



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Behovet av debriefing hos operationssjuksköterskor

En intervjustudie

Författare: Maria H. Williamsson
Rebecka Samuelsson

Handledare: Karin Linder

Magisteruppsats

Våren 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Behovet av debriefing hos operationssjuksköterskor

En intervjustudie

Författare: Maria H. Williamsson & Rebecka Samuelsson

Handledare: Karin Linder

Magisteruppsats

Våren 2013

Abstrakt

Bakgrund: Tidigare forskning har visat att det finns ett behov av debriefing hos sjuksköterskor inom akutvårdsverksamheten. Dock har det inte forskats i större utsträckning inom professionen operationssjuksköterska. **Syfte:** Syftet med studien var att undersöka operationssjuksköterskans upplevelse av behovet av debriefing i samband med händelser som upplevdes kritiska. **Metod:** Vald metod för studien är en kvalitativ metod med låg grad av ostrukturerade intervjuer med åtta operationssjuksköterskor. Innehållsanalys har använts som ansats i analysen av det insamlade datamaterialet. **Resultat:** Analysen resulterade i två huvudkategorier med två underkategorier vardera, *behov av debriefing*; behovet av ett avslut och behovet av bekräftelse samt *tveksam till debriefing som modell*; stöd av egenvalda kollegor och ordnar självåterkoppling. De flesta operationssjuksköterskor upplever ett behov av debriefing för att erhålla ett avslut samt bekräftelse av kollegor och arbetsinsats. Avslutet kan erhållas genom återkoppling och förklaring. Bekräftelsen fås genom samtal och samhörighet med kollegor. Några informanter ställer sig tveksamma till debriefing och söker stöd hos egenvalda kollegor samt ordnar självåterkoppling.

Nyckelord

Behov, debriefing, operationssjuksköterska, kvalitativ intervjustudie

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning	3
Bakgrund	3
Kritisk händelse	5
Psykologisk Debriefing	6
Defusing	7
Syfte	8
Metod	8
Urval av undersökningsgrupp	9
Forskningstradition	10
Genomförande av datainsamling	11
Genomförande av databearbetning	12
Etisk avvägning	14
Resultat	14
Behov av debriefing	14
Behovet av bekräftelse	17
Tveksam till debriefing som modell	18
Stöd av egenvalda kollegor	19
Ordnar självåterkoppling	20
Diskussion	20
Metoddiskussion	20
Urval	21
Valt forskningsinstrument	21
Bearbetning av datamaterialet	22
Diskussion av framtaget resultat	23
Behov av ett avslut och bekräftelse	23
Etiska dilemman	25
Arbetsmiljö och patientsäkerhet	25
Klinisk implikation och vidare forskning	26
Referenser	28

Problembeskrivning

Det är en utmaning att sköta om en annan människas kropp (Lindwall och von Post, 2008a). Hos operationssjuksköterskan åligger ansvaret att vaka över den sövda patientens liv och hälsa samt skydda kroppen mot skada och lidande. Det ligger även i operationssjuksköterskans intresse att patienten ska få tillbaka sin hälsa och sitt välbefinnande så snart som möjligt efter operation (a a). Om detta inte upprätthålls och något oförutsägbart händer som påverkar patientens förutsättningar för överlevnad, fortsatt välbefinnande eller händelser som innebär nedsatt livskvalitet för patienten kan det tänkas att operationssjuksköterskans psykiska hälsa skulle kunna påverkas negativt. Detta för tankarna till om det finns ett behov hos operationssjuksköterskor att samtala kring sina frågor, oro och farhågor med någon efter en kritisk händelse, där det kan tänkas att debriefing skulle kunna vara ett sådant samtalsstöd. Vid artikel-sökning med hjälp av en bibliotekarie gällande forskning inom debriefing för operationssjuksköterskor har få resultat av relevans hittats av författarna. Det finns studier inom annan akutsjukvårdsverksamhet samt inom pediatriken som visar på att det finns ett behov av debriefing hos sjuksköterskor efter upplevda kritiska händelser. Finns även behovet av debriefing hos operationssjuksköterskor?

Bakgrund

Den perioperativa sjuksköterskan innefattar både anesthesi-och operationssjuksköterskor och bär ett ansvar gentemot patienten under operation (Lindwall & von Post, 2008a). Ett ansvar som innebär att patientens värdighet ej kränks samt att patientens kropp inte blottas, skadas eller förnedras (a a). Bu och Jezewski (2007) presenterar en omvårdnadsteori som grundar sig i att sjuksköterskan ska vara patientens företrädare och beskyddare, likt en advokat. Teorin består av tre kärnkategorier; värna om patientens autonomi, företräda patienten när denne inte förmår eller vill samt sjuksköterskans upprätthållning av rättvisa inom hälso-och sjukvården. Att företräda patienten innebär att värna om patienten och förmedla patientens värderingar samt att bevaka dennes rättigheter i situationer där patienten inte har möjlighet att föra sin egen talan. Att företräda patienten likt en advokat har både positiva och negativa konsekvenser beroende på utfallet för patienten. En positiv utgång för patienten kan medföra positiva

känslor hos sjuksköterskan så som ökad självkänsla och yrkesstolthet. Negativa följder för patienten kan orsaka maktlöshet, moraliska dilemman och stress hos sjuksköterskan (a a).

Tidigare forskning belyser operationssjuksköterskans psykiska ohälsa i samband med tillstöandet av komplikationer i operationssalen. Detta kan ses i en kvalitativ och kvantitativ studie (n= 233) som visade att oväntad död av en patient medförde känslor av självfördömmelse, frustration och missnöje av arbetsinsats hos operationssjuksköterskan (Michael & Jenkins, 2001a). Förutom död, visas det i en kvalitativ studie (n=6) att trasiga instrument eller kvarglömda bukdukar i patienten upplevs traumatiskt för operationssjuksköterskor (Rydberg, 2010). Känslan av vanmakt uppstod då hos operationssjuksköterskorna och situationen kvarstod i minnet under en längre period (a a). Ett trauma kan även vara att bli förolämpad av medarbetare enligt perioperativa sjuksköterskor i en kvalitativ studie (n= 233) (Michael & Jenkins, 2001b).

Perioperativa sjuksköterskor som upplevt en kritisk händelse kunde inte ventilera sina tankar med närstående då dessa inte kunde relatera till incidenten (Michael & Jenkins, 2001a). En av de positiva erfarenheterna efter en kritisk händelse var att få delta i debriefing och få stöd av sina kollegor (a a). Behovet och önskan om debriefing hos sjukvårdspersonal visar sig i flera studier vara större än i den utsträckning som debriefing erbjuds. En kvalitativ studie (n =51) visar att det finns en önskan om debriefing hos sjuksköterskor som arbetar inom akutsjukvården (Helps, 1997). I en enkätstudie (n=103), som utförts på tre akutvårdsavdelningar påvisas att 84 procent önskade debriefing efter en kritisk händelse medan 62 procent uppgav att de inte blivit erbjudna att delta i debriefing. Studien visar även att 15 procent inte kände till om debriefing fanns att tillgå på avdelningen (Healy & Tyrrell, 2013). Även Rydberg (2010) visar i sin studie att det finns en önskan om debriefing hos operationssjuksköterskan i samband med en kritisk händelse.

Akutvårdspersonal i en kvantitativ studie (n = 51) påvisade att de som erbjudits och erhållit debriefing upplevde ett större stöd från arbetsgivaren, i jämförelse med majoriteten av deltagarna i studien som inte blivit erbjudna debriefing (Laposa, Alden & Fullerton, 2003). Debriefing har god effekt gällande bearbetning av trauma, vilket bland annat synliggjorts i Dyregrov, Kristoffersson och Gjerfods kvantitativa studie (n=85) från 1996. Samtliga deltagare i studien förutom en person upplevde god effekt av psykologisk debriefing. I en litteraturstudie

(n= 62 artiklar) undersöktes effekten av debriefing i olika sammanhang, exempelvis efter naturkatastrofer, inom poliskåren, drabbade efter trafikolyckor samt personal inom akutsjukvården (Arent & Elklit, 2001). Studien visar att debriefing har haft god effekt på dem som deltagit i debriefing i form av minskad stress, stresshantering och att samtala med andra och därigenom hantera traumatiska händelser på ett konstruktivt sätt (a a). Psykologen och professorn Salas, menar att debriefing anses vara lämplig att tillämpas inom bland annat operationssjukvården som samtalsmetod (Lewis, 2008). Detta med anledning att det anses finnas hög risk för akuta och kritiska situationer. Genomgången debriefing har enligt Salas även visat sig vara utvecklande för det individuella lärandet (a a).

