

Et helsefremmende arbeidsmiljø i
operasjonsavdelingen –
fra operasjonssykepleiernes perspektiv
En kvalitativ studie

Vivi-Ann Sandersen

Master of Public Health

MPH 2010:10



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Et helsefremmende arbeidsmiljø i operasjonsavdelingen – fra operasjonssykepleiernes perspektiv. En kvalitativ studie.

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

ISSN 1104-5701

ISBN 987-91-85721-99-3



Master of Public Health – Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel				
Et helsefremmende arbeidsmiljø i operasjonsavdelingen – fra operasjonssykepleiernes perspektiv. En kvalitativ studie.				
Författare				
Vivi-Ann Sandersen				
Författarens befattning och adress				
Fagutviklingssykepleier, Operasjonsavdelingen/Operasjon 3, Rikshospitalet, Akuttklinikken, Oslo Universitetssykehus, Norge				
Datum då examensarbetet godkändes			Handledare NHV/Extern	
2010-09-10			Docent Ulrika Hallberg	
Antal sidor	Språk – examensarbete	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
51	Norsk	Norsk/engelsk	1104-5701	987-91-85721-99-3

Sammanfattning

Hensikt: Hensikten med studien var å få en dypere forståelse av hva operasjonssykepleierne opplever som positivt, og dermed helsefremmende, i arbeidsmiljøet i operasjonsavdelingen, og som bidrar til at de fortsetter å utøve sin profesjon.

Metode: En modifisert Grounded theory har blitt benyttet som analysemetode av ti åpne intervjuer

Resultat: I analysen fremkom kjernekategoriene: *Samarbeider utfyllende og inkluderende med fokus på pasienten*, tre vilkårskategorier: *Blir sett og hørt som medarbeider*, *Har kontinuerlig faglig oppdatering*, *Har forutsigbarhet i arbeidet* og tre konsekvenskategorier: *Fyller arbeidstiden og rekker det meste*, *Opplever at arbeidet er meningsfullt* og *Opplever samhold og fellesskap med kollegene*.

Kjernekategoriene belyser et samarbeid i operasjonsteamet basert på støtte, gjensidig respekt, tillit, klar kommunikasjon og koordinering samt et tydelig pasientfokus. Vilkår for et slikt samarbeid er mulighet for medvirkning, fokus på operasjonssykepleiefaget og forutsigbarhet gjennom god planlegging og koordinering. Konsekvensene av et godt samarbeid er økt jobbtillfredshet med effektivitet i arbeidet, opplevelse av å gjøre noe av betydning for andre og samhörighet med kolleger.

Konklusjon: Et positivt interprofesjonelt samarbeid slik operasjonssykepleierne opplever det, kan bidra til et helsefremmende arbeidsmiljø med positiv effekt på jobbtillfredshet ved god kontroll over kravene i arbeidet, noe som gir økt pasientsikkerhet. Vilkårene for et godt samarbeid som har fremkommet i studien, kan iverksettes i praksis umiddelbart. Det er imidlertid behov for mer forskning på området når det gjelder alle profesjonene i det interprofesjonelle teamet.

Nyckelord

operasjonssykepleie, helsefremmende arbeidsmiljø, interprofesjonelt samarbeid, kommunikasjon, jobbtillfredshet, pasientsikkerhet, grounded theory, kvalitativ studie



Master of Public Health – Thesis –

Title and subtitle of the thesis				
Health promoting work environment in the operating room – from the perspective of the operating room nurses. A qualitative study.				
Author Vivi-Ann Sandersen				
Author's position and address Operating room teaching nurse, Department of Operating Services/Section for Operating Theatres, Rikshospitalet, Division of Emergency Medicine, Oslo University Hospital, Norway				
Date of approval 2010-09-10			Supervisor NHV/External Assoc. Professor Ulrika Hallberg	
No. of pages 51	Language – thesis Norwegian	Language – abstract Norwegian/ English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 987-91-85721-99-3

<p>Abstract</p> <p>Purpose: This qualitative study aimed to gain deeper knowledge of what operating room nurses consider positive in their work environment, thereby promoting employee health and making them stay working in the operating theatre.</p> <p>Method: A modified grounded theory was used to analyze ten open interviews.</p> <p>Result: Analysis of the interviews yielded a core category: inter-professional teamwork that focuses on patient safety. It also identified three subcategories that generate positive teamwork (employee validation, increased opportunities for continuing education, work predictability) and three subcategories that show the consequences of positive teamwork (effective work patterns, experiencing work as meaningful and positive relationships with colleagues). The core category illustrates teamwork that is based on support, mutual respect, trust, clear communication, and coordination. Such teamwork demands the possibility of participating in the decision-making process, focusing on professional work, and making work highly predictable. The consequences of such teamwork include increased jobsatisfaction, an effective and meaningful work experience, and supportive relationships with colleges.</p> <p>Conclusion: From the perspective of operating room nurses interviewed during this study, positive inter-professional teamwork can create a work environment that promotes health, enhances jobsatisfaction, exerts control over work demands, and increases patient safety. The conditions mentioned in this study can be implemented immediately in the workplace. Future research should focus on the different aspects of the inter-professional team.</p> <p>Key words operating room nursing, health promotion, workplace health, inter-professional teamwork, communication, jobsatisfaction, patient safety, grounded theory, qualitative study</p>

INNHOLDSFORTEGNELSE

INTRODUKSJON	5
Operasjonssykepleiernes yrkesrolle og arbeidsmiljø	5
Arbeidsmiljø og helse i et nordisk perspektiv	6
TEORETISK RAMME.....	8
Helsebegrepet og helsefremmende arbeidsmiljø i folkehelsen	8
Salutogenese – det som skaper helse	9
Helsefremmende arbeidsmiljø i et salutogent perspektiv	10
Interprofesjonelt teamarbeid i operasjonsavdelingen	11
Krav, kontroll og sosial støtte i arbeidsmiljøet	13
Hensikten med studien	14
Forskningsspørsmål	15
METODE	15
Grounded theory	15
Forfatterens ståsted og forforståelse	17
Utvalg	18
Intervju	19
Intervjuguide	20
Gjennomføring av intervjuene	21
Memos	21
Transkribering	21
Analysen	21
Åpen koding	22
Axial koding	22
Selektiv koding	23
Reliabilitet og validitet	23
Ethiske vurderinger	24
RESULTAT	25
Kjerne kategorien: Samarbeider utfyllende og inkluderende med fokus på pasienten	26
Blir sett og hørt som medarbeidere	28
Har kontinuerlig faglig oppdatering	29
Har forutsigbarhet i arbeidet	30
Fyller arbeidstiden og rekker det meste	30
Opplever at arbeidet er meningsfullt	31
Opplever samhold og fellesskap med kollegene	32

DISKUSJON	33
Resultatdiskusjon	33
Samarbeider utfyllende og inkluderende med fokus på pasientens beste ..	34
Vilkårene for et godt samarbeid	35
Konsekvensene av et godt samarbeid	36
Positivt arbeidsmiljø og helsefremmende effekt	37
Metodediskusjon	39
Reliabilitet	39
Validitet	39
KONKLUSJON	41
TAKK	42
REFERANSER	43
VEDLEGG	48
Søknad om å benytte operasjonssykepleiere som informanter	48
Forespørsel om å delta i intervju	50

INTRODUKSJON

Helsevesenet i dag preges av store organisatoriske endringer, krav om innsparinger og effektivisering, innføring av stadig ny teknologi og økende sykefravær (Mæland 2005, Arbeidstilsynet 2006). Sykehusene omorganiseres til stadighet med sammenslåinger, flytting og endrede funksjoner, samtidig som presset om å behandle flere stadig øker. I denne situasjonen rapporterer Riksrevisjonen (2004-2005) at operasjonsstuen i 2002 stod ubenyttet i gjennomsnitt 72 av årets 250 arbeidsdager og at hovedårsaken var mangel på operasjonssykepleiere. En annen rapport fant at det vil være stor mangel på operasjonssykepleiere i løpet av de neste ti årene (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Samtidig viser undersøkelser at median alder for operasjonssykepleiere var 49,5 år i 2005 (NSF). Dette beskriver et betydelig press på operasjonssykepleierne og deres arbeidssituasjon i sykehusene. I denne situasjonen har det stor betydning å sikre tilstrekkelig rekruttering i tiden fremover, samtidig som det er viktig å finne ut hvorfor mange blir værende i sitt arbeid til tross for stor belastning. Hva er det i dette arbeidsmiljøet som gjør at operasjonssykepleierne blir værende? Hva er det som oppleves som positivt og som gir krefter til innsats hos dem som jobber der? I arbeidslivet i dag er det viktig å sette fokus på dette for å kunne styrke de positive og helsefremmende faktorene, særlig fordi vi erfarer at arbeidsmiljøet fortsatt vil være krevende i årene fremover. Dette er viktig både for samfunnet generelt, for den videre forskning om helsefremmende arbeidsmiljø i sykehus og for operasjonsavdelingene spesielt mht. behovet for friske operasjonssykepleiere fremover.

Operasjonssykepleierens yrkesrolle og arbeidsmiljø

Operasjonssykepleiere har blant annet sin arbeidsplass i operasjonsavdelinger på sykehus, der pasienter med sykdom eller skade gjennomgår planlagte eller akutte kirurgiske inngrep og undersøkelser. Operasjonssykepleiere i Norge har i dag grunnutdanning som sykepleier (3 år) og i tillegg 18 måneders videreutdanning i operasjonssykepleie. De utfører selvstendige og assisterende oppgaver innenfor sitt ansvarsområde. Yrkesrollen inneholder terapeutisk ansvar med forebyggende, behandlende og lindrende funksjon, pedagogisk ansvar med informasjons- og opplæringsfunksjon, administrativt ansvar med ledelse av faget og forvaltning av avdelingens ressurser, samt fagutviklingsansvar med utvikling av faget og anvendelse av ny forskning (NSFLOS 2008).

I operasjonsstuen utfyller to operasjonssykepleiere hverandre i to funksjoner, som de bytter på å inneha. Den ene funksjonen er *sterilt utøvende* med ansvar for det sterile miljø, håndtering av kirurgisk utstyr og instrumenter, samt assistanse av kirurgene. Den andre funksjonen er *koordinerende funksjon* med ansvar for mottak og ivaretagelse av pasient, håndtering av medisinsk teknisk og elektronisk utstyr, dokumentasjon, koordinering av arbeidet inne på operasjonsstuen og utenfor, kommunikasjon med sengeposter og postoperativ avdeling med mer. I fellesskap planlegger og tilrettelegger de for de operasjonene og pasientene som de har ansvaret for. Operasjonssykepleiere jobber innenfor rammene av gjeldende lovverk med krav om faglig forsvarlighet i

yrkesutøvelsen, dvs. bruk av faglig skjønn basert på etikk, kunnskap og ferdigheter og med pasientens sikkerhet i fokus (HOD 2001).

Operasjonssykepleierne samarbeider med kirurger, anestesileger og anestesisykepleiere i operasjonsteamet. Operasjonsteam er sammensatt av ulike profesjoner og utfører interprofesjonelt samarbeid (Healey, Undre & Vincent 2004). Kommunikasjon og samarbeid er utfordrende idet arbeidsdagen ofte er preget av stort arbeidspres med mange pasienter på operasjonsprogrammet, knapp tid til den enkelte pasient og strenge krav til effektiv utnyttelse av tid og ressurser. Dette innebærer risiko for å begå feil med store konsekvenser for pasienter og helsepersonell (Alfredsdottir & Bjornsdottir 2007).

Det fysiske arbeidsmiljøet i operasjonsstuen preges av tunge løft og mye stillestående arbeid, noe som kan medføre smerter i rygg og muskulatur (Mathias 2005, Arbeidstilsynet 2006). Høy temperatur i operasjonsstuen av hensyn til pasienten kan oppleves som ubehagelig for personalet. Dette, sammen med jevn støy fra motorisert og luftdrevet utstyr kan også gå ut over konsentrasjonen, som det stilles store krav til (Young & Watson 2006). Risikofaktorer som kjemikalier, medikamenter og anestesigasser er vanlig, samt biologiske risikofaktorer i form av smittestoff hos pasientene (Arbeidstilsynet 2006). Kirurgisk utstyr som koagulasjonsapparat, bor og sag skaper forurensning med kjemiske og biologiske stoffer i luften, som kan inhaleres (Barrett & Garber 2003). Pauser til mat og toilettbesøk er vanskelig å planlegge og må tas når det passer. I dette arbeidsmiljøet er det høye krav til faglig kompetanse og oppdatert kunnskap, noe det ofte er lite tid til i hverdagen (Arbeidstilsynet 2006).

Arbeidsmiljø og helse i et nordisk perspektiv

Det er gjort en god del forskning på arbeidsmiljø og dets betydning for helsen. De nordiske landene har etablerte forskningsmiljøer i offentlige etater som forsker på arbeidsmiljøet og dets betydning for helsen; Arbetsmiljöverket (2008) i Sverige, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2008) i Danmark og Arbeidstilsynet (2010) og Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI 2008) i Norge. Forskningsmiljøene har i stor grad fokusert på håndtering av risikofaktorer som kan bidra til helseskade og sykdom relatert til arbeidsmiljøet. Årsaken til dette kan blant annet være at nasjonale lovverk fokuserer på risikofaktorer og forebyggelsen av helseskade på grunn av disse, som i Arbeidsmiljøloven (Arbeidsdepartementet 2005), Smittevernloven (HOD 1994) osv. i Norge. Tilsynsfunksjonene som myndighetene har iverksatt for å ha kontroll med arbeidslivets risikofaktorer, er derfor også rettet mot disse, som i Internkontrollforskriften (HOD 2002). Slik får risikofaktorene et markert fokus.

Arbeidstilsynet i Norge gjennomførte i 2005/2006 en landsomfattende kampanje rettet mot arbeidsmiljøet i sykehusene - "*God vakt!*". Fokus var på tilsyn med overholdelse av lovverket mht. risikofaktorer som ergonomiske, kjemiske og biologiske belastninger, organisering, kultur og teknologi, omstilling og psykiske og sosiale belastninger. I tillegg vektla kampanjen også viktigheten av å ha balanse mellom oppgaver og ressurser, rett til opplæring og medvirkning i arbeidssituasjonen, utvikling av kompetanse og åpen kultur med god kommunikasjon og samarbeid. Kampanjen avdekket avvik mht. til alle fokusområdene i større eller mindre grad.

Forskning og rapporter som belyser friskfaktorer, dvs. faktorer som virker positivt på arbeidstakeres helse, er i mindre grad vektlagt, men har fått større fokus de siste årene. Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og –helse ved STAMI i Norge viser i sin delrapport om psykososialt arbeidsmiljø til ulike forhold som er avgjørende for positiv påvirkning av arbeidstakeres helse (NOA 2008). Viktige faktorer som påpekes er balanse mellom arbeidsmengde, arbeidstempo og kompetanse til å oppfylle kravene arbeidet stiller, kontroll og medvirkning mht. arbeidstempo og beslutninger som tas, det å få brukt sine evner og samtidig ha faglige utviklingsmuligheter, å motta sosial støtte i arbeidsmiljøet og det at lederen gir tilbakemelding og oppfattes som rettferdig.

Lillestrømerklæringen (STAMI 2010a) er et grunnlagsdokument for utvikling av helsefremmende arbeidsplasser utarbeidet av representanter fra arbeidslivet i Norge. Erklæringen hevder at helsefremmende arbeidsplasser kjennetegnes blant annet ved tilstedeværende lederskap, felles verdigrunnlag, åpenhet og mangfold, opplevelse av mestring, deltagelse og mulighet til personlig og faglig utvikling. I 2002 (STAMI 2002b) ble prosjektet ”Friskfaktorer i arbeidslivet” igangsatt av Prevent i samarbeid med svensk næringsliv og arbeidstakerorganisasjoner, noe som resulterte i en bokutgivelse i 2003. Prevent (2010) definerer friskfaktorer som foreteelser i individets arbeids- og/eller totale livsmiljø og livsmønster, som gir individet forutsetninger for å fungere optimalt, utvikle seg og ha det bra i arbeidslivet. Prosjektet avdekket friskfaktorer på **individnivå** (variasjon og utvikling i arbeidet, eget ansvar, yrkesstolthet og meningsfullt arbeid), **gruppenivå** (fellesskap, direkte kommunikasjon, humor, ærlighet og tillit) og **foretaksnivå** (korte beslutningsveier, nærværende leder, tilbakemelding, tydelige retningslinjer og lydhørhet).

I det danske Arbejdsmiljørådets handlingsplan for 2002-2005 er ”Sundhedsfremme på arbeidsplassen” prioritert (STAMI 2002a). Arbejdsmiljørådet i Danmark (2008) viser til at det utviklende arbeid kan karakteriseres av innflytelse på eget arbeid og arbeidsplassens utvikling, avveksling i arbeidet, å bruke sine evner, personlig utvikling, fleksible og støttende kolleger og ledere, sosialt samvær og samarbeid preget av respekt, trygg jobb og meningsfullt arbeid som gir opplevelse av stolthet.

En oppsummering av ulike prosjekter og studier i Sverige har undersøkt faktorer og omstendigheter som fremmer helse i arbeidslivet og viser til følgende faktorer som viktige; vektlegging av arbeidstagernes medvirkning og arbeidsgivernes engasjement med vekt på støtte, innflytelse, delaktighet og utvikling, klare mål i foretaket, god kommunikasjon, konsekvent og direkte feedback, et kreativt klima med trygghet, frihet og fritt for prestisje, et konsultativt lederskap og åpent arbeidsklima med høy grad av medbestemmelse, respekt for andres kompetanse og tillit (Schærström 2004). Ved et sykehus i Sverige fant Nilsson et al (2005) at lederskap preget av visjoner, delegering, motivering, bekreftelse og støtte samt et tydelig fokus på løsninger, skapte et arbeidsklima preget av tillit, teamarbeid og profesjonalitet, noe som var helsefremmende. Dette utgjorde to hovedområder som var avgjørende for det helsefremmende aspektet; opplevelse av arbeidsstolthet og tillitt.

TEORETISK RAMME

Helsebegrepet og helsefremmende arbeidsmiljø i folkehelsen

Helse er et mangetydig begrep som har blitt definert ut fra særlig to ulike perspektiv; det biomedisinske perspektivet der helse kan forstås som det motsatte av sykdom, og det humanistiske perspektivet, der sammenhengen mellom helse og sykdom kan sees som ett kontinuum eller som ulike dimensjoner (Medin & Alexandersson 2000).

I det humanistiske perspektivet fremstår mennesket mer helhetlig enn i det biomedisinske, fordi også de psykososiale aspektene i menneskenes liv og helse fremheves. Ingmar Pörn (1995) representerer et holistisk ståsted innen det humanistiske helseperspektivet. Hans syn på helse innebærer at individet har god helse dersom det evner å tilpasse seg sin livssituasjon. Graden av helse avhenger ikke av sykdom, men av individets evne til å handle i forhold til sine mål og de omstendigheter som individet befinner seg i, dvs. det samfunn de lever i og de omgivelser de omgir seg med. Helse sees her som en ressurs og en vesentlig forutsetning for at mennesket skal kunne oppnå sine mål i livet. Denne ressursen skaper mennesket gjennom kontroll og mestring av sin livssituasjon. I det humanistiske perspektivet kan helse også forstås som en ressurs som gir styrke og motstandskraft til å mestre de påkjenninger livet bringer (Mæland 2005).

