disse, samt hva vi ser på som negativ og positive sider med prosjektet.

6.4.1 Svakheter

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) spiller betydningen av erfaring en sentral rolle når det gjelder dybdeintervju. Vår manglende erfaring som intervjuforskere kan ha utgjort en risiko for at vi ikke har oppnådd tilstrekkelig dybde i intervjuene. Dette ser vi eksempelvis ved at informant for eksempel svarer at «det gjør noe med oss» eller «man bærer det med seg». Som erfaren intervjuer ville man kanskje umiddelbart fulgt opp med å kartlegge hva som er den underliggende meningen med disse svarene. Ved gjentatte gjennomganger av datamaterialet som helhet ser vi at disse utsagnene levner spørsmål om betydning og dermed åpner for egen tolkning. En mulig årsak er at vi har vært for bundet av intervjuguiden eller at vi har manglet mot til å grave dypere for å fange opp meningen med disse sentrale beskrivelsene. I tillegg er det en risiko for at vi som uerfarne intervjuere utilsiktet kan ha påvirket intervjudeltakerne ved å stille spørsmål som leder mot en bestemt respons. Vi kunne valgt at en av oss intervjuet

alle fire for å skaffe mer erfaring som intervjuforskere, noe som kunne gitt mot til å grave dypere i intervjuprosessen.

En annen variabel Kvale og Brinkmann (2015) refererer til som har vi har reflektert over når det gjelder vårt arbeide er manglende variasjon i deltakerutvalget. Vi har hatt som mål å sikre tilgang til erfaring gjennom å velge ut informanter som går i vaktarbeid med lang yrkesbakgrunn. Dette kan resultere i at man mister den mer mangfoldige belysningen av tematikken da det kan være store ulikheter i opplevelser fra de med mindre erfaring. I tillegg nevner Kvale og Brinkmann (2015) hukommelse som en risikofaktor, noe som i vårt utvalg av informanter kan være gjeldende. Det å huske hvilke følelser og tanker man har hatt omkring en hendelse som man sto i for flere år siden kan være utfordrende og viktige betraktninger av stor betydning kan derfor ha blitt utelatt fra intervjubesvarelsene.

Wadel et al. (2014) skriver om utfordringer ved å gjøre feltforskning i egen kultur med elementer som er overførbare til vår metode, selv om det ikke er feltforskning vi gjør. Vi intervjuer fagpersoner fra eget yrke, noe som representerer en risiko for at man ikke stiller videre spørsmål ved svar man tar for gitt betydningen av.

6.4.2 Styrker

Positive sider ved forskning innenfor eget felt er ifølge Wadel et al. (2014) at man forstår språket og at det ikke er behov for forklaring av terminologi, noe vi kan kjenne igjen i vårt arbeid. Det kan også ha bidratt positivt at vi samlet sett har arbeidet med denne tematikken siden arbeidet med prosjektskissa høsten 2023. Dette har gitt oss tid til å etablere et beriket forhold til tematikken selv om i denne masteroppgaven har gått bredere til verks enn det vi gjorde med prosjektskissa. I tillegg kan man tenke seg til at det å være to om å skrive en masteroppgave har styrket analysearbeidet og bidratt til økt refleksjonsevne. Det at vi gjorde to intervjuer hver og delte erfaringene kan vi tenke oss har gitt en viss variasjon i intervjuutførelsen på tross av felles intervjuguide. En variasjon som kan ha vært givende for en bredere dekning av tematikken.

6.4.3 Forforståelse

Forforståelse kan ifølge Malterud (2017) være nyttig, men kan samtidig begrense horisonten og evnen til å lære av forskningsmaterialet. For å begrense forforståelsens påvirkning i

forbindelse med dette prosjektet etablerte vi tidlig i prosessen en anerkjennelse til bakgrunnen for valg av tema og hvilken oppfatning vi på forhånd hadde om tematikken. I vårt tilfelle delte vi oppfatningen av at operasjonssykepleiere ikke blir tilstrekkelig ivaretatt av arbeidsgiver. Vårt inntrykk av at operasjonssykepleiere blir avglemt når det gjelder etterarbeid i kjølvannet av en traumatisk hendelse kan ha preget måten vi har stilt spørsmål på og hvordan vi har gått frem metodisk og analytisk. Vår forforståelse kan på den måten ha preget arbeidet med denne masteroppgaven ved at vi har søkt bekreftelse på det vi allerede har en oppfatning av selv om vi har forsøkt å sette søkelys på det motsatte av forforståelsen.