Kritisk händelse

Enligt Mitchell, Sakranda och Kameg (2003) definieras en kritisk händelse av att något plötsligt sker, utan förvarning som påverkar en persons känsla av kontroll och tilltro till sin omgivning. Vidare kan en sådan händelse leda till starka känslomässiga reaktioner under och efter den kritiska händelsen som kan påverka den funktionella förmågan. En kritisk händelse kan leda till posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (a a). Hammarlund (2008) nämner fyra olika kristillstånd som kan uppstå hos någon som blivit utsatt för psykisk stress; hotkris, förlustkris, ansvarskris och kränkning. Ansvarskrisen kan bland annat ses utifrån en vårdares perspektiv då denna kris tas upp i samband med att ha ansvar över samt inflytande på ett händelseförlopp där ansvaret misslyckas. Känslan av misslyckande leder ofta till en känsla av skuld. För att motverka negativa konsekvenser i efterförloppet av en kritisk händelse kan krishantering i form av debriefing eller avlastningssamtal vara en hjälp i bearbetningsprocessen. Det främsta syftet med att tillämpa debriefing är att förhindra och hantera traumatisk och/eller yrkesrelaterad stress (a a). Cullberg (2006) menar att modellen för debriefing är framtagen för att underlätta den normala bearbetningen efter en traumatisk upplevelse.

Debriefing kom att användas första gången under 2:a världskriget 1944 i Normandie (Dyregrov, 2003). Militärledarna samlade trupperna i grupper efter svårt påfrestande upplevelser för en genomgång. Därefter har debriefingen utvecklats och tillämpats vid olika katastrofer världen över med sitt genombrott under slutet av 1970- och början av 1980-talet. Parallellt har metoden använts och utvecklats inom polisens och räddningspersonalens arbete (a a). Ett an-

nat vedertaget begrepp gällande debriefing är critical incident stress debriefing (CISD) som används främst i USA (Mitchell, Sakraida & Kameg, 2003). CISD har stora likheter med psykologisk debriefing som utvecklades av psykologen Atle Dyregrov i början av 1980-talet (Dyregrov, 2003). Dyregrovs modell av psykologisk debriefing är den som främst praktiseras i Europa (a a), och är den definition av debriefing som studien kommer att använda.

Psykologisk Debriefing

Psykologisk debriefing är enligt Dyregrov (2003) när en grupp människor har en gemensam systematisk och strukturerad genomgång i efterförloppet av en händelse. Det kan vara en dramatisk händelse eller en kritisk situation som starkt har påverkat deltagarna. Omständigheter som starkt har berört dem så som en dramatisk händelse eller kritisk situation. Genomgången innefattar olika aspekter gällande händelsen så som händelseförloppet, intryck som sitter kvar samt upplevda reaktioner hos de olika personerna. Även tankar under och efter händelsen behandlas. Vidare skriver Dyregrov (2003) att det finns flera fördelar med psykologisk debriefing så som möjligheten att höra andras synpunkter på situationen, erfara andras hantering av händelsen och erhålla information om reaktioner som är normala vid krishändelser. Som ett led i detta kan egna reaktioner bli bekräftade genom de andra deltagarna och de kan därigenom hjälpa och stötta varandra. Genom psykologisk debriefing kan även deltagarna få råd om hur påträngande känslor och tankar kan hanteras. Samtidigt som deltagarna i gruppen får dela erfarenheter och få stöd av likasinnade ger även mötena uttryck för en organisations omsorg av deltagarna (a a). I det fortsatta arbetet kommer begreppet debriefing att användas för psykologisk debriefing.

Gruppen bör enligt Dyregrov (2003) ledas av en eller två ledare som inte är en arbetskollega eller någon som personerna i gruppen brukar arbeta med, då detta kan påverka deltagarna att inte våga ta upp eller beröra känsliga ämnen. Om en arbetsledare inte varit med om händelsen bör denna heller inte medverka i debriefingen då deltagarna kan få svårare att tala öppet på grund av rädsla för negativa konsekvenser för dem i framtiden. Mötet bör ske på en plats fri från störande moment av omgivningen. Gruppen rekommenderas inte vara större än 15 personer och idealet är en grupp mellan åtta till 12 personer. För få personer ger sällan möjlighet till normalisering av reaktioner då beskrivning av dessa blir mindre varierande. Debriefing bör genomföras de första dagarna efter en händelse (a a).

Defusing

Defusing kan ses som en variation av debriefing vilket är ett avlastande samtal som ska ske i direkt anknytning till kritiska situationer och brukar längre fram följas upp av psykologisk debriefing (Dyregrov, 2003). Syftet med defusing är densamma som debriefing men säkerställer att personer som är berörda av händelsen snabbt får möta andra i samma situation och snabbt får sätta ord på händelsen. Då personer som nyligen genomgått en krissituation ofta kan vara chockade är det olämpligt att tvinga dem att genomgå ett strukturerat samtal varav defusing bygger på ett semistrukturerat genomförande.

Vid defusing hålls ofta mötet inom åtta timmar efter en händelse och grupperna är vanligen små och mötena är relativt korta (Dyregrov, 2003). Miljön ska vara fri från störande moment och ledaren i samtalet kan vara någon inom organisationen, dock ska ledaren ej själv ha varit med i händelsen. Samtal tidigt efter en händelse kan minska behovet av senare debriefing (a a).

Arbetsmiljö och patientsäkerhet

Att bedriva säker vård är ett av grundkraven i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763) I kompetensbeskrivningen för en specialistsjuksköterska inom operationssjukvård så ska operationssjuksköterskor bidra till en god och säker perioperativ omvårdnad (SEORNA, 2011). Detta kan åstadkommas genom bland annat ansvar och hantering av medicintekniska produkter och bibehållandet av sterilitet. För att upprätthålla evidensbaserad vård ska operationssjuksköterskan utarbeta risk- och händelseanalyser samt aktivt ingripa när yrkesutövande hos kollegor inte utförs på ett korrekt sätt. Vid kirurgiska ingrepp ska adekvat informationsöverföring ske för att säkerställa kvalitet och patientsäkerhet. Operationssjuksköterskan ska arbeta med handlingsberedskap och ett lösningsfokuserat förhållningssätt vid stressade och akuta situationer (a a). Kompetensbeskrivningen nämner däremot inte operationssjuksköterskans hälsa eller arbetsgivarens skyldighet att ge operationssjuksköterskan stöd till en god hälsa i sitt yrke, med syfte att bedriva en god och säker vård. I Berland, Natvig och Gundersens (2008) kvalitativa studie (n= 23) visas att patientsäkerheten påverkas negativt av en dålig arbetsmiljö för sjuksköterskor där otillräckligt stöd från kollegor och verksamheten, stress samt tidspress

spelar in. Ett otillräckligt stöd kan leda till negativa effekter så som koncentrationssvårigheter, ineffektivt arbete, ökad risk att göra fel, samt osäkert handlande. Arbetsmiljöverket (AFS 1980:14) menar att arbetet inom bland annat vårdsektorn kan upplevas som särskilt påfrestande. Det är därför av vikt att förhållanden på arbetsplatsen diskuteras och att den enskilde medarbetaren i så stor utsträckning som möjligt erhåller ett gott stöd. Detta för att upprätthålla en god psykisk och social hälsa på arbetet (a a) som ett led i ökad patientsäkerhet då operationssjuksköterskan är patientens företrädare. Detta är en av anledningarna till betydelsen att undersöka operationssjuksköterskornas behov av debriefing, som skulle kunna vara ett sådant stöd.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka operationssjuksköterskans upplevelse av behovet av debriefing i samband med händelser som upplevs kritiska.

