

Helsefremmende samarbeid – en viktig  
trivselfaktor i anesthesisykepleierfaget:  
En kvalitativ studie av anesthesisykepleieres  
opplevelse av sitt arbeidsmiljø

Gertrud Averlid

Master of Public Health

MPH 2009:8



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Helsefremmende samarbeid - en viktig trivselfaktor i anestesisykepleierfaget: En kvalitativ studie av anestesisykepleieres opplevelse av sitt arbeidsmiljø.

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-85721-75-7



## Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Helsefremmende samarbeid - en viktig trivselfaktor i anestesisykepleierfaget. En kvalitativ studie av anestesisykepleieres opplevelse av sitt arbeidsmiljø.				
Författare Gertrud Averlid				
Författarens befattning och adress Avdelingssykepleier anestesistjeneste seksjon 2, Rikshospitalet i Oslo				
Datum då examensarbeidet godkändes 2009-10-30			Handledare NHV/Extern Universitetslektor Susanna Bihari Axelsson	
Antal sider 54	Språk Norsk	Språk- sammanfattning Norsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-85721-75-7

### Sammanfattning

**Bakgrunn:** Medarbeiderundersøkelsen i 2006 ved anesthesiavdelingen seksjon 2, Rikshospitalet i Oslo, avdekket dårlige skår for anestesisykepleieres mulighet til å påvirke sin egen arbeidssituasjon.

**Hensikt:** Hensikten med studien var å kartlegge faktorer i anestesisykepleierens arbeidssituasjon som oppleves som helsefremmende og å finne ut på hvilken måte ledelsen kunne bidra til et mer helsefremmende arbeidsmiljø. Nytteverdien av studien blir at de faktorer som fremmer helse for anestesisykepleiere blir synliggjort overfor ledelsen.

**Metode:** Det ble brukt en kvalitativ metode med intervjuer av fjorten yrkesaktive anestesisykepleiere ved seks forskjellige anesthesiavdelinger. En modifisert Grounded Theory ble benyttet som analysemetode.

**Resultat:** Analysen av intervjuene resulterte i kjernekategori: *Samarbeid på godt og vondt, anestesisykepleierens lodd i yrkeslivet* og tre kategorier: *Ledelsen som premissleverandør; Trivsel i et operasjonsmiljø; Rolleklarhet.*

Kjernekategori belyser den koordinerende helheten som anestesisykepleieren ivaretar i forhold til pasient og andre profesjoner. Den beskriver en stor tilfredsstillelse i arbeidssammenheng men samtidig gir den en anelse om at uoverensstemmelser kan forekomme. Ledelse utkrystalliserte seg som en viktig faktor for å tilrettelegge for et helsefremmende arbeidsmiljø, slik at grunnleggende behov ble tilfredsstilt. Produksjonspress og kommunikasjonsvansker i forhold til de nære samarbeidspartnere var faktorer som opplevdes som demotiverende og kunne noen ganger skape mistillit. Kollegastøtte spilte en avgjørende rolle i anestesisykepleierens opplevelse av et godt arbeidsmiljø. En sammenfattende modell ble utviklet som beskriver grunnforutsetninger for utøvelse av sitt fag, hinder og begrensninger, opplevelsen av optimal pasientbehandling og ledelsens overordnede påvirkningspotensiale på både de positive og negative faktorene.

**Konklusjoner:** Studien viser at flere viktige faktorer medvirker til at arbeidsmiljøet oppleves som helsefremmende for anestesisykepleiere. Ledelsen er en viktig faktor og den bør være mer aktiv ved å gi forsvarlige rammer for drift, og i større grad initiere helsefremmende tiltak og motivere til bedre samarbeid mellom profesjonene. Andre viktige faktorer for trivselen var det selvstendige arbeidet og det tverrfaglige samarbeidet om pasienten.

Nyckelord

anestesisykepleier, arbeidsplass, helsefremmende, ledelse.



## Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis Health promoting collaboration - an important factor of well-being in anaesthesia nursing. A qualitative study of anaesthesia nurses` experience of their working environment.				
Author Gertrud Averlid				
Author's position and address Department nurse of anesthesia unit 2, Oslo University Hospital, Rikshospitalet				
Date of approval October 30, 2009			Supervisor NHV/External Susanna Bihari Axelsson	
No. of pages 54	Language – thesis Norwegian	Language – abstract English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-85721-75-7

<p>Abstract</p> <p><b>Background:</b> The 2006 employee survey from Anaesthesia Unit 2, at Oslo’s Rikshospital, revealed low scores regarding anaesthesia nurses` opportunity to influence their own work situation.</p> <p><b>Purpose:</b> This study aimed to examine work factors that anaesthesia nurses perceive health promoting and to analyze how hospital leadership could initiate a healthier work environment. The value of this assessment is that factors that promote a healthy work environment for anaesthesia nurses will become visible to department management.</p> <p><b>Method:</b> A qualitative method was used, which included interviews with fourteen anaesthesia nurses, working in six different departments. A modified Grounded Theory was applied as a method for analysis.</p> <p><b>Result:</b> Analysis of the interviews yielded a core category: <i>Cooperation for Better or Worse- Anaesthesia Nurses` “Ticket” in the Workplace</i>, and three categories: <i>Leadership, An Organizer of Conditions; Well-being in an Operations Environment and Clarity of Roles</i>.</p> <p>The core category illustrates the coordinated entirety that anaesthesia nurses consider a safeguard in relation to the patients and other professions. Nurses described great satisfaction in their work as well as an inkling that differences can occur. Leadership was crystallized as an important factor in facilitating a healthy working environment that satisfies basic personal and professional needs. The respondents perceived production pressure and communication difficulties with close collaborators, as demotivators that sometimes caused lack of trust. Collegial support was a crucial factor in creating the perception of a good working environment. A model was developed, which illustrates the basic conditions of practicing the profession, obstacles and restrictions, how nurses experience optimal patient care and fundamental and potential influence of department leadership on both positive and negative factors.</p> <p><b>Conclusions:</b> The study shows that several important factors contribute to a healthy working environment for the anaesthesia nurses. Leadership should work more actively toward developing a justifiable framework of management and initiating health promoting efforts that motivate better cooperation between team members. Other important factors for well-being in the workplace included independent work and interdisciplinary collaboration around patient care.</p>
<p>Key words Nurse anesthetists, workplace, health promotion, leadership, management.</p>

## Innhold

1. INTRODUKSJON .....	5
2. BAKGRUNN .....	5
2.1. Anestesisykepleierens yrkesrolle.....	5
2.2. Tidligere forskning .....	7
3. HENSIKT OG SPØRSMÅLSTILLING .....	7
4. KONSEPTUELLE OG TEORETISKE RAMMER .....	7
4.1. Folkehelseperspektivet .....	8
4.1.1. Helse og helsefremmende arbeid .....	8
4.1.2. Helse i arbeidslivet.....	9
4.1.3. Helsefremmende organisasjon og sykehus .....	10
4.1.4. Helsefremmende ledelse .....	11
4.1.5. Genus i helsesektoren .....	12
4.2 Organisatorisk perspektiv .....	13
4.2.1. Ledelse .....	13
4.2.2. Teamarbeid .....	16
4.2.3. Samarbeid .....	18
4.2.4. Læring/refleksjon .....	19
5. METODE.....	20
5.1. Studiedesign .....	20
5.1.1. Grounded Theory .....	21
5.2. Gjennomføring av studien.....	21
5.2.1. Utvalg av deltagere til studien .....	21
5.2.2. Kvalitativ intervju.....	23
5.2.3 Analyse.....	23
5.3. Validitet og pålitelighet .....	24
5.4. Etske overveielser .....	25
6. RESULTAT .....	25
<b>Samarbeid på godt og vondt, anestesisykepleierens lodd i yrkeslivet .....</b>	<b>27</b>
Ledelsen som premissleverandør.....	29
<i>Ledelsens syn på helse.....</i>	<i>29</i>

<i>Tilretteleggelse</i> .....	30
<i>Fysiologisk og psykologisk behovsdekking</i> .....	31
Trivsel i et operasjonsmiljø .....	31
<i>Variasjon og uforutsigbarhet</i> .....	32
<i>Teamarbeid</i> .....	33
<i>Verdisetting</i> .....	34
Rolleklarhet .....	35
<i>Erfaring</i> .....	36
<i>Ordinering</i> .....	36
Sammenfattende modell .....	37
7. DISKUSJON .....	38
7.1 Diskusjon av resultatene .....	39
Ledelsen som premissleverandør .....	39
Trivsel i et operasjonsmiljø.....	42
Rolleklarhet.....	45
7.2. Diskusjon av metode.....	47
7.2.1 Generell metodediskusjon.....	47
7.2.2. Validitet og pålitelighet.....	48
7.2.3. Overførbarhet .....	49
8. KONKLUSJON .....	49
9. TAKK .....	50
10. REFERANSER .....	50
11. VEDLEGG.....	54
11.1 Intervjuguide .....	54

# 1. INTRODUKSJON

Arbeidsplassen er en viktig arena for folkehelsearbeid. At ledelsen har tilstrekkelig forståelse og kunnskap om hvilke faktorer som er med på å fremme medarbeidernes helse er i dag mer påkrevd da store deler av døgnetimer tilbringes på arbeidsplassen. Hvis ledelsen har ett holistisk syn på medarbeideren kan det medvirke til økt trivsel, mens et ensidig fokus på individet som kun produksjonsmedarbeider kan gi belastninger av både psykisk og fysisk art, hvilket kan gi ugunstige konsekvenser for helsen (1).

I dag vet man at til tross for at myndighetene har vedtatt tiltak for å minske sykefravær, blant annet gjennom reformen inkluderende arbeidsliv (2), har man ikke kunnet snu den negative trenden. Forskning har vist at andre faktorer enn sykdom kan være en determinant for sykefravær som for eksempel sosial status. Det trenger ikke å være en direkte årsakssammenheng mellom sykdom og sykefravær, og dagens ledere må i større grad ta hensyn til andre forhold enn kun de arbeidsmessige (3).

Faglig og personlig utvikling i arbeidssammenheng er med på å gi økt selvfølelse og trygghet i arbeidssituasjonen. Vedlikehold og forbedring av kompetanse er ofte påkrevd på arbeidsplasser generelt og sykehus spesielt. De befinner seg i stadig endring blant annet gjennom teknisk utvikling og nye behandlingsmetoder (4).

Anestesisykepleiefaget er til tider preget av stort arbeidspress og mye selvstendig arbeid, samtidig med en varierende grad av uforutsigbarhet. Anestesisykepleieren er underordnet anestesilegen, og utfører oppgaver på ordinasjon, men er samtidig i følge loven ansvarlig for egne sykepleieroppgaver og alle handlinger utført etter legens ordinasjon (5). Arbeidsoppgavedeling er en kjent kilde til konflikt og kan være tilstede i denne kontekst, såkalt domenekonflikt (6).

Egne erfaringer både som anestesisykepleier og leder for anestesisykepleiere har skapt interesse for helsefremmende ledelse og dets mulighet for å skape bedre arbeidsvilkår for anestesisykepleiere, i henhold til fysisk og psykisk helse. Egne erfaringer og kollegers fortellinger har inspirert til å tenke helsefremmende også ut fra et utviklingssynspunkt. Det er kjent at utvikling gir større grad av mestring og tilfredshet hos medarbeidere. Et aktiv læringsmiljø i det daglige er en investering som bidrar til økt følelse av håndterbarhet for individet, som kan medvirke til en sterkere ”følelse av sammenheng”(KASAM)(7).

## 2. BAKGRUNN

### 2.1. Anestesisykepleierens yrkesrolle

Historisk sett var det sykepleiere som var såkalt ”narkosesøster” eller narkotisør”, når kirurgen trengte bedøvelse til operasjonspasienter. Helt frem til 1940 brukte man åpen maske med drypping av kloroform eller eter. Basale kontroller av puls og respirasjon ble fulgt nøye av sykepleieren, kirurgen hadde det medisinske ansvaret.

Fra 1947 ble intravenøse barbiturater (sovemiddel) tatt i bruk, de hadde kort innsovningstid i forhold til eter og ble revolusjonerende for kirurgien. Anestesifaget utviklet seg videre alt hurtigere og nye og bedre metoder for overvåking og anestesiformer ble tatt i bruk. Etter andre verdenskrig ble anesthesiologi en medisinsk spesialitet for norske leger og anesthesisykepleierne fikk sin spesialutdannelse i 1965 (8).

I dag er en anesthesisykepleier i Norge utdannet sykepleier, med 18 måneders videreutdannelse i anesthesisykepleie. Anesthesisykepleiers arbeid består av en fra lege ordinert anesthesiologisk arbeidsoppgave og en sykepleierfunksjon. I følge Norsk Standard for Anestesi (9), er en anesthesisykepleier utdannet til å gjennomføre anestesi på ellers funksjonsfriske pasienter, samt å overvåke pasienter under regional anestesi og sedasjon (selvpustende pasient som får smertestillende og/eller beroligende medikamenter). Ved anestiseforløp som avviker fra det forventede, er det anesthesisykepleierens plikt snarest å varsle ansvarlig lege, det er også legen som bestemmer anestisiformen (9).

Anesthesisykepleier arbeider i team, men er underordnet både leger med spesialistkompetanse i anesthesiologi (overleger) og leger under utdanning i anesthesiologi (assistentleger). Assistentlegene har en praksis fra faget som varierer mellom noen måneder til noen år, mens deres teoretiske kunnskaper er omfattende.

I følge Anesthesisykepleierne Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF) funksjonsbeskrivelsen (10) for anesthesisykepleiere, skal anesthesisykepleier utføre sitt arbeid ifølge Helsepersonellovens (11) krav om faglig forsvarlighet.

*"Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig"* (Helsepersonelloven 1999, kap.2 § 4).

Loven understreker betydningen av at pasienten har krav på å behandles av personale med adekvat kompetanse. I særlig grad henviser loven til realkompetanse og i mindre grad til formell tilknytning til bestemte profesjonsgrupper. Forsvarlighetskravet innebærer blant annet, at helsepersonell som utgangspunkt ikke skal påta seg oppgaver de ikke er kvalifisert for. Det er ikke et krav om den optimale tilstanden. En anesthesisykepleier kan oppfylle forsvarlighetskravet (ha tilstrekkelig kompetanse), selv om anestesilegen har høyere formell kompetanse (5). Anesthesisykepleier har et eget ansvar for sykepleierfunksjonen og skal i samarbeid med avdelingsledelsen, koordinere egen virksomhet og samarbeide med andre faggrupper (10).

I andre nordiske land (Sverige og Danmark) har man samme grunnutdannelse til sykepleier i 3 år, men lengden på videreutdannelsen kan variere fra 1-2 år. Deres arbeid består av en, fra lege delegert anesthesiologisk del og en selvstendig sykepleiefaglig del. Noen mindre forskjeller i hva som inngår i anesthesisykepleierens kompetanseområde finnes i de forskjellige nordiske land, men er av en slik karakter, at den har liten innvirkning på den praktiske utførelsen av anesthesisykepleierfaget.



## 2.2. Tidligere forskning

Nordisk forskning vedrørende det spesifikke temaet helsefremmende ledelse i anestesisykepleierfaget, ble ikke funnet etter søk i databaser som PsycINFO, ERIC, PubMed, kun forskning relatert til anestesisykepleiere og stress.

I en amerikansk undersøkelse av anestesisykepleiere fra 2005, identifisertes flere stressfaktorer slik som stor arbeidsbelastning, produksjonspress, bemanningsproblematikk og tidspres. Opplevelsen av stor arbeidsbelastning ble forklart delvis med stort produksjonspress. Bemanningsproblem og små muligheter for å ta pauser for restitusjon, opplevdes også som belastende. Den største stressfaktoren var interpersonelle relasjoner slik som legenes holdninger, arbeidspolitikk og medarbeideres neglisjering av å oppfylle sine plikter (12).

Forskning vedrørende helsefremmende ledelse er ofte vinklet fra den andre side, altså fra lederens ståsted. Nilsson (13) spørsmålsstilte i sin undersøkelse blant ansatte sjefer på sykehus følgende: ” *Vilka chefsegenskaper kan relateras till hälsofrämjande ledarskap?*”, lederstilen ”motivator” skåret høyest. Karaktertrekk for ”motivatorstilen” var en høy følelse av sammenheng i arbeidsopplevelsen, evne til å delegerer arbeid i stor utstrekning og en positiv holdning til utvikling og endring.

## 3. HENSIKT OG SPØRSMÅLSTILLING

Hensikten med studien var å kartlegge hvilke faktorer i anestesisykepleiernes arbeidssituasjon, som oppleves som helsefremmende.

Følgende spørsmålsstillinger ble formulert:

- Hva opplever anestesisykepleiere som helsefremmende i sitt arbeidsmiljø?
- På hvilken måte mener anestesisykepleiere at ledelsen kan bidra til et helsefremmende arbeidsmiljø?

Det overordnede målet med studien var å gi ledelsen kunnskap om anestesisykepleiernes arbeidssituasjon, for å kunne bidra til et helsefremmende arbeidsmiljø.

## 4. KONSEPTUELLE OG TEORETISKE RAMMER

Studien omhandler både helse og organisasjon. Derfor kommer dette avsnittet til å belyse viktige begreper og teorier som er nødvendige ut ifra både et folkehelse- og et organisasjonsperspektiv.

## 4.1. Folkehelseperspektivet

I denne del av oppgaven belyses helsens og det helsefremmende arbeidets betydning, både uti fra individ- og organisatorisk perspektiv.

### 4.1.1. Helse og helsefremmende arbeid

Ifølge Rydqvist og Winroth (14) kan helse ses ut fra flere dimensjoner, psykologiske, fysiske, sosiale og eksistensielle, slik gjøres en forskjell mellom kroppslig- og mentalt opplevd helse. Velbefinnende er dagligtale og relateres til kroppslig helse mens ”å føle seg vel” har med individets oppfattelse å gjøre. Rydqvist og Winroth (14) mener det er tre arenaer som har innflytelse på personlig helse. Den første er miljøet vi lever i og omfatter relasjoner, arbeid, samfunn, kultur og fysisk miljø. Den andre er genetiske faktorer, som for eksempel arvelig sykdom. Den tredje er vaner og livsstil slik som livsmiddels preferanser, fysisk aktivitet, søvn, samt tidsbruk og verdier.

World Health Organizations (WHO) definisjon fra Sundsvallsdeklarasjonen (15) beskrives det fysiske, psykiske -, sosiale -, økonomiske - og det politiske miljøets støttende aktiviteter for forbedret helse hos individet.

*” Supportive environments for health offer people protection from threats to health, and enable people to expand their capabilities and develop self reliance in health, they encompass where people live, their local community, their home, where they work and play, including peoples resources for health, and opportunities for empowerment”* ( 15 s. 20).

I følge sosiologen Antonovsky (16) beveger individet seg på et kontinuum, mellom det å være syk eller å være frisk. Slik som ordet beskriver er det ikke noe statisk tilstand, uten veksler fra individ til individ og fra tid til annen. Ut fra et salutogent ståsted tenker man i termer av faktorer som fremmer bevegelse mot det friske.

På 1970-tallet beskrev Antonovsky (16) den salutogena modell, ”en følelse av sammenheng” (KASAM), som innbefatter individets opplevelse av tilværelsen som begripelig, håndterbar og meningsfull og som kan defineres på følgende måte:

*”Känslan av sammanhang är en global hållning som uttrycker i vilken utsträckning man har en genomgripande och varaktig men dynamisk tillit till att ens inre och yttre värld är förutsigbar, och at det finns en hög sannolikhet för at saker och ting kommer at gå så bra som man rimligen kan förvänta sig”* (16 s.17).

KASAM refererer til individets måte å mestre faktorer slik som stress, eller vanskeligheter av annen art. Individer med sterkt KASAM bedømmer en stressituasjon som mer positivt og mindre truende og konfliktfylt enn et individ med svakt KASAM. Individet har en trygghet i at ting skal ordne seg til det beste, og ressurser til å håndtere situasjoner, slik at det som er uklart kan bli forståelig og utgjøre en ressurs. Sterkt KASAM anses å predikere for bedre mestring og større forståelse for utfordringer som ligger foran individet, samt innsikt i å se tilgjengelige mestringsressurser.

