



Institutt for helse- og omsorgsfag

## **Sterke inntrykk og tøffe opplevelser i arbeidshverdagen – Må man være hardhudet for å kunne jobbe som operasjonssykepleier?**

En kvalitativ studie om hvordan operasjonssykepleiere erfarer å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen og hva de mener vil kunne fremme mestring ved slike situasjoner

Victoria Mikkelsen

Masteroppgave i operasjonssykepleie SYP-3902-01, November 2020

Antall ord: 15733

*Så husker jeg at jeg var nesten sånn.. fysisk kvalm fordi det var så.. det gjorde så sterke inntrykk! Men jeg husker jeg tenkte; «Jeg må bare stå i det nå, også kommer reaksjonen etterpå. Og den kommer til å komme!»*

(Deltaker 2)

## Forord

Denne masteroppgaven har vært litt av berg og dalbane. Midt under arbeidet med masteroppgaven kom koronapandemien 2020, og jeg ble av den grunn omplassert fra operasjonsavdelingen til en nyetablert kohort-avdeling for å bistå med hjelp grunnet COVID-19. Det ble derfor en ufrivillig lang pause fra hele masteroppgaven.

Jeg vil nok påstå at dette har vært den mest utfordrende oppgaven jeg har stått ovenfor, men samtidig har den vært utrolig spennende og inspirerende. Dette fordi den har gitt meg mulighet til å fordype meg i en problemstilling som virkelig engasjerer meg, noe som har ført meg inn på veier som har gitt mye ny innsikt og kunnskap som jeg tar med meg videre i livet. Sammen med min gode veileder, Unni Igesund, har oppgaven endelig tatt form og blitt til et ferdig resultat. Jeg setter så stor pris på alle de gode samtalene vi har hatt og at hun har stilt meg så gode spørsmål og undret seg sammen med meg, samt hatt tro på meg og oppgaven.

Kjære deltakere, uten dere hadde det aldri vært mulig å gjennomføre denne oppgaven, så tusen takk for deres åpenhet og tillit som resulterte i et verdifullt datamateriale!

Til min gode venninne og kollega, Heidi Vikhammer Sandvik som har vært helt uunnværlig i innspurten. Tusen takk for at du orket å lese korrektur, lytte og komme med så gode innspill.

Å skrive denne masteroppgaven har ikke bare vært utfordrende for meg, men den har også krevd mye støtte og tålmodighet fra min fantastiske familie. Takk til min kjære svigermor, Gry Haugland, som har bidratt med så mye barnepass og vært min inspirasjonskilde til å bli operasjonssykepleier. Takk til mine kjære barn; Madelen, Hermine og Benjamin som har vært nødt til å vise hensyn til mamma som jobber med leksene. Til slutt vil jeg takke min tålmodige og kjærlige mann, Bjørn Gynnild Haugland som alltid har vist seg positiv til mitt arbeid med denne masteroppgaven. I perioder har du vært som en alenefar å regne, og tilrettelagt etter beste evne for at jeg skulle nå målstreken. Du har virkelig vært en god støttespiller og bidratt med uvurderlig hjelp i denne tiden. Jeg gleder meg så utrolig mye til få tilbringe mer tid med deg og de herlige barna våre.

Tromsø, november 2020  
Victoria

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Rollen som operasjonssykepleier krever at man skal kunne utøve operasjonssykepleie til alle de akutte og kritisk syke pasientene som kommer inn, uansett alder og livsfase. En slik arbeidshverdag kan derfor innebære sterke inntrykk og tøffe opplevelser som skal håndteres under tidspress, ofte uten mental forberedelse.

**Hensikt:** Å undersøke hvordan operasjonssykepleiere erfarer å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen, og hva de mener vil kunne fremme mestring ved slike situasjoner.

**Metode:** Til denne oppgaven er det benyttet et kvalitativt beskrivende forskningsdesign med semistrukturerte intervju av to operasjonssykepleiere fra et universitetssykehus. Intervjuene er transkribert og analysert etter inspirasjon av Malteruds systematiske tekstkondensering.

**Funnt:** Gjennom operasjonssykepleiernes egne beskrivelser i forhold til det å stå i kritiske situasjoner og hva de mener kan fremme mestring ved slike situasjoner, ble det identifisert fire kategorier; «*Følelsesmessige utfordringer i arbeidshverdagen*», «*erfaring og kompetanse bidrar til trygghet, mestring og bedre egenomsorg*», «*viktigheten av uformell støtte og ventilering*» og «*behov for organisert bearbeidelse, bekreftelse og avslutning*».

**Konklusjon:** Intervjuene i denne oppgaven viste at det ikke ble benyttet noen fast rutine for organisert emosjonell ventilering. Operasjonssykepleierne har funnet egne måter å dekke behov de har i forbindelse med kritiske situasjoner de er involvert i. I hovedsak benyttes samtale med kolleger, og i tillegg benyttes samtaler med leder eller familie og venner. Det kommer også frem at det mangler avsatt tid til emosjonell ventilering i etterkant av kritiske situasjoner. Enten på grunn av for tett operasjonsprogram eller at det ikke er kutyme for å gjøre det etter endt vakt. En svakhet ved mangelen på et system, er at operasjonssykepleiere uten et tilstrekkelig sosialt nettverk på jobb eller hjemme, risikerer å ikke få nødvendig hjelp til emosjonell bearbeidning. Oppgaven viser også at deltakerne taklet kritiske situasjoner bedre og ble mer bevisst på sine egne behov for emosjonell ventilering etter hvert som de fikk mer erfaring og faglig ballast.

**Søkeord:** Operasjonssykepleier, kollegastøtte, psykologisk debriefing, utbrenthet

## Abstract

**Background:** The role as a perioperative nurse requires that you should be able to provide perioperative nursing to all the acute and critically ill patients who come in, regardless of age and stage of life. The working day can involve strong impressions and tough experiences that must be handled under time pressure, often without mental preparation.

**Aim:** To investigate how perioperative nurses experience critical situations in the operating room and what factors they believe can promote coping in such situations.

**Method:** For this thesis, a qualitatively descriptive research design with semi-structured interviews of two surgical nurses from a university hospital has been used. The interviews are transcribed and analysed after inspiration from Malterud's systematic text condensation

**Findings:** Through the perioperative nurses' own descriptions in relation to experiencing critical situations in the operating room and what factors they believe can promote coping in such situations, four categories were identified; *"Emotional challenges in everyday work"*, *"experience and competence contribute to security, coping and better self-care"*, *"the importance of informal support and ventilation"* and *"need for organized processing, recognition and closure"*.

**Conclusion:** The interviews in this thesis showed that no regular routine was used for emotional ventilation. The perioperative nurses have found their own ways to cover their needs in relation to critical situations they are involved in. Conversations with colleagues are mainly used, in addition to conversations with the manager or family and friends. It also emerges that there is a lack of allocated time to perform emotional ventilation in the aftermath of critical situations. Either due to too tight scheduled operating program, or that it is not customary to do so after the end of the shift. A weakness in the lack of a system is that perioperative nurses without an adequate social network at work or at home, risk not receiving necessary help for emotional processing. The thesis also showed that the participants coped better with critical situations and became more aware of their own needs for emotional ventilation as they gained more experience and professional ballast.

**Keywords:** Operating room nurse, peer support, psychological debriefing, burnout

## Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	9
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	10
1.2	Studiens formål og problemstilling .....	11
1.3	Begrepsavklaring .....	12
1.4	Forforståelse .....	13
1.5	Avgrensing.....	13
1.6	Oppgavens oppbygning .....	14
2	Presentasjon av teori og tidligere forskning.....	15
2.1	Operasjonssykepleiernes funksjons- og ansvarsområde.....	15
2.2	Arbeidsmiljø - hvem står egentlig ansvarlig?.....	16
2.2.1	Arbeidsgivers ansvar .....	16
2.2.2	Arbeidstakers ansvar .....	16
2.3	Uerfaren vs erfaren .....	17
2.3.1	Patricia Benner - fra novise til ekspert .....	17
2.3.2	Erfaring, kompetanse og tilvenning .....	17
2.4	Uformell støtte og organisert støtte .....	18
2.4.1	Kollegastøtte.....	18
2.4.2	Organisert kollegastøtte.....	18
2.4.3	Uformell kollegastøtte vs organisert kollegastøtte.....	19
2.5	Mestringsteori.....	21
2.5.1	Mestringsmekanisme.....	21
2.5.2	Psykologisk debriefing og avlastningssamtaler .....	22
2.5.3	Normalisering av følelser .....	24
2.5.4	Forberedelse/opplæring - hjelp til hjelperne .....	24
2.5.5	Barn og unge .....	25

3	Metode.....	26
3.1	Forskningsdesign .....	26
3.2	Forskningsprosessen.....	27
3.2.1	Utvalg og rekruttering av deltakere.....	27
3.2.2	Intervjuguiden .....	27
3.2.3	Forberedelse til intervju .....	28
3.2.4	Gjennomføring av intervju .....	28
3.2.5	Transkribering .....	29
3.2.6	Analyseprosessen .....	29
	Forskningsetiske overveielser .....	36
4	Presentasjon av funn.....	37
4.1	Kategori 1. Følelsesmessige utfordringer i arbeidshverdagen.....	37
4.1.1	Uforutsigbarhet.....	37
4.1.2	Kroppslige reaksjoner .....	38
4.1.3	Barn, unge og bekjente.....	39
4.2	Kategori 2. Erfaring og kompetanse bidrar til trygghet, mestring og bedre egenomsorg .....	40
4.2.1	Vet når en må ta vare på seg selv .....	42
4.2.2	Erfaringsutveksling .....	43
4.3	Kategori 3. Viktigheten av uformell støtte og ventilering.....	44
4.3.1	Kollegastøtte.....	44
4.3.2	Nettverk.....	45
4.4	Kategori 4. Behov for organisert bearbeidelse, bekreftelse og avslutning.....	45
4.4.1	Behov for avslutning og bekreftelse.....	47
4.4.2	Mangel på tid og sted .....	48
5	Drøfting .....	50

5.1	Følelsesmessige utfordringer i arbeidshverdagen.....	50
5.2	Erfaring og kompetanse bidrar til trygghet, mestring og bedre egenomsorg .....	53
5.3	Viktigheten av uformell støtte og ventilering.....	55
5.4	Behov for organisert bearbeidelse, bekreftelse og avslutning.....	58
5.5	Metodediskusjon, implikasjoner og relevans for praksis .....	62
5.5.1	Styrker og begrensninger med oppgaven.....	62
5.5.2	Implikasjoner og relevans for praksis .....	63
6	Konklusjon .....	64
	Referanseliste .....	65
	Vedlegg 1 Forespørsel om deltakelse i undersøkelse.....	1
	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	4
	Vedlegg 3: Svar fra NSD .....	8
	Vedlegg 4: Søknad til forskningsfeltet.....	11



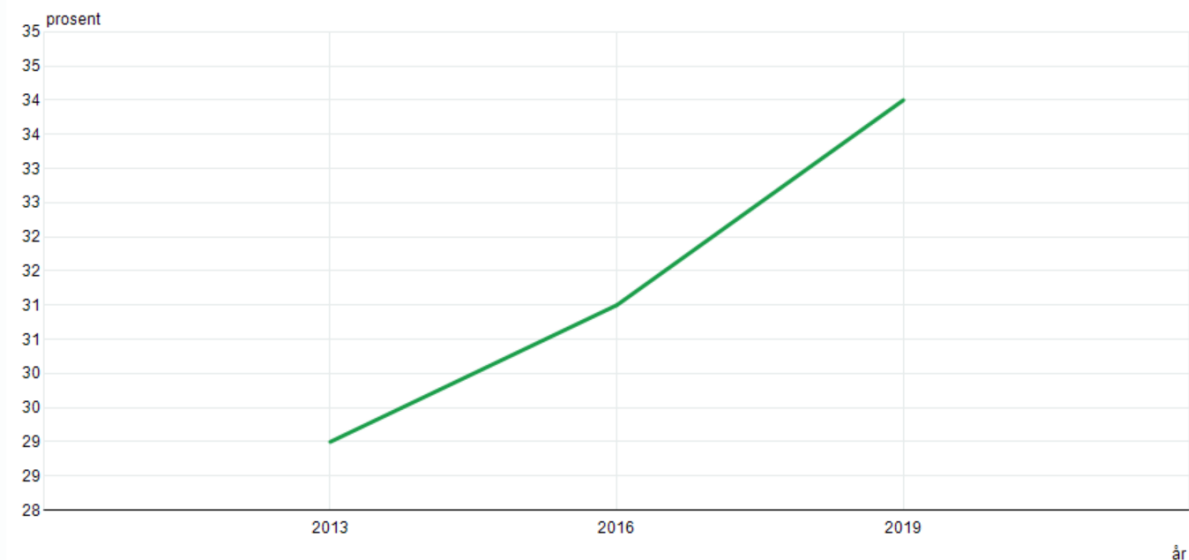
# 1 Innledning

En operasjonsavdeling er ei avdeling på sykehuset hvor det ytes svært kompleks omsorg og helsehjelp inne i et høyteknologisk miljø. Her er det mange faktorer som kan innebære risiko for å begå feil; ulikt operasjonsteam fra dag til dag, kompleks kirurgi, krav til effektiv utnyttelse av tid og ressurser, raske pasientforløp og behov for rask intervensjon ved akutt eller nødkirurgi. Det kreves derfor årvåken og avansert sykepleie, samt evne til å prioritere og å handle raskt i de kritiske situasjonene (Eide og Dāvøy, 2018). Arbeidshverdagen kan innebære å møte på sterke inntrykk og tøffe opplevelser, ofte uten å være mentalt forberedt. I tillegg til alt ansvaret og alle de kravene som stilles, risikerer man altså daglig å måtte stå overfor kritiske situasjoner.

Ifølge bedriftsundersøkelsen fra 2019 som gjennomføres årlig av NAV, mangler det i dag 4500 sykepleiere og 1100 spesialsykepleiere i Norge. Samtidig viser de ferskeste tallene fra Statistisk sentralbyrå (SSB) at Norge vil komme til å mangle 28 000 sykepleiere innen utgangen av 2035. Parallelt med sykepleiermangelen, viser det seg at sykepleiere og spesialsykepleiere føler seg psykisk utmattet når de kommer hjem fra arbeid (se tabell 1, SSB). En ny studie viser at utbrenthet med psykisk utmattelse som kjernesymptom, øker dersom man får for liten tid til å hente seg inn etter eksponering av sterke og smertefulle inntrykk (Haavik og Toven, 2020).

I mai 2019 annonserte Verdens Helseorganisasjon (WHO) at de anerkjenner utbrenthet som en diagnose. De definerer utbrenthet som «et arbeidsrelatert syndrom som utvikles når kronisk stress på arbeidsplassen ikke håndteres riktig» (Solberg, Flatøy og Jonasmo i sykepleien, 2019). Med andre ord er ikke utbrenthet noe man tar lett på, og dette viser hvor viktig det er at det foreligger et ordentlig sikkerhetsnett som ivaretar den enkelte operasjonssykepleiers psykiske helse.

10479: Yrkesrelaterte helseplager, arbeidsulykker og sykefravær for sysselsatte (prosent), etter år. Føler seg psykisk utmattet når de kommer hjem fra arbeid, ukentlig, Sykepleiere og spesialsykepleiere, Sysselsatte personer (prosent).



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Tabell 1

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Arbeidet på operasjonsavdelingen består i stor grad i å håndtere kritiske situasjoner, og som uerfaren opplevde jeg mange situasjoner som stressende. Som student stilte jeg meg spørsmål til hvordan operasjonssykepleiere blir ivaretatt etter å ha stått i kritiske situasjoner. Jeg fikk raskt et inntrykk av at det ikke eksisterte noe fast «opplegg» for å snakke sammen i etterkant av kritiske situasjoner, noe som bekymret meg, spesielt med tanke på ansatte som kanskje ikke har så nær relasjon med sine kollegaer. Videre undret jeg meg over om det forventes at operasjonssykepleiere bare skal tåle alt.

For å finne ut om det var gjort studier med fokus på operasjonssykepleiernes erfaringer i forbindelse med å stå i kritiske situasjoner, gjorde jeg et bakgrunns-søk i databasene CINAHL, PubMed, SweMed+, samt tidsskriftet AORN journal. Jeg benyttet PICO-skjema for å strukturere søket og avgrenset søkene gradvis ved å kombinere søkeord; operating nurs\*, perioperative nurs\*, theatre nurs\*, burnout, stressors, coping strategies, social support, support, resilience, emotional labour, i ulike kombinasjoner. Søket viste at det finnes lite forskning som har undersøkt operasjonssykepleiernes erfaringer i forbindelse med å stå i kritiske situasjoner, og jeg fant ingen norske studier. Jeg valgte derfor å ta inn søkeordet nurs\*

og valgte så ut studier som omhandler den akutt kritisk syke pasient med forskning relatert til andre relevante fagområder (anestesi, akuttmottak og intensivavdeling). Med bakgrunn i tittel og sammendrag, var det kun 3 artikler som tilfredsstilte mine inklusjonskriterier og ble inkludert.

Søk etter litteratur viste at det er behov for å innhente mer empiri om operasjonssykepleiernes erfaringer av å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen, samt undersøke hva norske operasjonssykepleiere selv mener vil kunne fremme mestring ved slike situasjoner.

## **1.2 Studiens formål og problemstilling**

Denne studien har som formål å undersøke hvordan operasjonssykepleiere erfarer å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen. Den retter også fokus mot hvilke faktorer operasjonssykepleierne mener vil kunne fremme mestring ved slike situasjoner. Resultatene kan bidra til å initiere forbedringer når det gjelder forebyggende arbeid, ivaretagelse og oppfølging av den enkelte operasjonssykepleier.

Følgende problemstilling undersøkes:

*Hvordan erfarer operasjonssykepleiere å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen, og hva mener de vil kunne fremme mestring ved slike situasjoner.*

Problemstillingen er slikt sett todelt, da fokus rettes mot både erfaring og mestring.