Metod

Då studiens syfte skulle besvaras utifrån individuella upplevelser och erfarenheter av fenomenet, valdes en kvalitativ metod (Olsson & Sörensen, 2011). Utgångspunkten för den kvalitativa forskningen baseras på ett inifrånperspektiv utifrån egna värderingar och erfarenheter (a a). Författarnas avsikt var att få en djupare förståelse för studiens syfte och inte ett generaliserbart resultat. Kvalitativ metod inriktar sig främst på att fånga innebörden i intervjuer samt tolkning av dessa (Olsson & Sörensen, 2011). Metoden belyser mänskliga tankar, attityder och förväntningar (Malterud, 1998). Den kvalitativa forskningen är flexibel och ostrukturerad, där fenomenet kan fördjupas successivt med ett fåtal informanter och där resultatet går djupare och fångar specifika sammanhang mellan deltagarna (Olsson & Sörensen, 2011). Undersökningen bygger på en interaktion och närhet mellan informant och forskare (a a).

Urval av undersökningsgrupp

För att få ett brett och djupt material användes ett strategiskt urval för att besvara studiens syfte på ett adekvat sätt. Detta för att undvika ensidig information och för att få ett rikare material (Malterud, 1998). För att få en bredd på materialet inkluderades operationssjuksköterskor med olika lång arbetslivserfarenhet för att fånga olika upplevelser kring behovet av debriefing samt intervjua operationssjuksköterskor från två olika landsting, på ett universitetssjukhus och ett närsjukhus sjukhus i södra Sverige. På närsjukhuset valdes en centraloperation, vilket innefattar urologi, kvinno- kärl- öron- och allmänkirurgi samt ortopedi. Operationsavdelningen på universitetssjukhuset består av högspecialiserad allmänkirurgi samt öron, näs-och halskirurgi. För att fånga fenomenet var inklusionskriterierna att ha en arbetslivserfarenhet som operationssjuksköterska i minst två år. Två år valdes som kriterium för att operationssjuksköterskan ska ha arbetat självständigt och funnit sin nya yrkesroll samt ha arbetat under jourtid. För att få ett hanterbart analysmaterial ska urvalet inte vara för stort vid kvalitativ forskning (Malterud, 1998). Samtliga tillfrågade operationssjuksköterskor på det båda sjukhusen arbetar där akut verksamhet bedrivs.

På närsjukhuset hjälpte avdelningschefen till att välja ut informanter utifrån inklusionskriterierna. Detta med anledning av att det inte fanns möjlighet att närvara i samband med urvalet på grund av geografiskt avstånd. Avdelningschefen gav information till samtliga operationssjuksköterskor angående studien på ett arbetsplatsmöte. Efter att ingen visat sitt intresse skickades ett mail ut till samtlig personal från avdelningschefen varav en operationssjuksköterska anmälde sig. Avdelningschefen kontaktade därefter ytterligare två operationssjuksköterskor för personlig förfrågan att frivilligt delta. Avdelningschefen mailade sedan namn och mailadresser till författarna som därefter kontaktade informanterna för information om studien samt bestämde tid för när intervjuerna skulle äga rum. Som resultat medverkade tre informanter från närsjukhuset.

På universitetssjukhuset tillfrågades operationssjuksköterskor personligt utefter inklusionskriterierna. Sex operationssjuksköterskor tillfrågades och fem valde att delta. En av dessa fem hoppade av på grund av sjukdom varav ytterligare en operationssjuksköterska tillfrågades och

valde att delta i studien. Information om studien erhöles via mail och tid för intervjun bestämdes i direkt överenskommelse med informanterna

Forskningstradition

För att belysa fenomenet genomfördes en datainsamling med enskilda intervjuer. Detta användes för att få en målande beskrivning av en persons upplevelser, känslor och handlingar kopplat till fenomenet, samt erhålla kunskap om den intervjuades värld (Olsson & Sörensen, 2011). Den kvalitativa forskningsintervjun syftar även till att få ett samtal som riktar in sig på ett specifikt ämne. Det finns olika grad av strukturering inom intervjumethodiken. En låg grad av strukturering är mer flexibel metodik som möjliggör väsentliga och intressanta upplysningar från intervjupersonen, vilket skulle kunna utebli om intervjun hade en hög grad av strukturering med förutbestämda frågor. Detta med risk att intervjuarens förutfattade meningar skulle kunna speglas i informanten (a a).

För att uppnå ett fördjupat samtal baserades den inledande frågan på en konkret situation som informanten ombads att återberätta (Kvale, 1997). Intervjuaren ställde följdfrågor och fördjupade sig i det som ansågs meningsfullt i stunden, för att skapa ett samtal och öka förståelsen kring problemområdet (a a). För att bibehålla samtalet kring studiens syfte användes en intervjuguide med teman som intervjun skulle belysa (Lantz, 1993). De teman som intervjuguiden nämner togs fram genom diskussion för att nå syftets kärna men även omkringliggande faktorer som kunde påverka behovet av debriefing. En provintervju utfördes med en allmänsjuksköterska för att utvärdera om intervjumethodiken och intervjuguiden passade till studiens syfte, vilket rekommenderas av Lantz (1993).

För att erhålla ett gott intervjuresultat klargjordes problemområdet och syftet innan intervjun startade (Olsson & Sörensen, 2011). Informanterna fick information via mail om studiens syfte, betydelse och begreppet debriefing förklarades utifrån Dyregrovs (2003) definition.

Genomförande av datainsamling

En låg grad av strukturerad intervju valdes för att skapa utrymme till ett samtal med ökad möjlighet till betydelsefulla och intressanta samtal, samtliga intervjuer genomfördes ostört utanför operationsavdelningen i ett enskilt rum (Olsson & Sörensen, 2011). Informanterna fick i samarbete med koordinatören avsatt tid under sitt arbetspass för intervjun varav samtalet utfördes utan tidspress. På universitetssjukhuset genomfördes fyra intervjuer under arbetstid där informanterna efter eget önskemål fick hitta en passande tid under sitt arbetspass. En informant valde att delta efter sitt arbetspass.

Innan intervjuerna påbörjades säkerställdes att informanterna erhållit och förstått den givna informationen och studiens syfte, därefter fyllde samtliga informanter i en samtyckesblankett. Intervjuerna spelades in på en diktafon och på en mobiltelefon på grund av teknisk säkerhet men även för att möjliggöra transkribering parallellt.

Som tidigare nämnts var ett inklusionskriterium att ha arbetat som operationssjuksköterska i minst två år. Under en intervju på närsjukhuset framgick det att informanten arbetat i knappt två år. Intervjun valdes att inkluderas i studien på grund av dess innehållsrika material.

Samtliga intervjuer utfördes tillsammans. Anledningen till detta var att säkerställa samtalet kring intervjuguidens teman då författarna är noviser inom intervjumetodik. Inför varje intervju var det förutbestämt att den ena intervjuaren skulle ansvara för intervjun medan den andra kontrollerade att samtliga teman från intervjuguiden berördes under samtalet. Upplägget valdes även för att motverka att båda intervjuarna skulle prata samtidigt och skapa förvirring hos de olika informanterna. Ytterligare en orsak till att intervjuerna utfördes tillsammans var att underlätta diskussion kring det blivande resultatet. Intervjuerna började med en vid fråga som sedan följdes upp med följdfrågor och fördjupningar i det intervjuaren fann meningsfullt i stunden.

Intervjuerna tog i genomsnitt cirka en halvtimme. Under samtliga intervjuer har informanterna upplevts samarbetsvilliga och engagerade och har använt sig av målande beskrivningar

av berättelser och känslor. Generellt har informanterna gett uttömmande svar och beskrivningar av vad som frågats eller bett informanterna att berätta om.