6.4.4 Implikasjon for praksis og videre forskning

Arbeidet med denne masteroppgaven med dens begrensninger innfrir i vår søken etter økt kunnskap omkring tema. Vi tar likevel med oss det faktum at empiri fra fire intervju ikke kan regnes som tilstrekkelig for å fastslå gyldige resultater. Når det gjelder etablering av organisatoriske støtteordninger gir studien informasjon om en felles oppfatning blant våre informanter som igjen kan bidra til økt forståelse og engasjement hos arbeidsgiver. Det er uten tvil forsket for lite om tematikken innenfor fagområdet operasjonssykepleie, noe vår studie bidrar til å bekrefte. Dette støttes av Ukom (2023) som tar fram viktigheten av støtte til helsepersonell, men at det finnes få studier som omhandler effekten av ulike kollegastøtteprogram. Innledningsvis gjorde vi en avgrensning i oppgavens omfang som ledet til at faglig innhold og forskning omhandlende simulering ikke ble vektlagt. Vi er kjent med bruk av simulering i forbindelse med utdanning og opplæring. Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven ser vi at betydningen av simulering for å etablere trygghet i akutte situasjoner fremheves av våre informanter som oppfordrer til jevnlig øving og simulering. I en utvidelse av tematikken kunne denne betydningen vært interessant å måle opp mot forskning og litteratur, noe som videre kunne bidratt til at simulering gis en større plass organisatorisk.

7 Avslutning

I denne studien ønsket vi å finne ut mer om hvilke opplevelser operasjonssykepleiere har med å håndtere hendelser som kan være mentalt belastende. For å kunne gå i dybden på denne problemstillingen valgte vi å se på sårbarheten det innebærer å være operasjonssykepleier. Informantene oppga traumemottak og akutte situasjoner som oppstod, men også systemfeil og kommunikasjonssvikt i teamet som mentalt belastende hendelser. Operasjonssykepleierne vi intervjuet fortalte at de opplevde ulike kroppslige og mentale reaksjoner etter å ha stått i slike hendelser. Reaksjoner som kunne komme var gjentakende tankegods omkring det de hadde opplevd, skyldfølelser og sorgfølelse for pasient og pårørende. Dette er funn som antyder at det er viktig for operasjonssykepleiere å få delt sine følelser og tanker etter å ha opplevd mentalt belastende hendelser i yrkessammenheng.

Kollegastøtte kommer fram som viktig for operasjonssykepleiere for å komme seg igjennom mentalt belastende hendelser. Samtidig er våre informanter usikre på om kollegastøtte bør utvikles til å bli organisert med den begrunnelse at de vil velge selv hvem de vil dele sine tanker og følelser med.

Når det gjelder debrief som verktøy er våre informanter samstemte i at debrief har sine begrensninger når det gjelder å bearbeide mentalt belastende hendelser. Samtidig ser alle informantene nytten av å få en gjennomgang av alle fakta og mener at det kan bidra positivt for både faglig utvikling, men også som bearbeidelse. Behovet for mer fokus på tematikken kommer klart fram via våre funn fra tidligere forskning kombinert med informantenes delte meninger.

Studien vår viser at informantene er delt i synet på om de er godt nok ivaretatt av ledelsen på sin arbeidsplass etter hendelser de har opplevd som mentalt belastende. Dersom en arbeidsgiver skal kunne tilby adekvat ivaretagelse av operasjonssykepleieres mentale helse må de risikofaktorene som kan være skadelig anerkjennes. Etter vår oppfatning og i samsvar med våre funn foreslår vi derfor en mer åpenhet omkring ivaretagelse av operasjonssykepleieren som menneske, noe denne masteroppgaven er vårt bidrag til.

