

Hvordan økt effektivisering og krav til drift påvirker  
kvaliteten på tjenestene til pasientene:

Anestesisykepleieres opplevelser i et stadig mer presset  
helsevesen



Universitetet  
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultetet

Master i spesialsykepleie, spesialisering i: anestesi

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Hanna Regine Kinnari

Veileder: Britt S. Hansen og Inger Brit T. Bakkalia

12. Mai 2023

**MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i  
ANESTESISYKEPLEIE**

---

**SEMESTER:**

VÅR 2023

---

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:**

Hanna Regine Kinnari

**VEILEDER:**

Britt Sætre Hansen

Inger Brit T. Bakkalia

---

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

Hvordan økt effektivisering og krav til drift påvirker kvaliteten på tjenestene som gis til pasientene: Anestesisykepleieres opplevelser i et stadig mer presset helsevesen. En kvalitativ studie.

**Engelsk tittel:**

How the increase in efficiency and management requirements affect the quality of services given to patients: The experience of nurse anesthetists in a strained health care system. A qualitative study.

---

**EMNEORD/STIKKORD:** anestesisykepleieres opplevelser, effektivisering, kvalitet, kommunikasjon, mindre tid til pasienten, mindre tid til læring, mindre tid til samarbeid, forbedringsarbeid, faglig forsvarlighet, arbeidsglede

---

**ANTALL ORD: 16777**

**STAVANGER ...12.05.2023**

## **Forord**

Etter snart to år på masterstudiet i spesialsykepleie ved det Helsevitenskapelige fakultetet ved Universitetet i Stavanger kan jeg med hånden på hjertet si at jeg har hatt to lærerrike år med utfordrende og spennende emner.

Det å skrive masteren alene har vært utfordrende, men har vært mulig takket være mine veiledere som har vært tilgjengelige og behjelpelige. Derfor vil jeg spesielt takke dem i dette forordet for all deres tid som har gått med til veiledning, både under forskningsprosess og skrivningen. Jeg hadde ikke klart dette uten dem.

Ellers vil jeg også takke professorer, lektorer og foredragsholdere vei UiS for ny input i hodet mitt på veien til å bli anestesisykepleier! Studiet hadde ikke vært det samme uten dere.

Jeg ønsker også å takke anestesisykepleierne som stilte opp som informanter i denne studien, for deres tid, tanker og meninger om et tema som berører oss i stor grad i dag og i tiden som kommer. Jeg ønsker å stille en stor takk til anesthesiavdelingen ved SUS som har veiledet og brukt tid på å oppdra en ny anestesisykepleier. Dere som jobber der er gull verdt og viktige å ta godt vare på!

Jeg må også stille en stor takk til mine medstudenter på anestesi som det har vært en fryd å gå på studiet med. Tiden i løpet av disse to årene hadde ikke vært den samme uten dere.

Tilslutt må jeg få takke min familie og mine venner for oppmuntring og støtte underveis i studiet. Disse to årene har flydd av gårde, og jeg har hatt en fantastisk tid som student. Nå venter livet som arbeidstaker igjen og jeg gleder meg til å ta fatt på kapitelet i livet som heter anestesisykepleier. Jeg er klar for nye utfordringer – det er nå jeg skal lære mer!

- Hanna

Stavanger, 12. Mai 2023

## SAMMENDRAG

### **Hensikt:**

Hensikten med studien er å utforske hvordan anestesisykepleiere opplever at krav om økt effektivisering påvirker arbeidshverdagen deres og hvilke konsekvenser det har for kvaliteten på tjenestene som gis til pasientene.

### **Metode:**

Studien har blitt gjennomført ved bruk av kvalitativ metode med semistrukturerte intervju. Utvalget besto av syv anestesisykepleiere som jobbet i anesthesiavdelingen ved et universitetssykehus i Vest-Norge. For å analysere intervjuene har jeg anvendt kvalitativ innholdsanalyse.

### **Funn:**

Fra innsamlet datamateriale kom jeg frem til et tema med tre hovedkategorier som beskrev det informantene mente var konsekvensen av økt effektivisering og påvirkningen det hadde på kvaliteten på tjenestene til pasientene. Temaet *Redusert tid til aktiviteter som gir arbeidsglede* forklares gjennom hovedkategoriene 1) *tid til pasienten* 2) *tid til læring* og 3) *tid til samarbeid*.

### **Konklusjon:**

Anestesisykepleierne opplevde at det i arbeidshverdagen har blitt redusert tid til aktiviteter som gir arbeidsglede, noe som påvirker kvaliteten på tjenestene til pasientene. Anestesisykepleiere som har nok tid til pasienten kan lettere forutse faremoment som oppstår. Ved å ha tid til læring i hverdagen vil påfyll av kunnskap være med å forbedre pleie og omsorg og redusere forekomsten av slitne medarbeidere. Gjennom nok tid til samarbeid kan teamarbeidet forbedres, og planlegging av arbeidsdagen fører til god flyt i arbeidet. Et biprodukt av dette er økt effektivitet i organisasjonen.

## **ABSTRACT**

### **Aim:**

The aim of the study is to explore how nurse anesthetists experience the demand to be more efficient in their everyday work life and the consequence this has on the quality of services given to patients.

### **Method:**

The chosen method in this study was a qualitative method using semi structured interviews. My sample included seven nurse anesthetists who worked in an anesthesia department in a university hospital in Western Norway. The data collected were analyzed by using qualitative content analysis.

### **Findings:**

Based on the collected data one theme with three main categories emerged. These categories explain how the nurse anesthetists in the study experience the demand to be more efficient in their everyday work life, and the consequence this has on the quality of services given to patients; the theme *less available time for tasks that enhance job satisfaction* is explained through the main categories 1) *time for the patient* 2) *time to learn* and 3) *time to collaborate*.

### **Conclusion:**

The Nurse anesthetists experienced that during the workday the amount of time for activities that enhance job satisfaction has been reduced, which affects the quality of services given to patients. With sufficient time for the patient, it will be more evident to nurse anesthetists where elements of risk may occur. Increasing educational activities during the workday will improve nursing and caring for the patient. It also reduces the occurrence of fatigued nurse anesthetists. Having enough time to collaborate will improve teamwork. Improving the nurse anesthetist's workflow is done by a well-organized workday. A side product of this is increased efficiency in the organization.

# Innhold

1	Introduksjon .....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema .....	2
1.2	Studiens relevans .....	3
1.3	Studiens hensikt og formål .....	3
1.4	Problemstilling .....	3
1.5	Begrepsavklaring .....	3
2	Tidligere relevant forskning .....	5
2.1.1	Primærsøk .....	5
2.1.2	Sekundærsøk .....	5
2.2	Effektivisering på operasjonsstuen .....	6
2.3	Teamarbeid .....	6
2.4	Kvalitet .....	7
2.5	Pasientsikkerhet .....	7
3	Teoretisk rammeverk .....	8
3.1	Anestesisykepleierens rolle og funksjon .....	8
3.2	Norsk standard for anestesi og Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere– standard for de tjenester som er i anestesiavdelingen .....	8
3.3	Anestesisykepleieren sine ikke-tekniske ferdigheter og dens betydning for kvaliteten i arbeidet .....	9
3.4	Teamarbeid .....	10
3.5	Kvalitet .....	11
3.6	Arbeidsglede og profesjon .....	12
3.7	Et godt arbeidsmiljø .....	12
3.8	Pasientsikkerhet .....	13
3.9	New public management og innsatsstyrt finansiering .....	14
4	Metodisk tilnærming og overveielser .....	15
4.1	Egen forforståelse .....	15
4.2	Kunnskapssyn .....	16
4.3	Kontekst .....	16
4.4	Utvalg .....	18
4.5	Innsamling av data .....	19
4.5.1	Intervjuforberedelse .....	20

4.5.2	Intervjuprosessen .....	20
4.5.3	Transkribering.....	21
4.6	Analyse.....	21
4.6.1	Analyseprosessen.....	22
4.7	Troverdighet .....	23
4.8	Metodekritikk .....	24
4.8.1	Utvalg og informanter.....	25
4.8.2	Innsamling av data .....	25
4.8.3	Transkribering.....	25
4.8.4	Analyse .....	26
5	Forskningsetiske vurderinger.....	27
6	Funn .....	28
6.1	Tid til pasienten.....	28
6.1.1	Å ha god tid til pasienten .....	29
6.1.2	Mindre tid til pasienten .....	29
6.2	Tid til læring.....	30
6.2.1	Tid til undervisning og simulering.....	30
6.2.2	Tid til refleksjon.....	32
6.3	Tid til samarbeid .....	32
6.3.1	Kollegiale treffpunkt og samhold .....	33
6.3.2	Tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner .....	34
6.3.3	Muligheter for å påvirke arbeidsdagen .....	35
6.3.4	Tid til planlegging.....	35
7	Diskusjon .....	37
7.1	Mindre tid til pasienten .....	37
7.2	Tid til læring.....	40
7.3	Tid til samarbeid .....	41
8	Konklusjon.....	45
9	Forslag til forbedring og implikasjoner for videre forskning .....	47
10	Faglig samarbeid og nettverk.....	49
11	Referanser .....	50
12	Vedlegg.....	54
12.1	Vedlegg 1, Søkestreng og PICO-skjema .....	54
12.2	Vedlegg 2, semistrukturert intervjuguide .....	57
12.3	Vedlegg 3, informasjonsskriv til deltakere.....	58

12.4	Vedlegg 4, Godkjenning av sykepleiefaglig rådgiver ved den aktuelle avdelingen.....	63
12.5	Vedlegg 5, godkjenning av SIKT .....	64
12.6	Vedlegg 6, godkjenning av forskningsavdelingen ved det aktuelle sykehuset 65	
12.7	Vedlegg 7: Den kvalitative innholdsanalysen .....	68
12.8	Vedlegg 8, COREQ-sjekkliste.....	74



# 1 Introduksjon

I dagens helsevesen er det en forventning om at helsepersonell skal være både produktive, effektive og samtidig yte kvalitet på de tjenestene som gis. Helseforetakene jobber ut ifra budsjett, og får sine føringer igjen fra regjering og storting. Foretakene skal utnytte kapasiteten i budsjettene på best mulig vis. For anestesisykepleieren gjelder de samme kravene til å være effektiv og produktiv, som det er for en sykepleier på sengepost. Arbeidshverdagen består av møter med sårbare pasienter samtidig som arbeidsmiljøet er høyteknologisk og avansert (Hustad, 2021, s. 36). Det som skiller anestesisykepleieren fra en sykepleier på sengepost, er måten å arbeide på.

Anestesisykepleieren arbeider i hovedsak på operasjonsstuen, hvor anestesisykepleieren arbeider selvstendig med sine arbeidsoppgaver samtidig som han/hun skal jobbe i team med andre profesjoner. Operasjonsstuen er et lukket område som de færreste har kunnskap om eller tilgang til, og arbeidet der kan til tider være krevende på grunn av mange personer, mye utstyr, høy aktivitet og støy (Bruun, 2021, s. 21-24; Hustad, 2021, s. 36).

Anestesisykepleieren har i hovedsak kun én pasient å ivareta og konsentrere seg om ved de fleste operasjoner. Det gir anestesisykepleieren muligheten til å observere pasienten kontinuerlig samtidig som homeostasen skal opprettholdes, fra innledning av narkose til overføring på postoperativ (Bruun, 2021, s. 23-24). En måte å se på det er at anestesisykepleieren våker over pasienten (Schreiber & MacDonald, 2010). Fordelen med å kun ha ansvar for en pasient om gangen er at det gir mulighet for en pasientsentrert sykepleie, med mulighet for god kvalitet og gjennomføring dersom det finnes tid til dette. Anestesisykepleieren møter nemlig pasienten kun kort tid før inngrepet, og i løpet av denne korte tiden skal anestesisykepleieren ha skapt en relasjon og ha utvekslet informasjon om det mest grunnleggende i helsetilstanden til pasienten (Valeberg, 2021, s. 242; Aagaard et al., 2017). Det kan være snakk om så kort tid som fem til ti minutter før pasienten trilles inn på operasjonsstuen. Pasienten skal ha blitt informert om forløpet pre-, peri- og postoperativt, være trygget i situasjonen og føle at de får være med å ivareta sin egen helse. Kompetent personell som er både imøtekommende og vennlige vil hjelpe på pasientens følelse av mestring (Malley & Young, 2017). En økt pasientstrøm og krav fra ledelse og arbeidsgiver om å øke

aktiviteten påvirker pasientsikkerheten og muligheten for å ivareta faglige verdier (Helsedirektoratet, 2012; Hustad, 2021, s. 39). Tiden anestesisykepleieren har fra møtet til innledning forsøkes til stadighet å kortes ned, slik at arbeidet skal bli mest mulig effektivt og flest mulig pasienter skal komme gjennom et oppsatt operasjonsprogram. Hvor mange pasienter en anestesisykepleier tar seg av i løpet av en vakt varierer i forhold til inngrep. Noen dager er det bare en pasient, andre dager kan det være mange pasienter fordi inngrepene er kortvarige. Tempoet og stressnivået blir deretter og kan være høyt (Bruun, 2021, s. 22, 32-33).

Anestesisykepleieren kan likevel ikke arbeide alene, og jobber som regel i et tverrfaglig team. Disse teamene består stort sett aldri av de samme menneskene. Det å gi god kvalitet på tjenestene og en god anestesisykepleie utfordres og påvirkes av at andre teammedlemmer, som operasjonssykepleiere og kirurger, skal utføre sitt arbeid samtidig. Ut fra dette kan det oppstå samtidighetskonflikter eller uenighet om hvilke arbeidsoppgaver som skal prioriteres (Bruun, 2021, s. 32-33). Det er med bakgrunn i anestesisykepleierens egenart og måte å arbeide på som gjør det verdifullt med innsikt i et komplekst tema som kvalitet, effektivitet og tidspress og som jeg ønsker å undersøke gjennom dette studiet.

## **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Det er ut ifra observasjoner gjennom praksis på operasjonsstuene og rundt om i anesthesiavdelingen at jeg har valgt mitt tema. Anestesipersonalet skal jobbe effektivt, og bruke tiden de har til rådighet godt. Operasjonsprogrammet settes opp med fokus på drift, flest mulig pasienter skal gjennom på kortest mulig tid. Målet er at ventelistene skal ned. Det tas lite hensyn til at spesielle pasienter/grupper og inngrep krever spesielle hensyn og at komplikasjoner kan skje. Det forventes også at alle inngrep gjennomføres med høy kvalitet. Når tidsrammen man har mellom pasientene kortes ned, går det ut over anestesisykepleierens mulighet til å lese seg opp på viktig informasjon om pasientens tilstand og tidligere sykdommer. Anestesisykepleieren skal ta imot pasienten, skape en relasjon og betrygge samtidig som arbeidsoppgavene gjennomføres (Bruun, 2021, s. 22). Dersom det skjer noe nytt eller endringer i programmet, skal anestesisykepleieren klare å omstille seg i løpet av få minutter til å endre arbeidsoppgaver. Teamarbeidet kan også være utfordrende til tider, da det som regel er en utskiftning av de som er i et operasjonsteam, og anestesisykepleieren aldri helt vet hvem det er de skal forholde seg til og samarbeide med (Bruun, 2021, s. 27). Kvaliteten

på arbeidet om utføres skal likevel, uavhengig av situasjon, være god. Det kan være vanskelig å få til dette i en hektisk hverdag, og jeg ønsker å undersøke hvordan det oppleves å være nært på pasienten, samtidig som det ligger krav og føringer fra ledelse og profesjon til arbeidet som anestesisykepleieren utfører.

## **1.2 Studiens relevans**

Krav om å jobbe mer effektivt er til stadighet synlig i helsevesenet, det kuttes i personal og det påføres gjerne mer arbeid enn det finnes kapasitet til. Likevel forventes det at kvaliteten skal være høy, selv om tilgangen på ressurser nødvendigvis ikke blir høyere. Jeg har ikke funnet en lignende tidligere studie om anestesisykepleieres opplevelser av effektivitet og hvordan det påvirker kvaliteten på tjenestene gjennom mine litteratursøk, men det kan likevel ikke utelukkes at de finnes. Forskningen har i større grad satt søkelys på å effektivisere de prosedyrer som finnes med utgangspunkt i at det vil bedre behandlingen samt øke produksjonsparameter og disse studiene har i hovedsak vært kvantitative. Artiklene til Riveros Perez et al. (2022), Chen et al. (2016) og Hartline et al. (2019) er eksempler på kvantitativ forskning som setter søkelys på å måle effektiviseringen på operasjonsstuen.

## **1.3 Studiens hensikt og formål**

Hensikten med studien er å utforske hvordan anestesisykepleiere opplever at krav om økt effektivisering påvirker arbeidshverdagen deres og hvilke konsekvenser det har for kvaliteten på tjenestene som gis til pasientene. Formålet er å utforske hvilke opplevelser og erfaringer anestesisykepleieren har av økt effektivisering av helsevesenet. Eksempler på dette kan være om det er visse ting som prioriteres foran annet, om arbeidshverdagen har endret seg de siste årene og om effektiviteten påvirker pasientsikkerheten.

## **1.4 Problemstilling**

Hvordan opplever anestesisykepleiere at krav om økt effektivisering påvirker arbeidshverdagen deres og hvilke konsekvenser har det for kvaliteten på tjenestene som gis?

## **1.5 Begrepsavklaring**

Ordene effektivitet og produktivitet benyttes ofte om hverandre. Ifølge Orvik (2015, s. 90) er produktivitet et bedriftsøkonomisk begrep, som betyr å gjøre ting riktig, ressursinnsatsen skal vise mest mulig i form av høyest mulig produksjon. Effektivitet som begrep stammer fra samfunnsøkonomien, og er ikke det samme som produksjon,

poenget er da å gjøre de riktige tingene. Dette beskrives som å dekke pasientens behov for hjelp på prioriterte områder slik at ressursbruken bidrar til bedre helse. Det vil si at effektivitet handler om grad av måloppnåelse, mens produktivitet viser igjen etter ressursinnsatsen, som gir høyest mulig produksjon (Orvik, 2015, s. 94). Kvalitet i helsetjenesten henger sammen med pasientsikkerhet, og anses som kjerneverdier i klinisk arbeid. For eksempel kan den kjente «pasienten først»-plakaten være et grunnlag for det som kjennetegner kvalitet i pasientbehandlingen; tilgjengelighet, lydhørhet, faglighet, forsvarlighet, ansvarlighet, punktlighet, åpenhet, helhet, vennlighet og gjensidighet (NOU 1997:2, s. 3-4). Disse punktene henger også sammen med både tjenesteproduksjon og profesjonsutøvelse (Orvik, 2015, s. 88-89). Plakaten er dermed relevant for anestesisykepleierens utøvelse av kvalitet på tjenestene.

## 2 Tidligere relevant forskning

### 2.1.1 Primærsøk

Sammen med bibliotekar ble det gjennomført søk i databasene CINAHL og Medline, ved bruk av søkeordene «nurse anesthetist» OR «certified registered nurse anesthetist» OR «anesthesia nursing» OR «nurse anesthesia» AND «time management» OR «productivity» OR «efficiency» OR «self-efficacy» OR «clinical competence» AND «perioperative care» OR «surgical care» OR «surgical setting» OR «operating rooms» OR «surgical ward». Søket ble gjennomført ved hjelp av bibliotekar. Søket ble avgrenset til årstallene 2011 til 2022. PICO-skjema og et eksempel på søkelogg ligger som vedlegg 1.

### 2.1.2 Sekundærsøk

Da det var gått seks måneder fra jeg gjorde mitt primærsøk, ønsket jeg å undersøke i mars 2023 om det var kommet ut ny forskning siden da. Jeg brukte de samme søkeordene som i mitt primærsøk, men kuttet i årstall slik at de omfattet perioden 2021 til 2023. Ved første søk kom det opp 99 artikler, hvor mange av disse artiklene var eldre, derfor ekskluderte jeg disse. Artiklene med to års begrensning viste seg å enten ikke være aktuelle, eller allerede anvendt i forbindelse med primærsøket.

Hensikten med å gjennomføre søk i databaser er for å finne forskning som allerede er gjort relatert til valgt tema og sette meg inn i hva forskerne har funnet ut. Denne nye kunnskapen vil gi en god bakgrunn og retning for min studie. Jeg fant at det er gjort lite forskning som undersøkte anestesisykepleieres opplevelser i forhold til økt effektivisering og hvordan det påvirker kvalitet på tjenestene. Det er utført mye forskning om effektivisering av arbeid på operasjonsstuen, men da gjerne kvantitativ. Det er derfor interessant å utføre ny forskning innen akkurat dette feltet, da det er lite undersøkt tidligere.