WHO sin definisjon av helse i 1948 fastslo at helse er å forstå som en tilstand av *"complete physical, social and mental well-being"* og ikke bare fravær av sykdom (WHO 1998). Her blir likevel helse uoppnåelig for de fleste mennesker på verdensbasis. I 1977 lanserte WHO programmet *"Health for All by the Year 2000"* der synet på helse fremstod som mer realistisk. Her er målet at alle skal ha helse til å make å delta i arbeidslivet og i det sosiale livet i samfunnet de lever i (WHO 1981).

WHO sitt helsebegrep viser en humanistisk tilnærming med både et patogent og salutogent perspektiv i folkehelsearbeidet. I Norge, som i andre land, defineres folkehelsearbeid som den totale innsatsen i samfunnet med sikte på å opprettholde, bedre og fremme helsen i befolkningen. For å oppnå dette er det nødvendig å styrke de verdiene som gir enkeltindividet og grupper av individer muligheter til å ta ansvar for, ha kontroll over og mestre egen situasjon gjennom delaktighet og solidaritet med hverandre (NOU 1998/18). Folkehelsearbeidet må videre baseres på kunnskap om befolkningsgruppers sykdom, helse og livskvalitet, dvs. folkehelsevitenskap. Med folkehelsevitenskap menes vitenskapen om samfunnets organiserte tiltak for å hindre sykdom, forlengende liv og fremme helse hos befolkningen (Beaglehole & Bonita 1997).

Helsefremmende arbeid spiller en sentral rolle i folkehelsearbeidet. Da den første internasjonale konferansen om helsefremmende arbeid fant sted i Ottawa i 1986, ble helsefremmende arbeid definert som en ressurs og en prosess som setter mennesker i stand til å øke kontrollen over og forbedre sin egen helse (WHO 1986):

"Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social

and personal resources, as well as physical capacities. Good health is a major resource for social, economic and personal development and an important dimension of quality of life (WHO 1986, s. 5).

I det humanistiske helseperspektivet og som ett viktig mål for folkehelsearbeidet, kan et helsefremmende arbeidsmiljø forstås som et miljø som virker positivt på og ivaretar arbeidstagerens helse som gruppe og individ, og dermed bidrar til at de evner å virkeliggjøre sine mål og å tilpasse seg og ha overskudd til å møte de generelle krav de stilles overfor i arbeidslivet og livet for øvrig. Et slikt miljø vil samtidig kunne redusere risiko for skade og sykdom.

Helsefremmende arbeid i folkehelsearbeidet må utøves på de arenaer der mennesker befinner seg og lever sine liv; i skolen, på arbeidsplassen, i familien og i samfunnet forøvrig (WHO 1986). Den 3. internasjonale konferansen i Sundsvall om helsefremmende arbeid (WHO 1991) hadde fokus på miljø som støtter fremme av helsen, og viste til at slike miljøer tilbyr folk beskyttelse mot helsefarer og setter dem i stand til å forbedre ferdigheter og utvikle selvtillitt til egen helse.

Mennesker tilbringer mye av sitt voksne liv på arbeidsplassen. Arbeid er vesentlig for å tjene til livets opphold, samtidig som arbeidsplassen fungerer som sosial arena og er et sted man kan utvikle seg og sette drømmer og mål ut i livet. På denne måten er arbeidsplassen en viktig arena for å opprettholde, bedre og fremme helsen til den enkelte. Helsefremmende arbeid inkluderer aktiviteter som skaper helse, dvs. et salutogent perspektiv, og aktiviteter som hindrer at helsen svekkes gjennom forebygging med fokus på å fjerne eller redusere risiko for sykdom, skade eller død, dvs. et patogent perspektiv (Mæland 2005). Denne studien vil først og fremst ta for seg det salutogene perspektivet, dvs. fokusere friskfaktorene i arbeidsmiljøet i operasjonsavdelinger. Med friskfaktorer menes her de faktorene operasjonssykepleierne opplever som positive i sitt arbeidsmiljø og som bidrar til at de kan ivareta sin funksjon og sitt ansvar i utførelsen av arbeidet.

Salutogenese – det som skaper helse

Den medisinske sosiologen Aron Antonovsky presenterte i 1979 en helsemodell med salutogen orientering og friskfaktorer med utgangspunkt i ”helsens opprinnelse” (*origin of health*) i motsetning til det patogene fokuset. Sentralt i modellen er begrepet ”Sense of Coherence” (SOC) eller ”opplevelse av sammenheng” (OAS) på norsk (Antonovsky 2000). Han beskriver helse og sykdom som komplementære tilstander i et kontinuum der det ene ikke utelukker det andre, men finnes i større eller mindre grad gjennom livet ut fra de belastninger livet utsetter oss for og hvordan disse håndteres av individet. OAS består av tre komponenter:

- ”begripelighet”, dvs. at indre stimuli og ytre stimuli fra miljøet rundt oppleves som strukturerte, forutsigbare og forståelige
- ”håndterbarhet”, dvs. at individet har ressurser til rådighet som er tilstrekkelige til å håndtere kravene som stimuliene krever, og
- ”meningsfullhet”, dvs. at kravene motiverer individet til å engasjere seg

Opplevelse av sammenheng er en gjennomgående, varig og samtidig dynamisk følelse av tillit til at utfordringene i livet kan mestres. Sterk OAS gir grunnlag for god helse, mens lav OAS gir økt risiko for uhelse. Det er sannsynlig at ytre faktorer i arbeidsmiljøet, der det voksne mennesket tilbringer en stor del av sitt liv, påvirker OAS til en viss grad (Antonovsky 2000). Antonovsky presenterer sin helsemodell som et meningsfullt utgangspunkt for nettopp det helsefremmende perspektivet i folkehelsearbeidet (1996). En reviewstudie konkluderer med at det salutogene konseptet "Sense of Coherence" (SOC) synes å være en helsefremmende ressurs som styrker motstandsressurser og utvikler opplevelsen av bedre helse. En salutogen tilnærming er derfor viktig i det helsefremmende arbeidet (Eriksson & Lindström 2006).

Helsefremmende arbeidsmiljø i et salutogent perspektiv

Den svenske arbeids- og organisasjonspsykologen Anders Hanson (2004) anvender Antonovskys salutogene helsemodell i arbeidet med helsefremmende arbeidsplasser. Han presiserer at et helsefremmende arbeidsmiljø er et støttende miljø for de som jobber der, og at det er selve interaksjonen mellom mennesker i arbeidsmiljøet som har betydning for individets opplevelse av sammenheng. Han tydeliggjør samtidig at denne interaksjonen utgjør sosiale system med prosesser som er uforutsigbare og vanskelige å styre; det handler om å kommunisere, tolke og søke forståelse for hva som skjer og hvordan systemet best kan påvirkes. Det er individets håndtering og opplevelse av interaksjonen med andre som gjør arbeidsmiljøet helsefremmende eller risikofyllt.

Hanson (2004) hevder at helsefremmende arbeid krever kunnskap om helse, helsens vilkår og hvordan man kan få iverksatt en bevegelse som skaper bedre vilkår for helsen. I sin teoretiske modell om helsefremmende arbeidsmiljø setter han inn hvilke kunnskap og forhold han mener kan gi mulighet for å oppnå helsefremmende effekt:

1. Helse tar utgangspunkt i ideen om salutogenese, det å søke helsens utspring. Det helsefremmende perspektivet ser på hva som skaper helse, ikke sykdom. Det handler om hele mennesket og dets livsvilkår, noe som krever flere disipliner og kunnskapsområder for å kunne belyses og forstås; kunnskap om helse og fremme av helse, om menneskene og deres livsmiljø, om organisering og ledelse, om endringsprosesser, filosofi, psykologi, pedagogikk, sosiologi, systemteori osv.
2. Antonovskys teori om opplevelse av sammenheng gir veiledning for å finne hva som er bra for helsen.

Begripelighet på arbeidsplassen handler om å forstå organiseringen og arbeidsprosessene, hvor individet selv befinner seg i dette og hvilken funksjon og ansvar den enkelte har. Likeledes handler det om evnen til å ta til seg informasjon, å tolke det man hører og ser og å trekke konklusjoner om årsak og virkning. Individets språk, hukommelse, logikk og kreativitet påvirker derfor graden av begripelighet.

Håndterbarhet på arbeidsplassen handler om den evne og mulighet individet har til å påvirke sin situasjon og sine omgivelser. Det forutsetter begripelighet for å forstå hva som skal gjøres og hvordan; dvs. ferdigheter og erfaring innenfor sitt arbeidsområde, evne til kommunikasjon og fysiske krefter der det er nødvendig. Viktig er også innflytelse over arbeidsmengde, arbeidstempo, egne initiativ og beslutninger, kollegers støtte og evne til å vurdere situasjonen.

Meningsfullhet innebærer at individet motiveres i utførelsen av arbeidet og henger sammen med individets behov og vurderinger i forhold til omgivelsene; arbeidskamerater, yrkesstolthet, egen utvikling, variasjon i arbeidet, rettferdighet, tiltalende fysisk arbeidsmiljø og andre positive opplevelser. Meningsfullhet i arbeidet beskrives også som det å ha noe å leve av, å leve med og å leve for.

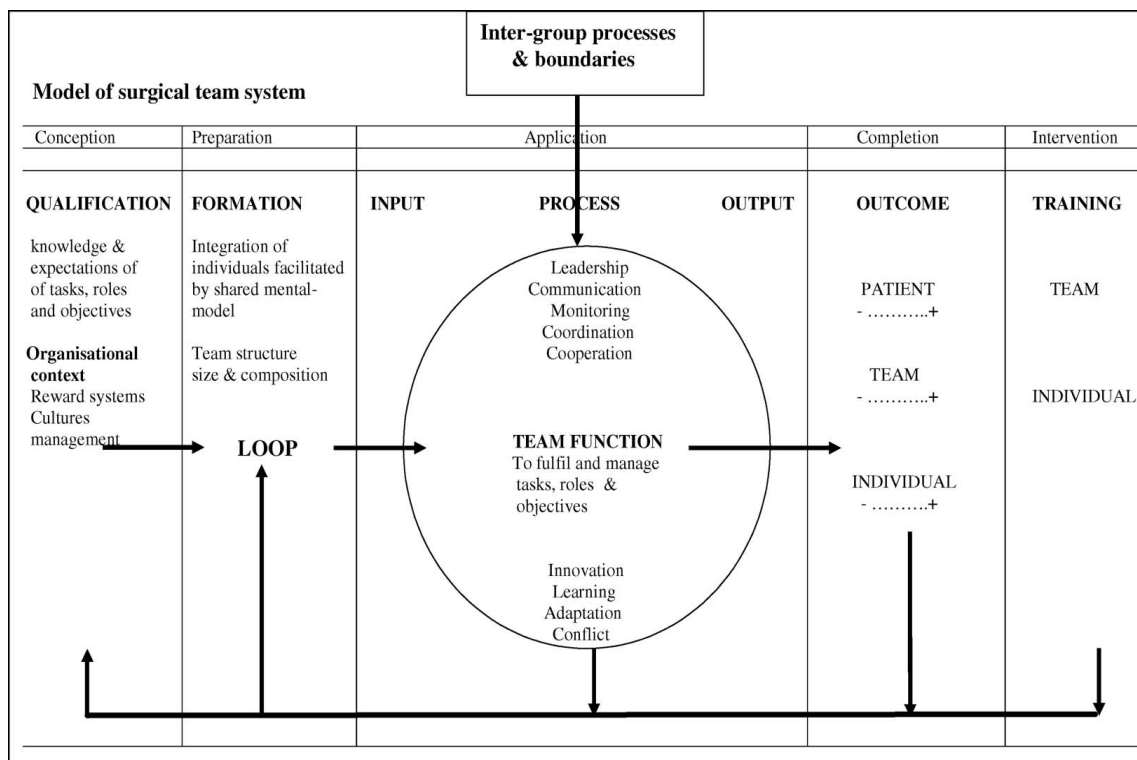
3. Fire kriterier gir en teori om hvordan endring mot bedre vilkår for helse kan skje;
 - *Fokuset på det helsefremmende* – salutogenese – er sentralt og får betydning for hvilken kunnskap, arbeidsformer og evalueringsmåter som kan benyttes.
 - *Arenaens betydning* er avgjørende, dvs. den sammenheng som fremme av helse skal foregå i. Helsefremmende arbeid handler aldri om enkeltindividene alene, men om det miljøet individene befinner seg i sammen, dvs. der beslutninger og aktiviteter relateres til individ, arbeidsgrupper og organisasjonen. Det helsefremmende arbeidet må integreres i vanlig virksomhet og prosesser.
 - *Delaktighet* betegnes som den viktigste faktoren for å få gjennomslag for beslutninger, som må tas av de som berøres av dem. Dermed må makten flyttes nedover i organisasjonen. Delaktighet fremmer forankringen av en prosess.
 - *Prosess*; en prosessrettet arbeidsform viser bevegelse og retning i arbeidet med endring. Alt kan ikke skje på en gang, det må ta sin tid med hensyn til grupper sine unike forutsetninger, uformelle system og behov som dukker opp. Prosess gir mulighet for fleksibilitet og tilpasning for menneskene og arbeidsprosessene.

Det er ingen enkel sak å skape helsefremmende arbeidsmiljø ut fra denne modellen, særlig ikke siden arbeidsmiljø er forskjellige med ulike individ og arbeidsprosesser. Modellen er veiledende og viser hva som har betydning for at et helsefremmende arbeidsmiljø skal kunne utvikles og opprettholdes. Det er imidlertid menneskene i sin virkelighet som kan avgjøre hva planen for fremme av helse skal inneholde og hvordan den kan gjennomføres (Hanson 2004).

Interprofesjonelt teamarbeid i operasjonsavdelingen

Samarbeid i profesjonelle helseteam betegnes ofte som multiprofesjonelle, interprofesjonelle og transprofesjonelle team. Det multiprofesjonelle teamet består av profesjoner som jobber hver for seg med samme kasus, mens det transprofesjonelle teamet arbeider integrert med nesten utviskede grenser seg imellom. Det interprofesjonelle teamet jobber sammen, men med klare grenser mellom profesjoner og kompetanse. De jobber mot et resultat som er større enn summen av delene det enkelte teammedlem bidrar med, og kan bare oppnå resultat gjennom gjensidig anstrengelse basert på god kommunikasjon, gjensidig planlegging, felles beslutninger og delt ansvar.

Alle i teamet må være villige til å vurdere betydningen av de andres bidrag i samarbeidet (Thylefors, Persson & Hellström 2005). Dette er gjenkjennelig i det kirurgiske teamarbeidet (Healey, Undre & Vincent 2004, Manser 2009). Ofte jobber teamet under akutte forhold med øyeblikkelig hjelp og består ofte av flere typer spesialister. Dette teamet betegnes ofte som aksjonsteam (Manser 2009). Det har vært lite forskning på hvordan det interprofesjonelle teamarbeidet i kirurgiske team fungerer. Ut fra behov for et verktøy som kan måle dette, utviklet Healey, Undre & Vincent (2004) en modell for prestasjonen i det kirurgiske interprofesjonelle teamet (Figur 1).



Figur 1. A schematic model of team performance in surgery (Healey, Undre & Vincent 2004).

Modellen viser de ulike fasene før, under og etter det kirurgiske inngrepet og at riktig kompetanse, nøye forberedelser og god informasjon og kommunikasjon mellom teammedlemmene er nødvendig i hele arbeidsprosessen. Alle i teamet må ha en felles forståelse for situasjonen og det som skal gjøres. Dersom et teammedlem gjør en feil, det mangler nødvendig utstyr eller det tas en feil beslutning, så er hele teamet ansvarlig. Et godt samarbeid er derfor et felles ansvar. Teamarbeidet innebærer et resultat for pasient, team og individ, og erfaringene her gir grunnlag for trening og oppbygging av kompetanse (Healey et al 2006).

Interaksjon i teamarbeidet fremheves; det er viktig med teamledelse, kommunikasjon, kontroll, koordinering og samarbeid. Gjennom interaksjonen utføres det kirurgiske arbeidet og erfaringene med dette gir mulighet for læring, fornyelse og tilpasning for

medlemmene i teamet, men kan også være årsak til konflikt. Grunnen til det kan være at teammedlemmene ikke alltid kjenner hverandre særlig godt, settes sammen ut fra type inngrep, hvem som er på jobb og deres erfaring (Healey, Undre & Vincent 2004). Kommunikasjonen kan foregå mellom hele teamet eller mellom enkelte i teamet og skal ha et tydelig innhold (Healey, Undre & Vincent 2004). Dårlig og mangelfull kommunikasjon oppgis ofte som årsak til dårlig samarbeid med fare for pasientsikkerhet og konflikt i teamet (Makary et al 2006, Sexton et al 2006, Gillespie et al 2010). Samarbeidet kan bli for oppgaveorientert med fokus på det enkelte teammedlemmets tekniske ekspertise og prestasjon, fremfor samhandling gjennom kommunikasjon, koordinering og ledelse av arbeidet (Gillespie et al 2010). Forstyrrelser og press i operasjonsteamet mht. tidsfaktorer, ressurser og rollefunksjoner skaper dårlig kommunikasjon og koordinering (Manser 2009). Koordinering er viktig for et godt resultat og omfatter planlegging av operasjonsstuer, utstyr, riktig rekkefølge på pasientene ut fra dette og antatte tidsbruk. Mye skal stemme for å oppnå effektivitet, og mye kan endres underveis (Healey, Undre & Vincent 2004).

Noen studier har målt hvordan operasjonsteamet opplever samarbeidsklimaet, med tanke på å finne løsninger for forbedring av kommunikasjonen. En studie fant at kirurgene og anestesilegene hadde en mer positiv opplevelse av samarbeidsklimaet enn hva anesthesi- og operasjonssykepleierne hadde (Sexton et al 2006). En annen studie fant samme type resultat samt at deltagerne opplevde samarbeidet med sin egen profesjon som bedre enn med de andre profesjonene (Makary et al 2006). Å sette fokus på det som fungerer godt i teamarbeidet er dermed viktig for at gode løsninger skal kunne utvikles. I 2008 lanserte WHO kampanjen "Safe Surgery Saves Lives" og utarbeidet i 2009 en sjekklister for trygg kirurgi for å sikre effektiv kommunikasjon og utveksling av kritisk informasjon før, under og etter operasjonen. Dette svarer til Healey, Undre & Vincent (2004) sin modell om det interprofesjonelle teamarbeidet og de kritiske tidspunktene under arbeidet i operasjonsstuen.

Krav, kontroll og sosial støtte i arbeidsmiljøet

På 60-tallet så man at økning av folk i arbeid ga økonomisk velstand, men samtidig økte behovet for behandling av stressrelaterede lidelser. Karasek & Theorell (1990) så etter årsaker til dette i det psykososiale arbeidsmiljøet der individene tilbrakte store deler av livet, ut fra ideen om at faktorer i miljøet kunne forårsake stress. De identifiserte tre forhold ved arbeidsmiljøet som de mente hadde betydning for arbeidsrelatert stress; *krav* til individet ved utførelsen av arbeidet, grad av *kontroll* ved håndtering av kravene samt sosial *støtte* i arbeidsmiljøet. De utarbeidet "Demand-Control-Support-model".

Karasek og Theorell (1990) fokuserer hovedsakelig på *psykologiske krav*. De kan være kvalitative og kvantitative og bidra til så vel overstimulering som understimulering. Det kan omfatte arbeidsmengde og belastningen den medfører mht. tidspress og tidsfrister, behov for koordinering og organisering av oppgaver, behov for samarbeid med andre osv. Graden av kontroll individet har ved håndtering av kravene, avgjør hvor belastende eller positivt utfordrende kravene oppleves.