### 1.3 Begrepsavklaring

I denne oppgaven brukes det noen sentrale begrep. For å skape en felles forståelse mellom undertegnede og leser, har jeg valgt å avklare disse begrepene:

#### **Mestring:**

*Mestring* blir ifølge Lazarus og Folkman (1984) definert som kognitive og adferdsmessige bestrebelser som er i et kontinuerlig skifte for å håndtere spesifikke ytre og/eller indre krav som blir vurdert som en byrde, eller som overgår ressursene til en person (Lazarus og Folkman, 1984, s. 141).

#### **Stress / stressreaksjoner:**

Ifølge arbeidstilsynet opplever arbeidstakere stress når kravene og forventningene i jobben er større enn det man er i stand til å takle, mestre eller kontrollere.

Stressreaksjoner er kroppens alarmberedskap, og oppstår når vi er utsatt for utfordrende eller overbelastende situasjoner. Dette kan for eksempel være når det skjer noe uventet, eller vi blir stilt overfor store krav og forventninger over tid. Hvis denne reaksjonen blir langvarig, kan det føre til alvorlige helseproblemer

(<https://www.arbeidstilsynet.no/tema/stress/>).

#### **Kritiske situasjoner:**

I denne oppgaven vil *kritiske situasjoner* kunne dreie seg om situasjoner som ikke nødvendigvis får store konsekvenser for pasienten, men som likevel er av betydning for den enkelte operasjonssykepleier. For å kunne oppnå en forståelse av hvordan operasjonssykepleiere mestrer å stå i slike situasjoner, må man ifølge Benner og Wrubel (2001) også få en forståelse av hva det var i situasjonen som opplevdes stressende. Benner og Wrubel (2001) forklarer forholdet mellom stress og mestring slik: «*Stress er opplevelsen av brudd i mening, forståelse og uhemmet funksjon. Mestring er det man gjør med dette bruddet*» (Benner og Wrubel, 2001, s. 86).

#### **Ventilering:**

I denne studien handler *ventilering* om å få snakket ut sammen med andre om emosjonelle følelser.

## 1.4 Forforståelse

Forforståelse kan ifølge Malterud (2017) sammenlignes med en ryggsekk som vi bærer med oss inn i prosjektet. Min forforståelse i forhold til tematikken baserte seg på mine egne observasjoner og erfaringer fra praksis som operasjonssykepleierstudent, fra min erfaring som sykepleier og teori om emnet fra bachelorutdanningen i sykepleie. Personlig savnet jeg at det var utarbeidet et «opplegg» for ivaretagelse av hjelperne i forbindelse med kritiske situasjoner. Jeg mente det var et viktig og oversett område. Dette engasjementet kan ha påvirket hele forskningsprosessen; fra valg av problemstilling, teori, søk etter litteratur, innsamling av data, analyse, fremstilling av resultatene og drøfting.

## 1.5 Avgrensing

Jeg har valgt å avgrense denne oppgaven til å omhandle litt mindre om operasjonssykepleiernes erfaring av å stå i kritiske situasjoner og litt mer om hva de mener vil kunne fremme mestring ved slike situasjoner. Når jeg utarbeidet spørsmålene til intervjuguiden, så var planen at det skulle være like mye fokus på begge temaene. Men under intervjuene og ved bearbeidingen av materialet, så jeg at deltakerne i spørsmål relatert til erfaring selv automatisk gikk videre til hvordan situasjonen påvirket dem og hvordan de mestret den. Jeg ønsket å la deltakerne prate så fritt som mulig rundt åpne spørsmål. Det viste seg at det da automatisk ble mer datamateriale rettet mot påvirkning og mestring av situasjoner.

## 1.6 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av 6 antall kapitler. Oppgaven starter med en innledning som beskriver oppgavens bakgrunn, hensikt og problemstilling, samt definisjoner av sentrale begreper.

Deretter presenteres teori, inkludert relevante studier som er anvendt i oppgaven.

Videre beskrives intervju som metode, og her inkluderes datasamling, analyseprosessen og de forskningsetiske overveielserne. Deretter presenteres resultatene fra metoden der deltakernes stemme har blitt ivaretatt, blant annet ved bruk av sitater fra intervjuene.

I kapittel fem drøftes empirien i lys av tidligere forskning og det teoretiske rammeverket. I tillegg belyses studiens begrensninger og styrker, samt implikasjoner og relevans for praksis.

Til slutt sammenfattes det kunnskapsmessige og faglige bidraget fra denne studien og det trekkes en konklusjon.

## 2 Presentasjon av teori og tidligere forskning

### 2.1 Operasjonssykepleiernes funksjons- og ansvarsområde

Ifølge NSF`s landsgruppe av operasjonssykepleiere, er operasjonssykepleiernes ansvarsområder delt opp i fire kompetanseområder; terapeutisk ansvar, pedagogisk ansvar, administrativt ansvar, samt fagutvikling- og forskningsansvar (NSFLOS, 2016). Det terapeutiske ansvaret innebærer den direkte pasientkontakten hvor man skal yte helhetlig pleie og omsorgsfull hjelp, samt ivareta både det fysiske, psykiske, sosiale og det åndelige behovet. Det pedagogiske ansvaret handler om informasjon, undervisning og veiledning til pasienter, pårørende og kolleger. Det administrative ansvaret innebærer organisering og klargjøring av riktig utstyr og instrumenter, ansvar for smittevern, leiring, beskyttelse mot hypotermi, inngående kunnskap om instrumenter og prosedyrer. Og til slutt; fagutvikling- og forskningsansvaret som krever at operasjonssykepleier holder seg faglig à jour og oppdatert til enhver tid (NSFLOS, 2016).

#### **Fysisk arbeidsmiljø**

Ifølge «Faghefte operasjonssykepleie -ansvar og funksjonsbeskrivelse» som er utarbeidet av NSF`s landsgruppe av operasjonssykepleiere (NSFLOS, 2016), utsettes operasjonssykepleiere for store fysiske belastninger i sin arbeidshverdag. Dette kjennetegnes blant annet av lange perioder med statisk arbeid der operasjonssykepleieren står i fastlåste og ubehagelige arbeidsstillinger. I tillegg utsettes de også for en rekke risikofaktorer som blant annet gasser fra ulike produkter, skadelig røyk, stråling og høyt støynivå. Samtidig må de håndtere mer og mer medisinteknisk utstyr og kjemiske produkter, noe som i verste fall kan påføre både pasient og personale skader ved feil bruk (NSFLOS, 2016).

## 2.2 Arbeidsmiljø - hvem står egentlig ansvarlig?

Ifølge arbeidsmiljøloven § 1-1, første ledd, bokstav a står det blant annet at lovens formål er å: *«å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger»* (Arbeidsmiljøloven, 2006).

### 2.2.1 Arbeidsgivers ansvar

For å ivareta sikkerheten på arbeidsplassen, er det ifølge arbeidsmiljøloven (2006) § 3-2 arbeidsgivers plikt å også sørge for *«at arbeidstaker gjøres kjent med ulykkes- og helsefarer som kan være forbundet med arbeidet, og at arbeidstaker får den opplæring, øvelse og instruksjon som er nødvendig»* (Lovdata).

Ifølge arbeidstilsynet (2020) er arbeidsrelatert stress noe som kan knyttes til organisatoriske forhold, fordi det gjerne kan skyldes ubalanse mellom oppgaver og ressurser, motstridende krav og for høy jobbintensitet. Andre risikofaktorer for å utvikle arbeidsrelatert stress, kan for eksempel være situasjoner med manglende ivaretagelse fra ledelsen eller kolleger, eller situasjoner med uheldige belastninger i forbindelse med pasienter. Stress skal ikke gjøres til et individuelt problem hos arbeidstakeren ([www.arbeidstilsynet.no](http://www.arbeidstilsynet.no)).

### 2.2.2 Arbeidstakers ansvar

Ifølge arbeidsmiljøloven (2006) § 2-3, første ledd, står det at ansatte også har et ansvar for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø: *«Arbeidstaker skal medvirke ved utforming, gjennomføring og oppfølging av virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid»* (Lovdata).

I rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie står det:

Operasjonssykepleieren vil ofte stå overfor mennesker i akutte og livstruende kriser. Hun/han må derfor utvikle bevissthet på og kunne bearbeide egne reaksjoner i forhold til slike hendelser samt bistå medarbeidere og kollegaer med deres opplevelser og reaksjoner

(Utdannings- og forskningsdepartementet 01.12.2005).



## 2.3 Uerfaren vs erfaren

### 2.3.1 Patricia Benner - fra novise til ekspert

På bakgrunn av oppgavens funn, ble det naturlig å trekke inn Patricia Benner og hennes teori om hvordan sykepleiere utvikler sin kompetanse over tid, fra novise til ekspert. Teorien hennes er inspirert av Dreyfus og Dreyfus sin kompetansemodell og består av 5 ferdighetsnivåer; Novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert (Benner, 1995). Benner (1995) beskriver første og siste ferdighetsnivå slik:

#### **Novise**

Novisen kjennetegnes ved at personen ikke har noen bakgrunnsforståelse for den situasjonen hun skal mestre og må derfor handle ut fra prosedyrer, innlærte regler og det hun ellers har lært gjennom teori. Novisen er avhengig av veiledning når hun skal utføre sine handlinger i situasjoner, derfor beskrives novisen som lite fleksibel (Benner, 1995).

#### **Ekspert**

Eksperten, med sin lange erfaringsbakgrunn, handler ut fra en dyp forståelse av totalsituasjonen. Hun vil lettere kunne improvisere i krevende situasjoner uten å sløse bort tid på overveielser. Prosedyrer og retningslinjer er godt innarbeidet, noe som gjør at hun ikke behøver å fokusere på det, men heller konsentrere seg om å iverksette konkrete tiltak som kreves i situasjonen (Benner, 1995).

### 2.3.2 Erfaring, kompetanse og tilvenning

Ifølge Isdal (2017) så er det tre faktorer som påvirker oss i hvilken grad vi blir emosjonelt og fysiologisk aktivert i arbeidshverdagen: *Kompetanse, erfaring og tilvenning/habituering* (Isdal, 2017, s. 108). Han sier at kompetanse gjør at vi forstår hva som skjer og hva vi kan gjøre i situasjonen, og at dette gir oss trygghet. Trygghet får oss til å tåle mer og reagere mindre. Erfaring er en egen form for kompetanse, for da har vi vært i lignende situasjoner tidligere, fått utviklet en erfaring i hvordan vi kan møte slike situasjoner, og dermed føle oss tryggere på hva som er best å gjøre i den aktuelle situasjonen. Med tilvenning/habituering, mener Isdal (2017) at vi mennesker har en medfødt evne til å tilvenne oss ting, slik at vi både lærer og utvikler oss. Når vi opplever en ting gjentatte ganger, vil vi gradvis reagere mindre og mindre. Til slutt må det sterkere og sterkere opplevelser til for at vi skal reagere.

## 2.4 Uformell støtte og organisert støtte

### 2.4.1 Kollegastøtte

Michael & Jenkins, 2001 gjennomførte en studie med blandet metode på 213 operasjonssykepleiere. Studiens mål var å undersøke hvordan den sosiale støtten kom til syne inne på operasjonsstuen og på organisatorisk nivå etter traumatiske hendelser på operasjonsavdelingen. Resultatene viste at den viktigste emosjonelle støtten kom fra kollegaer, men at støtte fra ledere i organisasjonen også var viktig for operasjonssykepleierne (Rene Michael og Heather Jenkins, 2001).

Forfatterne i studien anbefaler at operasjonssykepleiere blir informert om hvilke ettervirkninger traumatiske hendelser kan få for den enkelte, samt kurset i ulike mestringsstrategier. I tillegg anbefaler de kollegastøtteordninger og medarbeidersamtaler, samt at organisasjonen bør kurses i hvordan de kan skape «fristed» og en helhetlig ivaretagelse av medarbeiderne sine. På den måten mener de at operasjonssykepleiere kan få det bedre i etterkant av traumatiske hendelser (Michael og Jenkins, 2001). Forfatterne henviste til et funn fra en annen studie utført av Paton & Stephens (1996). Sistnevnte hadde undersøkt hvordan ansatte som jobbet i nødeter opplevde opplæring og støtte i forbindelse med traumatiske hendelser. Kommunikasjon hadde da blitt rapportert som en viktig kilde til støtte; det å kunne få snakke sammen om de tøffe inntrykkene i etterkant av traumatiske hendelser bidro til at de ansatte klarte å gjenvinne følelsen av kontroll, både over situasjonen og bearbeidingsprosessen (Paton & Stephens, 1996, gjengitt av Michael og Jenkins, 2001).

### 2.4.2 Organisert kollegastøtte

Rivera-Chiauzzi, Smith, Moore-Murray, Lee, Goffman, Bernstein & Chazotte (2020) gjennomførte en randomisert kontrollert pilotstudie. Studiens formål var å undersøke hvordan en strukturert kollegastøtteordning til helsepersonell som hadde vært involvert i uønskede hendelser fungerte. Et av hovedfunnene deres var at deltakerne deres syntes at det mest brukte og mest hjelpsomme verktøyet var kolleger/kollegastøtte satt i system. Når de ble spurt om hva som var viktigst å ta med i et kollegastøtteprogram, så var det at det skal være et trygt og taushetsbelagt sted hvor de kan diskutere detaljer fra hendelsen, samt oppfølging for hvordan de har det i etterkant. En annen ting som kom frem, var at det organiserte

kollegastøtteprogrammet kan bedre forholdet mellom ansatte og ledere. Studien viste at kollegastøtteprogram er en praktisk og akseptabel måte å støtte de som har vært involvert i kritiske hendelser (Rivera-Chiauszi, 2020).

### 2.4.3 Uformell kollegastøtte vs organisert kollegastøtte

Cronqvist, Lützné og Nyström (2006) gjennomførte en kvalitativ eksplorerende intervjustudie hvor de innhentet datamaterialet fra 36 intensivsykepleiere fra forskjellige intensivenheter i Sverige. Målet deres var å undersøke og beskrive sykepleiernes erfaringer med psykisk støtte i forbindelse med de kritiske situasjonene og det moralske stresset som kunne oppstå på intensivenheten. Betydningen av kollegastøtte var åpenbar under intervjuene. Forfatterne i studien sier at dette kan forklares på to måter; den ene er at sykepleiere kompenserer på mangelen av organisert støtte ved å se til hverandre for støtte, spesielt nattevakter. Den andre er at det er mindre truende å oppsøke støtte fra kolleger man kjenner, enn å skulle forklare seg i et organisert gruppemøte. For i organiserte gruppemøter kan den enkelte sykepleier føle seg sårbar ved å uttrykke behov for støtte til personer som hun eller han ikke kjenner så godt, eller til og med har uoverensstemmelser med.

Det kom frem at nattevaktene følte seg som en glemt gruppe, fordi tilbudet om å delta i de organiserte gruppemøtene bare ble holdt på dagtid. Et slikt tilbud krevde at de enten måtte prioritere bort sin egen fridag eller tiden hvor de gjerne skulle sove ut etter endt vakt dersom de skulle delta. Nattevaktene prioriterte derfor bort tilbudet om å delta på slike gruppemøter. Intensivsykepleierne fortalte også at dersom det gikk for lang tid mellom den kritiske situasjon og frem til en organisert form for støtte gjennom jobb, kunne de miste motivasjon til å delta i slike gruppemøter.

En deltaker sa følgende:

Vel, la oss si at du har jobbet intenst i tre netter på rad, og like før du går av vakt den siste natten, oppstår en kritisk situasjon. Hele kaoset tar den enkelte med seg hjem, for som regel er alle så opptatt med å komme seg hjem etter vakt. Livet skjer og du ønsker ikke å tenke på det som skjedde. Kanskje møter man ikke hverandre igjen før to uker senere, og da virker det kanskje ikke så viktig å snakke om lengre, men etter en stund så bobler det frem igjen.

Forfatterne av studien mener det bør diskuteres om sykepleiere skal gis anledning til å avslå tilbud om støtte eller om det burde være pålagt. De viser til at ubearbeide situasjoner hvor ting kan boble frem igjen kan være et psykisk symptom som man ikke bør overse, og det kan resultere i sykefravær, for eksempel på grunn av utbrenthet.

Det kom frem at dersom intensivsykepleierne opplevde kritiske situasjoner sammen med dyktige kolleger som håndterte situasjonen godt, kunne det å identifisere seg med den kompetente kollegaen virke som en støtte i seg selv.

Et av resultatene viste at en positiv, varm arbeidsplass med høy takhøyde virket å være en forutsetning for god støtte. På de stedene hvor det profesjonelle miljøet fremsto som hardhudet, var det dårligere forutsetninger for god støtte.

Et annet viktig funn i studien deres var at uformell kollegastøtte kunne lede til lukkede grupper mellom kolleger som veiledet og støttet hverandre, mens de andre ble ekskluderte. I tillegg kunne personer på utsiden av gruppen føle at de ble kritisert av personer inne i gruppen. Forfatterne mente at ved slike sterke grupperinger på arbeidsplassen, kan det være vanskelig for ledelsen å fange opp de som trenger støtte. Så for å kunne ha en profesjonell bærekraftig arbeidsplass hvor intensivsykepleierne blir ivaretatt, mente de at det må utvikles modeller som tilbyr støtte for alle

## 2.5 Mestringsteori

### 2.5.1 Mestringsmekanisme

Mangel på mental forberedelse av kritiske hendelser øker hjelpernes sårbarhet for emosjonelle reaksjoner under arbeidet. For å likevel klare å utføre arbeidet ved kritiske hendelser, er det ifølge Dyregrov (2018, s.244) 10 mestringsmekanismer hjelperne benytter seg av, i denne oppgaven nevnes følgende:

1. **Mental forberedelse** hvor man blant annet forbereder seg på de emosjonelle påkjenningene som venter.
2. **Bevisst undertrykking av reaksjoner** dersom hendelsen er svært ille.
3. **Formål** ved at det er viktig at hjelperne opplever at det er et formål med det de gjør.
4. **Selvforsterkende kommentarer** ved å motivere seg selv av typen «dette klarer du», «dette er jeg godt trent til»
5. **Kontakt med andre/sosial støtte** hvor hjelperne kan finne stor støtte i sine kolleger.