Jeg har videre presentert tidligere forskning i tematisert form. For å undersøke effektivitet inne på operasjonsstuen viser forskningsartiklene at bruken av ulike effektiviseringssystem skal hjelpe personell på operasjonsstuene til å bli mer effektive. Flertallet av disse brukte systemer som skulle redusere tiden mellom pasienter, såkalt turnover-tid. Dette var mellom ulike profesjoner, ikke bare anestesisykepleiere (Chapman et al., 2020; Chen et al., 2016; Epstein et al., 2017; Hartline et al., 2019;

Kimbrough et al., 2015; Martin & Langell, 2017; Mizumoto et al., 2016; Morel & Gomez, 2021; Padegimas et al., 2017; Perkins et al., 2014; Riveros Perez et al., 2022; Turnbull et al., 2018; van Veen-Berkx et al., 2016). Teamarbeid påvirker kvaliteten på tjenestene som ytes og er også et tema i flere artikler (Ballangrud et al., 2021; Etherington et al., 2021). Bruk av verktøy eller ferdigheter ga en standardisert kvalitet på helsetjenestene (Flynn et al., 2017; Jeon et al., 2020; Peterson et al., 2014; Riddle et al., 2016). Jeg fant en kvalitativ artikkel som utforsket produksjonspress og sammenhengen med pasientsikkerhet (Geisz Everson, 2020).

## **2.2 Effektivisering på operasjonsstuen**

Artiklene til Riveros Perez et al. (2022), Chen et al. (2016) og Hartline et al. (2019) anvender eller setter i verk et system slik at effektiviseringen får størst effekt i hverdagen. Riveros Perez et al. (2022) fant at ved å bruke en anestesisykepleier utenfor operasjonsstuen til å kommunisere med teamet innenfor, så ble tiden mellom første pasient var ferdig til neste pasient kunne kjøres inn på operasjonsstuen, redusert, såkalt turnover-tid. Chen et al. (2016) undersøkte bruken av anestesipersonell ved første operasjonspasient om morgenen, og hvordan det påvirket effektiviteten på operasjonsstuen i løpet av dagen. Anestesilege med ansvar for mer enn en operasjonsstue om gangen viste seg å være minst effektivt, da forsinkelser på den ene stuen resulterte i forsinkelser på den andre. I tillegg viste artikkelen at pasienter som hadde mer komplekse sykdommer, krevde mer tid, som påvirket produktiviteten. Artikkelen til Hartline et al. (2019) undersøkte hva som var utslagsgivende på effektiviteten i forhold til starttid på operasjoner og operasjonstid, og fant at pasientene måtte vente lenger avhengig av type operasjonsteam som var valgt til å behandle dem.

## **2.3 Teamarbeid**

Artikkelen til Ballangrud et al. (2021) undersøkte effekten av simulering og implementering av teamarbeidsprogrammet «TeamSTEPPS»; «Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety» og hvordan den påvirket samhandlingen ved en kirurgisk avdeling. Ved å bruke «TeamSTEPPS» ble pasientsikkerhet satt i fokus og forbedret kommunikasjon mellom profesjonene. Etherington et al. (2021) belyser hva et godt teamarbeid kan ha å si for kvaliteten på arbeidet som utføres, dette gjennom å intervjuer forskjellige profesjoner på operasjonsstuen. Det som gjorde teamarbeidet velfungerende var blant annet god kommunikasjon, delt oppfatning av hva teamarbeid var, kjente teammedlemmer, god

stemning på stua, og i motsetning var det som hindret et godt teamarbeid hierarki, vaktarbeid, ukjente teammedlemmer, ulik oppfatning på tvers av profesjonene og dårlig stemning på stua.

## **2.4 Kvalitet**

Flynn et al. (2017) sin artikkel peker på anestesisykepleierens ikke-tekniske ferdigheter, og at disse ferdighetene gjennom deres kvantitative studie utgjorde en stor forskjell i pleien som ble gitt til pasientene. Studiet gikk ut på å gjennomføre tre simuleringer blant anestesisykepleiestudenter. Etter to av tre simuleringer ble verktøyet NANTS-no innført, som fokuserer på de ikke-tekniske ferdighetene til anestesisykepleiere. NANTS-no er en forkortelse av «Nurse Anaesthetists' Non-Technical Skills – Norway» som består av situasjonsbevissthet, beslutningstaking, oppgaveløsning og teamarbeid. Det viste seg etter implementering av verktøyet at det var en statistisk signifikant økning i alle fire kategorier, hvor det spesielt var en signifikant bedring i kategoriene situasjonsforståelse og beslutningstaking. Kvaliteten på pleien til pasientene ble derfor forbedret gjennom at NANTS-no verktøyet ble iverksatt. For å måle kvalitet og pasientsikkerhet i forhold til anestesisykepleieres kompetanse, har artikkelen til Jeon et al. (2020) utviklet og testet et slikt system. Dette ble gjort ved å bruke et måleverktøy kalt AnestComp. Ved å bruke dette verktøyet ønsket forskerne å få en oversikt over kompetansen til anestesisykepleiere, for slik å kunne måle kvaliteten på pleien samt øke pasientsikkerheten. Artikkelen til Riddle et al. (2016) baserer seg også på testing av kompetanse, men er en review-artikkel som ønsker å undersøke hvordan testing fungerer som metode i anestesipraksis og hvor effektivt det å bruke måleverktøy er. Konklusjonen deres er at testing av kompetanse bør brukes for å evaluere og vurdere kunnskap.

## **2.5 Pasientsikkerhet**

Geisz Everson (2020) ønsket gjennom sin studie å undersøke sammenhengen mellom produksjonspress og normaliseringen av avvik i pasientbehandlingen for å finne ut hvordan det påvirker pasientsikkerheten. Gjennom analysen ble det funnet tre hovedfunn; en påvirkning på sikkerhetskulturen, mangelfull omsorg og pleie, og et manglende system for pasientsikkerhet og påvirkningen det hadde på pasientutfall. På grunn av økt produksjonspress var det akseptert blant helsepersonell å bryte gode standarder for omsorg og pasientsikkerhet for å få gjennomført operasjoner.

### 3 Teoretisk rammeverk

Jeg vil nå presentere den teoretiske rammen for min studie.

#### 3.1 Anestesisykepleierens rolle og funksjon

I helsevesenet i dag er det et stadig større arbeidspress og nye systemer iverksettes for å effektivisere der dette er mulig. Det utvikles til stadighet nye systemer og velferdsteknologi fordi det skal få ned kostnader. Sykepleieren skal jobbe raskere og mer effektivt, for å kunne hjelpe flest mulig. Felles for de fleste avdelinger på sykehus, også ved intensivavdelingene, er at sykepleieren, selv om de har ansvaret alene for en pasient, som regel har en kollega de kan få tak i ved behov. De har mulighet for å drøfte med en annen sykepleier når kriser oppstår, men også i arbeidet generelt.

Anestesisykepleieren, derimot, har en annen rolle og funksjon enn en sykepleier på post. Funksjonen til anestesisykepleieren er beskrevet i Norsk standard for anestesi og i Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere. I avsnitt 2.4 står det at «Anestesisykepleier er utdannet til selvstendig å kunne gjennomføre generell anestesi ved enklere inngrep...» (Norsk Anestesiologisk Forening, 2016). Under en operasjon står anestesisykepleieren mye alene, og skal gjøre mange arbeidsoppgaver selvstendig uten å kunne støtte seg på en kollega. Det er ikke alltid mulig å få hjelp når det er ønskelig, og vurderinger skal gjerne fattes raskt. Samtidighetskonflikter med andre i operasjonsteamet og med andre team oppstår gjerne. Arbeidet skal utføres så raskt som mulig for å kunne få gjennom flere operasjonspasienter i et operasjonsforløp.

#### 3.2 Norsk standard for anestesi og Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere– standard for de tjenester som er i anestesiavdelingen

Norsk standard for anestesi og Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere sier noe om hva som kreves for å kunne gi anestesi til pasienter. Dokumentene setter et kvalitetskrav til de tjenestene som skal utføres, samt hvem det er som kan utføre dem. Ved å ha disse standardene vil pasientsikkerheten ivaretas, og uønskede hendelser kan unngås i stor grad. I Norsk standard for anestesi (2016, s. 2) står det for eksempel at «Anestesisykepleier er utdannet til selvstendig å kunne gjennomføre generell anestesi ved enklere inngrep på ellers funksjonsfriske pasienter (ASA I og II), forutsatt at



anestesilege har klarert pasienten for anestesi og kan tilkalles ved behov.

Anestesisykepleier er utdannet til å samarbeide i team med anestesilege ved anestesi til store operasjoner og pasienter med mer komplekse sykdommer (ASA III og IV), samt overvåke pasienter under regional anestesi, sedasjon og generell anestesi». Ved å bruke Norsk standard for anestesi vil det være tydelig definert hvem som har det medisinske ansvaret, kompetansekrav, hvem som kan gi medikamenter, krav til overvåkning under anestesi og hvordan problemer under anestesi skal dokumenteres. Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere definerer i stor grad hvilket ansvar anestesisykepleieren har ovenfor pasienten, kollegaer, arbeidsplass, egen profesjon og samfunn. Denne beskriver også rollen anestesisykepleieren har, og hvilke kunnskaper en anestesisykepleier skal ha (Anestesisykepleierne Norsk Sykepleierforbund, 2016). Ved å gå gjennom disse dokumentene vil anestesisykepleiere ha kunnskap om krav som kvaliteten på tjenestene skal ha, og det er da også lettere å kunne vurdere om de gjennomføres eller om det på grunn av tid og effektivitet ikke er mulig å etterfølge disse.

### **3.3 Anestesisykepleieren sine ikke-tekniske ferdigheter og dens betydning for kvaliteten i arbeidet**

Kvaliteten i arbeidet og på tjenestene som gis kan påvirkes av anestesisykepleierens ikke-tekniske ferdigheter. Disse består av kognitive, sosiale og interpersonelle ferdigheter (Bruun, 2021, s. 26). Under anestesi kan disse forebygge uønskede hendelser. Det finnes fire ulike kategorier som de ikke-tekniske ferdighetene deles inn i.

1. Situasjonsbevissthet: hva skjer i situasjonen, hva betyr endringene som skjer. Dersom anestesisykepleieren ikke har denne ferdigheten på plass, vil dette kunne gå ut over optimal behandling. Situasjonsbevissthet deles igjen inn i tre nivå; 1. oppfatning i endring av pasientens tilstand; 2. Sammenligning av informasjon med informasjon i langtidshukommelsen for å forstå endringer hos pasienten; 3. evnen til å forutse konsekvenser den nye informasjonen kan ha for pasienten. Kategori 2 består av beslutningstaking. Denne utfordres av situasjonen og kompleksiteten på operasjonsstuen. Da skal anestesisykepleieren identifisere problemet, velge respons og løsning. Kategori 3 består av oppgaveløsning, hvor anestesisykepleieren skal planlegge, prioritere, koordinere ut fra de ressursene som er tilgjengelige. Ut fra situasjonen må anestesisykepleieren prioritere i riktig rekkefølge. Kategori 4 består av teamarbeid, og her kommer de interpersonelle ferdighetene inn. Kommunikasjonen i teamet skal være

tydelig og presis, manglende selvtillit kan bidra til risikofylt praksis. Her skal anestesisykepleieren være i stand til å kunne si fra når de er uenige.

Anestesisykepleieren skal også være klar over egen rolle i teamet, kunne ha overblikk over situasjonen og kunne se sine begrensninger. Verktøyet NANTS-no, som betyr ikke-tekniske ferdigheter hos anestesisykepleiere, skal gjøre det lettere å vurdere kompetanse og identifisere ferdigheter. De er de samme som overnevnte kategorier med situasjonsbevissthet, beslutningstaking, oppgaveløsning og teamarbeid (Bruun, 2021, s. 26-28). Gjennom å bruke NANTS-no-verktøyet kan anestesisykepleieren hele tiden vurdere kvaliteten på eget arbeid.

### **3.4 Teamarbeid**

Teamarbeid betyr at den består av en gruppe på to eller flere personer, og at disse er både avhengige av hverandre, samtidig som de samhandler på en dynamisk måte. Teammedlemmene har et felles mål og skal sikre god kvalitet og sikkerhet på de tjenestene som pasienten mottar. Helsepersonell kan være en del av et team uten at det er et fast team. Slik er det for anestesisykepleieren, som jobber i team med ulike profesjoner og skal løse problem og levere helsetjenester sammen. Det går ikke an å gjennomføre en operasjon på en tilstrekkelig god måte uten at teamarbeidet fungerer godt (Husebø & Ballangrud, 2021, s. 24-25). Det finnes fire begrep som beskriver teamarbeidet; teamutøvelse, teamprosesser, teammediatorer og teameffektivitet. Teamutøvelse handler om selve atferden og praktisk arbeid. Teamprosesser og teammediatorer innebærer den kunnskap, ferdigheter og holdninger som finnes i et team for å bidra effektivt til innsatsen i teamet. Til slutt vil teameffektiviteten først og fremst handle om vurderingen av resultatene fra teamutøvelsen, i hvilken grad er målet nådd som teamet satte seg? (Husebø & Ballangrud, 2021, s. 25-26). For eksempel på operasjonsstuen kan et slikt mål være å få pasienten gjennom operasjonen uten komplikasjoner og få gjennomført sitt planlagte inngrep. I dagens teamarbeid bør pasient og pårørende også involveres, da det til syvende og sist er pasienten som skal leve med og mestre sine helseproblemer i etterkant. Det å involvere pasienten kan også være med på å sikre og gi bedre helsetjenester (Husebø & Ballangrud, 2021, s. 26). Det å få til et godt teamarbeid handler også om å kunne gi tilbakemelding til andre teammedlemmer og å støtte hverandre. Anestesisykepleieren jobber stort sett i team, hvor de fleste stort sett aldri er faste. Det er derfor krevende, men samtidig givende å arbeide slik. Det medfører at anestesisykepleieren skal være bevisst sin rolle i teamet,

med de begrensninger det har, samt at de skal se behov andre i teamet har, og bruke av sin kompetanse (Bruun, 2021, s. 27). Et godt eller dårlig teamarbeid vil påvirke kvaliteten på de tjenestene som gis, og henger sammen med pasientsikkerhet i behandlingen (Husebø & Ballangrud, 2021, s. 41).

### **3.5 Kvalitet**

Kvalitet og effektivitet anses ofte som motsettende verdier. For å få til en god kvalitet, er tilstrekkelig med tid en forutsetning for kvalitet, men tid vil også være et konfliktområde for verdier i organisasjonskulturen. Det går ikke an å snakke om kvalitet uten å inkludere effektivitet, de er i en helseinstitusjon avhengig av hverandre, da det finnes begrensede økonomiske ressurser (Orvik, 2015, s. 71-72). Selve kravet til kvalitet og faglig forsvarlighet i helse- og omsorgstjenester er forankret i lovverk, hvorav den ene er Helsepersonelloven §4 (hpl, 1999). En verdi beskrives av Aadland som «ideelle mål og uttrykk for prioriteringer i ord og handling, og spenner fra faglige idealer til økonomiske vurderinger» (2010). Verdier er generelle, overordnede prinsipp. En definisjon av kvalitet er at det er en helhet av egenskaper ved en enhet, og enhetens evne til å tilfredsstillte uttalte og underforståtte behov. Altså at spesifikke egenskaper oppfyller bestemte krav. Seks kvalitetsegenskaper ved helsetjenester beskrives gjennom at tjenestene er virkningsfulle, har god utnyttelse av ressursene, er trygge og sikre, er samordnet og preget av kontinuitet, er tilgjengelige og rettferdig fordelt og involverer brukerne og gir dem innflytelse (Helsedirektoratet, 2005). Den tidligere nevnte «pasienten først»-plakaten er et uttrykk for kvalitetstenkning i helsetjenesten. Plakaten har vært en plattform for flere helselover, og pasienten kommer ved å bruke denne, før egne hensyn og systemer som skal betjenes (NOU 1997:2, s. 2-3). Kvalitet baserer seg på tid, og tid vil være en nøkkelverdi for kvalitetsutvikling. Orvik (2015, s. 91-94) deler denne tiden inn i tre; pasienttid, produksjonstid og profesjonstid. Tid er en ressurs som er avhengig av bemanning og prioritering, og kan være under press. Det er her den normative verdipyramiden kommer inn, som setter pasienten øverst, og profesjon og produksjon under. Denne pyramiden kan snus på hodet og sette produksjonen først, dette er det det bedriftsøkonomiske perspektivet setter søkelys på. Da vil det forsøkes å styrke produktiviteten samtidig som kvaliteten ikke skal svekkes. Resultatet fra slik tenkning kan føre til at økonomiske verdier overkjører kvalitetskrav og at det ikke finnes rom for skjønnsutøvelse (Orvik, 2015, s. 115-116). Kvalitet er altså et

sammensatt begrep og det vil være behov for denne teorien i oppgaven for å kunne besvare problemstillingen.

### **3.6 Arbeidsglede og profesjon**

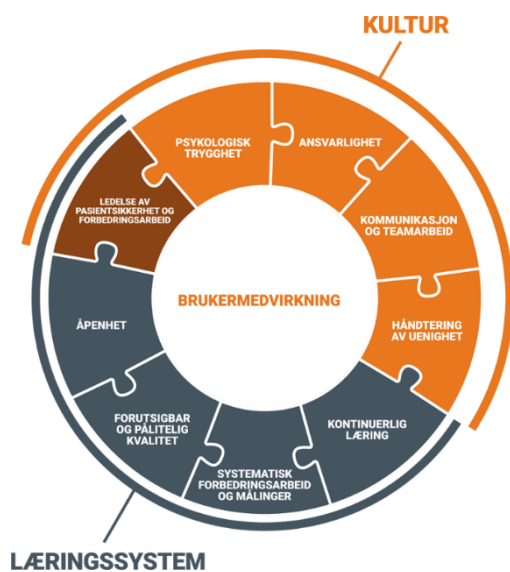
Orvik (2004, s. 210) skriver om arbeidsglede på individnivå, som igjen har en påvirkning på arbeidsmiljøet og organisasjonshelse på systemnivå. Sammenhengen mellom disse er at dersom det finnes arbeidsglede, vil dette bidra til å styrke organisasjonshelsen, og dersom organisasjonshelsen er høy kan dette påvirke enkeltpersoners arbeidsglede Orvik (2004, s. 210). Det vil si at det går i en sirkel hvor hver enkelt del har en påvirkning på hverandre. Arbeidsglede har også en betydning for den enkelte sykepleier i et pasient-, profesjons- og produksjonsperspektiv ifølge Orvik (2004, s. 210). Blant annet er arbeidsglede en verdi i seg selv, har positiv betydning for arbeidshelsen til den enkelte, smitter over på pasienter og pårørende, og utløser trivsel i arbeidet. Dersom det er trivsel i arbeidet påpeker også Orvik (2004, s. 210) at dette kan bidra til økt organisasjonseffektivitet. De modifiserte psykologiske jobbkravene slik at de passer til helse- og omsorgssektoren har en betydning for både arbeidsglede og arbeidshelse (Orvik, 2015, s. 142). Jobbkravene består blant annet av at arbeidet skal ha et innhold med et minimum av variasjon, at det skal være mulighet for å lære noe og utvikle seg, å ta beslutninger i forhold til eget arbeid, få anerkjennelse fra omgivelsene, kunne se mening og sammenheng i arbeidet og kunne se for seg en god fremtid (Fivelsdal et al., 2004, s. 205).

### **3.7 Et godt arbeidsmiljø**

For å få til et godt arbeidsmiljø i en anestesivdeling er det både fysiske faktorer og organisatoriske faktorer som spiller inn. Et godt fysisk arbeidsmiljø kan gjøre arbeidet både lettere og mer trivelig å arbeide i, og begrense de belastningsskader som for eksempel støy har på kroppen (Hustad, 2021, s. 36). Ved å ha tilgang til fellesareal hvor det er muligheter for å treffe kollegaer på tvers av profesjoner, men også med egen profesjon hvor det er muligheter for drøfting og refleksjon, vil bygge opp arbeidsmiljøet psykososialt (Hustad, 2021, s. 37). Et fornuftig forhold mellom krav fra ledelse, muligheter for å mestre disse og sosial støtte fra arbeidsmiljøet påvirker den enkeltes mentale og fysiske helse (Hustad, 2021, s. 39). En hverdag som er lite stressende er avhengig av den daglige sosiale støtten, hvor sosial støtte fremmer helse og mestring i et arbeidsmiljø (Hustad, 2021, s. 40).