Tabell 1

Søkestrategi

P	I	C	O	T
Operasjonssykepleier* Scrub nurs* Surgical nurs* Peroperative nurs* Theatre nurs* Nurs* Healthcareprovider Caregiver* Healthcareworker* Surgical team *	Traumatiske hendelser Mentale belastninger Velvære Arbeidshelse Adverse events, Traumatic events Second victim Mental breakdown Peroperative death Failure to Rescue, Coping mechanisms	Simulering Utdanning Training Education Beginner Covid-19	Psykologisk debrief Wellbeing Care for caregivers Debrief Psychological impact Mental wellbeing, stress, burnout	Peer reviewed Engelsk Skandinavisk 2013

Referanseliste

- Aleksandersen, M.L. & Reilstad, K.R.** (2020). *Ivaretagelse etter utfordrende og kritiske hendelser på operasjonsstuen*. Masteroppgave. Universitetet i Stavanger.
- Antonovsky, A.** (2012). *Helsens mysterium: den salutogene modellen* (A.Sjøbu, Overs.). Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 1987).
- Arbeidsmiljøloven** (2006). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.*(LOV-2005-06-17-62). Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_1#KAPITTEL_1
- Bacon, C.T.** (2017). Nurses' Experiences With Patients Who Die From Failure to Rescue After Surgery. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(3), 303-311. <https://doi.org/10.1111/jnu.12294>
- Bang, S.** (2003). *Rørt, rammet og rystet: faglig vekst gjennom veiledning*, (L. Nilsen, Overs.) Gyldendal Akademisk.
- Barisa, B., & Struksnes, S. K.** (2021). A need for emotional, personal and professional support: Operation room nurses' experience participating in organ procurement surgical procedures. A qualitative study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 43(1). <https://doi.org/10.1177/20571585211043785>
- Bertheussen, L.** (2024, 26.april). UNN varsler underskudd allerede i april – ikke realistisk med balanse. *Nordlys*. https://eavis.nordlys.no/titles/nordlys_no/981/publications/6280/pages/16/articles/2028514/16/2
- Bissett, K. M.** (2022). Self-compassion for perioperative nurses. *AORN JOURNAL*, 115(1), 9-12. <https://doi.org/10.1002/aorn.13600>
- Buhlmann, M., Ewens, B. & Rashidi, A.** (2022). Moving on after critical incidents in health care: A qualitative study of the perspectives and experiences of second victims. *Journal of Advanced Nursing*, 78, 2960–2972. <https://doi.org/10.1111/jan.15274>
- Byrde.** (u.å.). I Det Norske Akademis Ordbok. Hentet fra <https://naob.no/ordbok/byrde>

Cromb, M.M. (2023). Workplace issues and staff safety. I S.A. Van Wicklin, J.C. Rothrock, D.R. McEwen & E.L. Alexander (Red.) *Alexander's Care of the patient in surgery*. (Seventeenth edition.). Elsevier.

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2019). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

Dyregrov, A. (2002). *Psykologisk debriefing: hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelser*. Fagbokforlaget.

Eide, P. H., & G. Dāvøy (2018). Funksjons- og ansvarsområde. I I. Hanssen (red.), *Operasjonssykepleie* (2.utg., s. 28-33). Gyldendal Akademisk.

FHI (2018). Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for folkehelseinstituttet. 4.reviderte utgave. Hentet fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/slik-oppsummerer-vi-forskning-2018v2-endret-2021.pdf>

Forskningsetikkloven. (2017). Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>

Gammersvik. Å. (2012) Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Å. Gammersvik & T.B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – I teori og praksis* (2.utg., s 157-178). Fagbokforlaget.

Haugen, A.S. & Dāvøy, G.M. (2018). Pasientsikkerhet og trygg kirurgi. I I. Hanssen (red.), *Operasjonssykepleie* (2.utg., s. 178-198). Gyldendal Akademisk.

Haavik, M. & Toven, S. (2020). *Ivaretagelse av hjelpere: er vi ikke betalt for å tåle dette?* Universitetsforlaget.

Isdahl, P. (2017). *Smittet av vold: Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. Fagbokforlaget.

Johannessen, L.E.F., Rafoss, T.W. & Rasmussen, E.B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.

