



Det helsevitenskapelige fakultet

Institutt for helse- og omsorgsfag

Kommunikasjon og dens påvirkning på trivsel for nyutdannede anestesisykepleiere.

En kvalitativ studie om nyutdannede anestesisykepleieres opplevelser av kommunikasjon i teamet på operasjonsstuen.

Kristin Normann & Johanna Raatiniemi

Masteroppgave i sykepleie, studieretning anestesi. Kurskode SYP - 3902-1. Juni 2024.

Antall ord: 19107

Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	2
1.2	Hensikt	2
1.3	Avgrensning	3
1.4	Begreper	3
2	Tidligere relevant forskning	7
2.1	Oversiktsøket.....	7
2.2	Primærsøket.....	8
2.2.1	Kommunikasjon og teamarbeid	8
2.2.2	Arbeidsmiljø og uhøflighet	8
2.2.3	Hva påvirker kommunikasjon i operasjonsteamet	9
2.2.4	Sykepleie på operasjonsstue.....	9
2.2.5	Nyutdannede anestesisykepleieres opplevelse av kompetanse	9
2.2.6	Anestesisykepleieres erfaringer i traumeteam.....	9
2.3	Tilleggssøk	10
2.4	Konklusjon av litteratursøket	11
3	Teoretisk tilnærming	11
3.1	Fra novise til ekspert	11
3.2	Det perfekte teamet	13
3.3	Kommunikasjon i operasjonsteamet	14
3.4	N-ANTS	15
3.5	Arbeidsmiljø, trivsel og jobbtilfredshet	16
4	Metode.....	17
4.1	Semistrukturerte dybdeintervju	18
4.2	Refleksjon over vår forforståelse	18

4.3	Personvern og etiske overveielser	19
4.4	Innsamling av data	21
4.4.1	Rekruttering av deltakere	21
4.4.2	Intervjuguide	23
4.4.3	Gjennomføring av intervjuene	23
4.4.4	Transkribering	24
4.5	Analyseprosessen	25
4.6	Styrker og begrensninger i oppgaven.....	26
5	Funn.....	28
5.1	Nytt fokus.....	28
5.1.1	Ny arbeidsidentitet	28
5.1.2	Opplevelser av kompetanse.....	31
5.1.3	Følelser	32
5.2	Jobbtilfredshet	33
5.2.1	Velvære og trivsel	33
5.2.2	Omgivelsene.....	34
5.2.3	“Oppføre seg som folk, rett og slett”.....	36
5.3	Samarbeidskultur.....	37
5.3.1	Bekjentskap og teamfølelse.....	37
5.3.2	Kommunikasjonsutvikling	38
5.3.3	Organisatorisk nivå	40
6	Diskusjon.....	40
6.1	Erfaring hjelper	41
6.2	Arbeidskultur.....	42
6.3	Ikke-tekniske ferdigheter.....	47
6.4	Sårbarhet.....	48

7	Avsluttende refleksjoner	53
	Referanseliste	56
	Vedlegg	61
	Vedlegg 1 SPIDER-skjema.....	61
	Vedlegg 2 Primærsøk.....	62
	Vedlegg 3 Informert samtykke -skjema	63
	Vedlegg 4 Intervjuguide.....	66
	Vedlegg 5 Bakgrunnsinformasjon -spørreskjema	68
	Tabell 1 - Temaer og undertemaer	28
	Figur 1 - Trygg kirurgi – sjekklister	6
	Figur 2 - CLC	6
	Figur 3 - Det perfekte teamet	14

Forord

Denne masteroppgaven startet som en prosjektskisse høsten 2023. Gjennom vårt arbeid med masteroppgaven har vi fått fordypet oss i eget fagfelt, noe som har vært spennende, lærerikt, krevende og utfordrende som nyutdannede anestesisykepleiere i ny jobb, ved siden av et hektisk familieliv. Det har vært lange dager med hard og målrettet jobbing, lange telefonsamtaler, oppturer og nedturer, men nå når vi er klare med vår innlevering ville vi ikke vært foruten. Det å jobbe sammen har bydd på utfordringer med å finne tid til skriveprosessen som passet begge. Samtidig har det vært motiverende å være to i arbeidet, der vi har funnet støtte og motivasjon hos hverandre. Når vi nå er ferdig, blir vi å savne møtene hver kveld. Gjennom vår masterstudie har vi hatt flere støttespillere som vi ønsker å takke.

Først og fremst vil vi takke våre fem informanter, som har delt av sine erfaringer, opplevelser og meninger. Uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre denne studien.

Så vil vi rette en stor takk til vår kjære veileder Ingrid M. S. Drageset, som har hatt troen på oss hele veien. Du har delt av dine faglige kunnskaper, erfaringer, veiledet oss på en god og ryddig måte og tilpasset deg vår tid til å møtes. Tusen takk.

Tusen takk til klinikkene som lot oss gjennomføre intervjuene hos dere. Kollegaer som har støttet og gitt oss faglige diskusjoner og innspill. Og tusen takk til våre ledere som har tilrettelagt på beste måte slik at skrivearbeidet har vært mulig.

Vi ønsker også å takke våre opponenter på masterseminarene, Anita, Camilla, Ellen og Else for gode tips, ideer og konstruktive tilbakemeldinger. I tillegg vil vi takke fagansvarlig, emneansvarlig og forelesere på studiet for gode faglige tips og tilbakemeldinger.

Sist, men ikke minst, ønsker vi å takke våre kjære familier for støtte, tålmodighet, tid og rom for å skrive. Uten deres støtte, råd og velvilje hadde vi ikke kommet i mål med vår masteroppgave. Vi ser fram til mere tid med dere nå!

Tromsø og Hammerfest, juni 2024

Johanna Raatiniemi & Kristin Normann

Sammendrag

Bakgrunn: Avvik på operasjonsstuen skrevet av anestesisykepleiere, skyldes ofte svikt i kommunikasjon. Kommunikasjon er en viktig ikke-teknisk ferdighet og er en av de grunnleggende faktorene ved samarbeid i teamet på operasjonsstuen. Hensikten med studien var å finne ut hvordan nyutdannede anestesisykepleiere opplever kommunikasjon i teamet på operasjonsstuen, samt hvordan trivselen påvirkes av kommunikasjonen.

Problemstilling: *Hvordan opplever nyutdannede anestesisykepleiere kommunikasjon i teamet på operasjonsstuen? – Hvordan påvirker kommunikasjonen trivselen?*

Metode: Studien er en kvalitativ intervjustudie, med fem semistrukturerte individuelle intervju. I arbeidet med analysen brukes tematisk analyse inspirert av Johannessen et al. og Braun & Clarke.

Funnene: Funnene fra studien er delt inn i tre temaer. Hovedtemaene er nytt fokus, jobbtilfredshet og samarbeidskultur. Nytt fokus handler om ny identitet, opplevelser av kompetanse og følelser knyttet til kommunikasjon i teamet på operasjonsstuen. Jobbtilfredshet forteller om hvordan den nyutdannede anestesisykepleieren har det på jobb og hvordan omgivelsene oppleves på operasjonsstuen. Samarbeidskultur preges av bekjentskap og teamfølelsen i sammenheng med hvordan det kommuniseres i teamet på operasjonsstuen. Den omhandler også konflikthåndtering og ledelsens tilrettelegging i den nyutdannede anestesisykepleiers innføring på operasjonsavdelingen.

Konklusjon: Nyutdannede anestesisykepleiere trives bra og føler seg godt ivaretatt på operasjonsavdelingen. Kjennskap til teamet fremmer kommunikasjon og samarbeidet på operasjonsstuen. Erfaring som sykepleier er nyttig for den videre utviklingen som anestesisykepleier. Ikke-tekniske ferdigheter er noe hver og en må jobbe med, og som kan trenes på gjennom simulering. Closed Loop kommunikasjon (CLC) og Trygg kirurgi –sjekkliste er nyttige verktøy i kommunikasjon på operasjonsstuen.

Nøkkelord: nyutdannet anestesisykepleier, kommunikasjon, trivsel, jobbtilfredshet, sårbarhet, bekjentskap, teamarbeid, operasjonsstue, Closed loop, Trygg kirurgi -sjekkliste, simulering.

Summary

Background: Incidents in the operating room reported by nurse anesthetists are often related to failure of communication. Communication is an important non-technical skill and is one of the fundamental factors in teamwork in the operating room. The purpose of this study was to understand how newly graduated nurse anesthetists experience communication within the operating room team, as well as how communication affects their job satisfaction.

Research Question: How do newly graduated nurse anesthetists experience communication in the operating room team? – How does communication affect their job satisfaction?

Method: The study is a qualitative interview study, conducting five semi-structured individual interviews. Thematic analysis inspired by Johannessen et al. and Braun & Clarke was used for the analysis.

Findings: The findings from the study are categorized into three main themes. The primary themes are new focus, job satisfaction, and collaboration culture. New focus contains new identity, perceptions of competence, and feelings related to communication within the operating room team. Job satisfaction describes how the newly graduated nurse anesthetist experiences their work environment and surroundings in the operating room. Collaboration culture is characterized by familiarity and team spirit in relation to how communication occurs within the operating room team. It also encompasses conflict management and leadership's facilitation of the newly graduated nurse anesthetist's induction into the environment in the operating room.

Conclusions: Newly graduated nurse anesthetists are generally satisfied and feel well taken care of in the operating room. Familiarity with the team promotes communication and collaboration in the operating room, and previous nursing experience is beneficial for further development as a nurse anesthetist. Non-technical skills are individual responsibilities that can be trained through simulation. Closed Loop Communication (CLC) and the Safe Surgery Checklist are useful tools for communication in the operating room.

Keywords: newly graduated nurse anesthetist, communication, job satisfaction, vulnerability, familiarity, teamwork, operating room, Closed Loop Communication, Safe Surgery Checklist, simulation.

1 Innledning

Denne masteroppgaven belyser temaet om hvilke opplevelser nyutdannede anestesisykepleiere har med å kommunisere i teamet på operasjonsstuen, og om det har påvirkning i forhold til trivselen. I vår arbeidshverdag på operasjonsstuen jobber det mange profesjoner sammen i et team for å gi best mulig pleie og behandling til pasientene. Bruun (2021) skriver at teamarbeid handler om samhandling med andre mennesker, der kommunikasjon, samarbeid og koordinering av aktiviteter står sentralt. Videre hevder Bruun (2021) at manglende eller utydelig kommunikasjon vil påvirke andre teammedlemmer. Manglende selvtillit, forsiktighet og usikkerhet kan bidra til risikofylt praksis. Dårlig kommunikasjon i et operasjonsteam kan ha alvorlige konsekvenser for pasientsikkerheten, og kan føre til at viktig informasjon ikke blir formidlet riktig eller misforstås. Manglende kommunikasjon på operasjonsstuen er en av hovedårsakene til at feil oppstår (Bruun, 2021). Sundler et al. (2018) skriver om avvik på operasjonsstuen, rapportert av anestesisykepleiere. Størstedelen av avvikene skyldes manglende kommunikasjon og tverrfaglig teamarbeid. Dette er oppsiktsvekkende, og har fått oss til å tenke enda mer på å vinkle problemstillingen mot kommunikasjon på operasjonsstuen, mellom anestesisykepleiere og andre medlemmer av det kirurgiske teamet. Feil skjer, men å gjøre feil som ny, tenker vi kan prege den nyutdannede anestesisykepleieren. Vi tror det kan påvirke trivselen og jobbtilfredsheten og ønsker derfor å se disse i sammenheng med kommunikasjon.

Etter vår erfaring som anestesisykepleierstudent og ny på avdelingen, er det ikke alltid lett å ta ordet på operasjonsstuen, særlig ikke når det er mange profesjoner til stede. I tillegg står vi distansert fra operasjonsfeltet, bak anestesibøyle og oppdekking, dette kan gjøre det vanskeligere å ta ordet og kommunisere ut i teamet.

Oppgaven baserer seg på en prosjektskisse skrevet og innlevert av undertegnede høsten 2023. Noe av teksten i denne masteroppgaven vil derfor ha tekstlikheter med prosjektskissen vår: Normann og Raatiniemi (kandidatnummer 13 & 217, 2023) Prosjektskisse SYP-3502-1.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I tiden vi har vært i praksis som anestesisykepleierstudenter, har vi opplevd at kommunikasjonen i teamet ikke alltid fløyt like godt på operasjonsstuen. Det kunne være på grunn av støy, avstanden til feltet, gjennomtrekk av personell inn og ut av stuen, ekstra personell med under operasjonen, veiledning og opplæring av studenter og leger, småprat, språk og holdninger. Fredriksen og Cheung (2020) skriver om nyutdannede anestesisykepleieres erfaringer i traumeteam, og at en av de viktigste faktorene for at teamet skal fungere var kommunikasjon, men samtidig var det den mest utfordrende faktoren ifølge deltakerne i studien. Studien hevdet at kjennskap til teamet og anestesilegen, samt erfaring hadde betydning for å gi en bedre opplevelse i traumeteam.

Siden vi selv er nyutdannede anestesisykepleiere ønsket vi å se om våre egne opplevelser og erfaringer er lik andre nyutdannede anestesisykepleiere. Selv følte vi oss ganske små som nye i et høyteknologisk miljø, med mange nye personer å samarbeide med, samt nye forventninger til oss.

Gjennom forskningsprosessen har vi utviklet og revidert vår problemstilling, noe som forklarer forskjellen mellom informert samtykke -skjema (Vedlegg 3) og intervjuguiden (Vedlegg 4) og den endelige problemstillingen vår.

1.2 Hensikt

Hensikten med studien er å få kunnskap om nyutdannede anestesisykepleieres opplevelser og erfaringer, angående kommunikasjon med teamet på operasjonsstuen. Deres opplevelser og erfaringer kan bidra til å få økt innsikt i hva som fremmer og hemmer kommunikasjonen med teamet på operasjonsstuen, samt få en bedre forståelse for hvordan arbeidshverdagen for nyutdannede anestesisykepleiere er. Ved å sette fokus på temaet, håper vi å kunne belyse hvordan trivsel og jobbtilfredsheten hos nyutdannede anestesisykepleiere er på operasjonsstuen. Til sammen kan disse ha påvirkning på pasientsikkerheten.

1.3 Avgrensning

På grunn av oppgavens begrensninger på antall ord og omfang, har vi valgt å avgrense til nyutdannede anestesisykepleiers opplevelser med kommunikasjon i teamet på operasjonsstuen. Kommunikasjon mellom pasient og sykepleier vil ikke bli vektlagt eller tatt hensyn til i denne oppgaven. Vi har valgt å spisse problemstillingen til å omhandle kommunikasjon og ikke gå i dybden på teamarbeid. Pasientsikkerhet er tett knyttet til kommunikasjon og er svært essensielt i pasientbehandling, men det vil kun bli nevnt som en konsekvens av manglende kommunikasjon. Truet pasientsikkerhet kan også være en påkjenning for anestesisykepleiere, som kan sees som "det andre offeret", men blir heller ikke vektlagt i oppgaven. Helsepolitikken er et tema som har betydning for driften av helseforetak og for operasjonsavdelingen, men blir ikke tatt med fordi vi ønsket å rette oppgaven inn mot interne forhold på operasjonsavdeling. Vi valgte å ikke utgi deltakerne våre ved å sette de som referanser etter sitatene under funn, da vi vil sikre deres anonymitet.

1.4 Begreper

Da vi er opptatt hvordan den nyutdannet anestesisykepleier opplever kommunikasjon på operasjonsstuen, ønsker vi å synliggjøre feltet denne kommunikasjon skal foregå innenfor. Operasjonsstuen har begrenset areal, med mye utstyr som operasjonsbord, operasjonsutstyr og anesthesiutstyr (Hustad, 2021). Etter våre erfaringer kan alarmer fra apparater samt utstyr, som sug, lage mye forstyrrende støy under operasjon. Når en operasjon er i gang er pasienten dekket med steril duk, som kan være lagt over en metallbøyle, som skiller operasjonsfeltet fra anestesisisiden og hindrer delvis innsyn til operasjonsfeltet fra anestesisisiden. Denne anestesibøylene er ofte plassert, avhengig av operasjonstype, over brystet på pasienten slik at anestesipersonell har tilgang til pasientens hode.

Arbeidet på operasjonsavdeling styres etter vår erfaring av et operasjonsprogram, der pasientene blir plassert på operasjonsstuene etter operasjonstype og i en rekkefølge. Hver operasjonsstue har tidsbegrenset kapasitet og planlagte operasjoner bør være gjennomført innen denne tidsrammen. Holmes et al. (2021, s. 171) beskrev at "Arbeidet på operasjonsstue skjer under tidspress, i komplekse, raskt skiftende og stressende omgivelser".

Teamet på operasjonsstuen består ofte av en anestesilege, en anestesisykepleier, to operasjonssykepleiere og en kirurg. Dette kan variere etter operasjonstype og behov, det kan også være flere operatører, jordmor eller perfusjonist til stede (Holmes et al., 2021). Kirurgen kan være med å leire pasienten før operasjonssykepleiere vasker og dekker til pasienten sterilt, men kommer oftest når operasjonen kan starte. Kirurgen forlater operasjonsstuen når det kirurgiske inngrepet er ferdig, mens operasjonssykepleiere er til stede under hele operasjonsforløpet (Holmes et al., 2021).

Norsk standard for anestesi sier at anestesisykepleier er: “...en sykepleier med master- eller videreutdanning i anestesisykepleie basert på nasjonale retningslinjer, norsk offentlig godkjent rammeplan eller tilsvarende” (Norsk anesthesiologisk forening (NAF) & Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF), 2024). Anestesisykepleier har sammen med anestesilege ansvar for å klargjøre og gjennomføre det perioperative anestesisforløpet. Mens anestesilege, som har det overordnede ansvaret for anestesi, ofte kun er til stede ved innledning og avslutning av anestesi, er anestesisykepleier til stede under hele operasjonen, og har et sykepleiefaglig ansvar for å ivareta anestesi og overvåke pasientens vitale parameter (Norsk anesthesiologisk forening (NAF) & Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF), 2024). Grunnlagsdokumentet for anestesisykepleiere sier at anestesisykepleiere skal kommunisere tydelig og målrettet, for å fremme et godt samarbeidsmiljø og pasientsikkerhet (Anestesisykepleierne NSF, 2016). Et av kompetanseområdene til anestesisykepleiere er å være samarbeidspartnere i egen faggruppe og tverrprofesjonelt, samt etablere gode samarbeidsrelasjoner og samarbeide med andre (Bruun, 2021). Anestesisykepleiere arbeider for ivaretagelse av pasientsikkerheten, i tråd med overordnede systemer. De skal sette fokus på faktorer i arbeidsmiljøet som kan påvirke kvaliteten, og dermed medføre en trussel mot pasientsikkerheten (Anestesisykepleierne NSF, 2016). Anestesisykepleiers oppgave under kirurgi og anestesi, er å ivareta pasientens autonomi og selvbestemmelse i et høyteknologisk miljø (Bruun, 2021). Hustad (2021) hevder at anestesisykepleiernes arbeidsmiljø kjennetegnes av samarbeid på godt og vondt, og at trivselen henger sammen med tett og godt samarbeid. Han skrev videre at gjensidig tillit er viktig i samarbeidet.

Med nyutdannet anestesisykepleier i denne oppgaven, mener vi, en sykepleier som har tatt en skandinavisk spesialsykepleierutdanning innen anestesifaget og har arbeidserfaring som anestesisykepleier fra null til tre år. Før en blir ferdigutdannet anestesisykepleier har en hatt praksisperioder på operasjonsavdeling, og er dermed litt kjent med fagfeltet og arbeidsoppgaver som anestesisykepleier. Bruun (2021) skrev at for å kunne utvikle seg som anestesisykepleier, krever det at en jobber på anesthesiavdeling der en samler erfaring fra klinisk praksis. Å utvikle seg vil være en dynamisk prosess, der man påvirkes av erfaringer og sosialt samspill (Bruun, 2021). Det kan være krevende å være nyutdannet, da en er usikker på egen rolle. Som ny, er man sårbar og man kan føle inkompetanse og verdiløshet (Bailey et al., 2019).