### 3.8 Pasientsikkerhet

Det er umulig å besvare problemstillingen uten å ta med et avsnitt om pasientsikkerhet. Kvaliteten på tjenestene som utføres skal utføres med pasientsikkerhet som første prioritet. Pasientsikkerhet har vært i fokus de siste tiårene, og anestesisykepleiere er nødt til å ha kunnskap om, samt kunne se sammenheng mellom helsepolitikk, organisering av helsetjenestene og tjenestene som gis til pasienten. Ved å ha denne kunnskapen vil de mål som finnes i *Nasjonale Handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023* nås, og det vil være et større fokus på å unngå pasientskader og øke kvaliteten på tjenestene som gis (Haugen & Leonardsen, 2021, s. 65-66). Ved å bruke verktøyet *Snakk om forbedring!* og sjekklisten til Trygg Kirurgi kan kvaliteten på tjenestene som gis sjekkes og være med på å utføre arbeidet henhold til krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp (Haugen & Leonardsen, 2021, s. 83-84).



Figur 1 Snakk om forbedring!  
<https://www.snakkomforbedring.no/images/wheel.png>  
(Helsedirektoratet, 2019)

Pasienter behandles for mer komplekse helsetilstander enn tidligere noe som gir nye og endrede utfordringer i dagens helsevesen. For å lære av uønskede hendelser og jobbe med forbedringsarbeid innen anestesisykepleie vil bruken av verktøyet *Snakk om forbedring!* være nyttig å anvende. Under anestesi skal det foretas en risikovurdering, som krever årvåkenhet, oppmerksomhet og en evne til å reagere adekvat. Denne evnen må trenes på, og forbedres gjennom erfaring og kunnskap. (Haugen & Leonardsen, 2021, s. 66). For å kunne drive med forbedringsarbeid har kulturen for å melde uønskede hendelser økt, og alle hendelser, både med og uten konsekvenser håndteres i sykehusenes interne meldesystem. Et av de vanligste meldesystemene i helseforetakene

er SYNERGI. Gjennom å ha slike system, vil feil på både system – og individnivå avdekkes, og læringsutbytte oppnås ved å kunne forstå de ulike faktorene som gjør seg gjeldende i disse. Å kunne skille mellom feil og feilbehandling og manglende forebygging selv ved riktig behandling er viktig, fordi det er forventet at uønskede hendelser skal opptre. For å få en positiv pasientsikkerhetskultur er det viktig å kunne ha åpenhet rundt hendelser og at det er trygt å melde fra (Haugen & Leonardsen, 2021, s. 67).

### **3.9 New public management og innsatsstyrt finansiering**

Ved å inkludere New Public Management og grunnleggende informasjon om sykehusdrift på et organisatorisk nivå vil gi en bedre forståelse og være med på å besvare problemstillingen. På 1990-tallet ble offentlig helsevesen i Norge lagt om, og styringen av helsevesenet skulle følge et prinsipp kalt New Public Management (NPM). I denne modellen får ledere i virksomhetene mer frihet til å ta beslutninger, men med påvirkning av det frie markedet hvor anbud og penger som følger brukeren står i fokus. Sentralt i NPM står økonomisk tenking, hvor penger brukes som belønning for prestasjoner. Budsjetter skal holdes for å få en forsvarlig økonomisk drift av virksomheten (Hallandvik, 2010, s. 270-272). 1997 ble det innført et system kalt innsatsstyrt finansiering (ISF) som hadde til hensikt å øke behandlingsaktiviteten ved norske sykehus, samtidig som det skulle være mer kostnadseffektivt. I ISF-systemet finnes det igjen det velkjente DRG systemet som gir poeng til sykehusene ut fra det de «produserer», slik at staten refunderer etter dette og sykehusene tjener penger. Grunnen til at ISF-systemet ble innført var at det tidligere rammefinansierte systemet ikke fungerte optimalt. Det finnes mye som kan nevnes om finansieringssystemet som gjelder i dag, men DRG-systemet baserer seg på stykkpris, og etter DRG vil kirurgiske pasienter komme best ut, fordi de er lettest å sette en prislapp på (Lian, 2007, s. 93-97).

## 4 Metodisk tilnærming og overveielser

Innenfor vitenskapelig kunnskap er kvalitativ forskningsmetode en av veiene (Malterud, 2017, s. 15). Gjennom kvalitativ metode vil jeg kunne oppnå vitenskapelig kunnskap som ikke bare er tilfeldige inntrykk eller selvbekreftende påstander, men gi systematisk, kritisk refleksjon (Malterud, 2017, s. 17). Bruk av kvalitativ metode gir en kunnskapsutvikling, forankret i det fortolkende paradigmet med røtter fra hermeneutikken, fenomenologien og sosialkonstruksjonisme (Malterud, 2017, s. 35). I min oppgave falt valget på kvalitativ metode fordi jeg ønsket å undersøke anestesisykepleieres opplevelser i forhold til problemstillingen. Jeg ønsker å forstå og beskrive disse opplevelsene (Malterud, 2017, s. 39). Da jeg ønsker å trekke slutninger fra det enkeltstående til det allmenne i min forskning, anvender jeg en induktiv tilnærming (Malterud, 2017, s. 27). Induktiv kvalitativ metode baserer seg på at dataene jeg får skal lede til nye begrep gjennom datastyrt analyse (Malterud, 2017, s. 113). For å få til dette, vil jeg tilstrebe å sette til side min egen forforståelse.

### 4.1 Egen forforståelse

Malterud (2017, s. 44) beskriver forforståelsen som den ryggsekken jeg hadde med meg inn i forskningsprosjektet. Bagasjen kan fungere veldig bra som næring, men kan også være til hinder dersom den gjør at jeg ikke får med meg det som er å hente av ny kunnskap langs veien. For å kunne innhente ny kunnskap var det nødvendig å sette til side de tankene jeg på forhånd hadde forestilt meg, da de ellers kunne hindre meg fra å høre nye eller andre perspektiv som jeg selv ikke har tenkt på. Det å ha vært forsker i en avdeling jeg selv har vært en del av som student, kan være en hindring i seg selv, men samtidig er jeg også på utsiden av den, da jeg ikke anses som ansatt av de som jobber der. Fordelen med kjennskap til avdelingen er at jeg er kjent med rutiner og arbeidsoppgaver og har forståelse for hvordan anestesisykepleierne jobber. Det som kan være en ulempe med å være forsker på fremtidig arbeidsplass er at jeg som student har skapt en relasjon til flere av dem som jobber der og at jeg er farget av de opplevelser jeg har hatt i avdelingen. Under forberedelsen til intervjuene var jeg derfor nødt til å være nøye på å være åpen og mottagelig for nye tanker. Gjennom intervjuene ønsket jeg å få ny kunnskap, nye perspektiv og tanker. Det viktigste for meg var at jeg unngikk fallgraven ved å tillate at min forforståelse sto i veien for den kunnskap jeg fikk ut av

intervjuene (Malterud, 2017, s. 45). Samtidig vil nok min egen forforståelse ha preget forskningen både gjennom de spørsmålene som ble stilt og de svarene jeg har vektlagt.

## **4.2 Kunnskapssyn**

Mitt kunnskapssyn preges nok av både realisme og konstruktivisme. Realisme betyr i hovedsak at det finnes en objektiv virkelig uavhengig av hvem som observerer den, mens konstruktivismen påstår at den kunnskap eller den forståelsen jeg har er sosialt konstruert (Jenssen et al., 2020, s. 16-17). Jeg mener at det finnes en objektiv virkelighet, men den klarer vi ikke gjennom egne øyne å se, ei heller få et skikkelig bilde av. Virkeligheten er for oss som mennesker stort sett sosialt konstruert, og det er etter min oppfatning umulig å være helt objektiv. Fordi forskningen omfatter studier av sosiale system og enkeltindivid i disse, vil denne derfor være en blanding av både metodologisk og ontologisk individualisme. Den metodologiske individualismen vil si at måten å få kunnskap om systemene, er gjennom å studere individers handling og samhandling. En ontologisk individualisme uttrykker at sosiale fenomen kun er resultat av handlende individ (ibid). Det er umulig å studere systemene uten å gå gjennom enkeltindividene, og for å kunne endre på et større nivå, for eksempel et organisatorisk nivå, så er det nødvendig å innhente kunnskap fra et individnivå først (Jenssen et al., 2020, s. 19).

## **4.3 Kontekst**

Utgangspunktet for oppgaven er at jeg er en kvinnelig student i spesialsykepleie med spesialisering i anestesi. Forskningen min er påvirket av tidligere erfaring, som spesielt baserer seg på praksis i anestesivdelingen under spesialiseringen til anesthesisykepleier, men også de fem årene jeg har jobbet i sykehus ved intermediær sengepost.

Forskningsprosjektet bærer også preg av at jeg tidligere ikke har gjennomført denne type studie, da jeg tidligere kun har foretatt en litteraturstudie på bachelornivå i sykepleie.

Grunnlaget for denne studien er forskning ved en anesthesivdeling ved et sykehus i Vest-Norge. De ansatte ved anesthesivdelingen består av flere profesjoner, som for eksempel anestesileger, anesthesisykepleiere og servicepersonell. Anesthesisykepleierne, som er den delen av anesthesivdelingen jeg ønsker å undersøke, er helsepersonell som stort sett jobber turnus. Turnusarbeidet er delt i tre skift; dag, kveld og natt. Anesthesisykepleierne ruller mellom forskjellige seksjoner, det være seg urologi,



ortopedi, nevrokirurgi, øye, dagkirurgi med mer. De jobber også vakt, i uteteam som stansteam ved behov og når det skjer øyeblikkelig hjelp-hendelser. Teamet anestesisykepleier jobber i er derfor ofte ad hoc team, noe som medfører samarbeid med personer man ikke nødvendigvis har jobbet sammen med før. Disse teamene består av operasjonssykepleiere, kirurger og anestesileger, som også ruller mellom arbeidssteder og arbeidstid. Det kan være en utfordring å jobbe effektivt med sine arbeidsoppgaver dersom det er flere som samtidig også skal utføre sine arbeidsoppgaver. Grunnen til at det stort sett aldri er faste team på operasjonsstuen er en konsekvens av at anestesisykepleiere arbeider i turnus, samtidig som de gjerne jobber på forskjellige seksjoner og ruller mellom disse. Dette er ikke nødvendigvis universelt for alle sykehus. For pasienten kan det være forvirrende med så mange ulike mennesker som spør og gjør ulike ting, de har ikke helt kontroll på hvem som er hvem, og dette kan igjen påvirke pasientens trygghet og sikkerhet. Summen av de ulike faktorene som påvirker anestesisykepleierens arbeid har betydning for ordet kvalitet, og den kvalitet på tjenestene som gis.

Arbeidshverdagen til en anestesisykepleier er variabel og stiller også krav til at de kan omstille seg raskt. Tiden som er til rådighet er ofte begrenset, og dermed er det nødvendig at anestesisykepleieren arbeider effektivt, samtidig som tjenestene som ytes skal være av høy kvalitet. Den tiden som finnes til rådighet vil påvirkes av flere faktorer; på operasjonsstuen vil denne bestå av hvor frisk pasienten som skal opereres er fra tidligere, hvilken anestesimetode som skal benyttes og hvem som er med i teamet (Bjørnstad & Halstensen, 2021, s. 257). I en stadig aldrende befolkning, hvor mange av disse har flere sykdommer, krever dette mer komplisert omsorg og disse har større behov i møte med helsevesenet (Helsedirektoratet, 2020; Øverland et al., 2018). Det vil si at disse pasientene er mer tidkrevende enn friske pasienter. I anestesisammenheng vil en innledning av anestesi være variabel alt etter hvilken type pasient som skal opereres, og innledning og avslutningen av anestesi kan gjerne ta lenger tid enn selve inngrepet dersom pasienten har forhøyet risiko for komplikasjoner i utgangspunktet (Finjarn & Forwald, 2021, s. 251-254). Det vil si at en anesthesiinnledning kan ta alt fra 10 minutter til timer, avhengig av pasientens tilstand og situasjon. I øyeblikkelig hjelp-situasjoner er tiden knapp, og bruken av tid annerledes enn på operasjonsstuen. Det haster da å få oversikt over situasjonen og situasjonen er uforutsigbar. I tillegg kan det oppstå

samtidighetskonflikter hvor det er flere som trenger hjelp samtidig, men hvor det er mangel på tilgjengelig personal.

For å utvikle faget er det i anestesivdelingen ved det aktuelle sykehuset oppfordret og lagt opp til faglig utvikling, hvor det finnes faglig påfyll hver uke, fra en liten time til mer alt avhengig av tilgjengelighet. Ved mangel på personal for å gjennomføre operasjonsprogram går det gjerne ut over faglig utvikling, da denne gjerne nedprioriteres over det som anses som viktigst, nemlig pasienten. Det er derfor variabelt hvor mange som får tid til fagutvikling, men faglig utvikling er viktig for både pasient og den ansatte slik at omsorg og kvalitet blir best mulig.

Ved å undersøke anestesisykepleierens opplevelser kan det føre til økt forståelse hos ledelse og andre, slik at de lettere kan forstå hvordan arbeidsdagen faktisk er. Det er med bakgrunn i denne konteksten at jeg utførte mitt forskningsprosjekt.

#### **4.4 Utvalg**

Utvalget i prosjektet var i utgangspunktet begrenset, hvor jeg fulgte innsamlingsmetoden for kvalitative studier som beskrevet i Polit og Beck (2021, s. 498-499), kalt «convenience sampling». Dette fordi jeg ønsket å bruke en spesifikk gruppe for å besvare problemstillingen min, men var avhengig av at de meldte seg selv frivillig. Jeg ønsket å inkludere anestesisykepleiere fra et universitetssykehus i Vest-Norge, med minst fire års erfaring og i turnus. Grunnen til at de skulle ha minst fire års erfaring var at de da har ansvarsvakter som gjør at de har opparbeidet seg både kunnskap og innsikt i arbeidshverdagen sin. For å få et bredere perspektiv og øke mengden data som ble samlet inn var det ønskelig å inkludere informanter av ulike kjønn og aldre. For å få rike og gode data (information power) anbefaler Malterud et al. (2016) et større antall informanter når forsker har begrenset erfaring og kunnskap. I første omgang planla jeg å intervju 8-10 anestesisykepleiere. For å få tak i informanter hjalp avdelingslederen for anestesisykepleierne ved det aktuelle sykehuset med å sende ut en felles e-post, hvor jeg presenterte meg selv og forskningsprosjektet. Vedlagt i e-posten var samtykkeskjemaet, og det ble presisert at det var frivillig å delta samt at de som deltok ble anonymisert. Det viste seg å være vanskelig å få tak i informanter, hvor de som svarte på e-posten eller leverte samtykkeskjema også inkluderte informanter med under fire års erfaring. Utvalget endte til slutt på to menn og fem kvinner. Tre av informantene hadde lederstillinger, fem av informantene hadde jobbet i mer enn fem år, og de resterende to

hadde over to års erfaring. Informantene med over to års erfaring har bidratt med å belyse problemstillingen gjennom nyere øyne som ikke har jobbet så lenge i avdelingen, og besvarte forskningsspørsmålene ut fra sin erfaring og kunnskap, og bidro på lik linje med de andre informantene med data.

#### **4.5 Innsamling av data**

Gjennomføring av intervju krever på forhånd at jeg vet hvilket fokus jeg ønsker å ha i dem. For å kunne besvare problemstillingen og få rike data fra informantene, ble det utviklet en intervjuguide som skulle gjøre det lettere for meg å forholde meg til tema. Intervjuguiden ble utformet i henhold til Kvale og Brinkmann (2015, s. 165-169) og er inspirert av egen erfaring og tidligere forskning, se vedlegg 2. Det ble foretatt et pilotintervju med en av informantene, hvor den i etterkant ble gjennomgått for å kvalitetssikre at jeg hadde gode nok spørsmål i intervjuguiden. Informantene ble innsamlet på frivillig basis. Det ble sendt ut en felles e-post fra avdelingsleder for anestesisykepleiere ved et sykehus i Vest-Norge som etterspurte deltagere til studien. I første omgang meldte det seg fem stykker. For å få mer rike data, den såkalte «information power» som Malterud et al. (2016) snakker om, var det behov for flere informanter og det ble derfor sendt ut en ny e-post. Da måtte jeg begrense antallet informanter som meldte seg, og det ble derfor gjennomført to intervju til. Det viste seg etter å ha gått gjennom intervjuene at det var tilstrekkelig med informanter, da mange av svarene på forskningsspørsmålene lignet hverandre noe, og det var derfor ikke nødvendig med flere intervjuer da mine data da begynte å bli rike og jeg anså dem som gode nok til å analysere. Informantene ble kontaktet via SMS eller telefon for å avtale passende tidspunkt til intervju i forhold til deres arbeidsplan. Fordi det er lettere å gjennomføre intervju gjennom fysisk oppmøte var dette det foretrukne valget, hvor forfatter av masteroppgaven og informant var de eneste tilstede i rommet da intervjuene ble gjennomført. Intervjuene ble foretatt på arbeidsplassen, i egnede og tilgjengelige rom. Hvert intervju hadde en ramme på maksimalt en time, av respekt for informant og arbeidsplass. Intervjuene ble tatt opp ved bruk av Nettskjema-diktafonappen på mobiltelefon. I etterkant ble disse intervjuene transkribert til kryptert fil (VeraCrypt) i henhold til universitetets retningslinjer. I etterkant av studien har disse blitt slettet. Alle informantene fikk en bokstav som ble koblet til deres del av materialet som ble brukt i studien for å ivareta personvern. Dersom de ønsket å trekke sin deltagelse i studien ville denne måten å anonymisere dem på gjøre det enkelt for meg å fjerne data som de har

bidratt med. Opplysningene var kun tilgjengelige for forsker og veiledere, og alle notater og informasjon som kan gjenkjenne deltagerne ble makulert i etterkant av studien etter å ha blitt oppbevart kryptert underveis i henhold til universitets retningslinjer.

#### **4.5.1 Intervjuforberedelse**

For å gjøre det lettest mulig for informantene å delta i intervju, forsøkte jeg å tilrettelegge for at informantene kunne komme i slutten av sin arbeidsdag til et egnet rom i nærheten av arbeidssted. Dette fordi deltagelse i studien var frivillig og ikke skulle gå utover hverken arbeidsplassen sin mulighet for å tilrettelegge for studien, samt informanten. Jeg var fleksibel og kunne stille opp når det passet for informanten. I forkant av intervjuene hadde jeg satt meg inn i bruken av nettskjema-diktafonappen, forsikret meg om at alt fungerte, og hadde også med meg reserve i tilfelle det skulle bli problemer. Jeg var også ute i god tid før intervjuene, slik at jeg var rolig og ikke påvirket av ytre stress.

#### **4.5.2 Intervjuprosessen**

Spørsmålene i intervjuguiden ble utformet med tanke på at informanten skulle kunne få snakke fritt om temaet. Det viktigste var å få høre hva de hadde å si, la dem snakke fritt, men det ble underveis i de fleste intervju nødvendig å tilpasse noe for å understreke eller skape klarhet i hva jeg ønsket å få svar på eller hva informanten mente.

Fortrinnsvis ønsket jeg å unngå ja/nei-spørsmål, men dette forekom innimellom. Det viste seg utfordrende å følge med på de svarene som informantene ga, samtidig som jeg skulle forsøke å følge med på at de hadde svart på spørsmålene jeg hadde i intervjuguiden. For eksempel kunne enkelte av informantene komme innpå de ulike spørsmålene jeg hadde i intervjuguiden min uten at jeg trengte å spørre dem direkte. Dette gjorde at jeg slapp å spørre spørsmålene, men måtte gjerne omstrukturere rekkefølgen på spørsmålene i intervjuguiden og spørre oppfølgingsspørsmål, noe som var utfordrende å få til alene.

Ved hvert intervju fikk informanten en repetisjon av formål og hensikt med oppgaven, samt presentert problemsstillingen på nytt. I forkant av selve intervjuet ble det også repetert at deres deltagelse i studien var frivillig, at de når som helst kunne trekke sitt samtykke tilbake og at alt av data ble anonymisert i den ferdige studien for å ikke avsløre deres identitet. Det var stor variasjon i varighet på intervjuene, det korteste varte

13 minutter og det lengste 32 minutter. Alle intervjuene ble unnagjort uten større forstyrrelser utenfra, de ble ikke avbrutt, men den ene informantene bar vaktcalling og det kan ha påvirket informantene i den grad det å bære en slik gjør.