Mål for helsefremmende arbeid er i følge Ottawa Chartret fra 1986 (17):

*”å bedre helse, velbefinnende og livskvalitet, det er en prosess som gjør mennesket i stand til at i høyere grad være herre over og forbedre eget helsetilstand ”(17 s.1).*

Dokumentet ble utformet av WHO i 1986 og skulle gi støtte for organisasjoner i arbeidet med psykiske så vel som psykososiale miljøfaktorer, og dets påvirkning på menneskers helse. Sitatet belyser at helsefremmende arbeid kan mobilisere ressurser hos individet, og gi helsegevinst ikke bare for den enkelte, men indirekte for arbeidsplassen og samfunnet.

I helse - og sosialsektoren har man en høyere fraværshfrekvens enn øvrige næringer, ca 10 % mens øvrige næringer har ca 7 % (18). I 2006 var sykefraværshfrekvensen på hele Rikshospitalet på ca 10 % mens anestesivdelingsens sykefraværshfrekvens varierte mellom 7,5 - 12,5 % (sommermånedene juli og august unntatt), statistikken beregnet ikke fravær for sykt barn (19).

De seneste forskningsresultatene fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (3) i 2008, bekrefter fortsatt høyere sykefravær i helse- og sosialsektor, spesielt når det gjelder langtidssykefravær. I denne gruppe er også yngre kvinner (30- åringer), en stor andel. Fraværet blant de yngre kvinnene var til stor del svangerskapsrelatert. Hvis man trekker ut sykefraværet i helsenæringen i et større perspektiv, med ca 260.000 ansatte (20), er en stor andel av arbeidsstyrken borte fra jobb daglig. Det kan sees som et folkehelseproblem av relativt stor skala.

I Luxemburg-deklarasjonen (21) gis retningslinjer for hvordan folkehelsearbeide i organisasjoner kan fremme medarbeidernes helse. Det kan blant annet nåes gjennom forbedring og tilretteleggelse av arbeidsmiljø, slik at for eksempel seniorer og gravide gis tilpasning etter fysiske og psykiske forutsetninger. Ledere må se til medarbeidernes holistiske helse, det vil si, fysiske - psykiske - og sosiale faktorer bør sees som samlede ressurser organisasjonen bør investere i. Ledelsen i en organisasjon har ansvar for å tilegne seg kunnskap og forståelse for hvilke faktorer innen organisasjonen som influerer på medarbeidernes verdier og holdninger omkring helse og utvikling (1).

#### **4.1.2. Helse i arbeidslivet**

Arbeidsplassens helsefremmende aktivitet er alt det som gjøres for å forbedre helse og velbefinnende for individet. Fokuset er rettet mot å gi individet mulighet å generere helsebringende tiltak. Hanson (22) poengterer i sin undersøkelse at individets økede innflytelse over sitt arbeid, medfører samtidig økede krav i arbeidslivet. Mens kravene på fleksibilitet øker, minsker ressursene til personalutvikling. Sykehusorganisasjoner bærer preg av høy endringshastighet, det krever tilstrekkelige ressurser hos individet for å kunne utføre et bra arbeid, samtidig trenger individet overskudd etter arbeidshagens slutt, slik at fritiden føles meningsfull.

Hanson (22) påpeker videre at individets kompetanse er en viktig ressurs, den kan utvikles gjennom delegering. Det innebærer at oppgaver og ansvar fordeles på flere personer. I delegering finnes et utviklingspotensial, fordi ansvar leder til både motivasjon og engasjement hos den som blir tildelt det. Delegering gir organisasjonen en mulighet til fornyelse og utvikling hos medarbeiderne. Å gi ansvar til de som er

nærmest hendelsenes sentrum bidrar også til fleksibilitet. I de situasjoner delegering ikke er mulig, kan tilsvarende effekt oppnås gjennom økt delaktighet i beslutninger og arbeidsmåter på arbeidsplassen.

Helse på arbeidsplassen fokuserer ikke kun på individets livsstil og reduksjon av helserisiko, men også på de helsefremmende fordeler en organisasjon kan oppnå gjennom bred deltagelse som omfatter både ”bottom up - top down” perspektivene. Følelsen av å kunne påvirke sin arbeidssituasjon er en sterkt helsefremmende faktor (22).

I en rapport fra svenske Arbetslivsinstitutet i 2005 (23) konkluderes det med at, ledere har stor betydning for oppgave, kontroll og sosial support som beskrives i Karasek/Theorell (24) modell og dets innflytelse på underordnedes helse. Veldokumentert er også i følge denne rapport at, det å gi omtanke og at bekreftelse øker velbefinnende og er viktige helsefremmende egenskaper som en leder bør inneha.

Antonovskys (16) KASAM modell er også aktuell i arbeidslivet. Da det i arbeidssammenheng stort sett alltid finnes faktorer som bidrar til arbeidstilfredshet og faktorer som bidrar til arbeidsutilfredshet. I denne kontekst omhandler begripbarhet, i hvilken utstrekning man opplever at informasjon og inntrykk i tilværelsen som er noenlunde fornuftsmessige, gripbare, strukturerte og forutsigbare, slik at individet har en stabil mulighet å bedømme og forstå virkeligheten. Håndterbarhet bygger på opplevelse av at det finnes tilstrekkelig med ressurser, som muliggjør handling ut fra de krav som stilles til en. Meningsfullhet omhandler motivasjonsfaktorer, og svarer på spørsmålene - hvorfor må jeg gjøre dette? hva gir det meg? Oppgaver kan enten oppleves som tunge byrder, eller som en utfordring verdt å engasjere seg i. Meningsfullhet har en sterk følelsemessig betydning for mennesket (25).

Å integrere helsefremmende arbeid på arbeidsplassen kan være vanskelig. Man er tradisjonelt ikke enig om hvem som har ansvaret for medarbeidernes helse. Ofte relateres ansvaret til en arbeidsmiljøavdeling, verneombud eller hos individet selv. I organisasjoner som har arbeidet med helsefremmende arbeid på arbeidsplassen, har man innsett at helse kan kobles sammen med flere aktiviteter enn man tidligere har antatt. Helse kan integreres i beslutningsfattende policyer, virksomhetsplaner og mål. Slik planlegging må forankres i medarbeiderne og kan resultere i kompetanseutvikling, ledelsesutvikling, kvalitetsarbeide, arbeidsplassgrupper og medarbeidersamtaler (22).

#### **4.1.3. Helsefremmende organisasjon og sykehus**

I Luxemburg-deklarasjonen (21) fra 1997 løfter man frem mål for helsefremmende organisasjoner, disse kan nås gjennom forbedring av arbeidsmiljø og organisering samt fremme medarbeidernes medvirkning og personlige utvikling. Helsefremmende organisasjoner bør ha en lempelig balanse mellom krav i arbeidet, medarbeideres mulighet til egenkontroll, sosial støtte samt tilfredsstillende kompetansenivå (25).

Norske helsefremmende sykehus (NHFS) (26) ble etablert i 1998 og inngår i WHO's Health Promoting Hospitals (HPH) (27), med opprinnelse i Ottawa Charter (17) i 1986. Det bygger på ideen om at helsetjenesten i økende grad må utvikle seg i

helsefremmende retning, utøver klinisk og kurativ pasientretter virksomhet skal organisasjonen virke for en personalpolitikk og personalomsorg som er helsefremmende.

Grunnet økende innsidens av kroniske sykdommer så er forebyggende og fremmende helsearbeid, en viktig faktor for opprettholdelse av helse og livskvalitet. HPH har som målsetting å endre sykehuskulturen, slik at pasientbehandlingen i større grad er interdisiplinær med økt pasientmedvirkning - evaluering av helsefremmende aktiviteter og å bygge erfaringsbasert læring omkring dem, samt inkorporere standarder og indikatorer, for eksisterende kvalitetssystemer i sykehus og på nasjonalt nivå (27).

#### **4.1.4. Helsefremmende ledelse**

Helsefremmende ledelse er å arbeide ut fra et helsebringende perspektiv. Det vil si at lederen utgår fra det friske og finner de faktorer som fremmer og styrker helsen hos medarbeiderne. Ferdigheter og egenskaper for en helsefremmende leder karakteriseres av balanse mellom krav og kontroll, støtte (coaching, tilstrekkelige ressurser), balanse mellom belønning og ytelse, balanse mellom autonomi og struktur. Helse fremmende ledere bør medvirke til læring og utvikling, derfor må lederen skape forutsetninger og aktiviteter i denne retning. Dessuten bør lederen gi medarbeidere mulighet til å være delaktige i beslutninger som har innvirkning på den egne helsen (16).

På 80-tallet gjorde Bass (28) gjennom empirisk forskning nye teorier om lederskap kjent, slik som transformatorisk (= forandringsledelse) og transactional ledelse. Den transformatoriske ledelsesteorien baserte seg på at lederen skulle fokusere på forandringsbehov og effektivt håndtere motstand mot forandring - være forandringsagent, samt kommunisere visjoner og bygge opp engasjement for å gjennomføre forandringer, gi mennesker makt og innflytelse i forandringsprosessen (empowerment). Transactional ledelse er knyttet opp mot belønninger for å motivere og stimulere underordnede til å utføre arbeidsoppgaver, idet lederen har en mer avventende holdning, det kan også innebære straff og korreksjon (29).

I dag er fornyelse og forandring en naturlig ingrediens i mange - både private og offentlige organisasjoners ståsted. Nye ledelsesmodeller har utviklet seg til å tilfredsstillende disse krav. Sykepleie har sitt utspring i et humanistisk og holistisk syn, sykepleieleidelse er mest sannsynlig influert i samme retningen og har dermed mer fokus på menneskene i en organisasjon. Sykepleieleidelse har i følge Sellgren, Ekvall, Tomson (30) en større korrelasjon til transformatorisk enn til transactional ledelse. Samtidig uttrykker medarbeidere i følge Sellgren et al. (30) et ønske om en mer klar lederstil enn det lederen selv tror han/hun innehar. Personalet etterlyste en mer aktiv ledelse.

I en svensk studie av Arwerson, Roos, Bjørklund (31) fra 2007 ble det identifisert flere komponenter som karakteriserer en helsefremmende arbeidsplass, ledelse var en viktig komponent. Andre komponenter var kommunikasjon mellom ansatt og ledere, å være etterspurt, å ha mulighet til utvikling og læring for å kunne håndtere nye krav. Å arbeide i en organisasjon som hadde godt renommé, var faktorer som relatertes til helsefremmende ledelse.

I 1996 anbefalte American Association of Nurse Anesthetists (AANA)(32) fremtidens yrkesaktive sykepleierlederes adferd for å bidra til meningsfullhet og økt behovstilfredsstilling for individet:

*” Learn to be a change leader, settle for no less than world class standards of excellence at all time, and accept as a moral imperative and a sacred trust that one’s work must contribute to the meaning of people’s lives and that the organization’s should be in service to humanity’s greater needs”* (32 s. 373).

I utøvelse av helsefremmende ledelse er empowerment en viktig ingrediens. Empowerment kan beskrives som den indre motivasjon og mestringsevne en person føler at den har, som blant annet påvirkes av lederens adferd, jobb karakter, organisasjonsstruktur, samt egne behov og verdier. Ledere kan stimulere til økt empowerment på forskjellige måter, som for eksempel gjennom involvering av medarbeidere i beslutninger. Involvering er også nødvendig for implementering av beslutninger som er fattet. Videre kan lederen delegerer ansvar og myndighet i viktige oppgaver. Lederen bør se den enkelte medarbeideres motivasjons - og kompetansenivå, samt virke for minsket byråkrati og unødvendig kontroll (29).

Å forbedre rolletilfredshet og gi organisatorisk støtte og empowerment for sykepleierledere bør i følge Allison, Heather, Laschinger (33), være en prioritert oppgave for helseorganisasjoner i fremtiden. Allison et al. konkluderte med at mellomledere var mer tilfreds med sin rolle og følte seg sterkere i det egne arbeidsmiljøet, etter økt organisatorisk støtte og innføring av empowerment. De hadde en større sannsynlighet for å gi støtte og veiledning til medarbeidere som utførte det daglige pasientarbeidet.

Anestesisykepleiefaget er som tidligere nevnt, et arbeid som utføres etter legens ordinasjon (tidligere delegering), etter faglig forsvarlighetskravet, reell kompetanse og med en selvstendig sykepleierfaglig del. Hva med å være delaktig i en arbeidssituasjon som ikke føles riktig uti fra legens ordinasjon, i henhold til eget etisk ståsted, anestesifaglig og/eller rent menneskelig? Er ledelsens krav om å produsere effektiv og gi fleksibel service til andre enheter, forenlig med en god utførelse av anestesisykepleiefaget? I følge Viitanen, Wiili- Peltola, Tampusi- Jarvala, Letho (34) er sykepleierleder altfor opptatt av teknikk og effektivitet. Fokus er fremfor alt på ansatte og dermed forståelig nok altfor lite på fag, går det å kombinere?

Utvikling innbefatter mulighet til oppdatering i faget, styrke anestesisykepleiens kunnskaper og identitet (empowerment) for å få mulighet til å være ” med på laget” spesielt i forhold til anestesilegene, men også i egen faggruppe og å føle at man mestrer sin arbeidssituasjon og gir god pasientbehandling med høy kvalitet.

#### **4.1.5. Genus i helsesektoren**

Tre ganger så mange kvinner som menn arbeider innen helse og sosialsektoren (20). Anestesiavdelingen på Rikshospitalet i Oslo har ca 11 % mannlige anestesisykepleiere. Men variasjonen er stor, de små sykehusene har oftest et mindre antall mannlige anestesisykepleiere, mens de største universitetssykehusene har ca 30 % menn.

Sammenlignet med alle andre retninger innen sykepleierfaget, er mennene mest representert innen anestesifaget.

Det er gjort antagelser om at mannlige sykepleiere i høyere grad interesser seg for anestesien grunnet de tekniske utfordringene i faget. Disse antagelser begrunnes med at, mennene tradisjonelt har større interesse for den teknologiske sfæren. I teamarbeids - sammenheng kan det i større grad oppstå konkurranse når sykepleiere og leger av samme kjønn skal samarbeide om oppgavene. Gran Bruun og Grell Ulrik viste i sin "Master of Public Health" (MPH) fra 2008 (35) at det fantes en tendens til at kvaliteten på arbeidet ble bedre ivaretatt da teamet besto av representanter fra begge kjønn, i det det skjedde et tap av samlet kompetanse når teamets medlemmer besto av det samme kjønn. Dette var mest fremtredende når to menn arbeidet i team, mens tapet var mindre uttalt når to kvinnelige teamarbeidere utførte arbeidesoppgavene sammen.

Sykepleiefaget er som kjent et kvinnedominant yrke, av naturlige grunner er også sykepleieledere kvinner i stor utstrekning ettersom de rekrutteres fra egen profesjon (30). Tidligere forskning har vist at lederstil kan påvirkes av genus, kvinner er mer disponert for å bruke transformatorisk lederstil enn menn (36).

## 4.2 Organisatorisk perspektiv

I denne del av oppgaven belyses fire områder: ledelse, teamarbeid, samarbeid og læring, dette er viktige kunnskapsområder i en organisasjon, der forutsetningene for å løse kvalifiserte arbeidsoppgaver er en stor grad av samhandling. I et anestesimiljø er det mange oppgaver som må løses i felleskap for å gi best mulig pasientbehandling.

### 4.2.1. Ledelse

Ledelse forekommer i de fleste former der mennesker er sammen. I følge Bryman (37) er ledelse en sammenhengende rekke av handlinger som har til hensikt å utøve innflytelse på en gruppe mennesker, slik at gruppen kan sette mål og nå disse.

I 1995 presenterte Kanter (38) i sin forskning, teorier om fremtidens ledere og et høynet nivå på utøvelsen av ledelse, å strekke seg mot "verdens klasse nivå" var uttrykk hun brukte. Hun lanserte blant annet begrepet om de tre C-ene, hvilke sto for (oversatt): konsepter, kompetanse og forbindelser (connections). Konsepter sto for å ha kjennskap til den beste og seneste utviklingen og kunnskapen, inklusive kunnskap om brukere og konkurransefortrinn. Det inkluderer også evne som rask og kontinuerlig forandringsdyktighet for å møte utfordringer. Empowerment prinsippet brukes for å styrke medarbeidere slik at innovasjonen går raskere. Kompetanse sto for høy standard ved ansettelse, samt investering i utstrakt videreutdanning og praksistrening. Forbindelser stod for lederens evne til å utvikle nettverk og allianser for best mulig ressursutnyttelse.

Yukl (29) beskriver fire brede ledelseskategorier som er inndelt i underkategorier, disse illustrerer konkrete nivå – og handlingsmotiv hos lederen. Kategorier og underkategoriene refereres og beskrives kortfattet nedenfor.

#### 1. Bygge og vedlikeholde relasjoner

- *Nettverksbygging og informasjon*; for å sikre seg mulighet til å gi råd og hjelp til sine medarbeidere.
- *Støtte og vise omtanke*; støtte gis i forhold til medarbeidernes kompetanse.
- *Konflikt og teambygging*; lederen bør arbeide for konstruktive løsninger og medvirke til et effektivt samarbeid mellom mennesker.

#### 2. Fatte beslutninger

- *Planlegging og organisering*; kreves i varierende grad avhengig av på hvilket nivå i hierarkiet lederen befinner seg. På høyere nivå fastsettes overordnede strategier og prioriteringer mens lederen på lavere nivå i stor grad må planlegge, og organisere innen de rammene som er fastsatt på høyere nivå.
- *Problemløsning*; har som hovedmål å opprettholde stabil drift, og gjennomføre planer og forbedringer som tidligere er planlagt. Lederen reagerer og agerer som problemløser.

#### 3. Samle og gi fra seg informasjon

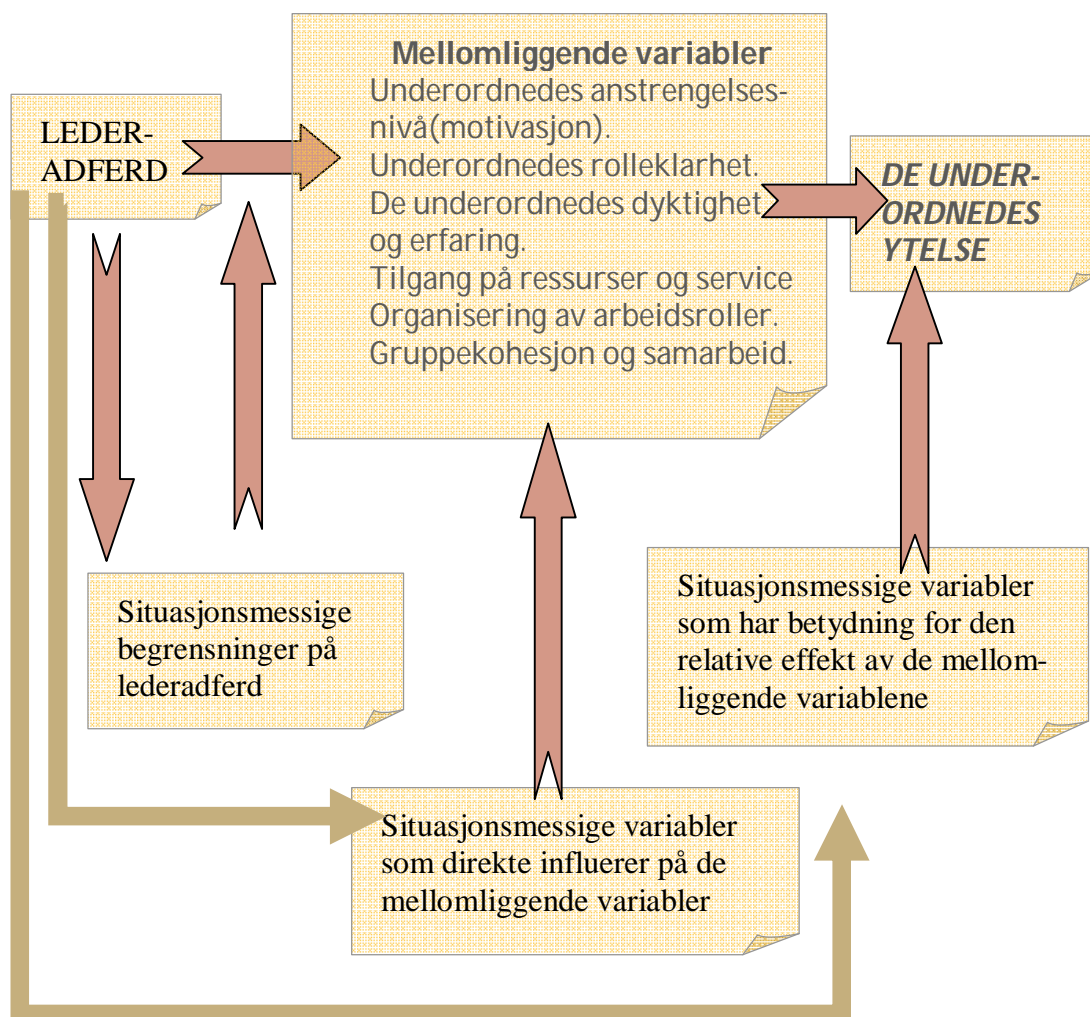
- *Informere*; samle og gi fra seg informasjon om beslutninger, planer og aktiviteter til medarbeidere som trenger det i sitt arbeid.
- *Klargjøre roller og mål*; kommunisere en klar forståelse for hvilket ansvar og forventinger som stilles til medarbeideren.
- *Overvåke*; for effektiv framdrift og god kvalitet.