For å styrke kommunikasjonen og samarbeid på operasjonsstuen, opprettet WHO i 2004 sjekklisten Trygg kirurgi. (Bruun, 2021). Sjekkliste ble utviklet for å forbedre pasientsikkerhet ved operasjoner, altså for å redusere skader og komplikasjoner (Helsebiblioteket, 2010). Den norske versjonen bygger på World Health Organization (2009) sin publikasjon "Surgical Safety Checklist". Forberedelses-delen tas når pasienten ankommer operasjonsstuen før anestesistart, time-out-delen tas rett før kirurgen er klar til å starte operasjonen, og avslutningen tas før pasienten forlater operasjonsstuen (World Health Organization, 2009).

Figur 1 - Trygg kirurgi – sjekkliste

Sjekklisten for trygg kirurgi er 3-delt:

1. Forberedelse

1. Rett pasient
2. Rett inngrep
3. Rett operasjonsfelt og side

2. Time-out

1. Presentasjon av operasjonsteam med navn og funksjon
2. Repetisjon av pasient-ID, prosedyre, operasjonsfelt og -leie.
3. Gjennomgang av risikofaktorer
4. Infeksjonsforebyggende tiltak
5. Tromboseprofylaks

3. Avslutning

1. Oppsummering av hvilke inngrep som er gjort
2. Opptelling av instrumenter og kompresser m.m.
3. Merking av prøvemateriale
4. Oppsummering av postoperativ behandling
5. Problemer med utstyr som det må varsles om?

(Helsebiblioteket, 2010)

Closed-loop kommunikasjon (CLC) er en kommunikasjonsmodell der hver beskjed blir bekreftet mottatt (Kolstadbråten & Bjørnstad, 2021). Ifølge Gjøvikli (2023) regnes CLC som en ikke-teknisk ferdighet.

Figur 2 - CLC

CLC kommer opprinnelig fra luftfarten og består av tre ledd;

1. Når et teammedlem (sender) skal gi en beskjed, skal vedkommende først adressere beskjeden ved hjelp av navn eller tittel på tiltenkt mottaker, etterfulgt av beskjeden.
2. Mottaker skal først lytte, for så å gjengi hovedinnholdet i beskjeden (parafrasering).
3. Sender lytter til parafraseringen og skal til slutt verifisere at mottaker oppfattet beskjeden riktig, eventuelt korrigere, dersom beskjeden ble misforstått.

(Gjøvikli, 2023)

I simulering etterligner man en virkelig situasjon, med en markør eller en dukke, ved hjelp av rollespill og scenarioer. Simulering er en måte å trene for eksempel ikke-tekniske ferdigheter, CLC og teamarbeid i et trygt miljø (Leonardsen et al., 2021). Ved simulering kan en trene med flere profesjoner. Simulering kan legge spesielt vekt på kommunikasjon i teamet mellom profesjonene (Holmes et al., 2021).

Kompetanse anses som en fellesbetegnelse for kunnskap, ferdigheter og holdninger, og hvordan disse brukes i praksis (NOU 2018: 2, 2018). Kompetanse handler om hvordan man bruker kunnskap og ferdigheter i ulike situasjoner og viser samarbeidsevne, ansvarlighet og utvikles gjennom deltakelse og praktisk læring, og ses på som evnen til å løse oppgaver og mestre utfordringer i konkrete situasjoner (Meld. St. 16 (2016–2017)).

2 Tidligere relevant forskning

I begynnelsen av masteroppgaveprosjektet hadde vi flere interessante temaforslag, og gjorde mange søk for å finne ut hva som er verd å forske på og hva som allerede var forsket på. Vi endret tema flere ganger fordi temaene var “oppbrukte”, før vi landet på anestesisykepleieres oppgaver/rolle og teamarbeid på operasjonsstuen. Vi begynte da å søke for en vinkling og problemstilling.

2.1 Oversiktsøket

I september og oktober 2023 gjorde vi et oversiktssøk i forbindelse med prosjektskissen. Vi søkte først i Google Scholar med søkeordene: anestesisykepleier, operasjonsstue og teamarbeid. Vi fikk 637 treff, og allerede etter rask overskriftgranskning av de ti første artiklene fant vi en kvalitativ studie av Woll og Eigenes (2022). Den omhandlet anestesisykepleieres opplevelser av teamarbeidet på operasjonsstuen, og hva som er viktig for å få til et velfungerende team, sett fra anestesisykepleiers perspektiv. Dette traff godt med den første tanken vår om å forske på teamarbeid fra anestesisykepleiers perspektiv, og var grunnen til at vi valgte å spisse problemstilling til å omhandle kommunikasjon istedenfor teamarbeid.

2.2 Primærsøket

For å presentere hva som finnes om temaet, lagde vi et SPIDER-skjema (Cooke et al., 2012) (Vedlegg 1) for primærsøket, der søkeordet teamarbeid på operasjonsstue ble erstattet med kommunikasjon på operasjonsstue. I tillegg brukte vi søkeordene nyutdannede anestesisykepleier, erfaringer, intervju og kvalitativ metode. Databasene, søkeordene og resultatene er vedlagt i Vedlegg 2. Etter søket i hver database leste vi overskriftene av artiklene som kom frem, og valgte å se nærmere på de artiklene der overskrift virket treffende. Etter å ha lest abstraktene av disse artiklene hentet vi frem full tekst av de mest relevante artikler for å granske dem grundig. For å belyse kunnskapsstatus i temaet, og begrunne valget av problemstilling etter litteratursøket, går vi kort gjennom de mest relevante artiklene vi fant.

2.2.1 Kommunikasjon og teamarbeid

Woll og Eigenes (2022) kom fram til fire hovedkategorier for å beskrive et velfungerende team: trygghet i kommunikasjon mellom profesjonene, anestesisykepleier måtte ha mot til å si ifra, respektfullt samarbeid og gjensidig forståelse for hverandres arbeid, og felles verktøy for opprettholdelse av systematisk arbeid. De konkluderte med at anestesisykepleiernes opplevelse av kommunikasjon og teamarbeid var stort sett god på operasjonsstuen, men det var rom for forbedring (Woll & Eigenes, 2022).

2.2.2 Arbeidsmiljø og uhøflighet

Bailey et al. (2019) skrev om uhøflighet på operasjonsstua og anestesisykepleieres erfaringer angående arbeidsmiljø og uhøflighet. Funnene fastslo at uhøflighet forekommer, og at det skaper konflikter som henger igjen i lang tid etterpå. Nyutdannede fikk sjokk da de ofte opplevde uhøflighet på stuen, men det var noe en ble vant til etter hvert (Bailey et al., 2019). Artikkelen svarer ikke helt på det vi ønsker å finne ut, men kan øke vår forståelse om temaet.

2.2.3 Hva påvirker kommunikasjon i operasjonsteamet

Gladewitz og Leijon (2023) gjorde en litteraturstudie om operasjonsteamets sine opplevelser om hva som påvirket kommunikasjon, uten anestesisykepleiers perspektiv. Faktorer som kom fram i studien som hemmet god kommunikasjon var musikk og høye lyder. De opplevde at det ble vanskelig å kommunisere. God kommunikasjon var fremmet av vennlig atmosfære på operasjonsstue, som resulterte i at de turte å stille spørsmål og snakke ut i rommet (Gladewitz & Leijon, 2023).

2.2.4 Sykepleie på operasjonsstue

Eriksson et al. (2020) gjorde en intervjustudie på nyutdannede spesialsykepleieres erfaringer om sykepleie på operasjonsstue. De fant ut at nyutdannede spesialsykepleiere var bekymret over begrenset tid til pasienter, de hadde behov for veiledning og støtte, samt at et velfungerende team hjalp på veien til spesialsykepleiere (Eriksson et al., 2020). Artikkelen ga oss informasjon om nyutdannede spesialsykepleieres erfaringer, men ikke fra anestesisykepleieres perspektiv eller om kommunikasjon.

2.2.5 Nyutdannede anestesisykepleieres opplevelse av kompetanse

Lauvdal et al. (2014) skrev om nyutdannede anestesisykepleieres opplevelse av kompetanse. De intervjuet 11 anestesisykepleiere og fant ut at de opplever tidspress i pasientbehandlingen som stressende, og at den første tiden var utfordrende. Faktorer som bidro til kompetanseutvikling var økt fokus på arbeidsmiljø, konstruktiv tilbakemelding og simulering (Lauvdal et al., 2014). Selv om studien ikke handlet om kommunikasjon i teamet, rettet den lys på hvordan det var å være nyutdannet anestesisykepleier med tanke på kompetanse, og vi anså funnene som interessante.

2.2.6 Anestesisykepleieres erfaringer i traumeteam

Fredriksen og Cheung (2020) skrev om nyutdannede anestesisykepleieres erfaringer i traumeteam, opplevelsen av å delta i traumeteam, kommunikasjon og forberedelser. Funnene i denne studien viste at erfaring har betydning, og kommunikasjon var avgjørende for å jobbe i

traumeteam. De nyutdannede anestesisykepleierne opplevde stress i traumeteam, men med tidligere erfaringer, et godt samarbeid i teamet, tydelig kommunikasjon og jevnlig simulering, førte det til en bedre opplevelse av å delta i traumeteamet. Denne studien gav oss mange faktorer om hvordan det er å være nyutdannet anestesisykepleier, men som medlem av traumeteamet og ikke på operasjonsstuen.

2.3 Tilleggssøk

Fordi primærsøket ble gjort for over seks måneder siden, gjorde vi et nytt tilsvarende søk i mars 2024 for å se om det hadde kommet nyere forskning på temaet. Vi begrenset søket med artikler publisert mellom 2021 og 2024. Vi valgte å ha med artikler fra 2021, i tilfelle vi ikke hadde fått med oss de nyeste relevante artiklene i primærsøket. På den måten gikk vi gjennom overskriftene på artiklene på nytt, og kunne ikke finne nye artikler om temaet.

Da vi gjorde primærsøket hadde vi ikke tenkt på trivsel som et mulig tema, men mens vi jobbet videre med intervjuguiden kom vi på at dette kunne være interessant og aktuelt. Vi gjorde derfor et søk om nyutdannede anestesisykepleieres opplevelser av trivsel/jobbtilfredshet for å se om dette var forsket på. Vi valgte å søke kun i Google Scholar, da de andre databasene ga lite artikler på primærsøket, Google Scholar virket å dekke bredere. Søket gjorde vi med søkeordene anestesisykepleier og arbeidstilfredshet, uten begrensninger, dette ga 198 resultat, der de fleste skrev om sykepleiere. For å begrense søket kun til anestesisykepleiere brukte vi anførselstegn rundt anestesisykepleier. Det ga 4 resultater, men ingen var relevante. Søkeordene anestesisykepleier og jobbtilfredshet ga 100 resultater. Etter overskriftgranskning var kun en artikkel om uhøflighet på operasjonsstue (Bailey et al., 2019), delvis relevant for trivsel. Artikkelen har vi redegjort for i punkt 2.2.2. Søk på anestesisykepleier og trivsel ga hele 627 artikler og begrensning på oversiktsartikler ga 9 artikler. Ingen var relevante med tanke på temaet vårt og trivsel eller jobbtilfredshet. Anførselstegn rundt ordet anestesisykepleiere ga 101 resultater, der overskriftgranskning ga ingen artikler som passet til det vi var ute etter. Vi valgte på bakgrunn av søket å inkludere spørsmål om trivsel i intervjuguiden.

2.4 Konklusjon av litteratursøket

Etter primærsøket og gransking av de overnevnte artiklene, som vi tenkte var relevante for det tiltenkte temaet, fant vi ut at det virket å være et kunnskapshull i forskning om kommunikasjon på operasjonsstuen, sett fra en nyutdannet anestesisykepleiers perspektiv. Fordi vi ikke fant relevant forskning om anestesisykepleieres trivsel eller jobbtilfredshet ved tilleggsøket, valgte vi å ta det med i masteroppgaven.

Vår problemstilling ble derfor:

Hvordan opplever nyutdannede anestesisykepleiere kommunikasjon i teamet på operasjonsstuen? – Hvordan påvirker kommunikasjonen trivselen?

3 Teoretisk tilnærming

Å være ny var essensielt med tanke på innsnevringen av problemstillingen og må begrunnes teoretisk for å kunne bruke det i drøftingen senere i masteroppgaven. Kommunikasjon er et viktig element i oppgaven og må belyses sammen med teamarbeidet, da de henger tett sammen, i hvert fall på operasjonsstuen, etter vår erfaring. Ikke-tekniske ferdigheter spiller en sentral rolle i samarbeid på operasjonsstuen, og bør redegjøres for hva det er. For å kunne forstå hva jobbtilfredshet og trivsel er må vi se på hva det er i sammenheng med arbeidsmiljø.

3.1 Fra novise til ekspert

Den kliniske utøvelsen av sykepleie endrer seg gjennom utvidet kunnskap og erfaring (Benner, 1995). Benner (1984) skrev om utviklingen av å være ny og uerfaren, og deler erfarenhet i fem nivåer: Nivå 1 handler om at nybegynner har ingen erfaring om situasjoner de skal jobbe i. En nybegynner er vanligvis ukjent med grunnleggende konsepter eller sammenhenger. De er ofte avhengige fra mer erfarne fagpersoner for å utføre oppgavene sine. Ved nivå 2 er sykepleieren blitt avansert nybegynner. Man har klart å få litt erfaring i situasjoner for å kunne se noen aspekter i det. Sykepleieren begynner her å forstå sammenhenger og kan begynne å tilpasse seg i situasjoner som ikke er nøyaktig lik de man

har lært. Til tross for økt selvtillit og erfaring, vil de også her kunne ha behov for veiledning og støtte i mer utfordrende situasjoner. Når sykepleieren er kommet til nivå 3 anses hen som kompetent. Man har jobbet 2-3 år og kan se sitt eget arbeid i sammenheng med langtidsplaner og -mål. Sykepleieren kan håndtere vanlige situasjoner effektivt og begynne å utvikle en følelse av selvstendighet og selvtillit. Nivå 4 betyr at sykepleieren er dyktig eller profesjonell, har en forståelse over situasjon, og er i stand til å håndtere situasjoner og problemer på en effektiv måte. De har dyptgående kunnskap og erfaring som gjør de i stand til å ta ansvar for kritiske beslutninger, og veilede andre. Ved nivå 5 har sykepleier et intuitivt grep og en dyp forståelse over situasjonen. Man anses som ekspert. En har her nådd det øverste nivået av kompetanse innenfor feltet, og kan improvisere når det trengs (Benner, 1984). Selv om man kan dele denne reisen fra novise til ekspert inn i nivåer, er det viktig å huske at denne reisen ikke er lineær, men dynamisk. En person kan gå fram og tilbake mellom disse stadiene avhengig av erfaring, opplæring og utfordringer de møter i sin karriere (Benner, 1995).

Basert på Benner (1984) sine tanker og våre egne erfaringer tenker vi at en novise anesthesisykepleier som begynner i jobb, har fått noe erfaring om feltet via praksis i løpet av utdanningen. De har lite erfaring om å jobbe selvstendig uten veileder til stede, eller i umiddelbar nærhet. Etter opplæring på avdeling har en fått en del erfaringer og begynner kanskje å se flere aspekter i pasientrettet arbeid, men det kreves mer tid og erfaring for å kunne tilpasse prosedyrer til pasienter med forskjellige sykdommer og tilstander. Varierende arbeidsfelt som anesthesisykepleier, kan gjøre at etter 2-3 år vil en kunne ha forskjellige erfaringer, sammenlignet med andre som har jobbet like lenge. Dette avhenger i hvilken avdeling en jobber på og hvilke pasienter/pasientgrupper en har møtt.

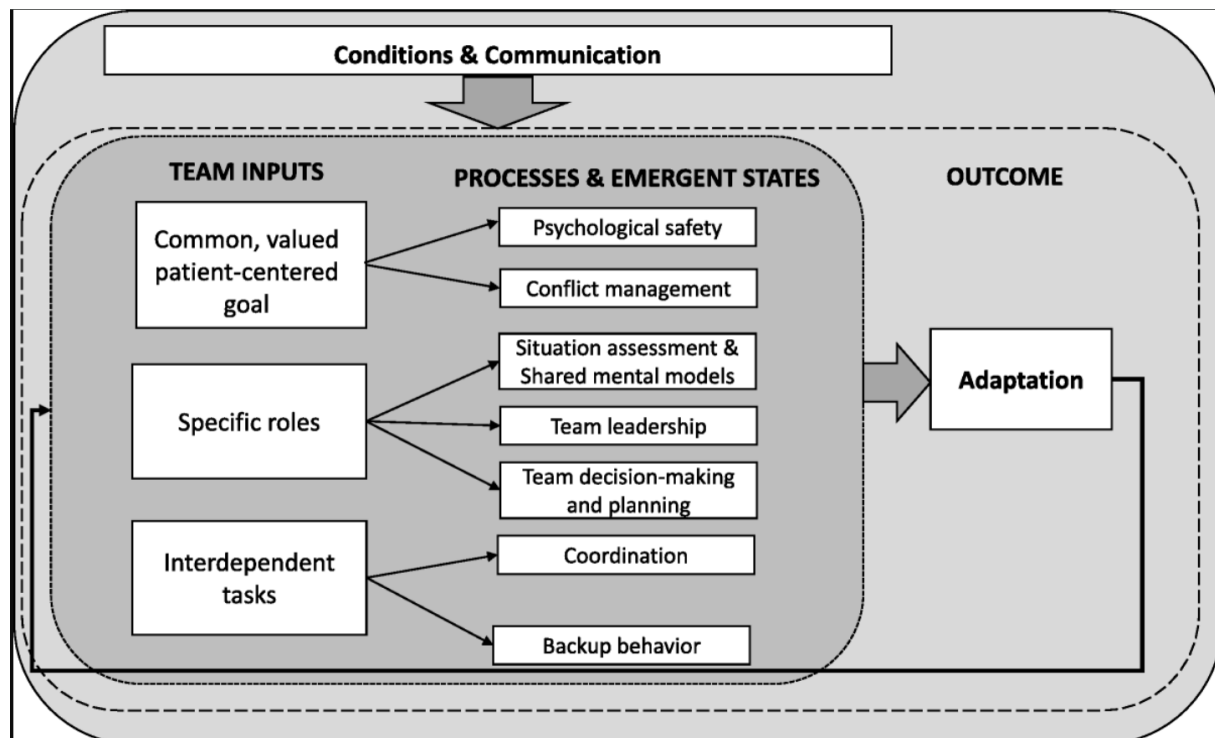
Etter Benner (1984) sin forklaring om ulike stadier fra novise til ekspert, tenker vi at en anesthesisykepleier på nivå 3, kan vurdere og prioritere situasjoner og sette til side de arbeidsoppgaver som vurderes lavt prioritert. En kompetent anesthesisykepleier begynner å føle mestring og klarer de fleste situasjoner som kommer i møte, selv om hastighet og fleksibilitet enda ikke er på nivå til en dyktig anesthesisykepleier (Benner, 1984).

Vi valgte å fokusere på de tre første nivåene i denne studien, og intervjuet nyutdannede anestesisykepleiere med 0-3 års arbeidserfaring som anestesisykepleier, inspirert av Benner (1984) sin deling av erfaring.

3.2 Det perfekte teamet

Teamarbeid handler om samspill mellom mennesker, om ledelse, riktig bruk av ressurser og konflikthåndtering, der man må kunne gi tilbakemelding til andre teammedlemmer og støtte hverandre (Ballangrud & Husebø, 2021b). Helseprofesjoner jobber i team fordi det gir en større mulighet for å lykkes ved å samarbeide, enn ved å utføre arbeidet alene (Swanwick & McKimm, 2017). Gregory et al. (2021) presenterte "Det perfekte teamet" som kontinuerlig utvikler holdninger, atferd og kunnskap. De mente det er tre forutsetninger og syv mellomledd som fører prosessen videre og som gir et resultat (figur 3). Vi valgte å kun gå nærmere inn på de som er relevante for vår oppgave. Ballangrud og Husebø (2021b) skrev at psykologisk trygghet gir teammedlemmene følelsen av at det er trygt å snakke, søke råd og stille spørsmål. Teamet kommuniserer åpent og ærlig, tilrettelegger for felles situasjonsforståelse og innrømmer når de trenger hjelp. Alle teammedlemmene tillates å snakke fritt og uavbrutt, samt at det tilrettelegges for innspill. Under konflikthåndtering skrev Ballangrud og Husebø (2021b) at en bør prøve å fokusere på innholdet i meldingen, istedenfor måten det blir sagt på. Dersom en møter uvennlig kommunikasjon, bør en ta seg et øyeblikk før en svarer. Situasjonsvurdering handler om effektiv og hyppig kommunikasjon, spesielt med nye teammedlemmer. Det anbefales en tverrprofesjonell gjennomgang av en oppgave før en starter, der en går gjennom for eksempel roller, ansvar, forventninger, planer, bekymringer og andre viktige spørsmål for felles situasjonsforståelse (Ballangrud & Husebø, 2021b). Teamets suksess er betinget av effektiv kommunikasjon. Den legger til rette for felles oppfatninger, klarhet om ansvar, roller og formål (Gregory et al., 2021).