Da jeg gjennomførte intervjuene alene, klarte jeg ikke å skrive feltnotater samtidig som jeg skulle klare å drive intervjuet framover. Det ble derfor skrevet notater i etterkant av intervjuene, og de fleste informantene hadde stort sett god tid, og så ut til å være ytre sett avslappet, bortsett fra en, som bar vaktcalling. De fleste informantene var i godt humør, og minst fem av informantene lo underveis og så ut til å hygge seg under intervjuene. Det ble forsøkt så godt som mulig underveis å ikke avbryte informantene, da det gjerne stoppet deres tankestrøm og svar. Selv om intervjuene ikke hadde lang varighet brukte de fleste informantene god tid på å reflektere og besvare de spørsmålene som ble stilt, og noen klarte å få flere ord inn per minutt enn andre fordi de hadde mye på hjertet. Det var også som forsker lett å slappe av i rommet med informantene, det var en rolig stemning og det var givende og kjekt å gjennomføre intervjuene da jeg fikk så gode og utfyllende svar.

#### **4.5.3 Transkribering**

Transkriberingen ble kun utført av forfatter av masteroppgaven. De fleste lydopptakene var tydelige og bar preg av lite bakgrunnsstøy. Jeg valgte å skrive alle intervjuene om fra dialekt til bokmål av hensyn til deltagerne og deres anonymitet i studien. Likevel inkluderte jeg ordlyder som «eh», «ehm» og «uhum», men ekskluderte pauser.

Intervjuene ble transkribert fortløpende for å ha intervjuene ferskt i minne. Underveis i transkriberingen måtte intervjuet stoppes og startes der det var behov, fordi noe av det informantene sa gjerne var utydelig, og derfor måtte jeg forsøke å tolke hva de sa enkelte steder. I transkriberingen kan det derfor ha forekommet noe fortolkning, noe som ikke er ønskelig, men som var nødvendig der jeg ikke hørte hva informantene faktisk sa. Transkriberingen ble gjort etter veiledende råd i Kvale og Brinkmann (2015, s. 204-208).

#### **4.6 Analyse**

Intervjuene ble analysert ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse, dette ved å bruke artiklene til Graneheim og Lundman (2004), Graneheim et al. (2017) og Lindgren et al. (2020). Fordi jeg skrev alene deltok veilederne mine i analysearbeidet.

#### **4.6.1 Analyseprosessen**

Da analyse ikke er noe jeg har erfaring med var dette en utfordring å få gjennomført. Jeg skrev masteroppgaven alene og var avhengig av innspill og hjelp underveis i analysen fra mine veiledere. Jeg deltok også i to masterseminar med medstudenter og professorer som ga verdifulle innspill i analysearbeidet. Etter å ha transkribert alle intervju hver for seg, valgte jeg å dele hvert intervju inn i de ulike forskningsspørsmålene for å se at de faktisk hadde svart på dem. Fordi det gikk litt tid mellom transkribering og analyse, var det nødvendig for meg å gå gjennom intervjuene for å dobbeltsjekke hva informantene faktisk hadde sagt, for å få fram den riktige betydningen i meningsenhetene der dette var noe usikkert. Det ene intervjuet manglet for eksempel svar på et av forskningsspørsmålene, og jeg hørte gjennom dette intervjuet en gang til for å forsikre meg om at jeg hadde oppfattet dette riktig. Jeg valgte likevel å inkludere intervjuet da det besvarte resterende spørsmål i intervjuguiden og ville være med å besvare problemsstillingen på oppgaven. Meningsenhetene ble bevart i størst mulig grad, men hvor de ble komprimert noe ettersom flere av informantene repeterte mange ord og brukte mye småord og lydord som «eh» og «uhum» som ga lite mening til ingen mening i meningsenheten. I første omgang laget jeg tabeller til hvert forskningsspørsmål, kodet disse, og til slutt satte jeg så sammen alle forskningsspørsmålene i en stor tabell, hvor alt ble sortert ut fra kodingen. Se utdrag fra dette i tabell 1. Etter at kodingen var gjennomført, begynte jeg på selve analysen, hvor meningsenhetene ble delt inn i underkategorier og kategorier, samt hovedkategorier. Gjennom diskusjon med veiledere etter å ha sett gjennom hele det analyserte materialet kom vi fram til at mine hovedkategorier besvarer et tema. Den kvalitative innholdsanalysen finnes i sin helhet som vedlegg 7.

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode
Jeg synes at dagene er veldig forskjellige, og det er jo det som gjerne er spennende med å være anestesisykepleier.	Ingen dager er like og gjør det spennende å jobbe som anestesisykepleier	Arbeidsglede
Men jeg synes jo stort sett at den er veldig spennende, og du (...), er jo selv ansvarlig for (...) hvor god omsorg du gir til pasienten og hvordan du forholder deg til teamet ditt som gjør hvor kjekt og hyggelig du får det.	Arbeidsdagen er spennende og du har selv ansvar for å gjøre den til en god dag både for pasientene og de du jobber med, som igjen påvirker hvor god arbeidsdagen din blir	Arbeidsglede
på bakgrunn av de tilbakemeldingene (...) som alle kommer med... at vi kan få litt nye... litt sånn gode regler for hvordan vi ønsker å ha det i avdelingen.	Når folk kommer med forslag kan det påvirke hvordan vi ønsker å ha det i avdelingen	Påvirkningsmuligheter
Vi påvirker jo veldig hvordan vi ønsker, med hva vi for eksempel ønsker å ha på simulering. De ønsker.. de er jo avhengig av tilbakemeldinger på hva det er vi (...) står i... hva er det vi ønsker å simulere, for eksempel.	Vi er med på å påvirke hva det er vi ønsker å simulere	Påvirkningsmuligheter

Tabell 1, utdrag fra analyseprosessen

#### 4.7 Troverdighet

Det var ønskelig å gjennomføre en så troverdig studie som mulig. Troverdigheten kan påvirkes negativt ved at min egen fortolkning kommer i veien i analyseprosessen. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er det tre konsept innen kvalitativ forskning som øker troverdigheten til en studie; «credibility», «dependability» og «transferability». «Credibility» omhandler forskningens fokus, og hvor godt forskningsfokuset blir tatt hensyn til i datainnsamlingen og i analyseprosessen. Et godt eksempel på «credibility» er informantene, og hvilke(n) erfaring/kjønn/alder disse har, fordi det da blir bredere perspektiv i svaret på forskningsspørsmålet. I min studie anså jeg dette som en nødvendighet, og det ble tilstrebet å ha et variabelt utvalg informanter for å styrke troverdigheten.

Data kan endre seg over tid og justeringer kan skje underveis i analyseprosessen, det er dette «dependability» betyr (Graneheim & Lundman, 2004). Intervjuene ble gjort over et kortere tidsrom, for at det ikke skulle bli for store tidsintervall mellom dem og av den grunn for store svingninger i dataen som ble samlet inn. Intervjuene risikerte å bli for ulike i måten de ble gjennomført på dersom det gikk for lang tid mellom dem.

«Transferability» handler om overførbarhet til andre grupper eller omstendigheter (Graneheim & Lundman, 2004). Andre anesthesiavdelinger i Norge vil ha en nytte av å høre om opplevelsene anestesisykepleiere har ved det aktuelle sykehuset, fordi det kan være gjenkjennelig og samtidig være med på å sette ord på tema og tanker som flere har til felles. Det vil likevel være andre måter å organisere arbeidet ved andre sykehus enn det som inkluderes i studien, noe som ikke gjør forskningen direkte overførbar.

Forskningen kan være aktuell i land med noenlunde lik organisering av helsevesenet, og hvor anestesisykepleieren har samme rolle og funksjon som i Norge. Studien kan også åpne opp for og vise om det er behov for mer forskning innen tema.

Jeg valgte å ikke sende det transkriberte datamaterialet til informantene for kommentarer eller korrigerings. Hadde jeg gjort dette kunne informantene ha endret sine svar, som jeg ville ansett som en svakhet ved studien.

COREQ-sjekklisten (Consolidated criteria for reporting qualitative research) ble brukt avslutningsvis for å gå gjennom studien for å øke troverdigheten samt kvalitetssikre den. Se vedlegg 8.

#### **4.8 Metodekritikk**

For å kunne gjennomføre studien var det ønskelig å bruke kvalitativ metode. Det kan tenkes at det kunne vært mulig å ha gjennomført andre typer studier for å innhente lignende informasjon. Kvantitativ metode kunne ha blitt brukt med spørreskjema og mer statistisk opprøpning, men da måtte problemstillingen ha hatt en annen ordlyd hvor det var mer fokus på det som er målbart, enn opplevelser. Gjennom å bruke kvalitativ metode kunne det vært andre måter å få innhentet data på, for eksempel gjennom fokusgruppeintervju. Ved å bruke fokusgruppeintervju ville informantene kunne ha påvirket hverandres svar, og det er ikke sikkert det ville ha vært mer informativt eller gitt bedre svar enn de jeg allerede har innhentet. Det var utfordrende for anesthesiavdelingen ved det aktuelle sykehuset å kunne tilrettelegge for



fokusgruppeintervju på grunn av påvirkning på driften i avdelingen, noe som var forståelig.

#### **4.8.1 Utvalg og informanter**

Innsamlingen av informanter baserte seg på frivillighet. Det var i utgangspunktet ønskelig med informanter som hadde minst fire års erfaring og kun jobbet turnus, men det viste seg å være vanskelig å gjennomføre rent praktisk. For å i det hele tatt ha nok informanter måtte jeg godta at noen hadde mindre erfaring enn det jeg i utgangspunktet hadde ønsket, men samtidig ga disse meg også gode perspektiv i deres besvarelser, og det var derfor mulig å bruke deres synspunkt i oppgaven. Hadde jeg vært tidligere ute i prosessen med å samle inn informanter hadde jeg kanskje rukket flere intervju, og fått flere informanter med mer erfaring, men dette er uvisst.

#### **4.8.2 Innsamling av data**

Jeg kunne i utgangspunktet ha vært klar tidligere til å innsamle informanter, men på grunn av endring i SIKT sine retningslinjer tok det lenger tid å få godkjent studien, slik at innkalling til intervju og gjennomføringen av intervjuene ble forskjøvet i forhold til tidsplanen (Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, 2023). Hadde jeg vært klar over dette, kunne jeg ha planlagt noe bedre, og kommet i gang tidligere med intervjuene, slik at jeg hadde hatt tilgang til flere informanter og deretter kunne ha kommet tidligere i gang med analysearbeidet.

#### **4.8.3 Transkribering**

Det har vært utfordrende å transkribere alene. Dette fordi jeg kanskje har overhørt informasjon eller ikke oppfattet det informantene har sagt korrekt. Det var også utfordrende å forsøke å ta feltnotater underveis, dette så jeg tidlig at jeg ikke klarte å få til i kombinasjon med å intervju og passe på at informantene fikk gått gjennom alle forskningsspørsmålene i den semistrukturerte intervjuguiden. Det kan derfor være at jeg har gått glipp av nonverbale uttrykk og tegn om kunne hatt påvirkning på transkriberingen eller den informasjonen som kommer fram i intervjuene. Istedenfor å notere underveis var jeg derfor nødt til å skrive notat etter at hvert intervju var ferdig, med hvordan intervjuet føltes og hvordan det praktisk gikk for seg. Datamaterialet var i tillegg stort, og inneholdt mer enn min problemstilling trengte svar på. Den viste at enkelte forskningsspørsmål kunne ha vært annerledes formulert, men dette ville ha endret datamaterialet igjen, som igjen ville påvirket analysen.

#### **4.8.4 Analyse**

For å foreta en god analyse var jeg avhengig av hjelp fra mine veiledere, da det var noe jeg ikke har gjort før og har lite erfaring med. Samtidig var det mye informasjon som skulle analyseres, og for å i det hele tatt komme i mål, måtte jeg ha hjelp til å sortere mitt eget arbeid og gå gjennom det slik at det ga funn som igjen kunne diskuteres og gi en konklusjon. Analysen hadde kanskje blitt mer effektiv dersom jeg hadde hatt en partner å skrive oppgaven sammen med, fordi den andre part ser på analysen med andre øyne og kan komme med sine perspektiv som kan være med på å berike analysen. Mine medstudenter og professorer ved UiS har hjulpet underveis på to masterseminar med metodekritikk, nye perspektiv i analysen, og slik styrket gjennomføringen av studien.

## 5 Forskningsetiske vurderinger

Denne studien involverte ikke pasienter eller sensitive tema. Krav til studien var likevel at informantene skulle være informert på forhånd og deltok frivillig. For å kunne gjennomføre studien var det krav fra det aktuelle sykehuset samt universitetets retningslinjer om at det i første omgang skulle søkes SIKT før forskningsavdelingen ved det aktuelle sykehuset ble involvert (Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, 2023). SIKT består av en sammenslåing av tidligere Norsk senter for forskningsdata (NSD) og Uninett AS og Unit – Direktoratet for IKT og fellestjenester i høyere utdanning og forskning. Etter at SIKT hadde godkjent at personvernet til informantene ble tilstrekkelig ivaretatt, kunne det søkes forskningsavdelingen ved det aktuelle sykehuset for godkjenning til å starte innsamling av data. Det var kun nødvendig å søke forskningsavdelingen ved det aktuelle sykehuset og ikke REK (regional etisk komite) i tillegg, men etter tillatelse fra øverste leder ved anesthesiavdelingen. Forskningsprosjektet involverte ikke forsøk på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger. Studien ble gjennomført i Norge, og måtte følge Forskningsetikkloven (2017), §2. Jeg innhentet samtykke fra de aktuelle informantene ved bruk av et samtykkeskjema basert på mal som SIKT har utformet. Tillatelse fra avdelingsleder ved anesthesiavdelingen ligger som vedlegg 4, godkjenning fra SIKT ligger som vedlegg 5 og godkjenning fra forskningsavdelingen ved det aktuelle sykehuset ligger som vedlegg 6.

## 6 Funn

Gjennom intervjuene og påfølgende analyse av disse var det et tema med tre hovedkategorier som kom tydelig fram. Temaet « redusert tid til aktiviteter som gir arbeidsglede » med tilhørende hovedkategorier besvarer spørsmålet « hvordan anestesisykepleiere opplever at krav om økt effektivisering påvirker arbeidshverdagen deres og hvilke konsekvenser det har for kvaliteten på tjenestene som gis ».

Tabell 2 gir en oversikt over tema, hovedkategori og kategorier jeg fant gjennom kvalitativ innholdsanalyse.

Redusert tid til aktiviteter som gir arbeidsglede		
Tid til pasienten	Tid til læring	Tid til samarbeid
<ul style="list-style-type: none"><li>• God tid til pasienten</li><li>• Mindre tid til pasienten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tid til undervisning, simulering</li><li>• tid til refleksjon</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kollegiale treffpunkt, samhold</li><li>• Tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner</li><li>• muligheter for å påvirke arbeidsdagen</li><li>• tid til planlegging av arbeidsdagen</li></ul>

Tabell 2, oversikt over tema, hovedkategori, kategori

For å besvare temaet « redusert tid til aktiviteter som gir arbeidsglede » fant jeg tre hovedkategorier som er med på å besvare temaet og belyse det. Informantene oppga at de hadde arbeidsglede i arbeidshverdagen, men at det har blitt stadig mer travelt og med en økning i arbeidsoppgaver. Videre vil jeg presentere hovedkategorier og kategorier slik de er presentert i tabell 2.

### 6.1 Tid til pasienten

I arbeidshverdagen til anestesisykepleierne er det å ha tid til pasienten viktig fordi det ikke bare påvirker pasienten, men også har konsekvenser for arbeidshverdagen deres. Informantene ga uttrykk for at det å ha eller ta seg tid til pasienten er viktig for et trygt operasjonsforløp for pasienten, men at utviklingen har gjort at det stadig blir mindre og mindre tid til pasienten. Effektiviseringen påvirker arbeidshverdagen stort sett i en mer negativ retning hvor anestesisykepleierne kjenner på en dårlig følelse som påvirker arbeidsgleden og det å yte på jobb.

### **6.1.1 Å ha god tid til pasienten**

Det å ha god tid eller å ta seg tid til pasienten var noe alle informantene ga uttrykk for at var viktig. Spesielt det å skape eller ha en god pasientrelasjon var avgjørende fordi det ga en god følelse i arbeidshverdagen, en lettere oversikt over pasientens tilstand og bevisstgjøring av ansvaret anestesisykepleierne har ovenfor pasienten.

«Vi må ikke miste det der mellommenneskelige, du må ha litt tid til å skape en relasjon med pasienten. For de skal på en måte legge seg i dine hender, og (...) at du har ansvar for de når de sover. (...) Så at du (...) ikke mister den der tiden til å skape trygghet hos pasienten, kunne forberede de stilt og rolig, har de spørsmål...».

Ansvaret som anestesisykepleieren har ovenfor pasienten gjør at selv om tiden til å utføre arbeidsoppgaver egentlig ikke finnes så må den ofte bare tas, for å sørge for et mest mulig trygt og gjennomførbart operasjonsforløp;

«Og så tror jeg det er viktig at alle på en måte, må vite med seg selv at... du har ansvar for denne pasienten. Du har faktisk ansvar for å ha satt deg inn i alt. Og så bare ha ro på at den pasienten får bare ligge der på forrommet til jeg har gått gjennom disse tingene og sett, og har fått med meg det jeg må. Det er en veldig vond følelse, og det stresser både nye og gamle, hvis de ikke (...) føler at de har fått god kvalitet med ... før pasienten kommer. At du bare må ta de forberedelsene.»

Flere av informantene ga uttrykk for at de bare måtte tillate seg å bruke tid, fordi det kunne være med på å gi pasientene en annen og positiv opplevelse av anestesien, og det også kunne gå utover pasientsikkerheten å ikke innhente nødvendig informasjon. For pasientenes del er operasjonsmiljøet et ukjent sted, og pasientene er i en sårbar situasjon;

«bruker du bare to minutt, to-tre minutt ekstra (...), så kan du gjør at de får en helt annen opplevelse av anestesien».

### **6.1.2 Mindre tid til pasienten**

Alle informantene ga uttrykk for at det blir mindre og mindre tid til pasienten. Et økonomisk fokus i sykehuset de arbeider ved gjør at det gjelder å få mest mulig operasjoner gjennom og at pasienten i den sammenheng nærmest blir usynlig;

«vi blir bare mer og mer rullebånd. Vi ser ikke lenger at det er mennesker som, individer som ligger på operasjonsbordet. Det er bare objekter som vi skal få gjennom. (...) det er det jeg føler det blir bare mer og mer og mer...»

Flere av informantene er enige i at det skal jobbes effektivt, men at det ikke må gå utover pasientsikkerheten;

«Hvordan kan vi arbeide effektivt, men samtidig bevare en høy grad av pasientsikkerhet. Det er ikke gøy å jobbe der du kjenner at «åh, nå skulle jeg hatt... eller nå skulle jeg nådd dette her før jeg tok inn pasienten... jeg fikk ikke tid til å hente noe»... for plutselig var pasienten der, ikke sant. (...) Vi må ikke la oss rive med av effektivisering.»

Flere av informantene delte samme syn på at de fleste pasientene har blitt sykere, noe som igjen krever mer og at de som anestesisykepleiere skal ha full oversikt og kontroll over. For å ha tid til å innhente informasjon er det vanlig å lese på neste pasient samtidig som du følger med på den du har liggende på operasjonsbordet. I tillegg brukes det mye tid på å få gang på de ulike datasystemene og tekniske system, noe som også tok av tiden til pasientene. Å ha tid til å lese om pasientene opplevdes derfor som problematisk for flere;

«Og på morgenen og sånt så rekker jeg ikke å lese, nesten å få lest på pasientene. Før jeg skal ha ny pasient inn. Så sånn pasientsikkerhetsmessig så merker jo jeg allerede at jeg har mye mindre tid og at jeg har mindre kontroll egentlig på hva pasienten feiler, hva må jeg forberede meg på»

Effektiviseringen går også ut over byggingen av relasjonen til pasienten, og flere informanter ga uttrykk for at det medmenneskelige ofte forsvant på grunn av tidspress;

«Det blir bare sånn standardiserte fraser som jeg sier og ...klakk klakk... bare forter meg å få på alt. Og så... på med maske og sove de ned. Den der medmenneskeligheten... som jeg har lyst å ha til pasientene, det rekker vi ikke lenger (...) Det er sykt kipt.»