#### 4. Øve innflytelse på mennesker

- *Motivasjon*; anses som essensen i lederskapet. Lederen bør bruke sin personlige innflytelse for å skape entusiasme, engasjement, forpliktelse i forhold til de oppgavene som skal utføres.
- *Anerkjennelse og belønning*; med formål å motivere, klarere forventninger om ytelse og øke jobbtilfredshet.



All ledelsesadferd foregår alltid i en kontekst eller i en situasjon. Hvilke slags påvirkningsmulighet lederen har avhenger av hvor i hierarkiet lederen befinner seg. Yukl (29) beskriver i sin "multi linkage" – modell (Figur 1), lederadferd sammen med situasjon og organisasjonsinterne faktorer lederen kan forsøke å påvirke. Det er knyttet tre hovedkategorier til denne modell som har betydning for effektiviteten.



Figur 1. Lederens adferd, mellomliggende variabler og situasjonsvariabler, i følge Yukl (29 s. 229) "The multipel linkage"

De mellomliggende variabler belyser det ("noe") som er mellom lederadferd og organisasjonens effektivitet. De representerer individuelle - og gruppekjennetegn og dets forhold til avdelingen og den større organisasjonen. Lederens påvirkning på disse faktorene har med andre ord med resultatet og effektiviteten å gjøre. Situasjonsvariablene kan beskrives som den totale situasjon organisasjonen inngår i, den

setter grenser for hva lederen kan oppnå. Effektiviteten i lederadferd må derfor ses i sammenheng med den situasjon lederen befinner seg i.

#### 4.2.2. Teamarbeid

Et team skiller seg fra en gruppe ved at det i teamet har større grad av gjensidig avhengighet mellom aktørene mot et felles mål, og at de er enige at den eneste måten å nå målet på er å arbeide sammen (39). Teamarbeid kan defineres som: En samlet anstrengelse av to eller flere personer, eller gruppe. Personlig interesse og meninger er underordnet i forhold til enheten og gruppens effektivitet. Et effektivt og virkningsfullt teamarbeid går utover hva de individuelle krefter hver for seg kan prestere (40). Teamarbeidet i en operasjonsstue er en viktig komponent for effektivitet, pasientkvalitet og sikkerhet. Feiltagelser kan gi katastrofale følger og resultere i negative konsekvenser for pasient, pårørende, personale og hele organisasjonen (41).

Inndelingen av team kan gjøres på følgende måte: det multiprofesjonelle-, interprofesjonelle- og det transprofesjonelle team (42). I det multiprofesjonelle team utveksler man nødvendig informasjon, men oppgavene utføres av den enkelte med liten eller ingen påvirkning av de andre medlemmene. Planleggingen skjer på møter for å oppnå en felles forståelse. I det interprofesjonelle team skjer en gjensidig påvirkning, og en felles planlegging for god utnyttelse av profesjonenes kompetanse. Beslutningene er dialogbasert og arbeidsoppgaven løses i felleskap og resultatet bærer preg av at flere er involvert i oppgaveløsningen. I det transprofesjonelle team skjer en samhandling mellom ulike profesjoners teoretiske kunnskaper og praktiske erfaringer, slike prosesser kan fremme så vel faglig som personlig vekst, mao empowerment (42). Den anestesilogiske arbeidsplass består ofte av flere fagpersoner og derved kan alle tre team- konstellasjonene være representert.

Lauvås (39) representerer en annen inndeling og skiller på tverrfaglige og funksjonsorienterte team. Tverrfaglige team kjennetegnes ved at representanter fra ulike fag eller profesjoner er representert i teamet, mens funksjonsorienterte team utlukkende består av aktører fra samme faggruppe eller funksjon, som for eksempel lederteam. Det tverrfaglige team kombinerer kunnskap og ferdighetsområdene, teori og metoder som ingen enkeltperson innehar. Tverrfaglig teamarbeid forekommer i stor grad på en operasjonsstue der flere fagpersoner bidrar med sin spesialkunnskap. Anestesisykepleier og anestesilege arbeider sammen i team. Deres arbeidsoppgaver er tildels overlappende, derfor er det spesielt viktig å ha gjort en fornuftig oppgavefordeling på forhånd, slik at arbeidet blir mest mulig effektivt og faglig utfordrende for begge parter.

#### *Teamprosessen*

På 1960 tallet var Tuckman (43) en av de første som beskrev teamprosessens ulike faser som han kalte Forming, Storming, Norming og Performing. Med sin teori ønsket han vise hvordan mellommenneskelig adferd gjennomgikk forandring i løpet av prosessen.

Teambygging er en langvarig prosess og det innebærer at man må arbeide seg igjennom forskjellige hindringer. For at en gruppe skal fungere som team, må individene identifisere seg sterkt med hverandre.

I anestesiteamet inngår som regel en anestesilege og en anestesisykepleier, mens hele operasjonsteamet på operasjonsstuen i tillegg inkluderer to operasjonssykepleiere og en eller flere kirurger. Både i et operasjonsteam og anestesiteam veksler teammedlemmene fra pasient til pasient og fra dag til dag, slik at kjennskapen til hverandres kompetanse varierer og uforutsigbarhet kan til tider oppleves som belastende.

I en slik setting settes det store krav til gode kommunikasjonsevner. Å bedre arbeidet i tverrfaglige team kan medvirke til økt kvalitetssikring, og dermed gi pasienten en bedre behandling, samtidig som den bidrar til økt effektivitet i organisasjonen (39).

### *Konflikter*

Konflikter har basis i fra forskjellige kilder slik som, *sakskonflikter* kan omhandle hva teamets viktigste mål er eller tolkning av mål. Teammedlemmer kan oppleve konflikt i forhold til individualisert pasientomsorg, tid til egen fagutvikling og krav om kostnadseffektivitet såkalt *verdi- og vurderingskonflikt*. Bruk av knappe ressurser kan medføre en prioriteringskonflikt. Ulik personlig stil kan medføre spenninger mellom personer i en gruppe, og kan medføre *relasjonskonflikter*. Orvik (4) argumenterer for at slike konflikter ofte er de virkelige årsaken til motsetninger, selv om teammedlemmene bruker ”saklige” argumenter. Konflikter i team forekommer også mellom profesjoner, men også innen profesjonsgrupper. Leger og sykepleiere kan være fagligt dyktige hver for seg, mens de i samhandlingssituasjoner er uenige om mål eller behandlingsmåte, en såkalt *profesjonskonflikt*.

Konflikter i tverrfaglige team opptrer fra tid til annen. Trolig er konfliktene færre og mindre fastlåste i organisasjoner der man har tatt den pedagogiske utfordringen på alvor, som ligger i teambyggingsprosessen (39). Å utvikle arbeidsgrupper til team forutsetter at konflikter håndteres på en konstruktiv måte.

Konflikter kan skape dynamikk og kreativitet i gruppen, men kan også svekke kvaliteten hvis teammedlemmene reagerer med tilbaketrekking og manglende engasjement.

### *Teamledelse*

Hvis sykepleiere har rollen som teamledere, har hun/han plikt til å bidra til konstruktive konfliktløsninger. Dette er i følge arbeidsmiljøloven (44) forankret i autorisasjonen, i yrkesetikken og i bestemmelsene om arbeidstakerens plikter. Administrative ledere har en særlig plikt å bidra til å løse konflikter.

I følge Orvik (4) er teamledelse et felles ansvar for at teammedlemmenes ulike kompetanser blir verdsatt og brukt. Det er avgjørende at utfordringer og ferdigheter samsvarer, at flest mulig av medlemmene befinner seg innenfor en ramme som føles komfortabel, og mestrer sin rolle. Slikt bidrar til relasjonsbygging og teamutvikling. Øvretveit (45) skiller på formell og uformell teamledelse. Formell ledelse representerer organisasjonens autoritet og kan gi teamet hjelp. Mens uformell kun kan influere mennesker ut fra forskjellige kilder, slik som ekspertise, status, karisma og tillit. Den

formelle leder kan i tillegg utnytte de forskjellige elementene som den uformelle ledelsen representerer.

I den amerikanske tidskriften AANA fra 1996, omtaler Pollock og Gales (46) anestesisykepleieren som den naturlige lederen:

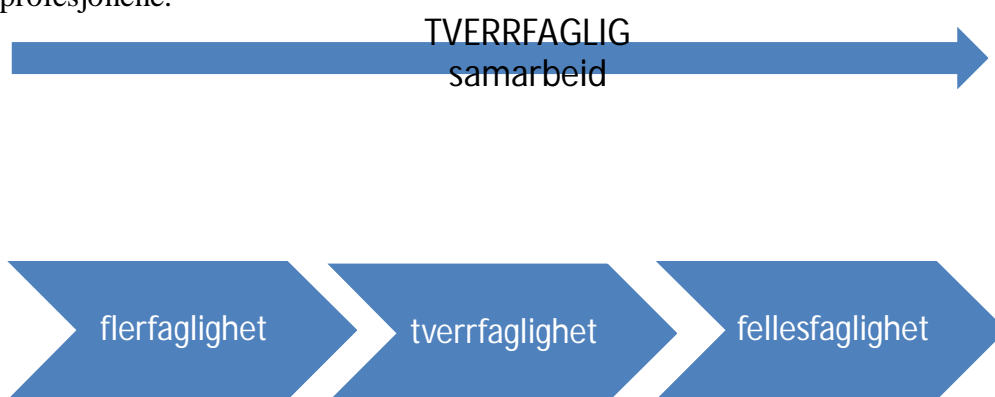
*” Nurse anesthetists are expected to perform as leaders to demonstrate teamwork, problem-solving, collaboration and communication. Developing leadership skills is critical to our profession ” (46 s. 226).*

Anestesisykepleiere bør tilrettelegge for utvikling av ledelse slik som man ønsker og verdsetter den. De som er i en lederposisjon bør spørre seg? Bidrar min lederadferd positivt overfor de profesjonelle rundt meg?

### 4.2.3. Samarbeid

I følge Lauvås og Lauvås (47) kan et fag være både håndverksmessig og vitenskapelig. Kjennetegn på et fag er en kombinasjon av virkefelt, metoder, sannhetskriterier, begreper og teknologi. Profesjon kan sammenlignes med fag, men det krever en spesialisert utdanning for å kalle seg profesjonell innen en yrkesgruppe som for eksempel sykepleier. Profesjonsutdanningene får stadig flere fellestrekk med de tradisjonelle akademiske og vitenskapelige disiplinene, slik som for eksempel medisin, men skiller seg fra høyre utdannelsen fordi den til største del er praksisorientert (48).

Samarbeid beskrives som en gjentakende prosess der to eller flere arbeider sammen mot et skjæringspunkt for felles mål, prosessen bærer preg av kreativitet, læring, og bygging av konsensus (49). Tverrfaglighet er en samarbeidsform som i høy grad preger organisasjoner innen helse og sosiale sektorer. Lauvås og Lauvås (47) modell vedrørende samarbeid kan illustreres slik som i Figur 2, der de tre forskjellige dimensjoner av samarbeid på tidsakselen representerer graden av samarbeid mellom profesjonene.



Figur 2. Tverrfaglig samarbeid.

Flerfaglighet beskriver hvordan hvert fag bidrar til å belyse et problem. Forskjellige fagpersoner ivaretar bestemte funksjoner, men det etableres ikke noen direkte kontakt mellom fagene. Mulig synergieffekt eller potensial blir sjelden benyttet optimalt. Tverrfagligheten i modellen omhandler fagpersonenes samlede deltagelse, for kunnskapsinnhentning, problemanalyse og planlegging for løsninger. Dette er også den samarbeidsform som ofte forekommer på en operasjonsstue, og representeres av både sykepleiere og leger med forskjellige fagspesialiteter. Hver fagperson er uavhengig av de andre profesjonene.

Fellesfaglighet kjennetegnes av felles metodeforståelse og kunnskap. Resultatet bærer preg av felles innsats fra de forskjellige fagområdene, hvor utstrakt samarbeid, roller klareres og ansvar fordeles blant deltagerne. Denne samarbeidsform er i følge Lauvås og Lauvås (47) den ultimate og bør etterstrebes, slik at helhetssynet på pasienten får dominere.

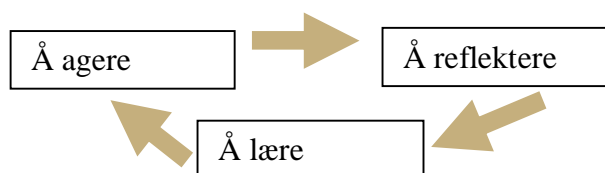
Tverrfaglighet er sammensatt av to funksjoner, den ene omhandler faglighet og den andre funksjonen omhandler relasjoner. Å skape en integrering mellom disse to funksjoner er en nødvendighet for gode tverrfaglige samhandlingsprosesser, ellers kan relasjonsavklaringer bli den primære oppgaven å løse mens den faglige blir sekundær, og oppgaveløsningen kan bli av dårligere kvalitet (47).

#### 4.2.4. Læring/refleksjon

Utvikling og læring i arbeidslivet har fått en viktigere betydning, dels basert på økte krav overfor individet slik som effektivisering og produktutvikling, men også pga arbeidsmiljøkrav. Et miljø som tillater og stimulerer til læring gir fordeler for ansattes helse, velbefinnende og personlige utvikling. Ellström (50) beskriver begrepet på følgende måte:

*”Med læring forstås her relativt holdbare endringer hos et individ som et resultat av individets samspill med sin omgivelse”* ( 50 s.67).

Formell læring er koblet til ulike former for utdanning, det innebærer en målrettet læring som skjer innen rammen av planlagte utdanningstiltak. Den uformelle læringen kan uttrykkes gjennom erfaringsutbytte innen ulike nettverk som for eksempel i teamarbeide, mentorvirksomhet og rådgivning. Den ubevisste og uformelle læringen skjer ofte som en følge av aktiviteter i arbeidssammenheng uten at man tenker på det, såkalt ”taus” læring, hvilket skjer, da hensikten ikke er uttalt om at noe nytt skal læres. Winroth og Rydquist (14) anser at man kan tenke seg ulike innganger i læringsprosessen slik som Figur 3 illustrerer.



Figur 3. Forskjellige innganger i læringsprosessen i følge Winroth og Rydquist (14 s.190).

Først erverver man kunnskap gjennom teoretisk skolering, for siden å bruke den i praktisk handling og deretter reflekterer over de erfaringer man da har tilegnet seg. Slik kan forståelsen økes og nye innsikter tilegnes. Alternativt kan man begynne med gjennomføring, for senere å reflektere omkring styrker og svakheter i det man har foretatt seg, og deretter evaluere om man trenger ny kunnskap.

### *Refleksjonens betydning*

En utviklingsrettet læring er påkrevd for at den kunnskap som finnes hos medarbeidere skal kunne utvikles, fornyes og forbedres i organisasjonen. Av den grunn trengs det plass til refleksjon (50). I følge Ahrenfelt (51) er det vesentlig at det finnes mulighet for refleksjon for at individet skal forstå en situasjon eller pågående prosess. Erfaring alene garanterer ikke automatisk at læring skjer, eller sagt på en annen måte erfaringsbasert læring kan ikke stå på egne ben, uten trenger støtte av for eksempel refleksjonen. I følge Ellström (50) bør det gis mulighet for refleksjoner på en arbeidsplass, grupperinger av ulike profesjoner kan med fordel møtes for diskusjon av situasjoner i den daglige virksomheten.

## **5. METODE**

### **5.1. Studiedesign**

Studien har sitt utspring i forfatterens egne arbeidserfaringer både som yrkesaktiv anestesisykepleier og leder for daglig drift av anestesisykepleiertjenesten ved anesthesiavdelingen på Rikshospitalet i Oslo. I tillegg er betraktninger tatt fra resultater som genereres fra 2006 og 2007 årenes; Medarbeiderundersøkelse, Utviklingssamtale og Individuelle Kompetanseutviklingsplaner (MUSIK) (52,53), som gjennomførtes ved anesthesiavdelingen seksjon 2 i regi av ledelsen på Rikshospitalet.

Valget av metode ble gjort ut ifra hensikten å beskrive anestesisykepleierens opplevelse av sitt arbeidsmiljø, og på hvilken måte det kunne oppleves som helsefremmende. Forskningsspørsmålene ga utgangspunkt for valget av Grounded Theory (GT). En GT tilnærming slik som Strauss & Corbin (54) beskriver den ble brukt. Denne tilnærming vektlegger vesentligheten av informantenes stemme, og at teorien konstrueres gjennom en interaktiv prosess mellom forskeren og fremkommet data. Ulike kilder slik som observasjoner, brev og intervjuer kan skape underlag for datainnsamling, i denne studien ble det kvalitative forskningsintervju valgt.

Anestesisykepleierens arbeidssituasjon er preget av tett teamarbeid som krever samarbeid, kommunikasjon og kompetanse for at kvalitativt gode resultater skal nås. Denne kontekst er til nå lite undersøkt. Glaser & Strauss (55) argumenterer for at GT er godt egnet for forskning av slike sosiale prosesser og der forskningsfeltet fra før er lite undersøkt. Metoden ble også brukt av denne grunn, til tross for at studien ikke hadde til hensikt å generere ny teori.

Rekrutteringen av informanter viste seg være særdeles vanskelig. Til en begynnelse svarte kun en informant fra vår avdeling og forfatteren var usikker på om utvalgets størrelse og spredning var relevant i forhold til å starte analyseprosessen. Det ble foretatt en utstrakt rekruttering, tre nye anestesivdelinger ble også kontaktet og flere informanter ble rekruttert med hjelp av ledelsen på de respektive anestesivdelingene. Noen intervjuer ble fortatt fortløpende og kontinuerlig analyse var derfor ikke praktisk mulig.

### 5.1.1. Grounded Theory

Den klassiske GT metodeanalysen stammer fra Glaser & Strauss (55) ifra 1960 årene. De kom fra forskjellige intellektuelle miljøer, der Glaser representerte den kvantitativt positivistiske syn, mens Strauss representerte den kvalitativt og feltnære metodikken. Sammen utviklet de metoden som ga retningslinjer for hvordan en systematisk kvalitativ forskning kunne bedrives og brukes innefor forskjellige fagfelt. Disse retningslinjene er en måte å induktivt utvikle teori fra empiriske data, samtidig som det tas inn deduktive elementer som for eksempel, verifisering og utvikling av sammenheng i data. Denne blandning foregår gjennom at utvalg, datainnsamling og analyse skjer samtidig og påvirker hverandre interaktivt. I metodens analysefase etterstrebes saturasjon (metning), som et mål på at tilstrekkelig data har samlet inn og at ny kunnskap ikke genereres til kategoriene (54,56,57).

På 1990 – tallet utviklet Strauss sammen med Corbin (54) metoden, som de mente kjennetegnes av: teorien som hentes fra datamaterialet blir systematisk innsamlet, analysert og eventuell teori står i nære relasjon til det opprinnelige materialet. Således begynner ikke forskeren med en forutbestemt teori, i stedet utforskes området og man lar teorien peke seg ut fra datamaterialet. I GT analyseres data først gjennom åpen koding, som innebærer en klassifisering av fenomener som har en fellesnevner, så sammenlignes de og deretter sammenstilles kategorier og subkategorier. I følge Strauss & Corbin er kodingen ”den analytiske prosessen”, der ideer, oppfatninger og begreper blir identifisert i data, den består av tre faser.

I den første fasen: *åpen koding* foretas en nedbrytning av data, som samtidig blir nøye undersøkt og sammenlignet i forhold til likheter og ulikheter, koder med likt innhold samles i denne fasen til abstrakte kategorier. I denne fase skjer også spesifikasjoner av konsepter og deres relasjon til hverandre utformes. Den andre fasen: *aksial koding* er en søking etter forbindelser mellom ulike kategorier der hver kategori utvikles og settes i forbindelse med subkategorier. Den tredje fasen: *selektiv koding* er det siste skrittet i analysen hvor kjernekategoriene søkes, og kategoriene samles til en helhet som beskriver akkurat kjernen eller ” hva det hele handler om”. Hensikten er også å utvikle en tett og mett teori (54).