Kontroll innebærer individets mulighet og evne til å ha kontroll over sine egne aktiviteter i arbeidet og bruk av sin kunnskap og kompetanse. Økt kontroll øker mulighet for læring og gir mindre stress (Karasek & Theorell 1990). Theorell (2003) har senere utdypet dette med betegnelsen ”beslutsutrymme”, dvs. å ha kontroll over hvilke oppgaver som tildeles og deltagelse i å ta beslutninger. Det handler videre om å ha kontroll gjennom kunnskap, erfaring og kompetanse. Den som har relevant kompetanse kan ta kontroll over uventede situasjoner i arbeidet.

Sosial støtte på arbeidsplassen innebærer støtte fra kolleger og overordnede, både mentalt og praktisk. Sosial støtte virker som en buffer mellom psykologisk stress og redusert helse, bidrar til varig helse og læring av ny kunnskap og kan bidra til økt produktivitet i arbeidet. Sosial støtte gir en positiv opplevelse av egen identitet og gir positiv effekt i interaksjonen mellom individ (Karasek & Theorell 1990).

Kombinasjonen høye krav og høy kontroll gir **aktivt arbeid** (Active jobs) der utfordringer kan beherskes ved at individet får brukt sin kompetanse og utvikler seg videre. Positiv erfaring vil kunne bidra til at individet påtar seg flere utfordringer og øker sin kompetanse og mestringsstrategi, noe sosial støtte kan øke ytterligere.

Kombinasjonen lave krav og høy kontroll gir **avslappet arbeid** (Relaxed jobs) uten stress, men også uten særlige utfordringer og muligheter til utvikling og læring. Dette kan gå ut over produktiviteten i arbeidet.

Kombinasjonen høye krav og lav kontroll gir **høystressarbeid** (High-strain jobs) med høyt stressnivå, der individet opplever seg mindre i stand til å håndtere arbeidet. Det er liten mulighet til påvirkning av arbeidsoppgaver og deltagelse i beslutninger. Dette kan bidra til stress, lav jobbtilfredsstillelse og utmattelse med nedsatt helse og utvikling av hjerte/kar-sykdom, søvnløshet og depresjon. Sosial støtte fra kolleger og overordnede kan bidra til høyere grad av kontroll og redusert stress.

Kombinasjonen lav kontroll og lave krav gir **passivt arbeid** (Passive jobs) med lite utfordringer og små muligheter til påvirkning, læring og utvikling. Arbeidet blir kjedelig og lite motiverende og gir få erfaringer til mestring av arbeidsoppgaver. Sosial støtte kan bidra til at en har det hyggelig, men vil ikke uten videre øke produktiviteten.

Karasek og Theorell (1990) hevder at modellen inneholder mange fasetter og sider som kan være vanskelig å skille fra hverandre, og dermed være vanskelig å måle. Forskning har vist at balanse mellom jobbkrav og kontroll reduserer risiko for stress og virker positivt for helsen (Theorell 2003), og at det er god sammenheng mellom Karasek & Theorells jobbkarakteristikk og selvrapportert helse og velvære (de Lange et al 2003).

Hensikten med studien

Operasjonssykepleierne opplever et betydelig arbeidspress i operasjonsavdelingene på sykehus i dag. Det stilles store krav til innsparing, effektivitet og faglig forsvarlighet i et arbeidsmiljø preget av fysiske risikofaktorer og psykososiale utfordringer blant annet i

det interprofesjonelle teamarbeidet. I dette arbeidsmiljøet er det mangel på operasjonssykepleiere, samtidig som at de som jobber her stadig blir eldre. Det er av betydning for både helsevesenet, sykehusene og operasjonsavdelingene å få en bedre forståelse av hva som må fokuseres og ivaretas for å sikre friske operasjonssykepleier og kompetent bemanning i årene fremover.

Hensikten med studien er å få en dypere forståelse av hva operasjonssykepleierne opplever som positivt, og dermed helsefremmende, i arbeidsmiljøet i operasjonsavdelingen, og som bidrar til at de fortsetter å utøve sin profesjon.

Forskningsspørsmål

- Hva opplever operasjonssykepleierne som positivt i arbeidsmiljøet i operasjonsavdelingen og som bidrar til at de fortsetter å utøve faget?
- Hva skjer i arbeidsmiljøet når operasjonssykepleierne opplever at de har ”en god dag” på jobben?

METODE

For å finne det som studien søker å få svar på, det positive i arbeidsmiljøet basert på operasjonssykepleiernes egne opplevelser og erfaringer, anvendes en kvalitativ tilnærming med utforskende design, og Grounded theory er valgt som metode. Metoden tar utgangspunkt i symbolsk interaksjonisme, der handlinger blir forstått og beskrevet på grunnlag av den betydning eller mening de har for mennesker, ut fra sosiale interaksjoner og tolkning av betydningen og meningen i det som skjer. Grounded theory studerer altså grunnleggende sosiale prosesser (Dellve et al 2002). Arbeidsmiljøet i operasjonsavdelingen er preget av samarbeid mellom ulike fagprofesjoner, og Grounded theory passer derfor godt.

Grounded theory

På 1960-tallet utviklet sosiologene Barney Glaser og Anselm Strauss metoden Grounded theory (1967), en metode som ga retningslinjer for induktiv utvikling av teori fra empiriske data på en mer systematisk og strukturert måte enn tidligere. Metoden skulle ikke verifisere hypoteser eller tidligere teori, men tvert i mot generere ny teori om fenomen. Teorien skulle gi innsikt og forståelse og vise vei for handling i sosiale prosesser mellom mennesker. Ved parallell innsamling og analyse av data om grunnleggende sosiale prosesser og kontinuerlig sammenlikning av disse, vil kategorier og teori vokse frem uten at de påtvinges verken forhåndsteorier eller hypoteser. Analyse av innsamlede data starter med noen få informanter, og deretter gjøres videre datasamling fra et teoretisk utvalg, som kan gi mer utdypende forståelse av det som utforskes. Denne prosessen foregår helt til hver fremkomne kategori er mettet, dvs. at

det ikke dukker opp noe nytt som bidrar til økt forståelse. Antall informanter kan derfor ikke forhåndsbestemmes. Det anbefales å transkribere og analysere intervjuene etter hvert som de gjennomføres, nettopp fordi det ene intervjuet viser retning for valg av neste informant og intervju. Alle typer kvalitative data kan anvendes i utviklingen av teori. Teori generert fra begrensede data gjelder først og fremst for den gruppen og konteksten som data er hentet fra (substansiell teori), mens generell teori (formell teori) genereres fra bredere og større datagrunnlag og omfatter større områder på mer generell basis. Teoriene som utvikles kan bidra til å danne grunnlag for hypoteser i videre studier (Glaser & Strauss 1967).

I tillegg til den klassiske formen av Grounded theory (Glaser & Strauss 1967) er det utviklet to nye versjoner; en modifisert versjon av Strauss & Corbin (1998) og en konstruktivistisk Grounded theory av Kathy Charmaz (2000). I prinsippet er det liten forskjell på disse versjonene. Det er i utgangspunktet ikke noen hypotese å jobbe ut fra og alle metodene innebærer teoretisk utvalg av informanter, parallell datasamling og analyse med kontinuerlig sammenlikning og koding av data, samt skriving av memos underveis. Memos skrives under hele prosessen og består av nedfelte ideer, refleksjoner og antagelser som dukker opp under datainnsamling og gjennom analysen til koder og kategorier. Memosene styrer den teoretiske utvelgelsen av informanter med sikte på å mette kategoriene, og er bindeledd mellom koding og analyse (Strauss & Corbin 1998).

Glaser holder fast ved den klassiske versjonen. Han mener at dersom forskeren inntar rollen som en nøytral observatør og eksponerer seg for forskningsfeltet uten forutinntatte meninger, vil data avsløre seg for ham og teori vil tre frem fra data. Dette kan forstås som at det finnes en realitet i data som alle kan forstå og oppfatte på samme måte (Dellve et al 2002, Hallberg 2006). Charmaz (2000) på sin side presenterer en konstruktivistisk metode, der hun hevder at data er konstruert gjennom interaksjon mellom forsker og informant. Det finnes med andre ord ikke noen objektiv virkelighet som kan hentes frem. Det finnes mange virkeligheter, og forsker og informant søker frem en virkelighet sammen. Glaser kritiserer både Strauss & Corbin og Charmaz for å beskrive data mer enn å forme teori om fenomener (Hallberg 2006).

Strauss & Corbin (1998) sin modifiserte Grounded theory metode presiserer viktigheten av å starte med et åpent (strategisk) utvalg av informanter, for deretter å gå over til et teoretisk utvalg med sikte på å mette kategoriene som analyseres frem. Virkeligheten er her fortsatt objektiv, men data speiler informantenes syn på virkeligheten. Forskerens objektivitet, det vil si evnen til å lytte til hva informantene sier og å gi dem en stemme uavhengig av egen forståelse for temaet, har stor betydning. Samtidig vektlegges viktigheten av en viss sensitivitet hos forskeren, det vil si evnen til å oppfatte de ulike nyansene av mening i data og sammenhengen mellom disse. Forskeren blir selve "instrumentet" i prosessen og må kunne se bakenfor data og tenke abstrakt. Forskerens tolkning får dermed en viss betydning for hvilken mening data tillegges og sammenhengen mellom data, fordi forskeren tolker informantenes syn på virkeligheten. Virkeligheten kan i og for seg aldri helt forstås, men kan tolkes på forskjellige måter. Forskeren må tilstrebe å holde en balanse mellom sin objektivitet og sensitivitet i forskningsprosessen, fordi han selv er en del av denne virkeligheten og må således unngå å påtvinge data sin subjektive mening (Strauss & Corbin 1998).

Den modifiserte Grounded theory er mer pragmatisk enn den klassiske, blant annet ved innføring av et kodingsparadigme. Dette paradigmet skal bidra til å systematisere data og tydeliggjøre sammenhenger mellom kategorier. Kodingsparadigmet kalles axial koding og anvendes i tillegg til åpen og selektiv koding (Strauss & Corbin 1998).

I **åpen koding** blir substansen i data oppdaget gjennom identifisering og sammenlikning av fenomen, og deretter kodet til foreløpige kategorier ut fra hvilke egenskaper de ulike begrepene har. I **axial koding** utvikles kategoriene videre og ulike kategorier og subkategorier kobles sammen ut fra deres egenskaper, mening og de ulike variasjonene i data. Hensikten er å systematisere data ved anvendelse av et analyseverktøy, som tydeliggjør vilkår, handling og konsekvenser i data. Både åpen og axial koding er å anse som mikroskopiske undersøkelser av data. **Selektiv koding** er prosessen der analysen fullføres med søking etter kjernekategori og metning av de andre kategoriene som forklarer kjernekategorien. Her integreres og foredles teorien til teoretisk metning. Gjennom analyseprosessen har data gjennomgått fire stadier; identifisering av koder for nøkkelområder i data (codes), samling av kodene til begrep med felles innhold (concepts), samling av begrepene til bredere grupper eller kategorier (categories) og herfra bygging av teori med kategorier som forklarer forskningsspørsmålet (theory) (Strauss & Corbin 1998).

Strauss & Corbin (1998) sin modifiserte Grounded theory er valgt til denne studien. Det som avgjorde valget var kodingsparadigmet i axial koding, som tydeliggjør prosessen i systematiseringen av data i analysen. De beskriver prosess som en serie av handlinger og samhandling som oppstår over tid, noen ganger skiftende og noen ganger stabile i forhold til den konteksten de utspiller seg i. Disse handlingene og samhandlingene kan være strategiske ut fra krevende situasjoner, eller de kan være ren rutine. Det som gjør dette til en prosess, er den varierende formen, rytmen og tempoet, dvs. strømmen av aktiviteter som flyter over i hverandre. Denne beskrivelsen passer godt til å fange opp, forstå og analysere de positive faktorene i arbeidsmiljøet i en operasjonsavdeling.

Forfatterens ståsted og forforståelse

I denne studien er forfatteren ”instrumentet” som anvendes i tolkingen av data, og hun må se bakenfor data og tenke abstrakt uten å påføre data egne subjektive meninger (Strauss & Corbin 1998). Dette innebærer at forfatteren har et kritisk syn på tolkningene og eksplisitt uttrykker sitt ståsted og perspektiv i forhold til emnet som studeres. Det handler om å være kritisk til egen forforståelse og bevisst på at den ikke gir en selektiv forståelse av data, som kan bidra til en skjev tolkning (Kvale 1997).

Forfatteren er utdannet operasjonssykepleier og har sitt daglige arbeid som fagutviklingssykepleier i en operasjonsavdeling ved Oslo Universitetssykehus. Hennes forforståelse er derfor til en viss grad preget av egen erfaring med arbeidsmiljøet i operasjonsavdelingen, selv om hun de siste 20 årene har hatt en annen funksjon enn direkte pasientarbeid. I disse årene har forfatteren jobbet med utdanning av operasjonssykepleiere, ledelse av en operasjonsavdeling og de siste ti årene som

fagansvarlig med utvikling av faget og undervisning i en operasjonsavdeling. Hennes stilling innebærer ikke deltagelse i de interprofesjonelle team eller i vaktarbeidet.

Etter å ha observert og lyttet til frustrasjoner og problemer i og om arbeidsmiljøet i operasjonsavdelingen gjennom flere år, er det de problematiske sidene som først og fremst preger forforståelsen. Forfatteren mener at det er på tide å fokusere det som faktisk fungerer godt. Erfaringene tilsier at problemfokus ikke nødvendigvis gir gode løsninger, men heller at arbeidsmiljøet utmattes av det. Et sterkt ønske om å bidra til fremheving og utvikling av de positive aspektene påvirket valg av tema i studien. Valget støttes av at det er funnet relativt få studier om det valgte tema.

Så vel forfatterens ståsted som forforståelse kan potensielt sett påvirke både utvalg av informanter, innhenting av data og analyse av data. Resultatet i studien kan påvirkes, selv om forfatteren er oppmerksom på utfordringene på forhånd. Dette er likevel tosidig: på den ene siden kan forforståelsen farge tema og nyanser i tema, mens den på den andre siden kan gi åpning for større forståelse for og utdyping av tema, dvs. gi økt sensitivitet for nyanser i data. Forfatteren er seg dette bevisst gjennom studien og redegjør for hvordan forforståelsen er ivaretatt for å unngå ukritisk påvirkning under avsnitt om utvalg av informanter, gjennomføring av intervjuene og i analysen. Den blir deretter diskutert i diskusjonskapitlet.

Utvalg

I henhold til metoden skal de første informantene velges åpent/strategisk, for å samle så mye data som mulig og således dekke en stor del av variasjonen i erfaringer og opplevelser om forskningsspørsmålet. Det var derfor vesentlig å få med informanter i ulike alder, med forskjellig lengde på praksiserfaring fra arbeid i operasjonsavdelinger og helst representanter fra begge kjønn. Operasjonssykepleiere i 100 % stilling ble foretrukket ut fra forfatterens antagelse om at de i større grad er påvirket av arbeidsmiljøet på godt og vondt og tillegger det større betydning enn de som av ulike grunner er sjeldnere i miljøet. For å sikre tilgang på informanter, ble ledere i operasjonsavdelingene ved tre ulike sykehus kontaktet i utgangspunktet, med forespørsel om tillatelse til å intervju operasjonssykepleiere som sa seg villig til dette, i arbeidstiden, ut fra avtalt tid med leder (Vedlegg 1). Sykehusene var ulike i størrelse og med vektlegging av ulike typer kirurgi og pasienter, og mht. grad av forutsigbarhet i forhold til mengde øyeblikkelig hjelp og akutsituasjoner. Dette påvirker arbeidsform og vaktordninger og kan ha betydning for arbeidsmiljøet. Hensikten med å velge forskjellige typer sykehus var å fange opp mulige variasjoner i data som ble samlet inn.

Informantene ble valgt fra andre avdelinger og sykehus enn der intervjueren selv jobber og er kjent, dette også for å unngå påvirkning av informantene under intervjuene. Dette ville gi informantene større mulighet til å snakke "sant" om sine erfaringer og meninger. Forfatteren kjenner ingen i disse avdelingene, og har ingen forforståelse om miljøet.

Etter å ha innhentet tillatelsen pr. mail, ble operasjonssykepleiere i 100 % stilling ved sykehusene tilsendt informasjonsskriv med samtykkeerklæring, som skulle sendes i

retur dersom informanten samtykket i å delta i studien (Vedlegg 2). Dette ble gjort i februar 2009. Informert samtykke ble innhentet fra alle informantene i studien. Ganske raskt meldte det seg en rekke kvinnelige informanter, og det ble gjort avtale om intervju med tre strategisk valgte informanter ved ett av sykehusene. Samme sykehus og avdeling ble valgt fordi informantene kunne velges strategisk mht. alder og lengde på praksiserfaring, men også fordi det var praktisk gjennomførbart å få avtalt tid for intervjuene og gjennomføre disse i henhold til avtale med avdelingsleder.

De neste tre informantene ble valgt fra et annet sykehus ved teoretisk utvalg, også de hadde god spredning på både alder og lengde på praksiserfaring. Dette var en helt annen type sykehus enn det første mht. størrelse, type kirurgi og grad av akuttkirurgi, noe som ville kunne gi andre typer data i intervjuene. Siden ingen menn meldte seg som informanter, ble tre mannlige operasjonssykepleiere fra ulike avdelinger ved et fjerde sykehus kontaktet direkte i den teoretiske utvelgelsen av informanter. En mannlige operasjonssykepleier meldte seg til å delta. Det er ingen oversikt over antall mannlige operasjonssykepleiere i Norge, men erfaringen tilsier at det er relativt få. Mannlige sykepleiere velger tradisjonelt anestesi som spesialfelt, av en eller annen grunn. De siste tre informantene ble valgt fra et sykehus som igjen var noe forskjellig fra de andre mht. størrelse, type kirurgi og mengde øyeblikkelig hjelp. Informantene ble valgt ut fra en spredning i alder og lengde på praksiserfaring sett i forhold til de andre informantene. Totalt ble ti informanter intervjuet i henhold til fordeling i Tabell 1 og 2 nedenfor.

Tabell 1. Antall informanter fordelt på kjønn i studien.

Alder år	30-40	41-50	51-60	60+
Antall kvinner	1	4	2	2
Antall menn	1			

Tabell 2. Antall år i praksis som operasjonssykepleiere.

Antall år i praksis	0-4	5-10	11-20	21-30
Antall informanter	1	3	4	2

Intervju

Det kvalitative forskningsintervjuet er en faglig konversasjon basert på den hverdagslige konversasjonen. Kvale definerer dette som *"et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomenene"* (1997, s. 21). Under et intervju besvarer ikke informantene bare spørsmål som er forberedt og stilt av intervjuer, men de formulerer også sin personlige oppfatning av den verden de lever i, og formidler således sin opplevde virkelighet gjennom dialog med intervjueren. Dette stiller krav til måten intervjuet gjennomføres på, fordi det er selve interaksjonen mellom intervjuer og informant som gir vitenskapelig kunnskap. Det er dermed viktig at relasjonen mellom dem oppleves så

åpen og inkluderende som mulig, slik at atmosfæren gir rom for ærlighet, dybde, følsomhet og nærhet til informantens måte å oppleve sin virkelighet på. Intervjueren må ha en metodisk bevissthet rundt spørreformen, være oppmerksom på dynamikken i interaksjonen mellom intervjuer og informant og samtidig ha en kritisk innstilling til det som blir sagt. Det er også viktig å være klar over at situasjonen kan oppleves som et asymmetrisk maktforhold, særlig fra informantens side, som jo ikke kjenner hele bakgrunnen for intervjuet og heller ikke er like godt forberedt som intervjueren. I denne settingen er det av stor betydning at begge parter er opptatt av at *sannheten* og dybden kommer frem, og ikke bare meningsytringer. For å få til dette må informanten føle seg trygg nok til å snakke fritt og sant om egne opplevelser og følelser (Kvale 1997).