## **6.2 Tid til læring**

Å få tid til påfyll av kunnskap i en arbeidshverdag var verdsatt av alle informantene, og de uttrykte en begeistring over de mulighetene de har til faglig oppdatering og refleksjon i hverdagen. Likevel var det flere av informantene som ga uttrykk for et stort savn etter mer av både undervisning, simulering og refleksjon i hverdagen.

### **6.2.1 Tid til undervisning og simulering**

I arbeidsplanen til de fleste anestesisykepleierne er det avsatt tid til to fagdager i året, og vanligvis finnes det onsdagsundervisning og jevnlig simulering. På grunn av økt effektivitet og press fra sykehusledelsen om å øke aktiviteten, samt mangel på personal skjer det rett som det er at en del av den planlagte undervisningen og simuleringen går ut eller avlyses. For å sikre at fagdage kan gjennomføres tas disse utenom vanlig drift slik at personalet ikke må trekkes inn i driften i avdelingen;

«(...) har fått systematisert fagdage, at det har blitt bedre, at det er lagt inn i årsplanen utenom driften, og det her betyr jo at selv om det er sykdom så er sjansen for å bli trukket inn mindre»

Det er ifølge informantene også mulighet for å påvirke innholdet i undervisningen, noen ganger gjennom tidligere hendelser eller gjennom å bruke synergimeldinger, som er avvikssystemet til sykehuset;

«... og så at vi får jobbet gjennom synergiene (...) og kanskje bruke synergiene (...) Jeg er veldig fan av... hvis det har kommet opp en del synergier, så kan vi ta det... trekke det inn i undervisningen. Enten bruke det som rasjonale for hvorfor du skal ha denne undervisningen, eller at du bruker momenter i den synergien til å for eksempel simulere på ting og tang som... kanskje må være ...forbedres litte granne.»

Selv om det er avsatt tid til undervisning utenom driften, er det tydelig at det i hverdagen også er et ønske om og behov for muligheter til opplæring og veiledning. Dette har det blitt mindre tid til;

«...og så er det kanskje ikke så mye tid til god veiledning for de nye, som er nyansatte, eller studentene, fordi at man skal være så kjapp, at det blir sånn «du får bare følge med, og se hvordan jeg gjør det», for vi har ikke tid til (...) stille spørsmål til studenten, «hvordan, hva tenker du nå at du må planlegge, hva tenker du?». De må på en måte bare henge på som en hale, for det kan ikke sinke oss sånn at vi har veiledning. Og det er jo synd.»

Flere av informantene ga uttrykk for at det har blitt mindre tid til undervisning i hverdagen, og at de savner det. På grunn av økt effektivisering og mindre tilgjengelige ressurser går det ut over tid til undervisning;

«Det er en av de tingene som viser igjen. At det blir mindre tid til undervisning. Simulering. Og ivaretagelse av de som er nye.»

Det å stoppe drift for å ha undervisning er per dags dato ikke mulig fordi operasjoner er en inntektskilde for sykehuset;

«vi har jo egentlig onsdagsundervisning, men når du (...) har veldig høyt trykk og (...) det har jo og med at det kanskje har vært sykdom og færre folk på jobb (...) ... du stopper ikke noen stuer for å ha undervisning, sant, så det kan jo påvirke at man ikke får for eksempel onsdagsundervisning»

Den stadige mangelen på tid til undervisning, veiledning og simulering påvirker mulighetene for faglig oppdatering, og informantene ga uttrykk for at hadde de hatt mer tid til rådighet for eksempel til veiledning av nye ville det skape mer rom for læring.

### **6.2.2 Tid til refleksjon**

Informantene oppga alle at det var mangel på muligheter og tid til refleksjon, men at det gjaldt å bruke de anledningene de har i en travel hverdag;

«Så jeg vil nok tro at den jevne anestesisykepleier vil nok tenke at «vet du hva, det er mest drift. Drift drift drift.» Og så er de glad for de hulrommene som de får.»

Perioder med rolige vakter forekommer ikke så ofte lengre, men når de finnes, brukes de aktivt;

«Mens hvis du har litt roligere vakter... så kan det være en sånn friperiode (...) for litt tanker, og kanskje det der (...) med den der pauserompraten, at du får snakket litt gjennom situasjoner som har foregått på vakt og sånne ting.»

Det å ikke få tid til å reflektere fordi det er travelt har negativ påvirkning;

«Når jeg ikke får muligheten for refleksjon så kjenner jeg at (...) det påvirker meg ... ganske så... det skal ikke gå så mange uker...med det tempoet...før jeg blir trøtt og sliten. Og da er ikke muligheten for refleksjon så mye til stede»

Informantene med mer arbeidserfaring enn fem år mintes at det for fem til ti år siden var mer tid til refleksjon og uformelle møter, og at det har endret seg slik at det nå er vanskeligere å få til refleksjon med kollegaer. Felles for alle informantene er at de savner tid til refleksjon i hverdagen, både organisert og uorganisert;

«Vi vet jo det at på fredagene hvis vi har liten tid til å snakke om en situasjon, det er jo kjempelærerikt, hvis noen har gjort en feil, at folk er så åpne og tar det opp og vi kan reflektere rundt det. Det tenker jeg vi nesten skulle hatt tid til hver dag, sant.»

Effektiviseringen har gjort at tid til refleksjon er nedprioritert, og det oppleves ikke positivt for de fleste av informantene;

«opplever at (...) kravet om effektivisering har nok trumfet... har nok vunnet over (...) for eksempel det med at noen kan fortelle om en episode de har vært borti i går, ikke sant, (...) en uheldig hendelse som kunne vært unngått»

### **6.3 Tid til samarbeid**

Tid til samarbeid omhandler informantenes syn på det som skaper godt eller dårlig samarbeid i arbeidshverdagen og hvordan det påvirker effektiviteten og driften på operasjonsstuen og i avdelingen.



### 6.3.1 Kollegiale treffpunkt og samhold

Det å ha kollegiale treffpunkt skaper samhold og trivsel i avdelingen, noe flere informanter er enige om. En anestesisykepleier arbeider ofte selvstendig, og det å treffe kollegaer med jevne mellomrom og å ha tid til dette gir en følelse av tilhørighet til et fagmiljø;

«At vi får en sånn tilhørighet på en måte... til en avdeling. Og har det litt sånn sosialt, det er viktig for oss som jobber at vi har godt miljø og...vi får snakke sammen, at vi ikke bare må se på klokka.»

Når fokuset kun er på drift, kan det gi en følelse av at hver enkelt kun jobber for å drive sykehuset, og ikke har noen fellesskapsfølelse. Flere av informantene synes det var ensomt å jobbe så mye alene, dersom fellesskapet blant kollegaer uteblir;

«Jeg synes nok det er viktig at de ansatte blir sett, og... Nå sa jeg jo det at jeg synes det er viktig at vi får en god start på dagen og føler at vi er i en avdeling, at vi ikke bare jobber alene og skal drifte hele veien dette sykehuset.»

Dersom medarbeidere blir ivaretatt gir dette yrkesstolthet, men kan samtidig være en rimelig investering for sykehuset over tid;

«Ivaretagelse av medarbeiderne. Lytte til medarbeiderne. Pleie medarbeiderne. Og ivareta de. Vi er ganske billige og villige. Vi er ikke dyre. (...) Og det er en rimelig investering. Men det må være fokus på det. Og det må være respekt for det arbeidet som gjøres, og medarbeiderne må bli sett.»

Likevel var flere av informantene klare på at når goder fjernes, så gjør det noe med arbeidsmoralen og holdningen til dem som er på jobb;

(...) jeg synes jo det er veldig synd når sånne goder tas fra. (...) Oss på en måte. Jeg synes det er veldig dumt at goden med å ha en liten sånn slags rapport, kaffekopp når du kommer, det synes jeg er dumt. Jeg synes det er dumt når det tas bort sånne goder som for eksempel en julelunsj. Fordi det gjør noe med moralen.

Konsekvensene av å ikke ivareta medarbeidere er at det kan føre til dårlig arbeidsmoral, og at de ansatte ikke lenger trives på jobb og effektiviteten som er ønsket forsvinner;

«Og da blir det kanskje litt sånn trenering, «at skal i hvert fall ikke løpe fortere», så går det ikke fortere, sant (...) og det er jo viktig at du skal på en måte kunne stå for det du gjør og kvalitet. Så må du bare si, vet du hva, her skjedde det og det, det er.. det var derfor den skiftetiden ble så lang. Det må vi ofte si.»

### 6.3.2 Tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner

Både et godt og dårlig tverrfaglig samarbeid mellom de ulike profesjonene påvirker arbeidsdagen i stor grad. Et operasjonsteam består av anestesilege, anestesisykepleier, operasjonssykepleiere og kirurger. Flere av informantene påpeker at et godt samarbeid med de ulike teammedlemmene på operasjonssalen har noe å si for hvordan arbeidsdagen blir, samt at det kan være med på å gjøre dagen mer effektiv;

«Jeg tror på det, hvis man på en måte snakker sammen, og så ja, «hvordan er leiringen her, når passer det at jeg kommer inn med pasienten, er det greit at jeg tar og legger venfloner inne på stua» for da kan de begynne med sitt, litt sånn parallelt, så kan du få veldig sånn god flyt, og føle at her er det ikke noen sånne, ventetider, der jeg er ferdig med mitt på forrommet og så har de bare stått og ventet, for eksempel eller motsatt. At jeg pusher inn, at jeg er ferdig med mitt, og så pusher jeg inn og så er ikke de klar, og så står vi og venter. Hvis man får til en sånn god kommunikasjon så blir det mer effektivt»

Flere av informantene påpeker at det samtidig er viktig å ha et godt forhold til dem som du arbeider med, slik at det er åpenhet og muligheter for å diskutere faglig;

«... veldig opptatt av et godt teamarbeid, som sagt, og at man skal føle seg trygg på jobb og tørre å spør andre. Spesielt når man er ny, si at «nå ble det litt mye. Nå føler jeg at jeg ikke har helt kontrollen». At det skal være åpenhet for det. (...) på et tidspunkt så kan vi ikke jobbe fortere.»

Ikke alt er likevel røde roser i teamarbeid, og det finnes flere utfordringer, og alle informantene kom innpå noe av dette, blant annet hyppig utskiftning og opplæring av personell, som igjen kan gå utover stabiliteten i teamet;

«de også har jo hatt en større utskiftning av personell. Både de mest erfarne, men også at det har vært en (...) det er en kontinuerlig utskiftning av personell ... med en gang at anestesilegen (...) har fått litt erfaring... de har kanskje blitt OP2, har fått ansiennitet inn mot (...) operasjonsstuene og sånt... så blir de jo gjerne flyttet opp på intensiv. Og så starter vi litt forfra med nye, sånn at det er en (...) voldsom flow av nye anestesileger som hele veien trenger (...) hjelp... Og det er jo naturlig, det, og det går ikke på den enkelte person, det går litt på systemet. Man skulle av og til ønske at det var litt mer stabilt.»

Ifølge flere informanter fungerer ikke alltid samarbeidet inne på operasjonsstua optimalt mellom for eksempel operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere, fordi arbeidsområdene og prioriteringene er så forskjellige, noe som også påvirker effektiviteten;

Kanskje de har mye utstyr hvis ikke man snakker bra sammen da, så kan det bli skurring, og så blir det ikke så effektivt fordi at ...istedenfor å jobbe sammen så på en måte sperrer man litt for

hverandre, og hvis det blir litt dårlig stemning da så ...så synes jeg at... dårlig teamarbeid og dårlig kommunikasjon i teamet, det.. det kan påvirke effektiviteten.

### **6.3.3 Muligheter for å påvirke arbeidsdagen**

Det å kunne påvirke arbeidsdagen sin går igjen blant de fleste informantene, hvor de er samstemte om at det er mulig å gjøre nettopp dette på sin arbeidsplass. Akkurat hvordan det gjøres, er viktig;

«Noen ganger så er det jo sånn at du ...du hører mye på pauserommet og folk som syter og klager, og hvis den sytingen og klagingen blir gjentatt og gjentatt og gjentatt samme ganger, så får ikke du...da blir det bare bakgrunnsstøy... men hvis du vekter ordene dine litt klokt noen ganger så er jo...kanskje mulighetene for at du får gjennomslag når du åpner kjeften din, litt større.»

Dessverre gikk det igjen blant flere av informantene at det å ha riktig kunnskap om hvordan du påvirker best mulig ikke alltid er tilstede;

«Men det er veldig mange som (...) ønsker å si fra, men så har de hverken tid eller ressurser eller kunnskap om å si fra. Hvilke knapper en skal trykke på.»

Det å kunne påvirke gir resultat når det gjøres riktig. Flere av informantene oppga positiv erfaring med at det de ga tilbakemelding om, ble tatt opp av ledelsen, vurdert og resulterte i endringer;

«Vi protesterte veldig mye på at vi synes at beredskapen var for lav på natt. Når jeg begynte, var vi tre sykepleiere på natt. Det var ofte samtidighetskonflikter. Og da skrev vi mye avvik på det. Når vi sto i akuttmottak med to anestesicallinger, både keisersnittcalling og traumecalling... og ingen andre var ledige, og hvis det hadde gått en alarm da.. så hadde ... ikke vært mulig. Det hadde ikke vært nok folk. Og det fikk vi gehør for tilslutt. Og det ble en til nattevakt»

### **6.3.4 Tid til planlegging**

God planlegging gir god flyt i arbeidet slik at arbeidsdagen blir mest mulig effektiv. Flere av informantene ga uttrykk for at det å planlegge smart var bra både for pasienten og sykehuset;

«...er jo stort press på helsevesenet i forhold til ventelister og kan man jobbe smartere, ikke sant. Det er jo blant annet det vår avdelingssjef er opptatt av, det med at man i alle ledd (...) At alle som er involvert...på den enkelte operasjonsdagen, på den enkelte stuen, hvis alle jobber litt mer ...smartere...så får du den siste pasienten igjennom. Det er jo bra for pasienten, for sykehuset».

Flere informanter snakket om leddene i planlegging, og at gevinsten i god planlegging på forhånd gjør at flere pasienter kan komme gjennom systemet uten for mye ventetid og at det hele glir smidig når alt er godt forberedt. Det gjaldt fra sengepostens rutiner til postoperativ avdeling. Er det manglende klarering fra en lege preoperativt, for eksempel fra anestesilege, eller postoperativ avdeling er full, så stopper hele systemet, og noen må vente. Dette er dyrt for sykehuset, og handler stort sett om mangelfull planlegging;

«og det dyreste vi har, sitat [leder] (...) der vi er nødt til å stoppe stuer. Folk står uvirksomme fordi folk ikke har planlagt godt nok».

Flere informanter nevnte også at det er lite tid til å legge en plan med anestesilegen, med fordelingen av arbeidsoppgaver mellom anestesilege og anestesisykepleier. Flere informanter opplever at det ikke finnes tid til å diskutere denne. For eksempel får anestesisykepleieren ofte ikke anledning til luftveishåndtering;

«at vi får jo de der...typiske rollene. At... jeg tar inn pasienten, jeg kobler opp, legen kommer bare inn og tar på seg hansken og tar luftveiene. Det kan jo påvirke på den måten, ja. Vi får ikke tid til å diskutere hvem skal gjør hva, kan jeg få lov til å ta luftveiene... det tror jeg kan påvirke den tidsaspektet. Så kan, tror jeg, legene tror at, «vi har ikke tid til at sykepleieren kan prøve å intubere (...) Jeg må bare gjøre det selv»

## 7 Diskusjon

I dette kapitlet diskuterer jeg funnene mine, hovedkategori for hovedkategori, opp mot tidligere forskning og teoretisk rammeverk, samt egne opplevelser og erfaringer fra praksis, som skal være med på å besvare problemstillingen.

Problemstillingen er: hvordan opplever anestesisykepleiere at krav om økt effektivisering påvirker arbeidshverdagen deres og hvilke konsekvenser har det for kvaliteten på tjenestene som gis til pasientene?

### 7.1 Mindre tid til pasienten

Informantene i denne studien opplevde tid som mangelvare og opplevde at dette gikk ut over kvaliteten på sykepleien. De fikk for liten tid til å lese seg opp på forhånd og opplevde det svært ubehagelig å innlede en pasient som de ikke kjente forhistorien til. Dette funnet var ikke en stor overraskelse for min del, da jeg selv har sett dette i praksis. Den stadige kampen mot klokka hvor tiden til å bygge en relasjon med pasienten og å innhente nødvendig informasjon om pasienten stadig vekk blir nedprioritert fordi vi skal rekke å operere flest mulig, var lett gjenkjennelig gjennom det informantene fortalte. I Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere (Anestesisykepleierne Norsk Sykepleierforbund, 2016) står det spesifikt beskrevet hvilket ansvar anestesisykepleieren har ovenfor pasienten. Deriblant står det at anestesisykepleieren «overvåker og responderer på situasjoner hvor pasientsikkerhet, privatliv eller verdighet kan være truet», og at «etisk forsvarlig praksis før, under og etter gjennomføring av anestesi» blir ivaretatt på vegne av pasienten (Anestesisykepleierne Norsk Sykepleierforbund, 2016, s. 6). Å ha et grunnlagsdokument gjør at kvaliteten på den pleien og omsorgen som gis er av en viss standard, hvor pasientene som behandles kan føle seg trygge på at de får lik behandling som andre også får. Det å ha tid til å ivareta pasientene slik som blant annet Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere (Anestesisykepleierne Norsk Sykepleierforbund, 2016) gir en veiledning om, har en positiv påvirkning på det som gir arbeidsglede.

Flere av informantene ga uttrykk for at det var viktig å arbeide effektivt, men samtidig ivareta pasientsikkerheten. De ga likevel ingen forslag til hvordan dette kunne gjøres rent praktisk, da måten å arbeide på har høy grad av effektivitet allerede.

Effektiviseringstiltak iverksatt for å redusere tid mellom pasienter på operasjonsstuen

ved omorganisering av personell slik artikkelen til Riveros Perez et al. (2022) viser til, krever både fysisk plass og ekstra personell og lar seg derfor ikke alltid gjøre. Å redusere tiden mellom pasientene, slik som i Riveros Perez et al. (2022) vil sannsynligvis bare flytte stresset til et nytt ledd.

Informantene oppga at de har lite kontroll over pasientenes sykdommer og risikofaktorer, fordi de rett og slett ikke har tid til å lese seg opp om pasientene slik de burde. Det å ha tid til å lese seg opp på pasientene, og å ha oversikt over dem, er viktig for pasientsikkerheten og kvaliteten på anestesisykepleien. Chen et al. (2016) sin artikkel er også med på å belyse at ettersom pasientene er sykere vil det være nødvendig å bruke mer tid på hver enkelt, noe som igjen reduserer effektiviteten. Når alt skal være så effektivt flytter fokuset seg fra pasient til et mer økonomisk perspektiv. Da øker risikoen for at viktige tiltak nedprioriteres eller at arbeidsplassen i verste fall aksepterer avvik fra normalen fordi arbeidspresset blir for stort (Geisz Everson, 2020). I artikkelen til Geisz Everson (2020) oppsto det uønskede konsekvenser, blant annet at pasienter døde. Artikkelen og situasjonen i USA er kanskje ikke direkte sammenlignbar med situasjonen slik den oppleves av informantene her i Norge. Informantene oppga at det ofte finnes situasjoner der ikke alle nødvendige forberedelser har blitt gjort på forhånd, noe som kan gi uheldige konsekvenser for pasienten, spesielt når det oppstår akuttssituasjoner.

Selv om anestesisykepleieren har et selvstendig ansvar for å innhente informasjon, skal også andre rundt anestesisykepleieren være med på å tilføre informasjon slik at det blir et mest mulig sikkert forløp for pasienten. Teamet på operasjonsstuen med blant annet operasjonssykepleier og kirurg, ansvarlig anestesilege og gjerne anestesisykepleieren som har tatt imot pasienten på venterommet før de kjøres inn til operasjon, kan bidra til at informasjonsflyten blir bedre og at oversikten blir tydeligere. Informantene i studien nevnte lite om verdien av teammedlemmers bidrag til å ivareta pasientsikkerheten, noe som er en svakhet ved studien. Hva som er årsaken til dette kan ha en sammenheng med hvordan spørsmålene ble presentert i intervjuene og/eller at informantene i stor grad fokuserte på eget ansvarsområde ved besvarelsen av dem. For å ivareta pasientsikkerheten på operasjonsstuen bidrar anestesisykepleier og/eller anestesilege, operasjonssykepleier og kirurg gjennom bruken av sjekklisten Trygg Kirurgi. Verktøy som *Snakk om forbedring!* og Trygg Kirurgi er med på å sikre at kvaliteten på tjenestene til pasienten er i henhold til krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp

(Haugen & Leonardsen, 2021, s. 82-84). Trygg Kirurgi er en sjekklister som brukes ved operasjoner for å redusere komplikasjoner og dødelighet under kirurgi. Sjekklister forbedrer kommunikasjon og teamarbeid inne på operasjonsstuen og er med på å standardisere arbeidsprosesser for å kvalitetssikre pasientsikkerheten. Forskning har også vist at ved å bruke en sjekklister som Trygg Kirurgi har forekomsten av uønskede hendelser og gitt bedre omsorg til pasientene blitt redusert (Haugen & Leonardsen, 2021, s. 82).