Genomförande av databearbetning

Intervjuerna spelades in med hjälp av diktafon och mobiltelefon och skrevs därefter ut ordagrant, inklusive pauser, skratt, tystnad etcetra (Olsson & Sörensen, 2011). Vid transkriberingen kodades varje intervju för att ej kunna härledas till informanten. Transkriberingen utfördes samma dag som intervjuerna ägde rum, för att tydligt komma ihåg intervjuerna och koppla ihop tal med kroppsspråk (Olsson & Sörensen, 2011). Det valdes att dela upp transkriberingen för att sedan läsa igenom varandras transkriberade texter samtidigt som intervjun avlyssnades ännu en gång. På detta sätt dubbelkontrollerades den transkriberade texten, vilket ansågs nödvändigt på grund av olika dialekter och talspråk, för att säkerställa att inte gå miste om viktig information. Båda författarna läste materialet flera gånger efter att samtliga transkriberingar var utförda för att fördjupa sig i den nedskrivna texten, vilket är att föredra (Polit & Beck, 2006).

Det skrivna materialet analyserades sedan med inspiration av Graneheim och Lundmans (2008) samt Burnards (1996) innehållsanalys. Som tidigare nämnts samlades datamaterialet in med låg grad av strukturerade intervjuer. Låg grad av strukturerade intervjuer ger inte en tydlig uppbyggnad i det insamlade datamaterialet på grund av olika frågor och upplägg (Burnard, 1996). Det kan därmed medföra svårigheter att urskilja materialets olika teman. För att förstå innebörden av datamaterialet och finna variationer och samband kan detta ske med hjälp av innehållsanalys (a a). Därav valdes denna analysmetod. Analysen syftar till att granska och tolka texter och bearbeta materialet till teman med underkategorier för att sedan bilda ett resultat (Graneheim & Lundmans, 2008).

Inom innehållsanalysen finns det två inriktningar; induktiv och deduktiv (Graneheim & Lundman, 2008). Den induktiva ansatsen syftar till att analysera datamaterialet förutsättningslöst och kan baseras på en persons egna berättelser och upplevelser i den egna livsvärlden. Den deduktiva ansatsen ämnar analysera efter en utarbetad mall, teori eller modell. Materialet analyserades med hjälp av en *induktiv* innehållsanalys dels då det inte tidigare, i

någon större utsträckning, har forskats om studiens fenomen men även då studien baseras på personers egna berättelser och upplevelser (a a).

Förberedelser och bearbetning av det transkriberade materialet har inspirerats av Burnards (1996) fyra steg i analysprocessen, vilket kan ses i de fyra följande punkterna nedan. Från punkt fem i nedanstående stycke har inspiration från Graneheim och Lundmans (2008) analys vidtagits, där huvud-och underkategorier med variationer och samband har växt fram, (bil. 1).

- Materialet lästes var för sig flera gånger, samt skrev sammanfattande stödord och citat i textmarginalen, för att få en förståelse och bli insatt i materialet.Handledaren tog del av den transkriberade texten.
- En genomgång av materialet utfördes och varandras stödord jämfördes. Detta för att se om liknande stödord hittats samt för att ge nya infallsvinklar. De stödord som inte var enhetliga utmynnade i konstruktiva diskussioner som i slutändan gav stödord med lika innebörd.
- Efter detta lästes texten återigen var för sig. Därefter diskuterades och motiverades det material som svarade på syftet. Stödord samt citat som hörde ihop genom sammanhang och innehåll grupperades till åtta kategorier.
- Kategorierna färgkodades och därefter färgades resterande text utefter vilken kategori de tillhörde. Datamaterialet delades således upp efter färgkategorierna som sedan styckvis plockades ur texten som sedan sorterades till tillhörande kategori. Varje kategori diskuterades igenom för att säkerställa att materialet till varje kategori hade placerats rätt. Kategorierna jämfördes med de kategorier som handledaren utformat, vilket stämde överens.
- Kategorierna lästes igenom och diskuterades för att hitta variationer och samband. Kategorier med koppling till samma behov sammanfördes och bildade fyra underkategorier. De fyra underkategorierna sorterades i sin tur till två huvudkategorier (bil. 1). I samband med att kategorierna analyserades fanns det tillfällen att gå tillbaka till den transkriberade originaltexten för att säkra att korta stycken tillhörde rätt kategori och analyserades i rätt kontext.

Etisk avvägning

Hänsyn har tagits till Helsingforsdeklarationen (2008). Det vill säga att studiens syfte är av relevans och vinsten av forskningen är större än eventuella risker för deltagarna (a a). Det fanns en medvetenhet hos intervjuaren att informanten kunde bli påmind om upplevda händelser och minnen som kan ge både positiva och negativa konsekvenser som följd (Kvale, 1997). Den medvetenhet som fanns hos intervjuarna gav sig i uttryck att känna av och bedöma hur långt intervjuaren kunde gå i sina frågor för att inte intervjun skulle ge negativa konsekvenser för informanten. I samband med studien har följande etiska principer tagits i beaktande; informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialitetskrav och nyttjandekrav (Olsson & Sörensen, 2011). Det insamlade materialet behandlades konfidentiellt och var inte tillgängligt för obehöriga. Deltagarna kan inte identifieras i resultatet och tilldelats ett slumpmässigt nummer i samband med citat. Det insamlade materialet användes endast till forskningsändamålet. Efter examinerad uppsats kommer intervjumaterialet att förstöras. Etisk bedömning utfördes av vårdvetenskapliga etiknämnden, Medicinska fakulteten vid Lunds universitet i samband med projektplanen. Nämnden hade inga etiska invändningar till att studien genomfördes.

Resultat

Analysen resulterade i två huvudkategorier med två underkategorier vardera, *behov av debriefing*; *behovet av ett avslut* och *behovet av bekräftelse* samt *tvetsam till debriefing som modell*; *stöd av egenvalda kollegor och ordnar självåterkoppling*.

Behov av debriefing

Flertalet informanter som varit med om en kritisk händelse i samband med en operation upplevde ett behov av strukturerad debriefing i efterförloppet. Ett ökat behov av debriefing kunde ses när operationssjuksköterskan kände till patientens bakgrund, om patienten hade en ung ålder samt beroende på möjligheten till mental förberedelse. Behovet av debriefing var oberoende av arbetslivserfarenhetens längd. Behovet av debriefing visade sig vara mindre om det

hade gått bra för patienten i den akuta situationen. Erbjudande av- och erfarenhet av debriefing som operationssjuksköterska visade sig vara sparsamt och erhållits av två informanter. Upplevelsen av tillgång till debriefing varierade från tillgängligt till ingen möjlighet alls. Fler-talet uppgav att de skulle uppleva en trygghet i att ha tillgång till debriefing. I de fall debriefing inte har funnits att tillgå har den kritiska händelsen bearbetats och hanterats självständigt som resulterat i en självläkning.

... / man blir ju programmerad lite, finns det inte så finns det inte va (debriefing att tillgå). Läk dig själv. – informant 2

Känslor som uppkom efter en akut situation eller en händelse som inte gick som förväntat, var känslor av tomhet, ledsamhet och dåligt samvete. Händelsen medförde även tankar som ältades och känslorna behövde bearbetas i efterförloppet av en akut händelse och *behovet av ett avslut* samt *behovet av bekräftelse* kunde urskiljas.

Behov av avslut

Det kunde ses ett behov av att komma till ett avslut efter en händelse, att kunna lägga tankar och funderingar bakom sig.

Det fanns en önskan att få en återkoppling för att veta hur patienten mådde i efterförloppet av en operation samt i vissa fall efter utskrivning. En anledning till behovet av återkoppling efter kritiska händelser var bland annat operationssjuksköterskans engagemang och arbetsinsats under operationen som ledde till frågor och funderingar om patientens återhämtning i efterförloppet. Genom engagemanget och arbetsinsatsen skapades en relation till patienten.

... / man har ont i benen när man går hem. Man har stått med samma patient hela dagen eller hela kvällen eller hela natten och bekymrat sig om dem och kämpat länge länge länge. Då finns dem med en, så därför tror jag att, man behöver det, man behöver veta hur det har gått. – informant 1

Ovissheten om patientens tillfrisknande medförde ett behov av återkoppling efter både akuta-, planerade- och större operationer. Det upplevdes även viktigt att få en återkoppling när det hade gått bra för patienten, då detta sågs som en positiv respons på utfört arbete.