## 5.2. Gjennomføring av studien

### 5.2.1. Utvalg av deltagere til studien

Da forfatteren arbeider som avdelingssykepleier ved en av de tre anestesiseksjonene på Rikshospitalet i Oslo, ble alle informantene rekruttert fra andre anestesivdelinger. Det

var ønskelig med deltagelse fra avdelinger med lignende størrelse som Rikshospitalet og fra mindre og mellomstore avdelinger.

En større anesthesiavdeling, en mellomstor og en mindre i Osloområdet ble valgt. Muntlig og skriftlig forespørsel og informasjon ble foretatt og sendt til øverste ledelse og til sykepleierledelsen. Den store avdelingen bestod av ca 100, de mellomstore ca 35 og det mindre ca 20 ansatte. I tillegg til muntlige og skriftlige forespørsler om deltagelse ble det foretatt personlig besøk med presentasjon av oppgaven.

Anestesisykepleieledere på de forskjellige avdelingene fikk ansvar for å oppbevare konvoluttene som inneholdt informasjonsmateriale, samtykkeerklæring og svarkonvolutt, lett tilgjengelig for de ansatte. Dessverre ble svarfrekvensen lav, kun fire meldte sin interesse frivillig. Ledelsen ble på nytt bedt om å sende ut forespørsel om deltagelse, hvilket resulterte i en ny frivillig deltager. Etter denne andre påminnelse, ble tre nye anesthesiavdelinger kontaktet og de forskjellige anestesisykepleielederne ble bedt om hjelp til å rekruttere frivillige informanter. Dette resulterte i tre informanter fra en stor anesthesiavdeling, tre respektive, to informanter fra to mindre avdelinger. Det totale antallet informanter ble til sammen fjorten (Tabell 1), to av deltagerne hadde annen nordisk utdanning og praksis.

Tabell 1. Antall informanter i denne studie.

Alder år	20-29	30-38	40-49	50-59	60+
Antall	1	4	4	3	2

Da kjønnsfordelingen (seks kvinner og seks menn) og praksislengde var skjevfordelt, i forholdt til demografiske forhold innom anestesisykepleieryrket, trengtes det kvinnelige informanter med < 10 års ansiennitet. Ett strategisk utvalg ble utført og to kvinnelige informanter med kort praksis (åtte respektive ett år) ble kontaktet og valgt ut, også dette på frivillig basis (Tabell 2).

Tabell 2. Antall praksis - år og informanter i denne studie.

Praksis år	0-1	2-10	11-20	21-30	30+
Antall	2	7	1	3	1

Mannlige informanter i denne undersøkelse utgjorde 40 %, mens det varierer mellom 10- 30 % i antall mannlige anestesisykepleiere, ansatte på de forskjellige anesthesiavdelingene som deltok. De store anesthesiavdelingene hadde størst andel mannlige anestesisykepleiere.



## 5.2.2. Kvalitativ intervju

Det kvalitative intervjuet er et middel for den forskning som har som mål å oppdage foreteelser, egenskaper eller verdier (56). Intervjuet skal åpne for kunnskap som er forankret i intervjupersonens livsverden, slik som den ser ut for den person som lever i den kontekst forfatteren vil undersøke (58). I følge Kvaale (59) oppfattes intervjueren som medkreatør til resultatet, det handler om en interaksjon mellom minst to personer der både intervjueren og intervjupersonen reagerer på og påvirker hverandre.

Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene og resultatene ifra Rikshospitalets medarbeiderundersøkelse fra 2006 (52), som hadde vist at anestesisykepleierne skårer lavt på ”mulighet å påvirke egen arbeidssituasjon”, ”innflytelse på arbeidsdag”, ”arbeidsbelastning” og ”faglig utvikling”, men høyt på ”rolleoppfattning”, ble en intervjuguide utformet (Se vedlegg). Ett pilotintervju ble foretatt for å finne ut om spørsmålene var forståelige, repeterende eller divergerende for intervjupersonen. Mindre forandringer ble gjort. Som et ledd i pilotintervjuet ble digitalt lydopptak, lagrings- og avlyttingsprosedyre gått igjennom og funnet tilfredsstillende.

Gjennomføringen av intervjuene ble foretatt på forskjellige steder. Åtte på informantens arbeidsplasser på rom adskilt fra avdelingen, tre i informantens hjem i rolig miljø, tre på adskilt rom på forfatterens arbeidsplass. Alle avdelingene var positivt innstilte og la til rette for å avsette tid og rom for de intervjuene, som ble foretatt på arbeidsplassene. Intervjuene varierte i tidsbruk mellom 50 min og en og en halv time. Forfatteren lyttet mest mulig, og var påpasselig med ikke å gi egne vurderinger. Informanten fikk god tid til å gi uttrykk for sine oppfatninger, meninger og tanker. Forfatteren prøvde å legge til side forforståelsen, for å få den kunnskapen som informanten formidlet, med så bred mottaksflate som mulig.

Transkriberingen ble utført i så nær tilslutning til intervjuene som praktisk mulig. Intervjuene hadde god lyd kvalitet og ble avlyttet ved hjelp av hodetelefoner, og de ble nedskrevet nøye og i ordrett form. Emosjonelle aspekter som latter, tenkepauser og ”hm-ing” ble tatt med i utskriftene, mens tonefall ikke ble registrert.

## 5.2.3 Analyse

Analyse innebærer abstraksjon og generalisering også ved kvalitativ tilnærming. Kvalitative forskningsstrategier kritiseres ofte for reduksjonisme, men all vitenskap krever noen form for filtrering eller reduksjon, også den kvalitative. Forskeren må derfor utvise aktsomhet overfor idealene om helhetstenkning og lojalitet til informantens opprinnelige utsagn og mening (58).

Kontinuerlig fortløpende analyse av det enkelte intervju ble ikke gjennomført, grunnet den dårlige responsen fra de avdelinger som informanter ble forsøkt rekruttert fra. Av praktiske logistikkmessige grunner måtte forfatteren foreta flere intervjuer fortløpende, slik at regelrett analyse ikke var mulig. Intervjuene ble derfor analysert med utgangspunkt i Malteruds (58) normer for samlet analyse.

Kategoriseringen ble utført etter Strauss & Corbins (54) prinsipper, som definerer kodingen som den ”analytiske prosessen”, der begreper, ideer og oppfatninger blir

identifisert i data. Rådata blir kodet når de blir samlet steg for steg og rekodet på et mer abstrakt nivå. Analyseprosessen inkluderer en konstant sammenligning av rådata og de fremkommende kategoriene. Teknikken i analysearbeidet består av åpen koding, aksial koding og selektiv koding.

I begynnelsen av analysefasen prøvde forfatteren å få et helhetsinntrykk og lyttet gjennom lydopptakene og leste det transkriberte materialet flere ganger. Det ga helhet i stedet for å se detaljer som utkrystalliserer seg. Hver tilbøyelighet for å systematisere ble forsøkt unngått i denne fasen. Samtidig prøvde forfatteren å legge forforståelse og teoretiske rammer til side.

#### *Åpen koding*

Den åpne kodingsprosessen har til hensikt å omforme data til begreper, ideer og forskjellige måter å se ting på. Såkalt substantive koder med meningsbærende innhold i dataene ble identifisert og gitt merkelapper, som oftest med informantens egne ord "in-vivo koder", noen ganger med forfatterens egne "in-vitro koder." Mening for mening ble analysert med hjelp av spørsmålsstillinger slik som: Hvilken mening har dette? Hva omhandler dette?

#### *Aksial koding*

Denne fase i kodingen skal gi forklaring og forståelse for fenomener og ikke for vilkår, handling og konsekvenser og skal kunne svare på spørsmål som: hva skjer her? Når man ser etter fenomenen, ser man etter et gjentakende mønster av hendelser eller interaksjoner. De representerer hva mennesker sier eller gjør alene eller sammen, som respons på et problem eller situasjon som de befinner seg i. I kodingsprosessen står kategoriene for fenomenene (54). I den fortsatte analyseprosessen ble sammenligninger gjort fortløpende for å identifisere forskjeller og likheter i data. Koder med likt innhold og som kunne relateres til hverandre ble samlet i kategorier med illustrerende overskrifter. Noen kategorier fikk et innhold som representerte både positive og negative sider. Kategoriene linkedes sammen med subkategorier for å beskrive innholdet i en kategori.

#### *Selektiv koding*

Selektiv koding er den prosess som integrerer og raffinerer kategoriene, det er her kjernekategoriene utvikles ifra. Den utvikles og trekkes ut som essensen av analysen, kondensert til noen få ord, som skal presentere "hva det hele handler om"(57). I denne fasen fikk forfatteren hjelp av kolleger og forskningssykepleier på egen arbeidsplass.

### **5.3. Validitet og pålitelighet**

Kvale (59) sier at: "å validere er å sette spørsmålstegn", i all forskning bør vi spørre oss selv om metoden vi har brukt, representerer relevante veier til kunnskap og som belyser problemstillingen. Spørsmål om relevans kan åpne for viktige overveielser når det gjelder validitet, om det valg man har gjort er best egnet, og hvordan det eventuelt påvirker den kunnskap som man har kommet frem til. I intervjusituasjonen er samtalen en ramme som bestemmer hvilken historie som blir fortalt, informanten kan ha sine egne grunner for å fortelle akkurat den historie, her fins mulighet for misforståelse.

I denne studie prøvde forfatteren i intervjusituasjon å kontrollere sin egne oppfattelse med oppfølgingsspørsmål, og spørsmål som: ” har jeg forstått rett, når du sier at...?” såkalt dialogisk validering, for å styrke intersubjektiviteten mellom intervjuere og informant. Det ble ikke benyttet informantbekreftelse av utskriftene, fordi problemstillingen ikke hadde til hensikt å fange opp nyanser eller andre språklige detaljer. Lydkvaliteten på opptakene var god og de kunne gjengi i en nest inntil presis utskrift av intervjuene. Gjennom hele prosedyren har forfatteren prøvd å forholde seg oppriktig og ærlig, hvert trinn ble gjennomtenkt og vurdert, men muligens ikke alltid optimalt. Det har mest sannsynlig bakgrunn i den manglende erfaringen forfatteren har fra slike studier.

## 5.4. Etiske overveielser

Retningslinjer i den kvalitative forskningen følger generelle forskningsetiske prinsipper. Noen av de viktigste er å ikke skade noen, retten til anonymitet, informert samtykke og ikke krenke privatlivet (56).

Kvalitative data omhandler menneskers livserfaringer og tanker og har ofte en språklig form der det språklige uttrykket gir materialet dets karakter. Viktig kunnskap kan komme frem da informanten er villig til å fremstille seg selv, eller en ærlig og naken situasjon. Slike situasjoner krever tillit og spesielle hensyn og stiller strenge krav til informert samtykke, det vil si at deltagere informeres om studiens formål, eventuelle risikofaktorer ved å delta, samt rett til når som helst uten begrunnelse trekke seg fra studien. Informanten skal kjenne til hensikten med forskningen og fremgangsmåten, for å kunne vurdere om innspill fra egen kunnskap eller ikke (57).

Skriftlig forespørsel om godkjenning ble sendt til Regional komité for forskningsetikk, Helseregion Øst (REK 1). Det viste seg ikke å være nødvendig med slik godkjenning. Personverneombudet ved Rikshospitalet godkjente prosedyren for datainnsamling av personopplysninger, med tilrådning 03.04.08. Data skal i følge tilrådingen slettes og anonymiseres senest 14.01.10.

Deltagelse i studien var frivillig, informasjonsmateriale og samtykkeerklæring ble sent ut til deltagere eller levert fra ledere på forhand. Muntlig informasjon ble også gitt før intervjuet begynte, deriblant om konfidensiell behandling og sikring av anonymitet, det vil si at utsagn ikke kan ledes til en bestemt person. Konfidensiell behandling er også viktig fra det ståsted at informanten representerer en arbeidsplass, og mulige konsekvenser for den enkelte hvis utsagn kan identifiseres.

## 6. RESULTAT

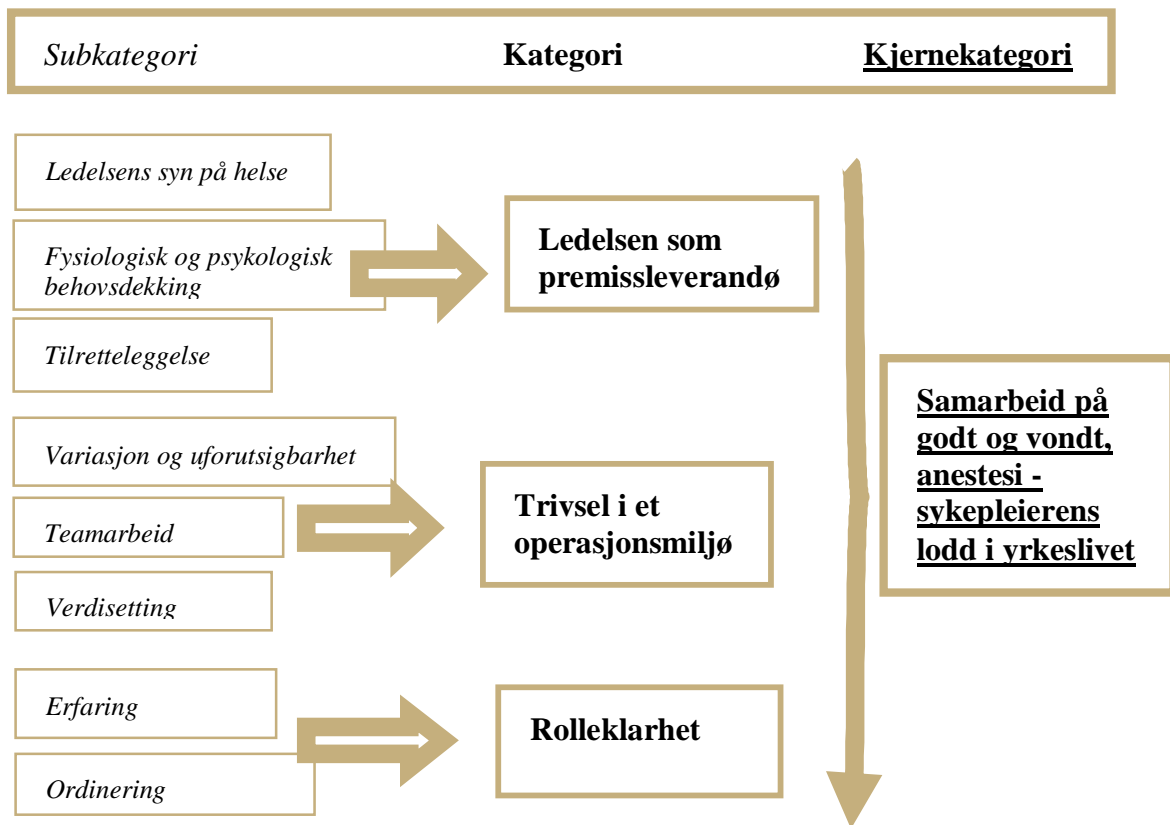
I analysen av intervjuene har kjerne-kategorien: ”**Samarbeid på godt og vondt, anestesisykepleierens lodd i yrkeslivet**” blitt generert. Den beskriver anestesisykepleierens avhengighetsstilling i sin yrkesutøvelse, med både positive og

negative implikasjoner. Den anskueliggjør både en ønskelig og en delvis påtvungen funksjon i yrkesrollen.

Den første kategorien ”**Ledelsen som premissleverandør**”, indikerer de påvirkningsmuligheter ledelsen har for å tilrettelegge og gi support for et godt arbeidsmiljø, fra både et helsefremmende og dermed implisitt et samarbeidsmessig ståsted.

Den andre kategorien ”**Trivsel i et operasjonsmiljø**” representerer alle de faktorer som er med på å skape samarbeid og felleskap, men også de som kan utgjøre hindringer for tverrfaglig samarbeid på en operasjonsavdeling.

Den tredje kategorien ”**Rolleklarhet**” beskriver både de muligheter og begrensninger rollen som anesthesisykepleier innebærer og som influerer på samhandlingsprosessen. Kategoriene er deretter relatert til åtte subkategorier som Figur 4 viser.



Figur 4. Resultatet av analyseprosessen; Kjernekategori, kategorier og subkategorier

Kjerne kategorien utdypes først, deretter presenteres resultatene av kategoriene med tilhørende subkategorier. Alle kategorier belyses med sitater for å gi en bedre forståelse av anesthesisykepleierens opplevelse av sitt arbeidsmiljø og for å styrke validiteten i oppgaven.

## Samarbeid på godt og vondt, anesthesisykepleierens lodd i yrkeslivet

Kjerne kategorien **”Samarbeid på godt og vondt, anesthesisykepleierens lodd i yrkeslivet”**, beskriver anesthesisykepleierfaget som en sammensatt og viktig funksjon i et operasjonsmiljø. Den belyser også fagets sårbarhet og anesthesisykepleierens tildels selvpåttatte rolle som koordinator, for best mulig ivaretagelse av pasientens behov og sikkerhet.

Anesthesisykepleieren har en funksjon som ivaretar pasientforløpet i sin helhet og med en kontinuerlig tilstedeværelse. Denne rolle og funksjon trengte støtte og ivaretagelse fra sin omgivelse der ledelsen er en viktig faktor. Til tross for at ledelsen ikke befant seg inne på operasjonsstuen, opplevde anesthesisykepleierne at ledelsen la store deler av premissene for aktiviteten, med implikasjoner på fysisk behovstilfredsstillelse samt føringer for verdier og holdninger. Dessuten opplevdes ledelsen som retningsgivende i forhold til grunnleggende syn på samarbeid i dets forskjellige former, med innvirkning på arbeidsmiljøet.

*”... det er klart at hvis man har en lydhør ledelse som er interessert å finne løsninger så smitter det over på oss, som vi tar med oss inn på stua...”*

Informantene karakteriserte samarbeidet som en av de viktigste trivselsfaktorer, og i denne kontekst sattes teamarbeidet mellom de forskjellige profesjonene i et spesielt fokus. Man uttrykte viktigheten av en fellesforståelse mot et felles mål, slik at pasientbehandlingen ble satt i fokus. Ofte så de seg selv som en link mellom andre profesjoner og pasienten, spesielt i forhold til ivaretagelse av trygghet og sikkerhet.

*”... trivsel det er vel samarbeidet inne på stuene, det er det beste av alt.”*

Samarbeidssituasjoner kunne for enkelte være konfliktfylte og noen opplevde arbeidsfordeling urettferdig og uhensiktsmessig, til tross for stor grad av realkompetanse hos den enkelte anesthesisykepleier. Informantene beskrev at noen samarbeidssituasjoner var så vanskelige at det kunne ha innvirkning på de normer og verdier man hadde av både personlig og profesjonell karakter. I slike situasjoner følte informantene seg ”tråkket på” og yrkes stoltheten ble truet. Situasjonene ble håndtert av anesthesisykepleierne på forskjellige måter.

På de små enhetene brukte anesthesisykepleieren ofte sin erfaring og kompetanse for å påvirke rammene rundt team- og samarbeidet, mens dette var mindre akseptert og utpreget på mellom- og de store enhetene. Inntrykket man fikk var at det var en mer utbredt hierarkisk tenkemåte på de større enhetene, her var det legen som tok avgjørelsene og anesthesisykepleieren som fulgte ordre.

*”... jeg tror nok jeg tør for jeg er så gammel, jeg har drevet med faget så lenge... å da har jeg bare... jeg kan ikke stå der å la pasienten lide hvis jeg skjønner at det er noe annet jeg kan gjøre.”*

Samarbeidet i team og støtte ifra fremfor alt fra ens egen profesjon, betegnet informantene som viktig forutsetning for trivsel, og i tillegg en forutsetning for god pasientbehandling. Det var i denne kontekst man fikk tilbakemelding på utført arbeid, men det var også her man kunne diskutere faglige og personlige problemstillinger. Tidspress og dårlig tilpasset arbeidsmiljø i form av knapphet på fysiske rom, opplevdes som begrensende for diskusjoner og samtaler.

Informantene beskrev et samarbeid som var utpreget personavhengig. De mente at godt samarbeid gjorde arbeidet hyggeligere, morsommere og mer utfordrende. Godt samarbeid var den tilstand som var mest forekommende. Men noen ganger kunne det oppleves negativt, som for eksempel: å føle seg mindre respektert, å ikke få brukt sin kompetanse eller ikke føle at man har tilstrekkelig tillit. Det sist nevnte var opplevelse i relasjon til anestesilegene.