Informantene oppga at det å ikke strekke til eller å kunne gi den ønskede kvaliteten som alle pasienter har krav på skaper en vond følelse, og går direkte utover arbeidsgleden. For å forbedre kvaliteten på tjenestene som gis til pasienten, såkalt kvalitetsutvikling, er nok tid nødvendig, noe Orvik (2015, s. 91-94) også nevner som en nøkkelverdi. Kvalitetsutvikling vil gjelde både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter. De tekniske ferdighetene krever også opplæring og tid, og informantene oppga at de brukte tid på å starte opp ulike maskiner og dataprogram, som gikk ut over den tiden de hadde til pasientene. Forslag til forbedring av kvaliteten på IKT-systemene var kun at det ville vært gunstig å bruke mindre tid på dem dersom de fungerte bedre, fordi det ville gi mer tid til å ivareta pasienten. Intervjuspørsmålene fokuserte nok mer på de ikke-tekniske ferdighetene og hvordan de påvirker kvaliteten på tjenestene til pasienten. Ikke-tekniske ferdigheter består av kognitive, sosiale og interpersonelle evner (Bruun, 2021, s. 26). NANTS-no er et ikke-teknisk ferdighetsverktøy for anestesisykepleiere, og ved å bruke dette vil pasientene oppleve god kvalitet på pleien (Bruun, 2021, s. 26-28). Flynn et al. (2017) sin studie viste at det var en vesentlig forskjell på pleien ved å bruke dette verktøyet sammenlignet med det å ikke gjøre det, og de ikke-tekniske ferdighetene kan være med på å forebygge uønskede hendelser. En del av NANTS-no verktøyet er at anestesisykepleieren i kategori 3 skal kunne planlegge ut fra tilgjengelige ressurser. Rent praktisk vil dette da bety at anestesisykepleieren, selv om tiden er knapp, må kunne klare å løse arbeidsoppgavene sine uavhengig av den tiden som er tilgjengelig. Spørsmålet er da om hvor lite tid er for lite tid, hvor mye tid er nok tid? Informantene ga ikke et direkte svar på dette, og jeg har heller ikke et svar på hva som er nok tid til pasienten, for kanskje er det slik at dette ikke kan måles i minutter, men er avhengig av situasjonsbildet og tilgjengelige ressurser. Teori og informanter har stort sett vært enige om at tid er verdifullt og nødvendig for å gi god kvalitet, eller ønsket kvalitet på pleien. Å ha nok tid til pasienten gir arbeidsglede, men jeg kan ikke påpeke hvor tiden skal

finnes eller tas fra, for den er avhengig av forskjellige faktorer. Informantene påpekte, og jeg deler for så vidt deres syn, at ofte må tiden til pasientene bare tas, selv om den ikke finnes.

## **7.2 Tid til læring**

Jeg fant at anestesisykepleierne satte muligheter for læring veldig høyt. De ønsket tid til undervisning, simulering og refleksjon. De ønsket avsatt tid til læring i arbeidsplanen for å hindre at de ble trukket inn i avdelingens drift ved sykdom. De ønsket også å ha muligheter for å påvirke tema for undervisning ved å komme med ønsker, men synergimeldingene i avdelingen ble også gjerne brukt, ikke som kritikk, men som en mulighet for å lære av de feil eller uønskede hendelser som oppstår. For å undersøke hvilke tema det trengs undervisning i kan det være nyttig å bruke verktøy som kartlegger kompetansen til anestesisykepleiere. Et eksempel på verktøy som måler kompetanse er AnestComp, som nevnes i artikkelen til Jeon et al. (2020). I praksis har jeg ikke opplevd at et slikt verktøy anvendes, da det er kompetanseportalen som brukes ved sykehuset. Kompetanseportalen er en sjekklister over den enkeltes kurs, seminar og opplæring i prosedyrer og skal oppdateres jevnlig, men tester ikke kompetansen til den enkelte. Ved å bruke et kartleggingsverktøy vil kunnskapshull avdekkes. Dette er nyttig for ledelsen når undervisning planlegges. Tilrettelegging for faglig oppdatering er viktig og nyttig. Det hever kvaliteten på tjenestene og skaper engasjement og faglig fellesskap ifølge informantene i denne studien.

Tid til å utvikle seg som anestesisykepleiere gjennom refleksjon og undervisning i arbeidshverdagen gir god arbeidshelse og arbeidsglede (Fivelsdal et al., 2004, s. 205; Orvik, 2015, s. 142). Ifølge informantene var det lite tid til undervisning og veiledning i arbeidshverdagen fordi økonomi og drift prioriteres først, da en operasjonspasient er en inntektskilde for sykehuset (Lian, 2007, s. 93-97). Undervisning i arbeidstiden blir dessverre ofte en salderingspost når det er travelt i avdelingen. Personalet kommer og går fordi det ikke alltid lar seg gjøre å delta på alt. Ansatte kalles ut på oppdrag og må forlate undervisningen. Dette forstyrrer de som faktisk har møtt opp. Informantene ga uttrykk for at de satte stor pris på den lille undervisningen de har, den gir en sjanse for faglig oppdatering og samtidig tid til å treffe kollegaer.

Informantene ga også uttrykk for at de satte pris på tid til refleksjon med kollegaer, og at de ønsket mer av dette, både tid til formell, men også uformell refleksjon.



Øyeblikkene for å kunne samles med kollegaer har blitt færre de siste årene. Å ha tid til å reflektere sammen med kollegaer ga en følelse av å tilhøre et fagmiljø. I tillegg ville det å kunne reflektere over uønskede hendelser være med på å redusere forekomsten av dem eller være med på forbedringsarbeidet i avdelingen, noe faglitteraturen også støtter (Haugen & Leonardsen, 2021, s. 67). I en organisasjon som arbeider med og for mennesker vil det være mer komplekst i både drift og organisering av arbeidet enn i arbeid med årsak-virkning-relasjoner (Haugen & Leonardsen, 2021, s. 66). Det kan oppstå komplikasjoner selv med en frisk pasient, og i en travel hverdag kan det forekomme uønskede hendelser. Informantene ga uttrykk for at det var full åpenhet blant kollegaer for å snakke om feil som gjøres, men at mangel på tid til å gjøre dette var en hindring. Mangel på tid til refleksjon i arbeidshverdagen kan gå ut over arbeidsinnsatsen, og føre til at personalet blir slitne. Sosial støtte er viktig for å unngå stress, og mer tid til refleksjon i hverdagen vil fremme helse og mestring (Hustad, 2021, s. 40).

### **7.3 Tid til samarbeid**

Anestesisykepleierne i studien skattet tid til kollegiale treffpunkt og samhold, tverrfaglig samarbeid mellom ulike profesjoner, muligheter for å påvirke arbeidsdagen og tid til planlegging av egen arbeidsdag.

Jeg fant at kollegiale treffpunkt skaper samhold og trivsel i avdelingen. Informantene oppgave at det ga en tilhørighet til miljøet når de fikk ha møtepunkt som kaffepauser og morgenmøter. Informanter som hadde noen års erfaring refererte til hvordan det var før. På denne måten kommer nyansene mellom før og nå tydeligere frem, og hovedkonklusjonen var at det har blitt færre møter med kolleger, og at det er et tydelig savn etter mer, fordi det fører til økt trivsel i avdelingen og er med på å skape et godt arbeidsmiljø. Å fjerne goder påvirker arbeidsmoralen negativt. Dette vil igjen påvirke arbeidshelsen negativt.

Beskrevet i teoretisk rammeverk er de psykologiske jobbkravene, hvor viktigheten av anerkjennelse fra omgivelsene er et av dem (Fivelsdal et al., 2004, s. 205). Å treffe sine kollegaer vil være en måte å få anerkjennelse fra omgivelsene, men også viktige tilbakemeldinger som er med på å skape arbeidsglede. Anestesisykepleieren har et selvstendig arbeide, og deler ikke sine spesifikke arbeidsoppgaver med for eksempel operasjonssykepleier, selv om det samarbeides om en del (Norsk Anestesiologisk

Forening, 2016). I forskningsartiklene jeg har funnet, er det stort sett fokusert på metoder eller prosedyrer for å bli mer effektive på operasjonsstuer (Chen et al., 2016; Hartline et al., 2019; Riveros Perez et al., 2022). De fokuserer i liten grad på det som skjer utenom operasjonsstuene av aktiviteter, kun på faglige prosedyrer og arbeidsoppgaver. Det er en svakhet som gjør at det er vanskelig å vurdere mine funn opp mot tidligere forskning ved å bruke de artiklene jeg har funnet. Funnene mine påpekte at dersom det er tid til å treffe kollegaer, vil det ikke være til hindring for effektiviteten, men faktisk tvert om, den vil skape arbeids glede og sannsynligvis øke den. Orvik (2004, s. 210) påpeker også dette; trivsel på jobb kan bidra til økt organisasjonseffektivitet.

Jeg fant at samarbeid med andre profesjoner stort sett fungerer godt, men at det ikke alltid er tid nok til å skape et godt team. Et velfungerende teamarbeid består av god kommunikasjon, kjente teammedlemmer og god stemning på stua ifølge artikkelen til Etherington et al. (2021). Både informanter og forskningen til Etherington et al. (2021) var enige om at et godt teamarbeid fører til god flyt i arbeidet, og for å få til dette er det viktig å ha tid til å skape gode team. Tverrfaglig samarbeid som fungerer bra har felles mål, og gir god pasientsikkerhet (Husebø & Ballangrud, 2021, s. 41). Jeg har erfart å arbeide med godt samkjørte team, hvor det har vært avsatt tid til å legge en plan for hvordan vi best mulig kan ivareta pasienten. Dette opplevde som både effektivt og godt og gikk ikke på akkord med kvaliteten. Da fikk vi brukt og utnyttet vår tverrfaglige kompetanse til pasientens beste, slik Bruun (2021, s. 27) også påpeker viktigheten av. Dersom helsevesenet er opptatt av at det skal være mest mulig effektivt, vil det være lurt å se på hva som skaper gode team. Informantene og Etherington et al. (2021) er samstemte om at dårlig teamarbeid med manglende kommunikasjon og ulik innstilling til arbeidet forringer både effektiviteten og pasientsikkerheten, og at det å arbeide med å forbedre teamarbeidet har positivt utslag på effektivitet.

Informantene ga uttrykk for at det var lett å kunne påvirke arbeidsplassen sin for å få endret på systemer eller annet som ikke fungerte i det daglige. For å kunne påvirke måtte dette gjøres på riktig måte ved å bruke de riktige virkemidlene. Den største utfordringen var imidlertid at de måtte ha tid og ressurser til å si fra. Systemet som ble brukt mest og har størst påvirkning er Synergi. Dette brukes for å enten komme med forslag om forbedring, eller for å melde fra om feil eller uønskede hendelser som har oppstått. I praksis har jeg sett at det finnes lite tid til å skrive synergi, og at det lett går i

glemmeboken eller nedprioriteres, fordi det er behov for mer tid til å skrive disse og det skal helst ikke gå ut over andre arbeidsoppgaver. Ved å ha muligheter til å påvirke sin egen arbeidshverdag kan det være med på å forbedre den, og gi arbeidstakeren en følelse av tilhørighet. Informantene ga uttrykk for at når de så resultater etter å ha gitt tilbakemeldinger, var dette positivt for dem og bidro til økt arbeidsglede. For å få god arbeidshelse og arbeidsglede er det nødvendig å kunne se mening og sammenheng i arbeidet, og å kunne se for seg en god fremtid (Fivelsdal et al., 2004, s. 205). Verktøyet *Snakk om forbedring!* viser også hvordan brukermedvirkning, i denne sammenheng anestesisykepleieren, kan være med på å forbedre både kvalitet på pleien, og være et hjelpemiddel i hvordan arbeidet utføres slik at det er i henhold til kravet om faglig forsvarlighet (Haugen & Leonardsen, 2021, s. 83-84; Helsedirektoratet, 2019).

For å kunne utføre et forsvarlig arbeid krever dette god planlegging. I mine funn var god planlegging av arbeidsdagen en forutsetning for effektivt arbeid og ga en gevinst for både pasient og sykehus. I henhold til Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere (Anestesisykepleierne Norsk Sykepleierforbund, 2016) skal anestesisykepleieren være en leder i oppgavehåndtering, kunne vurdere tilgjengelige ressurser og organisere arbeidet slik at helse, miljø og sikkerhet ivaretas. I praksis har jeg opplevd at arbeidet i stor grad er styrt av hvordan avdelingen er organisert og hvor arbeidet er planlagt av andre enn anestesisykepleieren på operasjonsstuen. Inne på operasjonsstuen er det anestesisykepleieren som selv organiserer og planlegger eget arbeid, men vil også her være noe påvirket av organisasjonens system. I forskningsartiklene til Riveros Perez et al. (2022), Chen et al. (2016) og Hartline et al. (2019) har de fokusert på å anvende ulike system som skal være med på å øke effektiviteten i hverdagen. For å kunne bruke slike system må det finnes tid til å planlegge at disse skal brukes, og må nok foreslås og iverksettes fra et høyere organisatorisk nivå enn av den «vanlige» anestesisykepleieren på gulvet. Funnene mine ga tydelig beskjed om at selv om anestesi er effektiv, er det likevel ikke effektivt dersom et ledd utenfor anesthesiavdelingen svikter, som for eksempel plassmangel på postoperativ avdeling. Anestesisykepleieren jobber ikke alene og er avhengig av at alle ledd er med på å bidra til at arbeidsdagen har god flyt, fra sengepost til postoperativ. At alle ledd i et pasientforløp fra sengepost til postoperativ er godt planlagt og gjennomførbart, kan gjøre at den siste pasienten blir operert, istedenfor at pasienter opplever den belastningen det er å bli utsatt. Selv om anestesisykepleieren er preget av å jobbe i et system og en organisasjon, vil muligheten for å kunne ta

beslutninger i forhold til sitt eget arbeid påvirke arbeidshelse og gi arbeidsglede (Fivelsdal et al., 2004, s. 205).

## 8 Konklusjon

Arbeidshverdagen til anestesisykepleiere har endret seg, med nye og endrede arbeidsoppgaver, hvor det er mer fokus på drift og mindre tilgjengelige ressurser. Effektiviseringen påvirker arbeidshverdagen til anestesisykepleiere gjennom at det finnes redusert tid til aktiviteter som gir arbeidsglede. I stor grad handler det om de tre hovedkategoriene: tid til pasienten, tid til læring og tid til samarbeid.

Det å ha tid til å lese seg opp om pasientene på forhånd gir en god oversikt for ansvarlig anestesisykepleier. I en hverdag hvor det er stort fokus på økonomi og å operere flest mulig, finnes det lite tid til å lese seg opp. Det kan gå ut over pasientsikkerheten, og gjør at anestesisykepleiere føler at de har lite kontroll over den de passer på. Pasientene i dag har mer komplekse tilstander enn tidligere, og dette krever mer.

Anestesisykepleiere har et selvstendig ansvar for å innhente informasjon, men vil i en travel hverdag være avhengig av sine kollegaer for å innhente informasjon. Sjekkliste som Trygg kirurgi skal være med på å hjelpe operasjonsteamet slik at pasientsikkerheten ivaretas best mulig. Det er ikke et tydelig svar på hva som er nok tid til å innhente informasjon og oversikt, men ved å ha tid til å forberede seg kvalitetssikrer dette pleien og omsorgen, og er med på å øke arbeidsgleden til den enkelte.

I arbeidshverdagen var mulighetene for læring høyt verdsatt, og det ble særskilt satt pris på å få undervisning uten å risikere å bli dratt inn i avdelingens drift. Det å lære av feil og anvende feil kan være med på å redusere dem, samt gi anestesisykepleieren en tilhørighet til et faglig fellesskap. På grunn av et stadig økende driftsperspektiv i avdelingen er det ikke mulig å stoppe driften for å ha undervisning. Dette fører til at undervisning og simulering ofte avlyses, noe som gir redusert arbeidsglede. Det å lære består også av muligheten til å reflektere på jobb. De hulrommene som finnes til å reflektere benyttes, men et ønske om mer av både formell og uformell refleksjon var tydelig blant informantene. Mangel på anledninger til å reflektere går utover arbeidsinnsatsen og over tid blir anestesisykepleierne slitne. God arbeidshelse og det å mestre arbeidsoppgaver fremmes gjennom å ha tid til å reflektere med kollegaer.

Anestesisykepleiere trenger også tid til samarbeid for å oppleve arbeidsglede. Å kunne treffe andre anestesisykepleier-kollegaer er viktig for å få anerkjennelse og tilhørighet,

og har en påvirkning på trivsel i avdelingen, som igjen kan øke effektiviteten. Et godt teamarbeid på operasjonsstuen gjør at arbeidet får god flyt og blir mer effektivt, men krever at teamet har tid til å planlegge arbeidsdagen og kommuniserer godt sammen. Å jobbe med å forbedre teamarbeidet når det ikke fungerer bra, vil øke produktiviteten. Dersom arbeidsdagen planlegges godt vil dette gi en stor gevinst både til pasient og sykehus, men en effektiv anestesisykepleier hjelper lite dersom det er et av leddene i systemet rundt pasienten som svikter. Anestesisykepleieren alene kan kanskje ikke utrette mye, men mulighetene for å påvirke sin egen arbeidshverdag finnes, og nytter når de rette virkemidlene brukes. Opplevelsen er likevel at det finnes mindre tid til å påvirke fordi det er så travelt. Det å ha mindre tid til pasient, læring og samarbeid gir redusert tid til aktiviteter som gir arbeidsglede. For å sikre god kvalitet på tjenestene som gis til pasientene er det viktig å lytte til de opplevelsene som anestesisykepleiere har. Ved å lytte til og ivareta de ansattes behov og synspunkt bevares arbeidsgleden, som igjen påvirker arbeidsmiljøet. Dette vil ha en positiv ringvirkning utover for både pasient og organisasjon.

## 9 Forslag til forbedring og implikasjoner for videre forskning

Gjennom denne studien har det kommet frem at for å kunne gi god kvalitet på tjenestene som gis til pasientene, er det behov for økt tid til pasienten, økt tid til læring og økt tid til samarbeid. Utfordringen er hvor denne tiden skal tas fra og hva det eventuelt går ut over. I dagens helsevesen er effektivisering av arbeidet i vinden, og ressursene som er tilgjengelige har ikke økt. Sannsynligheten for at ressurstilførselen økes fremover er minimal, og derfor er det viktig å tenke gjennom hvor tid til disse aktivitetene kan finnes. Ubegrenset med tid finnes ikke, og på grunn av et produksjonspress i dagens sykehus hvor det er en økonomisk gevinst å operere flest mulig, er omorganisering av arbeidet et av forslagene som kan være med på å skape mer tid. En omorganisering er omfattende og krever ressurser, men kan kanskje gi bedre en utnyttelse av dem. Dersom det skal skje endringer vil det være nyttig å ha med seg de som jobber på «gulvet». Anestesisykepleiere som stadig får endrede arbeidsoppgaver uten selv å bli involvert i endringene og hvor det kreves økt innsats uten en «gulrot» i andre enden, vil føre til minimal innsats på jobb og redusert arbeidsglede. Anestesisykepleiere som har det godt på jobb yter mer, med den ringvirkningen at de gir god kvalitet på tjenestene til pasientene. Å lytte til de ansatte og involvere dem i endringsprosesser vil være nyttig fordi det kan føre til mindre motstand når endringene skjer.