Intervjuguide

Forfatteren er oppmerksom på det vide temaområdet forskningsspørsmålet omfatter. For å unngå å "legge tema i munnen" på informantene, ble det ikke utarbeidet noen intervjuguide som presiserte spesielle områder. Det ble stilt åpne spørsmål som det var opp til informantene å fylle ut med de tema som var viktige for dem. I den grad det ble utarbeidet en intervjuguide på forhånd, var denne derfor temmelig åpen for mulige endringer og utdypinger ut fra det som kom frem. Spørsmålene som ble stilt til alle var:

- *Hva opplever du som positivt i ditt arbeidsmiljø som operasjonssykepleier og som bidrar til at du fortsetter å utøve faget?*
- *Hvordan ser "en god dag på jobben" ut for deg? Hvordan har den vært og hva har hendt?*

Intervjuer var på forhånd blitt advart av lederen ved Arbeidsmiljøavdelingen ved sitt sykehus om at det måtte forventes at en del *negative* utsagn om arbeidsmiljøet ville komme opp. Det ble derfor på forhånd utviklet en alternativ intervjuguide som kunne imøtekomme og utdype slike utsagn på en konstruktiv måte med følgende spørsmål:

- *Hvordan ønsker du at det skal fungere for at det skal oppleves som positivt?*
- *Hva skjer når dette fungerer på en positiv måte?*
- *Hvordan ønsker du at arbeidsmiljøet ditt skal være?*

Intervjueren ba om utdyping av temaer som ble tatt opp. Etter hvert som intervjuer ble transkribert, foreløpig analysert og memos nedtegnet, ble det fylt på med spørsmål om temaområder som andre informanter hadde tatt opp, dersom informanten selv ikke tok det opp. Memos gjort etter hvert intervju viste også intervjuer vei mht. eventuell påfyllingsspørsmål og utdyping for neste informant. Eksempler på spørsmål var:

- *Har faglig oppdatering noen betydning for arbeidsmiljøet i positiv forstand?*
- *På hvilken måte opplever du samarbeidet med kolleger som positivt?*
- *Har det noen betydning for deg at det er forutsigbarhet i jobben og miljøet?*

Alle informanter ble spurt om de ønsket å tilføye noe da de tilsynelatende var "tomme" for tema og intervjuer selv ikke hadde flere spørsmål om aktuelle tema og områder.

Gjennomføring av intervjuene

For å unngå ”fremmedgjøring” av informantene og oppnå best mulig utligning av det eventuelle asymmetriske maktforholdet mellom intervjuer og informant (Kvale 1997), ble alle intervjuene, med unntak av ett, gjennomført på informantenes arbeidssted. Intervjuene startet med en gjensidig presentasjon og informantene ble bedt om å fortelle litt generelt om sin erfaring som operasjonssykepleier; utdanningssted, tidligere arbeidsplasser og arbeidserfaring osv. Dette bidro til å skape en avslappet atmosfære med gjensidige spørsmål og ”bli kjent”-samtale, som grunnlag for gjensidig tillit og åpenhet i intervjusituasjonen. Informantene ble også spurt om de hadde noen spørsmål i forbindelse med intervjuet og studien som data skulle anvendes i.

Det ble fokusert på å gjennomføre intervjuene som åpen konversasjon om tema, samt oppfølging og utdyping av de tema som informantene kom frem med. For å sikre at det som ble sagt ble riktig oppfattet, kunne forfatteren be om bekreftelse eller korrigerende av sin oppfattelse ved å spørre informanten: *”Jeg oppfatter deg slik at Er dette riktig oppfattet? Har jeg forstått deg riktig når du sier at Mener du med det du sier at ... ”* osv. Alle intervjuene ble tatt opp på bånd underveis.

Memos

Memos ble skrevet fortløpende, dvs. tanker, ideer, referat, sammenhenger og mønster i data, spørsmål og aha-opplevelser som oppstod i forbindelse med intervjuene. Memosene bidro til å danne grunnlag for den teoretiske samlingen mht. aktuelle tema og utdypende spørsmål ved innhenting av data hos de neste informantene. Samtidig ble diagrammer tegnet for å klargjøre sammenheng mellom data, meninger i data og kategorier. På denne måten bidro skrivingen av memos til gjennomføring av den analytiske prosessen (Strauss & Corbin 1998).

Transkribering

Intervjuene ble transkribert fortløpende av forfatteren selv. De ble skrevet ordrett ned og ingenting ble utelatt annet enn navn på personer, arbeidssted og annet som kunne bidra til direkte identifikasjon av informanten eller arbeidsstedet. Gjennom transkriberingen ble intervjuene gjenopplevd og stemninger og utsagn ble memorert i egne memos. Transkriberingen bidro til at forståelsen av materialet startet tidlig. Kvale (1997) betegner transkriberingen som en tolkningsprosess i seg selv. Ingen andre enn forfatteren selv har lest de transkriberte intervjuene eller lyttet til båndopptakene.

Analysen

Analysen av intervjuene startet umiddelbart etter de første tre intervjuene, som ble gjort fortløpende. De tre analysestegene til Strauss & Corbin (1998) ble fulgt: åpen, axial og

selektiv koding. Under kodingen foregår en prosess der alle deler av data gjennomgås ”line-by-line” for å utvikle koder og kategorier og sammenhenger mellom kategorier. Koding er den prosessen der data analyseres gjennom kontinuerlige sammenlikninger, abstraheres og kategoriseres for deretter å bygges til teori grundet (grounded) i de empiriske data som er samlet inn.

For å gi preferanse til informantenes stemmer og unngå feiltolking av data ut fra egen forforståelse, la forfatteren stor vekt på å stille seg åpen, slik at evnen til å lytte til hva informantene faktisk sa ble så skjerpet som mulig. Intervjuene ble lest sammenhengende for å få helhet i dataene. Meninger i data ble skrevet i kolonner og plassert sammen ut fra mening i data etter hvert som intervjuene ble gjennomført og memos ble skrevet. For å unngå oppstyking og feiltolking av data, ble de nedtegnet og kategorisert med hele meninger og ikke bare enkeltord. Etter hvert som subkategorier vokste kom, sjekket forfatteren at det var informantens mening som fremkom tydelig og ikke egen antagelse. Dette ble kombinert med intervjuerens sensitivitet overfor temaet, for å sikre at ulike nyanser av mening i data og sammenhenger mellom disse ble tydelige. Etter hvert som nyanser i meninger økte, ble de igjen sjekket og evt. plassert i ny underkategori. Spørsmål om hvorvidt dannelsen av begrep og kodingen til kategorier hadde grunnlag i de empiriske data eller egen forforståelse, ble kontinuerlig stilt. Tvil, ettertanke, ny sjekking og forståelse preget analyseprosessen. Med bevissthet om forforståelsens betydning for tolking og styring av data, var det mulig å stille seg åpen, være kritisk til og ha kontroll med at forforståelsen ikke preget tolkningen på en utilbørlig måte. De følgende avsnitt viser prosessen i analysen.

Åpen koding

Åpen koding er første trinn i analyseprosessen. Den foregår tett på data, nærmest som en dissekeringsprosess under mikroskop. Data ble gjennomgått linje-for-linje og avsnitt-for-avsnitt. Intervjuene ble gjennomlest og noen ganger lyttet til om igjen, samtidig som nedtegnede memos ble gjennomgått. Det ble stilt spørsmål til data som: ”Hva foregår her? Hva menes med dette? Hva uttrykkes her?”. Koder som representerte ulike meninger i data ble identifisert og fikk påsatt merkelapper. Disse merkelappene kunne være informantens egne ord; ”in-vivo koder”, eller de kunne være intervjuerens egne ord; ”in-vitro koder”. Data med samme kode ble kontinuerlig sammenliknet for å undersøke om de virkelig inneholdt de samme begrepene og meninger. Hensikten med denne kontinuerlige sammenlikningen var å avdekke likheter og forskjeller i data. På denne måten ble den enorme mengden med data redusert til færre og mer håndterlige biter av data som hørte sammen. Etter hvert trådte mønstre frem, og koder med likt innhold ble samlet i mer abstrakte kategorier. Ulike fenomen i data gjennomgikk en begrepsavklaring ut fra definerte karakteristikk mht. egenskaper og dimensjoner, og ble deretter gruppert i kategorier med lik mening og innhold (konseptualisering).

Axial koding

I neste trinn fortsatte mikroundersøkelsen av data, og hver av de fremkomne kategoriene ble igjen sammenliknet, utviklet videre og relatert til underkategorier. Mulige sammenhenger mellom kategorier og underkategorier ble systematisk undersøkt

for å skape mer begrepsmessig tetthet i materialet. Ved hjelp av kodingsparadigmet i axial koding ble dataene i kategoriene plassert sammen på nye måter. Forfatteren så nå nye mønstre og sammenhenger i data, som også hadde vært der tidligere, men ikke så tydelige. Dette førte til ny lesing og gjennomgang av intervjuene, sett med litt andre øyne, for å sikre at det faktisk var dette det dreide seg om. Spørsmål som: ”Hvordan henger dette sammen?” ble stilt til data. Ved hjelp av analyseverktøyet ble data systematisert i forhold til vilkår, handling og konsekvens, for å få frem sammenhengen mellom kategoriene og underkategoriene – og prosessen i det som hender i data. Fargekoding av materialet inndelt i vilkår, handling og konsekvens ble brukt for å tydeliggjøre prosessen. Nå ble kategoriene mer spesifikke, og begrepsanalysen ble dypere og tettere. Hovedkategorier fremkom i materialet.

Selektiv koding

Siste trinn i analysen var den selektive kodingen, der data fra de siste intervjuene bidro til metning av teorien som vokste frem. Spørsmål som: ”Hva handler dette egentlig om?”, ”Hva er det som slår meg igjen og igjen her?” blir stilt til data. En kjernekategori fremtrådte nå klart og tydelig i materialet – ”the storyline”. Kjerne kategorien beskriver den grunnleggende sosiale prosessen i dataene, er sentral i dataene og kan relateres til alle de andre kategoriene. Her er memosene særlig viktig å konferere for å se om dette faktisk var det som dukket opp både tidlig og gjentatte ganger i løpet av intervjuene og analysen. Det viste seg at kjerne kategorien fremkom tidlig i intervjuene, faktisk ble temaet vektlagt allerede i første intervju.

Reliabilitet og validitet

Reliabilitet handler om pålitelighet og nøyaktighet. Særlig gjelder dette innhenting og transkribering av data, samt det å holde orden på data i analysen og kategoriseringen (Kvale 1997). Det må ikke stilles ledende spørsmål som uforvarende kan påvirke svarene til informantene, dvs. man skal ikke ”legge ord i munnen” på informantene. Transkriberingen skal vise en så nøyaktig gjengivelse av det som ble sagt som mulig, dvs. være ordrett. Det gir også bedre nøyaktighet ved å nedtegne pauser og emosjonelle aspekter som fremkommer i intervjuet, men ikke i teksten; bl.a. latter, flir, sukk osv.

Validitet handler om i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke, dvs. gyldighet (Kvale 1997). Hvor ”sant” er resultatet? Kvale nevner særlig tre områder som kan bidra til å vurdere validitet i kvalitative studier; *håndverksmessig kvalitet*, *kommunikativ validitet* og *pragmatisk validitet*.

Håndverksmessig kvalitet handler om at forskeren har et kritisk syn på sine tolkninger og eksplisitt uttrykker sitt ståsted og perspektiv i forhold til emnet som studeres. Forskeren må forholde seg kritisk til egen forforståelse og bevisst på at den ikke gir en selektiv forståelse av data som kan bidra til en skjev tolkning. Valgt metode må kunne besvare undersøkelsens hensikt og forskningsspørsmål. Teoretisk oppfatning av det som skal undersøkes er også av betydning.

Kommunikativ validitet handler om at den fremkomne kunnskapen kan overprøves i en dialog med andre, dvs. at den tåler å diskuteres i fagmiljøet og evt. blant dem som kunnskapen gjelder. Staffan Larsson (1993) kaller dette *diskurskriteriet* for validitet, og hevder at validiteten avgjøres ved hvordan resultatet av en undersøkelse holder stand i kritikk fra og diskusjon med andre.

Pragmatisk validitet (Kvale 1997) handler om hvorvidt den avdekkede kunnskapen i en undersøkelse fører til handling eller endring av handling. Larsson (1993) kaller dette det *pragmatiske kriteriet* for validitet, og spør seg hvilken betydning resultatene fra en studie har for praksis og hvordan man kan formidle sine resultat til praksis.

Larsson (1993) fremhever også spørsmålet om i hvilken utstrekning resultatene kan fremvise nye måter å se på fenomenen i virkeligheten, og i så fall hvordan kunnskapen kan systematiseres og generaliseres (*heuristisk verdi*). Larsson tar også opp *den empiriske forankring*, dvs. i hvilken grad tolkning av data stemmer overens med virkeligheten. Tolkningen må forankres i data, uavhengig av hvilket syn man har på virkeligheten. Til sist fremheves *konsistens* der den indre logikk bekreftes av sammenhengen mellom deler og helhet i tolkningen av materialet (Larsson 1993). Studiens reliabilitet og validitet blir diskutert i diskusjonskapitlet.

Etiske vurderinger

Kvale (1997) hevder at det er etiske sider ved alle forskningsstadiene fra tema og hensikt med studien blir valgt, hvem som er aktuelle informanter, intervjusituasjonen, transkribering, analysing, verifisering og rapportering av resultatene. Forskeren må vurdere de etiske utfordringene ved alle stadiene og vurdere behov for veivalg og avklaringer før studien startes opp. Særlig tre områder angis som etiske hovedregler for forskning på mennesker; *det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser*.

Før studien startet ble Regionaletisk komitè (REK) i Sør-Norge kontaktet. Tema, hensikt, metode og aktuelle informanter ble fremlagt. Studien ble vurdert til å falle utenfor komiteens krav om fremleggelse fordi pasienter ikke skulle delta. Innsamling og oppbevaring av data ble godkjent av personvernombudet ved Rikshospitalet (mottatt 3.11.2008) på betingelse av at data oppbevares innlåst, personer ikke kan gjenkjennes, tape og skrevne data slettes etter godkjenning av studien i 2010 og at arbeidsmiljøavdelingen uttaler seg positivt i forhold til valg av metode. Skrivet med informasjon måtte påføres logo og Rikshospitalet HF angis som ansvarlig for databehandling.

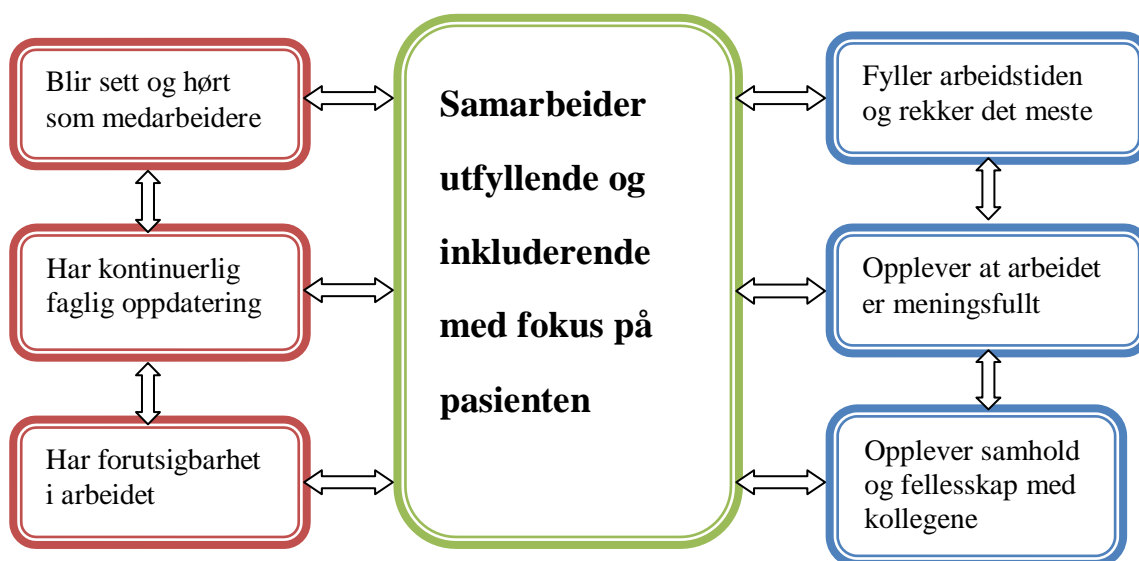
Ledere for operasjonsavdelingene ved aktuelle sykehus ble tilskrevet med forespørsel om tillatelse til å intervju operasjonssykepleiere som sa seg villig til dette, i arbeidstiden, ut fra avtalt tid med leder (Vedlegg 1). Etter godkjenning fra lederne ble operasjonssykepleiere i 100 % stilling ved sykehusene tilsendt informasjonsskriv med samtykkeerklæring, der retten til å trekke seg fra studien ble understreket (Vedlegg 2). Informanter som ga informert samtykke til deltagelse ble kontaktet i det videre forløpet.

Konsekvensene av resultatet i studien ble vurdert til ikke å medføre noen skade for verken informantene eller fagmiljøet, fordi studien fokuserer på positive faktorer ved arbeidsmiljøet i operasjonsavdelinger.

RESULTAT

Resultatet beskriver variasjonen i det totale datamaterialet og tydeliggjør ikke forskjeller i opplevelsen av arbeidsmiljøet ut fra informantenes alder, kjønn, arbeidserfaring eller ansettelsessted. Hensikten med å velge informantene ut fra disse ulike egenskapene og forholdene, var å få en så stor variasjon som mulig slik at en substansiell teori kunne analyseres ut fra de empiriske data. Hvert intervju ga ulike nyanser om det valgte temaet, og meningene som inngår i de ulike kategoriene ble noe forskjellig vektlagt. Kjernekategoriene fremstod raskt som det mest sentrale, mens nyansene i de øvrige kategoriene fremkom etter hvert. Variasjoner knyttet til egenskaper hos informantene og de sykehus de kom fra, var ikke entydige eller sterke. Det var noe ulik vektlegging av tema og ulike nyanser innenfor samme tema, men informantene var generelt opptatt av de samme forholdene. Det kan gi en viss antydning om at opplevelsen av arbeidsmiljøet er relativt likt hos operasjonssykepleierne. Resultatene i studien gir en substansiell teori generert fra begrensede data og gjelder først og fremst for den gruppen og konteksten data er hentet fra, dvs. operasjonsavdelinger ved norske sykehus av ulik størrelse.