*”... sånn da plutselig ser jeg at han skrur ned på gassen, å så tenker jeg sånn vil jeg ikke ha det. Men jeg tok det ikke opp der og da, det er noe med respekt også, men jeg liker det ikke.”*

Informantene skildret en selvstendig arbeidssituasjon, men av og til for meget alene i den. Man syntes at det var en krevende setting å ivareta både pasientsikkerhet og samtidig jobbe i takt med kravene på effektivitet. Ansvarsfølelsen var gjennomgående av stor dignitet, man ønsket å gi pasienten trygghet og en følelse av at han eller hun var unik. Informantene uttrykte at de av og til måtte markere seg overfor operasjonssykepleiere for å trygge ivaretagelse av pasientens behov og sikkerhet på beste måte.

*”... en gang i pasientens liv, for oss er det hver dag.”*

Variasjonen og samspillet i arbeidssituasjonen, både i forhold til medarbeidere og pasienter bidro til økt trivsel. Dessuten mente informantene at samarbeidet gjorde at faget spørsmålstiltes og utvikledes. Man kunne utveksle erfaringer og meninger som i forlengelsen ga en bedre pasientbehandling.

Men for noen handlet det om et samspill på ulike premisser, at man som anestesisykepleiere ikke har tilgang til den samme informasjonen på grunn av tidspress eller manglende kanal for informasjonen, når det gjaldt pasienten og dens diagnose og hva en slik diagnose kunne innebære av utfordringer. Videre å føle seg på etterskudd hvis uforutsigbarheten ble for stor, eller at det oppstod en arbeidsdeling som ikke var hensiktsmessig ut fra anestesisykepleierens reelle - versus anestesilegens høyere formelle kompetanse.

I akutte situasjoner opplevdes samarbeid som spesielt viktig, da måtte alle i teamet kjenne sine arbeidsoppgaver og både den verbale og nonverbale kommunikasjonen ble satt på prøve. Hvordan slike situasjoner ble taklet var også avhengig av personlighet og erfaring, noen enkel og entydig oppskrift fantes ikke. De større sykehusene har ofte en bedre forutsetning for å takle slike situasjoner, de har mer erfaring, og har ofte klare prosedyrer for slike settinger, om hvem som skal gjøre hva i den spesielle situasjonen. Hvis akutte situasjoner oppstod i en anestesistituasjon (på en operasjonsstue), var

anestesisykepleieren avhengig av support fra operasjonssykepleieren for å påkalle hjelp, for å hente ting eller annet bistand til legen kom.

## Ledelsen som premissleverandør

”Ledelsen som premissleverandør” består av tre subkategorier: ”Ledelsens syn på helse”, ”Tilretteleggelse” og ”Fysisk og psykologisk behovsdekking”.

Informantene uttrykte at anestesisykepleieret var krevende, og at det å tenke helsefremmende var en nødvendighet for å kunne utøve faget. De uttrykket videre at ledelsen viste lite interesse for helsefremmende tiltak, slik som tilretteleggelse av forsterkende aktivitet eller holdninger for å ivareta og fremme et salutoget syn på helse. Helsen fikk man helt og holdet passe på selv. Flere mente at det var viktig med trening av forskjellig art for å klare av arbeidssituasjonen.

*”God fysisk helse gjør at jeg får så lite skavanker som mulig.”*

Samtidig uttrykket man at det var vanlig med tilretteleggelse for arbeidstakere med spesielle behov så som reduksjon i arbeidstid og en hvis grad av tilpassning av arbeidsoppgaver. Slike tiltak ble iverksatt spesielt for seniorer eller for arbeidstakere med redusert arbeidskapasitet.

Informantene følte at lederen ønsket å ta vare på sine medarbeidere, man hadde erfaringer med at lederen ikke hadde krefter og tid til slikt arbeid og i stedet fokuserte på trivialiteter. Å ha tillit som ledere, at holdninger og verdier er forenlige med medarbeidernes holdninger ble ansett som en viktig forutsetning for å bedrive ledelse overfor andre.

## Ledelsens syn på helse

Informantene hadde en formodning om at lederens syn på helse og tiltak i forhold til den, kunne være med å påvirke de ansatte i positiv retning. Mens man uttalte at lederens væremåte hadde stor betydning for arbeidsmiljøet, det å opptre smidig og løsningsorientert, gi medarbeiderne positive stimuli gjennom ”å se dem”, lytte i stedet for å slenge tilbake og gå i forsvar, var positive trekk som uttaltes.

*”Det er klart at på den måten ledelsen møter meg på, kan jo påvirke min helse, men jeg vet ikke om det påvirker mitt syn på helse sånn generelt sett, men det kan påvirke meg hvordan jeg føler meg som person.”*

Informantene ga uttrykk for at produksjonen av og til gikk før helseaspektet og mulighet for påvirkning og medbestemmende ble oppfattet som lav. Samtidig opplevdes anestesisykepleiefaget som et prioritert fag, der det kun ble behandlet en pasient under den tidsperioden som krevdes. Vedvarende høy produksjon kunne lede til utbrenthet, da arbeidsoppgavene ble alt for rutinepreget, uttrykket noen av informantene.

*”... iblant orker jeg ikke å jobbe så fort, kanskje det burde vært to sykepleiere her.”*

## **Tilretteleggelse**

Tilretteleggelse i det daglige arbeid både i forhold til personlige ønsker, så som turnus, men også i forhold til kompetanse og eventuelle samarbeidsvansker. Slike tiltak opplevdes som gode bidrag fra lederen til å fremme helse på arbeidsplassen. En ønskelig lederadferd skulle også sørge for fleksibilitet og tilretteleggelse av det interne arbeidsmiljøet, eksempler som nevntes var å sørge for arbeidsro, få ting til å gli, tilstrekkelig bemanning. Noen uttrykte at man savnet arbeidsro, men at det var vanskelig å gjøre noe med på en operasjonsstue med mange personer tilstede som alle skulle gjøre sin jobb. Det opplevdes som resignasjon fra ledelsens side.

*”Jeg mener at det er alt for mye forstyrrelser og alt for lite respekt for arbeidssituasjonen og for pasienten, i en spesiell situasjon. Så jeg synes at man prater for mye i sykehus.”*

Lederens rolle som konfliktløser poengtertes. Man mente at lederen trengte å være beredt på å gå inn i konflikter og ikke sky dem. Det forekom av og til samarbeidsproblemer i forhold til enkeltpersoner og andre personalgrupper, hvilket kunne tolkes som uløselige problemer. Men så lenge det ikke ble oppfattet som stort avvik, levde begge parter med den. Ledelsen levde også med konflikten med en slags stille overenskomst.

Tilretteleggelse av fysisk aktivitet syntes man burde være en selvfølge for å fremme helse på arbeidsplassen. Det var mangelvare på de fleste avdelinger. På noen arbeidsplasser hadde private initiativtagere planlagt og gjennomført forskjellige aktiviteter, hvor ledelsen også deltok.

Informantene uttalte at det å være anestesisykepleier var krevende, og da må man tåle å jobbe under press, det var en naturlig del av yrkeslivet som slukte mental og fysisk energi. Anestesisykepleierne mente at nærmeste leder ikke hadde mulighet å påvirke tempoet på produksjonen, det ble bestemt fra høyere nivå i sykehusledelsen. Antall operasjoner som skulle utføres per arbeidsdag/vakt opplevdes iblant å tendere grensen for forsvarlighet. Anestesisykepleierne hadde en høy moral og følte stort ansvar, slik at pasienters liv aldri ble satt i fare. De måtte av og til si stopp, når andre yrkeskategorier presset på. Periodevis fikk de ikke støtte fra sin leder uten at det ble sagt; vi må bare stå på! Å stryke stuer var stort sett umulig grunnet lav bemanning, og man hadde opplevd at bemanningen var betydelig redusert, uten at det ble satt inn erstatning for reduksjonen.

Iblant syntes de også synd på sin ledelse, som skulle dekke fravær, når bemanningen i utgangspunkt var så marginal. Andre argumenterte slik at sykepleieledere var for lojale mot organisasjonen og at de økonomiske rammene fikk styre i for stor utstrekning. Som resultat kunne det gi umotiverte og demoraliserte medarbeidere.

*”... men til syvende og sist er det pasienterne som blir skadelidende, fordi pasienten skal få en optimal behandling å oppleve å møte opplagte og motiverte anestesisykepleiere må vi også ha det bra.”*



## **Fysiologisk og psykologisk behovsdekking**

De fleste informantene hadde opplevd utilstrekkelighet og iblant mangel på pauser med nødvendig inntak av mat, drikk og hvile. For noen kunne det gi seg uttrykk i hodepine og kvalme. Det oppleves ofte urettferdig at operasjonssykepleieren var ferdig med sitt pasientarbeid, lenge før anestesisykepleieren var tilbake fra postoperativ avdeling, etter at pasienten var avlevert. Dette opplevdes som en stressituasjon, med minimal mulighet til avkobling mellom operasjonene. De med lang ansiennitet klarte å takle presset gjennom å kommunisere vedrørende denne problematikken. Noen fant fellesløsninger som kunne aksepteres av begge faggruppene.

*”... når du samarbeider med flere, så er du ikke alene om å styre løpet, så fritt for belastning er det ikke.”*

Man opplevde at utstyret på operasjonsstuen var tungt og iblant dårlig tilpasset. Slik som tunge operasjonsbord, uhåndterlige anesthesiapparater og dårlige arbeidsstillinger. Det ble poengtert at grunnen til at dette forekom, var at ulike yrkeskategorier skal samarbeide om pasienten, og alle har ikke det samme fokus på å bruke tilgjengelige hjelpemidler for unngå dårlige arbeidsstillinger.

Informantene ga uttrykk for at de savnet fysisk tid og rom, som kunne gi mulighet til å foreta refleksjoner i løpet av arbeidsdagen. Slike refleksjoner kunne være av faglig art, men man hadde også behov for å diskutere og ventilere forskjellige problemstillinger av både profesjonell og iblant personlig art. De fleste mente at det var nesten umulig å få reflektert i løpet av dagvaktene. Derimot kunne det av og til finnes mulighet for refleksjoner på vakttid.

*”... så er det ganske viktig dette med tid og rom, at det finnes en leder som faktisk er der, eller et annet menneske som man kan trekke til side å få gitt uttrykk for det og da. Så man slipper å servere det ved middagsbordet.”*

## **Trivsel i et operasjonsmiljø**

**”Trivsel i et operasjonsmiljø”**. Trivsel gjentok seg i beskrivelsen av et godt arbeidsmiljø, denne kategori er inndelt i tre subkategorier: *”Variasjon og uforutsigbarhet”*, *”Teamarbeid”* og *”Verdisetting”*. Samspillet med de andre yrkeskategoriene viste seg å være en avgjørende trivselsfaktor. Informantene så det som en mulighet til både økt faglig og personlige læring grunnet de tette samarbeidssituasjonene. Kollegastøtte var vanlig forekommende og opplevdes som sterkt helsefremmende.

*”... trivsel er med pasienten i sentrum og de rundt som jeg jobber sammen med, det er min trivsel på jobb.”*

Til tider kunne samspillet bære preg av frustrasjon som grunnet seg i ugunstige personlige relasjoner. Uoverensstemmelse var av og til tilstede og utfordret til største del samarbeidet mellom anestesisykepleier og anestesilege.

### **Variasjon og uforutsigbarhet**

Anestesisykepleierne beskrev sin arbeidssituasjon som krevende, men at variasjon i arbeidsmengde og intensitet ga rom for en viss grad av restituering. Travle perioder erstattes av roligere, lavt bemannede perioder ble erstattet med bemanning tilpasset arbeidsbelastningen. Strevsomme vakter der grensene for fysisk og mentale krefter ble strukket ut i de ytterste grensene, kunne ved neste arbeidstilfelle være av en rolig og balansert karakter.

Variasjonen var den spesifikke og mest betydningsfulle faktoren, for i det hele tatt å velge å jobbe som anestesisykepleier. Å ikke vite hva dagen bringer, ved i det ene minuttet å ha full kontroll og rolige forhold, til i det neste minuttet kastes inn i en krevende akutt situasjon. Dette syntes spesielt de yngre informantene, var utfordrende og spennende og bidro til økt trivsel.

*”... variasjon i arbeidet er for meg helsebringende, utfordringer for å bryne hjernen, det er mange saker...”*

For noen kunne uforutsigbarheten bli stor og gi negativ påvirkning, at man ikke visste hvor man skulle jobbe neste dag, eller at det var mye rot med operasjonsprogrammet, var en kilde til utilfredshet for mange. Dette forekom fremfor alt på de større anestesiseksjonene. Å ikke være godt nok forberedt, å ikke jobbe raskt nok, opplevdes som stressfaktorer. Man ønsket å gjøre en god jobb, men så kunne en situasjon oppstå, som for eksempel, et tregt data system som satte begrensninger og vanskeliggjorde tilgang til pasientinformasjonen, eller følelsen av at kunnskapene i en spesiell uforutsett situasjon var for knappe.

Informanter beskrev at de ønsket å forberede seg godt til hvert enkelt pasientmottak, det var en dyd av nødvendighet at alle kontrollrutiner var gjennomgått at all apparatur var sjekket, det var kun øyeblikkelig - hjelp- situasjoner som kunne rokke på slike rutiner.

Uforutsigbarhet kunne også relateres til den tid anestesisykepleieren trengte, for å ivareta pasienten i mottakssituasjon, ved anestesistart og avslutning, til kontroll av utstyr og i standgjøring av medikamenter. Tilstrekkelig tid i disse situasjoner var en forutsetning for at anestesisykepleieren skulle føle seg komfortabel med at sikkerhet og omsorg ble i varetatt på en god og forsvarlig måte.

*”... det er veldig personavhengig, det er slett ikke alle som maser på den måten men, jeg bare ser at sånn er noen. Jeg sier det slik - det bryr jeg meg ikke om, jeg gjør jobben min.”*

## **Teamarbeid**

Informantene syntes at teamarbeidet var en kilde for utvikling av godt samarbeid, men at det noen gang ble til frustrasjon. Mange mente at det å jobbe i team, var det samme som å jobbe uten styring utenfra. Her hadde ledelsen ingen påvirkning, her var det kun teamets medlemmer som la premissene for hvordan pasientbehandlingen ble utført. Derimot mente man at teamet var meget avhengig av sammensetting av individene i det og at arbeidet ble planlagt etter hvilken anestesilege som skulle være med i teamet, man stilte seg inn etter legens måte å være på. Trekk av respektløshet og nonsjaluanse kunne prege enkelte legers holdninger.

*”... noen vil ha så mye ekstrautstyr og spesielle ting, gjøre ting på sin måte, det er greit nok det, men det må planlegges litt på forhånd. I stedet for å koke i hop noe underveis, løpe rundt å hente utstyr - å ja...”*

Sammensetting av team innen anesthesisykepleiergruppen opplevdes som viktig for trivsel og arbeidsglede. På kvelds- helg- og nattetid var man i større utstrekning mer avhengige av at alle bidro og gjorde sin del av jobben på en best mulig måte. Denne tid på døgnet og uken opplevdes som mest sårbar i forhold til hvor godt teamet arbeidet sammen i de forskjellige situasjonene.

*”Det er noen som man går faste vakter sammen med i team, de man jobber helger med, blir veldig godt kjent med dem da. Når du har et velfungerende team så er det veldig helsefremmende.”*

Fra ett av de store sykehusene uttrykte man at ved akutsituasjoner var man meget avhengig av teamlederen (kirurgen). Hvis teamlederen ble frustrert og ikke fikk gjort arbeidsoppgavene slik som forventet, kunne det bli en opphisset stemning og frustrasjoner også hos andre i teamet. Alle mente at kirurgene ved elektive inngrep var gode og takknemlige samarbeidspartnere, noen kirurgiske faggrupper var bedre enn andre.

Det ble fremhevet at hvis man viste raushet mot hverandre, kunne det være med på å skape et bedre teamarbeid, og at situasjonen ble taklet i henhold til dette. Et eksempel; hvis en operasjonssykepleier hadde begynt å prate med en pasient som virket spesielt nervøs og hun hadde fått en fin kontakt, var det ikke nødvendig at anesthesisykepleieren brøt inn eller ”tok over” med informasjon eller spørsmål. De spesielle sikkerhetsspørsmålene som var nødvendige kunne anesthesisykepleieren flette inn likevel.

Kommunikasjon opplevdes som en viktig ingrediens i teamarbeidssammenheng, både ut ifra en fornuftig arbeidsoppgavefordeling og for å unngå misforståelser, så at optimal pasientsikkerhet ble satt i fokus. Enkle fraser og meningsytringer som for eksempel og si ”god morgen” og ” så hyggelig at vi skal jobbe sammen i dag”, mente man bidro til en bedre stemning og dermed en sammensveising av teamet som skulle arbeide sammen i løpet av dagen. Det å være litt mer kjent med personene man skal jobbe sammen med,

og ikke kun å vite navn og tittel opplevdes som en positiv faktor for et bedre arbeidsmiljø.

## **Verdsetting**

Av naturlige grunner var tilbakemelding fra pasientene begrenset og andre parametre og personers utsagn vedrørende arbeidsutførelsens kvalitet ble fremholdt som viktig i dette sammenheng.

Informantene uttrykte at de fikk lite verbal verdsettelse fra sine ledere, ofte mente de å kunne ane at lederen så at de ”sto på” og gjorde en god jobb, men det ble ikke uttalt i ord. De mente at lederen var tyngt ned av arbeidsoppgaver, slik som å dekke sykefravær - ringe inn ekstravakter, samt utføre pålagt arbeid med personaladministrative rapporteringssystem, som tidligere i større grad ble utført av personalavdelingene. De hadde ikke overskudd eller tid til å gi tilbakemelding i form av ros og ris til sine medarbeidere.

*”... nei, jeg sa jo det at vi får veldig lite tilbakemelding, men samtidig vet vi at lederen ser at vi gjør en god jobb.”*

De som hadde mer enn ett års ansiennitet hadde hatt medarbeidersamtaler i løpet av de siste to årene, dette var et tiltak som informantene satte pris på. De syntes at samtalen var nyttige og konstruktive og ga mulighet for dialog. Ved slike samtaler fikk de anledning til å få både veiledning og verdsettelse.

Informantene gav uttrykk for at konkrete og eksplisitte tilbakemeldinger av arbeidsinnsatsen var en sjelden forekomst. De mente at selvevaluering av arbeidsinnsatsen var viktig og det ble gjort kontinuerlig. Å berømme seg selv og eller teamet ga tilfredsstillende og motivasjon for videre fremdrift, og for å ta tak i neste arbeidsoppgave. Tilfredshet overfor seg selv og at det gikk bra med pasienten var viktig. Man visste selv når man hadde lykkes med arbeidsoppgaver og veldig godt når man ikke gjorde det – og var selvkritiske i stor utstrekning. Å gi positiv feedback til seg selv og inkludere teamet etter en arbeidsøkt var tiltak som personellet selv bidro med for å fremme god stemning.

*”... og når jeg føler at jeg har gjort en bra jobb, lykkelig ferdig med produksjonen for en dag, er jeg lykkelig og da er det nok for meg.”*

Flere mente at avleveringssituasjonen av pasienten ga en karakter på hvor godt anestesien og anestesisykepleien var gjennomført. En rolig oppvåkning med en smertefri pasient som kunne leveres under rolige forhold på postoperativ avdeling, ga en høy karakter og dermed følte anestesisykepleieren at hun hadde gjort en god arbeidsinnsats. Informantene ga uttrykk for at fornøyde pasienter i avleveringssituasjonen ga tilfredshet og en følelse av mestring. Det faktum at grunnlaget som var lagt inne på operasjonsstuen i form av et trygt og rolig møte med pasienten, god vedlikeholdsanestesi og smertestilling ga et godt resultat i oppvåkningsfasen. Et slikt resultat opplevdes som en positiv tilbakemelding på oppgaveutførelsen og styrket samarbeidsrelasjonen både i forhold til anestesilege og operasjonssykepleiere.