Den sistnevnte mestringsmekanismen her er den hjelperne fremhever som viktigst og mest betydningsfull, da det gir de mulighet til å snakke om inntrykk, reaksjoner og oppfatninger med noen som forstår hva det snakkes om (Dyregrov, 2018). Ved å snakke sammen, vil man kunne normalisere erfaringene hos hjelperne, noe Dyregrov (2018) mener er veldig viktig. Han retter egentlig mestringsmekanismene mot hjelperne som jobber i krise - og katastrofeområder, men jeg mener det er vel så viktig at operasjonssykepleiere har kunnskap om og kjennskap til hvordan de kan benytte seg av slike mestringsmekanismer.

## 2.5.2 Psykologisk debriefing og avlastningssamtaler

### **Psykologisk debriefing:**

*Psykologisk debriefing* er ifølge Dyregrov (2002) et organisert gruppemøte for mennesker som opplever normale reaksjoner på uvanlige hendelser. Her kan de involverte sammen gå gjennom fakta, tanker, inntrykk og reaksjoner i etterkant av hendelsen (Dyregrov, 2002, s.19).

### **Avlastningssamtale:**

I forkant av et eventuelt debriefingsmøte, finnes det noe som kalles for *defusing*, på norsk også kalt *avlastningssamtale*. Denne samtalen har til hensikt å sikre at alle som var involvert i hendelsen skal få en tidlig mulighet til å sette ord på opplevelsen eller forklare seg. Mens debriefing har en formell struktur og gjennomføres en av de første dagene etter en hendelse, har en avlastningssamtale mindre struktur og finner sted samme dag som hendelsen skjedde. (Dyregrov, 2002, s.73).

Ifølge Dyregrov (2002) vil det være utilrådelig å tvinge mennesker gjennom den strukturerte formen som debriefing har samme dag som hendelsen finner sted. Menneskene har muligens på dette tidspunktet enda ikke rukket å ta inn alle de følelsesmessige implikasjonene. Fordi det ikke er så uvanlig at mennesker kjenner på en sterk trang til å prate om det som har skjedd i etterkant av kritiske situasjoner, vil en derimot kunne anbefale en avlastningssamtale samme dag, da den har til hensikt å sikre at alle som var involvert i hendelsen skal få mulighet til å sette ord på opplevelsen eller forklare seg. Dyregrov (2002) eksemplifiserer en kirurgisk operasjon hvor pasienten dør og hvordan en avlastningssamtale i en slik setting kan gi de involverte en tidlig sjanse til å få satt ting i perspektiv. Lederne gis også en utmerket mulighet til å identifisere hvorvidt en senere systematisk debrief blir nødvendig. En annen fordel med en avlastningssamtale er at behovet for en senere debrief av og til kan elimineres, da de berørte allerede har fått hjelp til å sette ting i perspektiv (Dyregrov, 2002).

Viktigheten av å sementere tidslinjen og rene fakta i avlastningssamtalen understrekes. Hensikten er at hjernen og fantasien til de involverte ikke skal spinne videre på alternative fakta, feiloppfatninger o.l. Dette ansees som en essensiell del av den totale debriefingen og fungerer som mental førstehjelp for de involverte. Avlastningssamtalen bør gjennomføres

innen de 8 første timene etter hendelsen og bør ikke vare lengre enn 20 til 45 minutter, maks 90 minutter for ønskelig effekt (Mitchell og Everly, 1996, sitert av Dyregrov, 2010). Som regel er det bare de berørte som skal delta, og gruppen bør ikke overstige 8 personer (Dyregrov, 2002).

Strukturen på en avlastningssamtale er som vist i tabell 2:

<p><b>Introduksjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Hensikt og motivasjon</li><li>➤ Regler</li></ul> <p><b>Utforsking (eksplorering)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Hva skjedde?</li><li>➤ Diskusjon av det som skjedde</li><li>➤ Snakke om fakta, tanker og reaksjoner</li><li>➤ Vurdere behovet for videre hjelp</li></ul> <p><b>Informasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Kort informasjon om vanlige reaksjoner</li><li>➤ Normalisering</li><li>➤ Noen viktige råd</li></ul> <p><b>Avslutning</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Nytt møte?</li><li>➤ Oppfølgingsressurser</li></ul>
---

Tabell 2

Avlastningssamtalen starter med at leder for samtalen introduserer seg selv og gir en kort beskrivelse av hva møtet skal handle om, for så oppmuntre til felles støtte og deltakelse. Deretter blir det lagt vekt på nødvendigheten av konfidensialitet. Eventuelle spørsmål som deltakerne skulle ha blir besvart (Dyregrov, 2002). Etter introduksjonen vil fokuset for samtalen være det deltakerne selv ønsker å ta opp. Det stilles spørsmål fra lederen basert på stikkord fra det som deltakerne forteller om. Det finnes ingen rekkefølge over hvem som skal prate, men alle inviteres inn i samtalen av lederen, enten verbalt eller non-verbalt. Lederens oppgave er å sikre at ingen av de berørte blir bebreidet eller kjeftet unødvendig på av de andre. Dette for å ikke skade enkeltindivider eller gruppen som helhet (Dyregrov, 2002).

### 2.5.3 Normalisering av følelser

Under avlastningssamtaler og debriefing, blir de erfaringene og reaksjonene som de berørte deler med gruppen normalisert der og da, og noen vanlige reaksjoner som deltakerne kan forvente seg de kommende timene nevnes slik at de er mer forberedt. Vanskelige reaksjoner kan være problemer med å sovne, føle seg mer urolig eller at de kan få en tendens til å fryse eller svette mer enn de er vant til. Lederen vektlegger imidlertid at disse reaksjonene er midlertidige og kommer til å forsvinne snart, men er også tydelig på at man ikke trenger å erfare slike reaksjoner for å være normal (Dyregrov, 2002).

Deretter blir det gitt noen selvhjelpsråd som kan være nyttige. For eksempel bør en ha noen i nærheten som man kan søke trøst hos og snakke med, holde seg unna for mye kaffe da det øker uroen i nervesystemet, eller sette av tid til en hobby/aktivitet som man tidligere har erfart kan dempe stress og spenning. Leder kan også formidle disse rådene skriftlig. Underveis i møtet, vil lederen evaluere behovet for en mer formell debriefing, og dersom det er noe som tilsier at det vil være nødvendig, kan et tidspunkt for et nytt møte gis før møtet er ferdig. (Dyregrov, 2002).

### 2.5.4 Forberedelse/opplæring - hjelp til hjelperne

Det er viktig at hjelpere som kan møte på sterke inntrykk i sin arbeidshverdag blir informert om den innvirkning de sterke inntrykkene kan ha på dem (Dyregrov, 2002). For å forberede dem, kan man bruke forelesninger, kurs, rollespill, litteraturgjennomgang, eksponere de for syn og lyder, samt la personell som har deltatt i kritiske hendelser komme å dele erfaringer og opplevelser (Dyregrov, 2002 og Dyregrov, 2018). Hjelperne vil på denne måten ha større forutsetning til å kunne gjenkjenne på tidligere stadium hvilke stressreaksjoner og symptomer en bør være oppmerksomme på, både hos seg selv og hos andre. Jo mer kunnskap, jo mer kontroll, - samtidig som personell slipper å føle seg unormale (Dyregrov, 2002).



### 2.5.5 Barn og unge

Ifølge Dyregrov (2018) får kritiske situasjoner som involverer barn vårt naturlige forsvar til å brytes sammen. For selv om man vanligvis er i stand til å distansere seg mentalt fra situasjoner som er emosjonelt ladete, blir man her lettere overinvolvert og kan identifisere seg med barna og deres foreldre (Dyregrov, 2018). Nedbrytingen av det naturlige forsvaret gjør at tankene overføres til barna man selv er glad i. Ettersom hjelpere av og til tenker at noe forferdelig kan skje med barn de er glade i, er det heller ikke vanskelig for dem å la de indre bildene av disse barna ta plass med det rammede barnet. Dette gjør at de lett kan forestille seg at situasjonen likeså godt kunne rammet noen av deres kjære (Dyregrov, 2018). Barn som er involvert i kritiske situasjoner utfordrer våre antagelser om en rettferdig verden. For når barn som er så sårbare og ute av stand til å beskytte seg selv blir rammet av noe, oppleves deres lidelse som spesielt urettferdig (Dyregrov, 2018).

### 3 Metode

Jeg vil nå redegjøre for valg av forskningsmetode, presentere hvordan jeg innhentet og behandlet datamaterialet og hvordan jeg gjennomførte selve analyseprosessen. Jeg vil også vise til de etiske overveielserne og drøfte min rolle som forsker.

Jeg ønsket å undersøke hvordan operasjonssykepleiere erfarer kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen, samt hva de mener vil kunne fremme opplevelse av mestring ved slike situasjoner. Ifølge Malterud (2017) er det da mest hensiktsmessig å bruke en kvalitativ tilnærming.

Den kvalitative forskningsmetoden er fleksibel ved at man kan endre og tilpasse kursen i prosjektet underveis (Malterud, 2017). Dette viste seg å være aktuelt. Etter at datainnsamlingen var gjort og jeg gikk over på analyseprosessen, innså jeg nemlig at problemstillingen måtte endres noe.

I kvalitativ forskning påvirker forskeren forskningsprosessen fra begynnelse til slutt, både gjennom valg som gjøres samt perspektiver som velges og spørsmål som stilles (Malterud 2017). Ved at jeg var bevisst min egen forforståelse, valgte jeg å stille åpne spørsmål. Hensikten var at deltakerne selv skulle få «lede vei».

#### 3.1 Forskningsdesign

Forskningsdesignet er kvalitativt beskrivende med semistrukturerte intervju. Etersom temaet berører utfordrende situasjoner som kan utløse følelser, falt valget på individuelle intervju. Ifølge Malterud (2017) velges individuelle intervju når man vil gi deltakerne tid og rom for å dele personlige erfaringer og overveielser som krever trygghet og ettertanke. Individuelle intervju gir også mulighet for å gå i dybden på erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017). Ved å velge et semistrukturert individuelt intervju, fikk jeg anledning til å stille oppfølgings spørsmål underveis for å få utdypet spennende og viktige erfaringer og opplevelser, samt mulighet til å kontrollere at jeg hadde tolket deltakeren korrekt. I tillegg fikk jeg mulighet til å fokusere kun på en person om gangen. Under gjennomføring av intervjuene fikk jeg inntrykk av at deltakerne var komfortable med å dele sine erfaringer og at de fikk nok tid til å fortelle.

## 3.2 Forskningsprosessen

### 3.2.1 Utvalg og rekruttering av deltakere

Etter at avdelingsleder ved anestesi- og operasjonsavdelingen ga meg tilgang til forskningsfeltet i januar 2020, ble informasjonsskrivet om prosjektet, samtykkeskjema og konvolutter til samtykkeskjema hengt opp på ei informasjonstavle inne på arbeidsplassen til deltakerne. I tillegg la avdelingssykepleierne informasjonsskrivet ut i sine messenger-grupper i avdelingene. Jeg hadde behov for to deltakere, og de ble rekruttert i løpet av den første uka.

Et strategisk valg ble foretatt med bakgrunn i oppgavens omfang. Inklusjonskriteriene var at deltakerne skulle ha minimum to års erfaring, inkludert vaktarbeid. Dette fordi deltakerne med relevant erfaring ifølge Malterud (2017), bedre kan besvare problemstilling. Jeg valgte å intervju to operasjonssykepleiere, begge med over 5 års arbeidserfaring som operasjonssykepleier, fra ulike kirurgiske spesialiteter og begge hadde erfaring fra vaktarbeid.

### 3.2.2 Intervjuguiden

Jeg utarbeidet intervjuguide i forkant med tre hovedspørsmål og noen oppfølgingsspørsmål som jeg ønsket mer kunnskap om. Jeg valgte å følge Christoffersen et al. (2015) sine anbefalinger under utarbeidelsen av intervjuguiden. De anbefaler at man starter med å informere hvordan man dokumenterer intervjuet, hvordan man håndterer deltakernes anonymitet, samt informerer om at de kan trekke seg fra intervjuet når som helst. I tillegg anbefaler de at man bør være varsom med å stille *unødvendige* sensitive spørsmål underveis og at man heller ikke bør stille slike spørsmål helt til slutt, dette for å unngå å etterlate deltakerne i en følelsesmessig negativ tilstand. På bakgrunn av deres anbefalinger, delte jeg intervjuguiden opp i tre faser; *oppvarmings, refleksjons -og avslutningsfase*.

For å unngå at min forforståelse skulle påvirke svarene fra deltakerne, valgte jeg å stille åpne spørsmål.

### 3.2.3 Forberedelse til intervju

Jeg utarbeidet en tidsplan for når intervjuene skulle gjennomføres. Deretter gjennomførte jeg to prøveintervju for å få et estimat over tidsbruk og for å teste ut intervjuferdighetene mine. I etterkant av hvert prøveintervju redigerte jeg spørsmålene der jeg så at det var behov for det. I tillegg utførte jeg en kvalitetstest av diktafon-appen slik det anbefales av Christoffersen et al. (2015), for å sikre at lydopptaket ble godt.

### 3.2.4 Gjennomføring av intervju

Intervjuene ble gjennomført i slutten av februar og i starten av mars 2020, begge etter arbeidstid/dagvakt og varte 90 og 75 minutter. Ved første intervju hadde jeg forespurt min veileder om å delta, for da hadde jeg en erfaren intervjuer å rådføre meg med hvis behov. Siden deltakerne kom direkte fra jobb, serverte jeg litt mat og drikke. Dette bidro til å skape en avslappet atmosfære i rommet. Innledningsvis ba jeg deltakerne om å stille inn mobilen på lydløs for å unngå unødvendige forstyrrelser underveis.

Under oppvarmingsfasen informerte jeg om prosjektets formål og forsikret meg om at deltakerne hadde forstått samtykkeerklæringen. Videre informerte jeg om etiske hensyn vedrørende deltakelsen; anonymitet, konfidensialitet, min taushetsplikt og muligheten til å trekke seg. Jeg minnet også om deres egen taushetsplikt som sykepleier ved å ikke oppgi navn på pasient, avdeling/institusjon, tidspunkt for situasjon/hendelsen som det fortelles om eller noe ved situasjonen som kunne identifisere hvor eller hvem det gjaldt. Jeg gjentok også informasjonen om lydopptaker, hvem som hadde tilgang til lydfilene og at de ble slettet etter masteroppgaven var levert. Vi avtalte å ha en liten pause midtveis, som kunne gi meg mulighet til å samråde meg med min veileder med tanke på fortsettelsen av intervjuet. Til slutt åpnet jeg opp for eventuelle behov for avklaringer.

Refleksjonsfasen var delt i to faser. I fase 1 spurte jeg deltakerne om de kunne fortelle om en kritisk situasjon som de hadde erfart som stressende inne på operasjonsavdelingen. I fase 2 ba jeg deltakerne fortelle hva de hadde gjort i forbindelse med det de hadde fortalt, samt si noe om hva de selv mente kunne bidra til å fremme mestring ved slike situasjoner. Selve intervjuguiden fungerte som støtte i gjennomføringen med hovedspørsmålene og

tilleggsspørsmål til utdypning. Begge deltakerne hadde mye å fortelle med utgangspunkt i hovedspørsmålene.

Jeg avsluttet intervjuet med å informere om hva som skulle skje med datamaterialet og muligheten for å se det transkriberte intervjuet. Ingen av deltakerne ønsket det.

Jeg fikk tillatelse til å kontakte de i etterkant ved behov.

### 3.2.5 Transkribering

Jeg transkriberte fortløpende etter hvert intervju, fra muntlig til skriftlig, noe som resulterte i 26 maskinskrevne A4-sider. Transkriberingen var en tidkrevende prosess, men ga meg mer nærhet til datamaterialet. Etter at transkriberingen var ferdig, leste jeg gjennom intervjuteksten mens jeg samtidig lyttet til lydfilen. På den måten sikret jeg at jeg fikk med meg alt. Under gjennomgangen kuttet jeg gjentagende ord som ikke var av betydning, f. eks «eh». Hensikten var å få mer flyt i teksten slik at analysen skulle bli lettere. Ved å transkribere fortløpende, erindret jeg ulike momenter som utspilte seg under intervjuene. Dette var alt fra latter, pauser, nøling og kroppsspråk. Jeg markerte pausene med (...), og skrev ned kommentarer om det kroppsspråket som kom til uttrykk hos deltakerne, f. eks hvis de så tankefullt ut i rommet. Dette er ifølge Malterud (2017) viktig å få med for at den transkriberte teksten blir så nøyaktig som mulig. Jeg fjernet navnet på deltakerne og andre opplysninger som kunne knytte intervjuet til en spesifikk avdeling, samt transkriberte alt i bokmål. Dette for å av-identifisere og anonymisere teksten.

### 3.2.6 Analyseprosessen

Analysemetoden som ble brukt i denne oppgaven er inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering som er en tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud, 2017). Analyseprosessen kan beskrives i 4 trinn:

- 1: fra helhetsinntrykk til foreløpige temaer
- 2: identifisere meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder
3. kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold
- 4: sammenfatte betydning – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater.