Vid oväntade händelser som uppstod under operation väcktes frågor som Varför? Varför blev det så här? Vad hände? Finns det inget annat vi kan göra? Det fanns således ett behov av förklaring för att bearbeta känslor och tankar efter en akut händelse. När en oväntad händelse inträffade med dåligt utfall för patienten, så som död, nämndes även att känslan av dåligt samvete kunde framkallas.

Så jag tror kanske att det är lite därför det dåliga samvetet kommer in. Att jag är ju faktiskt din advokat och jag kunde inte hjälpa dig /.../ när man då har suttit där (under debriefing) och alla har fått ge sin pusselbit så, så känns det inte så längre. – informant 1

För att gå vidare och släppa den kritiska händelsen upplevdes att det behövs svar på frågorna. Dessa svar upplevdes kunna ges av en läkare så som kirurg eller anestesilog. Genom att få höra andra infallsvinklar av händelsen kunde en helhetsbild skapas med medicinska förklaringar som ger möjlighet till att ”gå vidare”. Att få en förklaring motverkade även att rykten spreds på avdelningen om vad som hände under den kritiska händelsen. Det kunde ses att vid erhållen förklaring under händelseförloppet, i samband med livsavgörande beslut för patienten, minskade behovet av förklaring efter operationen. Behovet att erhålla en förklaring grundade sig inte endast i att få en medicinsk förklaring utan även att kunna förstå varför en operation var etisk försvarbar.

Men det är vid de här tillfällena, när alla har gjort allting rätt, hela tiden och ändå går det inte. Det är där alla frågorna kommer fram och det är det man känner debriefingen spelar så stor roll, tycker jag. – informant 1

Då kan man ju känna lite såhär, va det meni...var man tvungen att göra detta? Kunde man inte väntat till dagen efter och sett lite hur natten hade utvecklats? För jag menar då känner man det, här kommer nytt folk och ska du dö på vägen in till operation eller på operationsbordet och anhöriga är inte nära /... - informant 7

En erhållen förklaring eller återkoppling grundade sig i ett behov av att få ett avslut. Det sågs som en möjlighet till att ”få cirkeln sluten” och att kunna ”lägga det bakom sig”.

Behovet av bekräftelse

Det fanns ett behov att tillsammans samtala inom operationsteamet som varit delaktiga i en kritisk händelse. Behovet låg till grund för att bland annat få möjligheten att ”prata av sig”, ”tömma ut” och ”ventilera” samt önskan att få en bekräftelse genom debriefing. Att sitta ner tillsammans och samtala gav en känsla av samhörighet och motverkade således en känsla av ensamhet. Det gav även tillfälle att få dela med sig av sina erfarenheter och bli bekräftad av sina kollegor. Att vara med om samma händelse skapade i vissa fall ett sammansvetsande band kollegorna emellan. Det upplevdes dock att det fanns sparsamt med tid för samtal i anslutning till en kritisk händelse och informanterna önskade därför avsatt tid för debriefing. Om utrymme gavs genomfördes samtalen på vägen till nästa operation, men fanns inte den tiden utfördes samtalen i hemmet med anhöriga. De flesta som hade ett behov av debriefing önskade att debriefingen samordnades av organisationen samt påpekade att det borde vara en naturlig del och rättighet att tillgå i verksamheten.

Att man sitter ner i lugn och ro och att man kan få vara ledsen och lite såhär då, än att bara gå och bära på, bära det inom sig. – informant 7

... / det finns ju alltid grejer att ventilera av vad som hänt. – informant 5

Det kunde även ses ett samband mellan en kritisk händelse och ett behov att bli bekräftad i sin arbetsinsats under operation. Frågor som ”Gjorde jag något fel? Kunde jag ha gjort något annorlunda? Vad kunde vi gjort bättre?” behövde bli besvarade. Detta för att inte skuldbelägga sig själv. Det kunde ses en önskan att debriefingen skulle ledas av en utomstående person som kunde se händelsen ur ett psykologiskt perspektiv som ett led i att få hjälp att hantera de känslor som uppkommit i relation till händelsen. Samtidigt var det av vikt att ansvarig läkare skulle vara delaktig under debriefingen för att kunna bekräfta att handlandet hos personalen utfördes korrekt.

*... / men ändå så att man ville veta. Kunde vi ha gjort något annat? Tog det för lång tid? Var vi långsamma? Var dem långsamma på akuten? Kunde vi ha rusat dit ner? /.../ Då känns det som att (efter debriefing), nej vi gjorde faktiskt ett bra jobb. Ändå.
– informant 1*

Det framkom förutom ett behov av debriefing i samband med kritiska händelser, att det även fanns ett behov av kontinuerliga samtal. Fokus under dessa samtal önskades ligga på utbildning, handledning, arbetsrutiner, förhållande på avdelning samt personalfrågor. Det fanns även en önskan av kontinuerliga samtal för att diskutera etiska aspekter gällande patienter och bemötande.

... / att jag liksom inte då har råkat ut för någonting men samtidigt så kan man ju behöva någon form av ventilationsrum, alltså bara prata ut. Det kan ju vara hur verksamheten är, att man tycker det är väldigt jobbigt här och så. Det behöver ju inte vara att man har varit med om något jobbigt med någon patient men det är tungt och jobbigt och så, men det finns inte (tid för samtal). Det är bara att man ska köra på. – informant 4

Tveksam till debriefing som modell

Det framkom även hos två informanter att behovet av debriefing inte var lika stort eftersom mötet med patienterna är kortvarigt och få känslor involveras som inte behöver bearbetas i efterförloppet.

Vi träffar patienter så kort tid så man hinner aldrig etablera en kontakt / ...

- informant 6

Det kunde ses en lärdom och erfarenhet av att på egen hand hantera och bearbeta känslor efter kritiska händelser. En informant beskrev det med att låta känslorna ”rinna av” medan en annan skildrade bearbetningen genom att ”släppa och inte tänka på det mer”. Även humor nämndes som ett viktigt verktyg för att hantera och bearbeta kritiska händelser.

Det fanns en tveksamhet till debriefing som modell men det sågs ändå ett behov av att känna *stöd av egenvalda kollegor och ordna självåterkoppling*, vilket således utmynnade i två underkategorier.

Stöd av egenvalda kollegor

Stöd söktes hos egenvalda kollegor vid behov av bearbetning efter en kritisk händelse. Det söktes även stöd hos den kollega som varit delaktig i den kritiska händelsen. Stöd valdes och fanns även att få hos chefen. Stödet från kollegorna, respektive chefen, upplevdes som tillräckligt. Samtal utfördes både under och efter arbetstiden, exempelvis på vägen hem vid samåkning.

Det blir ju också lite debriefing på vägen hem, att man pratar igenom lite och så (med kollegorna). – informant 7

Tveksamheten till debriefing som modell berodde dels på ett ostrukturerat genomförande av vad som kallades debriefing på avdelningen och dels på grund av att debriefingen upplevdes som påtvingad. Därför valdes hellre ett stöd hos kollegorna.

... / man har ju sina arbetskamrater som man , som man pratar löst med men ibland känns det som att arbetsledningen tvingar fram en situation, att nu ska ni sitta ner tillsammans och prata om vad som har hänt /.../ man gör det inte seriöst. – informant 6

Tveksamheten till debriefing som modell grundade sig även i vem som var ledare av debriefingen samt vem som deltog i gruppen. Ledaren hade en central betydelse för samtliga informanter och flertalet ville inte att debriefingen hölls av verksamhetschefen, då denna har en relation till personalen. Ledaren för debriefingen önskades vara någon utomstående som inte hade en relation till gruppdeltagarna men som samtidigt kände till arbetsmiljön i verksamheten. Ytterligare en tveksamhet till att delta i debriefing var som tidigare nämnts beroende av vem som deltog i gruppen. Detta för att kunna uttrycka sina känslor och erfarenheter i förtroende för dem som deltog i gruppen. Att sitta i en större grupp, ansågs av en informant, inte hjälpa till att bearbeta känslor då det upplevdes personligt hur individen reagerar efter en kritisk händelse. Däremot fanns en önskan att samtala enskilt eller tillsammans med undersköterskan som var med vid händelsen.