I analysen fremkom kjernekategoriene; *"Samarbeider utfyllende og inkluderende med fokus på pasienten"*, og seks kategorier; tre kategorier for vilkårene for et godt samarbeid; *"Blir sett og hørt som medarbeidere"*, *"Har kontinuerlig faglig oppdatering"* og *"Har forutsigbarhet i arbeidet"* og tre kategorier for konsekvensene av et godt samarbeid; *"Fyller arbeidstiden og rekker det meste"*, *"Opplever at arbeidet er meningsfullt"* og *"Opplever samhold og fellesskap med kollegene"* (Figur 2).



Figur 2. Modell for resultatet

”Samarbeider utfyllende og inkluderende med fokus på pasienten”

Informantene fremholder at samarbeidet i operasjonsteamet er den sentrale faktoren i arbeidsmiljøet. Det er helt avgjørende for opplevelsen av et positivt arbeidsmiljø at samarbeidet fungerer godt og at det er plass og behov for alle i operasjonsteamet. Dette innebærer at alle vet hva deres egen jobb og ansvar innebærer og at alle forstår hva som skjer i de ulike fasene i operasjonen, tar hensyn til hverandre og bidrar til at alle får utført det de skal til beste for pasienten. Informantene understreker viktigheten av å være to som samarbeider om å dele ansvaret operasjonssykepleierne har i operasjonsteamet, den ene som sterilt utøvende og den andre som koordinerende operasjonssykepleier. De utgjør et mindre team og står aldri alene med ansvaret sitt. De har ofte ulik grad av erfaring, men et godt samarbeid gjør det trygt å være sammen fordi de da kan utfylle hverandres kompetanse. Når de samarbeider godt og har tillit til hverandre, kan de veilede og korrigere hverandre både verbalt og non-verbalt.

To operasjonssykepleiere som samarbeider godt, støtter hverandre i arbeidet og utgjør en helhet ved å kommentere, bekrefte, korrigere og råde hverandre i ulike og krevende situasjoner. Dette forutsetter at begge er oppmerksomme i situasjonen, kommuniserer godt og har en felles forståelse av det som foregår inne i operasjonsstuen. Den felles forståelsen oppnår de ved at begge er operasjonssykepleiere og har erfaring med de to rollene i operasjonsteamet. Det gir dem trygghet til å delta med mindre erfaring og mulighet til å lære og å fornye seg faglig gjennom arbeidet. De fleste av informantene foretrekker å samarbeide i teamet med en annen erfaren operasjonssykepleier, men sier samtidig at det er holdningen og viljen til å samarbeide som er det mest avgjørende for at jobben kan utføres på en god måte. Et godt samarbeid bidrar til at de både utvikler seg og samtidig utøver faget på en kompetent og sikker måte, noe som er nødvendig for samarbeidet med det øvrige operasjonsteamet. De kan dessuten dele på det tunge fysiske arbeidet det er å løfte og plassere pasienter, utstyr og instrumenter. De avlaster hverandre ved å fordele rollene i operasjonsteamet ut fra ønske og behov, en fordeling som de to selv avgjør uavhengig av andre. Fordelingen kan avgjøres av hvor godt de opplever at de kan fylle den ene eller andre rollen ut fra type operasjon og hvilke kirurger og anestesipersonell som også skal delta i operasjonsteamet.

Når de to operasjonssykepleierne utfyller hverandre i samarbeidet seg imellom, så bidrar det til at de også samarbeider bedre med resten av operasjonsteamet, hevder informantene. En av informantene uttrykker samarbeidet slik:

”Det som er positivt er jo teamarbeidet, man har alltid noen å samarbeide med, å diskutere med – både uenighet og enighet, og man lærer veldig mye av hverandre. Man får prøvd seg ut litt på det faglige og det sosiale, og hele samspillet med både andre yrkesgrupper og kolleger av samme gruppe. Vi er helt avhengig av å samarbeide. Man lærer seg veldig å ta hensyn til hverandres arbeidsoppgaver og samarbeide, og hele tiden bli enige om hvem som skal gjøre hva og når. Noen ganger så behøver man kanskje ikke spørre, man bare er enige, sånn uten å si noe. Og som regel så flyter det veldig bra og det oppleves veldig positivt at man jobber som et team og ting går på skinner.”

Informantene uttrykker stort behov for å bli møtt med tillit og respekt i samarbeidet med resten av operasjonsteamet; å bli inkludert. De beskriver viktigheten av å føle at det de gjør har en betydning og at deres kompetanse møter anerkjennelse, særlig fra kirurgens side. Det krever engasjement, god fagforståelse og en viss erfaring fra operasjonssykepleiernes side. Det må samtidig være vilje til samarbeid fra alle parter, og alle må innse at det er behov for den enkelte deltagers kompetanse og innsats. Ved å bli møtt med tillit og respekt, oppleves samarbeidet inkluderende og trygt. Når kirurgene viser at de kjenner operasjonssykepleierne i teamet og uttrykker tilfredshet med å ha dem med i teamet, oppleves det som bekræftende og tillitvekkende. Særlig ved mer kompliserte og vanskelige inngrep er det viktig for operasjonssykepleierne å oppleve at kirurgene viser at de føler seg trygge når de deltar i teamet. Dette kan uttrykkes både verbalt og non-verbalt; med et blick, med senkede skuldre eller ved hele stemningen i operasjonsstuen. Samarbeidet preges av måten kommunikasjonen foregår på og hvordan en tilpasser seg hverandre under arbeidet, hvor avslappet kirurgen er og også hvordan anestesiteamet opptrer.

En informant forteller om viktigheten av at man snakker høflig og rolig med hverandre, er tydelige på hva en mener og at man samarbeider som likeverdige partnere. Det handler ikke om hvem som er viktigst, men at alle har en betydning for at operasjonsteamet skal få gjennomført operasjonen til pasientens beste. I et likeverdig samarbeid opplever operasjonssykepleierne at de kan gjøre sitt beste og være en god støtte for teamet, særlig i vanskelige situasjoner. Det å oppleve seg inkludert kan uttrykkes slik:

”Det å få anerkjennelse for at jeg vet hvordan ting skal være, anerkjennelse for det jeg gjør. For å få ting til å fungere i en jobb så må jeg på en måte gi litt full pinne, ha et engasjement. Det gjør at man blir mer inkludert i gruppen. Man får utviklet en kommunikasjon slik at man forstår hverandre på en bedre måte, og enkelte blir du så godt kjent med at du kjenner humøret omtrent, det blir veldig spesielt. Men samtidig så er det innmari positivt. Man kan støtte hverandre og gå inn og også korrigere oppførselen til kirurgen. Det er en situasjon uten at det blir oppfattet som provoserende. Når man blir kjent på den måten, kan man håndtere det og nå målet uten å skape konflikt.”

Selv om operasjonssykepleierne støtter og samarbeider med kirurgene og anestesiteamet gjennom operasjonen opplever de at det er pasienten som er oppdragsgiver i enhver situasjon. Samarbeidet har som mål å bidra til at pasienten blir så frisk som mulig, at operasjonen lykkes for at pasienten skal få et bedre liv. Derfor må pasientens behov stå i fokus under hele operasjonen. Operasjonssykepleieren fremholder derfor at de må kunne bruke den tiden det tar å ivareta pasientens integritet og sikkerhet. Det må være rom for å gjøre en faglig god jobb, selv om det tar litt ekstra tid – noe det må være forståelse for i resten av operasjonsteamet. Det er alltid tidspress for å rekke over hele programmet og måten de ulike faggruppene jobber på gjør at man må gjøre ting samtidig eller vente på hverandre. Operasjonssykepleierne opplever det lite tilfredsstillende å ikke få bruke nok tid til å legge pasienten trygt i riktig leie for eksempel, eller å bruke den tiden det tar å dekke opp sterilt og å dekke pasienten sterilt for å sikre at det ikke oppstår infeksjoner senere.

Alle i teamet har ulike oppgaver som til sammen utgjør en helhet, som igjen ivaretar pasientens behov og sikkerhet under operasjonen. Teamet må derfor samarbeide slik at alle får gjort sin del av den helhetlige oppgaven riktig. Og de må kunne samarbeide på en positiv måte selv om de ikke har de samme oppgavene, mener at deres egen oppgave er viktigere enn andres eller ikke kjenner eller liker hverandre, hevder operasjonssykepleierne.

”Det vil alltid være noen som man jobber bedre sammen med enn andre. Men min erfaring er at man ikke er nødt til å like hverandre som personer for å jobbe godt sammen. Fordi hvis man er profesjonell og hvis man har pasientens ve og vel lengst fremme i hodet, så er det jo helt uinteressant om jeg og du liker hverandre. Så lenge jeg vet hva jeg skal gjøre og du vet hva du skal gjøre, og vi samarbeider godt for pasienten, så er det dette som er fokuset.”

”Blir sett og hørt som medarbeidere”

Informantene vektlegger at lederen må ha et sykepleiefaglig fokus og forstå hva arbeidet innebærer for den enkelte. Det har derfor betydning at lederen selv er sykepleier, og helst operasjonssykepleier. En leder som ser og er oppmerksom på deres behov for støtte når noe er vanskelig, for eksempel når det har vært en kritisk situasjon med dårlig utfall, er helt nødvendig for at operasjonssykepleierne skal ha tillit til lederen sin. Informantene mener at det er lederen som skal ta initiativ til samtale og oppfølging når det har oppstått vanskelige og kritiske situasjoner, enten med pasienten eller når det gjelder konflikter mellom operasjonssykepleierne eller med andre faggrupper. Likeledes er det viktig å få positiv tilbakemelding når de har gjort en innsats og dagen har forløpt etter planen. Informantene forventer ikke ros hele tiden, men det oppleves godt å få bekreftelse på at lederen også ser når de gjør en god jobb, og ikke bare når noe ikke fungerer som forventet. Det at lederen sier ”Takk for i dag” eller ”Takk for innsatsen” gir en god følelse av å bli verdsatt den dagen.

Operasjonssykepleierne forventer også at lederen ser den enkeltes behov for faglig oppfølging. Dette er viktig for at lederen kan sette sammen arbeidsteamene ut fra faglig erfaring eller eventuelt sørge for nødvendig opplæring for den enkelte. Slik kan operasjonssykepleierne føle seg trygge og ivaretatte som medarbeidere. Det å bli satt på team sammen med en annen operasjonssykepleier som har like lite erfaring som en selv, bidrar til stor utrygghet og kan legge grunnlag for konflikter mellom sykepleierne og mistillit hos resten av operasjonsteamet, og det oppleves som vanskelig og utrygt.

Lederen må samtidig være lydhør for operasjonssykepleiernes egne ønsker i forhold til hvilke typer kirurgiske inngrep de ønsker å delta i, bl.a. ut fra behov for å utvide sine erfaringer og interesseområder eller behov for en dag med mindre krevende arbeid. Det oppleves utrygt å delta i operasjonsteam med oppgaver som det er vanskelig å fylle og der en opplever å ikke bli møtt med tillit, og det er viktig å kunne påvirke selv hvor en kan delta og yte sitt beste ut fra egne forutsetninger. Det å kunne påvirke arbeidstid og typer vaktbelastning ved oppsett av turnuser har også stor betydning for den enkelte.

De fleste er inneforstått med at ikke alle ønsker kan innfris, men at noen typer livssituasjon eller midlertidig behov blir ivaretatt i en periode eller i en sammenheng. Det forventes at lederen ivaretar alle sine medarbeidere og ikke bare enkelte, og at det må oppleves som rettferdig når ulike behov blir ivaretatt. Lederen må derfor fordele innfrielse av ønskene mellom sine medarbeidere og samtidig være åpen på at alle kan komme med sine ønsker. Dette oppleves som svært positivt i arbeidsmiljøet.

”Jeg har muligheten til en viss grad å påvirke min egen arbeidsdag og jeg kan ta valg som jeg føler utvikler meg litt videre. Og jeg ønsket å være på barnestua for en periode, og det har jeg fått. Hvis jeg trenger et avbrekk fra det, eller ønsker noe annet, så er det alltid åpning og rom for det. Så sånn sett er det helt klart at jeg kan påvirke arbeidsdagen min.”

”Har kontinuerlig faglig oppdatering”

Informantene forteller om et fagmiljø som hele tiden må ha fokus på faget operasjonssykepleie. Jevnlige diskusjoner må til for å gi en felles forståelse av faget, slik at en kjenner seg kompetent innenfor eget ansvarsområde. Diskusjoner om faglige spørsmål bidrar til å sette oppmerksomheten på faglige situasjoner og områder som kan være nye og ukjente for mange. Operasjonssykepleierne hevder at de aldri blir utlært, men at de opplever det som utfordrende og spennende. Det oppstår stadig nye situasjoner og utfordringer med nye typer kirurgiske metoder og utstyr. Det tar tid å lære seg nyansene i bruk av utstyr til ulike typer operasjoner, og det å diskutere dette i fellesskap gjør at en blir oppmerksom på disse nyansene. Informantene mener at de lærer av mye av hverandre gjennom fagdiskusjoner. Kirurgiske prosedyrer, utstyr og operasjonssykepleiefaget utvikler seg også hele tiden gjennom forskning. Det er nødvendig å gå på kurs, interne og eksterne, for å opprettholde kompetansen. Informantene forteller hvordan deres avdeling sørger for intern opplæring av både erfarne og nyutdannede operasjonssykepleiere, der egne kirurger, leverandører av utstyr og de selv bidrar med sine kunnskaper.

Det er viktig med jevnlig og fast avsatte tider til opplæring, men det fortelles også om hvordan operasjonssykepleierne selv er flinke til å bruke ledig tid til å gjennomgå utstyr, nye metoder og fagprosedyrer. Både nyutdannede operasjonssykepleiere og studenter skal ha jevnlig opplæring for å bli handlingskompetente, og dette hevder informantene er viktig for å skape et trygt og velfungerende fagmiljø for alle. Også det å kunne delta i kompetanseutviklingsprogram ansees som et gode, en mulighet til videre utvikling og økt trivsel i jobben. Operasjonssykepleierne mener de må kunne se, forstå og handle riktig i alle de ulike situasjonene som oppstår i samarbeidet med det øvrige operasjonsteamet. Informantene hevder dette bidrar til at de andre i operasjonsteamet får tillit til og respekt for deres kompetanse, noe som gjør at de selv føler seg trygge og bidrar bedre i samarbeidet. De mener videre at operasjonssykepleierne må anvende faglige begrunnelser for å bli hørt i faglige diskusjoner, og da må de kunne sitt fag og være oppdatert. Operasjonssykepleiefaget synliggjøres ved å gi tid og ressurser til opplæring, fagdiskusjoner og utarbeidelse av fagprosedyrer, noe også lederen i avdelingen må være opptatt av og sette av tid til.

”Det er viktig at du får gå på kurs og at du på en måte får fortsette utviklingen din som sykepleier. For det skjer alltid noe nytt. Av og til så bare tar vi repetisjon på noen av prosedyrene vi gjør, og så har vi noen møter blant oss selv der vi diskuterer hva vi kan forbedre, prosedyrer..... det er forskjellige ting hele tiden.”

”Har forutsigbarhet i arbeidet”

Alt som kan planlegges, må planlegges, hevder informantene. Jo mer forutsigbarhet en har å jobbe ut fra, desto bedre, særlig i avdelinger som mottar pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Mye kan skje i løpet av dagen, kvelden og natten i en operasjonsavdeling, og informantene har erfart at det uforutsigbare håndteres mye bedre når det er stor grad av forutsigbarhet i avdelingen. Planlegging og tilrettelegging er derfor av stor betydning for å få gjort en så god jobb som mulig til alle døgnets tider. Gjennomarbeidede operasjonsprogram bidrar til at arbeidet kan planlegges, fordeles riktig og bli gjennomført til planlagt tid. Det er operasjonsprogrammet som avgjør hvordan arbeidet blir fordelt og forteller hvordan dagen forventes å forløpe. Informantene påpeker at arbeidsfordelingen ut fra programmet også forbereder dem på hvem som har ansvaret for øyeblikkelig hjelp som kommer inn. Selv om ingen vet hva som kan dukke opp, så er det en forutsigbarhet i å vite hvem som skal ta seg av det uforutsigbare. Noen har mer erfaring og kan håndtere dette bedre enn andre, og noen liker faktisk dette bedre enn rutinearbeidet.

Rutiner for håndtering av utstyr er også avgjørende for å kunne gjøre en god jobb. Det at instrumenter og utstyr er godt merket, at en til enhver tid vet hvor forskjellig utstyr befinner seg og at en kan være trygg på å ha tilgjengelig utstyr i tilstrekkelig mengde, er viktig for å føle at en kan gjøre en god jobb og trives i jobben. Faglige prosedyrer som er utarbeidet på forhånd beskriver også hvordan ulike situasjoner skal håndteres, og det oppleves både trygt og forsvarlig å ha tilgang til fagprosedyrer. Når tiden er knapp eller det er uenighet om hvordan noe skal utføres, bidrar det til trygghet og forutsigbarhet å kunne hente frem gjennomdiskuterte fagprosedyrer som retningsgivende for arbeidet. God planlegging av turnus med tilstrekkelig bemanning til alle døgnets tider skaper også trygghet og forutsigbarhet. Informantene forteller at god planlegging og rutiner skaper forutsigbarhet og gjør at arbeidet flyter godt uten at verdifull tid kastes bort. På denne måten vet alle hva de har å forholde seg til og på hvilken måte. Forutsigbarhet skaper trygghet og bidrar samtidig til at arbeidet går lettere.

”Det er viktig med planlegging fordi man vil jo gjerne gjøre det så bra som mulig, og det å ligge litt i forkant, det er alle operasjonssykepleiere vil helst ligge litt i forkant og vite hvor ting er og ha tilgjengelig utstyr for kirurgen, så han skal slippe å vente og sinke operasjonen. Og ofte så får man veldig dårlig tid med å gjøre om på det man har forberedt for å ta inn en pasient som haster litt mer. Da går det ofte veldig fort i svingene.”

”Fyller arbeidstiden og rekker det meste”

Ifølge informantene er det mye lettere å få gjennomført det som er planlagt når samarbeidet fungerer, når alle vet hva de skal gjøre og nødvendig utstyr er tilgjengelig

og på sin plass. Dette gir god arbeidsflyt. Med felles innsats kan operasjonsprogrammet gjennomføres og en rekker å ta pasienter som kommer utenom det planlagte. Det gir en god følelse når tiden brukes riktig og det er god flyt i arbeidet med mye aktivitet og tempo. Det er viktig å komme i gang med arbeidet til rett tid og unngå venting, for det kommer alltid mer på programmet, er deres erfaring. Det kan alltid bli litt venting fordi en pasient ikke er klargjort, fordi en mangler utstyr som må klargjøres eller fordi en venter på andre fagpersoner. Informantene forteller at det oppleves som å kaste bort tiden når en ikke kommer i gang med det en skal, og særlig når en er på vakt oppleves det som kjedelig ikke å ha noe å gjøre. Da oppleves det godt når det endelig skjer noe. En informant beskriver spenningen som oppstår når det piper i callingen med beskjed om en hastepasient, hvordan det gjelder å kaste seg rundt og komme seg inn på operasjonsstuen og sette i gang å jobbe.