Figur 3 - Det perfekte teamet



(Gregory et al., 2021)

3.3 Kommunikasjon i operasjonsteamet

Begrepet kommunikasjon, på latinsk *communicare*, betyr "å gjøre noe felles eller å gjøre en annen delaktig" (Tveiten, 2020, s. 79). Kommunikasjon handler om utveksling av budskap mellom to eller flere aktører, der man gir og mottar budskap (Heyn, 2018).

Verbal kommunikasjon refererer til trekk ved lyd og stemme, som intonasjon, hastighet, aksent og styrke. Ikke-verbal kommunikasjon refererer til ansiktstrekk, blikk, pupillenes størrelse og kroppsbevegelser. Det meste kan inkluderes i ikke-verbal kommunikasjon, og 55-97% av kommunikasjonen vår foregår ikke-verbalt (Tveiten, 2020). Evnen til å lytte er grunnlaget for god kommunikasjon. Det å lytte er forskjell fra det å høre. Å lytte innebærer at man forholder seg aktiv til det man hører (Tveiten, 2020). Tveiten (2020) skrev at man lytter til mer enn ordene som sies.

Kommunikasjon er formidling og oppfattelse av meninger, ønsker og behov (Hellesøy, 2019). I et team på operasjonsstuen er det flere som både skal motta og formidle budskaper. Kvaliteten av mennesker sammen er i høyeste grad avhengig av i hvilken grad man kommuniserer. Samarbeid, samhold, evnen til å løse oppgaver, hvordan vi forholder oss til å løse problemer og konflikter, vår evne til å opprettholde nærhet, åpenhet og tillit, avhenger av evnen vår til å kommunisere (Hellesøy, 2019).

Hellesøy (2019) skrev at kommunikasjon kan bli utfordrende og vanskelig dersom sender og mottaker ikke kjenner hverandre så godt, har ulik erfaringsbakgrunn, ulike holdninger, interesser og verdier, eller at partene står i et motsetningsforhold til hverandre. I et arbeidsmiljø er det flere ansatte med forskjellig bakgrunn, og man kan derfor forvente at de ansatte i et team har ulik erfaring med hva kommunikasjon er (Hellesøy, 2019).

Kommunikasjonen skal være presis, tydelig og forståelig og er en viktig forutsetning i godt samarbeid (Bruun, 2021). Kommunikasjon i teamet gjør det mulig å tilpasse strategier, planer eller handlinger i et raskt skiftende miljø, slik som det er under en operasjon (Ballanrud & Husebø, 2021b).

3.4 N-ANTS

Ikke-tekniske ferdigheter i N-ANTS regnes som sosiale og kognitive ferdigheter, der kommunikasjon og samarbeid tilhører under sosiale og mellommenneskelige ferdigheter. Situasjonsbevissthet og beslutningstaking er eksempler om kognitive ferdigheter. N-ANTS, Nurse Anaesthetists' Non-Technical Skills er et verktøy for å måle anestesisykepleieres ikke-tekniske ferdigheter, og kan også brukes til diskusjon om ikke-tekniske ferdigheter. N-ANTS er utviklet etter anestesilegenes verktøy (ANTS) som er tilpasset anestesisykepleiere. N-ANTS deles i fire deler: situasjonsbevissthet, beslutningstaking, oppgaveløsning og samarbeid (The Danish Institute for Medical Simulation, u.å.). Operasjonssykepleiere (SPLINTS) og kirurger (NOTSS) har også sine kartleggingsverktøy for ikke-tekniske ferdigheter (Ballanrud & Husebø, 2021a).

Her presenterer vi kun de delene som er relevante for oppgaven, situasjonsbevissthet og teamarbeid. Situasjonsbevissthet handler om å samle informasjon, gjenkjenne og forstå kontekst samt forutse og være i forkant. Teamarbeid omhandler å utveksle informasjon, vurdere roller og kompetanser, koordinere aktiviteter, vise autoritet og styrke, samt utvise teamadferd og støtte for medlemmer av teamet (The Danish Institute for Medical Simulation, u.å.).

Eksempler på god adferd innen situasjonsbevissthet er å samle informasjon relevant for anestesi og bruke informasjonen om kirurgi og anestesi til adekvate handlinger, være mer oppmerksom når situasjonen krever det, bevisst på egne begrensninger, delaktig og skape god atmosfære, være situasjonsbetinget i sin væremåte og være forberedt for endringer i situasjoner (The Danish Institute for Medical Simulation, u.å.). Eksempler under teamarbeid kan være å kommunisere presist og viktige ting til teamet, samt bruke CLC, være aktiv med på gjennomgang av sjekklister, presentere seg selv, sin rolle og kompetanse, være bevisst på teamet sine roller og oppgaver, vise nødvendig autoritet, være med på å gjøre vurderinger, støtte andre teammedlemmer, vise støtte og gi god tilbakemelding (The Danish Institute for Medical Simulation, u.å.). Ifølge Bruun (2021) kan ikke-tekniske ferdigheter forebygge menneskelig feil under anestesen.

3.5 Arbeidsmiljø, trivsel og jobbtilfredshet

Arbeidskultur handler om hvordan man jobber sammen, kommuniserer med hverandre og hvordan man løser problemer på arbeidsplassen (Stewart, 2023). STAMI Statens arbeidsmiljøinstitutt (2020) hevder at arbeidsmiljø først og fremst handler om det vi gjør på jobben, altså om den jobben vi gjør, hvordan vi i fellesskap planlegger, organiserer og gjennomfører arbeidet vårt. Arbeidsmiljø er forskjellig fra arbeidsplass til arbeidsplass, og krever ulik tilnærming avhengig av hvor du jobber og hva du jobber med. Arbeidsmiljø påvirker arbeidstakernes helse, jobbengasjement og virksomhetenes resultater og produktivitet. I følge STAMI Statens arbeidsmiljøinstitutt (2020), er god organisering og planlegging av arbeidet, samt å ha klare roller, viktig for arbeidsmiljøet på alle arbeidsplasser. Å stå i en arbeidssituasjon over tid hvor ansvarsforholdet og rollene er uavklart, er belastende for den enkelte og for arbeidsmiljøet. Annen faktor som har betydning for arbeidsmiljøet er

det å få anerkjennelse, tilbakemeldinger, og positiv oppmerksomhet for den jobben man gjør (STAMI Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2020).

Arbeidsmiljø dreier seg også om trivselen på jobb, altså jobbtilfredsheten. STAMI Statens arbeidsmiljøinstitutt (2019) definerer jobbtilfredshet som “en persons helhetlige vurdering av egen jobb, og hvor fornøyd eller misfornøyd man er med jobben totalt sett”. Jobbtilfredshet kan knyttes med både fysisk og psykisk helse og trivsel på jobb påvirker også livet ellers (STAMI Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2019). Faktorer som påvirker jobbtilfredsheten er interessante arbeidsfaglige oppgaver, kollegaer, ledelse, lønn, selvbestemmelse, definerte arbeidsoppgaver og faglige utviklingsmuligheter (STAMI Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2019). Kaldråstøyl et al. (2022) koblet trivsel, god og tydelig kommunikasjon, samarbeid og teamarbeid sammen i sin forskning og fant ut at individuelle egenskaper påvirker effektivitet og trivsel i teamet. De fant ut at mindre hierarki, gjensidig respekt, og det å vise hensyn og lytte til hverandre fører til økt jobbtilfredshet (Kaldråstøyl et al., 2022). Her tenker vi at trivsel og jobbtilfredshet betyr at en ikke gruer seg til å gå på jobb, har det bra og fungerer godt både på jobb og hjemme.

I Norge styres arbeidslivet av Arbeidsmiljøloven (2005), som er den grunnleggende loven som regulerer blant annet arbeidsmiljø, stillingsvern og arbeidstid. I § 4-1. I

Arbeidsmiljøloven (2005) “Om Generelle krav til arbeidsmiljøet” står det at arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig ut fra enkeltvis og samlet vurdering av faktorer i arbeidsmiljøet som kan påvirke arbeidstakerens fysiske og psykiske helse og velferd. Videre i punkt 2 står det at arbeidets organisering skal være slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger som innebærer nedverdiggende eller ydmykende belastninger, samt at sikkerhetshensyn ivaretas (Arbeidsmiljøloven, 2005).

4 Metode

I dette kapittelet vil vi redegjøre for valg av metode og stegvis gjennomgå utførelse og analysemetoden vi har gjort som ligger til grunne for vår studie.

4.1 Semistrukturerte dybdeintervju

For å på best mulig måte besvare vår problemstilling, har vi valgt å bruke en kvalitativ metode med semistrukturerte individuelle dybdeintervju. Polit og Beck (2021) skrev at semistrukturert intervju sikrer at intervjueren får den informasjon hen trenger, samtidig som deltakere får frihet til å forklare seg fritt.

Ifølge Malterud (2017) har kvalitativ metode som mål å belyse menneskelige opplevelser og erfaringer basert på analyse og fortolkninger. En kvalitativ metode er nyttig når man ønsker å forstå kompliserte fenomener i deres naturlige kontekst. Metoden gjør det mulig å fange opp de subjektive detaljene som ofte kan gå tapt i andre metoder (Malterud, 2017). Den kvalitative metoden gir oss som forskere mulighet til å gå inn i de nyutdannede anestesisykepleiernes personlige opplevelser og erfaringer.

4.2 Refleksjon over vår forforståelse

Ifølge Malterud (2017) består forforståelse av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv, og den teoretiske referanserammen, altså de brillene man har på når man leser. Malterud beskrev dette som en ryggsekk vi tar med oss inn i forskningsprosjektet, og der innholdet i sekken påvirker måten vi samler inn, leser og tolker våre data på (Malterud, 2017). Dette er en bagasje som i beste fall kan gi næring og styrke til prosjektet vårt, men forforståelsen kan samtidig bidra til at vi går inn i prosjektet med skylapper og begrenset horisont og der vår forforståelse overdøver budskapet i datamaterialet (Malterud, 2017). Gjennom praksis og vår korte tid som anestesisykepleiere har vi tilegnet oss en viss forforståelse om temaet og utfordringer rundt det. Vi har erfart situasjoner der kommunikasjonen har vært vanskelig og kan tenke at dette gjelder alle i samme situasjon, selv om det nødvendigvis ikke er slik. Dette har vi vært bevisste på og på den måten prøvd å motbevise våre forutinntatte holdninger og antakelser. I intervjuene prøvde vi derfor å få tak i noe vi ikke visste fra før, eller som vi kanskje var uenige i.

Ved at vi jobber som anestesisykepleiere og er kjent med det faglige språket, prosedyrer og måten å jobbe på, kan det bidra til at vi tar for gitt at vi forstår hva deltakerne mener. Det kan føre til at vi ikke får tak i det som er annerledes, eller får tak i meninger som vi ikke har. Samtidig, ved at vi kjenner miljøet og den praksisen de er i, kan vi lettere forstå hva de mener uten at de trenger å utdype eller forklare. Det kan bidra til at intervjuene flyter lettere, deltakerne opplever at vi forstår og stiller relevante spørsmål. I følge (Malterud, 2017) påvirkes forforståelsen også når vi tolker data vi får fra intervjuene.

For ikke å bli blendet av vår forforståelse ved utarbeidelse av intervjuguiden, reflekterte vi mye rundt hvilke spørsmål vi skulle stille. Her fikk vi hjelp fra vår veileder slik at vi ikke ble preget av våre antagelser på forhånd. I kvalitativ forskning er det viktig at vi som forskere er preget av objektivitet for at resultatene skal bli troverdige. Objektiviteten knyttes til oss forskeres evne til å bruke systematiske fremgangsmåter og å foreta og vise fram kritiske refleksjoner over fremgangsmåte og resultat (Malterud, 2017).

4.3 Personvern og etiske overveielser

Medisinsk forskning er underlagt etiske standarder og lover som Personopplysningsloven (2018), Helseforskningsloven (2008) og Forskningsetikkloven (2017). Disse skal være med på å fremme respekt for alle mennesker og beskytte deres helse og rettigheter (Malterud, 2017). Vi som forskere skal følge regelverket som regulerer medisinsk forskning, og vi skal være kjent med de etiske utfordringene det innebærer. Selv om vi er kjent med disse lovverkene, kunne vi ha utsatt deltakerne våre for påkjenninger under dybdeintervjuet, dersom vi ikke var klar over betydningen av de etiske aspektene (Malterud, 2017).

Helsinkideklarasjonen sier at noen individer kan være mer sårbare og må beskyttes ved forskning (World Medical Association, 1964). Selv om anestesisykepleiere ikke anses som sårbar gruppe i denne forskningssammenheng, tenkte vi at et individ kunne ha hatt erfaringer som preger og belaster hen, spesielt i begynnelsen av karrieren. De kunne ha reagert sterkt på at smertefulle erfaringer tas opp og vi måtte være forberedt på det. Samtidig kunne deltakere ha utelatt vanskelige erfaringer, og vi måtte vurdere nøye om vi kunne utsette deltakeren for

økt belastning, ved å spørre eller grave dypere i det hvis vi sanset at noe utelates. Deltakeren kunne risikere å miste ansiktet eller yrkesstolthet i slike situasjoner. Vi måtte trå varsomt frem for ikke å miste eller skade deltakerne våre. Vi tenkte at “å ikke skade”-prinsippet som er pålagt oss som helsepersonell gjaldt her, selv om forskningen ikke handlet om pasienter, men helsepersonell (Ursin, 2020).

I oppgaven samlet vi kun ikke-sensitiv informasjon, som inneholdt personopplysninger (Vedlegg 5) som kjønn, arbeidserfaring og utdanning, samt stemme på lydopptak som kan knyttes til person (SIKT, 2022b). På grunn av at vi skulle håndtere personopplysninger, sendte vi søknad til SIKT i november 2023. Vi sendte søknad over 30 dager før planlagt oppstart av intervjuene, da vi måtte ha søknaden godkjent før vi kunne starte forskningsprosjektet og datainnsamling. Dette etter UIT sine retningslinjer (UIT Norges arktiske universitet, u.å.-c). Søknaden ble godkjent 18.12.2023 og har referansenummer: 771485.

Deltakelsen var frivillig. Hver deltaker ga informert samtykke og hadde rett til å trekke seg når som helst i forskningsprosessen (World Medical Association, 1964). For å sikre at deltakere vet sine rettigheter, laget vi et Informert samtykke -skjema til deltakere der vi brukte mal fra SIKT: Samtykke som lovleg grunnlag - mal for standard informasjonsskriv - bokmål og nynorsk (SIKT, 2022a). Utfylt skjema (Vedlegg 3) ble sendt til ledelsen og senere til deltakerne via epost, og deltakere signerte det rett før intervjuet. De signerte skjemaene ble oppbevart innelåst og på en annen plass enn bakgrunnsinformasjon på grunn av personvern. Dette for at man ikke skal kunne knytte de til deltakernes intervjumateriell, eller bakgrunnsinformasjon. Vi vurderte å kontakte personvernombud ved sykehusene, men etter gjennomgang av UIT Norges arktiske universitet sine retningslinjer (UIT Norges arktiske universitet, u.å.-c) og samtale med veileder, fant vi ut at det ikke var nødvendig.

Studien ble gjennomført på små sykehus, der det er vanskelig å skjerme deltakere helt. Ledelsen fikk vite hvem som ble intervjuet for å kunne ordne det praktiske som avløsning fra

operasjonsstue. Vi var nøye med å ikke utgi deltakere, men opplevde imidlertid at deltakere avslørte selv til sine kollegaer at de var med på forskningen.

Av hensyn til personvern ble alt digitalt material, samt digital koblingsnøkkel oppbevart i universitetets server, og ikke på egne PC-er. Vi brukte ikke deltakerne sine navn under intervjuene, og i oppgaven bruker vi koder om deltakere der det er nødvendig for å skille dem, som anbefalt av SIKT (2022b). Bakgrunnsinformasjon skjemaet (Vedlegg 5) samt signert Informert samtykke -skjema (Vedlegg 3) ble lagret innelåst og destrueres etter masteroppgaven er godkjent. Ved intervjuet ba vi deltakerne å ikke oppgi taushetsbelagt informasjon om pasienter. Dette ble gjort etter UIT Norges arktiske universitets retningslinjer om forskningsetikk (UIT Norges arktiske universitet, u.å.-b) og forskningsdata (UIT Norges arktiske universitet, u.å.-a).

4.4 Innsamling av data

4.4.1 Rekruttering av deltakere

For å få med deltakere brukte vi metoden som Polit og Beck (2021) forklarte som frivillig innmelding, der vi ber interessante deltakere ta kontakt med oss. Selv om de mente metoden ikke er den mest anbefalte, så passer det situasjoner der en enkel og billig løsning trengs og målgruppen er begrenset. Her måtte det imidlertid reflekteres over hvordan dette påvirket studien (Polit & Beck, 2021, s. 498). I dette tilfelle tenker vi det som positivt at ingen blir med uten å faktisk ha lyst til det, men dem som er for eksempel sjenert eller usikker tar ikke kontakt, selv om dem kanskje hadde hatt andre erfaringer og opplevelser.

Vi sendte epost med informasjon om studien til klinikkledelsen for å få tillatelse for å gjøre intervjuer i avdelinger på to sykehus, et universitetssykehus og et lokalsykehus. Etter å ha gitt godkjenning sendte klinikkledelsen eposten videre til ledelsen i operasjonsavdelingene slik at invitasjonen kunne bli delt ut til målgruppen. Vi kom i kontakt med fem anestesisykepleiere som ville delta i studien. Før intervjuene sendte vi deltakere epost med Informert samtykke -

skjema og intervjuguiden som vedlegg, slik at de kunne lese og eventuelt forberede seg før intervjuet (Vedlegg 3 og 4).

Som inkluderingskriterier hadde vi følgende:

- nyutdannede anestesisykepleiere med 0-3 års arbeidserfaring som anestesisykepleier
- Fast ansatt i mer enn 50% stilling på anesthesiavdeling

Vi intervjuet ikke nære kollegaer. Dette på grunn av at vi ikke ønsket for nært kjennskap til den vi intervjuet, og at deltakeren kanskje ikke turte å åpne seg på samme måte til en bekjent jfr. Malterud (2017). Ved at vi gjennomførte intervjuene på to forskjellige sykehus fikk vi med deltakere fra to avdelinger som er forskjellige med tanke på størrelse, arbeidsoppgaver og arbeidskultur.

I intervjuene så vi at vi var nært datametning med fire intervjuer, samme temaer og erfaringer ble gjentatt, noe som Polit og Beck (2021) mente kan komme av gode deltakere som kan reflektere om sine erfaringer og dele dem effektivt. I tillegg ga det oss en del grådata, eller "shadow data" som Polit og Beck (2021) kaller det, om andre sine erfaringer. Dette inntrykket fikk vi under intervjuene. Når vi fikk innmelding fra den femte deltakeren, måtte vi bestemme om vi hadde behov for et intervju til. Vi følte at vi hadde godt med data, men det at denne personen hadde en kombinasjon av arbeidserfaring og turnus, som de andre ikke hadde, gjorde at vi ville ha hen med. I ettertid kan vi bekrefte at dette var rett beslutning, vi fikk nye opplevelser og erfaringer.