### **Trinn 1: Helhetsinntrykk – fra rådata til foreløpige temaer**

De transkriberte intervjuene ble først lastet inn i tekstbehandlingsprogrammet NVivo (QSR International, 2018). Deretter leste jeg flere ganger gjennom hver transkribering, uten å systematisere teksten. I denne fasen jobbet jeg aktivt med å holde egen forforståelse og teoretisk rammeverk i bakgrunnen. På denne måten fikk jeg et helhetsinntrykk og ble bedre kjent med datamaterialet. Jeg var samtidig åpen for overraskende inntrykk som datamaterialet formidlet. Etter hver gjennomlesning, oppsummerte og reviderte jeg foreløpige temaer som dannet grunnlag for kodegrupper, slik Malterud (2017, anbefaler.

### **Trinn 2: Meningsbærende enheter – fra temaer til koder**

I dette trinnet av analysen gikk jeg mer systematisk gjennom hvert intervju. Jeg opprettet to overordnede mapper inne i tekstbehandlingsprogrammet NVivo som fikk navnene «Del 1» og «Del 2». Slik ble det lettere å sortere relevant tekst med bakgrunn i de foreløpige temaene fra første trinn og som sier noe om problemstillingen. Alle meningsbærende enhetene ble identifisert, kortet ned til kondenserte meningsenheter, fikk en kode som beskrev hva meningsenheten handlet om og ble sortert under kodegrupper med grunnlag i de foreløpige temaene, i samsvar med Malterud (2017). Tabell 3 vil eksemplere på prosessen fra meningsbærende enheter, via kondensert meningsenhet til koder, subgrupper og kategorier.

Denne delen av prosessen beskriver Malterud (2017) som en systematisk dekontekstualisering av materialet, ved at utsagn fra teksten hentes fra sin opprinnelige sammenheng og ses i sammenheng med beslektede tekstelementer, samt i lys av det teoretiske perspektiv. Samtidig er det ifølge Malterud (2017) viktig å sikre at den transkriberte teksten blir bevart i sin originalitet, uten merking og koder, da det er denne funnene vurderes mot til slutt.

### **Trinn 3: Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold**

På dette trinnet begynte jeg å abstrahere kunnskapen som ble representert i innholdet fra hver kodegruppe. Det er nå man ifølge Malterud (2017) skal hente ut mening ved å kondensere de meningsbærende enhetene man har kodet sammen (Malterud, 2017). Kodegruppene ble studert grundig, og materialet ble så sortert inn i noen få subgrupper som kunne nyansere innholdet i kodegruppen. Ifølge Malterud (2017) er det på dette trinnet man skal skrive et kondensat (kunstig sitat) som inkluderer alle de meningsbærende enhetene i subgruppene med formål om å fortette innholdet. Jeg har imidlertid ikke fulgt hele analysemetoden hennes slavisk, så herfra valgte jeg min egen måte. For som tidligere nevnt ble analysemetoden bare brukt som inspirasjon og veiviser.

I denne delen av analyseprosessen kom min forståelse inn. Selv om jeg gikk for min egen vri herfra, tolket jeg datamaterialet ut fra mitt faglige perspektiv; som operasjonssykepleier. Dette etter anbefaling fra Malterud (2017), da hun sier det er viktig å være bevisst hvilket perspektiv man preges av når man leser gjennom datamaterialet.

### **Trinn 4: Sammenfatte betydningen – fra kondensering til beskrivelser.**

I analysens siste trinn skal bitene settes sammen igjen, det Malterud (2017) kaller rekontekstualisering. Målet her er å sette sammen funnene til nye beskrivelser og skal ifølge Malterud (2017) formidles på en lojal måte overfor deltakerne, samtidig som det gir leseren innsikt og tillit til prosessen. Etter at jeg hadde identifisert kategoriene, valgte jeg å bevare deltakernes egne stemmer i stedet for å skrive en analytisk tekst av hva som viste seg. Årsaken til det var at jeg ønsket å beholde autentisiteten som kom godt frem under intervjuene.

Tabell 3 viser analyseprosessen, fra foreløpig tema til kategori:

Trinn 1 Foreløpige tema	Meningsbærende enheter	Kondensert meningsenhet	Trinn 2 Kodegrupper	Trinn 3 Subgrupper	Trinn 4 Kategorier
Stressor	<p><i>Jeg husker veldig godt en av de første gangene jeg var på ø-hjelpsteamet og måtte springe på et oppdrag. Det første jeg registrerte i det jeg kom frem, var at noen ropte kjempehøyt; «NÅ ER OPERASJONSSYKEPLEIEREN HER».. og jeg tenkte; «Herregud, det er jo MEG(!)..hva skal JEG gjøre?»</i></p> <p><i>(...) det gir meg litt stress hvis jeg føler at jeg ikke har kontroll</i></p> <p><i>«Jeg må ikke tenke på omstendighetene nå. Nå må jeg bare konsentrere meg om å gjøre jobben min». Så husker jeg at jeg var nesten sånn.. fysisk kvalm fordi det var så.. det gjorde så sterke inntrykk! Men jeg husker jeg tenkte; «Jeg må bare stå i det nå, også kommer reaksjonen etterpå. Og den kommer til å komme!»</i></p>	<p>Første gang på ø-hjelpsteamet som jeg sprang på oppdrag og ble møtt av høyt rop at operasjons-sykepleieren var kommet og opplevdes uvirkelig at det var meg for jeg visste ikke hva jeg skulle gjøre</p> <p>Mangel på kontroll gir stress</p> <p>Fysisk dårlig på grunn av sterke inntrykk</p> <p>Må stå i det og så kommer reaksjonen etterpå</p>	<p>Stressende første møte med kritisk situasjon når føler at en ikke har kontroll</p> <p>Uten kontroll</p> <p>Reaksjoner i forbindelse med kritiske situasjoner</p>	<p>Uforutsigbarhet</p> <p>Kroppslige reaksjoner</p>	<p><b>Kategori 1:</b></p> <p>Følelsesmessige utfordringer i arbeidshverdagen</p>
Pasient- gruppe	<p><i>Når det var barn eller unge involvert, tenkte jeg veldig på egne barn. Relaterte det sånn til akkurat den aldersgruppa.. hvis jeg kom til barn som var like gammel som mitt eget, kunne jeg ble helt satt ut.</i></p> <p><i>Oppdaget i ettertid at det var en bekjent, og det gjorde ikke saken noe enklere.</i></p>	<p>Bli satt ut hvis barn i samme alder som ens eget</p> <p>Utfordrende når også bekjente er involvert</p>	<p>Personlig involvering</p>	<p>Barn, unge og bekjente</p>	



<p>Uerfaren vs erfaren</p>	<p><i>Så vet jeg jo også.. hvordan jeg selv.. kanskje blitt flinkere til.. om det har med alder eller erfaringen på jobb, at jeg har blitt flinkere til å.. jeg vet når tid jeg trenger å lyfte meg, jeg vet hvem jeg kan gå til.</i></p> <p><i>«Kunne vi gjort noe annerledes?» «Var det noe vi..?» «Og samme med det å gå gjennom situasjoner, for å bli bedre.. man gjør seg jo erfaringer som kan bidra til at man kanskje gjør en enda bedre jobb neste gang.</i></p> <p><i>(...) man kjenner jo algoritmen i forskjellige prosedyrer, om det er vår eller anestesiens sin, så.. så kjenner man jo på en måte gangen.. det er på en måte blitt lettere å håndtere de kritiske situasjonene etter hvert som jeg har blitt mer erfaren.</i></p>	<p>Med alder og erfaring er jeg flinkere til å lyfte meg og vite hvem gå til</p> <p>Kvalitetsutvikling</p> <p>Kjent i miljøet</p>	<p>Bedre mestringsmekanismer</p> <p>Betydningen av erfaringsutveksling</p> <p>Føler seg tryggere med erfaring</p>	<p>Vet når en må ta vare på seg selv</p> <p>Erfaringsutveksling</p>	<p><b>Kategori 2:</b></p> <p>Erfaring og kompetanse bidrar til trygghet, mestring og egenomsorg</p>
----------------------------	--	---	---	---	---

<p>Støtte</p>	<p><i>(...) Jeg synes den støtten man får fra sine nærmeste kolleger, og som er litt sånn uformell på tomannshånd.. med noen som kan gjenkjenne situasjonen og ha opplevd lignende ting er det beste</i></p> <p><i>Jeg går til lederen min av og til og tar opp situasjoner som jeg har opplevd, men da er det jo fordi jeg har tid til det.. og det er ikke hver gang!</i></p> <p><i>(...) for sist gang gikk jeg hjem og snakket med han hjemme, fortalte at jeg hadde vært i noe skikkelig tøft og at hadde vært en, ja..det var jo en helt jævlig dag. Men det var liksom det som skulle til for å..bare lufts seg, rett og slett – får det ut av systemet med en gang, med en eneste gang!</i></p>	<p>Uformell støtte fra nærmeste kollegaer som har opplevd lignende og kjenner igjen situasjonen er best</p> <p>Forståelse og støtte fra kollegaer</p> <p>Sjeldne samtaler med leder</p> <p>Å snakke med partneren hjemme når en har vært i en tøff situasjon/dag hjelper til å få det ut av systemet fort</p>	<p>Uformell kollegastøtte</p> <p>Forståelse og støtte fra kollegaer</p> <p>Jeg tar opp situasjoner jeg har opplevd med leder når jeg en sjelden gang har tid</p> <p>Å få tøffe situasjoner ut av kroppen hjemme</p> <p>Jobben med hjem</p>	<p>Kollegastøtte</p> <p>Nettverk</p>	<p><b>Kategori 3:</b></p> <p>Viktigheten av uformell støtte og ventilerings</p>
---------------	---	---	--	--------------------------------------	---

<p>Organisert støtte</p>	<p><i>Det var veldig bra å få vite at vi hadde gjort det vi kunne og at vi på en måte uansett.. med det utfallet, så var det veldig OK å vite at alt.. ALT som kunne gjøres for den pasienten ble på en måte gjort.</i></p> <p><i>(...) det hender jeg også spør kirurgene, litt sånn; «Hvordan gikk det med den og den?», men det er jo ikke alltid de heller vet hele forløpet og hvordan det har gått. Men det hender jeg savner ja.. hvordan det har gått.</i></p> <p><i>Min erfaring er at det hjelper å dele ting, og luften situasjonene jeg har vært i. «Er det noe jeg kunne gjort annerledes?», «Hvorfor tenker jeg det her?», «Hvorfor føler jeg det her?». Å bare koste det under teppet hjelper jo ikke, ikke i det hele tatt.. for å gå videre. Det har jeg erfart.</i></p> <p><i>«Jeg synes ikke at pauserommet er et egnet sted, ikke for noen egentlig. Jeg vet at mange gjør det der inne, men både av hensyn til taushetsplikten overfor pasientene, samt overfor kanskje de andre som sitter og vil spise og slappe av.. de skal få slippe å være med på å havne midt i en sånn samtale om noe annet som ikke angår dem egentlig».</i></p>	<p>Bra å få vite at vi hadde gjort alt som kunne gjøres for pasienten</p> <p>Jeg ønsker å få vite hvordan det har gått med pasienten, og spør kirurgen som ikke alltid vet og kan svare.</p> <p>Hjelper å luften situasjonen og dele tanker</p> <p>Erfart at det ikke hjelper å «koste under teppet» dersom skal komme videre</p>	<p>Bekreftelse på god praksis</p> <p>Avslutning</p> <p>Bekymret/uro/omsorg for pasienten</p> <p>Viktig å oppleve støtte og emosjonell ventilering for å komme videre</p> <p>Pauserommet ikke egnet sted</p> <p>Brudd på taushetsplikt</p>	<p>Behov for avslutning og bekreftelse</p> <p>Mangel på tid og sted</p>	<p><b>Kategori 4:</b></p> <p>Behov for organisert bearbeidelse, bekreftelse og avslutning</p>
--------------------------	--	---	---	---	---

Tabell 3

## Forskningsetiske overveielser

Jeg sendte inn søknad til NSD (Norsk senter for forskningsdata) og meldte inn prosjektet med tanke på personvernet ([www.NSD.no](http://www.NSD.no)). Jeg utformet intervjuguiden slik at deltakerne kunne uttale seg om tematikken uten å bryte taushetsplikten ([www.NSD.no](http://www.NSD.no)). Utover det informerte jeg deltakerne skriftlig og muntlig om dette. Siden jeg ønsket innsikt i og forståelse om operasjonssykepleieres erfaringer og opplevelser, ikke om deres helseopplysninger, var ikke prosjektet søknadspliktig til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

Ettersom oppgaven involverer mennesker, var det viktig at jeg viste hensyn til de etiske retningslinjene som er utviklet av Nasjonal Forskningsetisk komité for Samfunnsvitenskap og Humaniora (NESH). Disse retningslinjene skal fremme respekt for menneskene og beskytte deres helse og rettigheter (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Deltakerne ble informert om at det var frivillig deltakelse og at de kunne trekke seg når som helst. Selv om jeg fikk et signert samtykke, hadde jeg fortsatt ansvar for at deltakerne faktisk hadde forstått informasjonen. Informasjonen jeg ga deltakerne var basert på prosjektets formål, metode, risiko, mulig ubehag og andre konsekvenser som kan ha noe å si for deltakerne (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019). Ved å investere tid og krefter for å etablere tillit og trygghet mellom meg og deltakerne, ønsket jeg at de ikke skal føle seg presset eller invadert, ei heller føle seg skeptisk til mine motiv, da sistnevnte kan føre til at deltakerne velger å holde tilbake informasjon (Malterud, 2017). Jeg ga deltakerne fiktive navn for å sikre personvernet og anonymiteten deres, samt etablerte et fysisk skille mellom de transkriberte intervjuene/analysen og persondata om deltakerne. I tillegg ble lydfilene oppbevart i henhold til UiTs krav om sikker datahåndtering og lagring, samt at jeg oppbevarte det anonymiserte transkriberte intervjuet på PC med personlig passordbeskyttelse slik Malterud (2017) anbefaler. Jeg har overholdt krav til UiTs «Retningslinjer for behandling av personopplysninger i forsknings- og studentprosjekt ved UiT Norges arktiske universitet». For å overholde krav til opptak og lagring av empiriske data, har jeg benyttet UiOs app «Nettskjema-diktrafon» når jeg gjorde lydopptak og til lagring av dataene.

## 4 Presentasjon av funn

Hovedfunnene fra de to semistrukturerte individuelle intervjuene kan oppsummeres i fire kategorier med tilhørende subgrupper. 1. *Følelsesmessige utfordringer i arbeidshverdagen*. 2. *Erfaring og kompetanse bidrar til trygghet, mestring og bedre egenomsorg*. 3. *Viktigheten av uformell støtte og ventilering*. 4. *Behov for organisert bearbeidelse, bekreftelse og avslutning*.

### 4.1 Kategori 1. Følelsesmessige utfordringer i arbeidshverdagen

#### 4.1.1 Uforutsigbarhet

På det første hovedspørsmålet under intervjuet ble deltakerne spurt om de kunne beskrive en kritisk situasjon som de opplevde som stressende inne på operasjonsavdelingen. Til svar på dette spørsmålet trakk begge operasjonssykepleierne frem situasjoner som de hadde opplevd som nyutdannede. Situasjonene hadde vært ekstra utfordrende på grunn av egen uerfarenhet og dermed etterlatt seg større inntrykk. Den ene deltakeren uttrykte hvor skummel opplevelsen av å komme alene til en kritisk situasjon som nyutdannet operasjonssykepleier var:

*Jeg husker veldig godt en av de første gangene jeg var på ø-hjelpsteamet og måtte springe på et oppdrag. Det første jeg registrerte i det jeg kom frem, var at noen ropte kjempehøyt; «NÅ ER OPERASJONSSYKEPLEIEREN HER».. og jeg tenkte; «Herregud, det er jo MEG(!)..hva skal JEG gjøre?»*

(Deltaker 2)

Deltakeren fortalte at den ekstra stressoren i denne situasjonen skyldtes ordene «NÅ ER OPERASJONSSYKEPLEIEREN HER». Ordene ga følelse av høye forventninger til at alt skulle løse seg nå som hun kom:

*Jeg syntes det var så utrolig skremmende, men jeg tenkte; «OK, jeg må jo bare..». Jeg så kirurgen og gikk bort og spurte; «Hva skal vi gjøre? Hva skjer?»*

(Deltaker 2)

Å få følelsen av å ikke ha kontroll i kritiske situasjoner opplevdes stressende:

*(...) det gir meg litt stress hvis jeg føler at jeg ikke har kontroll.*

(Deltaker 2)

#### 4.1.2 Kroppslige reaksjoner

Ubearbeide minner og følelser fra en situasjon kunne fortsatt dukke opp mange år etter ved lignende situasjoner, for videre å fremkalle en kroppslig stressreaksjon den dag i dag:

*(...) og jeg kan ENDA få en sånn her..kvelningsfølelse når jeg ser at jeg skal være på ø-hjelpsteamet. Så det satte skikkelig støkk i meg (...)*

(Deltaker 2)

Begge deltakerne kunne fortelle at de bevist undertrykte de emosjonelle følelsene til det var tid og rom for refleksjon, spesielt hvis de visste noe om omstendighetene rundt situasjonen. Denne undertrykkingen ble brukt som en mestringsstrategi for å kunne jobbe profesjonelt i de kritiske situasjonene:

*(..) «jeg må ikke tenke på omstendighetene nå. Nå må jeg bare konsentrere meg om å gjøre jobben min». Så husker jeg at jeg var nesten sånn.. fysisk kvalm fordi det var så.. det gjorde så sterke inntrykk! Men jeg husker jeg tenkte; «Jeg må bare stå i det nå, også kommer reaksjonen etterpå. Og den kommer til å komme!»*

(Deltaker 2)

Den ene deltakeren kunne beskrive hvor utfordrende de emosjonelle følelsene faktisk kunne bli under kritiske og stressfulle situasjoner. Utsagnet er fra en situasjon som nyutdannet, hvor deltakeren klarte å stå i situasjonen, men hvor det aldri ble noe samtale i etterkant:

*Jeg kjente at jeg bare hadde lyst til å springe å gjemme meg på do og bare kaste opp og skrike, men så tenkte jeg at; «det kan jeg ikke gjøre, det er jo ingen tjent med – at jeg springer og gjemmer meg» (ler ironisk). Men det er sikkert en sånn instinktfølelse at; «dette vil jeg ikke være med på..».*

(Deltaker 2)

### 4.1.3 Barn, unge og bekjente

De kritiske situasjonene som involverte barn og unge var noe begge deltakerne opplevde som tøffest å stå i, dette fordi de gjerne kunne identifisere pasientene med sine egne barn. Jo nærmere de var i alder med deres eget, jo mer utfordrende var det. Den ene deltakeren sa at hun, som nyutdannet, kunne bli helt satt ut dersom barnet var like gammelt som sitt eget:

*Når det var barn involvert, tenkte jeg veldig på egne barn. Relaterte det sånn til akkurat den aldersgruppa.. hvis jeg kom til barn som var like gammel som mitt eget, kunne jeg ble helt satt ut.*

(Deltaker 2)

Men det var likevel tydelig hos begge deltakerne, at dette med barn og unge er noe som ikke bare går over:

*Jeg synes fortsatt, og det kommer jeg nok alltid til å gjøre – synes at barn er kjempetøft å stå i.*

(Deltaker 2)

Bekjente viste seg også å være ganske utfordrende å stå i:

*Oppdaget i ettertid at det var en bekjent, og det gjorde ikke saken noe enklere.*

(Deltaker 1)

Begge deltakerne kunne fortelle at de følte et økt behov for en samtale dersom den kritiske situasjonen de hadde stått i omhandlet barn eller bekjente. Opplevelsen av tilbud om debriefing varierte mellom deltakerne. Den ene opplevde at tilbudet var til stede, mens den andre bare hadde opplevd det helt tilfeldig én gang i løpet av alle de årene vedkommende hadde jobbet som operasjonssykepleier. Ettersom debriefing ikke var et fast tilbud, men noe som heller kunne oppstå etter ekstreme tilfeller, måtte deltakerne finne egne måter å mestre sine inntrykk og opplevelser på.