Kvale, S., Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk

Kvitvær, E.D. & Strand, A. (2023) Prosjektskisse: *Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med bruk av debrief for å bearbeide sterke inntrykk i forbindelse med traumatiske hendelser i sin yrkestutøvelse?*, Eksamen SYP 3502 med Kandidatnummer 82 & 203, Det Helsevitenskapelige Fakultet, Universitetet i Tromsø.

Langeland, E. (2012). Salutogenese som forståelsesramme i sykepleie. I Å.Gammersvik og T.B Larsen (Red.) *Helsefremmende sykepleie - I teori og praksis* (2. utg., s 157-178). Fagbokforlaget.

Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese: helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv*. Gyldendal Akademisk.

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Universitetsforlaget

Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. (J.,Wrang, Overs.). Akribe.

Meneses-Echavez, J.F., Borge, T.C., Nygård, H.T., Gaustad, J.V. & Hval, G. (2022). Psykologisk debriefing for helsepersonell involvert i uønskede pasienthendelser: en systematisk oversikt. *Folkehelseinstituttet*. <https://www.fhi.no/publ/2022/psykologisk-debriefing-for-helsepersonell-involvert-i-uonskede-pasienthende/>

Metodebok (2024,19. Mars). Traumemanualen: Kvalitetsikring. Ivaretakelse av ansatte. lastet ned 03.04.24 fra: <https://metodebok.no/index.php?action=book&book=traumeunn>

Mikkelsen, V. (2020). *Sterke inntrykk og tøffe opplevelser i arbeidshverdagen - Må man være hardhudet for å kunne jobbe som operasjonssykepleier?* Masteroppgave. UiT-Norges arktiske universitet.

Myklathun, K.H. & Skjøstad, O. (2024). *NAV's BEDRIFTSUNDERSØKING 2024: Redusert mangel på arbeidskraft* (NAV Rapport 1). Arbeids- og velferdsdirektoratet. <https://kudos.dfo.no/documents/89310/files/38455.pdf>

Naviaux, A.-F., Rigot, A., Janne, P., & Gourdin, M. (2022). Understanding stress factors for scrub nurses in the perioperative period: A cross-sectional survey. *Journal of Visceral Surgery*, 159(4), 273–278. <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2021.06.010>

NOU 2024: 4. (2024). *Tid for Handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.* Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

NSF (2023). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra: https://www.nsf.no/sites/default/files/2024-01/nsf-1361841-v1-ny_pdf_til_nettsidene_-_yrkesetiske_retningslinjer_for_sykepleiere.pdf

NSFLOS (2023). Ansvar- og funksjonsbeskrivelse for operasjonssykepleiere. Hentet fra: <https://nsflos.no/ny-ansvar-og-funksjonsbeskrivelse-for-operasjonssykepleiere/>

Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (LOV-2018-06-15-38).* Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2018-06-15-38>

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice.* Wolters Kluwer Health.

Rein, L. & Ribu, L. (2022). AMK-sykepleieres debriefing etter kritiske hendelser. *Sykepleien forskning* 17(90471). <https://sykepleien.no/forskning/2022/10/amk-sykepleieres-debriefing-etter-kritiske-hendelser>

Scott, Z., O' Curry, S., & Mastroyannopoulou, K. (2022). The impact and experience of debriefing for clinical staff following traumatic events in clinical settings: A systematic review. *Journal of Traumatic Stress*, 35(1), 278-287. <https://doi.org/10.1002/jts.22736>

Sillero, A., & Zabalegui, A. (2018). Organizational Factors and Burnout of Perioperative Nurses. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 14, 132-142. <https://doi.org/10.2174/1745017901814010132>

Skegg, E., McElroy, C., Mudgway, M., & Hamill, J. (2023). Debriefing to improve interprofessional teamwork in the operating room: a systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*, 55(6), 1179-1188.