Vi fikk fem deltakere til vår studie med hovedvekt av kvinner. Noen av dem hadde mastergrad og noen jobbet med det. Deltakerne hadde arbeidserfaring fra to måneder til to år. Vi fikk deltakere fra både lokalt sykehus og universitet sykehus, noen jobbet kun dagvakter og noen tredelt turnus. Aldersspennet på deltakerne var tre i aldersgruppen 20-29 år og to i aldersgruppen 30-39 år.

4.4.2 Intervjuguide

Med utgangspunkt i problemstillingen vår gjennomførte vi semistrukturerte dybdeintervju, der vi utarbeidet en intervjuguide som et verktøy og rammeverk for gjennomføringen av intervjuene. Intervjuguiden ble laget på forhånd og inneholdt stikkord eller korte setninger om temaer som vi ønsket å få frem, i tilfelle deltakeren ikke kom inn på temaet (Malterud, 2017). Mange av spørsmålene vi stilte var åpne, dette for å gi deltakerne rom for å gå i dybden og dele på sine erfaringer, samtidig som de holdt seg innenfor temaet (Malterud, 2017).

Vi diskuterte før første intervju om vi skulle hatt med flere spørsmål i intervjuguiden, og la noen direkte spørsmål til som vi kunne stille dersom deltakerne våre ikke kom inn på temaet. Disse spørsmålene handlet om hvordan dagsformen hos deltakere påvirker kommunikasjonen, hvordan dialekt påvirker kommunikasjonen og hvordan kommunikasjon kan påvirke trivselen deres på jobb. I tillegg fulgte vi deltakerne sine tanker og svar, og supplerte med avklarende spørsmål på de punktene der det følte nødvendig og nyttig jfr. Malterud (2017).

4.4.3 Gjennomføring av intervjuene

Inspirert av Malterud (2017) og Polit og Beck (2021) sine anbefalinger, ble de semistrukturerte intervjuene gjennomført på sykehusene der deltakerne jobbet, på et kontor/møterom inne på operasjonsavdeling eller rett utenfor avdelingen der det var liten risiko for forstyrrelser eller avbrytelser. Tidspunktet for intervjuene var i arbeidstiden til deltakerne, midt på dagen. Dette tenkte vi er gunstig for å unngå at deltakerne skulle føle seg stresset med å rekke for eksempel barnehage, samt for å unngå at de var for slitne etter en arbeidsdag. Både plass og tidspunkt ble organisert med hjelp av ledelsen på avdelingene. Det ble servert litt snacks og kaffe til deltakere. Vi hadde reservert 60 minutter for hvert intervju, noe som var nok i alle tilfellene.

Til å begynne med snakket vi med deltakere om hvordan intervjuet ville foregå for å redusere spenning. Deltakere ble informert på nytt hvordan de kunne ta kontakt med oss eller veilederen vår og det ble presisert at å delta er frivillig og de kan trekke seg når som helst. Vi

påminnet deltakere på å ikke dele ut sensitiv pasientinformasjon. Deltakere skrev under et Informert samtykke -skjema (Vedlegg 3) og fylte ut anonymisert spørreskjema om bakgrunnsinformasjon (Vedlegg 5). De fikk også mulighet å stille spørsmål til oss om studien og intervjuet. Etter disse formalitetene ba vi deltakerne om å sette mobiltelefonen på lydløs/i flymodus, noe vi også gjorde med våre mobiler, som anbefalt av Malterud (2017) og Polit og Beck (2021). Dette for å unngå å bli avbrutt av meldinger og anrop samt forstyrrelser i lydopptak. Deretter startet vi intervjuet med lydopptaket.

Vi hadde med utskrift av intervjuguiden der vi kunne skrive notater ved behov. Intervjuene ble tatt opp i Nettskjema sin diktafon-app via to mobiltelefoner (i flymodus, uten internettforbindelse under intervjuene) for å ha sikkerhetskopii i tilfelle det ene opptaket ikke fungerte. Vi valgte å bruke diktafon-app for å kunne konsentrere oss på intervjuet istedenfor å skrive ned intervjuene selv, og for å nøyaktig kunne gjengi det som ble sagt under intervjuene. Lydopptakene ble lastet opp til nettskjema.no rett etter intervjuet. Vi sjekket at opptakene fungerte og ba deltakere om å ta kontakt etterpå hvis de kom på noe mer å fortelle, noe som Polit og Beck (2021) anbefalte.

4.4.4 Transkribering

Transkribering ble gjort kort tid etter hvert intervju. For transkribering av intervjuene brukte vi Nettskjema.no sin automatiske transkribering som baserer seg på kunstig intelligens. Det tok noe tid før automatisk transkribering kom, noe vi imidlertid ikke kunne stole fullt på. Vi måtte gå gjennom alle intervjuene og transkribere de delvis på nytt og korrigere tekst manuelt. Vi transkriberte våre egne intervjuer, og den andre gikk gjennom de etterpå. Dette for å kvalitetssikre resultatet av transkriberingen, samt bli kjent med innholdet av intervjuene.

Tanken bak å gjøre transkriberingen selv var å gi oss muligheten til et nytt møte med teksten som kunne gi oss rom for andre ettertanker og slutninger enn da opptaket ble gjort (Malterud, 2017). Vi transkriberte etter beste evne og samtidig prøvde å være forsiktige med å tolke der grunnlaget var usikkert i teksten. Som Malterud (2017) skrev skal transkripsjonen på best mulig måte ivareta det opprinnelige materialet, slik det ble formidlet under intervjuet.

4.5 Analyseprosessen

Til analysen av intervjuene brukte vi en kvalitativ analysemetode, der vi valgte tematisk analyse (Malterud, 2017). Tematisk analyse kan brukes for å indentifisere, analysere og rapportere temaer fra intervjuene (Braun & Clarke, 2006). Ifølge Braun og Clarke (2006) egner tematisk analyse seg for nybegynnere i kvalitativ forskning, fordi den krever ikke detaljert teoretisk og teknologisk kunnskap av tilnærming. Det er viktig å tenke nøye gjennom hva en teller som et tema eller mønstre, men det finnes ikke noen fastslått fasit på det (Braun & Clarke, 2006).

Selv om vi hadde noen tanker om temaer som sannsynligvis ville komme opp i intervjuene, tenkte vi at vi måtte tilstrebe å holde oss nøytral og sette vår forforståelse til side, mens vi analyserte data. Inspirert av den tematiske analysen, slik den er beskrevet hos Braun og Clarke (2006), har vi forenklet omfanget noe etter å ha satt oss inn i Johannessen et al. (2018) og kun tatt med fire av fasene. Vi bestemte å følge denne versjonen av analysen, men samtidig supplere med Braun og Clarke (2006) sine anbefalinger.

Ifølge Johannessen et al. (2018, s. 283-284) handler første fasen om forberedelse, "skaffe til veie og få oversikt over data". Denne fasen startet allerede under intervjuet der den av oss som intervjuet fikk en begynnende forståelse om hva deltaker hadde å si. Å gjennomgå og rette den automatiske transkriberingen etter intervjuene, samt lese de en gang til, som Braun og Clarke (2006) skrev, var nyttig og ga bekreftet og fordypet forståelse av materialet fra intervjuene. Etter transkriberingene lyttet vi på hverandres lydopptak, leste gjennom og ble kjent med materialet, samt kvalitetssikret transkriberingene. Allerede på dette punktet fikk vi tanker om mulige koder i tekstene jfr. Braun og Clarke (2006). Vi skrev ned noen ord og setninger som virket interessante allerede i denne fasen.

I den andre fasen, som heter koding, begynte vi å gå gjennom tekstene og markere i dokument de viktige og interessante ord og korte setninger slik Johannessen et al. (2018) anbefalte. De skrev at en kan dele data i tre deler som granskes med ulik grundighet: ikke relevante, relevante og potensielt relevante. I intervjuene kom det opp data som ikke var relevant, for

eksempel situasjoner som ikke skjedde på operasjonsstuen, og ble ikke kodet. Størstedelen av data kom under relevant koding og ble gransket nøye. Noe data havnet under mulig relevant, som vi ikke gransket i første omgang jfr. Johannessen et al. (2018). Vi hadde fem intervjuer med lengde mellom 23-45 minutter. Deltakerne tok opp mye av de samme poengene, noe som gjorde at vi kunne kode grundig store deler av datamaterialet. Vi kopierte disse ordene og setningene til et annet dokument for å kunne gå videre til neste fase.

I kategorisering, som er den tredje fasen, ville Braun og Clarke (2006) lete etter temaer, i fase fire gjennomgå temaer og i fase fem definere og navngi temaer. Johannessen et al. (2018) har slått disse sammen til kategorisering, der data sorteres "i mer overordnede kategorier, også kalt temaer (Johannessen et al., 2018, s. 295)". Vi grupperte ordene og setningene slik at de som virket å henge tett sammen ble satt ved siden av hverandre i dokumentet. Etter denne kategoriseringen begynte vi å tenke på temaer og landet på temaene: nytt fokus, jobbtilfredshet og samarbeidskultur.

I rapporteringsfasen samlet vi temaene med undertemaene i ett dokument og satt inn passende sitater fra deltakere. For å gjøre temaer og undertemaer lettere å lese, la vi dem i en tabell som presenteres under punkt 5. Under funnene presenterer vi hva deltakere sa om temaer og undertemaer. Betydninger av temaer og undertemaer blir diskutert under drøfting.

4.6 Styrker og begrensninger i oppgaven

Vi har begge hatt full jobb ved siden av masterskrivingen, med familie og andre forpliktelser, noe vi anser kan være en begrensende faktor i forskningsprosessen. Det har vært begrenset tid og utfordrende å samkjøre turnusene for å finne tid til å skrive sammen. Vi har jobbet individuelt og sammen, noe som har økt sikkerheten på at vi har fått med oss mest mulig og kvalitetssikret tematisk analyse. Begge kodet intervjuene individuelt, deretter sammenlignet og samkjørte vi funnene. Vi synes derfor at det å være to har vært en styrke i vår oppgave. Vi har vært motiverte, samarbeidet godt og utfylt hverandre. Temaet føler vi har vært høyaktuelt og inspirerende, noe som har gjort forskningen interessant å jobbe med.

Gjennomføringen av intervjuene delte vi mellom oss, noe som kunne ført til at spørsmålene og temaene ble presentert ulikt for deltakerne, tross felles intervjuguide. Ved gjennomgang av funnene fant vi ut at svarene fra deltakerne var like, uansett hvem som hadde intervjuet, så vi har klart å følge intervjuguiden vår godt.

Etter intervjuene virket vi å være nær datametning, jfr. Polit og Beck (2021), der vi ikke fikk frem nye opplevelser, alle deltakerne snakket om samme temaer med noen små vri. Dette styrker valget av å intervju fem personer. Vi hadde med nyutdannede anestesisykepleiere fra to sykehus med forskjellige størrelse, noe som kan gi et bedre bilde av kommunikasjon på operasjonsavdelingene, sammenlignet hvis vi kun hadde hatt med et sykehus.

På grunn av grådataen som kom fram i intervjuene, tenker vi at det å kun ha med nyutdannede anestesisykepleiere med 0 års erfaring, kan være en begrensning i vår forskning, på grunn av at de kanskje har få egne opplevelser på dette tidspunktet. Samtidig så står de midt opp i det å være ny, og kjenner på de følelsene om hvordan det er akkurat nå.

Etter å ha lest Malterud et al. (2016) sin artikkel om informasjonskraft i kvalitative studier, der det er fem ting som forskningens styrke avhenger av: hensikten av forskningen, prøvespesifisitet, bruk av etablert teori, kvaliteten på dialog og analysestrategi, tenker vi det har vært en styrke å ha fem deltakere med i forskningen. Dialog med deltakerne var god, de delte mange opplevelser og utfylte sine svar godt. Samtidig var vi uerfarne intervjuere og kunne påvirke deres svar ubevisst. Det å kunne ta tak i det underliggende som deltakerne snakket om, og spørre videre om temaet følte utfordrende av og til. Det finnes en del etablert teori om temaet vårt, som vi kunne støtte funnene på, noe vi tenker styrker oppgaven vår. Vi tenker at problemstillingen er spiss og relevant, og analysemetoden er passende for oppgaven. I tillegg hadde universitetet en anbefaling om hvor mange deltakere som bør inkluderes i en masteroppgave.

En feil man kan gjøre ved analysen ifølge Braun og Clarke (2006) er å bruke spørsmålene som tema, og ikke finne de temaene deltakerne fortalte om. Dette føler vi at vi har klart å unngå, og har benyttet oss av den systematisk analysemodell beskrevet av Johannessen et al. (2018) supplert med Braun og Clarke (2006).

5 Funn

Ved hjelp av tematisk analyse inspirert av Braun og Clarke (2006) samt Johannessen et al. (2018), fant vi disse tre hovedtemaene presentert i tabell 1 under. Hver av temaene har undertemaer.

Tabell 1 - Temaer og undertemaer

Tema	Nytt fokus	Jobbtilfredshet	Samarbeidskultur
Undertema	Ny arbeidsidentitet Opplevelser av kompetanse Følelser	Velvære og trivsel Omgivelsene “Oppføre seg som folk, rett og slett”	Bekjentskap og teamfølelse Kommunikasjonsutvikling Organisatorisk nivå

5.1 Nytt fokus

5.1.1 Ny arbeidsidentitet

Alle deltakerne var enige om at når man hadde jobbet en stund som anestesisykepleier, ble jobben og kommunikasjonen lettere, og teamarbeid ble forbedret etter hvert som man kjente seg selv i ny rolle, sine oppgaver og teamet. To av deltakerne erfarte at det å være ny var verst i starten, men etter hvert ble det bedre. En deltaker hadde ikke funnet sin plass i begynnelsen, og skulle ønske hen hadde en fast veileder hen kunne stole på og føle seg trygg med. Hen turte ikke spørre, selv om hen tenkte at noe var viktig, og ville helst bare trekke seg unna. “Man er litt ekstra sårbar når man er ny, og det er på en måte noe du skal komme deg

gjennom.” sa en deltaker. En annen deltaker sa det var lettere å komme med innspill hvis man var trygg i det man holdt på med, og hvis man var usikker så “[...] vil man helst ikke si så mye. Så da lar man jo være og snakke.” Flere av deltakerne hadde opplevd å stå i situasjoner der de var usikre og ikke turte å si fra eller spørre om ting. De hadde heller ikke turt å si i fra dersom de ikke forstod det som ble sagt. Noen opplevde at de ble tatt ekstra godt vare på som ny, og ble skjermet fra situasjoner og hendelser. Spesielt hvis de informerte resten av teamet om at de var nye. Man bør kjenne sin plass i teamet, akseptere den, være ærlig om hvor man står for å skape trygghet i teamet, mente en deltaker.

Flere av deltakerne snakket om at de hadde fått en ny rolle. En deltaker mente at de som hadde jobbet i team tidligere hadde en fordel og fant sin rolle naturlig, mens de som hadde jobbet andre plasser der man jobbet på en annen måte, kanskje brukte litt lenger tid på å komme inn i det. Noen av deltakerne tok opp at ved å ha en ny rolle som anestesisykepleier følger det med en viss respekt og ansvar, men man var ikke nødvendigvis bevisst på hva det innebar. En av deltakerne var ikke sikker på om respekten som kom over natten med tittelen, var fortjent så tidlig. En annen deltaker følte at det var en annen måte å kommunisere på som anestesisykepleier, på grunn av at da har man en mer klar og definert rolle, som gjør at det er annerledes terskel, lettere å si ifra og bli hørt, og man har en annen respekt blant profesjonene. Hen sa at det var mye lettere å kommunisere som anestesisykepleier enn som vanlig sykepleier.

En deltaker sa at som student var det vanskeligere å ta ordet og tørre å si ifra, men når man var begynt å jobbe og kjente mestringsfølelsen og kjente sin plass, da var det lettere å ta ordet på stuen. En av deltakerne følte å ha fått et nytt ansvar som anestesisykepleier overfor pasienten, man var [...] “pasientens advokat under anestesien, så da må man tørre å ta ordet.”

Flere av deltakerne beskrev at det å ha mange ting å gjøre samtidig, som å bytte medikamentsprøyter på pumpene og behandle lavt blodtrykk, kunne gjøre det vanskeligere å holde seg oppdatert på det som skjer i operasjonsstuen, og kommunisere med teamet. De fortalte om flere ulike og nye fokusområder, både i sitt eget arbeid og mellom anestesisykepleier og resten av teamet. Dette mente de påvirket kommunikasjon og kunne

gjøre det utfordrende. “[...] det er bare at man jobber veldig situasjonsbetinget og da er fokuset på det som skjer, og ikke på det som er rundt, sant.” Om de ulike nye fokusene anestesisykepleier kunne ha, nevnte deltakerne at det kunne være pasienten, feltet og medisintekniske utstyr, og at en måtte ha et større blikk for å få med seg alt. Tross ulike fokus, sa et par deltakere at alle har et felles mål: De er et lag som jobber for pasientens beste, og for å nå det målet må en kommunisere på en ordentlig måte. “Vi jobber for samme mål, men vi har ganske ulikt fokus da, vi som jobber på anestesian, operasjonssykepleieren og kirurgene.”

En deltaker snakket om at anestesisykepleieren har ansvar for å følge med på hva som skjer i feltet, men dersom kirurgen og resten av teamet snakket direkte til anestesisykepleiere, var det lettere å holde seg oppdatert. Man har forskjellige fagfelt, ny fagterminologi, og dersom du er ny i teamet har du ikke samme situasjonsforståelse som resten av teamet. Det kan være utfordrende som ny. “I hvert fall når det er mye å sette seg inn i, og det tar tid å bli kjent med fagterminologi, og bli kjent med utstyr, anatomi, det er mye som er relevant for både det som skjer i feltet, og for det som skjer på anestesisisiden av bordet.”

En deltaker mente at å ha samme situasjonsforståelse over den kommende situasjonen bidro til bedre samarbeid. Hen refererte til at de på anestesian brukte å lese opp innkomst eller sykepleienotatet på pasienten. Da fikk de viktig informasjon om pasienten, som de kunne dele med resten av teamet. På den måten kunne de forberede seg bedre og vite hvilken pasient som kom, og kunne møte pasienten på en mere riktig måte.

Flere av deltakerne snakket om tunnelsyn som kan føre til at en ikke klarer å få med seg det som skjer rundt, særlig i stressede situasjoner. Dette hadde de observert i seg selv og hos andre teammedlemmer, og en fortalte at “Det er ikke så lett å få de ut av tunnelsynet” når hen snakket om andre teammedlemmer. Men som ny, fikk man nok fortære et tunnelsyn, og det ble da vanskelig å få med seg det som ble sagt, for man var så fokusert på sine oppgaver. “For da står man gjerne opptatt med alt annet, og får det der tunnelsyn igjen. Hvis man da skal begynne å gjenta beskjed, prøve å lytte og høre mens du gjør noe teknisk, det kan være utfordrende.”

Flere av deltakerne hadde kjent på stress, og en deltaker sa at stress kunne være en faktor som kunne ta fokuset vekk og føre til at “[...] da kan man jo oppleve at det blir vanskelig å ta imot beskjeden blant annet, men også å gi beskjeden videre.” En annen deltaker sa at stress påvirker alle på hver sin måte, og at det kan trenes på å håndtere. To av deltakerne opplevde at stress kunne være en faktor til dårlig stemning på operasjonsstuen. Noen håndterte det dårlig, og kunne si ting de ikke mente, bli kvass, eller si ting på en måte de ikke mente. Samme deltaker fortalte også om andre stressede situasjoner der det hadde vært dårlig stemning på operasjonsstuen, ikke mellom hen, men mellom andre i teamet. Hen hadde opplevd ordkløveri blant andre profesjoner, noe som påvirket resten av teamet.