Under intervjuene ga deltakerne også uttrykk for at det ikke alltid det er helt opplagt hvilke situasjoner som oppleves vanskelig å stå i og som påfører operasjonssykepleieren stress:

*(...) også vet du jo aldri, det kjenner jeg jo enda. Noen situasjoner jeg står i går helt greit, mens andre situasjoner kan sette mer støkk i meg. Og det er ikke alltid at jeg helt vet hva det er som trigger.. det kan komme litt sånn uventet.*

(Deltaker 2)

## **4.2 Kategori 2. Erfaring og kompetanse bidrar til trygghet, mestring og bedre egenomsorg**

Begge deltakerne uttrykte at det kunne være mer utfordrende for en nyutdannet enn en med lengre erfaring både å stå i, samt håndtere inntrykk i etterkant av kritiske situasjoner.

*Jeg har jo noen års erfaring, så .. jeg opplever jo nå at jeg møter kritiske situasjoner på en helt annen måte, og sannsynligvis så er det på grunn av erfaringen min.*

(Deltaker 1)

*(...) man kjenner jo algoritmen i forskjellige prosedyrer, om det er vår eller anestesiens sin, så.. så kjenner man jo på en måte gangen.. det er på en måte blitt lettere å håndtere de kritiske situasjonene etter hvert som jeg har blitt mer erfaren.*

(Deltaker 1)



*Så vet jeg jo også..hvordan jeg selv.. kanskje blitt flinkere til..om det har med alder eller erfaringen på jobb, at jeg har blitt flinkere til å..jeg vet når tid jeg trenger å lufte meg, jeg vet hvem jeg kan gå til.*

(Deltaker 1)

Selv om personen opparbeider seg mer erfaring og tåler situasjoner bedre, viste det seg likevel at det er utfordringer når det kommer til det emosjonelle:

*Jeg merker at det blir lettere for hver gang å stå i det, selv om det er enkelte ting som setter seg mer, så merker jeg at jeg føler meg tryggere og tryggere i selve jobben jeg skal gjøre. Men det emosjonelle, det kommer sikkert alltid til å være en utfordring.*

(Deltaker 2)

Begge deltakerne uttrykte at de var blitt mer «rustet» til å håndtere kritiske situasjoner nå enn da de var nyutdannet, dette fordi de hadde opparbeidet seg mer kompetanse og erfaring i å håndtere slike situasjoner. De var også blitt mer bevisst på å bruke omgivelsene til å bearbeide inntrykkene.

*Erfaringene gjør det helt klart lettere, selv om det emosjonelle fortsatt kan komme – og det gjør det jo og det vet jeg jo at vil komme på nytt og på nytt. Erfaringene mine har lært meg å takle det emosjonelle, jeg vet hvordan jeg skal bearbeide det.*

(Deltaker 2)

Ved å se tilbake på den tiden da de var uerfaren vs nå som de har opparbeidet seg mer erfaring, merket de hvor mye de faktisk har vokst i faget:

*Jeg har liksom tenkt noen ganger at hvis jeg nå hadde havnet i den situasjonen som jeg havnet i som nyutdannet, så hadde jeg sikkert taklet det mye bedre i og med at jeg har mer erfaring nå enn da.*

(Deltaker 2)

De uttrykte videre at denne erfaringen gir økt kapasitet og oversikt til å håndtere kritiske situasjoner grunnet erfaringen de opparbeider seg over tid:

*Hvis jeg skulle sammenlignet det med en situasjon sånn i senere tid, så kjenner jeg jo prosedyrene bedre nå, jeg vet hvor jeg finner alt av utstyr.. Jeg har jo noen års erfaring nå, altså opplever jeg jo nå at jeg møter kritiske situasjoner på en helt annen måte, og sannsynligvis så er det på grunn av erfaringen min.*

(Deltaker 1)

#### 4.2.1 Vet når en må ta vare på seg selv

Ved siden av all den erfaring de hadde opparbeidet seg opp gjennom årene ved å stå i ulike kritiske situasjoner, hadde de også funnet noen mestringsstrategier de benyttet seg av når de trengte å ventilere seg:

*Jeg vet når tid jeg trenger å lufte meg, jeg vet hvem jeg kan gå til.. altså, nå har jeg jo jobbet noen år, jeg kjenner kollegene mine, jeg vet hvilke ventiler jeg kan bruke for å tømme meg...*

(Deltaker 1)

Det kom også frem at de kjenner når tid de må gjøre noe med inntrykkene:

*Opplever vel kanskje at jeg er blitt flinkere til å på en måte gjøre meg ferdig med ting..gå videre.. Hva som på en måte skal til for at hodet mitt slutter å produsere tanker om det jeg har vært gjennom.*

(Deltaker 1)

Og de uttrykte hvor viktig de faktisk er med egenomsorg:

*(...) jeg føler meg bedre rustet til å ivareta meg selv. Jeg har på en måte fått erfaring med så mange situasjoner at jeg på en måte vet at det her må jeg faktisk få ut av systemet; «Nå må jeg ringe (dikter opp et navn), nå er jeg nødt...dette må jeg bare bli ferdig med, dette må jeg gjøre nå!»*

(Deltaker 1)

## 4.2.2 Erfaringsutveksling

På spørsmål om hva de selv mener kan bidra til å fremme mestring i dette yrket, svarte den ene deltakeren at et forum hvor de ansatte kunne dele historier fra tøffe situasjoner og hvordan situasjonene ble håndtert, samt oppleve støtte fra sine kolleger kanskje kunne vært noe:

*(...) Det er ikke ofte det er tid til å sitte og prate, men jeg har registrert at de gangene vi har møter hvor vi samles litt på tvers av seksjonene, så er det utrolig mange som sitter inne med historier og som kanskje enda har behov for å prate om ting. Så jeg tror kanskje at sånne felles kvelder med faglig forum kunne vært bra.*

(Deltaker 2)

Men det handlet også mye om det faglige behovet for å lære av situasjonen/evaluere den faglig, slik at man eventuelt kunne forbedre noe til en lignende situasjon i fremtiden:

*«Kunne vi gjort noe annerledes?» «Var det noe vi..?» Og samme med det å gå gjennom situasjoner, for å bli bedre.. man gjør seg jo erfaringer som kan bidra til at man kanskje gjør en enda bedre jobb neste gang.*

(Deltaker 1)

Videre kom det frem at en slik type ordning også kunne bidratt til enda mer erfaringsutveksling enn det som er i dag, noe som kanskje i tillegg kunne virke betryggende på de nyutdannede:

*(...) hvis de som har mye erfaring kan sitte og dele litt av sine opplevelser, så vil kanskje de som er ny se at det er ikke så farlig å fortelle om tøffe situasjoner. Noen som har jobbet i 20 år synes kanskje enda at enkelte situasjoner er veldig tøffe.. det viser bare at det er helt vanlig. Terskelen for denne type erfaringsutveksling blir kanskje litt lavere hvis det blir rom for å..ja, prate.*

(Deltaker 2)

## 4.3 Kategori 3. Viktigheten av uformell støtte og ventilering

### 4.3.1 Kollegastøtte

Begge deltakerne fortalte at det var gjennom sine nærmeste kolleger de søkte støtte fra når de kjente behov for hjelp til å bearbeide noe. De følte begge at det var lettere å søke støtte fra noen som har forståelse for hva man snakker om:

*(...) Jeg synes den støtten man får fra sine nærmeste kolleger, og som er litt sånn uformell på tomannshånd.. med noen som kan gjenkjenne situasjonen og ha opplevd lignende ting er det beste.*

(Deltaker 1)

Den kollegiale støtten ble ansett som den viktigste hos begge deltakerne:

*(...) det som betyr mest er å kunne sitte og prate med mine nærmeste kolleger som har stått i det sammen med meg. Så for meg kjennes det viktigst med den nærmeste kollegastøtten.*

(Deltaker 2)

Den ene deltakeren beskrev betydningen av emosjonell ventilering til sine nærmeste kolleger slik:

*(...) men jeg klarte å stå i det, og gjøre jobben min, så det gikk overraskende bedre etterpå enn jeg hadde trodd. Men jeg fikk jo bearbeidet det skikkelig, - fikk grått masse og pratet masse med mine nærmeste kolleger.*

(Deltaker 2)

I de tilfeller der de har hatt behov for å snakke ut, så hadde de også benyttet seg av telefonsamtaler med sine nærmeste kolleger utenom arbeidstid.

*Vi har jo ikke noe sånn kollegastøtteordning, men hvis jeg trenger å tømme meg etter jobb eller et eller annet, så ringer jeg jo de jeg stoler på og som jeg føler at jeg kan prate med og som jeg vet vil høre på meg!*

(Deltaker 1)

### 4.3.2 Nettverk

Det kom også frem at det kan være til hjelp å få luftet seg til familiemedlemmer:

*(...) for sist gang gikk jeg hjem og snakket med han hjemme...selvfølgelig innenfor taushetspliktens grenser...fortalte at jeg hadde vært i noe skikkelig tøft og at det hadde vært en, ja, det var jo en helt jævlig dag. Men det var liksom det som skulle til for å bare lufte seg, rett og slett – få det ut av systemet med en gang, med en eneste gang..!*

(Deltaker 1)

## 4.4 Kategori 4. Behov for organisert bearbeidelse, bekreftelse og avslutning

Det kom frem at deltakerne har store behov for ventilerings som blir fylt av sine kolleger, sine nærmeste og i noen tilfeller av ledere. Men det mangler et system for oppfølging, det mangler tid i en hektisk arbeidshverdag og det mangler sted hvor man slipper å risikere at man blir avbrutt.

*Etterpå gikk hjem helt alene, det var det liksom.. uten noe mer.. type oppfølging annet enn det jeg eventuelt satt i gang selv..*

(Deltaker 1)

En av deltakerne uttrykte behov for å samtale i etterkant av en situasjon som nyutdannet:

*Jeg husker at jeg tenkte at jeg skulle ønske at vi kunne fått mulighet til å sitte igjen etter jobb eller et eller annet og pratet litt. Det husker jeg!*

(Deltaker 1)

Ene deltakeren uttrykte at tid og sted for samtale var en mangelvare generelt og noe som mest bare skjedde ved større hendelser eller ved at de selv måtte oppsøke det:

*(...) min erfaring er jo egentlig at det kun er ved sånn her ekstremtilfeller at det har blitt satt av tid til..til å prate om ting. Jeg går jo til lederen min av og til og tar opp situasjoner som jeg har opplevd, men da er det jo fordi jeg har tid til det.. og det er ikke hver gang!*

(Deltaker 1)

Den ene deltakeren fortalte hvor viktig dette med emosjonell ventilering var for å kunne komme seg videre fra situasjoner som hadde vært tøffe å stå i, da erfaring hadde vist at det ikke nyttet å bare fortrenge det:

*Min erfaring er at det hjelper å dele ting, og lufte situasjonene jeg har vært i. «Er det noe jeg kunne gjort annerledes?», «Hvorfor tenker jeg det her?», «Hvorfor føler jeg det her?». Å bare koste det under teppet hjelper jo ikke, ikke i det hele tatt.. for å gå videre. Det har jeg erfart.*

(Deltaker 1)

#### 4.4.1 Behov for avslutning og bekreftelse

Begge deltakerne kunne fortelle at de noen ganger kjente et savn av å vite hvordan det gikk med pasienter i etterkant av en operasjon, spesielt hvis situasjonen hadde vært av en kritisk karakter med mye stress:

*(...) det hender jeg også spør kirurgene, litt sånn; «Hvordan gikk det med den og den?», men det er jo ikke alltid de heller vet hele forløpet og hvordan det har gått. Men det hender jeg savner ja.. hvordan det har gått.*

(Deltaker 2)

I dette lå et personlig behov for å vite om pasienten hadde det bra eller ikke:

*(...) det handler jo om en nysgjerrighet til å vite om mennesket har det bra eller ikke. «Hvordan gikk det egentlig?» «Klarte hun seg?», «Klarte han seg?».*

(Deltaker 1)

Det kom også frem at en avlastningssamtale kunne hjelpe de med å bearbeide følelser og tanker for å komme seg videre, særlig hvis utfallet hadde vært dårlig for pasienten:

*Det var veldig bra å få vite at vi hadde gjort det vi kunne og at vi på en måte uansett.. med det utfallet, så var det veldig OK å vite at alt.. ALT som kunne gjøres for den pasienten ble på en måte gjort.*

(Deltaker 1)

Den ene deltakeren kunne også for seg at en avlastningssamtale med kort beskrivelse av hva som faktisk hadde skjedd like etter en kritisk situasjon kunne være bra, dette for å slippe å gruble over noe alene etterpå. Videre tenkte hun at den emosjonelle delen kanskje kunne skje litt senere når man følte seg klar for det:

*Kanskje en sånn avlastningssamtale er bra med en gang, slik at man slipper å måtte gruble over noe etterpå.. og kanskje trenger man å la ting synke litt inn før man skal dele sine inntrykk og opplevelser fra det en har stått i.*

(Deltaker 1)

#### 4.4.2 Mangel på tid og sted

Det ble uttrykt et ønske om et system som sikrer at de involverte fra en situasjon får snakket sammen om hva som hendte og hvordan de selv opplevde situasjonen:

*Jeg skulle jo ønske at man kunne forvente at man på en måte ble fanget opp på et vis og kanskje tatt litt til sides, og at det på en måte ble skapt rom og tid til å snakke med, for eksempel nærmeste leder eller at teamet kunne ha samlet seg og snakket litt sånn uformelt om.. ja, hva man har opplevd og hvordan ting var.*

(Deltaker 1)

En av operasjonssykepleierne uttrykte at det manglet et sted hvor man kunne gå når man følte behov for å snakke uforstyrret, samt for å ikke forstyrre andre. Taushetsplikten ble også poengtert. Deltakeren forklarte det slik:

*Jeg synes ikke at pauserommet er et egnet sted, ikke for noen egentlig. Jeg vet at mange gjør det der inne, men både av hensyn til taushetsplikten overfor pasientene, samt overfor kanskje de andre som sitter og vil spise og slappe av.. de skal få slippe å være med på å havne midt i en sånn samtale om noe annet som ikke angår dem egentlig.*

(Deltaker 2)



En av deltakerne fortalte at en hendelsesgjennomgang ble avbrutt fordi hun måtte gå videre for å ta neste pasient. Da inngrepet som skulle gjøres var et lite inngrep som ikke hastet, følte hun hele situasjonen som meningsløs. Videre beskriver hun:

*Etterpå gikk jeg hjem klokken kvart på elleve, gikk hjem helt alene.. uten noe mer..  
type oppfølging fra kollegaer annet enn det jeg eventuelt satte i gang selv..*

(Deltaker 1)

## 5 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg diskutere hovedfunnene fra analysen med utgangspunkt i problemstillingen, teoretiske rammeverk og tidligere forskning. Analysen resulterte som nevnt i fire kategorier med subgrupper.

### 5.1 Følelsesmessige utfordringer i arbeidshverdagen

Som tidligere nevnt beskriver fagheftet til NSFLOS de store fysiske belastningene som operasjonssykepleierne utsettes for i arbeidshverdagen, men her nevnes det ingenting om de psykiske belastningene operasjonssykepleierne utsettes for. Dette stiller jeg meg noe undrende til ettersom at arbeidshverdagen til en operasjonssykepleier kan innebære ganske sterke inntrykk og tøffe opplevelser. Noe begge deltakerne trakk frem var at de selv som erfarne operasjonssykepleiere kan oppleve arbeidshverdagen som følelsesmessig belastende.