Ordnar självåterkoppling

Som tidigare nämnts fanns det ett behov av återkoppling. Dock var ett fåtal tveksamma till debriefing som modell och ordnade självåterkoppling, det vill säga ordnade återkoppling på egen hand med kirurgen, vilket ansågs tillräckligt.

Det fanns ett behov från flera av informanterna att få självåterkoppling genom kirurgen på grund av nyfikenhet och få svar på frågor om patientens hälsa som inte nödvändigtvis utmynnade i ett behov av debriefing.

... / man frågar ju doktorn lite sen... hur gick det med den där patienten? / ... / Man är ju ändå lite nyfiken på vad som hände sen. – informant 7

En annan orsak till självåterkoppling med kirurgen var till följd av sekretesslagen som inte tillåter att operationssjuksköterskor får ta del av journaler efter att patienten lämnat operationsavdelningen.

Diskussion

I metoddiskussionen kommer faktorer att tas upp som tros ha påverkat resultatets trovärdighet. Tolkningar utifrån framtaget resultat diskuteras i resultatdiskussionen.

Metoddiskussion

Inom den kvalitativa innehållsanalysen diskuteras enligt Graneheim och Lundman (2008) begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet med syfte att stärka resultatets trovärdighet. Dessa begrepp kommer att diskuteras under rubrikerna *urval*, *valt forskningsinstrument* och *bearbetning av datamaterialet*.

Urval

Urvalet anses ha bidragit till variation samt till ett rikt material och är en styrka för studien (Malterud, 1998). Möjligheten ökar då till att beskriva olika nyanser av fenomenet (a a). Det strategiska urvalet som innehåller variationer i erfarenhet och arbetsplats har en betydelse för resultatets giltighet eftersom fenomenet belyses utifrån olika upplevelser. Det kan även tänkas att det finns en överförbarhet av resultatet till andra operationsavdelningar och operations-sjuksköterskor (Granheim & Lundman, 2008). Trots att urvalet inte var jämnt fördelat mellan sjukhusen kunde variationer och samband ses i det framtagna datamaterialet. Ovanstående faktorer tros således stärka resultatets trovärdighet.

Det kan finnas en risk att intervjuerna från de tre informanterna från närsjukhuset har påverkats av att avdelningschefen på närsjukhuset var delaktig i urvalsprocessen. Detta kan dock ha påverkat resultatets giltighet genom att informanterna inte känt sig fria att samtala fritt under intervjuerna utifrån upplevelser av behovet av debriefing. Avdelningschefens delaktighet gällande urvalet kan även ha påverkat informanternas vilja att delta, då det kan vara möjligt att okända bakomliggande faktorer påverkar valet att delta. Detta kan ses som en forskningsetisk svaghet gällande informationskravet där Olsson och Sörensen (2011) påpekar vikten av frivillighet att delta i ett forskningsprojekt. Informanterna har dock *tillfrågats* och gett sitt skriftliga samtycke.

Valt forskningsinstrument

Pilotintervjun och intervjuguiden har enligt författarna ökat resultatets tillförlitlighet genom utvärdering av dessa samt säkerställt resultatets koppling till syftet. Dock hade författarna ringa erfarenheter av intervjumethodik och gav sig till känna under intervjuerna i form av att det ställdes både öppna, slutna och ledande frågor medan ambitionen var att ställa endast öppna, korta och konkreta frågor för att uppnå deskriptiva intervjuer. Ledande frågor behöver inte vara negativt för resultatet, utan oberoende ifall frågorna är ledande eller ej ligger vikten i vart frågorna leder (Kvale, 1997). Däremot utvecklades intervjumethodiken efterhand och förbättrades med erhåller erfarenhet.

Det har funnits en förförståelse under intervjuerna eftersom föreliggande studie utförts av två yrkesverksamma sjuksköterskor som tidigare upplevt ett behov av debriefing. Det finns en möjlighet att denna förförståelse kan ha påverkat intervjuerna och därmed resultatets tillförlitlighet. Malterud (2009) menar att förförståelsen består bland annat av erfarenheter, hypoteser och yrkesmässiga perspektiv. Denna förförståelse påverkar processen att samla in, läsa och analysera datamaterialet (a a). Det kan tänkas att förförståelsen har ”färgat” resultatet samtidigt som det ska understrykas att det har funnits en medvetenhet kring förförståelsen under hela studieprocessen. Förförståelsen kan förebyggas med en aktiv medvetenhet (Malterud, 2009). Genom aktiva diskussioner har ett kritiskt tänkande med öppenhet för andra synsätt har informanternas upplevelser varit i fokus.

Bearbetning av datamaterialet

Åtta informanter deltog i studien. Kvalitativa intervjuer ska innehålla 15 ±10 informanter beroende av resurser och hur mycket tid det finns att tillgå (Kvale, 1997). Det insamlade datamaterialet ansågs som tillräckligt och relevant för studiens syfte. En kontinuerlig diskussion har förts med handledaren som tagit del av det transkriberade materialet och ansåg det tillräckligt, vilket är ytterligare en faktor som ökar tillförlitligheten i resultatet. Informanterna fick information om studien under ett tidigt skede och var på så sätt väl förbereda och hade funderat kring debriefing och erfarenheter kring en kritisk händelse, vilket ökar trovärdigheten att resultatet har svarat mot syftet. Då informanterna endast erhållit information om debriefing utifrån Dyregrovs (2003) definition och modell, kan det tänkas att detta påverkat inställningen till debriefing. Detta på grund av att resultatet visar att det finns en tveksamhet till debriefing som modell. Om fler modeller av debriefing hade förklarats, exempelvis defusing, i informationsbrevet, kan det tänkas att tveksamheten till debriefing sett annorlunda ut och således även resultatet.

För en ökad tillförlitlighet av framtaget resultat utfördes transkriberingarna samma dag som intervjuerna ägde rum, därefter lyssnades och lästes varandras material igenom. Materialet lästes sedan igenom var för sig parallellt som preliminära kategorier togs fram samt att en kontinuerlig diskussion fördes under analysens gång, vilket anses vara en styrka enligt Graneheim och Lundman (2008).

Analysen av datamaterialet inspirerades av Burnards (1996) fyra steg, då de upplevdes som ett överskådligt analyschema. Dock upplevdes det att en djupare analys och en ökad förståelse för att sammanställa kategorierna till ett resultat efter det fjärde steget var önskvärt. Det upplevdes att de fyra stegen inriktade sig mer åt en förberedelse inför analysen även om analysprocessen påbörjades under Burnards (1996) första steg. Detta insågs under analysprocessens gång på grund av ett kritiskt förhållningssätt till analysprocessen. För att erhålla en förståelse hur resultatet skulle växa fram togs även inspiration av Graneheim och Lundman (2008). Det ses som en tillförlitlighet i resultatet att en kontinuerlig diskussion har förts med ett kritiskt förhållningsätt samt en välbeskriven analysprocess. Resultatets trovärdighet ökades då en jämförelse utfördes med handledarens framtagna kategorier som stämde överens.

Innehållsanalysen tycks ha lämpat sig till studiens datamaterial av två anledningar. Dels på grund av att intervjuerna samlades in med låg strukturering och innehållsanalysen medförde att analysen fick en struktur för att hitta samband och variationer som svarade mot studiens syfte. Dels på grund av att studiens syfte var att svara på upplevelser av *behovet* av debriefing och inte upplevelser av debriefing och ansågs som en lämplig analysmetod för att belysa detta utefter variationer och samband.

Citat från informanter har använts i det framtagna resultatet, dels för att förtydliga ovanstående stycken samt dels för att öka trovärdigheten i resultatet.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet diskuteras utifrån behovet av bekräftelse och behovet av ett avslut, etiska dilemman samt med utgångspunkt från arbetsmiljö och patientsäkerhet.