Ved at man var ærlig om sin kompetanse ved time out (Trygg kirurgi), var det større aksept for å være ny. Det ble tatt mere hensyn til i form av tydeligere kommunikasjon, noe som skapte trygghet hos de andre i teamet. Hen opplevde at det å være ærlig om det å være ny og usikker, som noe positivt. Dette førte til mere aksept og forståelse, og kommunikasjonen ble tydeligere slik at alle fikk med seg det som ble sagt. Da visste operatørene at ved en kritisk fase i operasjon, måtte de kommunisere tydelig ut at de ville ha anestesilege inn slik at det ble en trygghet for alle i teamet. En deltaker nevnte flere ganger om viktigheten av å være ærlig om sin kompetanse og erfaring. Dette gjør hen for å øke forståelse og trygghet i teamet, og også bevisstgjøre de på egen kompetanse. Hen har opplevd at kirurgene har etter dette, opplyst tydelig om ulike faser eller kritiske stadier i operasjonen. Det å være ærlig om sin kompetanse nevnte også en annen deltaker var viktig, og at man ikke kan si at man kan gjøre det man blir spurt om, hvis en ikke har kompetanse på det.

5.1.2 Opplevelser av kompetanse

Alle deltakerne merket stor forskjell på seg selv og selvtilliten fra den første uken som nyutdannet anestesisykepleier, og der de var nå. En sier at kommunikasjon var vanskeligst i starten når man var nyutdannet. Kommunikasjon innad i anestesiteamet var god, men kunne være skummelt med resten av teamet. Hen merket stor forskjell med mere erfaring. En annen sa at det var en sakte modningsprosess, mellom de siste månedene av utdanningen og de første månedene som nyutdannet. Videre sa hen at etter et år begynte hen å forstå litt, men var ikke ferdig i det hele tatt, men utviklingen fortsatte. En annen deltaker mente at teamarbeid og kommunikasjon var ferdigheter som utvikles med årene og kommer med erfaring. En deltaker

sa at "Erfaringen hjelper på å holde roen, det er en kunst å balansere fokus, samtidig som man får med seg alt som skjer rundt omkring. Det kommer med tiden, så det er fort at når man er nyutdannet, så er det vanskelig å gjøre det." En annen deltaker mente det å ha selvinnsikt, kjenne sine begrensninger og "[...] aldri ta over seg mer enn man selv klarer", var viktig for å unngå konsekvenser for pasienten og teamets arbeid.

En deltaker nevner at jo flere operasjoner hen har vært med på, jo lettere ble det å forstå hva som hendte i feltet under operasjonene, og på den måten var det lettere å få med seg informasjon som ble gitt. En annen deltaker sa at å stå alene på vakttid, med det ansvaret man har, det er da man utvikler seg.

Yrkeserfaringen man hadde med seg etter grunnutdanningen, mente en av deltakerne var vesentlig med tanke på å bli mere trygg i rollen som nyutdannet anestesisykepleier. Man ble mere trygg på seg selv, hadde lært fra tidligere å samarbeide med flere profesjoner, og av den grunn hadde en mye større forståelse av helheten. Hen mente at yrkeserfaring fra etter grunnutdanningen gjorde det også lettere å kommunisere med andre teammedlemmer.

5.1.3 Følelser

En deltaker fortalte om redselen for å bli sett på som dum. Etter endt utdanning og tilbake på avdeling som anestesisykepleier følte en annen at "jeg tenkte, herregud, hvor dum jeg er, hva gjør jeg her?". En annen beskrev en hendelse der spørsmålet hens ble mottatt med en holdning "Ikke at de sa det, men du skjønnte det på toneleie at det var nå et dumt spørsmål å spørre." En av de var redd for å virke dum når man sa ifra. Den andre var redd for å bruke unødvendig tid ved å si ifra. En deltaker fortalte at noen gang fikk andre hen til å føle at "[...] man ikke har bidratt med noe. Eller at man tok for lang tid." En av deltakerne snakket om det at hvis man gjorde feil, følte det tungt og det ble en påkjenning. Videre mente hen at det å være ny ble tatt imot forskjellig. Hen følte at noen var inkluderende og hyggelig, mens andre kunne se på hen mer som en byrde enn en ressurs.

En deltaker fortalte at det å bli "[...] sett og anerkjent som faglig person, og ikke bli oversett", samt at de andre var åpen, hjalp veldig i kommunikasjon. Det samme skjedde dersom man

ikke ble stoppet, avbrutt, forstyrret eller ikke ble sett på som en person som ikke kan. Hen ville ikke føle at man fikk sånne rare blikk eller øyne. Det skulle være rom for å stille spørsmål, og kunne gi beskjed.

Flere av deltakerne sa at dersom man ikke hadde god kommunikasjon eller at kommunikasjonen feilet, ville det gå ut over pasienten. Pasienten kunne fått dobbel medisin, eller ikke medisin i det hele tatt dersom beskjedene ikke nådde fram til mottakeren. Feilene kunne også fått konsekvenser for anestesisykepleieren: "Det er en påkjenning, og det er ingen som har glede av det. Det er veldig tungt hvis det skjer. Man føler seg kanskje ikke mislykka, men man har ikke gjort en god nok jobb."

5.2 Jobbtilfredshet

5.2.1 Velvære og trivsel

Å kunne kommunisere med kollegaer gjorde at man trivdes på jobben, mente flere av deltakerne. En deltaker sa at hen hadde ikke gledet seg til å komme på jobb hvis man ikke kunne kommunisere med de man jobbet sammen med. En deltaker opplevde sin arbeidsplass som avslappende og hyggelig. Hierarkiet var ikke tydelig, ansatte var greie og snakket fint med hverandre.

Flere av deltakerne nevnte at egen dagsform, slitenhet og dårlig humør kunne påvirke arbeidsdagen og trivselen på jobb. "Man skal jo ikke la det personlige livet overlapse yrkeslivet, men så er vi jo også bare mennesker" sa en anestesisykepleier. En deltaker sa at aften-dag vaktene i turnusjobb var vanskelig, da det ble lite søvn og man var mindre opplagt på jobb. En annen deltaker nevnte at hvis hen hadde sovet dårlig før en vakt, ble tålmodigheten mindre, man var mindre åpen og det ble vanskeligere å uttrykke seg selv og kommunisere ut om utfordringer. Alt tok lengere tid, effektiviteten ble redusert, og det kunne bli misforståelser. En deltaker sa at når en er sliten og ikke fokusert "Så er det ikke like enkelt å få med seg alt som blir sagt." Etter en dobbeltvakt kunne arbeidsflyten mangle, det ble misforståelser, og man var ikke så mottakelig og anlagt for knirkefri kommunikasjon. En

anestesisykepleier beskrev at når en var sliten og følte at man fikk med seg alt, var det ikke sikkert man fikk med seg alt likevel.

Mye støy og snakking på operasjonsstuen påvirket flere deltakere. De sa de ble utslitt i hodet og det ble vanskelig å følge med på det som ble sagt, og som kunne hatt betydning for pasientbehandlingen og inngrepet. Noen stuer var det støy på grunn av utstyret og inngrepet, på andre stuer var det på grunn av kultur, der det ble snakket om ikke jobberelaterte ting. Andre støykilder kunne være sug, ortopediske inngrep og anesthesiutstyr som respirator og medikamentpumper. Disse faktorene kunne bidra til at man ikke fikk med seg det som ble sagt. Noen syntes det kunne være vanskelig å spørre opp igjen når man var helt ny. En annen deltaker mente man måtte tilpasse seg de forstyrrende faktorene.

Selv om alle trivdes i jobben var det flere som hadde opplevd situasjoner som ga de en dårlig følelse. En deltaker nevnte at det å ikke kjenne teamet og ikke bli inkludert var en faktor som påvirket trivselen. En deltaker hadde blitt skreket på og snakket nedlatende til. En annen deltaker mente at etter hvert som man ble tryggere, var det lettere å si ifra om dårlig oppførsel. Dårlige opplevelser på stua førte til at man kunne grue seg til å gå på jobb med den eller de i det teamet som var med på hendelsen, kunne en deltaker fortelle.

I forhold til hva som kunne bedre trivselen, svarte flere at simulering var med på å øke trivselen med at man blir tryggere på sine oppgaver og får en større forståelse av hva andre sine oppgaver er.

5.2.2 Omgivelsene

Flere av deltakerne snakket om avstanden til feltet på operasjonsstuene. Det å stå bak en anestesibøyle nevnte flere av deltakerne som et hinder i kommunikasjonen. En deltaker sa man står i en liten gapahuk, litt lukket, bak en bøyle med forheng. En annen beskrev dette som at man snakker på tvers av rommet fysisk adskilt bak en anestesibøyle. En tredje deltaker nevner at ved uventet, akutt hendelse, kunne det være uoversiktlig og vanskelig å få med seg det som skjer i feltet. "De kan stå nede i buken til pasienten og bare skulle kanskje hatt litt

høyere bord, sant, og tror at jeg skal få det med meg uten at de egentlig snakker med meg.” sa en deltaker. En annen deltaker mente at avstanden ikke var noe hinder, og at om en ville ha kontakt med teamet så hørte de og henvendte seg til hen, selv om man var bak en bøyle.

Flere deltakere snakket om at man har mikroteam på operasjonsstuen, og at hvert team kommuniserer med hverandre. Hvis anestesisykepleierne ikke er en del av det, vil vesentlig informasjon kunne gå tapt eller ikke bli viderefremmet. En deltaker sa at dersom det kom flere kirurger inn på stuen, kunne de kommunisere i et mikroteam, og man kunne bli utelukket.

Alle deltakerne nevnte munnbind som en faktor som påvirker kommunikasjonen i negativ retning på operasjonsstua. Utsagn som: ...de ser ikke på meg, manglende øyekontakt, vanskelig å høre og toneleie, ble sagt i sammenheng med det å ha munnbind på. En annen deltaker sa at munnbind blir som en barriere, man ser ikke mimikken i ansiktet. En deltaker sa: “Hvis du vet du har hørt feil eller ikke har hørt ordentlig, så kan du si at du må gjenta. Men hvis du ikke har hørt det i det hele tatt, så kan det være skummelt.”

En deltaker sa det kan være så mange folk på stuen, at man mister litt oversikten over hvem de er og hva de heter. En annen deltaker nevnte at under anestesi innledning kunne det være så mange personer at det ble vanskelig å jobbe.

To av deltakerne snakker om et arbeidsmiljø med kollegaer og vikarer fra forskjellige plasser i landet, og fra hele Skandinavia. En av deltakerne mente at de fra andre land kunne ha en annen måte å jobbe på i sitt hjemland, og at det derfor kunne “hakke litt” på grunn av ulike forventninger til hverandre. Deltakeren sa videre at i noen land har man ikke anestesisykepleier, og da vet de ikke hvilken kompetanse vi sitter med og man blir sett på som en assistent. Det mente hen er nedlatende, og man føler seg trampet på. Hen mente at det kan være forskjell på hvordan man jobber på ulike sykehus, og at det er forskjellige kulturer fra sykehus til sykehus i Norge. Ting kan fungere annerledes selv om man har samme utdanning og kompetanse. En deltaker påpeker at en ny person på avdelingen, selv en erfaren i sitt fagfelt, kan oppleves som utrygt, fordi man ikke kjenner vedkommende. Som et eksempel nevnes et traumemottak der en har mange erfarne til stede, men man kjenner kanskje bare en eller to. Det vil påvirke flyten i teamet og kommunikasjonen.

Språk og dialekter mente flere deltakere kunne være utfordrende med tanke på kommunikasjon, særlig når de var nye. Etter hvert som man ble kjent med hverandre var det lettere å forstå og tolke det som ble sagt. En fortalte at å ha kollegaer fra Skandinavia og andre land, kunne påvirke kommunikasjonen og være vanskelig i starten, men alle mente at de ble gode på å forstå dialekter og aksenter etter hvert som de jobbet. En deltaker sa “[...] at jeg har ikke oppfattet det, hvis jeg ikke skjønner det. Og da kan jeg ikke nikke eller si OK”. Flere mente at en må spørre på nytt hvis det er noe dem ikke forstod, selv om noen hadde opplevd at det å måtte gjenta flere ganger kunne bli et irritasjonsmoment.

5.2.3 “Oppføre seg som folk, rett og slett”

Man skal snakke til hverandre med respekt og faglig presis, var det en deltaker som mente. Hen mente også at man skal ha fokus på det som opplevdes positivt, som sånne basale ting som det å møte på tiden. Samholdet økes når folk er ærlig og “[...] oppfører seg som folk rett og slett” sa en deltaker. En annen deltaker mente at å snakke til hverandre og gi tilbakemeldinger på en grei og hyggelig måte gjør at tilbakemeldingen man får, sitter bedre enn når man får kjeft. En deltaker synes at en må ha gode holdninger mot hverandre.

En deltaker fortalte at hen hadde opplevd å bli umyndiggjort på operasjonsstua, noe som opplevdes som avmakt. Man var ikke verdt å høre på, og det ble vanskelig å si fra om ting. Ble man ekskludert av teamet, hemmet det kommunikasjon, mens det å bli sett og anerkjent som faglig person, og ikke bli oversett, syntes en deltaker hjalp veldig med å kommunisere i teamet. En annen sa at det var viktig å ikke bli oversett i teamet, at man ser hverandre og er på samme nivå, hjelper på slik at man tør å snakke.

En deltaker hadde opplevd at et teammedlem hadde gitt uttrykk for å bli irritert på hen, fordi hen ikke hørte eller forstod det som ble sagt. En annen deltaker ønsket ikke å bli møtt med rare blikk eller øyne, eller bli sett på som en som ikke kan. En tredje deltaker mente et hvis et teammedlem måtte gjenta seg i det uendelige, så kunne det bli et irritasjonsmoment. Det skal være rom for å stille spørsmål og gi beskjed på operasjonsstuen.

5.3 Samarbeidskultur

5.3.1 Bekjentskap og teamfølelse

Alle deltakerne mente at det er viktig å være kjent med teamet sitt for å kunne gjøre en god jobb og kommunisere godt. Det ble lettere å forstå det som ble sagt. Om man ikke forstod, var det enklere å spørre på nytt om hva teammedlemmet sa, dersom en var kjent. En deltaker sa at det har mye å si hvordan den andre er. Noen er lette å snakke med, mens andre kan være mere krevende. Det kan da være utfordrende, fordi man blir kjent med mennesker ved å snakke. En annen deltaker syntes det var lav terskel for å spørre og få hjelp, fordi hen var godt kjent med avdelingen og på tvers av profesjonene. En tredje deltaker mente det var et godt utgangspunkt at man kjenner hverandre, “[...] fordi man kjenner hverandres styrke og svakhet, vet hvordan man bør kommunisere for å oppnå det man ønsker, og vet hva man bør si og hvordan man bør si det.” Hen fortsetter:

Det kan jo være en faktor, der man som nyutdannet kommer inn i et team, der alle de andre er veldig erfarne, og har opparbeidet sin måte å snakke sammen, og kommunisere på, som man kanskje ikke har rukket å bli kjent med enda. Det kan jo være utfordrende.

Tre av deltakerne mente at det hjalp å ha en introduksjonsrunde ved gjennomgang av Trygg kirurgi -sjekklisten for å avklare hvem man er og hvilken rolle man har inne på operasjonsstuen. De mente at det var lettere å si ifra hvis noe skjedde underveis. En annen deltaker sa at presentasjonsrunden hjalp med samarbeid, men på noen stuer var det vanskelig å jobbe godt sammen uansett.

En deltaker snakket flere ganger om teamfølelsen som kommer av at man er godt kjent med hverandre i teamet. Hen mente det kan være en undervurdert faktor som er veldig viktig å ta med seg inn på operasjonsstuen. Måter å skape god teamfølelse og tilhørighet i teamet på, mente hen kunne være å ha felles rapporter, felles møter og felles fagundervisning på tvers av profesjonene. Hen mente også at selv om man ikke har de samme oppgavene og fokus, så vil det styrke teamet at man har en forståelse for hva de andres oppgaver er. Videre sier

deltakeren at dersom man har et erfarent team med et uerfarent teammedlem som en nyutdannet anestesisykepleier, kan det være utfordrende for den nye. En annen deltaker ser en rolleforskjell mellom teammedlemmene og sier; "Men jeg føler ikke vi er så tett med kirurgene eller operasjonssykepleier. De har forskjellige roller, slik som vi har."

Flere av deltakerne snakket om det å være sosial utenfor arbeidstiden hjalp på bekjentskapet/teamfølelsen, og gjenspeilet seg i hvordan de hadde det på jobb. En av deltakerne sa at når man møtes utenom jobb i sosialt lag uten uniform, så stilte man litt på samme bølgelengde. De usynlige grensene som kunne være mellom profesjoner ble visket ut. En deltaker sa det var godt miljø på arbeidsplassen og de hadde flere sosiale sammenkomster utenom jobb som gjenspeilet seg på jobb. Man ble tryggere på hverandre og barrieren for å kommunisere ble mindre. Flere av deltakerne opplevde det med å kjenne teamet, som en vesentlig faktor for å kunne ha god kommunikasjon og flyt på operasjonsstuen. Det ble lagt til rette ved å ha sosiale sammenkomster, i tillegg til at det kom med erfaring. Det å opparbeide seg bekjentskap til teamet er noe som kommer med årene og som man opparbeider seg med erfaring, var det en annen deltaker som sa. Videre sa hen at det med å opprettholde den teamfølelsen handlet mere om hvem man var enn at det er yrkesgruppeavhengig. Det å ha felles møter, rapporter og fagundervisning gjorde samholdet bedre. Det ble mindre "de og vi, men heller oss".

5.3.2 Kommunikasjonsutvikling

Alle deltakerne mente at kommunikasjonen fungerte bra på operasjonsstuen, og en deltaker sa den foregikk mest verbalt. Det er toveis kommunikasjon mellom to eller flere, og alle må være åpne og mottakelige for kommunikasjon. Da kan man ta imot beskjeder og gi beskjeder. En deltaker syntes kommunikasjon på operasjonsstuen var veldig god og tydelig. Hen brukte korte, konkrete og tydelige beskjeder om det en skal ha slik hen var blitt opplært til, men hadde også opplevd å få tilbakemelding på at hen hørtes kvass ut av den grunn. En annen deltaker sa at en skal ikke være kvass, uhyggelig eller avbryte. Korte og tydelige setninger er en bra måte å kommunisere på. En annen deltaker sa "Folk må jo bare bli mere bevisst på hvordan vi kommuniserer med hverandre og hvordan vi lytter og mottar den informasjon som blir gitt."

Tre av deltakerne mente at man må ha et høyere toneleie og være bevisst på hindringer som munnbind og støy, og heve stemmen enda høyere på operasjonsstuen. En deltaker fortalte at hen måtte bevisst jobbe med dette, heve stemmen to hakk til, og prøve å være tydelig i det hen sa for å bli hørt og forstått. Dette fordi man ikke ser mimikken i ansiktet. En annen sa man måtte være oppmerksom på språk og uttalelse i tillegg til lydnivå.

Flere var kjent med CLC, som et nyttig verktøy i kommunikasjon som ble brukt, særlig i kritiske situasjoner for å forsikre seg om at informasjon som ble gitt også ble mottatt. To av deltakerne sa at det var vanskelig med CLC, men det var noe man måtte lære seg å trene på, og man må jobbe med seg selv. En deltaker fortalte om en situasjon der manglende CLC førte til misforståelser og unødig tidsbruk. Avdelingen kunne legge til rette for at man kunne trene på det ved å ha scenariotreninger der kommunikasjon var fokuset.

Fire av deltakerne sa simulering er en brukt måte for å trene på kommunikasjon. Der kan man øve på kommunikasjon i trygge rammer. En annen deltaker hevder at når de simulerer er det mere søkelys på kommunikasjon, enn hvordan de behandler en dukke. En annen deltaker nevner i tillegg at simulering er en fin arena å trene på. En fjerde deltaker mente at kommunikasjon er en kontinuerlig utvikling der man lærer av og med hverandre, og ved erfaring lærer man å si ting mer effektivt og til riktig tidspunkt.

En av deltakerne nevner at man må bli mer bevisst på kommunikasjon med hverandre, og hvordan vi lytter og mottar den informasjonen som blir gitt i teamet. En deltaker mente at det å gjøre avtaler på operasjonsstuen med resten av teamet før en eventuell situasjon oppstår, kan bidra til å bedre kommunikasjonen ved at man da slipper å si så mye ved en akutt hendelse. Hen sa at en kan trene på å holde ro, observere andre og bruke så få ord som mulig, for å gjøre kommunikasjonen lettere.