*”... det går på det fra jeg tar imot, til jeg leverer fra meg, om jeg klarer å roe ned før innledning om jeg klarer å kjøre en god narkose, om pasienten har det bra når jeg leverer den på postoperativ. Det er ting som sier meg om jeg har klart å gjøre en god jobb.”*

Å føle pasientens takknemlighet for den innsatsen som blir gjort for individet, i en ofte vanskelig situasjon oppleves sterkt og verdifullt. Anestesisykepleiere med lang ansiennitet opplevde fortsatt arbeidsglede og inspirasjon i møtet med pasienten. Det faktum å ikke være blasert, opplevdes som godt og meningsfullt. Det bidro også til styrket yrkesstolthet. Andre syntes at feedback fra anestesilegen var en god form for verdisetting da de mente at de var deres nærmeste medarbeidere. De kunne best se hvordan den enkelte sykepleier arbeidet. Derfor talte anestesilegens tilbakemeldinger meget, og var for noen spesielt betydningsfulle.

*”hvis det er i orden hva anestesilegen og pasienten sier, så er jeg fornøyd det gir meg den tilbakemeldingen jeg trenger.”*

Kollegastøtte opplevdes som en dyptgående positiv trivselsfaktor, og en spesiell form for verdisetting. Man hadde en eller flere kollegaer som en ”slags” mentor, som man gikk til for å få råd. Man opplevde å få og å gi ros til kollegaer.

*”... grunnen at jeg går på jobb er kollegene, vi har et veldig godt arbeidsmiljø.”*

Kollegastøtte ble brukt også som en form for ”debriefing” når noe uforutsigbart hadde skjedd med pasienten. Informantene uttalte at de hadde stor glede av sine kolleger både når det gjaldt faglige spørsmålsstillinger, men mange ganger også av personlig karakter. Støtten var en avgjørende faktor for trivsel på arbeidsplassen, den opplevdes som en trøst, i en til tider meget produksjonsfiksert tilværelse. For noen gjaldt det også fritiden der også fag kunne diskuteres.

Uformell ”debriefing” var vanlig forekommende på vakttid. Det var da man hadde tid til å ta opp spørsmål som man lurte på, som oftest sammen med en kollega. Det ble gitt uttrykk for at hvis man hadde vært opp i vanskelige situasjoner, så var det alltid mulig å få råd eller utveksle erfaringer med kollega eller leder. Det fantes alltid hjelp å få.

## **Rolleklarhet**

**”Rolleklarhet”** er inndelt i to subkategorier: *”Erfaring”* og *”Ordinering”* de beskriver hvordan anestesisykepleieren oppfatter sin rolle i forhold til fremfor alt anestesilegen. Å være erfaren i faget beskrevs av informantene som: å ha en god trygghets- og mestringsfølelse. De erfarne beskrev sin rolle som verdifull og verdisatt av alle personalkategorier også ledelsen. Men enkelte sanset en nok så uuttalt erkjennelse om at de trengtes eller ble satt pris på. Det tidligere brukte begrepet delegering, som gjaldt før Helsepersonelloven ble innført i 1999, levde fortsatt i anestesimiljøet. Nå brukes kun: arbeid som utføres på ordinasjon med et selvstendig ansvar for de oppgavene som

utføres. Det så ikke ut som om dette hadde noen innvirkning på arbeidsutførelsen, ut fra disse informanters utsagn. Anestesisykepleierne beskrev rollen som ” å ta imot ordre” med stor diskrepans.

## **Erfaring**

Informantene som arbeidet ved de mindre anesthesiavdelingene, samt de som hadde lang ansiennitet følte at de hadde et spesielt forhold til anestesilegene. De fikk overlatt mye ansvar, men samtidig følte de at legen hadde tillit til dem, at de mestret situasjonen. De følte at legen stolte på at deres kompetanse var tilstrekkelig for å ivareta pasienten på en god måte. De opplevde også at det stort sett fantes hjelp å få på kort avstand.

Noen uttrykte at det å kjenne legen og at de kjenner deg, ga gjensidig form for tillit. Å være ny for en anestesilege, til tross at ” man var gammel i gamet” kunne svekke tilliten dramatisk. Man mente at legens (som regel assistentlege) egen usikkerhet, samt legens uvisshet om hvilken kompetanse anestesisykepleieren hadde, ga redusert tillit og trang til å overstyre anestesisykepleieren i teamet.

Har du noen gang fått spørsmålet av anestesilegen, hvor lenge du har jobbet eller hvilken erfaring du har?

*”... aldri..(he..he skratt), håper de tror at jeg kan alt for at jeg er så gammel.”*

Informanter med lang ansiennitet < 10 år, beskrev en spesiell følelse av autoritet og trygghet. De mente de kunne si ifra med en annen selvsikkerhet enn da de var nyutdannede. Noen beskrev følelsen som; det er deilig å være erfaren, det inngir ro og skaper en aura av tillit. Fremfor alt følte de det slik i forhold til anestesileger og men til dels også til operasjonssykepleiere.

*”... så har jeg jobbet her såpass lenge at de vet hva jeg står for, og min kompetanse og så vet de at jeg også, at jeg aldri går ut over min kompetansegrense.”*

De med kortere erfaring > 5 år, kunne oppleve det motsatte, krav på å mestre alt i forhold til egne og andres forventninger var forbundet med stress. Det å jobbe mye alene poengtertes også som en stressfaktor i større grad av de med kortere praksis. Tiltak som tilretteleggelse og hjelp med, for eksempel å trekke opp medikamenter eller å utføre apparatsjekk samt generell veiledning var ønskelig i slike situasjoner.

## **Ordinering**

”Å utføre ordre fra legene” opplevdes meget forskjellig av informantene. På de mindre anesthesienhetene arbeidet anestesisykepleierne mer selvstendig, de kunne for eksempel vekke pasienter selv, etter at beskjed per telefon var gitt til ansvarlig anestesilege. Det opplevdes som positivt og gav en følelse av tillit og profesjonalitet. På andre avdelinger hadde man en annen praksis, der vekking av ASA 1(ellers funksjonsfriske pasienter) og

ASA 2 (moderat sykdom i tillegg til det aktuelle) pasienter ikke var tillatt av anestesisykepleierne. Noen av anestesisykepleierne som arbeidet på en slik avdeling, opplevde at denne praksis kunne innebære hindringer i jobbutførelsen samt mistillit i forhold til utøvelsen av anestesisykepleierfaget.

Vedlikeholdsanestesi på voksne ble i stort sett utført av anestesisykepleiere alene med anestesilegen i nærheten som ”konsulent”, han tilkalles ved behov for rapportering og rådgiving. Informantene hadde opplevd at til tross for at legen ikke var inne på stuen ønsket han å styre anestesivedlikehold på sin måte. Slik holdning opplevdes som mangel på respekt for andres kunnskap innen faget, og eksplisitt en kilde til konflikt.

*”... vi jobber så likt, vi har så like jobber, at det blir konkurranse mellom anestesisykepleiere og anestesileger. Vi har ofte den samme jobben og det vi gjør er, ... det som er delegert..., de ikke ville gjort. Så de har vel på en måte behov for å markere seg, det er dem som bestemmer.”*

Anestesisykepleierne hadde for det meste et avslappet forhold til ”å jobbe på ordre fra legen” og mente at det av og til kunne oppstå små uenigheter, og at det stort sett var personavhengig.

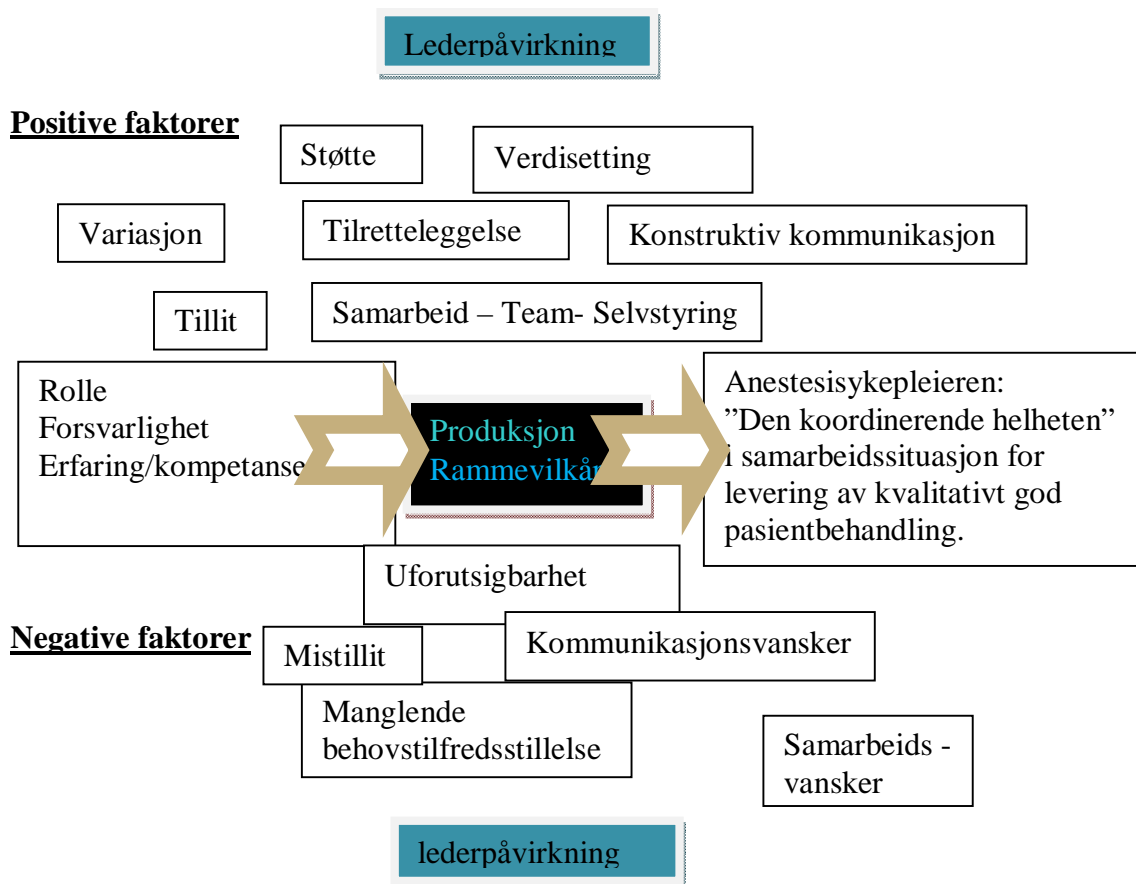
*”... da får legen bestemme, jeg er veldig god til å ta ordre. ”*

*”... jeg legger det bak meg, de fleste er veldig bra.”*

## **Sammenfattende modell**

Ut fra de kategorier som ble trukket ut i analysen, ble det utviklet en modell (Figur 5) som viser de helsefremmende (positive) og de negative faktorene som kan forekomme i en anestesisykepleiers arbeidsmiljø. Modellen beskriver grunnforutsetninger (til ve) for å utøve sitt fag, hindringer eller begrensninger (midt i), opplevelsen av optimal pasientbehandling (til hø), og ledelsens overordnede påvirkningspotensial på både de positive og negative faktorene.

Modellen indikerer ikke rang eller vekt av de forskjellige faktorenes betydning. Resultatet indikerer likevel at noen faktorer er viktigere en andre. Medarbeidernes syn og holdninger til påvirkning av adferd framstilles ikke i modellen, men kan selvfølgelig være av betydning for totalbildet.



Figur 5. Faktorer i anestesisykepleierens arbeidsmiljø som ledelsen har mulighet å påvirke.

## 7. DISKUSJON

Det er nyttig å belyse resultatene ut ifra de anvendte teoriene, det gir en dypere forståelse og kan bidra til å høyne validiteten. Drøfting skjer i forhold til beskrevet teori som omfatter: ledelse, teamarbeid, samarbeid og læring, samt ut ifra et helsefremmende perspektiv. Resultatene som ble generert i intervjuene viste seg å være mangefasettete, slik at forfatteren opplevde det som en nødvendighet å belyse enkelte kategoriens resultat med andre teorier enn de i bakgrunnen presenterte. Ettersom forfatteren i denne studie har brukt en GT modifisert metode som i hovedsak er av induktiv karakter, kan det gis anledning til å drøfte annen relevant forskning, teori og kritisk refleksjon (59). I slutten av dette avsnitt diskuteres også metodevalget.



## 7.1 Diskusjon av resultatene

Studiens hensikt var å kartlegge helsefremmende faktorer i anestesisykepleierens arbeidsmiljø og opplevelsen av ledelsesutøvelsen betydning. Et overordnet mål var å kunne gi anestesiledelsen kunnskap om hva anestesisykepleierne så som helsefremmende, slik at ledelsens adferd kunne forbedres eller endres i henhold til fremkomne resultatet.

Analysebearbeidingen ga kjernekategoriene **”Samarbeid på godt og vondt - anestesisykepleierens lodd i yrkeslivet”**, den fremhever anestesisykepleierens mest utpregede karaktertrekk og funksjonens balansegang for medvirkning til en tilfredsstillende samhandling i arbeidssituasjonen. Den anskueliggjør et fag som i stor grad er beroende av andre profesjoners evne og vilje til å samarbeide i team. Samarbeidet opplevdes til største del som en positivt, men kjernekategoriene belyser det avhengighets- og identifikasjonsforhold som var rådende i forhold til andre teammedlemmer. Noen ganger opplevdes disse forhold begrensede for yrkesutøvelsen og bidro til å skape frustrasjoner.

I slutten av analyseprosessen ble det utviklet en sammenfattende modell (Figur 5), som beskriver anestesisykepleieres grunnforutsetninger for sin yrkesutøvelse, begrensninger i form av rammevilkår, samt positive og negative faktorer som ledelsen har mulighet til å påvirke slik at pasientbehandlingen oppleves som kvalitativt god. Den sammenfattende modellen (Figur 5) og kjernekategoriene er forsøkt trukket inn i de forskjellige delene i resultatdrøftingen, for å klargjøre forbindelsen mellom kjernekategoriene og kategoriene: **”Ledelsen som premissleverandør”**, **”Trivselsfaktorer i et operasjonsmiljø”** og **”Rolleklarhet”**.

### Ledelsen som premissleverandør

Kjernekategoriene anskueliggjør anestesisykepleierens dilemma mellom det på den ene siden å være en profesjonell og selvstendig yrkesutøver, samtidig som man er sterkt avhengig av andre profesjoner og ledelsens kompetanse, evne, vilje og personlighet for å kunne utføre og kreere god og helhetlig anestesisykepleie. Samtidig affiseres den av en overordnet kontekst, der anestesiledelsen i høy grad må planlegge å organisere arbeidsoppgaver ut ifra et høyere nivå med fastsatte rammer. Dette beskrives også av Yukl (29) der ledere på overordnet nivå fastsetter overordnede strategier og prioriteringer, mens ledere på lavere nivå (anestesisykepleieledere) må fordele og få utført arbeidsoppgavene på bakgrunn av beslutninger som er foretatt høyere opp i organisasjonen. Slik adferd overensstemmer med de fleste informantenes oppfattelse av den nærmeste lederens manglede påvirkningsmulighet - de sto nærmest maktesløse overfor forventet krav om produktivitet. Men til tross for de krav lederen angivelig ble

påtvunget, uttrykte informantene at deres ledere måtte prøve "å gjøre sin røst hørt", for å unngå overbelastning som kunne medføre sykefravær blant personalet.

Dette illustreres også i Figur 5, der rammevilkår og produksjonspress kan tolkes som hindringer og/eller begrensninger for anestesisykepleierens adferd for å sikre best mulig anestesisykepleie. Den sammenfattende modell (Figur 5) anskueliggjør også ledelsens mulighet for påvirkning av faktorene både positive og negative, og som har innflytelse på anestesisykepleierens adferd mot en helhetlig og kvalitativt god pasientbehandling.

Både overordnet ledelse og ledelse på lavere nivå får en avgjørende rolle som tilretteleggere, slik at produksjonskravene ikke får ugunstige effekter på medarbeidernes helse og/eller arbeidsutførelse. I Karasek og Theorell's modell (24), har krav og kontroll betydning for hvordan man opplever arbeidssituasjonen. Opplevelsen av høye krav og tilfredsstillende kontroll kan gi en aktiv arbeidssituasjon. Mens høye krav og lav kontroll kan skape uheldige effekter slik som anspenhet og stress hos medarbeideren. Sosial støtte, spiller en avgjørende rolle i begge kontekstene. Det vil si at ved høye krav og tilfredsstillende kontroll forsterkes den gode effekten og når kravene er høye og kontrollen er lav, reduseres den negative effekten.

Ledere for anesthesiavdelinger har en betydningsfull rolle å spille i denne balansen, da ubalanse i den samme kan ha innflytelse på ansattes helse, slik som Nyberg et al.(23) også konkluderte med i sin studie.

Kjernekategoriene kaster lys over at ubalanse i dette samspillet mellom involverte samarbeidspartnere og produksjon, og kan skape følelse av utilstrekkelighet og gi anestesisykepleieren lavere følelse av mestring og dermed et svekket KASAM (16). Spesielt i relasjon til håndterbarheten i begrepet som gjør at personen føler seg komfortabel og har tilstrekkelige ressurser ut ifra de krav som stilles.

Vedvarende uforholdsmessig høye krav om produktivitet, kan medføre at samarbeidet påvirkes negativt. Dette grunnet manglende tid til nødvendig og nyttig kommunikasjon i form av briefing, tilbakemelding og profesjonell verdisetting.

Lederens påvirkningsmulighet for den enkelte medarbeiders helse, var det delte meninger om, fordi noen rett og slett ikke hadde tro på en slik innvirkning. Dette er stikk motsatt av resultatet i Nyberg et al. (23) studiet, som fant at ledelse og lederstil kan i interaksjon med organisasjonen være en faktor som har betydning for underordnetes helse. De fleste av informantene mente likevel at lederens måte å opptre på hadde noe med trivsel å gjøre, og indirekte kunne det oppleves som helsefremmende. Empowerment er i denne setting et nøkkelbegrep og lederens måte å involvere og stimulere medarbeidere på, kan medvirke til et helsefremmende arbeidsmiljø (29).

I den sammenfattende modellen (Figur 5) vises ledelsens mulighet til å påvirke arbeidsmiljøet i en helsefremmende retning. Flere av de positive faktorene som ble trukket ut var i liten grad initiert av ledelsen, i stedet hadde de i stor grad sin opprinnelse fra kollegaer eller andre teammedlemmer i operasjonsmiljøet. Flere av disse positive faktorene kunne med fordel forsterkes ytterligere, hvis ledelsen ble bevisst på sitt påvirkningspotensial. De negative faktorene som for eksempel i samarbeid og kommunikasjons - sammenheng signaliserer et behov for problemløsning. Ledelsen bør på en aktiv måte finne konstruktive løsninger slik at konflikter ikke blir bestående og skaper motsetninger mellom profesjonene, slik som Orvik (4) beskriver det.

Informantene ga et bilde av hvor vesentlig det er at basale behov (mat, drikke og søvn) blir tilfredsstilt, for at andre behov skal bli tilfredsstilt senere. Dette stemmer vel overens med Maslovs behovsteori (60), der fysiologiske behov representerer første trinn, og i denne kontekst kan relateres til mat og drikke med også mulighet for pauser, hvile og restitusjon. Dette overensstemmer også med funnene til Arwedson et al. (31) som viser betydningen av fysisk aktivitet og restitusjon for økt velbefinnende og et godt arbeidsmiljø.

For de fleste yrkesaktive mennesker kan dette virke som et "luksusproblem" da tilgang til mat og drikke neppe er et problem i vår vestlige verden. Som anestesisykepleier har man kontinuerlig overvåkning av en pasient i narkose eller sedasjon, og kan ikke forlate "sin post." Kjernekategoriene gir en forståelse av at det oppstår et avhengighetsforhold, slik at ledere og kollegers tilgjengelighet, planlegging og påpasselighet i forhold til fysiologiske behov er betydningsfull. Således er dette også i overensstemmelse med Roberts funn (12) i forhold til bemanningsproblemer og små muligheter til å ta pauser, som igjen kan utvikle fare for stress. Ifølge Yukl (29) kan konkrete tiltak fra lederens side, slik som planlegging og organisering, forhindre at ugunstige situasjoner oppstår. Lederens adferd og handlinger får en viktig betydning for hvordan anestesisykepleierens arbeidsdag forløper og under hvilke premisser samhandlingssituasjonene foregår.

Trygghet i forhold til at utstyr fungerer, at arbeidsstillinger ikke er sykdomsfremkallende, at tanker og funderinger kan formidles og diskuteres under kontrollerte former, kan relateres til det andre trinnet: trygghet i Maslovs (60) behovsteori. Det gav et sammenfallende inntrykk av at alle hadde sine måter å takle de mangler man opplevde som belastende. Egne mestringsstrategier (coping) slik som Lazarus (61) beskriver i sin teori om problemfokuseret mestring, kan i denne kontekst relateres til "å ta aksjon" gjennom å endre på forhold hos seg selv, ettersom det viste seg å være vanskelig å endre på omgivelsene. Eksempel på slik aksjon var trening for å styrke utsatt muskulatur med rygg og mave-øvelser, samt hvile etter hektiske arbeidsøkter for å hente seg inn og være opplagt for neste dags arbeidsinnsats.