Informantene anser også at det er ukollegialt å ikke bruke tiden riktig overfor de som kommer på vakt etter dem. Det er hele tiden noe som kommer på programmet, og da må en også hele tiden ta unna det som ligger og venter. De som jobber på steder uten mye øyeblikkelig hjelp, presiserer at man ved ledig tid må hjelpe andre til å få ferdig jobben, for eksempel ved å hjelpe til med å pakke og sterilisere instrumenter og utstyr, slik at når en går av vakt så er alt klart til neste dag. I det hele tatt er holdningen den at ved å hjelpe hverandre når det er ledig tid, så bidrar en til et bedre arbeidsmiljø. Den som selv hjelper til, vil få hjelp tilbake når det røyner på. Det er et felles ansvar å få ferdig arbeidet i rett tid. Selv om det blir ledig tid pga. uforutsette ting som hender, bl.a. at en pasient blir strøket av programmet, så må tiden brukes til noe nyttig, som for eksempel gjennomgang av nytt utstyr i avdelingen.

Det er ikke noe problem at en blir sliten, så lenge jobben blir gjort på en tilfredsstillende måte og alt har fungert som det skal. Det føles godt å få brukt seg selv til beste for pasienten. Det oppleves som at arbeidet går på skinner og arbeidsdagen går fort. En informant beskrev det som å se på klokken på morgenen og neste gang en ser på klokken, så er det allerede langt på dag. Tiden går fort når en har noe å gjøre. Informantene beskriver en god dag på jobben som en dag med tett program og god flyt, uforutsette situasjoner som er håndtert på en god måte og med generelt god utnyttelse av arbeidstiden. Det oppleves godt å kunne pakke sammen på slutten av dagen og vite at en har fått gjennomført alt som stod på operasjonsprogrammet den dagen – pluss litt til.

”Dagen kan ha vært utfordrende på både en slitsom og positiv måte, men da har man følt at man har klart å improvisere så godt som mulig, at man har taklet ting veldig godt og gjort jobben. Man føler at man har gjort en god jobb både i forhold til pasienten og i forhold til det driftsmessige på avdelingen. At det ikke tok for lang tid i forhold til den planlagte tiden og man har fått gjort unna alt, men også at samarbeidet gikk bra.”

”Oppelever at arbeidet er meningsfullt”

Ingen dager er like i jobben som operasjonssykepleier, noe som oppleves stimulerende når alt går bra. Når så mye uforutsett også kan skje i hurtig tempo, stiller det store krav til den enkeltes kompetanse. Det oppleves derfor godt å kunne imøtekomme disse kravene, å kjenne at en oppfyller forventningene en har på seg og mestrer det som

oppstår i løpet av en dag på jobb eller en vakt. Det er godt å oppleve at en strekker til. Mange av informantene beskriver at de opplever at pasientene blir stadig sykere og har behov for lengre og mer kompliserte operasjoner. Da kjennes det godt å vite at det har gått bra med den enkelte pasient, at de opplever seg hjulpet og er fornøyde. Her forteller en informant om tilbakemelding fra pasienter og at de har hørt om andre pasienter som det har gått bra med, at de har fått god hjelp ved dette sykehuset. Informanten opplever stolthet over jobben hun selv har gjort og over arbeidsstedet sitt.

Mange forteller også om den gode følelsen de får når de har stått i time etter time under en vanskelig operasjon og støttet kirurgene og resten av teamet til å få gjennomført jobben. Det føles meningsfullt å gjøre noe så viktig som å delta i denne type arbeid og bidra til at samarbeidet med annet helsepersonell har fungert godt og at man har nådd målet med dette samarbeidet. Informantene forteller at det oppleves godt å ha mestret jobben, at de har behersket sin rolle og tatt sitt ansvar. Det å få være med og hjelpe de som trenger hjelp og å kunne bidra til at de får det bedre, opplever informantene som svært tilfredsstillende. Det oppleves meningsfullt å bidra med noe så positivt som den forskjellen et kirurgisk inngrep kan bety for pasienten – og særlig når det har gått bra. Det å klare en vanskelig jobb uten at pasienten har fått ytterligere skader på grunn av selve inngrepet, føles som en seier og at en har mestret jobben. Det er tilfredsstillende å jobbe med en pasient av gangen og å føle at en har kunnet gjøre seg ferdig med jobben. Det fremheves som nesten ”luksus” når informantene minnes den tiden de jobbet på sengepost og hadde mange pasienter samtidig – og aldri strakk til.

Når fornøyde pasienter gir tilbakemelding om sine positive opplevelser på sykehuset og behandlingen der, opplever informantene også stolthet over faget og arbeidsplassen. Det er ikke alltid det har gått så bra for pasienten, og da er det viktig å kjenne at en har gjort sitt beste, tross alt. Det er viktig å vite at en har gjort det som gjøres kunne for pasienten, også da med tanke på de pårørende som er igjen.

”Det er selvfølgelig positivt det at man når man får en pasient som man ser trenger – virkelig trenger hjelp, man føler at man gjør noe viktig da. Det er jo veldig viktig å se at pasienten har det godt. Når man har vært gjennom og er ferdig med operasjonen så tenker man at det var godt at vi fikk gjort det. Vi får håpe han får det bedre nå. Da føler jeg at vi har gjort en god jobb. Jeg går ikke rundt og tenker på det hele tiden, men når jeg ser pasienten, så tenker jeg ofte det. ”

”Opplever samhold og fellesskap med kollegene”

Turnusarbeidet oppleves som positivt av mange, bl.a. fordi det gir rom for å bli litt bedre kjent med hverandre. Vaktarbeid åpner for nærmere og mer kontakt og det oppstår gjerne nærere relasjoner med dem man går i faste vaktteam sammen med – på godt og vondt. Opplevelsen av felles ansvar og arbeidssituasjon gir økt følelse av fellesskap. Det oppleves som viktig at en har åpenhet og støtter hverandre når det er behov for det. Det kan være åpenhet til å ta opp vanskelige situasjoner og erfaringer, som det er viktig å diskutere med andre som kan forstå situasjonen og det som har skjedd. Det gjør at en kan legge fra seg jobben når en går hjem, og at en unngår å la det prege fritiden sammen med familie og venner i for stor grad. Det er dessuten mye en

ikke kan snakke med utenforstående om på grunn av taushetsplikten, og da gjenstår det bare å snakke med kollegene om det. Det gir samhold å få diskutert med kolleger som forstår hva det handler om, hvordan det kunne skje og hvor vanskelig det er å oppleve hendelser som går ut over pasienter, en selv eller nære kolleger.

Samtaler med kolleger gjør også at en modnes som fagperson, mener mange. Det er viktig å ikke være for negativ og klage for mye, for det blir det bare misnøye og dårlig samhørighet av. En må forsøke å være litt positiv for å få et godt felles arbeidsmiljø. Delte sorger og gleder oppleves som støttende og befriende, og det gir også rom for humor som ikke andre ville forstått. Informantene understreker at det ikke er humor som går på bekostning av pasienten, men som understreker et slags fellesskap innenfor eget fagområde. Humor demper stress i hverdagen og øker opplevelsen av at det er godt å være i dette fellesskapet. Vaktarbeid kan også gjøre at en blir nærmere kjent og utvikler vennskap utenfor arbeidet. Det å ha sosiale relasjoner utenfor jobben bidrar til bedre samhold og fellesskap, både innad blant kollegene på jobben og i ulike arbeidssituasjoner. Ved mindre sykehus blir man bedre kjent med hverandre utenom egen faggruppe. Det oppleves som positivt å delta sammen på sosiale arrangement, det virker som en form for påfyll som gir vilje til økt innsats på jobben.

”Vi ser jo veldig mye som gjør inntrykk på oss. Enkelte pasienter og historier... vi får jo preg av mye av det vi har opplevd. Vi synes det er veldig greit å få diskutert det og pratet med kollegene om det. Særlig på vakt... hvis noen har noe på hjertet og er bekymret for noe, så er det veldig lett å snakke om det i en liten gruppe. Med kollegene kan en gå i dybden, det synes jeg, om hva som går innpå en og hva som er tøft, ja, hvordan en opplever det. Jeg tror de fleste opplever at vi kan stole på hverandre her, og hvis man vil snakke om noe så er det rom for det og tillit til at en kan det.”

DISKUSJON

Første delen omfatter diskusjon av resultatet, og andre delen omfatter metodediskusjon.

Resultatdiskusjon

Kjernekategoriene som fremkom ”Samarbeider utfyllende og inkluderende med fokus på pasienten” vil først bli diskutert. Deretter diskuteres kategoriene som representerer vilkårene for et godt samarbeid og til sist kategoriene som representerer konsekvensene av et godt samarbeid. Resultatet blir vurdert i forhold til teoretisk ramme i introduksjonen og videre diskutert ut fra annen forskning og litteratur om temaene som har fremkommet i resultatene. Forfatteren vil søke å belyse hvordan resultatet kan forstås som helsefremmende faktorer i arbeidsmiljøet i operasjonsavdelingen.

Samarbeider utfyllende og inkluderende med fokus på pasienten

Kjerne kategorien i studien representerer essensen i operasjonssykepleiernes arbeid i operasjonsavdelingen; samarbeidet med andre profesjoner i behandlingen av pasienten. De nordiske rapportene og forskning om helsefremmende arbeidsmiljø i introduksjonskapitlet fremhever mange sider ved samarbeid i arbeidsmiljøet som betydningsfullt; direkte kommunikasjon, deltagelse og bruke av sine evner, opplevelsen av å mestre arbeidet og samarbeid preget av respekt, tillit og profesjonalitet fremheves (Arbeidsmiljørådet 2008, Prevent 2010, STAMI 2010a.). Disse faktorene bør være tilstede i alle arbeidsmiljø, særlig der arbeidet er komplekst og samarbeidet har stor betydning for andre enn arbeidstagerne i miljøet. Operasjonsavdelingen er et slikt miljø.

Operasjonssykepleiernes opplevelse av at samarbeidet de to har i teamet har betydning for opplevelse av økt trygghet og mestring, støttes av tidligere beskrivelser av samarbeid mellom sykepleiere (Johansen 2008). Samarbeid i egen gruppe hjelper sykepleiere til å samarbeide bedre med andre profesjoner, blant annet fordi de deler og utfyller sin kompetanse og fremstår tydeligere i interprofesjonelt samarbeid. De trener opp direktehet og åpenhet i teamarbeidet, noe som også kan bidra til utvikling av evne til å lytte, uttrykke seg tydelig, å inngå kompromisser og diskutere saklig. Faglig tilbakemelding fra kolleger kan dermed utvikle bedre selvtillit til å fungere effektivt i interprofesjonelt samarbeid (Johansen 2008). Operasjonssykepleierne har derfor en fordel av å utfylle og hjelpe hverandre og dele ansvaret for sin del av teamarbeidet.

Operasjonssykepleierne vektlegger at en rolig, tydelig og høflig kommunikasjon bidrar til et bedre samarbeid, fordi de selv føler seg inkludert og yter sitt beste og fordi det gir en rolig atmosfære som virker støttende for alle, særlig i vanskelige situasjoner. Manser et al (2009) vektlegger at gjensidig respekt og åpen kommunikasjon bidrar til å få alle parter frem til en felles forståelse og er helt nødvendig for å koordinere samarbeidet i teamet. Det setter pasientens behov og sikkerhet i fokus og bidrar til at alle får gjort sin del av jobben på en tilfredsstillende måte. En studie fremhever at for å lære teamarbeid, må en ha evne til å forhandle og å løse motsetninger og å velge mellom behov som oppstår samtidig (Silèn-Lipponen et al 2004). Studier viser med andre ord at leger og sykepleiere må være godt koordinert for at samarbeidet skal fungere overhodet, og samarbeidet avhenger i stor grad av tydelig kommunikasjon. Dette stemmer overens med operasjonssykepleiernes erfaring med viktigheten av å forstå hva, hvordan og i hvilken rekkefølge noe skal gjøres før og under operasjonen. Resultatet av teamarbeidet avhenger av at alle kan stille spørsmål eller gi innspill for å avklare situasjoner og gi tilbakemelding når noe ikke stemmer eller oppleves som risikabelt. Det er viktig at fokuset er på pasientens beste og ikke eventuelt hvem som har rett (Sexton et al 2006).

Dette støttes av Healeys, Undre & Vincent (2004) sin modell for interprofesjonelt teamarbeid, som viser at samarbeidet avhenger av at teamet er basert på nødvendig kompetanse, tydelig kommunikasjon og god koordinering av gjennomføringen av arbeidet. Kontroll i form av oppmerksomhet, gjensidig respons, tillit og sikkerhet i ledelsen av teamet har betydning for resultatet for både pasient og teamet. Opplevelse av respekt, inkludering og betydning i teamarbeidet er derfor relevant, fordi det åpner for trygghet og læring i teamarbeidet og gir erfaring til å øke kompetansen.

Operasjonssykepleiernes opplevelse av at resultatet av teamarbeidet har størst betydning, er nettopp intensjonen med og målet for det interprofesjonelle teamets arbeid (Healeys, Undre & Vincent 2004, Thylefors, Persson & Hellström 2005). En islandsk studie viste at fokus på pasientsikkerhet forebygger skader og er operasjonssykepleiernes primære ansvar i teamarbeidet (Alfredsdottir & Bjornsdottir 2007). Andre studier viser at godt samarbeid med tydelig kommunikasjon og god koordinering har betydning for pasientsikkerheten (Makary et al 2006, Sexton et al 2006, Manser 2009, Gillespie et al 2010). Dårlig samarbeid gir lav jobbtilfredshet hos operasjonssykepleierne, hevder de. Jobbtilfredshet hos sykepleiere er målt som den viktigste faktoren som bidrar til pasientenes opplevelse av kvalitet, tilfredshet og sikkerhet, bl.a. fordi lav jobbtilfredshet gir lav motivasjon i arbeidet (Baumann 2007).

Vilkårene for et godt samarbeid

Vilkårene for et godt samarbeid i studien omfatter å bli sett og hørt av lederen, å ha kontinuerlig faglig oppdatering og å ha forutsigbarhet i arbeidet, noe som kan finne gjentakelse i Karasek & Theorell sin "Demand-Control-Support"-modell (1990). Operasjonssykepleierne opplever store krav på seg i det interprofesjonelle teamarbeidet med hensyn til egen kompetanse, samarbeid og ulike grader av forutsigbarhet. Hvorvidt kravene mestres må sees i lys av hvor stor grad av kontroll og støtte de har. Mulighet til å påvirke hvilke operasjoner de skal delta på og hvilken rolle de skal utøve i det interprofesjonelle teamet, bidrar til økt trygghet og kontroll over situasjonen. De kan da ha kontroll gjennom den kunnskap og erfaring de har, og samtidig være godt motivert til å lære nytt. Kontinuerlig faglig oppdatering gir økt kontroll i arbeidet, noe som gir bedre forutsetninger for å ta kontroll også når uventede situasjoner oppstår under en operasjon eller i form av behov for øyeblikkelig hjelp. Dette stemmer godt overens med "Demand-Control-Support"-modellen (Karasek & Theorell 1990, Theorell 2003).

Opplevelse av støtte fra leder og kolleger gir økt trygghet og mestring av vanskelige situasjoner, hevder operasjonssykepleierne. Støtte gir økt faglig selvtilit til å ivareta deres ansvar og bidrar til at de møter tillit og respekt i operasjonsteamet. Ifølge Karasek & Theorell (1990) fører opplevelse av støtte til økt kontroll over de krav arbeidet medfører, samtidig som støtten gir positiv opplevelse av egen identitet og bekreftelse på de bidrag den enkelte gir. Det ser da ut til at til tross for høye krav i arbeidet, så har operasjonssykepleierne et aktivt arbeid med god kontroll og gode muligheter for læring og utvikling av god mestringskompetanse. En metaanalyse viste sammenheng mellom måten lederen behandlet sine ansatte på i forhold til det å gi støtte og vise rettferdighet, og den ansattes opplevelse av velvære på jobb. Økt velvære ga økt jobbtilfredshet og arbeidsinnsats (Kuoppala et al 2008). En annen studie fant at lederskap preget av bekreftelse og støtte, både generelt og når konflikter har oppstått, har vist å kunne bidra til å skape et arbeidsklima med tillit, teamarbeid og profesjonalitet (Nilsson et al 2005).

Manglende erfaring og kompetanse ved håndtering av ukjente og særlig akutte situasjoner, medfører opplevelse av lav kontroll med fare for misforståelser og feil i pasientbehandlingen (Alfredsdottir & Bjornsdottir 2007). Nilsson et al (2007) viser til at det å lære nytt i det daglige arbeid er en ressurs som bidrar til økt grad av mestring, bl.a. ved at kunnskap bidrar til opplevelse av kontroll. En arbeidsplass som fokuserer læring,

motiverer og bidrar til innsikt og gjensidig tillit til hverandres kunnskap og ferdigheter. Organisasjoner som motiverer til livslang læring og det å dele kunnskap, blir lærende arbeidsplasser, som medvirker til et positivt og trygt arbeidsmiljø (Baumann 2007). Operasjonssykepleierne i en annen studie mente at deres kompetanse omfatter teoretisk, praktisk, situasjonsavhengig og etisk kunnskap samt god kommunikasjonskunnskap (Gillespie et al 2009). Dette er i tråd med operasjonssykepleiernes opplevelser i denne studien. De må håndtere det som oppstår der og da i situasjonene i operasjonsstuen, og det kirurgiske teamet må kunne stole på at de er kompetente og vet hva de gjør.

Det er tidligere påvist at forutsigbarhet i operasjonsplanleggingen med god koordinering av utstyr og profesjoner som skal være tilgjengelig, har betydning for opplevelsen av et helsefremmende arbeidsmiljø (Parsons & Newcomb 2007). Dårlig planlegging skaper forsinkelser og misforståelser, og antas å være en vanlig årsak til konflikter og uenighet i operasjonsavdelingen (Coe & Gould 2007). En annen studie fant at avbrekk før operasjonen med gjensidig kommunikasjon og informasjon bidro til reduksjon av forsinkelser i operasjonsprogrammet, og dermed økt forutsigbarhet (Nundy et al 2008). Andre studier støtter dermed opplevelsen av vilkårene for et godt samarbeid som informantene her angir som positive.

Konsekvensene av et godt samarbeid

Konsekvensene av et godt samarbeid i arbeidsmiljøet i operasjonsavdelingen er ikke like spesifikt beskrevet i andre studier, men er likevel godt gjenkjennelig generelt sett. Riktig bruk av tiden oppleves som positivt, og det å hjelpe hverandre gir åpning for gjensidig støtte. Dette gir økt tillit, trygghet og gjensidighet i arbeidssituasjonen (Alfredsdottir & Bjornsdottir 2007). Gjensidig avhengighet i arbeidet kan også bidra til nært samarbeid og økt effektivitet; jo sterkere avhengighet, desto nærere samarbeid og bedre effektivitet (Thylefors, Persson & Hellström 2005). En dag som er fylt av arbeid, går raskt. En god dag på jobben beskrives som en dag med tett program, god flyt, god utnyttelse av tiden og at uforutsette hendelser er godt håndtert. Dette forutsetter at operasjonssykepleierne opplever seg kompetente og i stand til å ivareta sitt ansvar.

Operasjonssykepleierne opplever arbeidet som meningsfullt når de kan hjelpe pasientene til et bedre liv. "God vakt" kampanjen (Arbeidstilsynet 2006) presiserte viktigheten av å ha utviklende oppgaver og meningsfylt arbeid, men sier ikke noe om hva det innebærer for sykepleierne. Det ligger kanskje i sakens natur fordi sykepleiers mål og mening er å hjelpe pasienten, og sykepleierarbeidet er da i seg selv meningsfullt. Prevent (2010) nevner også meningsfullt arbeid som en viktig friskfaktor for individet.