Alle deltakerne nevner Trygg kirurgi -sjekklister som et kommunikasjonsverktøy som fremmer samarbeidskulturen og trivsel på operasjonsstuen. To deltakere anslo at det blir tatt i 90% av tilfellene. Det er et godt tiltak der viktig informasjon av pasienten og planlagt kirurgi blir formidlet. Det er en vesentlig del av å etablere videre kommunikasjon i forløpet, i alle fall

på starten av inngrepet. En annen sier at sjekklisten er et kritisk moment, og at det handler om hvordan man tar den, det skal være en god og trygg opplevelse for alle. En tredje deltaker mente at godt gjennomført Trygg kirurgi fører til sømløst samarbeid, der ingen må etterspørre ting, og alle er fornøyde. Man fikk gått gjennom hvem pasienten er, hvordan ser anestesien situasjonen og hvordan ser kirurgene operasjonen.

5.3.3 Organisatorisk nivå

På spørsmål hvordan de ville håndtert uhøflige hendelser, svarte alle deltakerne at de ville ha tatt det opp med personen det gjaldt, dersom det er høyde for det. Tre av deltakerne ville ha løst det på lavest mulig nivå, men dersom det ikke gikk, ville de tatt det opp med nærmeste leder. De mente også at det er viktig at det er rom for å kunne ta opp med hverandre og leder dersom de hadde havnet i en konflikt.

En deltaker hadde opplevd at under opplæring hadde teammedlemmer henvendt seg mot den som hadde opplæring og ikke hen selv. Da har hen måtte sagt ifra, at det er hen som er ansvarlig i dag og at beskjeder måtte gis til hen. Hen mente det var en holdning der som gjorde at det var lettere å gi beskjed til den erfarne og som teamet kjente. Dette gjaldt også i situasjoner der det var tidspress. Flere av deltakerne nevnte at tid også er en faktor som påvirker kommunikasjonen og samarbeid. En deltaker sa at tidsbegrensning kunne kanskje føre til at man lot være å si i fra, for at ting skulle gå fortere.

6 Diskusjon

Funnene i oppgaven handlet om nyutdannede anestesisykepleiere sine opplevelser av kommunikasjon på operasjonsstue, og vi fikk høre flere like opplevelser, men også noen spesielle/egne opplevelser. I drøftingen vil vi trekke fram fire kategorier som vi ser omfavner våre funn, og diskutere de opp mot relevant forskning og teori. Disse kategoriene er erfaring hjelper, arbeidskultur, ikke-tekniske ferdigheter og sårbarhet.

6.1 Erfaring hjelper

Deltakerne opplevde det å være ny som utfordrende, særlig i starten, da en ikke hadde fått helt oversikten over arbeidsoppgavene sine, kjente ikke omgivelsene, kollegaer eller de forskjellige operasjonstypene. I Benner (1984) sin nivåinndeling fra nybegynner til ekspert, skrev hun at når du er nybegynner så har man veldig lite, eller ingen erfaring om feltet sitt, og etter hvert som man jobber får man mere erfaring, noe deltakerne også bekreftet at de opplevde. I følge Benner (1984) er ofte nybegynnere avhengig av en mer erfaren fagperson for å utføre oppgavene sine. Dette bekreftet en deltaker og la til at en fast veileder hadde gjort oppstarten lettere. Averlid og Høglund (2020) var enige om at en veileder i begynnelsen er bra. Samtidig utdypet de dette videre ved å si at det å ha bare en veileder kan føre til en ensopret opplæring, men med erfaring vil det være nyttig å ha flere veiledere for å kunne høste det beste av tekniske og ikke-tekniske ferdigheter (Averlid & Høglund, 2020). Selv om flere deltakere hadde begynt å kjenne på økt selvtillit, opplevde alle at å stå i stressede situasjoner som særlig utfordrende og at de fort kunne miste oversikten. Dette er naturlig skal vi forstå Benner (1984) sitt nivå 2, der man vil ha behov for støtte og veiledning i utfordrende situasjoner. Hustad (2021) skrev at det kan være bra å etablere en slags veiledningsrolle, noe som kan føre til utvikling hos ansatte og nyansatte. Veilederen kan gi sosial støtte ved å gi anerkjennelse, tilby råd og veiledning og gi praktisk hjelp (Hustad, 2021). Deltakerne opplevde å bli godt ivaretatt og skjermet fra oppgaver de ikke kunne beherske, på grunn av lite arbeidserfaring, og som kunne ført til kommunikasjonsproblemer eller uhøfligheter i teamet, noe som kan bety at det organisatoriske rundt det å ivareta nye er godt implementert på sykehusene. At ivaretagelsen har vært mulig, tenker vi kan bety at de nyutdannede har vært flinke til å formidle sin uerfarenhet til teamet. Vi mener ledelsen bør organisere og legge til rette på avdelingen, slik at de nyutdannede anestesisykepleierne ikke blir kastet inn i oppgaver og situasjoner de ikke kan håndtere. På den måten kan man bli kjent med rollen sin gradvis, uten det fulle ansvaret, og med veilederen bak seg som støtte. For beste mulig støtte bør veilederen være fast i begynnelsen, for å bli godt kjent med den nyutdannede anestesisykepleiere sin kompetanse, erfaring, tanker og egenskaper. Dette for å kunne imøtekomme den nyutdannede anestesisykepleieren sin behov for å hjelpe med på å øke selvtilliten og mestringsfølelsen, tenker vi.

Inntrykket vi fikk, var at de nyutdannede anestesisykepleiere med minst arbeidserfaring som anestesisykepleiere, var mest positive og hadde ikke møtt dårlige opplevelser selv. De som hadde mere erfaring av de nyutdannede hadde opplevd ubehagelige ting, men det virket ikke å påvirke de. Deltakerne fortalte at erfaring hjelper på selvtilliten, kompetansen og ikke-tekniske ferdigheter derunder kommunikasjonen. Tidligere erfaring mente de å ha betydning for den videre utviklingen som anestesisykepleier. Deltakerne hevdet at det å kommunisere ut i teamet med andre profesjoner var lettere og gjorde en selv tryggere, etter at de hadde jobbet noen år som sykepleiere. Det å ha yrkeserfaring etter grunnutdanningen anså våre deltakere å være nyttig som nyutdannet anestesisykepleier. Benner (1995) skrev at dialog med kollegaer og praktisk øvelser utvikler kompetanse. Lauvdal et al. (2014) kom fram til at erfaring påvirket læringskurven, og erfaring som sykepleier spilte en stor rolle for selvtillit og mestring. Saltnes et al. (2024) og Leonardsen et al. (2022) mente at erfaring etter grunnutdanningen anses å være viktig for den videre utviklingen som anestesisykepleier. Det at de med kortere arbeidserfaring som anestesisykepleiere hadde opplevd lite uhøflige hendelser selv, kan skyldes kort arbeidserfaring, at de ikke hadde vært med på hendelser som stresset teamet, eller at de hadde jobbet med erfarne personer som klarte å beherske seg under stress. Det at de mer erfarne nyutdannede anestesisykepleierne ikke virket å være preget av ubehagelige hendelser de hadde møtt, tenker vi kan handle om at de hadde fått økt selvtillit med erfaring og klarte å sette ting mer i perspektiv, eller at de hadde fått god støtte fra kollegaer og ledelsen. En annen årsak kan være at de hadde jobbet mye lengere, og hadde over tid klart å reflektere over hendelser og bearbeide følelser rundt dem. Den pågående debatten om krav til å ha relevant yrkeserfaring etter endt grunnutdanning, støttes av våre funn i oppgaven. Vi tenker at erfaring er en viktig faktor i å bygge opp ny arbeidsidentitet og dermed tilegne seg kompetanse angående kommunikasjon. Derfor mener vi at kravet på to års relevant arbeidserfaring før videreutdanning bør beholdes. Dette som en grunnmur for å bygge ny arbeidsidentitet og rolle, og ha mer selvtillit og erfaring til å kommunisere med andre profesjoner for de nyutdannede anestesisykepleiere i fremtiden.

6.2 Arbeidskultur

Deltakerne snakket om arbeidskultur ved flere anledninger der de fortalt om hvordan de var tatt imot, hvordan de var møtt på operasjonsstuen, altså det mellommenneskelige, og hvordan de har løst eller ville ha løst uheldige situasjoner på arbeidsplassen. Å informere teamet om at

en var ny, gjorde at teamet kunne tilpasse seg, mente deltakerne. Teamet kommuniserte tydeligere og med forenklet fagterminologi, til den nyutdannede anestesisykepleieren var kommet ordentlig inn i tingenes tilstand. Hedlund et al. (2024) skrev at fagterminologien kan være såpass avansert, at det kan føre til misforståelser og uheldige utsagn fra andre teammedlemmer. Gregory et al. (2021) beskrev “Det perfekte teamet” der teamet tilrettelegger for felles situasjonsforståelse og samtidig fremmer psykologisk trygghet til å snakke, søke råd og stille spørsmål. Ballangrud og Husebø (2021b) skrev at når man opplever psykologisk trygghet, vil det være større sannsynlighet for at et teammedlem engasjerer seg, kommuniserer åpent og ærlig, innrømmer når hen trenger hjelp og åpner opp for tilbakemelding og konflikthåndtering. Med bakgrunn i det mener vi at teamet kan ved å tilpasse seg, fremmer det samarbeid, trivsel og kommunikasjon hos nyutdannede anestesisykepleiere. Selv om man begynner å bli husvarm, er det viktig å være ærlig om sin kompetanse og påminne de andre i teamet om at man fortsatt er ny, slik at man kan få hjelp og tilrettelegging i utfordrende situasjoner, som at kirurgen informerer den nyutdannede anestesisykepleier mere tydelig, og varsler om kritiske faser tidsnok for å skape en felles situasjonsforståelse.

Vi fikk inntrykk av at deltakerne opplevde teamet som sin sterkeste støttespiller, men også det som kunne ta makten og troen på seg selv inne på operasjonsstuen. Tveiten (2020) skrev at Empowerment er å gi noen autoritet, gjøre noen sterkere og mer betrodd. Dette er noe man kan ta med seg inn på operasjonsstuen og i teamet. Vi tenker at teamarbeid handler om å spille hverandre god. Ved å gjøre dette kan en gjøre den andre sterkere og mere betrodd, og man vil ha det sterkeste teamet til enhver tid, der en er den beste utgaven av seg selv som anestesisykepleier, og alle har sin plass. Dette gir teamet en stor rolle til at nyutdannede anestesisykepleiere oppnår sitt potensiale, og kan bli det best mulige teammedlemmet i teamet. Noe som også krever at en må ønske å være med i teamet, hevdet Bruun (2021). Dette kan også betraktes fra en annen synsvinkel. Teammedlemmene kan ødelegge for kommunikasjon ved å behandle andre i teamet på en uhøflig og nedlatende måte. En deltaker fortalte om opplevelsen av å bli umyndiggjort av teammedlem. Dette støttet Bailey et al. (2019) ved å fortelle at hersketeknikker ble brukt for å skape maktforskjell, og som kunne ødelegge samarbeidet i teamet og arbeidsgleden til den nyutdannede anestesisykepleieren. Dette tenker vi kan føre til at den nyutdannede anestesisykepleieren ikke ønsker å kommunisere ut i teamet, slik en av våre deltakere bekreftet. Vi tenker at både teamet og den

nyutdannede anestesisykepleieren bør lære å tilpasse seg sine holdninger og adferd, samt tilegne seg kunnskap og fagterminologi, for å bidra til god arbeidskultur og kommunikasjon i teamet.

Funn fra vår studie viser at flere hadde opplevd enten uhøflig tale, endret toneleie eller gester som de opplevde som negative. Våre deltakere mente å ta det opp på lavest mulig nivå eller nærmeste leder som løsning for å stoppe uhøflige hendelser. Uhøflighet er noe en blir vant til og tolereres fra den enkelte, men bør ikke bli en kultur på arbeidsplassen ifølge Bailey et al. (2019). Bailey et al. (2019) skrev at nyutdannede anestesisykepleiere er mer sårbare i henhold til uhøflighet. For å redusere virkningen av uhøflighet bør en lytte på meldingen og ikke konsentrere seg på måten det blir sagt på jfr. Ballangrud og Husebø (2021b). Det å ta seg et øyeblikk å pust før en slenger tilbake uhøfligheten, kan hjelpe å vurdere situasjonen. En kan finne en bedre måte å ta det opp med vedkommende eller ledelsen, og kanskje avverge dets eskalering til konflikt. Holmes et al. (2021) skrev at sykepleiere på operasjonsstuen syntes det var vanskelig å si ifra, uenigheter ble ikke løst på en god måte og de ble ikke hørt når avgjørelser skulle tas. Vi tenker at uhøflighet kan oppleves spesielt ubehagelig av de nyutdannede anestesisykepleierne, og kan føre til mer usikkerhet. Det kan være vanskelig å ta det opp med vedkommende, hvis en vil unngå konflikt. Heller ikke alle klarer det, på grunn av personlige egenskaper eller maktforskjell når man er nyutdannet anestesisykepleier. Med erfaring kan det tenkes at det kan være lettere å ta det opp på laveste nivå, men det trenger ikke å være det. Med erfaring har en blitt bedre kjent med teammedlemmene og noen har man kanskje bygget vennskap med. Det kan være vanskeligere å ta det opp med en nær kollega/venn. Det vil av disse grunner, kanskje være lettere å ta det opp med nærmeste leder. Arbeidsmiljøloven (2005) handler om godt arbeidsmiljø både fysisk og psykisk, noe ledelsen skal legge til rette for, og som arbeidstaker har ansvaret for å følge. Vi tenker en forutsetning for at ledelsen kan håndtere uhøfligheter, er at ledelsen får vite om disse uhøflighetene av vedkommende eller andre ansatte som er til stede når uhøflighet forekommer.

Å være åpen og mottakelig for samarbeid med teamet, var viktig for kommunikasjonen på operasjonsstuen ifølge deltakerne. Martinsen (2005) mente man er ingenting alene, men man er avhengig av å bygge relasjoner med teamet. Bruun (2021) skrev at en må ønske å være med

i teamet og kommunisere tydelig og målrettet for å fremme godt samarbeidsmiljø. Samtidig må en være fleksibel, villig og åpen for å støtte kollegaer (Bruun, 2021). Som konklusjon tenker vi at man må være åpen og imøtekommende for å oppnå god kommunikasjon på operasjonsstuen. På en annen side kan kommunikasjonen ødelegges ved at teammedlemmer ikke evner å være åpen og imøtekommende, noe som igjen kan oppleves ekskluderende. Bailey et al. (2019) mente at kommunikasjonen kan også ødelegges med noen få uhøflige ord eller gester i løpet av kort tid. Bailey et al. (2019) samt studier fra Gillespie et al. (2010), Gillespie et al. (2013) og Nestel og Kidd (2006) hevdet at uhøflig utbrudd skader kommunikasjonen mest. Nestel og Kidd (2006) sin studie vektla lytting, tydelig tale og respektfull oppførsel som nøkkelferdigheter for god kommunikasjon. Samtidig manglet ofte de essensielle faktorene, som respekt, høflighet og manerer, hos teammedlemmer. Kaldråstøyl et al. (2022) skrev at det finnes hierarkiske struktur i det kirurgiske teamet der det er sykepleieren med minst erfaring, for eksempel den nyutdannede anestesisykepleieren, som er lavest rangert. Bailey et al. (2019) rapporterte at de nye i faget oftere ble utsatt for uhøflighet, der "Det å være helt ny kan være en katalysator i seg selv for å befinne seg på mottaker siden av uhøflighet" (Bailey et al., 2019). Dette tenker vi kan tyde på at det blir et ujevnt maktforhold der den nyutdannede anestesisykepleieren er et lett bytte som gir lite motstand for uhøflig tale, og at bare det å være ny kan føre til forutinntatte holdninger der en nedsnakker eller ekskluderer den nyutdannede anestesisykepleieren. Dette motsier våre funn der de nyeste ikke hadde opplevd uhøflighet personlig, men hørt om andre, kanskje litt mer erfarne, som hadde opplevd det. En deltaker mente det var mindre hierarki på arbeidsplassen og det påvirket trivselen positivt. Kaldråstøyl et al. (2022) skrev at det er blitt mindre hierarkisk struktur de siste årene. Bailey et al. (2019) påstod at det er kommet til yngre generasjon som trives bedre og som hygger seg på jobb. Her tenker vi at det foregår en endring i arbeidskulturen på operasjonsstuen som kan gjenspeile det positive inntrykket våre deltakere har til kommunikasjon og samarbeidet med teamet. Dette kan føre til en lettere hverdag for en nyutdannet anestesisykepleier og øke trivsel og jobbtilfredshet.

Alle fem deltakerne vektla kjennskap til teamet som essensielt for god kommunikasjon. De mente presentasjonsrunden i time out i Trygg kirurgi -sjekklisten var viktig for å bli kjent med teamet. Dette hvis det ble gjort på ordentlig måte uten å utelate deler av sjekklisten. Hellesøy (2019) nevnte at kommunikasjon kan være utfordrende med mennesker man ikke kjenner. Woll og Eigenes (2022) skrev at ved å gjennomføre trygg kirurgi på en ordentlig og grundig

måte, bidro det til å sette standarden for samarbeidet og påvirke kommunikasjon hos teammedlemmene. Rönnberg og Nilsson (2015) og Kaldråstøyl et al. (2022) mente at presentasjonsrunden ga mulighet til å bli kjent med alle teammedlemmenes rolle og arbeidsoppgaver. Russ et al. (2013) fant ut at ved bruk av Trygg kirurgi-sjekklisten, økte det tilhørigheten i teamet. De skrev videre at det ga følelsen om å være mer verdsatt, og fremmet viljen til å kommunisere ut i teamet. Ballangrud og Husebø (2021b) skrev om tverrprofesjonell gjennomgang før gjennomføring av oppgaver eller operasjoner for å øke den felles situasjonsforståelsen, noe Trygg kirurgi -sjekkliste kan bidra til. I Woll og Eigenes (2022) opplevde deltakere at presentasjonsrunden ofte ble hoppet over, og at det stort sett var de nyutdannede som mistet sjansen til å bli kjent med resten av teamet. Ballangrud og Husebø (2021b) skrev at profesjonell kjennskap, stabilitet, aktiviteter som bygger team og kommunikasjon er viktige relasjonelle faktorer som påvirker teamet. Gladewitz og Leijon (2023) og Eriksson et al. (2020) kom fram til at å ha et stabilt team som har forståelse for hverandres ansvar førte til bedre kommunikasjon. Sett i sammenheng med disse studiene og våre funn tenker vi at å ha et stabilt team, bli kjent med teammedlemmenes arbeidsoppgaver og hvordan de jobber, parallelt med at man blir kjent med de på mer personlig nivå, kan styrke den nyutdannede anestesisykepleierens rolle som teammedlem, og fremme kommunikasjon i teamet. Et annet aspekt på hvordan bli kjent med sine teammedlemmer, sa deltakerne at man kan ha felles fagundervisning, felles rapporter og sosiale sammenkomster utenfor jobb. Woll og Eigenes (2022) sine deltakere mente at felles undervisning med operasjonssykepleiere kunne bidra til styrket teamsamarbeid, og foreslo felles tverrfaglige teammøter i begynnelsen av dagen for å gi bedre kjennskap i teamet. Dette er en oppgave som vi føler havner på ledelsesnivå, der ledelsen kan legge til rette for møter i arbeidstiden og oppmuntrer til sosiale sammenkomster utenfor arbeidstiden. I en avdeling med døgnskuttet vaktfunksjon, kan det være utfordrende å få med alle samtidig, men vi tenker at det kan bidra til økt bekjentskap blant de ansatte. På den andre siden vil det alltid være personer som ikke ønsker å være med i sosiale sammenkomster utenfor jobb, eller bli bedre kjent med kollegaer. Samtidig bør en legge til rette for å gi ansatte mulighet til å være med, for de som ønsker det. Samlet sett mener vi at disse tiltakene kan bidra til å styrke teamet, øke bekjentskapet innad i teamet, og øke teamfølelsen.