Under intervjuet fortalte begge deltakerne om situasjoner som hadde gjort sterke inntrykk på dem. Et av fellestrekkene var at de trakk frem situasjoner fra da de var nyutdannet, - og som involverte barn. De kritiske situasjonene som involverte barn og unge kunne dermed virke som de mest utfordrende situasjonen å stå i. Dette ble senere bekreftet med deres egne ord da de fikk spørsmål om hvilken pasientgruppe som var mest utfordrende å stå i; *barn og unge*. Det kom også frem at dersom det involverte barnet var rundt samme alder som ens eget, kunne situasjonen oppleves som ekstra utfordrende utover det den allerede var. Barn gjorde at de lettere kunne identifisere sitt eget liv med barna og familien som var rammet. Som Dyregrov (2010) nevnte tidligere, så er det ikke så uvanlig at helsepersonell opplever det som ekstra belastende å jobbe med barn, fordi barn er så sårbare og ikke har mulighet til å beskytte seg selv. Videre sier han at helsepersonell, spesielt de med egne barn, ofte kan identifisere seg med barna og familien som er involvert, noe som gjør at slike situasjoner blir ekstra utfordrende å stå i (Dyregrov, 2010).

Den ene deltakeren trakk frem en situasjon hvor operasjonsteamet hadde fått melding om et barn som var på vei inn til sykehuset grunnet en ulykke. Deltakeren kjente umiddelbart et behov for å ringe hjem da hun fikk vite alderen og kjønnet til barnet, dette for å forsikre seg om at det ikke var ens eget barn som hadde forulykket. Først etter at det ble bekreftet at de der

hjemme hadde det bra, klarte vedkommende å fokusere ordentlig på jobben som ventet. Som Dyregrov (2010) også nevnte tidligere, er det ikke så uvanlig at hjelpere av og til tenker at noe forferdelig skjer med de man er glad i, og at de indre bildene kan bytte plass med det rammede barnet. Det kan virke som at det var noe slikt som skjedde i dette tilfellet.

Den ene deltakeren kunne fortsatt erindre hvordan de kroppslige reaksjonene hadde uttrykt seg da hun for første gang på ø-hjelpsteamet sprang på oppdrag og ble møtt av et høyt rop om at operasjonssykepleieren var fremme. Forventningen i ordene om at alt skulle løse seg nå som hun var fremme, opplevdes så uvirkelig. Hun ble her nødt til å undertrykke de overveldende følelsene for å kunne fokusere ordentlig om jobben på en profesjonell måte. Hvis vi ser tilbake på Dyregrov (2018) sin beskrivelse av mestringsmekanismer, og ser spesifikt på punkt 3; *Bevisst undertrykking av reaksjoner*, så er det nettopp dette hun beskriver at hun gjør og at dette blir benyttet i utstrakt grad ved spesielt sterke inntrykk i kritiske situasjoner. Den ene deltakeren eksemplifiserer dette godt når hun beskriver hvordan de kroppslige reaksjonene kom til uttrykk i form av fysisk kvalme og sterkt indre ønske om å bare springe fra hele situasjonen. Videre beskriver hun hvordan hun likevel klarte å møte seg selv opp til å stå i situasjonen ved bruk av mestringsmekanisme punkt 4; «*Selvforsterkende kommentarer*» (Dyregrov, 2018). Men hun var likevel meget klar over at det kom til å komme enn reaksjon etterpå: «*også kommer reaksjonen etterpå. Og den kommer til å komme*» (deltaker 2). Som Isdal (2017) nevnte tidligere, så kan ansatte i hjelpeyrker stå i ekstreme situasjoner uten å miste kontrollen. Videre sier han at reaksjonen fra den ekstreme situasjonen kan komme etter at alt har gitt seg og man føler at det er trygt å slappe av igjen. Hvis vedkommende da for eksempel går på pauserommet i etterkant av situasjonen og noen spør: «*Hvordan har du det?*», kan reaksjonen plutselig vise seg gjennom gråt, skjelving og raseri, eller den kan uttrykke seg i form av følelser som angst, sinne, tristhet eller at man begynner å gråte etter å ha kommet hjem (Isdal, 2017).

Med bakgrunn i arbeidsmiljøloven (2006) §3-2, mener Isdal (2017) at arbeidsgiver må bevisstgjøre sine ansatte om de psykiske belastningene som kan påvirke dem i arbeidet, og hvilke symptomer de bør være oppmerksomme på. Dette for at de skal unngå utbrenthet (Isdal, 2017). Gratland og Nergård (2017) mener at det ikke er gunstig dersom helsearbeidere tenker at de skal tåle alt, fordi de kan få en emosjonell reaksjon dersom belastningen blir stor nok. I tillegg sier den amerikanske legen, Rachel Naomi Remen at «*Forventningen om at vi*

*skal kunne oversvømmes av lidelse og tap på daglig basis uten å bli berørt av det, er like urealistisk som å tro at man kan vasse uten å bli våt»* (Gjengitt og oversatt av Haavik og Toven, 2020, s.15). Årsaken er at vi jobber i risikoyrker:

Siden vi er mennesker, er vi i fare for å bli preget, endret og i ytterste forstand syke av arbeidet vårt. Vi jobber i risikoyrker! Denne erkjennelsen er det første og viktigste skritt for å kunne ta grep for å beskytte de ansattes, hverandres og vår egen helse.

(Isdal, 2017, s.59)

Isdal (2017) hevder at hjelpernes egne vansker har vært et tabubelagt emne, fordi vi har en samfunnskultur med lang tradisjon for å fortie psykiske problemer. Isdal (2017) har ofte stilt seg spørsmålsteget ved hvorfor arbeidsbelastninger ikke er et tema i våre utdanninger. Noen årsaker til dette kan være manglende forskning og kunnskap om de belastningene som ligger i det å hjelpe (Isdal, 2017).

Innledningsvis presenterte jeg en tabell (tabell 1) over yrkesrelaterede helseplager, arbeidsulykker og sykefravær for sysselsatte hos sykepleiere og spesialsykepleiere. Tabellen viser en jevn stigning i yrkesrelaterede helseplager, arbeidsulykker og sykefravær for sykepleiere og spesialsykepleiere fra 2013 og frem til 2019. Ifølge Isdal (2017) så kan denne høye sykefraværstatistikken skyldes at arbeid med mennesker, lidelse og problemer er de mest helsefarlige yrker i vårt samfunn. Han stiller spørsmål til hvorfor sykefraværstatistikken er så høy for området «helse og sosial» sammenlignet med andre yrkesgrupper. Skyldes det at sykepleiere lettere blir syke? Dreier det seg hovedsakelig om fysiske belastningsskader? Eller skyldes det at vi i større grad enn andre utsettes for smittestoffer som bakterier og virus? Selv er han overbevist om at det skyldes de psykiske belastningene som medføres ved å jobbe med andres lidelse (Isdal, 2017). Ut ifra dette, mener jeg at det ikke er så utenkelig at operasjonssykepleiere står i fare for å utvikle utbrenthet, og i verste fall velger seg et annet yrke.

## 5.2 Erfaring og kompetanse bidrar til trygghet, mestring og bedre egenomsorg

Det kommer frem i resultatene at opplevelsen av mestring varierer ut ifra grad av erfaring og kompetanse som operasjonssykepleieren har. Der de som nyutdannet i flere situasjoner kunne føle seg overveldet og til og med kunne ha fysiske reaksjoner på grunn av ansvaret og stresset som fulgte med i kritiske situasjoner, opplevde de nå som erfarne operasjonssykepleiere at de hadde blitt betydelig tryggere og vant med å håndtere slike situasjoner. Som tidligere nevnt styres vi av tre faktorer som påvirker i hvilken grad vi blir emosjonelt og fysiologisk aktivert i arbeidshverdagen; *kompetanse, erfaring og tilvenning/habituering* (Isdal, 2017). I forhold til bearbeiding av sterke inntrykk, kunne den sistnevnte faktoren; *tilvenning*, være en fordel i jobben vår. Men samtidig kan det bli problematisk dersom vi slutter å føle i jobben vår, spesielt der det er hensiktsmessig og naturlig å gjøre det (Isdal, 2017). En uerfaren kan for eksempel oppleve en kritisk situasjon som veldig overveldende, mens den erfarne som deltar i den samme situasjonen reagerer mye mindre på grunn av; *habituering*. Dette kan gjøre at den erfarne ikke fanger opp at situasjonen kanskje opplevdes overveldende for den uerfarne. Samtidig kan den uerfarne føle det vanskeligere å dele sin opplevelse fra situasjonen når den uerfarne ser at den erfarne virker å reagere mye mindre. Denne teorien kan jeg kjenne meg igjen i som nyutdannet. Den er også en av årsakene til at jeg i utgangspunktet, som student, begynte å stille meg spørsmål til om det forventes at operasjonssykepleiere bare skal tåle alt. For de situasjonene som jeg eller mine medstudenter kunne oppleve som overveldende, virket de erfarne å reagere mye mindre på.

Senere i resultatene ser vi at den erfarne operasjonssykepleieren reflekterer tilbake med en styrket følelse av mestring og kontroll. Ved å se det i lys av Benners (1995) modell «*fra novise til ekspert*», har deltakerne, med sin lange erfaringsbakgrunn, fått en intuitiv forståelse for ulike situasjoner og klarer dermed raskere å se hvilke tiltak som bør prioriteres, samt er mer sikker i sin vurdering. De kjenner algoritmene eller gjenkjenner likhetstrekk i situasjoner, noe som krever mye refleksjon og tar år å utvikle (Benner, 1995).

Selv om den erfarne operasjonssykepleieren på mange måter er styrket på områder som kjennskap til utstyr og prosedyrer, så kan vi likevel se at det fortsatt er områder der det kommer sterke følelser i sving.

## **Erfaringsutveksling**

På spørsmål om hva de selv mente kunne fremme mestring av kritiske situasjoner, svarte den ene deltakeren at det kanskje hadde vært greit med et forum hvor de ansatte kunne dele historier fra tøffe situasjoner, og på den måten søke støtte fra sine kolleger. Videre kom det frem at en slik type ordning også kunne bidratt til enda mer erfaringsutveksling enn det som er i dag, noe som kanskje i tillegg kunne virke betryggende på nyutdannede. Jeg som nyutdannet syntes at dette forslaget virket spennende, fordi noen kanskje tror at det er en svakhet å vise at ting er utfordrende. En slik ordning ville da kunne bidratt til et miljø hvor man blir bedre kjent med hverandre, et miljø hvor terskelen blir lavere for å dele sterke inntrykk og tøffe opplevelser som man ønsker hjelp til å bearbeide. Ergo en kultur hvor man mestrer ting sammen. Ved å se tilbake på Dyregrov (2002) og det han sa angående ulike måter å forberede hjelperne på, så mener han at erfaringsutveksling vil kunne bidra til at personell slipper å føle seg unormale om sine reaksjoner, og at de lettere vil kunne gjenkjenne stressreaksjoner og symptomer en bør ta på alvor, både hos seg selv og hos andre (Dyregrov, 2002). Michael og Jenkins (2001) sier det er viktig å ha et støttende miljø rundt seg, bestående av kunnskapsrike og empatiske mennesker som evner å hjelpe hverandre til å få satt ting i perspektiv.

## 5.3 Viktigheten av uformell støtte og ventilering

### Støtte fra kolleger

Det viser seg at erfarne operasjonssykepleiere fortsatt kan kjenne på sterke følelser. Behovet for støtte og det å snakke ut om følelsene sine virker å være konstant gjennom hele yrkeskarrieren til operasjonssykepleierne. Deltakerne kunne fortelle hvordan de hadde funnet sine kanaler for å ventilere seg, kanaler som de er fortrolig med og stoler på. Kolleger virker å være spesielt viktig for operasjonssykepleierne når de kjenner på behovet for å få snakket ut om de sterke inntrykkene de har opplevd på stua. Den ene mestringsmekanismen som Dyregrov (2018) fremhevet som den viktigste og mest betydningsfulle hos hjelpere, var som tidligere nevnt; *Kontakt med andre/sosial støtte* hvor hjelpere kan finne stor støtte i sine kolleger. Det er stor enighet om at det å få snakke sammen med kolleger kan være veldig positivt, da det gir mulighet til å snakke om både inntrykk, reaksjoner og oppfatninger med noen som kan forstå hva det snakkes om (Dyregrov, 2000, Michael og Jenkins, 2001, Dyregrov 2002, Cronquist et al, 2006, Isdal, 2017, Dyregrov 2018, Haavik og Toven, 2020 og Rivera-Chiauzzi et al. 2020).

### Støtte fra de hjemme

Ifølge Isdal (2017) lærer man gjerne at man ikke skal ta jobben med seg hjem og at det kanskje til og med blir ansett som en svakhet dersom man gjør det. Men er det noe han virkelig mener at hjelpere skulle lært seg, så er det dette; «*Du kommer til å ha med deg jobben hjem*» (Isdal, 2017, s.32). Han sier til og med så sterkt at det å si til hjelpere at de ikke skal ta jobben med seg hjem både er ufaglig og umenneskelig, for det finnes ingen av og på knapp. Videre sier han at hvis man heller forbereder hjelperne på at det kommer til å skje, og lærer dem gode måter eller metoder for å ta jobben med hjem på, vil det redusere hvordan man selv og ens private relasjoner påvirkes (Isdal, 2017).

Det fremkommer fra resultatene at det å ha noen som lytter hjemme virker å ha noe av samme nytten som å prate ut med sine kolleger, men her er det noen utfordringer som man kan reflektere over. Det ene er at man må vurdere hvordan og hva man sier for å holde seg innenfor taushetspliktens grenser. Samtidig er det nok de færreste som har familie hjemme

som er i stand til å sette seg inn i de sterke opplevelsene som kan oppstå på operasjonsavdelingen. Det mange hjelpere som bevisst lager seg noen løsninger der de prøver å balansere lovverket opp mot personlige behov. Noen har for eksempel funnet måter å formulere seg på uten at de oppgir sensitive opplysninger, men likevel kan si litt om de sidene ved situasjonen som har berørt dem (Haavik og Toven, 2020 og Isdal, 2017).

Ifølge Haavik og Toven (2020) er det en del hjelpere som også gjør det motsatte; de unngår faktisk å snakke om jobben med de hjemme. Det handler ikke bare om taushetsplikten, men også at de kjenner behov for at hjemmet deres er en jobbfri sfære. Både Haavik og Toven (2020) og Isdal (2017) antar at dette kanskje særlig er tilfelle hos de hjelperne som jobber med noe vanskelig som mange rundt synes er ubehagelig å høre om. En vanlig reaksjon kan da være; «*det hadde jeg aldri greid*» eller «*for en viktig jobb du gjør*», avsluttet med et lettelsens sukk over at noen makter å jobbe med noe så fælt (Haavik og Toven, 2020). Eller de kan begynne å gi råd eller komme med enkle forslag på hvordan løse vanskelige situasjoner: «*Kan du ikke bare slutte i jobben?*», «*Du kan da ikke gå rundt og tenke sånn*», «*Si ifra!*» (Isdal, 2018).

Under mitt intervju var det imidlertid ingen som sa at de ikke tok det med hjem, slik Haavik og Toven (2020) og Isdal (2017) hevder at en del hjelpere gjør. For begge mine deltakere fortalte at de gjorde sin nærmeste familie oppmerksomme dersom de fortsatt kjente seg berørt av jobbens inntrykk etter at de kom hjem. Det kunne være at de snakket sammen med familie eller venner om situasjonen for å få bearbeidet det. Om dette representerer operasjonssykepleiere som gruppe eller om det skyldes tilfeldigheter ved at jeg bare hadde to deltakere kan diskuteres.

### **Hva med de som kanskje ikke har så god relasjon med sine kolleger, og som heller ikke har noen der hjemme som de kan ventilere til?**

Uten en organisasjon som systematisk ivaretar alle, er det ikke utenkelig at noen faller utenfor og ikke opplever støtte i etterkant av kritiske situasjoner. De utsatte kan være de som kanskje ikke oppnår nær relasjon med sine kolleger av ulike grunner, eller det kan være vikarer fra et naboland som allerede har begrenset kollegial og familiær kontakt. Dermed forbeholdes



denne viktige, uformelle kollegastøtten kun til de operasjonssykepleierne som allerede har opparbeidet seg tilstrekkelig sosialt nettverk på jobb. Et av de viktige funnene i studien til Cronquist et al, (2006) underbygger nettopp denne teorien, da de som tidligere nevnt så at uformell kollegastøtte kunne føre til lukkede grupper mellom kolleger, noe som ekskluderte andre (Cronquist et al, 2006). Et annet viktig funn var at slike sterke grupperinger på arbeidsplassen også kunne føre til at det ble vanskeligere for ledelsen å fange opp de som eventuelt falt utenfor og trengte støtte. På bakgrunn av dette er jeg enig med Cronquist et al (2006) og deres anbefaling om at det bør utvikles modeller som tilbyr støtte for alle.

### **Hva med de som ikke selv skjønner at de trenger hjelp til å bearbeide noe?**

Isdal (2017) sier at det en del arbeidsgivere som har inngått avtaler med private psykologfirmaer i forhold til deres plikt til å sikre at ansatte med behov for oppfølging og behandling skal få det, jfr. arbeidsmiljølovens § 1-1, bokstav a og d (Arbeidsmiljøloven, 2006). Slik psykologoppfølging kan gis til ansatte som for eksempel befinner seg midt i en vanskelig livssituasjon grunnet samlivsbrudd, sykdom eller dødsfall i nærmeste familie, men også til ansatte som trenger debriefing i mentalt krevende jobber (Isdal, 2017). Det har imidlertid vist seg at dette tilbudet brukes i altfor liten grad, noe Isdal (2017) tror skyldes flere forhold. Dels fordi at folk har en lei tendens til å skjønne altfor sent at de har behov for hjelp. Like mye fordi det fremdeles kan være skambelagt å oppsøke psykisk helsehjelp i vår kultur (Isdal, 2017).