Bevissthet og klare holdninger samt kunnskap om hvordan skader ved løft av pasienter kunne unngås var generelt tilstede. Derimot var det en gjengs oppfatning at arbeidsgiveren bidro minimalt med tilretteleggelse av fysisk aktivitet og tid til ettertanke i løpet av arbeidsøkten. Det opplevdes som savn og kan relateres til Antonovskys (16) KASAM modell og håndterbarhet i begrepet. Ved å styrke KASAM (ad håndterbarheten) blir det lettere å oppfylle de krav som stilles til den enkelte. I arbeidssituasjonen kan det gi økt arbeidstilfredshet. En slik tankegang er også i tråd med Hanssons (25) forklaring av håndterbarhet, som mener at riktig tildeling av ressurser muliggjør oppfyllelse av krav som stilles på individet. Manglende helsefremmende tiltak kan også relateres til ledelsens manglende innsikt i det salutogene synet med fremmende av det friske og dess positive effekt på helsen, så som Antonovsky (16) beskriver det. I følge avtalen i Norske Helsefremmende Sykehus (NHFS) (26) skal organisasjonen virke for en helsepolitikk og personalomsorg som er helsefremmende, noe de færreste hadde erfaringer med.

Lederens evner til å kommunisere, være fleksibel og å tilrettelegge arbeidstid og turnusønsker ble høyt verdisatt. Dette er i tråd med Arwedson et al. (31) funn som betoner vekten av ledelse og tilretteleggelse av arbeidsmiljøet, som en viktig helsefremmende faktor på arbeidsplassen.

Informantenes opplevelse var divergerende på enkelte områder. På de mindre enhetene gis inntrykk av en nærmere kommunikasjon og en mer personlig relasjon i forhold til lederen. Dette kan sammenlignes med Nilsson et al. (7) som fant at mindre organisasjoner hadde en større sannsynlighet for høyere arbeidstilfredshet, lojalitets og stolthetsfølelse i forhold til arbeidssituasjonen og til ledelsen.

Informantenes ønsker om lederen som en visjonær og handlekraftig person og som stiller medarbeiderkrav, sammenfaller med Sellgren et al. (30) der underordnede ønsket en mer distinkt holdning fra sykepleierledere overfor arbeidsrelaterte krav som ble kommunisert fra lederens ståsted.

Det var en generell oppfatning at anesthesisykepleierleder innehadde altfor mange administrative oppgaver som man mente var pålagte og/eller tildels selvpåttatte. De oppfattedes som hindringer for å være pådriver for fagutvikling og forskning. Slike persepsjoner kan tale for at sykepleierledere har fjernet seg altfor mye fra sin egen profesjon, hvilket Viitanen et al. (34) beskriver i sin studie. De taler for at sykepleieledelse må reformeres, så at kliniske ledere i større grad baserer sin lederutøvelse på utvikling innen egen profesjon, slik at pasientbehandling får en større fokus.

Sammenfattende for kategorien ” **Ledelsen som premissleverandør** ” var dilemmaet som oppstod når premissene for arbeidsutførelse til stor del er plassert utenfor teamet og dets påvirkningsmulighet. Anesthesisykepleieren er avhengig av støtte og tilretteleggelse fra både nær og overordnet ledelse, både for å tilfredsstille grunnleggende behov og for å tilrettelegge arbeidsmiljøet slik at helseskadelige faktorer begrenses til et minimum. Ledelsens adferd og syn på helse, bør rettes mot de faktorer som utgjør de mellomliggende variabler som poengteres i Figur 1 samt faktorene i Figur 5, så at medarbeiderne får den motivasjon, støtte og de ressurser som kreves ut fra modenhet, teamsammensetning, erfaring og rolleoppfatning.

## **Trivsel i et operasjonsmiljø**

Trivsel for anesthesisykepleiere kan i stor grad relateres til interpersonelle relasjoner, organisatoriske rammene rundt og utøvelse av faget i den spesifikke konteksten som en operasjonsavdeling representerer. Å utdanne seg til anesthesisykepleier var et bevisst valg, det opplevdes som spennende, utfordrende, variasjonsrikt og meningsfullt. De minst erfarne kunne føle denne spenning og utfordring som stressende. Men disse opplevde også utfordringene som positive innslag for trivselen, om enn noe mer ubevisst.

Den sammenfattende modell (Figur 5). belyser relasjonen mellom de positive og negative påvirkningsfaktorene, figuren gir ikke uttrykk for rang eller størrelse, uten kun

at det har verdi. Men at trivselen innebattet både variasjon og arbeide i team, som kunne by på forskjellige utfordringer (som for eksempel å kunne takle uenighet), ga informantenes utsagn liten tvil om.

Å arbeide selvstendig men likevel inngå i et fellesskap var noe av hovedargumentet for å velge anestesi som sin fagspesialitet. Flere andre yrkeskategorier inngår i et operasjonsteam, slik som kirurger og operasjonssykepleiere. Men det var samarbeidet med anestesilegen som innebar den største gleden, men også den største utfordringen. Anestesilegen er naturlig nok anestesisykepleierens nærmeste samarbeidspartner, og er plassert høyere i hierarkiet.

Kjernekategori illustrerer dette dilemmaet, ikke kun som en kilde til mulig konflikt, uten også noe man ikke kan gjøre noe med, et fenomen som alltid finnes der, noe man som anestesisykepleiere må innrette seg etter. Tross dette signaliserte alle informantene at trivselen i høy grad var relatert til teamarbeidet, også sammen med anestesilegene. og beskrives godt i følgende sitat ”... *trivsel er med pasienten i sentrum og de andre rundt som jeg jobber sammen med, det er min trivsel på jobb.*”

Samarbeidsformen varierte med personlige evner og ferdigheter hos den enkelte. Mange uttrykte at den optimale samarbeidsformen, fellesfagligheten som Lauvås og Lauvås (47) beskriver ofte manglet. Man ga uttrykk for at flerfaglighet forekom. Hver og en utførte sin oppgave og/eller noen utførte kun det som var spennende. Det resterende ble overlatt til de som var lavere i hierarkiet – noe som forekom mer eller mindre frekvent.

Fellesfaglighet (47) er den samarbeidsform som kunne være ønskelig i et anestesimiljø slik at, forskjellige fagpersoner sammen deltar i kunnskapsinnhenting, analyserer problemområder og planlegger for en helhetlig løsning. Hvis en slik tilnærming hadde blitt brukt i større utstrekning, er det mulig at kjernekategoriens negative klang hadde blitt modifisert og fremstått m positivt.

Når anestesisykepleieren ønsket å diskutere eller konferere vedrørende faglige spørsmål, fant de rett og slett ”en eller annen” lege, kollega eller sykepleierleder. Slike løsninger kunne virke tilfeldige og opp til den enkeltes interesse og ferdigheter. En slik tilnærming kan innebære et risikomoment da det blir de som er mest pågående og uredde i holdning til autoriteter som får veiledning og hjelp til å utvikle sine kunnskaper. Hvis en større grad av den fellesfaglige samarbeidsformen hadde blitt brukt, som kjennetegnes av en felles viten og metodeforståelse, kunne gunstige læringseffekter grunnet komplimenterende kompetanser gi rom for både den uerfarne og erfarne yrkesutøveren. Den beskriver også Gran Brun og Grell Ulrik (35) som den foretrukne arbeidsformen på den anesthesiologiske arbeidsplass.

Informantene understreket at personligheten til de enkelte teammedlemmene var vesentlig for å oppnå godt samarbeid. Ifølge Orvik kan personlighet eller vedkommendes stil føre til at det oppstår spenninger i en gruppe som kan utløse relasjonskonflikter. Her kan det forekomme kulturforskjeller mellom mannlige og kvinnelige medarbeidere. Typiske kvinnekulturer konsentrerer seg oftere om relasjonskonflikter mens mennene oftere fokuserer på sakskonflikter. De fleste

informantene i denne studie ga uttrykk for at relasjonskonflikter forekom, men noen sammenligning ble ikke gjort. Forfatteren fikk inntrykk av at relasjonskonflikter ikke var genusavhengige slik som Orvik (4) beskriver dem.

Kommunikasjon var viktig for informantene, de beskrev både god og dårlig eller helt manglete kommunikasjon i noen situasjoner. I følge Øvretveit (45) er problem i kommunikasjon ofte en konsekvens av relasjonsproblem, det er ønskelig å forbedre denne slik at relasjoner kan forbedres. Det er ikke alltid like lett å få i stand en forandring i kommunikasjonsmønsteret, til tross for at det gjøres tiltak for å fremme kommunikasjonen mellom grupper, med for eksempel møtevirksomhet. Manglende tid til disposisjon, forskjellige profesjoner, ulik policy og konfidensialitet kan vanskeliggjøre eller hindre forbedret kommunikasjon til tross for at systemendringer innføres. Dette bekreftedes av de fleste informantene, man manglet tilstrekkelige fellesarenaer eller fora der kommunikasjon mellom profesjonene kunne skje.

Uforutsigbarhet var en del av anestesisykepleierens hverdag og ønske om variasjon var større enn ønske om mer forutsigbarhet. Man fikk et inntrykk av at en rimelig del av uforutsigbarhet ga positivt stress, i form av bedre ytelse, mestringsevne og ble av noen informanter beskrevet som helsefremmende. Denne innfallsvinkel styrkes også av Hustad (62) som i sin studie fant at anestesisykepleiere ser en viss uforutsigbarhet i pasientarbeidet som en positiv kvalitet.

Den negative uforutsigbarheten ble ofte fremhevet i organisatoriske termer, slik som dårlig planlagte operasjonsprogram, dårlig forberedt pasient, eller dårligere pasient enn på forhånd informert eller som svikt i teknisk utstyr i oftest tidsmarginaliserte situasjoner. Dette knyttes til Antonovskys (16) KASAM begrep, hvor begripelighet står for kjernen i definisjonen, og beskriver hvordan man opplever indre og ytre stimuli, om de er forståelige og strukturert, og ikke tilfeldige og kaotiske.

I forbindelse med verdisetting ble kjerne-kategorien knyttet opp mot ”det vonde”. Mangel eller unnlattelse av verdisetting, likeverd og rettferdighetstenkning kan relateres til arbeidsdeling og dets betydning for den profesjonelle yrkesutøvelsen. Eksempelvis ble det beskrevet at i stedet for å delta i faglige diskusjoner i forhold til et pasientkasus, arbeidet anestesisykepleieren med dataskrivning og sjekkrutiner, mens legen tok seg av pasientbehandlingen i stor utstrekning. Men til tross for en opplevd skjevfordeling måtte man som anestesisykepleier ”innordne seg” og være lojal i forhold til dem med høyere status i hierarkiet.

Den sammenfattende modellen (Figur 5) indikerer at verdisetting og støtte er influenser som trengs for at god pasientbehandling skal nås. Informantenes uttalelser om at; ”for å kunne yte god pasientomsorg og behandling er det nødvendig at man som anestesisykepleier også har det bra”, understryker vekten av dette aspektet.

Kollegastøtte var den mest forekommende form for verdisetting og den kunne i mange henseende kompensere for manglende tilbakemeldinger både fra pasient og ledelse. Den kan også sees som ”plaster på sårene” for manglende profesjonell verdisetting slik som kjerne-kategorien gir en anelse om, og som er beskrevet ovenfor. Kollegastøtte ble

opplevd som en avgjørende faktor for trivsel og generelt velbefinnende. Dette funn samsvarer med Hustads (62) som beskriver kollegastøtte i form av informasjonsstøtte, sosialt felleskap og instrumentell støtte, samt bekreftelse på egenverdi fra kollegene. Kollegastøtte kan også relateres til Antonovskys (16) ("følelse av sammenheng"), der informantenes opplevelse av meningsfullhet kan relateres til anerkjennelse og bekreftelse fra kolleger både ut ifra et personlig og yrkesmessig ståsted.

Av naturlige grunner har anestesisykepleiere ikke så store muligheter for feedback fra pasienten, da mottakssituasjonen er meget kort og preges av effektivitetskravet i stor utstrekning. Ved avlevering er pasientene er de i mange tilfeller preget av restene fra narkosen og meningsfull verbal kommunikasjon er ikke mulig. Senere oppfølging av pasienten blir foretatt kun i unntakstilfeller. Mange uttrykte ønske om tilbakemelding fra pasienten etter oppvåkning, men man så det som et vanskelig logistikkproblem. Tid til refleksjon er ifølge Ellstrøm (50) en viktig forutsetning for utviklingsrettet læring, det aspektet var det i liten grad tatt hensyn til idet de fleste mente at de måtte haste fra en oppgave til en annen uten innlagte tidsmarginer for slike tiltak. Som et ledd i en fellesfaglig samarbeidssituasjon er tid til refleksjon også nødvendig, slik at oppgavene utføres med kritisk granskning og spørsmålsstilling i forhold til en optimal behandling av pasienten.

Manglende verdisetting fra ledelsen ble tolket som en ubevisst handling og mange ganger ble den ikke verbalt uttalt, uten å bli vist implisitt i handling, som for eksempel en klapp på skulderen. Ledelsen sto hjelpeløs i forhold til å innfri alle krav og arbeidsoppgaver som ble lagt på den. Arbeidsbyrden til ledelsen kunne være så stor at det ikke fantes overskudd til engasjement og verdisetting for den enkelte medarbeider. Slikt resonnement bekreftes av Viitanen (34) som peker på at en forskyvning av arbeidsoppgaver har skjedd og flere administrative oppgaver blir lagt til sykepleielederne samtidig som produktivitetskravene øker.

Sammenfattende for kategorien "**Trivsel i et operasjonsmiljø**" er dens fortelling om viktige forutsetninger som utgangspunkt for yrkesvalg og for generell trivsel og arbeidsglede, i et variasjonsrikt men ofte uforutsigbart arbeidsmiljø. Kollegastøtte og teamarbeid var nøkkelbegreper som utgjorde grunnpillarene for arbeidsutførelsen. De medvirket til personlig og faglig vekst og overbygget ofte ledelsens manglende motiverende krav og tilbakemeldinger. Pollock og Gales (46) poengterer at en viktig ledelsesoppgave er å bidra med sin adferd i tråd med empowerment prinsippet, slik at den oppleves som motiverende og positiv overfor de profesjonelle som skal utføre arbeidsoppgavene.

## **Rolleklarhet**

Denne kategoris hovedtrekk sammenfaller godt med MUSIK (52, 53) analysen, der rolleoppfatning skårer høyt hos anestesisykepleierne. Den belyses av kjernekategoriens "lodd i yrkeslivet" der ivaretagelse av pasientsikkerhet og helhetstenkning står i fokus.

Det samsvarer godt med informantenes beskrivelse av nøyaktighet i forhold til kontroll av utstyr og ansvarsfølelse i forhold til utstyr og medikamenter i forbindelse med anestesistart. Mens anestesilegen har et overordnet medisinsk ansvar, så tar anestesisykepleieren detaljansvar for pasientsikkerheten. Til sin hjelp har anestesisykepleieren utarbeidede prosedyrer for kvalitetskontroll og hjelpemiddel, hvis det er usikkerhet vedrørende metode eller gjennomføring av sjeldne forekommende arbeidsoppgaver. Det er i tråd med helsepersonelloven (11) kapittel 2§ 4 som omhandler pasientsikkerheten, hvor loven stadfester at; ”*pasienter skal beskyttes mot ukyndig behandling*”.

I forhold til forsvarlighetskravet sier helsepersonelloven (11) § 4 at, ” *det er ikke et krav om den optimale tilstand*”, kravet kan med andre ord være oppfylt av anestesisykepleieren til tross for at legen er bedre kvalifisert. En slik situasjon kan forståelig nok skape konkurranse om oppgaver i og med at formell kompetanse er oppfylt hos begge parter. Dette dilemma kan bli tilspisset hvis anestesisykepleieren dessuten har en større reell kompetanse. Informantene ga uttrykk for at noen leger hadde en tendens til ”å gjøre alt det som var utfordrende” mens anestesisykepleierens funksjon ble en slags ”overkvalifisert sekretær”. Å være i en underordnet rolle og utføre oppgaver på ordinasjon og kanskje ikke få brukt sine evner og kunnskaper kan forståelig nok skape frustrasjoner. Det kan ha implikasjoner på selvfølelsen og generell trivsel, og kan medvirke til et lavere KASAM (16) spesielt relatert til meningsfullhet i begrepet.

Mestringsstrategier ble brukt i forhold til ”å tilpasse seg legens ordre”, de vanligste var å overse, ikke bry seg eller legge det bak seg. Det virket som om anestesisykepleiere med lang erfaring hadde lettest for å tilpasse seg legens ordre, det kan muligens ha sammenheng med kjennskap til den egen kompetansen og trygghet i sin yrkesrolle, som den mer uerfarne ikke har rukket å opparbeide seg i samme utstrekning. Kjernekategoriens budskap speiler i denne kontekst de vanskeligheter rollen som kompetent men underordnet teammedlem innebærer, som av og til må ” gå på akkord med seg selv” for å tilfredsstillte andres meninger eller krav.

I intervjuene fremkom at den erfarne anestesisykepleieren hadde utviklet en modenhet i faget som medførte mer selvstendighet i arbeidssituasjonen i forhold til anestesilegen. Samtidig var den erfarne nøye med, å ikke gå ut over ens egen kompetanse. Rollen som ”vedlikeholdsanestesien mester” var sterk spesielt for de erfarne. Hvis denne ble spørsmålstilt ut fra anestesilegens ståsted kunne det oppleves som tillitsbrudd og ”å bli tråkket på.” Slike situasjoner kunne ha blitt avverget hvis anestesilege og sykepleier hadde kommunisert om ønsket valg av anestesimetode og forventet anestesiforløp. En form for briefing før anestesistart samt under forløpet synes forfatteren vil være av verdi for både den erfarne og uerfarne anestesisykepleier. Den kan også være med på og overbygge det iblant opplevde gapet, mellom den praksiserfarne anestesisykepleierens ståsted og den teoretisk kyndige men lite klinisk erfarne assistentlegen, slik at en gjensidig tillit kan skapes og/eller forsterkes.

Jameson (62) anbefaler at anestesisykepleier og anestesilege diskuterer hver pasientcase, før og etter anesthesiologisk behandling. Begge parter bør være delaktige og føle seg komfortable, kunne stille spørsmål og utøve innflytelse på behandlingen uten å



føle seg truet eller mindre betydningsfull enn den andre. Diskusjonen bør foretas i et rom utenfor operasjonsstuen og man bør unngå eventuelle ”ansikt til ansikt” truende seanser, spesielt i front av pasienten eller annen personell.

Sammenfattende for kategorien ”**Rolleklarhet**” er de forskjellige forhold en anestesisykepleier forventes å kunne mestre ut fra sin kompetanse og erfaring. Den beskriver også anestesisykepleierens egne samt anestesilegenes rolleforventninger i samarbeidssituasjonen. Diskrepansen som opplevdes i forholdet til ”å utføre ordre fra legen” kan ha sitt utspring i både personlighet, kompetanse og erfaring fra begge samarbeidspartnerses ståsted. I og med at legen ifølge loven hadde rett å bestemme behandling - og anestesiform, kunne det gi uoverensstemmelser i forhold til anestesisykepleierens erfaringer og synspunkter. Arbeidsdelingen ga noen ganger frustrasjon, spesielt hvis det faglige forsvarlighetsprinsippet var oppfylt hos begge parter (11).

## **7.2. Diskusjon av metode**

### **7.2.1 Generell metodediskusjon**

GT ble valgt fordi man gjennom en i hovedsak induktiv tilnærming ønsket få frem empiriske data fra et forskningsfelt som til da var lite undersøkt i Norge. Det var naturlig å foreta en kvalitativ undersøkelse for å få fordypede kunnskaper om noen utvalgte temaer fra MUSIK (52), og de ble trukket ut for å formulere forskningsspørsmålene i denne studie. Temaet helsefremmende arbeidsmiljø og ledelses påvirkning ut ifra et anestesisykepleierperspektiv ble valgt.