Bailey et al. (2019) skrev at det er naturlig å søke støtte hos kollegaer etter uhøflige hendelser, men vi tenker hvor enkelt er det hvis en ikke kjenner teamet? Dette mener vi understreker

behovet for god kjennskap innad i teamet, spesielt når en er nyutdannet og kan ha behov for støtte også uten dårlig behandling, noe som kom frem i funnene våre der deltakerne presiserte viktigheten av å kjenne teamet, og der det å ha en fast veileder i opplæringsfasen var nevnt som en faktor som kunne bidra til det. Dette er noe som kom fram i studien til Eriksson et al. (2020) som skrev at det å få veiledning og støtte når man er nyutdannet og det å ha et velfungerende team, er nøkkelen for utvikling til en spesialsykepleier. Derfor tenker vi at når teamet er kjent, tonen på operasjonsstuen er god og samarbeide flyter sømløst, ligger alt til rette for god kommunikasjon og tilhørighet i teamet.

6.3 Ikke-tekniske ferdigheter

Mange av opplevelsene deltakerne hadde om kommunikasjon på operasjonsstuen, var påvirket av ikke-tekniske ferdigheter. Flere av de nyutdannede anestesisykepleierne reflekterte om hvordan de selv kunne påvirke kommunikasjonen, og hva som var årsaken til at uheldige situasjoner oppstår. I følge Bruun (2021) kan gode ikke-tekniske ferdigheter forebygge uheldige hendelser. For å kunne utvikle sine ikke-tekniske ferdigheter, kan N-ANTS brukes som kartleggingsverktøy (The Danish Institute for Medical Simulation, u.å.). Vi mener at på den måten blir en bevisst på sine styrker, samt hvilke ferdigheter en kan forbedre. N-ANTS kan dermed med fordel bli tatt i bruk på anesthesiavdelinger for å gjøre alle bevisst på sine ikke-tekniske ferdigheter. Dette bør imidlertid gjøres på en måte som støtter mestring og selvtillit, og ikke blir en påkjenning på noen. Vi ser at det er ikke bare de nyutdannede anestesisykepleiers ikke-tekniske ferdigheter som påvirker kommunikasjon, men hele teamets ikke-tekniske ferdigheter. Derfor tenker vi det er viktig å løfte de fram i vår diskusjon om opplevelser av kommunikasjon.

En måte å bli kjent med teamet og samtidig trene på kommunikasjon i trygge omgivelsene var simulering ifølge deltakerne. Fredriksen og Cheung (2020) trakk frem simulering som en god måte å lære kommunikasjon på, trene på CLC, øke trygghet hos nyutdannede, samt å bli kjent med rollen sin. Simulering var nøkkelen til godt samarbeid i teamet. Deltakerne våre og Fredriksen og Cheung (2020) kunne gjerne ønsket flere slike treninger. Hyppigheten av simuleringer er nok avhengig av ressurser på avdelingen, men vi tenker at dette er noe som

burde prioriteres høyt på grunn av fordelene på kommunikasjon, kjennskap i teamet, teamarbeidet og økt trykghetsfølelse hos nyutdannede anestesisykepleiere.

Munnbind, avstand til feltet, støy, språk og dialekter, samt mye folk på stue skaper hindringer til kommunikasjon på operasjonsstuen, mente deltakerne. Ifølge Tveiten (2020) foregår mesteparten av kommunikasjon ikke-verbalt, der ansiktstrekk er en type av ikke-verbal kommunikasjon. Sunnaas sykehus (2022) skrev at munnbind kan hindre en å se ansiktsmimikken og lese på leppene, og dermed vanskeliggjøre kommunikasjonen. Øyekontakt, høyere toneleie og bekræftende svar på at beskjed er oppfattet, var noe som ble trukket fram som hjelper mottaker å oppfatte det som blir sagt. Kaldråstøyl et al. (2022) påstod at munnbind, språkproblemer og støy kan hemme kommunikasjon, og gå utover pasientsikkerheten. Clayton et al. (2016) skrev at atmosfæren på operasjonsstuen endrer seg med fremmedspråklige teammedlemmer, og språkproblemer som kan føre til misforståelser. Det kunne ta tid å venne seg til teammedlemmer med annen språkbakgrunn. Noen av disse faktorer tenker vi en kan påvirke selv ved å høyne stemmen sin, ha øyekontakt og bruke CLC. Andre hindringer for kommunikasjon kan styres av arbeidsmiljøet på operasjonsstuen. Ved å begrense antallet personer på operasjonsstuen til det nødvendigste med tanke på støy fra snakking, slå av bråkende medisinteknisk utstyr så raskt som mulig, samt å slå av unødige alarmlyder kan bidra til bedre kommunikasjon. Avstand mellom teammedlemmene kan føre til at det å høre beskjed og bli hørt kan bli utfordrende, da må en passe på å bruke høyt nok stemme, og gi korte og tydelige beskjeder. Enda viktigere er dette med tanke på språk og dialekter. Som deltakerne våre sa, blir en vant til andre dialekter og aksenter med tid. Vi mener at ledelsen bør forsikre seg om, at språkkunnskaper til alle ansatte er på forståelig nivå, for å redusere faren for misforståelser og frustrasjoner over å måtte gjenta flere ganger.

6.4 Sårbarhet

Når vi gikk gjennom intervjuene ble vi oppmerksom på at mye av det de snakket om handlet om sårbarhet. Ut ifra intervjuene ser vi at man kan være sårbar som nyutdannet anestesisykepleier i sin nye rolle, sårbar i samarbeid og kommunikasjon med teamet, omgivelsene og kompetanse. Martinsen (2012) slå fast at sårbarhet er et grunnleggende trekk ved tilværelsen hvor vi er utlevert til hverandres ivaretagelse. Sårbarheten kan oppfattes som

en styrke, som gjør oss i stand til å leve oss inn i andre personers situasjoner og oppfordrer oss til å ta vare på hverandre (Martinsen, 2012). Selv om man som anestesisykepleier skal stå stødig og være trygg i sin rolle, skrev Stokka (2023) at "Forskning viser at vi stoler mer på mennesker som tør å vise sårbarhet. Men om du ikke er trygg på hvordan din sårbarhet blir tatt imot, så er dette lettere sagt enn gjort" (Stokka, 2023). Vår tolkning av dette er at hvis man ikke er kjent med teamet sitt, og ikke vet hvordan sårbarheten blir tatt imot, tør en ikke å vise det. Dette kan bli en sirkel der det å vise sårbarhet kan øke tilliten innad i teamet, men mangel på tilliten hindrer en i å vise sårbarheten. På en annen side tenker vi at det å være ærlig om sin sårbarhet med sine kollegaer, kan føre til at man stoler mer på at nyutdannede anestesisykepleiere kanskje vil kommunisere ut faglig usikkerhet, viktige observasjoner som de kan være usikre på og ta ting opp til diskusjon innad i teamet. Derfor må en våge å involvere seg for å skape tillit (Martinsen, 2005).

Stress er en faktor som kan føre til sårbarhet med tanke på følelser og sviktende kommunikasjon tenker vi. De nyutdannede anestesisykepleierne opplevde at det var flere ting som forårsaket stress, f.eks. forventninger fra teamet, tidspress, og akutte situasjoner. Ifølge Hustad (2021) kan stress reduseres med daglig støtte fra kollegaer. Samdal et al. (2017) skrev at stress reduseres av sosial støtte, og justering av forventninger. Vi tenker at de nyutdannede anestesisykepleierne kan få sosial støtte ved at de blir mere kjent med teamet, og at forventninger til de bør legges på et nivå som de klarer å innfri for å øke selvtilliten. Det vil da være viktig å se individet, dets ressurser og erfaringer, og tilpasse seg i forhold til det. På den ene siden tenker vi det vil ligge på et teamnivå og individnivå, der man må være ærlig om sitt ståsted. På den andre siden tenker vi det er noe ledelsen bør ta hensyn til ved å legge til rette for de nyutdannede. Dette kan for eksempel gjøres ved å redusere tidspresset fra operasjonsprogrammet, ved å gi de nyutdannede anestesisykepleierne mere tid og sette de på inngrep som svarer til deres kompetanse- og erfaringsnivå. Ifølge Averlid og Høglund (2020) lærer man forttere dersom man har flere av samme type operasjoner med samme veileder. Vi mener at dette kan føre til redusert stressnivå og øke mestringsfølelsen til den nyutdannede anestesisykepleieren.

Deltakerne snakket om å få en ny rolle som nyutdannet anestesisykepleier som medbringer respekt, men også nytt ansvar. Bailey et al. (2019) skrev at det blir en emosjonell belastning å gå inn i en ny rolle som uerfaren novise, når man allerede har vært den erfarne sykepleieren. Samdal et al. (2017) mente at mestringsfølelsen i stressede situasjoner gir trygghet og tillit til seg selv i situasjonen man står i, og at slike mestringserfaringer som deltakere også nevnte, kan føre til at de får mere overskudd, trivsel og økt livstilfredshet. Samdal et al. (2017) beskrev at mestring er evnen til å tilpasse seg nye situasjoner og påvirke oppståtte situasjoner. Dette synes vi gjenspeilet seg i deltakernes opplevelse av jobbtilfredshet, spesielt etter at de hadde jobbet en stund. Vi tenker at en bør være ydmyk og mottakelig i sin nye rolle, og akseptere det som en del av læringsprosessen.

De nyutdannede anestesisykepleierne beskrev at å ha en klar situasjonsforståelse og rolle, er avgjørende for stressopplevelsen, ellers kan det være vanskelig å håndtere, særlig i større team. Parallelt med dette mente deltakere at når de ble kjent med teamet ble de mere trygg, både på seg selv og teamet. Samdal et al. (2017) skrev at for å redusere stressbelastningen er det viktig å forstå samspillet i et team og miljøet rundt. Kongsmo (2003) skrev at det finnes en holdning i arbeidslivet om at man må være mest mulig selvstendig og ha kontroll over seg selv og situasjonen, for å føle seg trygg. Hvis en ikke har det kan det gjøre en hjelpeløs og passiv. Videre skrev Kongsmo (2003) at det er urealistisk, fordi mennesker har ikke ubegrenset mulighet til å kontrollere seg selv eller omgivelsene. Dersom man klarer å stole på omgivelsene og seg selv, vil en bli mere selvstendig og trygg (Kongsmo, 2003). Vi tenker at dersom en ikke klarer å fylle rollen sin og ta ansvaret sitt, kan det føre til konsekvenser for pasienten og teamet. Dette kan være sårbart for nyutdannede anestesisykepleiere og føre til usikkerhet og redusert mestringsfølelse. Noen dårlige opplevelser og uheldige hendelser kan føre til at man mister mestringsfølelsen, som igjen fører til usikkerhet og manglende mot til å si fra, og kommunisere ut i teamet. Som en av deltakerne sa kan anestesisykepleiere ses på som pasientens advokat under anestesi, og man må tørre å si ifra.

Våre deltakere beskrev at frykten for å bli sett på som dum eller inkompetent, kunne føre til at de lot være å kommunisere ut i teamet. De mente at en må lære å kjenne og jobbe med seg selv for å kunne samarbeide. Kongsmo (2003) hevdet at følelser er viktig å ta hensyn til og

bearbeide dem, ellers gir en følelsene mere makt. Ved å fokusere på hva innholdet i de negative følelsene handler om og er knyttet til, kan man forstå situasjonen og seg selv bedre, og dermed oppleve vekst og utvikling skrev Kongsmo (2003). Gardezi et al. (2009) skrev om å bli brakt i stillhet, og at det fins tre former for stillhet: Å la være å kommunisere, ikke respondere på tiltale og snakke med lav stemme. Alle disse tre formene kan føre til en uheldig situasjon der en stiller spørsmålet “hvorfors ingen noe”. Dette spørsmålet rettes ofte til spesialsykepleiere på grunn av deres sentrale rolle i pasientsikkerheten (Gardezi et al., 2009). Sett fra en annen synsvinkel kan stillhet betraktes som en nødvendighet for å kunne utføre visse inngrep, og kan også forekomme av at teamet er erfarent og har en avslappet relasjon seg imellom (Gardezi et al., 2009). Vi tenker at det å bli behandlet dårlig eller uten respekt, kan føre til at en kan bli brakt i stillhet i redsel for å bli skjelt ut, bli sett på som dum eller inkompetent. Dette kan resultere i at viktig informasjon ikke blir formidlet til teamet, noe som igjen kan gå ut over pasientsikkerheten. Alle tre former av stillhet ser vi på som sårbarhet som kan knyttes til nyutdannede anestesisykepleiere, og kan forsterkes av omgivelsene og ikke bearbejdede følelser. Samtidig ser vi at stillhet kan være noe positivt, og det krever kompetanse og erfaring for å kunne kommunisere ut i teamet til passende tidspunkt.

Alle deltakerne nevnte at det å være ny og jobbe under tidspress, er faktorer som påvirker deres evne til å få med seg det som skjer rundt og samarbeide med teamet. Flere av deltakerne våre hadde opplevd at tunnelsyn påvirker kommunikasjonen. Tunnelsyn økte med stress, men med mere erfaring var det sjeldnere forekomst av tunnelsyn. Tunnelsyn defineres som innsnevring av oppmerksomhet, der en kan miste oversikten over det som skjer rundt, samt viktig informasjon (Lundevall, 2024). Fredriksen og Cheung (2020) beskrev tunnelsyn som en ytre faktor som førte til at man mistet oversikten ut over sine egne oppgaver. Gardezi et al. (2009) skrev om å ikke respondere på tiltale, der en er opptatt med sine oppgaver eller ikke hører tiltaler. Dette tolker vi som tunnelsyn der den nyutdannede anestesisykepleieren ikke responderer på tiltale eller får med seg viktig informasjon, da hen er opptatt med en eller flere arbeidsoppgaver samtidig. Ut fra disse beskrivelsene og opplevelsene deltakerne har om tunnelsyn, tenker vi at en må være bevisst egne holdninger og handlinger, og med erfaring kan en redusere forekomsten av tunnelsyn. Verktøy som kan bidra til å oppdage tunnelsyn tenker vi kan være CLC, der en ikke vil få bekreftet beskjed tilbake og skjønner at beskjeden ikke ble mottatt. Dersom man adresserer beskjeden med å henvende seg direkte med navn eller tittel, kan det være man klarer å bryte tunnelsynet.

Deltakerne fortalte om påkjenning hvis det blir gjort feil i pasientbehandling på grunn av kommunikasjonsvikt. Hustad (2021) skrev at å gjøre feil kan være en stor personlig belastning for helsepersonell og en kan bli det en kaller for “det andre offeret”. Dette kan føre til utrygghet hos anestesisykepleieren og påvirke konsentrasjonsevnen, samt observasjonsevnen (Hustad, 2021). Hustad (2021) anbefalte at avdelingen har et forebyggende oppfølgingsprogram som kan øke bevisstheten på stress- og mestringsreaksjoner, samt bidra til håndtering av hendelser og feil som oppstår. Sundler et al. (2018) skrev at i løpet av tre år ble det meldt inn 220 avvik av anestesisykepleiere, der størstedelen 28,2 % av avvikene, skyldtes svikt i kommunikasjon og samarbeid. Kommunikasjon alene var skyldig i 11,8 % av alle avvikene. Av kommunikasjon og samarbeid var kommunikasjon den årsaken som resulterer i flest skader/uheldige hendelser på operasjonsstuen (Sundler et al., 2018). Nestel og Kidd (2006) skrev at dersom man jobber med og forbedrer kommunikasjon på operasjonsstuen, kan det føre til økt jobbtilfredshet og skape et positivt arbeidsmiljø hvor nyutdannede anestesisykepleiere kan lære seg gode holdninger og oppførsel. Vi mener at antall avvik grunnet kommunikasjonssvikt, rapportert av Sundler et al. (2018), viser at følelsen av påkjenning deltakerne hadde er reelle. Ved å trene på kommunikasjon kan en kanskje redusere avvik grunnet kommunikasjonssvikt, og på den måten unngå psykiske belastninger på den nyutdannede anestesisykepleieren. Vi tenker at dersom en feil blir gjort, vil det være viktig med oppfølging til den nyutdannede anestesisykepleieren, da det kan være en påkjenning som kan påvirke selvtillit og trivsel.

Dagsform, vaktbelastning (aften/dag) og personlige problemer var faktorer som kunne påvirke dagsformen til deltakerne, og som kunne ta konsentrasjonen fra de nyutdannede anestesisykepleierne. Reknes et al. (2014) fant ut at dersom det var under 11 timer mellom vaktene, kunne det føre til en rekke konsekvenser, som blant annet søvnighet, utmattelse, insomni og søvnvansker. Dårlig og lite søvn etter en natt kan påvirke dagsformen og føre til for eksempel nervøsitet, irritabilitet, frustrasjon og ensomhet ifølge Lee (2021). Teigen et al. (2009) skrev at dårlig søvn kan påvirke konsentrasjon og yteevnen, en natts søvnmangel, for eksempel ved nattevakt, kan sammenlignes med alkoholpåvirkning på 0,9%. Vi tenker at søvn er viktig for nyutdannede anestesisykepleiere Det for å kunne samarbeide i teamet og utføre sine arbeidsoppgaver med fullt fokus, i tillegg til å være opplagt nok til å kunne bidra til økt trivsel i teamet, og mottakelig for kommunikasjon. Dersom en skulle ha en dårlig dag tenker vi at den nyutdannede anestesisykepleieren bør være åpen om dagsform, slik at teamet

kan ta hensyn og bidra til å opprettholde god kommunikasjon på operasjonsstuen. Vaktplanen til de nyutdannede anestesisykepleierne bør også tilrettelegges, slik at de blir skjermet for aften/dag vakter og at søvnen blir tatt hensyn til.

7 Avsluttende refleksjoner

Vi velger å igjen ta med sitatet fra en deltaker for å understreke viktigheten av det. “Hvis du vet du har hørt feil eller ikke har hørt ordentlig, så kan du si at du må gjenta. Men hvis du ikke har hørt det i det hele tatt, så kan det være skummelt.” Vi mener at mange av temaene som er drøftet, er inkludert i sitatet. Sitatet sier noe om hvor viktig kommunikasjonen er, hvordan den kan oppleves og misforstås, og følelsen som kan oppstå dersom du ikke får med deg det som blir kommunisert til deg.

Som nyutdannet anestesisykepleier møter en nye omgivelser, oppgaver, utfordringer og mange nye kollegaer. I forkant av arbeidet med masteroppgaven hadde vi et inntrykk av at å være ny, kunne oppleves vanskelig og utfordrende når man skal kommunisere ut i teamet på operasjonsstuen. Vi ønsket derfor å se på hvilke opplevelser de nyutdannede anestesisykepleierne hadde i forhold til kommunikasjon på operasjonsstuen.

I arbeidet med vår studie har vi tilegnet oss kunnskap gjennom teori og forskning. Vi har diskutert med kollegaer og veileder, og vi har gjennomført fem intervju med nyutdannede anestesisykepleiere.

Vi gjorde en tematisk analyse, og resultatene våre viser at de nyutdannede anestesisykepleierne har stort sett gode opplevelser og erfaringer med det å være ny. Erfaringer en har med seg som sykepleier, og videre erfaring man får etter hvert som nyutdannet anestesisykepleier, hjelper med å bli kjent med seg selv, sin nye arbeidsidentitet som anestesisykepleier, og kollegaer. Med erfaring blir det lettere å kommunisere med teamet på operasjonsstuen.

Det å være ærlig med teamet om sin kompetanse hjalp på samarbeidet og kommunikasjonen i teamet. Psykologisk trygghet var viktig å skape for at alle i teamet skulle føle seg trygge, og at det å ha en felles situasjonsforståelse hjalp på det å tørre å kommunisere i teamet. Trygg kirurgi -sjekklister er et nyttig verktøy for å bli kjent med teamet. I tillegg er felles fagundervisning, rapporter og sosiale sammenkomster nyttige for å bli kjent med teamet.

Konflikthåndtering ønskes å løses på lavest mulig nivå, men teori og annen forskning viser til at det kan være vanskeligere enn hva man tenker. Ledelsen er en viktig støttespiller for nyutdannede anestesisykepleiere, og bør inkluderes i slike situasjoner.