<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12924>

STAMI, NOA (2019). Legemeldt sykefravær. Hentet fra: <https://noa.stami.no/helse-og-fravaer/legemeldt-sykefravaer/>

Statistisk sentralbyrå (2023). Helse- og sosialpersonell. Hentet fra:

<https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell>

Statistisk sentralbyrå (2023). Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040. Hentet fra: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040>

Stuvland, R. (u.å). *Kollegastøtte*. Senter for Stress og Traume psykologi. Hentet 28. januar 2024 fra: <https://www.traume psykologi.no/index.php/artikler/35-kollegastotte.html>

Teymoori, E., Fereidouni, A., Zarei, M., Babajani-Vafsi, S., & Zareyan, A. (2024). Development and validation of burnout factors questionnaire in the operating room nurses. *Scientific Reports*, 14, 8216. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-56272-2>

Teymoori, E., Zareyan, A., Babajani-Vafsi, S., & Laripour, R. (2022). Viewpoint of operating room nurses about factors associated with the occupational burnout: A qualitative study. *Frontiers in Psychology*, 13, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.947189>

Thideman, I.-J. og Tønnesen, V. H. (2011). Simulerer akutt situasjoner. *Sykepleien*, 99(10), 64-65. <https://sykepleien.no/forskning/2011/09/simulerer-akuttsituasjoner>

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Akademisk.

Ukom (2023). Erfaringer fra kollegastøtteordninger. Hentet fra:

<https://ukom.no/rapporter/erfaringer-fra-kollegastotteordninger/sammendrag>

Universitetet i Oslo (u.å.) Nettskjema. Hentet fra: <https://nettskjema.no>

Vanhaecht, K., Seys, D., Russotto, S., Strametz, R., Mira J, Sigurgeirsdóttir, S., Wu, A.W., Pölluste, K., Popovici, D.G., Sfetcu, R., Kurt, S. & Panella, M. (2022) An Evidence and Consensus-Based Definition of Second Victim: A Strategic Topic in Healthcare Quality, Patient Safety, Person-Centeredness and Human Resource Management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16869.
<https://doi.org/10.3390/ijerph192416869>

Wadel, C., Wadel,C.C. & Fuglestad, O.L. (2014). *Feltarbeid i egen kultur* (Rev.utg). Cappelen Damm.

Wang, J., Mao, F.,Wu, L.,Yang, X., Zhang,X ., Sun,Y., Huang, Y., Lu,Y., Luan, X. & Cao, F. (2021) Work-related potential traumatic events and job burnout among operating room nurses: Independent effect, cumulative risk, and latent class approaches. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.15114>

World Health Organization (u.å.). Mental health. Hentet 23.02.24 fra:
https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

Wu, A. W. (2000). Medical Error: The Second Victim: The Doctor Who Makes the Mistake Needs Help Too. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 726–727.
<http://www.jstor.org/stable/25187393>

Wyller, T.B. (2021). Foretaksmodellen må skrotes. *Tidsskrift for den norske legeforening*. Vol. 141. <https://tidsskriftet.no/2021/09/debatt/foretaksmodellen-ma-skrotes>

Vedlegg 1 Godkjenning fra SIKT



Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer	Vurderingstype	Dato
898267	Automatisk	02.01.2024

Tittel

Hvilke erfaringer har operasjonssykepleiere med å håndtere traumatiske hendelser de møter på i sin yrkesutøvelse.

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig

Ingrid Drageset

Student

Ellen D. Kvitvær og Anita Strand

Prosjektperiode

01.01.2024 - 05.06.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 05.06.2024.

Grunnlag for automatisk vurdering

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
- Rasemessig eller etnisk opprinnelse
- Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
- Fagforeningsmedlemskap
- Genetiske data
- Biometriske data for å entydig identifisere et individ
- Helseopplysninger
- Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertrедelser

Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene.

Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde

- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

Informasjonssikkerhet

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.

Vedlegg 2 Søknad om tilgang til forskningsfeltet

Søknad om tillatelse til å intervjuere operasjonssykepleiere ved Operasjonsavdelinga UNN Tromsø.