Mer tid til aktiviteter som gir arbeidsglede kan også fremmes gjennom å undersøke hvordan teknologi og teknologiske løsninger kan bidra til å avlaste og effektivisere deler av arbeidet slik at det er mer tid tilgjengelig til for eksempel pasienten, læring eller samarbeid. Å undersøke dette vil være relevant for tiden framover, da det med stor sannsynlighet ikke blir flere hender tilgjengelig selv om det samme arbeidet skal gjennomføres. Det å kartlegge anestesisykepleieres kompetanse vil være et eksempel på hvordan det er mulig å finne tid til læring. For å kartlegge kan for eksempel AnestComp-verktøyet som har blitt brukt i tidligere forskning anvendes. Ved å få en oversikt over kompetansen i avdelingen kan opplæring og veiledning planlegges og tid til læring utnyttes best mulig. For å få mer tid til samarbeid vil et godt eksempel være å forbedre interpersonelle ferdigheter gjennom simulering, hvor det brukes verktøy som NANTS-no og sjekklister som Trygg Kirurgi. Ved å kombinere flere aktiviteter vil det utnytte den tilgjengelige tiden som finnes istedenfor at det går på bekostning av noe.

Studier i sammenheng med de overnevnte forslagene til forbedring, som det ikke har vært mulig å gå dypere inn på i oppgaven på grunn av dens begrensninger, kan for eksempel være:

1. Å ivareta og involvere de ansatte når ressursene er begrenset og det må gjøres endring; Hvordan kan anestesisykepleiere føle seg ivaretatt og samtidig involveres i endringsarbeid i anesthesiavdelingen?
2. Bruken av helseteknologi; hvordan kan helseteknologi forbedre anestesisykepleiers arbeid?
3. Pasientens perspektiv i en operasjonsavdeling; Hvordan opplever pasienten å bli ivaretatt i en operasjonsavdeling i endring?
4. Kartlegging av anestesisykepleieres kompetanse ved å bruke kartleggingsverktøy som AnestComp: hvilke kunnskapshull finnes og hvordan øke kunnskap på en effektiv måte?



## 10 Faglig samarbeid og nettverk

Forskergruppen besto av sykepleiefaglig rådgiver ved anesthesiavdelingen ved et universitetssykehus i Vest-Norge og en professor ved det Helsevitenskapelige fakultetet ved universitetet i tillegg til forskeren (studenten) selv. Informantene besto av anesthesisykepleiere fra forskjellige seksjoner i anesthesiavdelingen ved det aktuelle universitetssykehuset.

## 11 Referanser

- Anestesisykepleierne Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere* Anestesisykepleierne NSF. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/zQCAUnQvcUEpG7XzVJXOgvrSk28s29K0m2gG4EZxhW7s5zspvF.pdf>
- Ballangrud, R., Aase, K. & Vifladt, A. (2021). Longitudinal team training program in a Norwegian surgical ward: a qualitative study of nurses' and physicians' experiences with implementation. *BMC Health Services Research*, 21(1), 725. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06732-6>
- Bjørnstad, I. C. & Halstensen, T.-D. (2021). Peroperativ anestesisykepleie. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utg., s. 257-267). Cappelen Damm Akademisk.
- Bruun, A. M. G. (2021). Anestesisykepleierens identitet og kompetanse. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utg., s. 21-34). Cappelen Damm Akademisk.
- Chapman, W. C., Jr., Luo, X., Doyle, M., Khan, A., Chapman, W. C., Kangrga, I., Martin, J., Jr. & Wellen, J. (2020). Time Is Money: Can Punctuality Decrease Operating Room Cost? *Journal of the American College of Surgeons*, 230(2), 182. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2019.10.017>
- Chen, Y., Gabriel, R. A., Kodali, B. S. & Urman, R. D. (2016). Effect of Anesthesia Staffing Ratio on First-Case Surgical Start Time. *Journal of Medical Systems*, 40(5), 115. <https://doi.org/10.1007/s10916-016-0471-z>
- Epstein, R. H., Dexter, F., Schwenk, E. S. & Witkowski, T. A. (2017). Bypass of an anesthesiologist-directed preoperative evaluation clinic results in greater first-case tardiness and turnover times. *Journal of Clinical Anesthesia*, 41, 112-119. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2017.04.009>
- Etherington, C., Burns, J. K., Kitto, S., Brehaut, J. C., Britton, M., Singh, S. & Boet, S. (2021). Barriers and enablers to effective interprofessional teamwork in the operating room: A qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *PloS one*, 16(4), e0249576. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249576>
- Finjarn, T. J. & Forwald, A. (2021). Preoperativ vurdering. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utg., s. 246-256). Cappelen Damm Akademisk.
- Fivelsdal, E., Bakka, J. F. & Nordhaug, O. (2004). *Organisasjon og ledelse: struktur, prosesser, læring og kultur* (4. utg.). Cappelen Akademisk forlag.
- Flynn, F. M., Sandaker, K. & Ballangrud, R. (2017). Aiming for excellence – A simulation-based study on adapting and testing an instrument for developing non-technical skills in Norwegian student nurse anaesthetists. *Nurse Education in Practice*, 22, 37-46. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2016.11.008>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23>
- Geisz Everson, M. (2020). Exploring Production Pressure and Normalization of Deviance and Their Relationship to Poor Patient Outcomes. *AANA Journal*, 88(5), 365-371.

- <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=146412736&scope=site>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Educ Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hallandvik, J.-E. (2010). *Helsetjeneste og helsepolitikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Hartline, J., Nolan, V., Kelly, D. M., Sheffer, B. W., Spence, D. D., Pereiras, L., Warner, W. C. & Sawyer, J. R. (2019). Operating Room Personnel Determine Efficiency of Pediatric Spinal Fusions for Scoliosis. *Spine Deformity*, 7(5), 702-708. <https://doi.org/10.1016/j.jspd.2019.02.003>
- Haugen, A. S. & Leonardsen, A.-C. L. (2021). Pasientsikkerhet og anestesirelaterte komplikasjoner. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utg., s. 65-87). Cappelen Damm Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2012). *Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer*. Helsedirektoratet. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/prioriteringer-i-helsesektoren-verdigrunnlag-status-og-utfordringer/Prioriteringer%20i%20helsesektoren%20%E2%80%93%20verdigrunnlag%20stauts%20og%20utfordringer.pdf/> /attachment/inline/87bf0b8a-6a3d-4ce3-a250-c1adfea4aa75:679b2cfe8180bff98d764175046fd9bb4d90d637/Prioriteringer%20i%20helsesektoren%20%E2%80%93%20verdigrunnlag%20stauts%20og%20utfordringer.pdf
- Helsedirektoratet. (2019). Snakk om forbedring! I. Helsedirektoratet. <https://www.snakkomforbedring.no/images/wheel.png>
- Helsedirektoratet. (2020). *Omsorg 2020 - Årsrapport 2019*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019/demografiske-endringer-og-konsekvenser-for-omsorgssektoren>
- Helsedirektoratet, S.-o. (2005). *-og bedre skal det bli!: nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) : til deg som leder og utøver*. Sosial- og helsedirektoratet.
- hpl, H. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Husebø, S. E. & Ballangrud, R. (2021). *Teamarbeid i helsetjenesten: fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv*. Universitetsforlaget.
- Hustad, J. (2021). Stress og stressmestring i anestesisykepleierens hverdag. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (3. utg., s. 35-54). Cappelen Damm.
- Jenssen, D., Kjørstad, M., Seim, S. & Tufte, P. A. (2020). Introduksjon. I P. A. Tufte (Red.), *Vitenskapsteori for sosial- og helsefag* (s. 11-23). Gyldendal.
- Jeon, Y., Meretoja, R., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. (2020). Developing and psychometric testing of the anaesthesia nursing competence scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(3), 866-878. <https://doi.org/10.1111/jep.13215>
- Kimbrough, C. W., McMasters, K. M., Canary, J., Jackson, L., Farah, I., Boswell, M. V., Kim, D. & Scoggins, C. R. (2015). Improved Operating Room Efficiency via Constraint Management: Experience of a Tertiary-Care Academic Medical

- Center. *Journal of the American College of Surgeons*, 221(1), 154-162.  
<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2015.02.032>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Lian, O. S. (2007). *Når helse blir en vare* (2. utg.). Høyskoleforlaget.
- Lindgren, B.-M., Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International Journal of Nursing Studies*, 108, 103632.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Malley, A. M. & Young, G. J. (2017). A qualitative study of patient and provider experiences during preoperative care transitions. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13-14), 2016-2024. <https://doi.org/10.1111/jocn.13610>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg., Bd. 3). Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Martin, L. & Langell, J. (2017). Improving on-time surgical starts: the impact of implementing pre-OR timeouts and performance pay. *The Journal of surgical research*, 219, 222-225. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2017.05.092>
- Mizumoto, R., Cristaudo, A. T. & Hendahewa, R. (2016). A surgeon-led model to improve operating theatre change-over time and overall efficiency: A randomised controlled trial. *International Journal of Surgery*, 30, 83-89.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2016.04.033>
- Morel, S. D. & Gomez, N. A. G. (2021). Improving On-Time First Case Starts: An Integrative Review and Quality Improvement Project Plan. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(6), 717-723.  
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.02.002>
- Norsk Anestesiologisk Forening. (2016). *Norsk standard for anestesi*.  
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/3b9c1b8d438942688b1d9cb46db4278f/norsk-standard-for-anestesi.pdf>
- NOU 1997:2. (1997). *Pasienten først!*. Sosial- og helsedepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/870fc08fed6426188a9373cdab88380/no/pdfa/nou199719970002000dddpdfa.pdf>
- Orvik, A. (2004). *Organisatorisk kompetanse: i sykepleie og helsefaglig samarbeid* (1. utg.). Cappelen akademisk.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Padegimas, E. M., Hendy, B. A., Lawrence, C., Devasagayaraj, R., Zmistowski, B. M., Abboud, J. A., Lazarus, M. D., Williams, G. R. & Namdari, S. (2017). An analysis of surgical and nonsurgical operating room times in high-volume shoulder arthroplasty. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 26(6), 1058-1063. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2016.11.040>
- Perkins, J. N., Chiang, T., Ruiz, A. G. & Prager, J. D. (2014). Auditing of operating room times: A quality improvement project. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 78(5), 782-786.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2014.02.010>
- Peterson, J. J., White, K. W., Westra, B. L. & Monsen, K. A. (2014). Anesthesia Information Management Systems: Imperatives for Nurse Anesthetists. *AANA Journal*, 82(5), 346-351.

- <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103903015&scope=site>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (11. utg.). Wolters Kluwer.
- Riddle, D., Baker, K. & Sapp, A. (2016). Evaluation of Testing as a Method to Assess Continued Competency in Nurse Anesthesia Practice: A Systematic Review. *AANA Journal*, 84(4), 239-245.  
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=117288017&scope=site>
- Riveros Perez, E., Kerko, R., Lever, N., White, A., Kahf, S. & Avella-Molano, B. (2022). Operating room relay strategy for turnover time improvement: a quality improvement project. *BMJ open quality*, 11(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-001957>
- Schreiber, R. & MacDonald, M. (2010). Keeping Vigil over the Patient: a grounded theory of nurse anaesthesia practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 552-561. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05207.x>
- Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. (2023). *Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør*. Sikt - Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. Hentet 23.03 fra <https://sikt.no/om-sikt>
- Turnbull, G. S., Hakimi, M. & McLauchlan, G. J. (2018). Trauma theatre productivity - Does the individual surgeon, anaesthetist or consultant presence matter? *Injury*, 49(5), 969-974. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.02.015>
- Valeberg, B. T. (2021). Operasjonspasienten. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (s. 239-245). Cappelen Damm Akademisk.
- van Veen-Berkx, E., van Dijk, M. V., Cornelisse, D. C., Kazemier, G. & Mokken, F. C. (2016). Scheduling Anesthesia Time Reduces Case Cancellations and Improves Operating Room Workflow in a University Hospital Setting. *Journal of the American College of Surgeons*, 223(2), 343-351.  
<https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.03.038>
- Øverland, S., Knudsen, A. K., Vollset, S. E., Kinge, J. M., Skirbekk, V. & Tollånes, M. C. (2018). *Sykdomsbyrden i Norge i 2016. Resultater fra Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2016 (GBD 2016)*, . Folkehelseinstituttet.  
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/sykdomsbyrden-i-norge-i-2016.pdf>
- Aadland, E. (2010). Values in Professional Practice: Towards a Critical Reflective Methodology. *Journal of Business Ethics*, 97(3), 461-472.  
<https://doi.org/10.1007/s10551-010-0518-x>
- Aagaard, K., Laursen, B. S., Rasmussen, B. S. & Sørensen, E. E. (2017). Interaction Between Nurse Anesthetists and Patients in a Highly Technological Environment. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(5), 453-463.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.02.010>

## 12 Vedlegg

### 12.1 Vedlegg 1, Søkestreng og PICO-skjema

Fordi jeg fikk et begrenset resultat ved å bruke de nevnte søkeordene som nevnt i metodekapitlet, valgte jeg å utvide mitt søk, hvor jeg utelot anestesisykepleie, og heller brukte søkeordene «nursing» OR «registered nurse», «Time pressure» OR «Time management» OR «Efficiency» OR «Effectiveness» OR «Efficacy» OR «Self efficiency». Søket ble ytterligere snevret inn med flere søkeord; «perioperative care» OR «Surgical care» OR «Surgical setting» OR «Surgical ward» OR «Postoperative», men dette resulterte ikke i aktuelle artikler.

For å utvide søket enda mer valgte jeg å inkludere leger også som søkeord, og da i Medline sin database. Søkeordene jeg anvendte da var «doctor» OR «medical practitioners» OR "physicians" OR "surgeons" OR "anesthesiologist" AND «Time» OR «Time pressure» OR «Time management» OR «Efficiency» OR «Effectiveness» OR «Efficacy» OR «Self efficiency» AND «Perioperative care» OR «Surgical care» OR «Surgical setting» OR «Surgical ward» OR «Operating rooms».

Fordi disse søkene ikke inkluderte noe med søkeordet kvalitet, valgte jeg å gjennomføre et søk hvor jeg benyttet meg av søkeordene «nurse anesthetist» OR «certified registered nurse anesthetist» OR «anesthesia nursing» OR «nurse anesthesia» AND «time management» OR «productivity» OR «efficiency» OR «self-efficacy» OR «clinical competence» AND «quality of care» OR «Patient care» or «patient safety» både i CINAHL og i Medline. Under finnes PICO-skjema med samlede søkeord samt et eksempel på søkehistorikk.

Anestesisykepleie	Tid, effektivitet, effektivisering	Operasjon, kvalitet på pleien, pasientsikkerhet
Nurse anesthetist	Time or	Perioperative care
Certified registered nurse anesthetist	Time pressure	Surgical care
Nurse anesthesia	Time management	Surgical setting
Nurse	Efficiency	Surgical ward
Nursing	Effectiveness	Operating rooms
Registered nurse	Efficacy	Postoperative
Doctor	Self efficiency	Quality of care
medical practitioners		Patient care
physicians		patient safety
surgeons		
anesthesiologist		

Eksempel på søkehistorikk

Friday, September 16, 2022 1:26:10 PM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S1	( «nurse anesthetist» OR «certified registered nurse anesthetist» OR «anesthesia nursing» OR «nurse anesthesia» ) AND ( «time management» OR «productivity» OR «efficiency» OR «self-efficacy» OR «clinical competence» ) AND ( "quality of care" or "Patient care" or "patient safety" )	Limiters - Full Text; Abstract Available; Published Date: 20110101-20221231; English Language; Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	29



## 12.2 Vedlegg 2, semistrukturert intervjuguide

1. Hvordan opplever du din egen arbeidshverdag?
  - kan du komme med noen eksempler?
2. Har du merket at det har endret seg ifht før?
  - Kommer de inn på COVID: har covid påvirket nåværende situasjon? Har Covid vært med på å endre det som foregår i dag?
3. Hvordan opplever du at effektiviseringsendringene påvirker mulighetene for læring og refleksjon i arbeidshverdagen din? Kom gjerne med eksempler.
4. Hvordan påvirker dette deg som anestesisykepleier? Fortell, kom med eksempler
5. Hvordan opplever du at kulturen for å si fra er i avdelingen?
  - Takhøyde i avdelingen for å kunne gi beskjed, for eksempel mangel på opplæring, uheldige situasjoner
6. Hvilke muligheter er det til å kunne påvirke? Er det noe du savner, hvorfor?
7. Hvordan opplever du at effektiviseringen påvirker det tverrfaglige teamarbeidet?  
Kom gjerne med eksempler, positive/negative
8. Har du noen gode forslag til forbedring?

## 12.3 Vedlegg 3, informasjonsskriv til deltakere

### Vil du delta i forskningsprosjektet

Tidspress og krav til drift versus kvalitet: Anestesisykepleieres opplevelser av hvordan krav om effektivisering påvirker kvaliteten på tjenesten i en anesthesiavdeling

?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvordan anestesisykepleiere opplever at krav om effektivisering påvirker kvaliteten på tjenestene i en anesthesiavdeling. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette er en masteroppgave som har som hensikt å undersøke et tema som tidligere ikke har blitt sett på i anestesisykepleiesammenheng. Hensikten med studien er å undersøke hvordan anestesisykepleiere opplever det stadige presset om økt effektivitet samtidig som kravet til å yte samme kvalitet på tjenestene som gis til pasientene fortsatt er til stede. Formålet er å få en utvidet forståelse for og ny kunnskap om et viktig tema. Studiens problemsstilling er: *«hvordan opplever anestesisykepleiere at krav om økt effektivisering påvirker kvaliteten på tjenesten i en anesthesiavdeling?»*.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet. Dataene samles inn på Universitetssykehuset i Stavanger. Sykehusets personvernombud har godkjent studien basert på vurderingen fra Sikt-personverntjenester, før datainnsamlingen kan begynne.

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

Du har fått spørsmål om delta da du arbeider som anestesisykepleier ved avdelingen og er aktuell i forhold til de utvalgsriterier som finnes i masteroppgaven: Du har jobbet som anestesisykepleier i turnus i fire år, og gjør dette fortsatt. Du har blitt kontaktet etter godkjenning fra både PVO ved Stavanger Universitetssykehus og avdelingsleder i anesthesiavdelingen.

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

Det vil bli foretatt intervju hvor det i tillegg vil bli tatt feltnotater. Intervjuet vil bli tatt opp og senere transkribert. Opplysningene du oppgir oppbevares kryptert. Opptakene vil oppbevares og slettes etter Universitetet i Stavanger sine retningslinjer etter at arbeidet er ferdig. Intervjuet vil ta maksimalt 1 time og vil bli moderert av Hanna Regine Kinnari. Det transkriberte materialet vil benyttes til å besvare masteroppgaven med samme tema. Det skal ikke medføre hverken en økonomisk, psykisk eller fysisk ulempe for deg, da det som blir sagt under intervjuet oppfattes som konfidensiell informasjon og skal ikke brukes annet enn i masteroppgaven.

I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. De opplysningene som er interessante å vite om deg er at du er godkjent anestesisykepleier, i hvor mange år du har jobbet, kjønn og alder.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger (=kodete opplysninger). En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun Hanna Regine Kinnari, Inger Brit Bakkalia og Brit S. Hansen som har tilgang til denne listen.

Publisering av resultater er en nødvendig del av forskningsprosessen. All publisering skal gjøres slik at enkeltdeltakere ikke skal kunne gjenkjennes, men vi plikter å informere deg om at vi ikke kan utelukke at det kan skje.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes i juni 2023. Da vil personopplysninger som lydopptak og navn slettes, og data anonymiseres.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. Sikt – personverntjenester har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personregelverket. Personvernombudet ved Stavanger Universitetssjukehus tilslutter seg Sikt - Personverntjenester sin vurdering.

### **Dine rettigheter**

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

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

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med Hanna Regine Kinnari (mastergradsstudent);

[hr.kinnari@stud.uis.no](mailto:hr.kinnari@stud.uis.no) eller Britt S. Hansen (veileder, professor), [britt.s.hansen@uis.no](mailto:britt.s.hansen@uis.no)

eller personvernombudet ved Universitetet i Stavanger,

[personvernombud@uis.no](mailto:personvernombud@uis.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen av prosjektet som er gjort av Sikts personverntjenester ta kontakt på:

- Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no), eller telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Britt S. Hansen  
*Prosjektansvarlig*  
(veileder)

Hanna Regine Kinnari  
*student*  
(forsker)

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Tidspress og krav til drift versus kvalitet: Anestesisykepleieres opplevelser i et stadig mer presset helsevesen*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Jeg samtykker til å delta i intervju
- Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles til prosjektet er avsluttet

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

-----

-----

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## 12.4 Vedlegg 4, Godkjenning av sykepleiefaglig rådgiver ved den aktuelle avdelingen

Søknad om tillatelse til å gjennomføre kvalitativ studie



To Hanna Regine Kinnari



man. 24.10.2022 13:46

Hei

Spennende tema du har valgt for masteroppgaven din.

Prosjektet er forankret ved ledelsen på anestesivdelingen, under forutsetning av at det blir godkjent hos NSD og Forskningsavdelingen ved [redacted], ved personvernombudet.