Felles anstrengelse i operasjonsteamet gir god pasientsikkerhet med et godt resultat for pasienten (Thylefors, Persson & Vincent 2005, Manser 2009). Dette øker muligheten for at pasienten blir hjulpet til bedre helse, og bidrar samtidig til opplevelse av meningsfullt arbeid for sykepleierne. En annen studie viser til at sykepleiere som fikk profesjonell støtte fra kolleger og fikk brukt sin kompetanse i samarbeid med andre faggrupper, opplevde arbeidet som meningsfullt og tilfredsstillende, og de tenkte sjeldnere på å slutte i jobben (Day, Minichiello & Madison 2006). I denne studien opplever operasjonssykepleiernes også at arbeidet er meningsfullt når de hjelper

pasienten og får gjort sitt beste for ham. Fornøyde pasienter som oppgir at de har fått en bedre tilværelse, gir operasjonssykepleierne opplevelse av stolthet over egen innsats, arbeidet og arbeidsplassen og sykehuset som helhet. Nilsson et al (2005) fant at opplevelse av sikkerhet, tillit og stolthet i arbeidet var klare forutsetninger for opplevelse av et helsefremmende arbeidsmiljø i sykehus.

Operasjonssykepleierne forteller om viktigheten av åpenhet, å snakke sammen om vanskelige opplevelser og å støtte hverandre. Alfredsdottir og Bjornsdottir (2007) fant tilsvarende hos islandske operasjonssykepleiere i sin studie; åpenhet gjorde at de kunne diskutere ulike hendelser og støtte og lære av hverandre, både om hva som gikk feil i en situasjon og hvordan de kunne forebygge dette senere. Nilsson et al (2005) fant tilsvarende effekt i sin studie. Rutiner for å sette av fast tid til felles diskusjoner av hendelser og erfaringer bidro til positiv opplevelse av støtte. En australsk reviewstudie fant at sosial støtte og samhold mellom kolleger kan bidra til godt samarbeid, stabilt fellesskap og måloppnåelse som resultat (Day, Minichiello & Madison 2006). En ledelse som støttet fellesskapsfølelsen resulterte i mindre fravær og signifikant redusert turnover. Positive opplevelser av fellesskap og samhold i denne studien gjenkjennes således i andre studier som har undersøkt helsefremmende aspekt på arbeidsplassen

Positivt arbeidsmiljø og helsefremmende effekt

De positive faktorene som operasjonssykepleierne oppgir fra sitt arbeidsmiljø finner støtte i annen forskning. Definisjonen på helse tilsier at den har helse som kan tilpasse seg sin livssituasjon, dvs. de krav som livet bringer. Helse er også en ressurs som kan utvikles og styrkes i arbeidslivet (WHO 1986). Det betyr at positive faktorer i arbeidslivet kan virke helsefremmende og styrke individets evne til å tilpasse seg i arbeidssituasjonen og håndtere de krav som kommer, samtidig som helsen styrkes generelt og risiko for sykdom reduseres. Helsefremmende faktorer i arbeidslivet blir ressurser som hjelper den enkelte til kontroll og mestring av kravene som stilles.

Friskfaktorer på individnivå, gruppenivå og foretaksnivå (Prevent 2010) svarer godt til det denne studien og annen forskning har vist; utvikling i arbeidet, yrkesstolthet, meningsfullt arbeid, direkte kommunikasjon, tillit, korte beslutningsveier, nærværende leder og lydhørhet. Forskning viser at de store utfordringene ved interprofesjonelt teamarbeid er direkte og tydelig kommunikasjon, tillit og opplevelse av fellesskap. Når dette fungerer godt oppgir operasjonssykepleierne at de opplever samarbeidet som positivt. De særegne kravene til koordinering av samarbeidet er nok relativt spesielt for operasjonsmiljøet, men forskning viser at forutsetningen for god koordinering faktisk er direkte kommunikasjon, tillit og vilje til fellesskap. En studie oppgir *respekt* som den viktigste faktoren mht. måten man opptrer på i samarbeidet i operasjonsavdelingen, og knytter dette til utvikling av et helsefremmende arbeidsmiljø (Parsons & Newcomb 2007). Funnene stemmer overens med det som andre studier og prosjekt har funnet. Operasjonssykepleierens opplevelse av at mulighet til påvirkning, faglig trygghet og sosial støtte er positivt og bidrar til bedre samarbeid, svarer også godt til Karasek & Theorells (1990) modell der høy kontroll og sosial støtte kombinert med høye krav gir aktivt arbeid med lite utvikling av stress.

Antonovsky (2000) sin modell om ”opplevelse av sammenheng” (OAS) og Hansons (2004) teori om et salutogen fokus i arbeidslivet gir også en gjenkjennende klang i det resultatet som er fremkommet i studien. OAS er en gjennomgående, varig og samtidig dynamisk følelse av tillit til at utfordringene i livet kan mestres, noe som også kan overføres til arbeidsmiljøet. Operasjonssykepleiernes opplevelse av et positivt arbeidsmiljø kan gjenkjennes i Antonovskys modell om begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Hansons (2004) beskrivelse av hva disse begrepene inneholder når de anvendes i arbeidslivet, gir også gjenklang i operasjonssykepleiernes fortellinger. Når arbeidsmiljøet preges av faktorer som god planlegging og forutsigbarhet, klar forståelse av egen og andres roller og ansvar, klare mål og kompetanse til å finne alternative løsninger på utfordringer, bidrar dette til økt grad av begripelighet for arbeidstakerne. Begripelighet handler om at indre og ytre stimuli oppleveres som strukturerte, forståelige og forutsigbare; dvs. at man forstår organiseringen og arbeidsprosessene, tar til seg informasjon, tolker det slik at konklusjoner om årsak og virkning kan trekkes på en rimelig god måte og har språk, hukommelse og logikk som hjelper til med dette. Begripelighet kan gjenkjennes i både vilkårene for og gjennomføring av et godt samarbeid, slik som operasjonssykepleierne her beskriver det.

Håndterbarhet handler om at individet har ressurser til rådighet, som er tilstrekkelige til å håndtere kravene som stimuliene krever. Det krever at en også begriper det som skjer. Vilårene for et godt samarbeid i studien; planlegging, utstyr og kompetanse, bidrar til håndterbarhet med godt samarbeid som resultat i arbeidsmiljøet i operasjonsavdelingen.

Operasjonssykepleierne og refererte studier viser til at arbeidet blir meningsfullt når det har betydning for andre enn egen person, og når en kan utøve innflytelse på arbeidet og resultatet av det. Dette motiverer til engasjement med jobbtilfredshet, velvære og videre arbeidsinnsats. Disse faktorene er i tråd med Antonovskys (2000) vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som bidrar til opplevelse av meningsfullhet, og han viser også til den nære sammenhengen mellom begripelighet og opplevelse av mening. Hansons teori (2004) viser dessuten til at opplevelse av mening styrkes gjennom opplevelse av yrkesstolthet, egen utvikling, gode arbeidskamerater og opplevelse av rettferdighet. Dette stemmer godt overens med operasjonssykepleiernes opplevelser i denne studien.

En studie viser til at et arbeidsmiljø med fokus på læring og utvikling i det daglige arbeidet, er en ressurs som bidrar til opplevelse av håndterbarhet hos sykepleierne. Samtidig er et slikt miljø en positiv faktor for økt arbeidsmotivasjon, noe som bidrar både til økt begripelighet og meningsfullhet (Nilsson et al 2005). Ut fra dette later det til at et arbeidsmiljø som innehar de positive faktorene som er avdekket i denne studien mht. vilkår for og konsekvenser av et utfyllende og inkluderende samarbeid med pasientfokus i operasjonsavdelingen, kan bidra til en styrket ”opplevelse av sammenheng” for operasjonssykepleierne. Og en styrket OAS gir grunnlag for god helse ifølge Antonovskys modell om salutogenese (2000) og Hansons teori om et salutogent arbeidsmiljø (2004). Selv om denne studien ikke har testet grad av OAS hos operasjonssykepleierne, kan resultatet fra studien sees i sammenheng med faktorer i arbeidslivet som kan bidra til å fremme OAS hos arbeidstagerne.

Metodediskusjon

Etter at tema og hensikt med studien var bestemt, var det klart at en kvalitativ metode måtte anvendes for å besvare hensikten med studien. Arbeidet i operasjonsavdelingen preges av samarbeid mellom ulike fagprofesjoner om samme pasient til samme tid og med samme mål, og er helt avhengig av interaksjon og sosiale prosesser for at arbeidet skal bli gjennomført. Fordi Grounded theory tar utgangspunkt i symbolsk interaksjonisme og studerer grunnleggende sosiale prosesser, ble denne metoden valgt. Metoden gir også mulighet til å analysere frem prosess i data med utvikling av en modell. Den substansielle teorien og modellen som fremkom i studien viser tydelig prosessen i arbeidsmiljøet til operasjonssykepleierne i studien.

Data ble innhentet i ti individuelle intervju der informantene var norske operasjonssykepleiere i ulike aldre, med ulik erfaring og fra ulike sykehus, som beskrevet i metodekapitlet. Intervjuene var basert på relativt åpne spørsmål og det fremkom rikelig med data. Forfatteren spør seg likevel om det ville vært mer hensiktsmessig å benytte fokusgruppeintervju i en liten gruppe i startfasen med strategisk utvalg, for deretter å gå over til individuelle intervju i fasen med teoretisk utvalg. I gruppediskusjoner kan det fremkomme mer informasjon og spontane meninger i interaksjonen mellom intervjupersonene. På den andre siden gir fokusgruppeintervju mindre kontroll over data som fremkommer og det kan bli vanskelig å foreta systematisk analyse (Kvale 1997).

Reliabilitet

Nøyaktighet ved innhenting av data ble ivaretatt ved at det ble stilt åpne spørsmål som informanten ble gitt rikelig tid til å svare på. Detaljert intervjuguide ble ikke anvendt, og det ble ikke stilt ledende spørsmål i intervjuene. Tvert imot sjekket forfatteren ofte ut med informantene hvorvidt tema og meninger var riktig forstått, og utdyping ble etterspurt gjennom intervjuene. Påliteligheten i data ble ivaretatt ved at transkriberingen ble gjort ordrett, dvs. det som ble sagt ble skrevet ned, og emosjonelle aspekt ble nedtegnet slik det er beskrevet i metodekapitlet. Opptakene var av relativt god kvalitet, og det var ikke vanskelig å høre hva informantene sa med unntak av ett intervju, der noen setninger ble utydelige. De ble derfor ikke tatt med som data, da meningen var utydelig. Forfatteren var gjennomgående opptatt av både nøyaktighet og pålitelighet gjennom datainnsamlingen og transkriberingen av data.

Validitet

Validitet har ulike aspekter, slik det er beskrevet i metodekapitlet (Kvale 1997, Larsson 1993). Forfatterens forforståelse er et av aspektene som må vurderes i forhold til grad av validitet i studien. Ståsted og forforståelse er redegjort for i metodekapitlet og vil her bli diskutert videre. Forforståelsen kan potensielt sett påvirke resultatet i studien. Bruk av andre måter å innhente data på, valg av andre informanter, en annen analysemetode og en annen intervjuperson kunne tenkes å gi et litt annerledes resultatet (Kvale 1997). Dette betyr ikke at forfatteren bevisst eller ubevisst påfører data egen mening eller

forståelse. Ved å følge metoden og dens intensjon så samvittighetsfullt som mulig, kan det tenkes at resultatet er en vesentlig del av den virkeligheten som informantene formidler. Virkeligheten kan aldri helt kan forstås, men må tolkes på forskjellige måter. Det er derfor viktig å søke å holde balanse mellom egen sensitivitet og den objektivitet som data skal vurderes med. Forfatteren mener at dette er gjort ved å være bevisst på det og ved å følge metoden som er valgt for studien. Forfatteren kunne også ha bedt om mer utdyping av enkelte tema for å sikre at egen forforståelse ikke skulle prege forståelsen av det som ble sagt. Forfatteren kjente seg mer kompetent som intervjuer etter det femte intervjuet enn ved de tre-fire første intervjuene, noe som kan ha hatt en viss betydning for resultatet. En mer erfaren intervjuer kunne således ha fått frem noe annerledes eller flere data. Forfatteren har tatt del i arbeidsmiljøet hun undersøkte både som leder og som fagsykepleier, og var bevisst på dette når temaene dukket opp i intervjuene.

Teoretisk forståelse er også et krav til validitet (Kvale 1997). Forfatteren har opparbeidet en teoretisk forståelse av både helsebegrepet og metoden som er anvendt i studien. Teoretisk forståelse for de undersøkte fenomeners natur er viktig, bl.a. fordi det kan bidra til å forstå at det alltid vil være nyanser tilstede i kvalitative data, selv om man snakker om samme fenomen. Det finnes ikke bare en virkelighet i vår opplevelse av den verden vi lever i, og det er derfor viktig å ha forståelse for at det heller ikke finnes ett svar på hvordan ulike fenomen oppleves. Det kan ligge ulike nyanser i forståelsen av begrep, noe som krever definisjoner når det skal diskuteres og vurderes. Intervjueren spurte derfor ikke informantene om deres opplevelse av ”helsefremmende” faktorer i arbeidsmiljø. Det ble spurt om ”positive opplevelser”, noe som er subjektivt og nyansert også i forhold til ulike fenomen i arbeidsmiljøet.

Kommunikativ validitet (Kvale 1997) eller diskurskriteriet for validitet (Larsson 1993) er et annet aspekt. Forfatteren mener at resultatet vil være gjenkjennelig for de som jobber i en operasjonsavdeling. Kanskje vil noen mene at viktige fenomen og faktorer mangler, og særlig vil ulike profesjoner ha ulik oppfatning av hva som er positivt. Vektleggingen av det salutogene fokuset kan også diskuteres. Det er imidlertid en utfordring at både forskning og fagmiljøer har vært betydelig mer opptatt av det som er problematisk og fungerer dårlig, fremfor det som er positivt å bygge videre på. En grundig diskusjon rundt dette vil være positivt i seg selv. Det gjenstår å se hvordan resultatet finner gjenklang hos andre operasjonssykepleiere i andre avdelinger, og eventuelt i kritikken derfra.

Det kan også være slik at de som meldte seg som informanter var spesielt positive og hadde et positivt fokus i større grad enn mange andre. Dette kan prege resultatet, selv om de positive faktorene var fokuset i studien. Resultatet fra studien (heuristisk verdi) er uansett ikke uten videre generaliserbart, fordi ti informanter er for få til å utvikle annet enn en substansiell teori (Strauss & Corbin 1998). Den kan anvendes i tilsvarende kontekst, dvs. blant operasjonssykepleiere i andre operasjonsavdelinger, men ikke uten videre for andre profesjoner i samme miljø.

Pragmatisk validitet (Kvale 1997) eller det pragmatiske kriteriet for validitet (Larsson 1993) handler om relevansen og formidlingen av resultatene i studien. Resultatet vil bli tatt opp i ulike fora for operasjonssykepleiere; på fagmøter, landsmøter, i faggruppens

fagtidsskrift, på temamøter og ellers der faget operasjonssykepleie tas opp og diskuteres. Tatt i betraktning den antatte mangelen på operasjonssykepleiere fremover og det stadig økende behovet for kirurgisk behandling av stadig sykere pasienter som nevnt i introduksjonen, er temaet både relevant og av praktisk verdi på alle nivå. Resultatene må formidles og diskuteres i fagmiljø og på organisatorisk nivå, slik at nødvendige tiltak kan iverksettes og videre behov for kunnskap prioriteres i forskning.

I diskusjonen vises det til annen forskning med lignende tema og problematisering av hva manglende helsefremmende arbeidsmiljø og godt fungerende samarbeidsmiljø i operasjonsavdelingen vil ha å si for så vel helsearbeidere som pasienter. I dette perspektivet later det til at studiens resultat også har en empirisk forankring, dvs. at det stemmer overens med den ”virkeligheten” det gjelder for. Tolkningen av data later til å stemme overens med annen beskrevet virkelighet fra samme kontekst, og gir en viss bekreftelse på den empiriske forankringen, selv om resultatet ikke uten videre er generaliserbart. Sammenhengen mellom vilkårene for et godt samarbeid og de konsekvenser dette får for operasjonssykepleierne, viser konsistens i tolkningen av materialet. Kjernekategoriene utgjør kjernen i operasjonssykepleiernes arbeid i operasjonsavdelingen, og de andre kategoriene forklarer kjernekategoriene på en realistisk måte. Dette utgjør en viktig del av operasjonssykepleiernes arbeidsmiljø og viser at studien faktisk undersøker det den sier at den skal undersøke. Resultatet viser neppe hele kompleksiteten av et helsefremmende arbeidsmiljø i operasjonsavdelingen, heller ikke for operasjonssykepleierne, men det gir et relevant og ”sant” bilde fra en opplevd virkelighet beskrevet av operasjonssykepleierne i denne studien.

KONKLUSJON

Studien viser hva operasjonssykepleiere kan oppleve som positive faktorer i sitt arbeidsmiljø i operasjonsavdelingen, samtidig som den viser kompleksiteten av faktorer som kan gjøre arbeidsmiljøet positivt og helsefremmende. Det er viktig at vilkår som medvirkning og tilbakemelding, faglig fokus med oppdatering og god planlegging som sikrer forutsigbarhet er til stede for at samarbeidet med de andre profesjonene skal fungere godt. Når operasjonssykepleierne er godt oppdatert og har god faglig kompetanse, er arbeidet og samarbeidet både begripelig og håndterbart, noe som gir bedre kontroll og mestring av arbeidet i samarbeid med det øvrige operasjonsteamet. Et utfyllende samarbeid preget av gjensidig respekt og med fokus på pasienten gir økt pasientsikkerhet. Dette gir effektivitet i gjennomføringen av operasjonsprogrammet, og opplevelse av mening og motivasjon i jobben og fellesskap med kolleger. Forskning viser at de ulike profesjonene har ulike oppfatninger av et positivt samarbeid, noe som det bør forskes videre på for å finne gode løsninger. Resultatet fra denne studien viser faktorer og områder som det kan være verdt å fokusere videre på. Det er av stor verdi for hele samfunnet å få kunnskap om og finne løsninger på hvordan et godt samarbeidsklima i operasjonsavdelingene fungerer for alle som jobber der, både mht. vilkårene for og konsekvensene av dette.

Selv om det er behov for mer forskning, kan resultatene fra denne studien straks tas i bruk i praksis, og da i særlig grad med fokus på vilkårene for et utfyllende og

inkluderende samarbeid. Lederne kan med øyeblikkelig virkning ha et økt fokus på medvirkning, faglig oppdatering og påfyll samt god planlegging og logistikk. En slik satsing i praksis vil komme både pasienter, arbeidstagere, sykehus og samfunn til gode.

TAKK

Jeg vil rette en stor takk til de ti operasjonssykepleierne som var positive og stilte opp som informanter i studien, og til deres ledere som lot oss gjennomføre intervjuene i arbeidstiden. Uten deres deltagelse og bidrag ville ikke studien være mulig å gjennomføre. Stor takk rettes også til min veileder Ulrika Hallberg, som har stilt opp med både kurs, veiledning og raske tilbakemeldinger. Dette har vært motiverende og helt nødvendig for meg under arbeidet. Videre vil jeg få takke en støttende leder og arbeidsgiver Marit Sverstad, som har gitt meg mulighet til studiepermisjon for å gjennomføre studien. Takk også til Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Operasjonssykepleiere for masterstipendet jeg mottok under skriveprosessen. Støtte fra kolleger, venner og familie har også vært av stor betydning – en stor takk til dem alle. Til sist vil jeg takke NHV for mange fantastisk flotte kurs der uvurderlig samarbeid med undervisere og medstudenter har gitt meg kraft og mot til å gå videre mot en MPH. Tusen takk til alle sammen.