Hvis man enda en gang ser tilbake på arbeidsmiljøloven (2006) §3-2, så ligger det et ansvar hos arbeidsgiver, og det ansvaret er at de ansatte får opplæring og undervisning i de psykiske helsefarene de utsettes for ved å jobbe i psykisk belastende yrker (Isdal, 2017). Selv mener jeg at det bør gis undervisning og opplæring om dette allerede på grunnutdanningen i sykepleie. For som Isdal (2017, s.32) sa; «*Du kommer til å ha med deg jobben hjem*», det er noe jeg også har erfart flere ganger, helt siden jeg var sykepleierstudent.

## 5.4 Behov for organisert bearbeidelse, bekreftelse og avslutning

Blir det avsatt nok tid og rom for å bearbeide reaksjoner etter kritiske situasjoner, både individuelt og til hverandre slik rammeplanen for operasjonssykepleie beskriver? Ifølge deltakerne virker det ikke slik, for det kommer jo frem at behovet for emosjonell støtte og ventilering også skjer på hjemmebane for å få ting ut av systemet. Det viser seg også at de i noen tilfeller må kontakte sine kolleger utenom jobb for å motta emosjonell støtte og ventilering etter kritiske situasjoner. Haavik og Toven (2020) sier at dersom man oppdager at man ikke klarer å stoppe seg selv i å prate om en situasjon med de hjemme, eller at man ikke klarer å utelate detaljer i historien som de hjemme verken trenger eller skal ha, så kan dette tyde på manglende muligheter for å ventilere på arbeidsplassen. Derfor er det helt avgjørende at hjelpere har noen trygge steder hvor de føler at de kan snakke ut om inntrykk og opplevelser fra situasjoner de har stått i, og da med noen som kan forstå hva det snakkes om (Haavik og Toven, 2020, Dyregrov, 2018 og Michael og Jenkins, 2001).

Resultatene viser også at det er begrenset med organisatorisk oppfølging i etterkant av kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen. Det kan skyldes mangel på et system som fanger opp behovet for oppfølging, eller det kan være mangel på tid og sted til å gjennomføre slike oppfølginger. Deltakerne uttrykte jo som nevnt et behov for å ha et egnet sted hvor de kan prate ut og drive emosjonell ventilering. Det finnes et pauserom, men det er et sted som er åpent for andre enn de involverte og man risikerer dermed å bli avbrutt eller overhørt der, noe som heller ikke er så heldig med hensyn til taushetsplikten. Dette innbyr derfor ikke til nødvendig samtale i etterkant av kritiske situasjoner i arbeidshverdagen.

Haavik og Toven (2020) sier at der arbeidsgivere praktiserer med type «åpen dør» eller «det er bare å spørre»-kultur, er intensjonen gjerne god, men at det ofte viser seg at folk er for travle med sitt. Videre sier de at dersom det blir slike samtaler, så blir de nødvendigvis ikke så grundige, da de bare rekker noen minutters drøfting i løpet av lunsjpausen, da gjerne mellom tygging og andre samtaleemner, eller et par setninger ved kaffemaskinen. Hvis det ikke settes av tilstrekkelig med tid og sted til slike samtaler, får man ikke brukt hverandre som kolleger i den grad det er behov for det (Haavik og Toven, 2020).

Som tidligere nevnt i arbeidsmiljøloven § 2-3, første ledd, så har de ansatte også et ansvar for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø. Den beste måten å oppnå dette på er ifølge Isdal (2017) å få de ansatte til å bruke tid på å diskutere hvordan de ønsker at det kollegiale arbeidsforholdet skal være. For på den måten kan de utvikle gode rutiner og kjøreregler som vil styrke hverandre. Mens lederens ansvar er å sørge for at det blir satt av nok tid og rom til slike prosesser (Isdal, 2017). Ifølge Dyregrov (2002) vil det uansett vært helt urimelig å skulle pålegge arbeidsgivere alt ansvar for godt arbeidsmiljø. Han hevder at det som virker for den ene kan være svært ulikt fra det som virker for en annen. Arbeidsgivere får derfor vanskeligheter med å imøtekomme alles behov. Av den grunn kan det være nyttig for den enkelte å reflektere over hva en selv kan bidra med. En slik refleksjon vil være nødvendig med tanke på utvikling av stressmestringsstrategier (Dyregrov, 2002).

Haavik og Toven (2020) er enige med både Dyregrov (2002) og rammeplanen for videreutdanning i operasjonssykepleie, om at selvivaretagelse er viktig. Men de ønsker at selve bruken av ordet selvivaretagelse begrenses. Dette kommer frem i måten Toven, S. (2020) siteres i sykepleien.no med; «*Ivaretagelse er ikke noe du gjør alene.*». De er mer opptatt av organisasjonsperspektivet; ledernes og politikernes ansvar for ivaretagelse av hjelpere (Haavik og Toven, 2020). Haavik og Toven (2020) begrunner dette ved at selv om hjelpere er eksperter på hvordan mennesker normalt sett reagerer i krevende situasjoner, er det ikke sikkert at de gjenkjenner tegnene på at noe er galt hos de selv. Mange kan ha en lei tendens til å bagatellisere egne symptomer, da ved å tro at de tåler mer enn de gjør, eller at deres utdanning og personlighet beskytter tilstrekkelig. Dersom de samme tegnene hadde dukket opp hos deres klient, hadde nok tegnene raskt blitt gjenkjent som forståelige og kanskje også alvorlige reaksjoner på psykiske belastninger (Haavik og Toven, 2020). «*En god hjelper ville da neppe latt som om symptomene ikke var der, bedt klienten om å glemme dem og bare stå på, eller påført ham eller henne dårlig samvittighet for å ha slike reaksjoner.*» (Haavik og Toven, 2020, s.41).

Videre sier de at noen mestringsstrategier kan være fornuftige eller gjøre godt, men at de også kan være skadelig dersom de ikke blir brukt med måte. Dette eksemplifiserer de slik:

Et glass rødvin om kvelden etter en tøff dag på jobb kan kjennes avslappende og hyggelig. Men hva hvis det blir flere glass? Eller hvis man ikke får sove uten å drikke alkohol? Poenget er å kjenne igjen når mestringsstrategiene tipper over til å bli problemer, ikke at man aldri skal bruke dem. Når strategiene bli automatiserte og ureflekterte, er det vanskeligere å oppdage overbelastningen som forårsaker dem.

(Haavik og Toven, 2020, s. 41)

Hvis det ikke finnes noe form for oppfølging på en arbeidsplass man søker jobb hos, oppfordrer Isdal (2017) til at man ikke tar jobben. Således ser man hvor viktig Isdal (2017) mener at oppfølging er. Han sier til og med at det bør være obligatorisk ettersom ikke alle selv klarer å fange opp at de har behov for oppfølging før det er for sent. Cronqvist et al. (2006) mener også at det bør diskuteres om sykepleiere skal gis anledning til å avslå tilbud om støtte eller om det burde være pålagt. De viser til ubearbeidede situasjoner hvor ting kan boble frem igjen, noe som kan være et psykisk symptom som man ikke bør overse. For det kan for eksempel resultere i sykefravær på grunn av utbrenthet.

Selv undrer jeg meg over hvorfor det er slik at vi har noen andre enn oss selv som sitter og vurderer hva som skal til for at det skal bli avsatt tid og sted for oppfølging. For eksempel at det må så og så mange skadede til for at det blir iverksatt psykologisk debriefing av personalet som var involvert. Det bør ikke overlates til tilfeldighetene om man får det tilbudet man trenger i etterkant av kritiske situasjoner. Tilfeldigheter som f. eks hvilken vakt man går, hvilken hendelse man har stått på og hvem som er på jobb. Fra Cronqvist (2006) sin studie kan man trekke paralleller til operasjonssykepleiere, og hvis man da prioriterer bort tilbudet om psykologisk debriefing, eller ikke får tilbud av ulike årsaker skjønner man kanskje ikke at man har et problem før det er for sent.

Tilbudet om psykologisk debriefing bør settes i system slik at det fanger opp alle som har et behov for det, men også de som kanskje ikke forstår at de har et behov for det. Et sikkerhetsnett som ved visse kriterier setter i gang en obligatorisk prosess for de involverte.

Kanskje en avlastningssamtale slik Dyregrov (2002) presenterte tidligere kan være en mulighet for hjelp til bearbeiding. Den ville i så fall også hjulpet de ansatte med å normalisere følelser og reaksjoner, samt fanget opp de ansattes eventuelle symptomer en bør være oppmerksom på i etterkant av kritiske situasjoner.

Ved å se tilbake på arbeidsmiljøloven § 1-1, så setter den krav til at arbeidstakere skal beskyttes mot arbeidsforhold som kan gi fysiske og psykiske skadevirkninger. Til denne paragrafen viser Isdal (2017) til utbrenthet som et eksempel på hva som kan inngå i kategorien psykiske skadevirkninger. Arbeidsgiver plikter å identifisere risikoer i arbeidet samt iverksette nødvendige risikoreducerende tiltak. Men man kommer ikke bort fra at arbeidstaker har medvirkningsplikt til å bidra med gode løsninger samt å faktisk benytte de løsninger som arbeidsgiver pålegger. Det være seg å delta på psykologisk debriefing eller noe så enkelt som å bruke utlevert verneutstyr. Sammen så kan vi bidra til et bedre og tryggere arbeidsmiljø med lavere sykefravær. Dette vil redusere kostnader som igjen vil komme både ansatte og pasienter til gode.

### **Behov for avslutning og bekreftelse**

I denne oppgaven beskrev begge operasjonssykepleierne et behov for å få en avslutning og bekreftelse i etterkant av kritiske situasjoner. De beskrev en nysgjerrighet om hvordan det gikk med pasientene i etterkant av mange av de kritiske situasjonene. Behovet for dette virker å være todelt. Den ene delen handler om behovet for å vite hvordan det gikk med pasientene ift. til det menneskelige aspektet. Gikk det bra med pasienten, overlevde han eller hun? Uvissheten om dette kan være stressende for operasjonssykepleierne. Den andre delen handler om det faglige. Gjorde vi alt rett? Hva kan vi gjøre annerledes for å bli bedre neste gang? Dette handler om et ønske om å få en avslutning for å kunne gå videre, og et behov for anerkjennelse/bekreftelse på jobben de har gjort fra kolleger.

## 5.5 Metodediskusjon, implikasjoner og relevans for praksis

### 5.5.1 Styrker og begrensninger med oppgaven

Ifølge Malterud (2017) er en vanlig fallgrube at man tar for gitt at egen forforståelse er riktig og dermed overdøver deltakernes stemme, og bare søker bekreftelse på egen oppfatning. Jeg har derfor forsøkt å ha et aktivt og bevisst forhold til min egen forforståelse. Forforståelsen kan likevel ha medført at jeg blant annet har tolket deltakernes utsagn ensidig i en ønsket retning. Eller fulgt opp det de sa på en måte som betød at de kunne komme med noe uventet, og vært kritisk nok når jeg leste den transkriberte teksten. For å motarbeide dette, har jeg utviklet åpne spørsmål i intervjuguiden og stilt spørsmål til materialet som kunne peke i motsatt retning av det jeg umiddelbart tolket utfra min forforståelse.

Masteroppgaven har et omfang på 30 studiepoeng. Det betyr at det var lite tid til å gjennomføre et empirisk arbeid og samtidig få tid til fordypning og modning i forhold til litteratur og analysearbeid. Dette har påvirket valg og refleksjonsnivå i oppgaven. I tillegg har parallelle løp med klinisk arbeid og skriving av masteroppgave resultert i begrenset tid og ressurser.

Med bakgrunn i min manglende erfaring i å gjøre slike undersøkelser og utføre analysearbeid, kan jeg ha misforstått og brukt teorier feil, deriblant Malteruds systematiske tekstkondensering. Min manglende erfaring kan og ha påvirket arbeidet med litteratursøk, utvelgelse av litteratur og valg av teori. Likeså ser jeg i etterkant at det ville ha vært enklere om jeg kun hadde undersøkt ett av spørsmålene, både med tanke på valg av teori, søk etter litteratur, håndtering av analysen og den påfølgende diskusjon med tanke på oppgavens omfang. De beskrevne begrensningene kan samlet ha påvirket arbeidets pålitelighet.

Når det gjelder resultatene i denne oppgaven som baserer seg på innsamling av data fra to deltakere, innfris ikke krav som stilles til resultatets gyldighet.

### **5.5.2 Implikasjoner og relevans for praksis**

Jeg håper at resultatene fra denne oppgaven kan bidra til faglige diskusjoner omkring tematikken inn i den kliniske hverdagen. Samtidig tror jeg at funnene kan ha potensial til å igangsette videre forskning for hvordan man kan imøtekomme behovet for emosjonell støtte og ventilering, samt implementere et system som sikrer at alle operasjonssykepleiere får mulighet til å oppleve emosjonell støtte og ventilering på sin arbeidsplass.

## 6 Konklusjon

Funnene fra denne oppgaven gir innsikt i operasjonssykepleieres erfaringer med å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen, og hva de mener vil kunne fremme mestring ved slike situasjoner.

Erfaringene deres viser at det å stå i kritiske situasjoner er noe som kan oppleves som så heftig og tøft at det kan fremkalle ubehag hos den enkelte operasjonssykepleier. Spesielt dersom situasjonene omhandler barn og unge, bekjente eller dersom operasjonssykepleieren opplever mangel på kontroll over situasjonen. Oppgaven viser at operasjonssykepleieren takler situasjoner bedre etter hvert som de oppnår mer erfaring med slike situasjoner, mer faglig ballast -og kapasitet.

Funnene fra denne oppgaven viser det foreligger et stort behov for emosjonell støtte og ventilering i etterkant av kritiske situasjoner. Behovet er konstant selv om erfaring, kompetanse og kapasitet øker, og er avgjørende for operasjonssykepleieres generelle velvære i arbeidshverdagen. Ettersom det ikke foreligger fastlagte systemer og rutiner for emosjonell ventilering i etterkant av kritiske situasjoner, har operasjonssykepleierne vært nødt til å finne egne måter å løse dette på. Dette løses primært gjennom samtale med kolleger, noen ganger med ledere eller familien. En svakhet ved dette er at mangelen på et system gjør at operasjonssykepleiere uten et tilstrekkelig sosialt nettverk på jobb eller hjemme, risikerer å ikke få nødvendig hjelp til emosjonell bearbeiding

Det kommer også frem at det mangler avsatt tid til å gjennomføre nødvendig emosjonell ventilering i etterkant av kritiske situasjoner. Det kan enten skyldes for tett operasjonsprogram der det kreves at man umiddelbart går i gang med neste operasjon, eller at det ikke er kutyme for å gjøre det etter endt vakt.

Likeså etterspørres et egnet sted for slik ventilering. Pauserommet er tilgjengelig for alle ansatte i avdelingen til enhver tid, og er ikke egnet for å involvere personell i etterkant av kritiske situasjoner.



## Referanseliste

**Arbeidsmiljøloven** (2006). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. LOV-2005-06-17-62. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

**Arbeidstilsynet** (2020) [Lastet ned 24.09.20] <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/stress/>

**Askheim, O.P.** (2012). Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi? Oslo: Gyldendal Akademisk

**Bang, S.** (2008). *Rørt, rammet og rystet*. Gyldendal Akademisk

**Benner, P. (1984)**. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park, Calif: Addison-Wesley

**Benner, P. & Wrubel, J.** (2001) *Omsorgens betydning i sygepleje: stress og mestring ved sundhed og sygdom*. Oversatt til dansk av Steinicke, H. 1. utgave, 3. opplag. København: Munksgaard Danmark

**Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I.** (2015). *Kvalitative intervjuer*. I: Forskningsmetode for sykepleierutdanningene. Oslo: Abstrakt forlag (s.71-84)

**Cronqvist A, Lützén K, Nyström M.** (2006) Nurses' lived experiences of moral stress support in the intensive care context. *J Nurs Manag.* Jul;14(5):405-13 (s.405-413)

**Dyregrov, A.** (2000). Barn og traumer, en håndbok for foreldre og hjelpere. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. 3 opplag 2000

**Dyregrov, A.** (2002). *Psykologisk debriefing, hvordan lede gruppeprosesser etter kritiske hendelser*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. 2 opplag

**Dyregrov, A.** (2018). Organisering av psykososial oppfølging I: Katastrofepsykologi. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. 3 opplag

**Dysthe, O., Hertzberg, F. & Hoel, T.L.** (2010). *Skrive for å lære - skriving i høyere utdanning*. 1.utgave 2000, 2.utgave Oslo: Abstrakt Forlag AS

**Dåvøy, M.G., Eide, H, P. & Hansen, I.** (red.) (2018) *Operasjonssykepleie*. 2.utgave, 1. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

**De nasjonale forskningsetiske komiteene** (2009) Tilgjengelig fra: <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

**Gratland, W. og Nergård, A.** (2017) Også hjelperne kan bli traumatisert. I: Sykepleien.no [Lastet ned 14.03.19] Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/10/ogsa-hjelperne-kan-bli-traumatisert> ]

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

**Helsedirektoratet** (2017). Stress og mestring. [Lastet ned 20.07.2020] [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/\\_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf)

**Isdal, P.** (2017). *Smittet av vold: Om sekundærtraumatisering, compassion fatigue og utbrenthet i hjelperyrkene*. 2. opplag. Bergen: Fagbokforlaget.

**Konsmo, T.** (1995). *En hatt med slør... om omsorgens betydning for sykepleie – en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. Trulte Konsmo. 4. opplag. Oslo: TANO A.S.

**Kvale, S. & Brinkmann, S.** (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. 4. opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS akademisk forlag AS.