Vennlig hilsen

[redacted]  
Sykepleiefaglig rådgiver anesthesiavd/Klinikk A

The linked image cannot be displayed. The file may have been moved, renamed, or deleted. Verify that the link points to the correct file and location.

Fra: Hanna Regine Kinnari <[hr.kinnari@stud.uis.no](mailto:hr.kinnari@stud.uis.no)>

Sendt: mandag 24. oktober 2022 12:21

Til: [redacted]

Emne: Søknad om tillatelse til å gjennomføre kvalitativ studie

Hei,

Jeg er student ved masterstudiet i spesialsykepleie med spesialisering i anestesi ved [redacted] på andre året. I forbindelse med min masteroppgave trenger jeg deltakere for å kunne gjennomføre en kvalitativ studie. Oppgaven min handler om økt effektivitet og krav til drift og hvordan det påvirker kvaliteten på tjenestene som gis til pasientene, sett fra anestesisykepleiers perspektiv.

Jeg søker om tillatelse til å utføre individuelle intervju av ansatte anestesisykepleiere ved [redacted]

På forhånd takk for svar,


med vennlig hilsen

Hanna Regine Kinnari (ansatt ved [redacted])

Denne eposten er sendt utenfra organisasjonen. Vurder om det er trygt å åpne lenker og vedlegg.  
This email originated from outside of the organization. Please consider whether it is safe to open links and attachments.

## 12.5 Vedlegg 5, godkjenning av SIKT

06.01.2023, 13:42 Meldeskjema for behandling av personopplysninger

 Sikt

---

[Meldeskjema](#) / [Tidspress og krav til drift versus kvalitet: Anestesi sykepleieres opplevelser...](#) / Vurdering

# Vurdering av behandling av personopplysninger

<b>Referansenummer</b> 233903	<b>Vurderingstype</b> Standard	<b>Dato</b> 05.01.2023
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

**Prosjektittel**  
Tidspress og krav til drift versus kvalitet: Anestesi sykepleieres opplevelser i et stadig mer presset helsevesen

**Behandlingsansvarlig institusjon**  
Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

**Prosjektansvarlig**  
Britt Sætre Hansen

**Student**  
Hanna Regine Kinnari

**Prosjektperiode**  
01.12.2022 - 30.06.2023

**Kategorier personopplysninger**  
Alminnelige

**Lovlig grunnlag**  
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlege grunnlaget gjelder til 30.06.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**  
OM VURDERINGEN  
Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER  
Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.

Personverntjenester 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).

MELD VESENTLIGE ENDRINGER  
Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET  
Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/63513da6-5595-46f9-af5d-c9eda6151764> 1/1



## 12.6 Vedlegg 6, godkjenning av forskningsavdelingen ved det aktuelle sykehuset

[REDACTED]  
Klinikk A - Dataansvarlig ( Data Controller)  
Kontaktperson: [Hanna Regine Kinnari](#)   
Mobilnummer: [93848904](tel:93848904)  
Oppretter av melding

Klinikk A - Vitenskapelig Samarbeidspartner - Ikke Datainnsamler  
Kontaktperson: [REDACTED]   
Mobilnummer: [REDACTED]  
Veileder mastergrad

Klinikk A - Vitenskapelig Samarbeidspartner - Ikke Datainnsamler  
Kontaktperson: [REDACTED]   
Mobilnummer: [REDACTED]  
veileder til student Hanna Regine Kinnari (master)



### FORMÅL

#### Tidspres og krav til drift versus kvalitet: Anestesisykepleieres opplevelser i et stadig mer presset helsevesen

Hensikten med studien er å utforske hvordan anestesisykepleiere opplever det stadige presset om økt effektivitet og krav til drift samtidig som kravet til å yte god kvalitet på tjenestene som gis til pasientene er uendret. Formålet er å utforske hvilke opplevelser og erfaringer anestesisykepleieren har av økt effektivisering av helsevesenet. Eksempler på dette kan være om det er visse ting som prioriteres foran annet, om arbeidshverdagen har endret seg de siste årene og om effektiviteten påvirker pasientsikkerheten.

Student/bachelor/masteroppgave



### DATABEHANDLING

Kategorier av registrerte :

Antall registrerte :

Biologisk materiale :

Behandling av data :

Utlevering/tilgjengeliggjøring av personopplysninger :

Hvor hentes personopplysningene fra? :

Datakilder :

Lagringssted og lagringsmedier :

Tekniske og organisatoriske sikkerhetstiltak :

Avtaler :

Evaluerer av personvernrisiko :

eProtokollnr:  
3775-3775

Institusjon  
[REDACTED]

Periode

Oppstart: 15.01.2023  
Avsluttes: 31.12.2023

Status

Innlevert

Tilbakemelding  
[REDACTED]

Behandlet  
Hei

Vi ser at all dokumentasjon er på plass og studien kan starte opp

Mvh

Forskningsavdelingen

Meld endring

- 5. Databehandlingen skjer i samsvar med sykehusets internkontrollsystem for forskning
- 6. Det skal ikke gjennomføres koblinger mot registerdata (feks. helseregistre, NAV, politiet mv.)
- 7. Det skal ikke behandles flere ulike typer av sensitive opplysninger (feks. helseopplysninger + opplysninger
- 8. Det skal ikke behandles genetiske opplysninger i stort omfang (feks. omfattende/inngående genomsekver

v.)

Rettsgrunnlag for behandling av personopplysninger :

Samtykke fra den registrerte (art. 6 nr. 1 a)

Grunnlag for overføring til land utenfor EU/EØS : Ikke relevant

Rettsgrunnlag for behandling av sensitive personopplysninger :

Samtykke fra den registrerte (art. 9 nr. 2 a)

## Gi en systematisk beskrivelse av databehandlingen i prosjektet

Innsamling av data skal foregå gjennom intervju og bruk av en semistrukturert intervjuguide. Det vil bli gjennomført 1-2 pilotintervju for å kvalitetssjekke intervjuguiden. Informantene inkluderes ved hjelp av avdelingsleder for anestesisykepleierne ved anesthesiavdelingen ved et sykehus i [REDACTED]. Intervjuene foretas på det aktuelle sykehuset, fortrinnsvis i et egnet rom i nærheten av avdelingen. Hvert intervju er ønskelig med en varighet på maksimalt en time av respekt for informantene og leder av avdelingen. Intervjuene vil bli tatt opp ved hjelp av appen Nettskjema-diktafon på mobiltelefon. Forfatter av masteroppgaven transkriberer intervjuene i kryptert fil (VeraCrypt) i henhold til universitetets retningslinjer. I etterkant av studien slettes disse for å ivareta personvern. I tillegg er det aktuelt å føre feltnotater for å notere nonverbale uttrykk som uttrykkes. Disse makuleres i etterkant av at studiet er gjennomført. Alle intervjudeltakerne vil få et nummer på en liste som kobles til deres opplysninger, men denne vil kun være tilgjengelig for forsker og veiledere. Disse opplysningene oppbevares også kryptert etter universitetets retningslinjer.



### PERSONOPPLYSNINGER

#### Alminnelige personopplysninger

Kjønn, alder, profesjon, antall år ansatt

Navn (også ved signatur/samtykke) Lydopptak av personer

#### Særskilte personopplysninger

Kjønn, alder, profesjon, antall år ansatt

Identifikasjonsopplysninger



### PERSONVERTILTAK

Institusjon/virksomhet som mottar personopplysninger/ humant biologisk materiale  
ikke aktuelt

Personopplysninger og/eller biologisk materiale som skal utleveres/tilgjengeliggjøres  
ikke aktuelt

Prosess for utlevering/tilgjengeliggjøring av personopplysninger og/eller humant  
biologisk materiale  
ikke aktuelt



### VEDLEGG

[Vis informasjonsbrev og samtykkeerklæring](#)

#### Annet rettsgrunnlag for databehandlingen (beskriv nedenfor)

Følger gjeldende regler ved [REDACTED] Innsamling av data skal foregå gjennom intervju og bruk av en semistrukturert intervjuguide. Det vil bli gjennomført 1-2 pilotintervju for å kvalitetssjekke intervjuguiden. Informantene inkluderes ved hjelp av avdelingsleder for anestesisykepleierne ved anesesiavdelingen ved et sykehus i Vest-Norge. Intervjuene foretas på det aktuelle sykehuset, fortrinnsvis i et egnet rom i nærheten av avdelingen. Hvert intervju er ønskelig med en varighet på maksimalt en time av respekt for informantene og leder av avdelingen. Intervjuene vil bli tatt opp ved hjelp av appen Nettskjema-diktafon på mobiltelefon. Forfatter av masteroppgaven transkriberer intervjuene i kryptert fil (VeraCrypt) i henhold til universitetets retningslinjer. I etterkant av studien slettes disse for å ivareta personvern. I tillegg er det aktuelt å føre feltnotater for å notere nonverbale uttrykk som uttrykkes. Disse makuleres i etterkant av at studiet er gjennomført. Alle intervjudeltakerne vil få et nummer på en liste som kobles til deres opplysninger, men denne vil kun være tilgjengelig for forsker og veiledere. Disse opplysningene oppbevares også kryptert etter universitetets retningslinjer.

[Informasjonsskriv og samtykkeerklæring](#)

[Intervjuguide - Intervjuguide master.pdf](#)

[Prosjektbeskrivelse - Prosjektplan Hanna Regine Kinnari.pdf](#)

[NSD -vurdering - SIKT vurdering av behandling Tidspress og krav til drift versus kval...](#)

[Annet - godkjenning fra ledelse.pdf](#)

---

eProtokoll er utarbeidet av Bernt Olav Økland og Reidar Thorstensen, Regionalt kompetansesenter for klinisk forskning, Helse Vest RHF, med støtte fra Helse Vest IKT.

Alle henvendelser rettes til: eProtokoll, personvernombudet@sus.no

Dette nettstedet benytter informasjonskapsler til å huske språkvalg og til å samle inn statistikk.

[Personvern - Informasjonskapsler](#)

## 12.7 Vedlegg 7: Den kvalitative innholdsanalysen

Underkategori	Kategori	Hovedkategori	Tema
God tid til pasienten gir en god følelse	<i>Å ha god tid til pasienten</i>	Tid til pasienten	<b>Redusert tid til aktiviteter som gir arbeidsglede</b>
God pasientrelasjon gir en god dag på jobb			
Tid til god forberedelse			
Være i et godt team			
En pasient om gangen gir god oversikt			
Jeg vet hva jeg skal gjøre			
Å være klar over eget ansvar overfor pasienten			
Å ta seg tid til forberedelser			
Vond følelse og påfører stress når ikke forberedelser er gjort			
Noen er flinke til å ta seg tid til grundige vurderinger, andre ikke			
Bruke tid for å gi pasienten en annen opplevelse av anestesen			
Ikke miste det mellommenneskelige			
Pasienten legger seg i dine hender			
Ansvar for pasienten når de sover			
Skape trygghet og relasjon med pasienten			
Jeg møtes med forståelse av anestesilegen ved behov for det			
Pasientens tilstand bestemmer			
Vekk fra pasientrelatert fokus og over i det økonomiske			
Dårlige pasienter krever mer			
Passer seg ikke å lese på neste pasient når pasienten du har krever fullt fokus			
Begrenset tid til å lese om pasienten			
Pasienten må vente fordi jeg ikke er klar til å ta imot			

rekker ikke å lese på pasientene om morgenen			
mindre tid og mindre kontroll på hva pasienten feiler			
Effektiv jobbing, men med høy grad av pasientsikkerhet			
Ikke la oss rive med av effektivisering			
Standardiserte fraser og skynder meg for å komme igang			
Kipt å ikke rekke å være medmenneskelig			
Vi blir mer rullebånd			
Vi ser ikke lenger mennesket på operasjonsbordet			
Vi påvirker selv hvordan vi vil ha det på simulering	<i>Tid til undervisning og simulering</i>	<b>Tid til læring</b>	
For å påvirke er ledelsen avhengig av tilbakemeldinger på hva vi står i			
Vi jobber oss gjennom synergimeldinger			
Vi bruker synergimeldinger i undervisningen, enten som rasjonale eller moment av dem i simulering			
Kan lære selv under press			
Systematisering av fagdager påvirker driften mindre			
Risikoen for å miste fagdager er mindre når de er lagt utenom driften			
Mindre tid til undervisning, simulering og ivaretagelse av nye			
Mulighet for å lære av en hendelse, ikke bare gå rett videre på neste operasjon			
Savn etter tid til organisert undervisning			
Savn etter undervisning			
Stopper ikke drift for å ha undervisning			
Mer tid til veiledning av nye og studenter			

Har ikke tid til veiledning, studentene må henge på som en hale	<i>Tid til refleksjon</i>		
Ikke tid til kompetanseportalen			
Godt miljø for refleksjon			
Bruk av pause til refleksjon			
Mangel på kollegiale treffpunkt			
Savn etter uformell refleksjon			
Det er mest drift			
Den jevne anestesisykepleier er glad for de hulrommene de får til refleksjon			
Rolige vakter gir rom for tanker og refleksjon			
Enkelt å gi beskjed			
Saklige diskusjoner			
Manglende mulighet for refleksjon påvirker meg			
Mange uker med tempo gjør meg trøtt og sliten			
Muligheten for refleksjon er ikke til stede når jeg er sliten			
Travle vakter gjør at hodet ikke har tid til å reflektere så mye			
Hodet går i en konstant kvern			
Kravet om effektivisering har trumfet over muligheten til refleksjon			
Savn etter gjennomgang av situasjoner			
Blir glemt, legger lokk på frustrasjoner eller problemer			
Åpenhet i fagmiljøet er lærerikt			
Savn etter tid til refleksjon i hverdagen			
Viktig med tilhørighet og tid til å snakke sammen	<i>Kollegiale treffpunkt og samhold</i>	<b>Tid til samarbeid</b>	
Ivareta, lytte til, se og pleie kollegaer			
Vi krever ikke mye			
Respekt for arbeidet som gjøres			
Viktig med kollegiale treffpunkt			

Tilhørighet til et fagmiljø			
Å dele tanker gir en følelse av tilhørighet			
Lov å ta opp de gode tingene			
En del av hverandres hverdag			
Å fjerne goder som kollegiale treffpunkt gjør noe med moralen			
Øke krav og fjerne goder gjør noe med trivsel og moral			
Det kan bli trenering når alt går imot deg			
Vi tar den tiden vi trenger for å gi god kvalitet på arbeidet			
Anestesilegene får ha møter fortsatt			
Savn etter kollegiale treffpunkt			
å se den ansatte			
å ikke bare jobbe alene			
alt handler ikke bare om drift			
Ansvar for omsorg til pasient	<i>Tverrfaglig samarbeid mellom profesjoner</i>		
Ansvar for hvordan du forholder det til teamet			
Påvirker trivsel			
Godt arbeidsmiljø			
Rom for å si fra			
Jobber tett med anestesilegen			
Vi må kunne stole på anestesilegen			
Viktig å stå for egne feil			
Opptatt av og åpenhet til å si fra når jeg ikke har kontroll eller det går for fort			
Lite ventetider når vi jobber parallelt			
God kommunikasjon gjør det mer effektivt			
tidlig oppstart fungerer når alle i teamet og pasienten er forberedte			
Samarbeid kan være utfordrende når vi må vente			
Kunne vært bedre samarbeid			
Stor utskiftning av leger som krever opplæring			
Ønsker mer stabilitet på legesiden			

Vi er portvakter for pasientens tilstand og får stort sett forståelse for dette			
Lite forståelse hos andre profesjoner gjør meg både sur og lei			
Dårlig kommunikasjon kan gi skurring og lite effektiv jobbing			
Vi sperrer for hverandre og det gir dårlig stemning og påvirker effektiviteten			
Savner tid til å planlegge med anestesilegen på forhånd			
Gjentatt syting og klaging blir bare bakgrunnsstøy	<i>Muligheter for å påvirke arbeidsdagen</i>		
Dersom jeg vektordene klokt er sjansen for å få gjennomslag litt større			
Lav beredskap på natt førte til protester, samtidighetskonflikter på natt ga mange avviksmeldinger			
Avviksmeldingene fikk vi gehør for tilslutt og nettene ble oppbemannet			
Jeg får tilbakemelding på de tingene jeg rapporterer om, jeg blir tatt seriøst			
hvor langt opp i systemet har vi mulighet for å påvirke			
vekte ordene for at de skal få påvirkningskraft			
Viktig å si fra når man presses til å løpe fortere (slitasje)			
Mange ønsker å si fra, men har hverken tid, ressurser eller kunnskap til å si fra			
Hvilke knapper jeg skal trykke på			
Bruke de ansatte som ressurs til å finne de smarte løsningene			
Det er lite tid til å gjøre de gode grepene, motivere, engasjere og ivareta			



Å jobbe smart i alle ledd er bra for både pasient og sykehus	<i>Tid til planlegging</i>		
Meningsfylt å være i team på gastric bypass selv om det kreves effektiv jobbing			
Større krav til oss som jobber			
Bruk av ressurser og jobbe smart			
Å stoppe operasjonsstuer er dyrt			
Mangelfull planlegging gjør at folk står uvirksomme			
Kravet om å få gjennom flest mulig operasjoner tynger mer nå			
Vi er effektive, men får stadig påtrykk om å bli mer			
Økt travelhet på vakt			
Press på operasjonsavdelingen for å tjene penger			
Selvevaluering for å finne nye løsninger			
Nedslående å effektivisere uten ekstra tilskudd av ressurser			
Presser gjennom flest mulig operasjoner på kortest mulig tid			
Vi bare jobber på, men det er aldri godt nok			

## 12.8 Vedlegg 8, COREQ-sjekkliste

### COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) Checklist

A checklist of items that should be included in reports of qualitative research. You must report the page number in your manuscript where you consider each of the items listed in this checklist. If you have not included this information, either revise your manuscript accordingly before submitting or note N/A.

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
<b>Domain 1: Research team and reflexivity</b>			
<i>Personal characteristics</i>			
Interviewer/facilitator	1	Which author/s conducted the interview or focus group?	19
Credentials	2	What were the researcher's credentials? E.g. PhD, MD	16
Occupation	3	What was their occupation at the time of the study?	16
Gender	4	Was the researcher male or female?	16
Experience and training	5	What experience or training did the researcher have?	16
<i>Relationship with participants</i>			
Relationship established	6	Was a relationship established prior to study commencement?	15
Participant knowledge of the interviewer	7	What did the participants know about the researcher? e.g. personal goals, reasons for doing the research	18
Interviewer characteristics	8	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic	15-16
<b>Domain 2: Study design</b>			
<i>Theoretical framework</i>			
Methodological orientation and Theory	9	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	15, 21
<i>Participant selection</i>			
Sampling	10	How were participants selected? e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball	18
Method of approach	11	How were participants approached? e.g. face-to-face, telephone, mail, email	18
Sample size	12	How many participants were in the study?	18-19
Non-participation	13	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	18-19
<i>Setting</i>			
Setting of data collection	14	Where was the data collected? e.g. home, clinic, workplace	19
Presence of nonparticipants	15	Was anyone else present besides the participants and researchers?	N/A
Description of sample	16	What are the important characteristics of the sample? e.g. demographic data, date	18-19
<i>Data collection</i>			
Interview guide	17	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	19
Repeat interviews	18	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?	N/A
Audio/visual recording	19	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	19
Field notes	20	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	21
Duration	21	What was the duration of the interviews or focus group?	20-21
Data saturation	22	Was data saturation discussed?	19
Transcripts returned	23	Were transcripts returned to participants for comment and/or	N/A

Topic	Item No.	Guide Questions/Description	Reported on Page No.
		correction?	
<b>Domain 3: analysis and findings</b>			
<i>Data analysis</i>			
Number of data coders	24	How many data coders coded the data?	21
Description of the coding tree	25	Did authors provide a description of the coding tree?	22-23
Derivation of themes	26	Were themes identified in advance or derived from the data?	22-23
Software	27	What software, if applicable, was used to manage the data?	19
Participant checking	28	Did participants provide feedback on the findings?	N/A
<i>Reporting</i>			
Quotations presented	29	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g. participant number	N/A
Data and findings consistent	30	Was there consistency between the data presented and the findings?	22-24
Clarity of major themes	31	Were major themes clearly presented in the findings?	28
Clarity of minor themes	32	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	37-43

Developed from: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007. Volume 19, Number 6: pp. 349 – 357

**Once you have completed this checklist, please save a copy and upload it as part of your submission. DO NOT include this checklist as part of the main manuscript document. It must be uploaded as a separate file.**