REFERANSER

- Alfredsdottir, H. & Bjornsdottir, K. 2007, Nursing and patient safety in the operating room, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 61, no.1, pp. 29-37.
- Antonovsky, A. 2000, *Helbredets mysterium. At tåle stress og forblive rask*, 1. utg., Hans Reitzels Forlag, København.
- Antonovsky, A. 1996, The salutogenic modell as a theory to guide health promotion, *Health Promotion International*, vol. 11, no. 1, pp. 11-18.
- Arbeidsdepartementet 2005, Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern, LOV 2005-06-17 nr 62, Norge.
- Arbejdsmiljørådet 2008, Det udviklende arbejde, [Elektronisk], Tilgjengelig: <http://www.godarbejdslyst.dk/Default.asp> [2008-07-04]
- Arbeidstilsynet 2006, Arbeidsmiljø i sykehus. Prosjektrapport – God Vakt! Oppsummering etter tilsyn i landets sykehus 2005, Bodø, Norge.
- Arbeidstilsynet 2010, Kontroll og veiledning om arbeidsmiljø, [Elektronisk], Tilgjengelig: <http://www.arbeidstilsynet.no/> [2010-07-04]
- Arbetsmiljöverket 2008, Teman – Hälso- och sjukvård: Förebygg, [Elektronisk], Tilgjengelig: <http://www.av.se/teman/halsosjukvard/forebygg/> [2008-07-04]
- Barrett, W.L. & Garber, S.M. 2003, Surgical smoke – a review of the literature, *Surgical Endoscopy*, vol. 17, pp. 979-987.
- Baumann, A. 2007, *Positive practice environments: Quality workplaces = Quality patient care. Information and Action Tool Kit*, International Council of Nurses, Geneva, Switzerland.
- Beaglehole, R. & Bonita, R. 1997, *Public Health at the Crossroads. Achievements and prospects*, 1st edn, Cambridge University Press, Cambridge.
- Charmaz, K. 2000, “Grounded Theory. Objectivist and Constructivist Methods” in *Handbook of Qualitative Research*, eds. Denzin N.K. & Lincoln. 2nd ed. California, Sage, pp. 509-535.
- Coe, R. & Gould, D. 2007, Disagreement and aggression in the operating theatre, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 61, no. 6, pp. 609-618.
- Day, G.E., Minichiello, V. & Madison, J. 2006, Nursing morale: what does the literature reveal? *Australian Health Review*, vol. 30, no. 4, pp. 516-524.

De Lange, A.H., Taris, T.W., Compier, M.A.J., Houtman, I.L.D. & Bongers, P.M. 2003, "The Very Best of the Millenium": Longitudinal Research and the Demand-Control-(Support) Model, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 8, no. 4, pp. 282-305.

Dellve, L., Henning Abrahamsson, K., Trulsson, U. & Hallberg, L. R-M. 2002, "Grounded theory in public health research" in *Qualitative Methods in Public Health Research – Theoretical Foundations and Practical Examples*, ed. L. R-M. Hallberg, 1st edn, Studentlitteratur, Lund, pp. 137-173.

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø 2008, Samlet oversigt, [Elektronisk], Tilgængelig: <http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/Forskningsresultater.aspx> [2008-07-04]

Eriksson, M. & Lindström, B. 2006, Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health; a systematic review, *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, no. 5, pp. 376-381.

Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Wallis, M., Chang, H-y.A. & Werder, H. 2009, Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study, *Journal of advanced nursing*, vol. 65, no. 5, pp. 1019-1028.

Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Longbottom, P. & Wallis, M. 2010, The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: A qualitative study, *International Journal of Nursing Studies*, vol. 47, no. 6, pp. 732-741.

Glaser, B. & Strauss, A. 1967, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, 1st edn, Aldine, Chicago.

Hallberg, L. R-M. 2006, The "core category" of grounded theory: Making constant comparisons, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, vol. 1, pp. 141-148.

Hanson, A. 2004, *Hälsopromotion i arbetslivet*, 1. utg., Studentlitteratur, Malmö.

Healey, A.N., Undre, S. & Vincent, C.A., 2004, Developing observational measures of performance in surgical teams, *Quality and Safety in Health Care*, vol. 13, suppl 1, pp. i33-i40.

Healey, A.N., Undre, S., Sevdalis N., Koutantji, M. & Vincent, C.A. 2006, The complexity of measuring interprofessional teamwork in the operating theatre, *Journal of Interprofessional Care*, vol. 20, no. 5, pp. 485-495.

HOD 1994, Lov om vern mot smittsomme sykdommer, Helse- og omsorgsdepartementet, LOV 1994-08-05 nr 55, Norge.

HOD 2001, Lov om helsepersonell m.v. Helse- og omsorgsdepartementet, LOV 1999-07-02 nr 64, Norge.

HOD 2002, Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten, Helse- og omsorgsdepartementet, FOR 2002-12-20 nr1731, Norge.

Johansen, L.S. 2008, Interprofessional Collaboration: Nurses on the Team, *MEDSURG Nursing*, vol. 17, no. 2, pp. 129-130.

Karasek, R. & Theorell, T. 1990, *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*, 1st edn, Basic Books, New York.

Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J. & Vainio, H. 2008, Leadership, Job Well-Being, and Health Effects – A Systematic Review and a Meta-Analysis, *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, vol. 50, no. 8, pp. 904-915.

Kvale, S. 1997, *Det kvalitative forskningsintervju*, 1. utg., Ad Notam Gyldendal, Oslo.

Larsson, SS. 1993, Om kvalitet i kvalitative studier, *Nordisk Pedagogik*, vol. 4, pp. 194-210.

Makary, M.A., Sexton, B.J., Freischlag, J.A., Holzmueller, C.G., Millman, E.A., Rowen, L. & Pronovost, P.J. 2006, Operating Room Teamwork among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder, *Journal of American College of Surgeons*, vol. 202, no. 5, pp. 746-752.

Manser, T. 2009, Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature, *Acta Anaesthesiologica Scandinavia*, vol. 53, pp. 143-151.

Mathias, J.M. 2005, New research looks at ergonomic stresses on operating room staff. *OR Manager*, vol. 21, no. 7, pp. 1 and 6-8.

Medin, J. & Alexandersson, K. 2000, *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*, 1. utg., Studentlitteratur, Lund.

Mæland, J.G. 2005, *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*, 2. utg. Universitetsforlaget, Oslo.

Nilsson, K., Hertting, A., Petterson, I-L. & Theorell, T. 2005, “Pride and confidence at work: potential predictors of occupational health in a hospital setting”, *BMC Public Health*, [Online], vol. 5, no. 92, pp. 1-11.
Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1208911/> [2008-07-04]

NOA 2008, Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og –helse, Psykososialt arbeidsmiljø Delrapport, STAMI-rapport, Årg. 9, nr. 11, Oslo.

NOU 1998, Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene, NOU 1998:18, Norges offentlige utredninger, Oslo.

NSF 2005, Median alder for operasjonssykepleiere i Norge, Upublisert undersøkelse gjort av Norsk Sykepleierforbund, Oslo.

NSFLOS 2005, Operasjonssykepleiers myndighetsområde og funksjonsansvar, Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av Operasjonssykepleiere, Oslo.

Nundy, S., Mukherjee, A., Sexton, B., Pronovost, P.J., Knight, A., Rowen, L.C., Duncan, M., Syin, D. & Makary, M.A. 2008, Impact of Preoperative Briefings on Operating Room Delays, *Archives of Surgery*, vol. 143, no. 11, pp. 1068-1072.

Parsons, M. & Newcomb, M. 2007, Developing a Healthy OR Workplace, *Association of Operating Room Nurses AORN Journal*, vol 85, no. 6, pp.1213-1223.

Prevent 2010, Friskfaktorer i arbeidslivet, [Elektronisk], Tilgjengelig: <http://www.prevent.se/sv/Amnesomrode/Halsa/Friskfaktorer> [2010-03-25]

Pörn, I. 1995, "Vad er hälsa?" i *Begrepp om hälsa – Filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård*, red. K. Klockars & B. Österman, 1.utg., Liber Utbildning, Stockholm, ss. 14-28.

Riksrevisjonen 2004-2005, Riksrevisjonens undersøkelse av utnyttelse av operasjonsstuer i sykehus, Dokument nr. 3:4, Norge.

Schærström, A. 2004, "Hälsofrämjande arbetsplatser – vad kan man utläsa ur grå källor?" i *Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser. Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter*, red C. Källestål, Statens folkhälsoinstitut, Rapport 2004:32, s. 51, Stockholm.

Sexton, B., Makary, M., Tersigni, A., Pryor, D., Hendrich, A., Thomas, E.J., Holzmueller, C.G., Knight, A.P., Wu, Y. and Pronovost, P. 2006, Teamwork in the Operating Room. Frontline Perspectives among Hospitals and Operating Room Personnel, *Anesthesiology*, vol. 105, no. 5, pp. 877-84.

Silèn-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H. & Smith, A. 2004, Learning about teamwork in operating room clinical placement, *British Journal of Nursing*, vol. 13, no. 5, pp. 244-253.

Sosial- og helsedirektoratet 2006, Tilbud og etterspørsel etter spesialsykepleiere, En utredning for Sosial- og helsedirektoratet, Norge.

STAMI 2002a, Statens arbeidsmiljøinstitutt, Helsefremmende arbeidsplass: Danmark, [Elektronisk], Tilgjengelig: http://www.stamiweber.no/hefa/Norden_danmark.htm [2008-07-04]

STAMI 2002b, Statens arbeidsmiljøinstitutt, Helsefremmende arbeidsplasser: Sverige, [Elektronisk], Tilgjengelig: http://www.stamiweber.no/hefa/Norden_sverige.htm [2008-07-04].

STAMI 2008, Statens arbeidsmiljøinstitutt, Om STAMI Statens arbeidsmiljøinstitutt, [Elektronisk], Tilgjengelig: <http://www.stami.no/?nid=63&lcid=1044> [2008-07-04]

STAMI 2010, Statens arbeidsmiljøinstitutt. Lillestrømerklæringen om helsefremmende arbeidsplasser, [Elektronisk], Tilgjengelig: http://www.stamiweber.no/Lille_erklar.htm [2010-07-04]

Strauss, A. & Corbin, J. 1998, *Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, 2nd ed., Sage Publications, California.

Theorell, T. 2003, Är ökat inflytande på arbetsplatsen bra för folkhälsan? Statens folkhälsoinstitut, Rapport nr. 2003:46, Stockholm.

Thylefors, I., Persson, O. & Hellström, D. 2005, Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork, *Journal of Interprofessional Care*, vol. 19, no. 2, pp. 102-114.

WHO 1981, Global Strategy for Health for All by the Year 2000, Health for All Series, No. 3, World Health Organization, Geneva.

WHO 1986, Ottawa-charter for health promotion, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO 1991, Sundsvall Statement on supportive Environments for Health, World Health Organization, Geneva.

WHO 1998, Health Promotion Glossary, World Health organization, Geneva.

WHO 2009, WHO Guideline for Safe Surgery 2009. [Online], Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598552_eng.pdf [2010-04-03]

Young, L.V. & Watson, E. 2006, Prevention of Perioperative Hypothermia in Plastic Surgery, *Aesthetic Surgery Journal*, vol. 26, no. 5, pp. 551-571.

Vedlegg 1

Operasjonsavdelingen v/ oversykepleier/avdelingssykepleier

Oslo, 5.1.2009

SØKNAD om å benytte operasjonssykepleiere ved din operasjonsavdeling som informanter til masteroppgave ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg

Til daglig er jeg fagutviklingssykepleier ved Operasjon 3 på Rikshospitalet HF, Oslo. Jeg er også masterstudent i folkehelsevitenskap ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg (NHV) og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Tittelen for oppgaven er "Et helsefremmende arbeidsmiljø i operasjonsavdelingen – fra operasjonssykepleierens perspektiv. En kvalitativ studie". Det er forsket mye på risikofaktorene i arbeidslivet, men lite på de positive faktorene. Det ønsker jeg å gjøre noe med gjennom denne studien. Denne henvendelsen gjelder søknad om tillatelse til å gjennomføre datasamling via intervju av operasjonssykepleiere ved operasjonsavdelingen ved ditt sykehus.

Helsevesenet preges av store organisatoriske endringer, krav om innsparinger og effektivisering, innføring av stadig ny teknologi og økende sykefravær (Arbeidstilsynet 2006). I denne situasjonen rapporterer Riksrevisjonen (2004-2005) at operasjonsstuen i 2002 stod ubenyttet i gjennomsnitt 72 av årets 250 arbeidsdager og at hovedårsaken var mangel på operasjonssykepleiere. En annen rapport fant at det med dagens utdanningstakt vil være stor mangel på operasjonssykepleiere i løpet av de neste 10 årene (Sosial- og helsedirektoratet 2006). Dette beskriver et betydelig press på operasjonsavdelingene, operasjonssykepleierne og deres arbeidssituasjon i sykehusene. Samtidig viser undersøkelser at median alder for operasjonssykepleierne var 49,5 år i 2005 (NSF), noe som betyr at svært mange blir værende i sitt arbeid til tross for stor belastning. Hva er det i dette arbeidsmiljøet som gjør at operasjonssykepleierne blir værende? Hva er det som oppleves som styrkende og som gir krefter til innsats hos dem som jobber der? I arbeidslivet i dag er det viktig å sette fokus på dette for å kunne styrke de positive og helsefremmende faktorene, særlig fordi vi erfarer at arbeidsmiljøet fortsatt vil være krevende i årene fremover. Dette er viktig både for samfunnet generelt, for den videre forskning om helsefremmende arbeidsmiljø i sykehus og for operasjonsavdelingene spesielt mht. behovet for friske operasjonssykepleiere fremover.

For å få kartlagt noe av dette, ønsker jeg å intervju 10-15 operasjonssykepleiere og få frem så mye som mulig om hva de opplever som positivt i arbeidsmiljøet. Informantene skal være ansatt i 100 % stilling, være av begge kjønn (der det er mulig), ulike alder og med ulike erfaringer som operasjonssykepleiere. Jeg vil intervju operasjonssykepleiere ved både universitets- og lokalsykehus for å få så stor variasjon av erfaringer som mulig.

Dersom tillatelse blir gitt, håper jeg at du kan være behjelpelig med å distribuere forespørsel til operasjonssykepleiere som er aktuelle som informanter i din avdeling. Jeg vil sørge for at informasjonsbrev med samtykkeerklæring, samt ferdig adresserte og frankerte konvolutter vil bli sendt til din avdeling så snart jeg evt. har mottatt en positiv bekreftelse fra deg. Deltagernes anonymitet og konfidensialitet vil bli ivaretatt (se informasjons med samtykkeerklæring, vedlegg 1).

Datainnsamlingen vil foregå i form av dybdeintervju på ca. 1 time med de informantene som er aktuelle. Siden jeg skal ha informanter fra 4-5 ulike sykehus, antar jeg det kun blir 2-4 informanter fra hver av sykehusenes operasjonsavdelinger. Jeg vil selv ta kontakt med aktuelle informanter som har samtykket i å delta i studien, og avtale tid for intervju. Jeg håper det er mulig å gjennomføre intervjuene i avdelingens lokaler/kontor i operasjonssykepleiernes arbeidstid eller i tilknytning til denne.

Det er innhentet tilråding fra personvernombudet ved Rikshospitalet HF mht. håndtering av data til studien, og den godkjente datahåndteringen er ikke konsesjonspliktig hos Datatilsynet. Regionaletisk komitè (REK) er kontaktet og har bekreftet at studien ikke er fremleggelsespliktig hos dem.

Jeg har svensk hovedveileder ved NHV i Göteborg, dosent Ulrika Hallberg, tlf.: 0046 31693900 og en norsk prosjektkontakt ved Rikshospitalet HF, avd.sjef professor Erik Fosse, Intervensjonssenteret, tlf: 23070116. Avdelingssjef Marit Sverstad i Operasjon 3, Rikshospitalet er inneforstått med og støtter masterstudien, tlf.: 23071875.

Jeg håper denne henvendelsen gir en tilstrekkelig informasjon for at din avdeling skal kunne vurdere min søknad. Dersom det er spørsmål vedrørende opplegget eller gjennomføringen, kan jeg kontaktes pr. tlf.: 23071846 / 41646092 eller på e-mail: vivi-ann.sandersen@rikshospitalet.no

Jeg imøteser et positivt og snarlig svar.

Vennlig hilsen

Vivi-Ann Sandersen
Bølerlia 18
0691 Oslo

Vedlegg 1: Informasjonsbrev til informantene

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave - 2009

Til daglig er jeg fagutviklingspsykeleier ved Operasjon 3 på Rikshospitalet HF, Oslo. Jeg er også masterstudent i folkehelsevitenskap ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap i Göteborg (NHV) og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Tittelen for oppgaven er "Et helsefremmende arbeidsmiljø i operasjonsavdelingen – fra operasjonssykepleiernes perspektiv". Jeg skal undersøke hva operasjonssykepleiere opplever som positivt i sitt arbeidsmiljø og hvilke faktorer som gjør at de blir værende i jobben. Det er forsket mye på risikofaktorene i arbeidslivet, men lite på de positive faktorene. Det ønsker jeg å gjøre noe med gjennom denne studien, for å kunne fokusere og styrke det som oppleves å fungere bra i arbeidsmiljøet.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju 10-15 operasjonssykepleiere og få frem så mye som mulig om hva de opplever som positivt i arbeidsmiljøet. Intervjuet vil være åpent og foregå mest som en samtale mellom oss. Jeg vil bruke båndopptaker mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å delta og du har full mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne det nærmere. Dersom du trekker deg, vil alle innsamlede data om deg bli slettet. Opplysningene jeg samler inn vil bli notert uten navn eller andre identifiserbare data; kun alder, kjønn, erfaring som operasjonssykepleiere (antall år) og type sykehus (universitets- eller lokalsykehus) vil bli registrert. Disse opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne bli gjenkjent i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes så snart oppgaven er ferdig og godkjent i 2010.

Dersom du ønsker å delta på intervjuet, kan du skrive under på vedlagte samtykkeerklæring og sende den til meg. Jeg vil ta kontakt med deg for nærmere avtale om intervju, dersom det blir aktuelt. Min valgte metode tilsier at jeg skal intervju operasjonssykepleiere som er forskjellige ut fra kjønn, alder, erfaring og type sykehus, og som har ulike typer opplevelser av arbeidsmiljøet. Dermed blir det kanskje ikke nødvendig å intervju alle som har sagt seg villig til å delta. Alle vil likevel høre fra meg i løpet av den tiden informasjon innhentes.

Hvis det er noe du lurer på, kan du kontakte meg på tlf. 23 07 18 46 eller 41646092, eller sende en e-post til vivi-ann.sandersen@rikshospitalet.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Rikshospitalet HF og databehandlingen er tilrådet. Rikshospitalet HF er databehandlingsansvarlig.

Med vennlig hilsen
Vivi-Ann Sandersen, Bølerlia 18, 0691 Oslo

-----klipp-----

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av hva operasjonssykepleiere opplever som positivt i arbeidsmiljøet og samtykker herved til å delta i studien.

Dato:

Signatur: Telefonnr.:

Alder: Erfaring som operasjonsspl. (antall år):