Vi er to studenter fra masterutdanningen H2022 i operasjonssykepleie ved Norges arktiske universitet, Helsevitenskapelig Fakultet, Institutt for helsefag som er i gang med en kvalitativ studie hvor vi ønsker å intervjuere operasjonssykepleiere. Formålet er å undersøke hvilke hendelser på operasjonsstua. Vi ønsker å intervjuere til sammen fire operasjonssykepleiere, hvorav to v/UNN-Narvik og to v/UNN- Tromsø, med varighet i 45 - 60 min. Funnene i disse intervjuene vil danne grunnlaget for analysen og diskusjonen i masteroppgaven. For å belyse tematikken ønsker vi å intervjuere operasjonssykepleiere med bred erfaring. Opplysningene som innhentes vil behandles etter Kunnskapssektorens tjenesteleverandørs (SIKT) og UiT sine retningslinjer for personvern. Data behandles konfidensielt og vi vil forhindre sporbarhet ved hjelp av anonymisering av intervjudeltakere og separat oppbevaring av deltakers kontaktinformasjon og intervjumateriale. Vi vil bruke Nettskjema Dikafon til lydopptak av intervjuene og alt som lagres og transkriberes blir oppbevart i kryptert område som er beskyttet ved hjelp av tofaktorautentisering. Nettskjema tilbyr automatisk transkribering av data og lydfilene vil slettes permanent når transkripsjonsarbeidet er ferdigstilt.

Et samtykkeskjema (vedlagt) som inneholder informasjon om prosjektet og informantenes rettigheter vil bli delt ut og innsamlet underskrevet før intervjustart. Oppbevaring av samtykkeskjema behandles konfidensielt og blir låst inn i privat safe og makulert etter prosjektslutt. Det er viktig å presisere at det for hver deltaker informeres om at det er frivillig å delta i prosjektet og at muligheten for å trekke tilbake det informerte samtykket uten å oppgi grunn gjelder så lenge arbeidet med intervjuene pågår. Intervjuene er planlagt gjennomført i løpet av januar/februar 2024 og ferdigstilles mars/april 2024. På oppdrag fra UiT har SIKT vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket (vedlagt).

Med dette ber vi om tillatelse til å intervjuere operasjonssykepleiere ved Operasjonsavdelingen UNN-Tromsø/Operasjonsavdelingen UNN-Narvik som har erfaring med traumatiske hendelser.

Vedlegg 3 Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

” Operasjonssykepleieres erfaringer med håndtering av hendelser som er mentalt belastende”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke operasjonssykepleieres erfaringer med håndtering av mentalt belastende hendelser de møter på i arbeidssammenheng. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet utføres i forbindelse med mastergradsoppgave i operasjonssykepleie. På grunn av erfaringer i praksis og innspill fra kolleger angående tematikken har vi funnet motivasjon til å se nærmere på hvilke erfaringer operasjonssykepleiere gjør seg med håndtering av hendelser de møter på som kan være eller bli mentalt belastende. Vi ønsker via en intervjustudie å finne ut av blant annet hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har i forhold til mestrisstrategier og eventuelt bearbeidelse.

På grunn av masteroppgavens krav til omfang vil denne intervjustudien begrense seg til 4 informanter fra to ulike universitetssykehus.

Etter endt prosjektutførelse kan intervjumaterialene i form av anonymiserte og transkriberte data vedlagt i masteroppgaven senere bli brukt til artikkelpublikasjon og eventuelt til undervisning til spesialsykepleiere og sykepleiere i spesialisering.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet? Prosjektet utføres i henhold til Norges Arktiske Universitet (UIT), Institutt for Helsefags ansvarsområde for forskningsarbeider ved prosjektansvarlig:

Ingrid Drageset, Sykepleier/RN/PhD Norges arktiske universitet, Helsevitenskapelig Fakultet, Institutt for Helsefag ingrid.drageset@uit.no tlf: [REDACTED]

Hvorfor får du spørsmål om å delta? For å kunne undersøke aktuelle tematikk ønsker vi å intervju operasjonssykepleiere med flere års erfaring fra yrkesutøvelsen og som går i vaktarbeid.

Hva innebærer det for deg å delta?