Rekrutteringen av informanter viste seg å være svært vanskelig, og utvalgsmetoden måtte differensieres. Det ble både brukt helt frivillig deltagelse, der informanten tok direkte kontakt med forfatteren og indirekte utvelgelse via avdelingsledere som da plukket ut informanter som kunne tenke seg å delta. Det kan ikke utelukkes at uansett hvilken av de to utvalgsprosedyrene som ble brukt kan det ha påvirket resultatet. Man kan anta at ønskene om å delta er basert på interesse for temaene, og man kan ikke se bort fra at formidling av kunnskap og erfaringer kunne ha vært annerledes hvis ikke interesserte informanter ble utvalgt. Slikt resonnement er lite hensiktsmessig i og med at kvalitative intervjuer i utgangspunkt bygger på frivillig deltagelse. Forfatteren har prøvd å ta hensyn til heterogenitet i utvelgelsen av informanter og foretatt strategiske utvalg når det gjelder praksislengde og kjønn.

I følge den klassiske GT som Glaser og Strauss (55,64) praktiserte, skal innsamelet data analyseres parallelt, inntil saturasjon eller metning oppnås. I denne studie ble det foretatt en samlet analysen, grunnet tidligere nevnte vanskelighetene med rekrutteringen, således ble det brukt en modifisert GT og metoden ikke fulgt slavisk. Kategoriene i denne studie pekte seg ut alt etter at det tredje intervjuet var analysert. Da den tolvte

analyse var gjennomført, ble hverken flere koder eller kategorier utkrystallisert. Forfatteren tolket dette som oppnådd saturasjon.

Det var overveiende mannlige informanter som meldte sin interesse for studien og forfatteren har spekulert i hva dette kan bero på. En mulig årsak kan være et ønske om å påvirke karrieremulighetene innen sykepleieyrket. Inntil for kort tid siden har det vært få muligheter for karriere i sykepleie generelt og anestesisykepleie spesielt, bortsett fra i administrasjon og ledelse. Nå finnes det derimot muligheter for ”klinisk stige” innen mange forskjellige fagområder - også innen anestesi. Innen sykepleierfaget er det kjent at mannlige sykepleiere raskere søker seg lederstillinger enn sine kvinnelige kollegaer.

En annen mulig årsak kan være forholdet mellom mannlige anestesisykepleiere og kvinnelige ledere. Som tidligere beskrevet er kvinnelige ledere i større grad tilhengere av transformational ledelse (36). Denne lederadferd relateres iblant som ”de myke verdier” for eksempel inspirasjon, støtte og delaktighet. Muligens kan slik lederadferd gå på bekostning av struktur, hvilket kan skape konflikt mellom medarbeidere og ledere. Kanskje skaper slike situasjoner en større kilde til frustrasjon for de mannlige anestesisykepleierne, slik at de ved å delta i studien så sin mulighet til å bli hørt.

Forfatterens erfaring som anestesisykepleier og leder i en anesthesiavdeling, kan ha hatt implikasjoner på kunnskapen som ble generert. I følge Robson (65) kan slik erfaring enten resultere i tilbakeholding av informasjon eller erfaringer, eller overdrive beskrivelsene av opplevelser og erfaringer i intervjusituasjonen såkalt ”respondent bias.” Forfatterens forforståelse og tilhørighet i hierarkiet kan ha påvirket valg av spørsmål for å belyse problemstillingene. Forfatterens egne erfaringer kan også ha påvirket kodingen og kategoriseringen i analysefasen, til tross for ærlige anstrengelser for å la datamaterialet ”tale sitt språk”, såkalt ”forsker bias.”

### **7.2.2. Validitet og pålitelighet**

Forfatteren har gjennom hele studiens gang, og i de forskjellige fasene etterstrebet mest mulig profesjonalitet, nøyaktighet til egen holdning, til tross for liten erfaring bl.a fra intervjusituasjoner. For å styrke studiens pålitelighet har intervjusituasjonene fulgt et visst mønster som tidligere beskrevet. Intervjuguide har blitt brukt, men ikke slavisk, ledende spørsmål har forsøkt å unngås og forfatteren har i intervjusituasjonene forholdt seg lyttende på en konstruktiv måte.

I følge Maxwell's begrep ”interpretive validity” (66) skal vekten legges på å formidle informantenes personlige opplevelse snarere enn teoretiske observasjoner, såkalt erfaringsbasert. Det omhandler validiteten i de tolkninger forfatteren gjør og ikke om en hendelse er rapportert på riktig måte. I en slik tolkningssituasjon kan det være verdifullt å ha kjennskap til forskningsfeltet. Maxwell peker også på en annen dimensjon; nemlig begrepsvaliditet (”construct validity”), med dette menes at de begrep forfatteren har kommet frem til er meningsfulle i forhold til det fenomen eller forhold som er studert.

Flere av informantene viste seg å ha sammenfallende erfaring eller opplevelse om et fenomen, dette styrker begrepsvaliditeten. Hvis hensikt og problemstilling er belyst i resultatene som har fremkommet i analysen, er det forenlig med validitet.

I denne studie mener forfatteren dette kriterium er oppfylt, gjennom de kategorier og dets deskriptive subkategorier som ble generert i analysen, i analysefasen hadde det vært en fordel med innspill fra andre innen yrket for å styrke validiteten.

### **7.2.3. Overførbarhet**

Med overførbarhet i kvalitative studier menes: at de begreper og den kunnskap man har kommet frem til på en meningsfull måte, kan appliseres på lignende situasjoner enn de opprinnelig bygger på (58). Forutsetningen er at studien har gitt en rik og variert kunnskap om de fenomenene som er studert, og at resultatene som har kommet frem kan bringe mening for andre (58). Utvalgets størrelse kan skape begrensninger for resultatene og dess overførbarhet. Til tross for disse begrensninger har spektra av verdifull informasjon blitt generert, som har belyst spørsmålsstillinger vedrørende helsefremmende arbeidsmiljø og ledelsens bidrag til påvirkning i anestesisykepleierfaget.

Forfatteren mener at studien kan ha en overførbarhetsverdi for andre anestesimiljøer, da både små, mellomstore og store anestesivdelinger er representert i materialet.

Geografisk sett er avdelingene dessuten plassert i forskjellige fylker og kommuner, som også taler for heterogenitet og mangfold.

## **8. KONKLUSJON**

Det har i denne studie blitt avdekket flere faktorer som oppleves som helsefremmende ut ifra et anestesisykepleierperspektiv, der et godt samarbeidsmiljø peker seg ut som den viktigste faktor. Likevel er andre faktorer som tilfredsstillelse av grunnleggende behov, vesentlig for arbeidsutførelsen og trivselen. Ledelsens bidrag for tilretteleggelse og fleksibilitet var faktorer som opplevdes som delvis tilfredsstilt. Mens mye "stå alene arbeid" og relasjonskonflikter i samhandlingsprosessen peket seg ut som hindring og mistillits - forhold mellom personalgrupper. Kollegastøtte viste seg å være vanlig forekommende og bidro til øket trivsel og arbeidsglede.

Ledelse i et anestesimiljø er utfordrende fordi arbeidet som anestesisykepleier er basert på mye selvstendig arbeid, men også i team med andre yrkeskategorier. Ledelse foregår i stort omfang utenfor denne kontekst, men er likevel vesentlig både i form av støttespillere og som katalysator. For å agere som pådriver for et mer helsefremmende arbeidsmiljø, slik at medarbeideres helse blir mer prioritert må ledelsen bidra mer aktivt.

Studien belyser flere problemstillinger i samhandlingssituasjonen, og det kan i fremtiden med fordel også undersøkes ifra andre perspektiver, som for eksempel blant operasjonspasienter, andre teammedlemmer som leger og operasjonssykepleiere.

## 9. TAKK

Tusen takk til alle dere kolleger som sa ja til deltagelse i denne studie, uten dere ingen masteroppgave.

Tusen takk til anesthesiavdelingen og spesielt til seksjonsoversykepleier Eva Ballo som har støttet meg gjennom studiet, både med tilrettelegging av permisjonstid og faglig engasjement.

Takk også til ALNSF stipendfond som tildelte meg stipend i 2008, samt NHOs stipendfond som med sitt økonomiske bidrag, ga meg mulighet for å ta permisjon fra mitt arbeid som avdelingssykepleier for å sammenstille oppgaven.

Stort takk til min veileder Susanna Bihari Axelsson som gav meg håp og tro på gjennomførelsen av oppgaven, og som ga meg verdifull hjelp igjennom hele prosessens gang.

Takk til min mann Jan, som har hjulpet meg med ortografien som ikke stavekontrollen maktet. Sist og ikke minst (!) takk til min datter Constance som tålmodig har ventet på at mammaen skulle bli ferdig ved datamaskinen.

## 10. REFERANSER

1. Ljusenius T, Rydquist L.G. Friskt ledarskap: Ledarskap ur ett hälsoperspektiv. Arbetskyddsnämnden: Stockholm; 1999.
2. Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009./NVA/Jobb og arbeidsliv/ Inkluderende arbeidsliv. <http://www.nav.no/1073747561.cms> (lest 14.01.09)
3. STAMI (Statens arbeidsmiljøinstitutt)-rapport. Sykefravær i ulike bransjer: Utvikling i sykefravær og uførhet i lys av individuelle faktorer og forhold ved arbeidsplassen 2008:9 (19) kortrapport. Oslo; 2008.
4. Orvik A. Organisatorisk kompetanse - i sykepleie og helsefaglig samarbeid. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag; 2004.
5. Ohnstad B. Helsepersonelloven. I Anestesisykepleie. Hovind I.L. (red.) Oslo: Akribe; 2002. s. 28-39.
6. Axelsson R, Bihari Axelsson S. Folkhälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer. Lund: Studentlitteratur; 2007.
7. Nilsson K, Hetting A, Petterson I-L, Theorell T. Pride and confidence at work: Potential predictors of occupational health in a hospital setting. BMC Public health 2005; 5:92.
8. Legård M. Historikk. I Anestesisykepleie. Hovind I.L. (red.) Oslo: Akribe; 2002. s. 14-20.
9. ALNSF Standard for anestesi i Norge. Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk sykepleierforbund. Oslo; 2005.
10. ALNSF Funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere. Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk sykepleierforbund. Oslo; 2006. [www.anestesi.no](http://www.anestesi.no) (lest 14.01.09)
11. Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) Lov 1999-07-02 nr.64(sist endret 2008-06-27-64). <http://www.lovdata.no> (lest 15.10.08)

12. Roberts P. T. The certified registered nurse anesthetist occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *AANA* 2005; 73(5).
13. Nilsson P. Vilka chefsegenskaper kan relateras till hälsofrämjande ledarskap? Uppsatsarbete i folkhälsovetenskap. Kristianstad: Institutionen för hälsovetenskaper; 2005.
14. Winroth J, Rydqvist L.G. Hälsa och hälsopromotion med fokus på individ-, grupp och organisationsnivå. Logotipas Litauen: SISU idrottsböcker; 2008.
15. Sundsvallsdeklarationen. World Health Organization. Health promotion Glossary. Geneva; 1998.
16. Antonovsky A. Hälsans mysterium (översättning Elfstadius M). Stockholm: Natur och Kultur; 2005.
17. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. World Health Organization. Ottawa; 1986.
18. Sykefravær. Statistisk sentralbyrå. [www.ssb.no/emner/06/02/sykefratot/tab-2007-06-22-03.html](http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefratot/tab-2007-06-22-03.html) (lest 31.07.07)
19. Sykefravær anestesistseksjon 2, Rikshospitalet i Oslo. [http://rr3k4409/scripts/broker.exe?\\_debug=o&\\_service=default&program=webpgms](http://rr3k4409/scripts/broker.exe?_debug=o&_service=default&program=webpgms) (lest 30.07.07)
20. Sysselsetting. Statistisk sentralbyrå. [www.ssb.no/emner/06/01/regsystab-2007-06-12-07.html](http://www.ssb.no/emner/06/01/regsystab-2007-06-12-07.html) (lest 04.08.07)
21. Luxemburg-deklarasjonen. [http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/press/Luxembourg\\_Declaration\\_June2005\\_final.pdf](http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/press/Luxembourg_Declaration_June2005_final.pdf) (lest 22.01.09)
22. Hanson M. Det flexibla arbetets villkor – om självförvaltandets kompetens. Arbetsliv i omvandling. Arbetslivsinstitutet 2004:8 rapport. Stockholm; 2004.
23. Nyberg A, Bernin P, Theorell T. The impact of leadership on the health of subordinates. Arbetslivsinstitutet 2005:1 rapport. Stockholm; 2005.
24. Karasek T, Theorell T. Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of Working life. New York: Basic books; 1990.
25. Hansson A. Hälsopromotion i arbetslivet. Malmö: Studentlitteratur; 2004.
26. Helsefremmende sykehus. [www.helsefremmendesykehus.no](http://www.helsefremmendesykehus.no) (lest 22.02.09)
27. Health Promoting Hospital (HPH). [www.euro.who.int/healthpromohosp](http://www.euro.who.int/healthpromohosp) (lest 22.02.09)
28. Bass B.M, Avolio B.J. Improving organizational Effectiveness through Transformational Leadership. Thousand Oaks California: Sage Publications; 1994.
29. Yukl G. Leadership in organizations 6<sup>th</sup> ed. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Prentice Hall; 2006.
30. Sellgren S, Ekvall G, Tomson G. Leadership styles in nursing management: Preferred and perceived. *Journal of Nursing Management* 2006; 14: 348-35.
31. Arwerson L. I, Roos S, Björklund A. Constituents of healthy workplaces. *Work* 2007; 28: 3-11.
32. Kerfoot K. On leadership, The new nursing leader for the new world order of Healthcare. *AANA* 1996; 64 (4).
33. Allison P, Heather K, Laschinger S. The effect of structural empowerment and perceived organizational support and middle level nurse manager's role satisfaction. *Journal of Nursing Management* 2006; 14: 12-22.

34. Viitanen E, Wiili- Pertola E, Tampasi- Jarvala T, Letho J. First-line nurse in university hospitals- captive of their own professional culture? *Journal of Nursing Management* 2007; 14 (1):114-122.
35. Gran Bruun A-M, Grell Ulrik A-M. Utviskede Professionsgrenser- interprofesionellt samarbejde mellem læger og sygeplejersker inden for klinisk anæstesi. Master of Public Health (MPH 2008:4). Gøteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2008.
36. Bass B.M, Avolio B.J, Atwater L. The transformational and transactional leadership of men and women. *International Review of Applied Psychology* 1996; 45: 5-34.
37. Bryman A. *Charisma and Leadership in organizations*. London: Sage Publication; 1996.
38. Kanter R. World class leaders, the power of partnering. In: Hesselbein F, Gold Smith M, Bernhard R, editors. *The leader of the future*. San Francisco: Jossey- Bass; 1996.
39. Lauvås K. Etablering av tverrfaglige team. Fellesmål og behov for gjensidighet. *Rehabiliteringsmagasinet Bris* (trykt utgave) 1999; 1.
40. Teamwork. Wikipedia. <http://www.en.wikipedia.org/wiki/Teamwork> (lest 10.02.)
41. Sexton B.J, Makary M.A, Tersigi E, Henrich A, Pryor D, Thomas E, Holzmueller C, Knight A, Wu Y, Pronovost P. Teamwork in the Operating Room. *Anesthesiology* 2006; 105(5):877-84.
42. Thylefors I, Persson O, Hellström D. Team types, perceived efficiency and Team climate in Swedish cross-professional teamwork. *Journal of Interprofessional Care* 2005; 19 (2):102-114.
43. Tuckman B.W. Developmental sequence in small groups. *Psychological Bulletin* 1965;63:384-389.
44. Arbeidsmiljøloven. <http://lovdata.no/all/hl-20050617-062-html> (lest 15.01.09)
45. Øvretveit J. *Coordinating Community Care. Multidisciplinary Teams and Care Management*. Buckingham: Open University Press; 1993.
46. Pollock C, Gales S. Practice Issues, We are all leaders. *AANA* 1996; 64 (3).
47. Lauvås K, Lauvås P. *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget; 2004.
48. Profesjon. Wikipedia. <http://www.en.wikipedia.org/wiki/profesjon> (lest 10.02.09.)
49. Collaboration. Wikipedia. <http://www.en.wikipedia.org/wiki/collaboration> (lest 10.02.09.)
50. Ellström P-E. *Arbete och lärande, förutsättningar och hinder för lärande i dagligt arbete*. Solna: Alfa Print; 1996.
51. Ahrenfeldt B. *Förändring som tillstånd*. Lund: Studentlitteratur; 2001.
52. MUSIK, Medarbejderundersøkelsen (2006), Rikshospitalet/Radiumhospitalet, HF. [http://rr3k4409/scripts/broker.exe?\\_debug=0&service=default&\\_program=webpgm](http://rr3k4409/scripts/broker.exe?_debug=0&service=default&_program=webpgm) (lest 13.08.07)
53. MUSIK, Medarbejderundersøkelsen (2007), Rikshospitalet/Radiumhospitalet, HF. [http://rr3k4409/scripts/broker.exe?\\_debug=0&service=default&\\_program=webpgm](http://rr3k4409/scripts/broker.exe?_debug=0&service=default&_program=webpgm) (lest 15.08.07)
54. Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research*. London: Sage publications; 1998.
55. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Mill Valley, CA: Sociology Press; 1967.

56. Starrin B. Om distinktionen kvalitativ-kvantitativ i social forskning. I: Starrin Svensson P.G. (red). Kvalitativ metod och vetenskapsteori. Lund: Studentlitteratur; 1994.
57. Hallberg L.R-M. Qualitative methods in public health research: Theoretical foundations and practical examples. Lund: Studentlitteratur; 2002.
58. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. 2.e utgave. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
59. Kvale S. Det Kvalitative Forskningsintervju. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
60. Maslow H. Maslow on management. New York: John Wiley&sons, INC;1998.
61. Stamnes J. En kort innføring i Richard Lazarus stress- og mestringsteori. Høyskolen i Nord-Trøndelag. Namsos; 1997.
62. Hustad J. Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid, og hvordan påvirker dette dem? Master og Public Health (2007:1). Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap; 2007.
63. Jamson Katz J. Transcending Intractable Conflict in Health Care: An Exploratory Study of Communication and Conflict Management among Anesthesia Providers. Journal of Health Communication 2003; (8): 556-581.
64. Svensson P.G, Starrin B. (red) Kvalitativa studier i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 1996.
65. Robson C. Real world research 2<sup>nd</sup> ed. Cornwall: Blackwell; 2002.
66. Maxwell J.A. Understanding and Validity in Qualitative Research. Harvard Educational review. 1992; 55 (3).

## **11. VEDLEGG**

### **11.1 Intervjuguide**

**”Helsefremmende ledelse en utfordring i anestesisykepleiefaget”**

**Kan du beskrive hva helse på arbeidsplassen betyr for deg?**

**Opplevelsen av helse i relasjon til arbeidssituasjonen.**

1. Opplever du at arbeidsbelastning og arbeidsoppgavenes kvalitet samsvarer?
2. Har du mulighet å påvirke arbeidsmengden som blir tildelt deg?
3. Finnes det rom for kontroll og tilbakemelding av egen innsats?
4. Finnes det fysiske belastninger som påvirker din helse?
5. Opplever du noen psykisk belastninger?

**Opplevelsen av helse i forhold til samarbeid.**

1. Hvordan opplever du av samarbeidet innom teamet (an.lege, kirurg og operasjonssykepleiere) fungerer?
2. Kan du beskrive noen situasjon der samarbeide er spesielt viktig.
3. Kan du beskrive noen situasjon der samarbeidet har vart vanskelig?
4. Har du opplevd at manglende samarbeid har gått ut over kvaliteten på pasientarbeid?
5. Synes du at ledelsen har innvirkning på, på hvilken måte teamarbeidet fungerer?
6. Finns det organiserte støtteordninger (for eksempel; veiledere, mentor) på din avdeling?
7. Har du opplevd at du har trengt støtte men ikke fått det?

**Opplevelsen av helse i relasjon til ledelse.**

1. Tror du lederens syn på helse påvirker ditt syn på helse?
2. Tror du lederens ”stil” påvirker ”synen på helse” på din avdeling?
3. Har du opplevd at din ledere ikke har tatt hensyn til din ”helses beste”?
4. Gis du anledning til å være delaktig i beslutning som kan ha innvirkning på din helse?
5. Gir lederen rom for involvering og påvirkning av din arbeidsdag?
6. Har du eksempel på noen gode ”trivselselementer” på din avdeling?
7. Har du følt misstrivsel og/eller lavt arbeidsengasjement noen gang?  
Hvis ja, har du delgitt og diskutert dette med din leder?
8. Beskriv hvis dette var tilfelle, hvordan ble denne situasjonen håndtert av lederen