**Lazarus, R.** (1999). *Stress og følelser – en ny syntese*. København: Akademisk Forlag. 1 utgave, 2.opplag

**Lazarus, R. & Folkman, S.** (1984) *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc

**Malterud, K.** (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utgave. 2 opplag. Oslo: Universitetsforlaget

**Maslach, C. Jackson, S. & Leiter, M.** (1997). *The Maslach Burnout Inventory*. (3<sup>rd</sup> edition). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 191- 218. [Hentet fra PubMed]

**Mesel, T.** (2014). *Når noe går galt, fortellinger om skam, skyld og ansvar i helsetjenesten*. Oslo: Cappelen Damm AS. 1 utgave. 2.opplag (s.13-251)

**Michael R, Jenkins HJ.** (2001) The impact of work-related trauma on the well-being of perioperative nurses. *Collegian*. 2001 Apr; 8 (2):36-40. [Hentet fra PubMed]

**Michael R, Jenkins HJ.** (2001) Recovery from work-related trauma by perioperative nurses: the effects of social and personal resources. *Collegian*. 2001 Jul;8(3):8-13 [Hentet fra PubMed]

**NAV bedriftsundersøkelse** (2019). [Lastet ned 05.07.20] <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/bedriftsundersokelsen>

**NSFLOS, N.** (2015). *Operasjonssykepleie - ansvar og funksjonsbeskrivelse*. Hentet fra: <https://nsflos.no/fag-og-fagutvikling/operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse/>

**Rasmussen, G. (2009).** *Å være forberedt på det uventede. En fokusgruppestudie om operasjonssykepleieres videreutvikling av handlingskompetanse.* Masteroppgave. Trondheim: NTNU Institutt for Sosialt Arbeid og Helsevitenskap

**Rivera-Chiauszi EY, Smith HA, Moore-Murray T, Lee C, Goffman D, Bernstein PS, Chazotte C. (2020)** Healing Our Own: A Randomized Trial to Assess Benefits of Peer Support. *J Patient Saf.* September

**Statistisk sentralbyrå (2020).** Arbeidsmiljø, levekårsundersøkelsen - Yrkesrelaterte helseplager, arbeidsulykker og sykefravær for sysselsatte, etter yrke.  
Hentet fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/10479/>

**Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009).** The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. *Quality and Safety in Health Care*, 18(5), 325.

**Solberg, K., Flatøy, H. og Jonasmo, R. (2019)** <https://sykepleien.no/2019/05/who-anerkjener-utbrenthet-som-sykdom>

**Sykepleien.no (2019)** *WHO anerkjenner utbrenthet som sykdom.* [Lastet ned 07.06.19]  
Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/05/who-anerkjener-utbrenthet-som-sykdom>

**Tjernshaugen, A. (2009)** «Faktor», i Store Norske Leksikon. [Lastet ned 01.11.20]  
Tilgjengelig fra: <https://snl.no/faktor>

**Toven, S. (2020)** *Vil ta vare på hjelperne: - Du er ikke betalt for å tåle alt* [Lastet ned 23.07.20] <https://sykepleien.no/2020/06/vil-ta-vare-pa-hjelperne-du-er-ikke-betalt-tale-alt>

**Utdannings-og forskningsdepartementet. (2005).** Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie. [Lastet ned 04.06.19] Tilgjengelig fra:  
[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan\\_for\\_videreutdanning\\_i\\_operasjonssykepleie\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf)

**World Health Organization (2003)** Standards for health promotion in hospitals: development of indicators for a self-assessment tool. WHO: 2003 (s.2-17)

## Vedlegg 1 Forespørsel om deltakelse i undersøkelse

### Tema: Mestring av kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen

*Hvordan erfarer operasjonssykepleiere å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen, og hva mener de kan bidra til å fremme mestring ved slike situasjoner?*

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Tromsø, institutt for helse og omsorgsfag og skal i gang med å skrive masteroppgave innen operasjonssykepleie. I denne forbindelse spør jeg deg om delta i en undersøkelse hvor formålet er å se på hvordan operasjonssykepleiere erfarer å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen. I dette skrevet gir jeg deg informasjon om målene for undersøkelsen og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Masteroppgaven har som formål å få økt kunnskap og forståelse for hvordan operasjonssykepleiere erfarer å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen. Oppgaven søker også å undersøke hva operasjonssykepleiere selv mener kan bidra til mestring ved slike lignende situasjoner i fremtiden.

Følgende problemstilling undersøkes:

*Hvordan erfarer operasjonssykepleiere å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen, og hva mener de kan bidra til å fremme mestring ved slike situasjoner?*

#### Hvem er ansvarlig for undersøkelsen?

UiT, institutt for helse og omsorgsfag er ansvarlig for undersøkelsen.

#### Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Til denne undersøkelsen ønsker jeg å få med 2 - 3 operasjonssykepleiere som har jobbet en del i øyeblikkelig hjelp/traumeteam.

#### Hva innebærer det for deg å delta?

Som metode har jeg valgt å gjøre en intervjuundersøkelse som vil ha en varighet på ca. 1-2 timer, og vi blir sammen enig om når tid det passer best for deg og avdelingen, da utenfor arbeidstiden.

Under intervjuet vil jeg invitere deg til å dele dine erfaringer med å stå i situasjoner som du opplevde som så kritisk at de ble «med deg hjem» etter jobb. Med andre ord; situasjoner som ga så sterke inntrykk at du fortsatte å tenke mye over de selv etter du kom hjem fra jobb. Deretter vil jeg høre hva du selv tror kan bidra til å fremme mestring ved lignende situasjoner i fremtiden.

Jeg blir å registrere opplysningene fra intervjuet gjennom notater og lydopptak.

#### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket

tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrivet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er kun jeg som masterstudent og min veileder som vil ha tilgang til dette. For å sikre at uvedkommende får tilgang til personopplysningene, vil jeg erstatte ditt navn og kontaktopplysninger med fiktive navn som lagres på en navneliste adskilt fra øvrige data innelåst. I tillegg blir lydfilene lagret i samsvar med UiTs krav til sikker lagring og anonymiserte transkriberte intervju/tekstfiler lagres på PC med passordbeskyttelse.
- Selve lydfilene vil bli spilt inn gjennom en app som heter «Nettskjema-diktafon» som av sikkerhetsgrunner ikke gjør det mulig å avspille lydopptaket direkte fra mobiltelefonen etterpå. Lydfilene vil kun bli behandlet av meg.
- Alt av materiale vil jeg behandle konfidensielt og alle data vil bli gjengitt anonymt i det ferdige produktet.

### **Hva skjer med opplysningene dine når jeg avslutter masteroppgaven?**

Lydfiler vil bli slettet umiddelbart etter at intervjuene er transkribert og anonymisert. Alle notater og personopplysninger blir slettet når oppgaven er levert 5. mai 2020. Det vil derfor bare være de anonymiserte transkriberte intervjuene som lagres videre etter prosjektstutt i mai 2020.

### **Dine rettigheter**

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger om deg
- få slettet personopplysninger om deg
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet)
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir meg rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

**Med tanke på parkering e.l. betaler jeg deg 200 kroner dersom du velger å stille til intervju.**

**For øvrig:**

Hvis du er villig til å delta i intervjuundersøkelsen, er det fint om du signerer den vedlagte samtykkeerklæringen og legger den i svarkonvolutt som følger med.

Dersom du har noen spørsmål, kan du ringe meg på:

tlf: **97 75 83 62** eller sende meg en e-post: [yimi013@uit.no](mailto:yimi013@uit.no)

Med vennlig hilsen

Victoria Mikkelsen

**Samtykkeerklæring til deltakelse i masterprosjekt**

Jeg har mottatt og forstått informasjonen om prosjektet: *«Hvordan erfarer operasjonssykepleiere å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen, og hva kan bidra til å fremme mestring ved slike situasjoner?»* og jeg har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker herved til å delta i intervjuundersøkelsen

-----  
(Signert av deltaker, dato)

Jeg kan kontaktes for avtale av tidspunkt for intervju på

Telefon: .....

## Vedlegg 2: Intervjuguide

Tema: Mestring av kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen.

*Hvordan erfarer operasjonssykepleiere å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen, og hva mener de kan bidra til å fremme mestring ved slike situasjoner?*

### **Innledningsfasen:**

Vi hilser og presenterer oss for hverandre og jeg presenterer veileder dersom hun er tilstede. Jeg forteller deltakeren hvilken rolle jeg vil ha under selve intervjuet; at jeg vil stille spørsmål, lytte og notere stikkord vedsiden av lydopptaket. Jeg informerer også om at det kan komme noen tilleggsspørsmål og at noen spørsmål kan virke gjentakende eller opplagt. Jeg vil også presisere at dersom noen spørsmål virker uklare, må vedkommende gi meg beskjed slik at jeg kan prøve å tydeliggjøre dem bedre. Deltakeren får også beskjed om å si ifra dersom det skulle bli behov for en kort pause.

Videre informerer jeg kort om prosjektets formål og problemstilling, dette for å sikre meg at deltakeren har forstått hva han/hun har samtykket til. Minner også om at deltakeren kan trekke seg når som helst. Jeg definerer eventuelle begreper som eksempelvis:

*«kritiske situasjoner»* I denne oppgaven vil kritiske situasjoner som oppleves stressende kunne dreie seg om situasjoner som ikke nødvendigvis får store konsekvenser, men som likevel er av betydning for den enkelte operasjonssykepleier.

*«mestring»* blir ifølge Lazarus og Folkman (1984) definert som kognitive og adferdsmessige bestrebelser som er i et kontinuerlig skifte for å håndtere spesifikke ytre og/eller indre krav som blir vurdert som en byrde, eller som overgår ressursene til en person

Jeg presiserer og trykker deltakerne om at intervjuet ikke skal ha fokus på deltakernes helse eller eventuelle helsemessige konsekvenser av personlig karakter. I tillegg vil jeg spesifikt be deltakeren om å *ikke* identifisere pasientens navn, men heller bruker ordet «pasienten», samt ikke avsløre «tid og sted» den kritiske situasjonen skjedde i (om det skjedde i går, i år eller for

10 år siden og heller ikke hvor i landet det eventuelt skjedde), samt *ikke* identifisere kjønn hvis mulig. På denne måten legger jeg til rette for at deltakeren kan uttale seg innenfor taushetspliktens rammer.

Jeg vil også poengtere for deltakeren om at dette intervjuet *ikke* er en evaluering, og handler ikke om å svare rett eller galt. For det finnes ingen fasit på noens erfaring. Dette er noe jeg vil legge vekt på for å få deltakeren til å føle seg trygg.

Jeg forteller at intervjuet vil foregå over **2 faser**:

***Fase 1** - handler om operasjonssykepleierens erfaring med kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen som deltakerne opplevde stressende.*

***Fase 2** - handler om operasjonssykepleierens egne tanker og refleksjoner rundt hva som kan bidra til å fremme mestring i forhold til slike stressende situasjoner*

Jeg sier også at jeg etter fase 1 vil komme til å konferere litt med min veileder for å høre om det er noe jeg har hoppet litt for fort over, og at jeg også kommer til å gjøre det samme etter fase 2. Ved å ha veilederen min med meg, vil jeg som ny i intervjurollen, lettere kunne konsentrere meg om det som blir sagt. Det vil kunne bidra til at intervjuet kan fortone seg mer som en samtale mellom meg og deltakeren.

Jeg har på forhånd forberedt meg med noen ulike fraser for å få utdypet det deltakeren sier underveis, blant annet:

- «Kan du utdype litt mer om det?»
- «Det var interessant, kan du fortelle litt mer om det?»
- «Du nevnte..., kan du si litt mer om det?»
- «Har du tenkt noe på det?»

Jeg benytter meg av en app som heter «Nettskjema-diktafon» utviklet av UiO, samt en sikker lydopptaker lånt fra UiT og som ikke kan kobles opp til internett. Sistnevnte vil bare fungere som en «back-up» der og da og slettes så fort jeg vet at appen har fungert slik den skal.



Begge lydopptakene startes så fort innledningsfasen er ferdig og intervjuet skal startes. Opptaket ved bruk av appen har en varighet på 45 minutter, og jeg vil da starte opptakeren på nytt før vi fortsetter intervjuet.

---

### **FASE 1 – eksempler på spørsmål:**

*«Kan du beskrive en kritisk situasjon som du opplevde stressende inne på operasjonsavdelingen?»*

Ved mangel på detaljer, vil jeg oppfordre deltakeren om å gå tilbake og utdype mer.

- *Kan du utdype litt mer om det?*

*«Hva var det som gjorde at denne situasjonen opplevdes som krevende?»*

Her kan det bli aktuelt å komme inn på følgende dersom ikke deltakeren selv snakker om det:

- Hadde deltakeren erfaring fra lignende situasjoner – hvilke erfaringer/opplevelser?
- Følelser eller tanker fra tidligere erfaringer?
- Hva visste deltakeren om situasjonen på forhånd?
- Hvordan forberedte teamet seg til situasjonen?

### **FASE 2 – eksempler på spørsmål**

*«Ble det gjennomført noe oppfølging av situasjonen i etterkant?»*

*«Hva slags støtte/oppfølging hadde du behov for i forbindelse med denne kritiske situasjonen?»*

*«Har du noen mestringsstrategier du benytter deg av før/under eventuelle kritiske situasjoner?»*

- *Enn i etterkant av en kritisk situasjon?*

Jeg informerer nå om at det bare er 2 hovedspørsmål igjen før intervjuet er ferdig.

*«Ved kritiske situasjoner, hvilke forventninger har du til;*

- *ledelsen i avdelingen?»*
- *dine kolleger?*
- *operasjonsteamet?*

*«Hva tenker du kan bidra til mestring ved fremtidige kritiske situasjoner?»*

- *Noe som kan gjøres i forkant?*
- *Noe som kan gjøres underveis?*
- *Noe som kan gjøres i etterkant?*

### **Avslutning av intervjuet**

Avslutningsvis vil jeg spørre deltakeren om det er noe mer jeg burde vite om, men som ikke kom fram underveis av intervjuet, samt høre om deltakeren har noen spørsmål til meg.

Deretter skrur jeg av begge lydopptakene.

Jeg informerer så deltakeren om hva som vil skje videre i forhold til det empiriske datamaterialet fra intervjuet, da både om den anonymiserte transkriberingen og om analyseringen av teksten. Informerer også om at deltakeren kan få innsyn i det anonymiserte transkriberte materialet hvis ønskelig.

Med tanke på temaet og at det kan vekke følelser hos deltakeren, vil jeg informere om at hvis deltakeren skulle oppleve et behov for oppfølging i etterkant, så kan noen profesjonelle fra bedriftshelsetjenesten kontaktes. Deltakeren får så tilbud om å ta med seg en lapp med navn og telefonnummer til en ansatt fra bedriftshelsetjenesten som jeg allerede har vært i kontakt med.

Jeg takker så for deltakelse og avklarer om jeg kan få kontakte deltakeren ved eventuelle spørsmål.

## Vedlegg 3: Svar fra NSD

1.11.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



### NSD sin vurdering

#### Prosjekttittel

Mestring av kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen

#### Referansenummer

689102

#### Registrert

14.01.2020 av Victoria Mikkelsen - vmi013@post.uit.no

#### Behandlingsansvarlig institusjon

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

#### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Unni Igesund, unni.igesund@uit.no, tlf: 77660705

#### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

#### Kontaktinformasjon, student

Victoria Mikkelsen, vicky\_977@hotmail.com, tlf: 97758362

#### Prosjektperiode

20.01.2020 - 24.11.2020

#### Status

26.10.2020 - Vurdert

#### Vurdering (3)

---

##### 26.10.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 16.10.2020.

Vi har nå registrert 24.11.2020 som ny sluttdato for forskningsperioden.

NSD vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5ddfd44d-6c40-4dee-8333-a0f8730194cd>

1/3

Lykke til videre med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

#### 20.04.2020 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 20.04.2020.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.04.2020. Behandlingen kan fortsette.

Prosjektslutt er endret fra 26.05.20 til 24.09.20 på grunn av koronautbruddet.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbo

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

#### 12.02.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet 12.02.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 26.05.2020.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og

berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål

- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

UIO Nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Tore Andre Kjetland Fjeldsbo

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 4: Søknad til forskningsfeltet

### Avdelingsleder ved operasjonsavdelingen

#### **SØKNAD OM TILGANG TIL FORSKNINGSFELTET.**

Dette er en forespørsel om å få tillatelse til å gjennomføre intervju av operasjonssykepleiere, samt spørsmål om hjelp til rekruttering av deltakere ved operasjonsavdelingen.

Jeg er masterstudent ved Universitetet i Tromsø, institutt for helse og omsorgsfag og skal i gang med å skrive masteroppgave innen operasjonssykepleie. Min veileder ved Universitetet i Tromsø er Unni Igesund.

**Tema for oppgaven er:** *Mestring av kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen.*

**Problemstillingen er:** *«Hvordan erfarer operasjonssykepleiere å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen, og hva mener de kan bidra til å fremme mestring ved slike situasjoner?»*

Masteroppgaven har som formål å få økt kunnskap og forståelse for hvordan operasjonssykepleiere erfarer å stå i kritiske situasjoner på operasjonsavdelingen. Oppgaven søker også å undersøke hva operasjonssykepleiere selv mener kan bidra til mestring ved slike situasjoner.

I denne anledning har jeg behov for å intervju 2 - 3 operasjonssykepleiere med minimum 2 års arbeidserfaring og som har en del erfaring fra vaktarbeid.

Intervjuene vil vare i ca. 1-2 timer og vil bli spilt inn på lydbånd. Lydfilene vil bli transkribert og slettet etterpå. All informasjon vil bli behandlet konfidensielt, det vil si at ingen av opplysningene jeg får vil kunne føres tilbake til deltakerne som intervjues. Som masterstudent er jeg også underholdt taushetsplikten. Intervjuene planlegges gjennomført i sjiktet januar-februar 2020, da med forbehold om tillatelse fra deg, samt godkjenning av søknaden som er sendt til Norsk senter for forskningsdata (NSD).

Dersom det skulle være noen spørsmål, kan undertegnede kontaktes på tlf.: 977 58 362 eller per e-post: [Vicky\\_977@hotmail.com](mailto:Vicky_977@hotmail.com)

Med vennlig hilsen

Victoria Mikkelsen