Vi ønsker å intervju deg med åpne spørsmål der du blir bedt om å fortelle om dine erfaringer i forhold til tematikken. Det kan være for eksempel spørsmål om du hvilke hendelser du mener kan være eller bli mentalt belastende, eller om du husker en situasjon som opplevdes emosjonelt utfordrende og vil si noe om hvordan du håndterte denne.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta står du fritt til å trekke tilbake samtykket uten å oppgi noen grunn før utgangen av mars. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dette skjemaet vil bli oppbevart innelåst og makuleres etter prosjektslutt. Planen for ivaretagelse av ditt personvern er vurdert av SIKT og UNNs personvernombud. Det er søkt om tillatelse til å gjennomføre denne studien på din arbeidsplass via din leder. Dine person og kontaktopplysninger via dette samtykkeskjemaet vil bli oppbevart separat fra intervjubesvarelsen.

Til lydopptak vil det bli brukt appen Nettskjema Diktafon, utviklet av Universitet i Oslo, som via kryptert område tilhørende kun vårt intervju lagrer intervjubesvarelsen og transkriberer automatisk. Etter transkripsjon vil lydopptaket slettes av nettskjema.no. Vi ønsker i tillegg å sikre oss i tilfelle teknikksvikt ved hjelp av en ekstra elektronisk lydopptaker uten nettilgang. Denne opptakeren oppbevares innelåst på UITs område og vil slettes umiddelbart etter vi har sikret at teknikken med Nettskjema har fungert optimalt i løpet av intervjuet. Intervjuene vil

ta omtrent 60 minutter og vi er fleksible når det gjelder å avtale tid og sted for gjennomføring av intervjuet.

Vi vil ikke benytte noen personidentifiserbare opplysninger i transkripsjonsarbeidet og vi tilbyr muligheten til å gjennomføre intervjuet utenfor arbeidsstedet for å ivareta din integritet i forhold til andre kolleger om du ønsker det. Det er kun veileder som via oss gis tilgang til transkripsjonsmaterialet for veiledning mens prosjektet pågår. Veileder vil ikke få kjennskap til dine personopplysninger.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven blir godkjent tidligst juni -2024. Etter prosjektslutt vil samtykkeskjema med dine personopplysninger makuleres. Det transkriberte og anonymiserte datamaterialet vil senere kunne benyttes for videre arbeide i forhold til artikkelkriving og til undervisning.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UIT har SIKT – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Ellen D. Kvitvær [REDACTED]

Anita Strand [REDACTED]

Samtykkeskjema

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «En intervjustudie av operasjonssykepleiere», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta på intervju
- at min besvarelse kan brukes og publiseres i forbindelse med prosjektet

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 Intervjuguide

Bakgrunn og forståelse:

1. Hvor lenge har du arbeidet som operasjonssykepleier?
2. Hva er grunnen til at du takket ja til å delta på dette intervjuet?
3. Kan du gi oss noen eksempler på pasientrelaterte hendelser en operasjonssykepleier kan møte som kan ha negativ mental påvirkning?
4. Kan du fortelle om en slik hendelse som har gjort inntrykk på deg?

Reaksjoner:

5. På hvilken måte vil du si at hendelsen påvirket deg i øyeblikket og etterpå?
6. Hvordan håndterte du disse reaksjonene og hvordan gikk du videre etterpå?
7. Hvilke tanker og følelser har du i dag om denne hendelsen?

Organisatorisk:

8. Hadde du behov for ivaretagelse av noen på arbeidsplassen etter hendelsen eller fikk du hjelp av noen andre?
9. Har du noen ganger blitt tilbudt kurs eller lignende som støtte for å håndtere mentalt belastende hendelser og inntrykk du møter på i arbeidssammenheng?
10. Føler du deg tilstrekkelig ivaretatt av ditt arbeidssted når det gjelder risikoen for å møte på mentalt belastende hendelser?
11. Hvilke ressurser eller støtteordninger synes du burde være iverksatt i organisasjonen for å ivareta operasjonssykepleieres mentale helse når ting føles tøft etter slike hendelser som den vi har snakket om?
12. Tror du det er mulig å forebygge at disse tøffe opplevelsene man kan møte på som operasjonssykepleier blir mentalt belastende, og evt hvordan?

13. Er det ulikheter i måten du reagerer på i lignende hendelser i dag kontra når du var ny i yrket?
14. Har du noen gode råd til nyutdannede operasjonssykepleiere når det gjelder tematikken?
15. Er det noe mer i forhold til tematikken du mener er viktig å få med?