Behov av ett avslut och bekräftelse

Resultatet visar att de flesta informanter upplever ett behov av att få ett avslut samt ett behov av bekräftelse efter en kritisk händelse. Behovet av återkoppling samt förklaring kan ses som ett led i att erhålla ett avslut och på så vis kunna gå vidare efter en kritisk händelse. Grunden till behovet av bekräftelse kan tänkas ligga i behovet att samtala och känna en samhörighet

med kollegor samt erhålla en bekräftelse av utfört arbete. Dessa behov skulle kunna tillgodoses genom en debriefing utefter Dyregrov (2003).

Även om det ses ett behov av ett avslut och en bekräftelse hos samtliga informanter råder det en viss tveksamhet gällande debriefingen som modell där konstellationen i form av storlek, struktur och ledare betonas. I resultatet framkommer vikten av en oberoende ledare som inte har någon relation till deltagarna, vilket även påtalas av Dyregrov (2003).

Som en övergripande tolkning av framtaget resultat finns således ett behov av ett avslut och bekräftelse från de båda huvudkategorierna; *behov av debriefing* samt *tveksam till debriefing som modell*. Variationen i dessa kategorier tycks främst ligga i att de som är tveksamma till debriefing som modell söker egna vägar för bearbetning på grund av tveksamhet till gruppens konstellation och beroende av vem som leder debriefingen. Det vill säga att de fortfarande har ett behov av bekräftelse som erhålls genom stöd av egenvalda kollegor samt ett behov av ett avslut som ordnas genom självåterkoppling med kirurgen. Att erhålla en bekräftelse av kollegor samt att diskutera etiska frågeställningar ses även i en kvalitativ studie (n=10), där allmänsjuksköterskor på en kirurgisk avdelning ansåg detta vara av stor vikt då det gav en känsla av trygghet och säkerhet (Torjuul, Elstad & Sørli, 2007). Vikten av att finna stöd hos kollegor efter en kritisk händelse påvisas även hos operationssjuksköterskor i Rydbergs (2010) studie (a a). Att söka bekräftelse och ett avslut genom egna vägar kan även tänkas grunda sig i att debriefing eller annan samtalsform inte finns att tillgå på arbetet. Förutsättningen för att finna stöd hos sina kollegor bygger på trivsel med sina kollegor och att känna förtroende för varandra. Lindvall och von Post (2008b) menar att en sämre relation mellan kollegor i form av att inte bekräfta eller erkänna varandra leder till ett försämrat samarbete och en osund atmosfär på arbetet vilket ses som ett hinder i främjandet av etiska värderingar (a a).

Återkoppling som en del av ett avslut kan vara av vikt för operationssjuksköterskan även då utfallet för patienten efter en kritisk händelse blivit positivt. Bu och Jezewski (2007) menar att när sjuksköterskans roll som advokat utfaller väl ger detta positiva känslor så som en ökad självkänsla och yrkesstolthet. Att känna en ansvarskänsla för att skydda patienten mot skada ses även i en kvantitativ (n=146) studie på perioperativa sjuksköterskor (Killens, 2002). När den perioperativa sjuksköterskan lyckades skydda patienten mot skada upplevde de en känsla av tillfredsställelse (a a).

Etiska dilemman

Som visas i resultatet finns ett behov av att samtala kring samt erhålla en förklaring grundat i etiska principer och funderingar. Lindwall och von Posts hermeneutiska studie (n=30) från 2008b talar för att det finns ett behov att samtala med sina kollegor utifrån den perioperativa sjuksköterskans kulturella vanor på en operationsavdelning. Deras studie påvisar behovet att diskutera med andra perioperativa sjuksköterskor om etik och dess dilemman, kvaliteten av den givna vården, konflikter i omvårdnadsprocessen samt basala värderingar inom operations-sjukvården. Möjligheter till sådana samtal främjar etiska värderingar hos personalen gällande patienterna. Att finna tid till att samtala med kollegor skapar även en tolerant atmosfär (a a). Resultatet visar operationssjuksköterskans ansvarskänsla gentemot patienten, att försvara och vaka över denne likt en advokat. Denna ansvarskänsla ger känslor som skuld och dåligt samvete efter en kritisk händelse och skildras även i en annan kvalitativ studie (n=5) (Sørlie, Kihlgren & Kihlgrens, 2005). Sjuksköterskor som arbetade på en akutvårdsavdelning ingick i studien och ansvaret för patienten upplevdes som en stor etisk utmaning (a a). Ansvarskänslan kan kopplas till den tidigare nämnda omvårdnadsteorin av Bu och Jezewski (2007) som menar att negativa känslor uppstår hos sjuksköterskan i samband med att ansvaret att företräda patienten och vara likt en advokat inte upprätthålls (a a). Känslor av skuld kan även kopplas till den ansvarskris som är en del inom krispsykologin och som medför en existentiell eller moralisk kris vid upplevelsen av ett misslyckat ansvar. Känslan av ett misslyckat ansvar kan ge upphov till en känsla av skuld (Hamarlund, 2008). Skuld och dåligt samvete är känslor som enligt resultatet utmynnar i ett behov att få en bekräftelse och ett avslut, och därigenom en förklaring, vilket kan tänkas ges genom debriefing.

Arbetsmiljö och patientsäkerhet

Det kan tänkas att patientsäkerheten påverkas negativt när behovet av samtal, bekräftelse och stöd av kollegor åtsidosätts på grund av tidsaspekten, när tid inte ges för att återhämta sig eller att få ”stanna upp” efter en kritisk händelse. Berland, Natvig och Gundersen (2008) menar att ett otillräckligt socialt stöd för sjuksköterskan på arbetsplatsen kan leda till att patientsäkerheten äventyras då känslan av bristfälligt stöd bland annat kan leda till koncentrationssvårigheter och ökad risk att göra fel (a a). Behovet av att samtala sågs även hos sjuksköterskor på

en akutavdelning som intervjuades efter genomgången hjärt- och lungräddning (Drotskes & De Villiers, 2007). Majoriteten i studien har ett behov av att samtala med någon efter en sådan händelse och det är oftast med kollegorna (a a). Då det påtalas av flera informanter att tiden ej räcker till för samtal leder detta till att informanterna själva får bearbeta en kritisk händelse, vilket skulle kunna påverka operationssjuksköterskans psykiska välbefinnande. En kvantitativ studie (n=38) beskriver att efter en kritisk händelse hanterade hälften av deltagarna sina känslor på egen hand (Crabbe, Bowley, Boffard, Alexander & Klein, 2004). Av den andra hälften som samtalade med sina kollegor fann 47 procent god hjälp av detta (a a). I en arbetsmiljö där tiden inte upplevs räcka till för samtal och bearbetning efter en kritisk händelse kan det således tänkas att det borde finnas avsatt tid till debriefing som led till en ökad patientsäkerhet.

Som tidigare nämnts ska debriefingen enligt Dyregrov (2003) bestå av mellan åtta till 12 deltagare. Detta anses av författarna vara en för stor grupp att tillämpa på en operationsavdelning då operationsteamet oftast innefattar fyra till sex personer. Vid defusing är deltagarantalet i gruppen däremot mindre samt mötet är kortare och kan exempelvis ledas av den ansvarige läkaren (Dyregrov, 2003). Det är av vikt att ansvarig läkare deltar i gruppen för att tillgodose behovet av återkoppling, förklaring och bekräftelse i det specifika patientfallet. Genom defusing erhåller operationssjuksköterskan en medicinsk förklaring, bekräftelse av arbetsinsats och genomgång av händelseförloppet av den kritiska händelsen tillsammans med läkaren och övriga deltagare i operationsteamet. Genom en debriefing skulle operationssjuksköterskans upplevda känslor kring den kritiska händelsen bli sedda och bekräftade och bearbetas med hjälp av en utomstående debriefingledare. En kombination av debriefing och defusing behöver tillämpas för att tillgodose operationssjuksköterskans behov att få ett *avslut* samt att få *bekräftelse*.

Klinisk implikation och vidare forskning

Resultatet visar att behovet av debriefing hos informanterna är större än i den utsträckning verksamheten erbjuder debriefing, vilket även påvisas i andra studier som även visar på sparsam tillgänglighet av debriefing (Helps, 1997; Healy & Tyrrell, 2013). Arbetsmiljöverket (AFS 1980:14) menar att det är av vikt att medarbetare erhåller ett gott stöd på arbetsplatsen för att på så vis upprätthålla en god psykisk och social hälsa (a a), vilket således även påver-

kar patientsäkerheten. Yrket som operationssjuksköterska kan uppfattas som ett yrke med ouppmärksammade behov. Studien är av betydelse för att synliggöra det illustrerade behovet av debriefing respektive defusing hos operationssjuksköterskor. Förhoppningen är att behoven tas i beaktande inom operationssjukvården för att öka den psykosociala hälsan och för en ökad patientsäkerhet. Detta som ett steg för att kvalitetssäkra vården enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Det tycks finnas ett behov av vidare forskning hur debriefing som modell kan utarbetas och anpassas till operationssjukvården.

Referenser

Arendt, M. & Elklit, A. (2001). Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatr Scand*, 104, 423–437. Hämtad från databasen Pubmed.

Arbetsmiljöverket. *AFS 1980:14*. Hämtad 10 januari, 2013, från Arbetsmiljöverket, http://www.av.se/dokument/afs/afs1980_14.pdf

Berland, A., Natvig, G, K. & Gundersen, D. (2008). Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive and critical care nursing*, 2, 90-97.
doi:10.1016/j.iccn.2007.11.001

Bu, X. & Jezewski, M. A. (2007). Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 57, 101–110
doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04096.x

Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nursing education today*, 16, 278-281. Hämtad från databasen Pubmed.

Crabbe, J. M., Bowley, D. M. G., Boffard, K. D., Alexander, D. A. & Klein, S. (2004). Are health professionals getting caught in the crossfire? The personal implications of caring for trauma victims. *Emergency Medicine Journal*. 21, 568-572. doi:10.1136/emj.2003.008540

Cullberg, J. (2006). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och Kultur

Drotskes J. S. & De Villiers, P. J. T. (2007). Resuscitation debriefing for nurses at the accident and emergency unit of St Dominique`s hospital in East London (South Africa). *South Africa family practice*. 49, (10). Hämtad från databasen Directory of open access journals.

Dyregrov, A., Kristoffersen, J, I. & Gjestad, R. (1996). Voluntary and Professional Disaster-Workers: Similarities and Differences in Reactions. *Journal of Traumatic stress*, 9, 541-555. Hämtad från databasen Pubmed.

Dyregrov, A. (2003). *Psykologisk debriefing*. Lund: Studentlitteratur.

Graneheim, H. U. & Lundman, B. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I B. Granskär, M & Höglund-Nielsen, B. (Red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s.159-172). Lund: Studentlitteratur.

Hammarlund, C-O. (2008). *Bearbetande samtal*. Stockholm: Natur och kultur.

Healy, S & Tyrrell, M. (2013). Importance of debriefing following critical incidents. *Emergency nurse*, 20 (10), 32-37. Hämtad från database Cinahl.

Helps, L, S. (1997). Experiences of stress in accident emergency nurses. *Accident and emergency nursing*, 5, 48-53. Hämtad från databasen Pubmed.

Helsingforsdeklarationen (2008). Hämtad 15 januari, 2013, från The world Medical Association, <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Hälso- och sjukvårdslagen. *HSL 1982:763*. Hämtad 4 maj, 2013, från Notisum. <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19820763.HTM>

Killen, A. R. (2002). Stories from the operating room: moral dilemmas for nurses. *Nursing Ethics*, 9, 405-415. doi:10.1191/0969733002ne524oa

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Lantz, A. (1993). *Intervjumetodik: den professionellt genomförda intervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Laposa, J, M., Alden, L, E. & Fullerton, L, M. (2003). Work stress and posttraumatic stress disorder in ED nurse/personnel. *Journal of emergency nursing*, 29, 23-28. doi:10.1067/men.2003.7

Lewis, S. (2008). Debriefing process can strengthen process for critical incidents. *Healthcare Benchmarks and Quality Improvement*, 15 (11), 109-111. Hämtad från databasen Pubmed.

Lindvall, L. & von Post, I. (2008a). *Perioperativ vård: att förena teori och praxis*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Lindvall, L. & von Post, I. (2008b). Habits in perioperative nursing culture. *Nursing Ethics*, 15 (5), 670-681. doi:10.1177/0969733008092875

Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.

Michael, R. & Jenkins, J, H. (2001a). The impact of work-related trauma on the well-being of perioperative nurses. *Collegian*, 8 (2), 36 -40. Hämtad från databasen Pubmed.

Michael, R. & Jenkins, J, H. (2001b). Work-related trauma the experiences of perioperative nurses. *Collegian*, 8 (1), 19 -25. Hämtad från databasen Pubmed.

Mitchell, A. M., Sakraida, T. J. & Kameg, K. (2003) Critical Incident Stress Debriefing: Implications for Best Practice. *Emergency Nurses Association*. 1, 46-51.
doi:10.1016/S1540-2487(03)00008-7

Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Polit, D,F. & Beck, C,T. (2006). *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization*. (6. ed.) Philadelphia: Lippincott.

Rydberg, K. (2010). *Operationssjuksköterskors upplevelser av svåra situationer- I relation till patientsäkerheten och det perioperativa teamet*. (Magisteruppsats i vårdvetenskap). Högskolan i Borås, Institutionen för vårdvetenskap.

SEORNA (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Hämtad 22 februari, 2013.

<http://www.serona.com/media/31056/kompbeskrivning.pdf>

Sørli, V., Kihlgren, A. & Kihlgren, M. (2005). Meeting ethical challenges in acute nursing care as narrated by registered nurses. *Nursing Ethics*, 12, 133-142.

doi: 10.1191/0969733005ne770oa

Torjuul, K., Elstad, I. & Sørli, V. (2007). Compassion and responsibility in surgical care. *Nursing Ethics*, 14, 522-534. doi:10.1177/0969733007077886

Tabell över tillvägagångssätt för framtagning av resultatet.

Bilaga 1

Meningsenhet	Stödord från marginal	Kategorier	Underkategori	Huvudkategori
Det har jag saknat däremot, att få veta vad som, hur det gick för patienten efter att de har lämnat oss.	Vill veta hur det gick efteråt	Återkoppling	Behov av avslut	Behov av debriefing
Finns det inget annat vi kan göra? Kan vi inte göra nåt?...Jag vet några kirurger som har sagt; vi har gjort allt medicinen kan, det finns inte mer, det finns en gräns för vad, hur mycket vi kan laga	Oklara frågor	Förklaring		
...För mig är det viktigt när det har hänt något speciellt att få cirkeln sluten, på nåt vis.	Önskan att få gå vidare	Avslut		
Gjorde jag något fel eller kunde jag gjort på något annat sätt?	Osäker över eget handlande	Bekräftelse	Behov av bekräftelse	
...man hör sig själv berätta så känner man, det är mycket man ta in ändå som man borde kanske prata av sig om eller prata om på jobbet.	Ventilera känslor med andra	Samtal		
...Hur någon annan hade gjort i en annan situation eller så.	Dela erfarenheter	Samhörighet		

<p>...Om man känner sig obekvämt i gruppen...om man har jobbat med dem länge så kanske det inte är lika obekvämt...</p>	<p>Känna sig obekvämt beroende av deltagare</p>	<p>Uppbyggnad av debriefingen</p>	<p>Stöd av egenvalda kollegor</p>	<p>Tveksam till debriefing som modell</p>
<p>... man vill ju veta om han klarade sig eller inte. Och det fick jag det gjorde jag själv med kirurgen.</p>	<p>Frågar själv för att få veta hur det gick.</p>	<p>Ordnar självåterkoppling</p>	<p>Ordnar självåterkoppling</p>	