Ikke-tekniske ferdigheter er noe man kan trene på og som bør vektlegges som nyutdannet. CLC er et verktøy som brukes på operasjonsstuen for å sikre at informasjon blir mottatt, og bør brukes kontinuerlig for å unngå tap av informasjon. Simulering er en nyttig måte å trene på ikke-tekniske ferdigheter, øker trygghetsfølelsen og der man aktivt kan bruke CLC. Simulering kan med fordel benyttes i opplæringen av de nyutdannede anestesisykepleierne. I tillegg bør alle i teamet være bevisste på faktorer som forstyrrer kommunikasjonen, samt aktivt jobbe for å redusere påvirkningen av dem.

Den nyutdannede anestesisykepleieren bør kjenne til at en er mere sårbar i begynnelsen av karrieren, og at det blir bedre etter hvert. Stress, tunnelsyn og andre påkjenninger vil forekomme i situasjoner, men det er noe en må lære seg å håndtere. En fast veileder, samme type operasjoner og et fast team kan redusere stress for den nyutdannede anestesisykepleieren, og dermed redusere forekomsten av tunnelsyn. Dette er noe som man kan prøve å tilrettelegge for under opplæring så langt det går. Stillhet er en form for sårbarhet. Å bli brakt i stillhet kan være et resultat av dårlig behandling på operasjonsstuen eller frykt for å virke dum. Dette kan føre til svikt i kommunikasjon og true pasientsikkerheten.

De nyutdannede anestesisykepleierne beskrev en arbeidshverdag hvor de trivdes, kommunikasjon fungerte stort sett fint, og de hadde det bra. Jobbtilfredsheten og trivselen var

bedre hos nyutdannede anestesisykepleiere, enn hva vi hadde forventet, og det var lite utfordringer med kommunikasjon. De ble tatt hensyn til på arbeidsplassen som nye, og hadde ikke møtt mye negativt med tanke på kommunikasjon og uerfarenhet. De nyutdannede anestesisykepleierne opplevde at kjennskap til teamet spilte en stor rolle i henhold til kommunikasjon og trivsel.

Studien kan brukes i praksisfeltet for å øke bevisstheten om hvordan de nyutdannede anestesisykepleiere opplever kommunikasjon og samarbeid i teamet på operasjonsstuen. En kan finne tips på hvordan forbedre omgivelsene, kjennskap og samarbeid med tanke på kommunikasjon og trivsel på operasjonsstuen.

I den videre forskningen kunne det ha vært interessant å gjøre en kvantitativ studie for å se om resultatet generaliserer hele landet, eller om det er en lokal forekomst. I lyset av resultatene hadde det også vært interessant å sett dypere på hvordan språk og dialekter, eller vikarbruk påvirker kommunikasjon på operasjonsstuen for en nyutdannet anestesisykepleier.

Referanseliste

- Anestesisykepleierne NSF. (2016, desember 2020). *Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere*. Hentet 26.09.2023 fra <https://www.nsf.no/sites/default/files/2022-09/Grunnlagsdokument%20for%20anestesisykepleiere%203.utgave%202022.pdf>
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Averlid, G. & Høglund, J. S. (2020). The operating room as a learning arena: Nurse anaesthetist and student nurse anaesthetist perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1673-1683. <https://doi.org/10.1111/jocn.15227>
- Bailey, L., Steindal, S. A. & Dihle, A. (2019). Uthøflighet på operasjonsstua: – anestesisykepleieres erfaringer. *Inspira*, (4), 23-31. <https://inspiratidsskrift.no/index.php/inspira/article/view/2786>
- Ballangrud, R. & Husebø, S. E. (2021a). Kapittel 2 Teamarbeid og teamtrening i et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv. I S. E. Husebø & R. Ballangrud (Red.), *Teamarbeid* (s. 40-59). Universitetsforlaget.
- Ballangrud, R. & Husebø, S. E. (2021b). Kapittel 3 Teoretiske modeller om teamarbeid og teamtrening. I S. E. Husebø & R. Ballangrud (Red.), *Teamarbeid i helsetjenesten* (s. 60-90). Universitetsforlaget.
- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert*. Addison-Wesley Publishing Company.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*. TANO forlag AS.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruun, A. M. G. (2021). Kapittel 1 Anestesisykepleierens identitet og kompetanse. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (1.opplag 2021, 3. utg., s. 21-33). Cappelen Damm.
- Clayton, J., Isaacs, A. N. & Ellender, I. (2016). Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*, 54, 7-15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.014>
- Cooke, A., Smith, D. & Booth, A. (2012). Beyond PICO: The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443. <https://doi.org/10.1177/1049732312452938>
- Eriksson, J., Lindgren, B.-M. & Lindahl, E. (2020). Newly trained operating room nurses' experiences of nursing care in the operating room. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 1074-1082. <https://doi.org/10.1111/scs.12817>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Fredriksen, B. & Cheung, J. J. Y. (2020). *Anestesisykepleier i traumeteam : En kvalitativ studie om hvordan opplever nyutdannet anestesisykepleier å delta i traumeteam* [Universitet i Agder]. <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/2682044/Jenny%20Jan%20Yee%20Cheung.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gardezi, F., Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Orser, B. & Baker, G. R. (2009). Silence, power and communication in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1390-1399. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.04994.x>
- 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. *Int J Nurs Stud*, 47(6), 732-741. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.001>

- Gillespie, B. M., Gwinner, K., Chaboyer, W. & Fairweather, N. (2013). Team communications in surgery - creating a culture of safety. *J Interprof Care*, 27(5), 387-393. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.784243>
- Gjøvikli, K. (2023). *Closed-loop kommunikasjon i akutte teamsamarbeid*. Hentet 26.04.2024 fra <https://nkt-traume.no/2023/02/closed-loop-kommunikasjon-i-akutte-teamsamarbeid/>
- Gladewitz, E. & Leijon, E. (2023). *Hur operationsteamet opplever att faktorer påverkar kommunikationen i teamet på operationssalen. - En systematisk litteraturstudie* [Universitet i Uppsala]. Digitala Vetenskapliga Arkivet. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1760331/FULLTEXT01.pdf>
- Gregory, M. E., Hughes, A. M., Benishek, L. E., Sonesh, S. C., Lazzara, E. H., Woodard, L. D. & Salas, E. (2021). Toward the Development of the Perfect Medical Team: Critical Components for Adaptation. *Journal of Patient Safety*, 17(2), e47-e70. <https://doi.org/10.1097/pts.0000000000000598>
- Hedlund, J., Blomberg, K., Hjelmqvist, H. & Jaensson, M. (2024). Nurse anaesthetists' experiences of student nurse anaesthetist learning during clinical practice: a qualitative interview study. *BMC Nursing*, 23(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01818-y>
- Hellesøy, A. (2019). *Kommunikasjon, samarbeid og konfliktløsning innen helse- og sosialsektoren* (1. reviderte opplag, 2. utg.). Adekvat forlag og formidling.
- Helsebiblioteket. (2010, 26.04.2017). *Trygg kirurgi – sjekklister*. Hentet 26.04.2024 fra <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring/oversikt-over-metoder-og-verktoy/verktoy-ved-utproving/trygg-kirurgi-sjekklister>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Heyn, L. G. (2018). Kapittel 1 Hvordan tilegne seg kommunikasjonsferdigheter. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. opplag, 1. utg., s. 13-29). Gyldendal Akademisk.
- Holmes, T., Ballangrud, R. & Vifladd, A. (2021). Kapittel 10 Operasjonstua. I S. E. Husebø & R. Ballangrud (Red.), *Teamarbeid i helsetjenesten* (s. 169-178). Universitetsforlaget.
- Hustad, J. (2021). Kapittel 2 Stress og stressmestring i anestesisykepleierens hverdag. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (s. 35-43). Cappelen Damm.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori?* (3. opplag. utg.). Universitetsforlaget.
- Kaldråstøyl, G., Bohman, B. M., Salemonsens, E. & Bentsen, S. B. (2022). Fremmede kirurgisk teamarbeid – en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres erfaringer og oppfatninger. *Inspira*, 17(2), 55-68. <https://inspiratidsskrift.no/index.php/inspira/article/view/3804/8034>
- Kolstadbråten, K. M. & Bjørnstad, K. K. (2021). Kapittel 24 Traumepasienter. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (1. opplag 2021, 3. utg., s. 340-356). Cappelen Damm.
- Konsmo, T. (2003). *En hatt med slør, om omsorgens forhold til sykepleie : en presentasjon av Benner og Wrubels teori* (4. opplag. utg.). Tano Aschehoug.
- Lauvdal, C., Omland, K. & Pham, T. (2014). *"Slitsomt, men gøy!" : en kvalitativ studie om den nyutdannede anestesisykepleieren sin opplevelse av kompetanse av yrkesutøvelsen* [Universitet i Agder]. <https://uia.brage.unit.no/uia-xmlui/bitstream/handle/11250/223348/Christina%20Nesland%20Lauvdal%20masteroppgave.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Lee, S. (2021). Naturally Occurring Consecutive Sleep Loss and Day-to-Day Trajectories of Affective and Physical Well-Being. *Annals of Behavioral Medicine*, 56(4), 393-404. <https://doi.org/10.1093/abm/kaab055>
- Leonardsen, A.-C. L., Saltnes, C., Aanes, M.-A., Ramstad, J. P., Forwald, A., Stenseth, R., Skalleberg, H. A. & Finjarn, T. J. (2022). Praksiskravet for opptak til anesthesiutdanningen må beholdes. *Sykepleien* 110(e-89097). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2022.89097>
- Leonardsen, A.-C. L., Ødegården, T. & Haugen, A. S. (2021). Kapittel 4 Forskning og fagutvikling. I A.-C. L. Leonardsen (Red.), *Anestesisykepleie* (1. opplag 2021, 3 utg., s. 55-62). Cappelen Damm.
- Lundevall, E. K. (2024). *Ivareta mestring og kontroll i stressende situasjoner*. Sikkerhet og Beredskap. Hentet 20.05.2024 fra <https://www.sikkerhetogberedskap.no/beredskap-krisehandtering-stressmestring/ivareta-mestring-og-kontroll-i-stressende-situasjoner/101992>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K., Siersma, V. D. & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qual Health Res*, 26(13), 1753-1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe.
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe.
- Meld. St. 16 (2016–2017). *Kultur for kvalitet i høyere utdanning*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20162017/id2536007/?ch=1>
- Nestel, D. & Kidd, J. (2006). Nurses' perceptions and experiences of communication in the operating theatre: a focus group interview. *BMC Nursing*, 5(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-5-1>
- Normann, K. & Raatiniemi, J. (kandidatnummer 13 & 217, 2023). *Prosjektskisse SYP-3502-1*. UIT Norges arktiske universitet.
- Norsk anesthesiologisk forening (NAF) & Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF). (2024). *Norsk standard for anestesi*. <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/norsk-standard-for-anestesi-2024.pdf>
- NOU 2018: 2. (2018). *Fremtidige kompetansebehov I — Kunnskapsgrunnlaget*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2018-2/id2588070/>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38?q=personopplysningsloven>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. utg.). Wolters Kluwer.
- Reknes, I., Bjorvatn, B., Einarsen, S., Pallesen, S., Magerøy, N., Thun, E. & Moen, B. E. (2014). Nye funn om turnusarbeid. *Sykepleien*, 2014(7). <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2014.0099>
- Russ, S., Rout, S., Sevdalis, N., Moorthy, K., Darzi, A. & Vincent, C. (2013). Do Safety Checklists Improve Teamwork and Communication in the Operating Room? A Systematic Review. *Annals of Surgery*, 258(6), 856-871. <https://doi.org/10.1097/sla.0000000000000206>
- Rönnerberg, L. & Nilsson, U. (2015). Swedish Nurse Anesthetists' Experiences of the WHO Surgical Safety Checklist. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 30(6), 468-475. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2014.01.011>

- Saltnes, C., Stenseth, R. & Aanes, M.-A. (2024). *Krav om erfaring som sykepleier er viktig før opptak til masterutdanningene*. Dagens Medisin. Hentet 26.05.2024 fra <https://www.dagensmedisin.no/anesestisykepleie-arbeidserfaring-masterutdanning/krav-om-erfaring-som-sykepleier-er-viktig-for-opptak-til-masterutdanningene/632944>
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A. & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring* (IS-2655). Helsedirektoratet. Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf
- SIKT. (2022a). *Informasjon til deltakere i forskningsprosjekt*. Hentet 28.09.2023 fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/fylle-ut-meldeskjema-personopplysninger/informasjon-til-deltakarane-i-forskningsprosjekt>
- SIKT. (2022b). *Personvernhandbok for forskning*. Hentet 28.09.2023 fra <https://sikt.no/tjenester/personverntjenester-forskning/personvernhandbok-forskning>
- STAMI Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2019). *Jobbtilfredshet*. Hentet 27.04.2024 fra <https://noa.stami.no/arbeidsmiljofaktorer/tilfredshet-og-motivasjon/jobbtilfredshet/>
- STAMI Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2020, 18.12.2023). *Hva er arbeidsmiljø?* Hentet 27.04.2024 fra <https://stami.no/hva-er-arbeidsmiljo/>
- Stewart, A. (2023). *Hvordan skape en god arbeidskultur*. Foretaksrapport.no. Hentet 10.05.2024 fra <https://foretaksrapport.no/hvordan-skape-en-god-arbeidskultur/>
- Stokka, E. (2023, 25.04.2024). *Sårbarhet og tilhørighet*. Hentet 04.05.2024 fra <https://mf.no/forskning/nyheter/sarbarhet-og-tilhorighet>
- Sundler, A. J., Johansson, E., Johansson, L. & Hedén, L. (2018). Incidents reported by nurse anaesthetists in the operating room. *Journal of Interprofessional Care*, 32(6), 699-705. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1500452>
- Sunnaas sykehus. (2022, 28.11.2022). *Slik kommuniserer du godt med munnbind*. Hentet 27.05.2024 fra <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/fagstoff/slik-kommuniserer-du-godt-med-munnbind/>
- Swanwick, T. & McKimm, J. (2017). *ABC of Clinical Leadership*. John Wiley & Sons, Incorporated. <http://ebookcentral.proquest.com/lib/tromsoub-ebooks/detail.action?docID=4788162>
- Teigen, I. M., Rendum, K. L., Slørdal, L. & Spigset, O. (2009). Feilmedisinering hos pasienter innlagt i sykehus. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 2009(129), 1337-1341. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.31088>
- The Danish Institute for Medical Simulation. (u.å.). *N-ANTS Handbook*. Hentet 28.04.2024 fra https://www.regionh.dk/CAMES/Forskning/Showcases/Documents/N-ANTSHandbook_version%201.0.pdf
- Tveiten, S. (2020). *Helsepedagogikk* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- UIT Norges arktiske universitet. (u.å.-a). *Forskningsdataportalen*. UIT Norges arktiske universitet. Hentet 1.10.2023 fra <https://uit.no/forskning/forskningsdata>
- UIT Norges arktiske universitet. (u.å.-b). *Forskningsetikk*. UIT Norges arktiske universitet. Hentet 1.10.2023 fra <https://uit.no/forskning/etikk>
- UIT Norges arktiske universitet. (u.å.-c, 02.01.2024 updatert av Margit Ramberg). *Forskningsetikk, Personvern i forskning*. UIT Norges arktiske universitet. Hentet 01.10.2023 fra https://uit.no/forskning/etikk/art?p_document_id=725354
- Ursin, L. (2020, 30.11.2021). *de fire prinsipper*. Hentet 27.09.2023 fra https://sml.snl.no/de_fire_prinsipper

- Woll, L. & Eigenes, M. E. W. N. (2022). *Anestesisykepleieres opplevelse av samarbeidet i det tverrfaglige teamet på operasjonsstuen: Hvilke elementer må ligge til grunn for et velfungerende team? En kvalitativ studie* [Universitet i Stavanger].
<https://uis.brage.unit.no/uis-xmlui/bitstream/handle/11250/3005862/no.uis%3ainspera%3a108264823%3a2181885.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2009). *WHO Guidelines for safe surgery: safe surgery saves lives*. Hentet 26.4.2024 fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789241598552>
- World Medical Association. (1964, 10.2013). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet 27.09.2023 fra <https://pdf-it.dev.acw.website/please-and-thank-you?url=https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/&pdfName=wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects>

Vedlegg

Vedlegg 1 SPIDER-skjema

Vi valgte å bruke SPIDER-skjema inspirert av Cooke et al. (2012) for å identifisere søkeordene.

Sample	Phenomenon of Interest	Design	Evaluation	Research type
Nyutdannet anestesisykepleier Newly graduated / newly trained / postgraduate CRNA Nurse anesthetist	Kommunikasjon på operasjonsstue Communication in operating room/theater	Intervju Interview	Erfaringer Experiences	Kvalitativ metode Qualitative methode

Vedlegg 2 Primærsøk

Vi begrensede søket til artikler publisert de siste 10 år (2013-2023), på operasjonsstue, skrevet på engelsk eller skandinavisk.

- Google scholar, 660 artikler med: "newly graduated" nurse anesthetist communication operating room qualitative. Da vi la til
- begrensning om oversiktsartikler fikk vi 43 artikler.

- Cinahl, 32 artikler med: CRNA OR certified registered nurse anesthetist OR nurse anesthetist AND communication AND operating room OR operating theatre.

- PubMed, 24 artikler med: ((newly graduated OR newly trained OR postgraduated) AND (CRNA OR nurse anesthetist)).

- Cochrane, 6 reviews og 350 trials med: "communication" in Title Abstract Keyword AND "operating room" in Title Abstract Keyword AND CRNA in Title Abstract Keyword OR nurse anesthetist in Title Abstract Keyword - (Word variations have been searched).

Vedlegg 3 Informert samtykke -skjema

Informert samtykke

Vil du delta i forskningsprosjektet

“Hvilke erfaringer har nyutdannede anestesisykepleiere med kommunikasjon mellom anestesisykepleier og teamet på operasjonsstuen – Hva fremmer og hemmer god kommunikasjon?”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å belyse hvilke erfaringer nyutdannede anestesisykepleiere har med kommunikasjonen med teamet i operasjonsstua. Formålet er å finne ut hva fremmer og hemmer god kommunikasjon i denne setting. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Prosjektet er en masteroppgave i videreutdanning i anestesisykepleie der to anestesisykepleierstudenter jobber sammen. Vi studentene ønsker å finne ut hvordan det er å jobbe som en nyutdannet anestesisykepleier i teamet i operasjonsstue og hvordan dette påvirker kommunikasjon og opplevelsen av å være et medlem i et tverrfaglig team. Målet er å samle erfaringer om kommunikasjon og dermed måter eller tiltak for å fremme kommunikasjon mellom anestesisykepleier og det øvrige teamet i operasjonsstua. Vi ønsker å gjenkjenne faktorer som kan hemme kommunikasjon og eventuelt finne ut hvordan de kan fjernes eller reduseres. Vi vil også finne ut hvordan kommunikasjon påvirker trivsel på operasjonsstue. Dette gjør vi ved hjelp av individuelle intervju. Det er mulig at det skrives en artikkel om resultatene etter masteroppgaven er godkjent.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Studentene Johanna Raatiniemi og Kristin Normann, samt veileder Ingrid Marie Saga Drageset fra Universitet i Tromsø er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervju 4-5 nyutdannede anestesisykepleiere med erfaring opp til 3 år som anestesisykepleier, i 2-4 forskjellige avdelinger/sykehus.

Informasjonsskriv sendes ut via avdelingsledere til anestesisykepleiere som da kan ta kontakt med oss studenter for å avtale nærmere om intervju. Det er hentet tillatelse for studiet hos SIKT.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagelsen i studien innebærer et individuelt intervju med varighet rundt en time. Intervjuet gjøres på et egnet lokale på arbeidsplassen din og etter avtale med avdelingsleder, muligens på arbeidstid. Vi tar opp Intervjuet på lydopptak som blir transkribert og teksten blir anonymisert og alt lagres i en sikker lagringsplass på universitetets server, det kan også skrives anonymiserte notater fra intervju.

Opplysninger vi ber deg å gi er alder, kjønn, utdanning, arbeidserfaring, turnus og arbeidsområde. Spørsmålene i intervjuet handler om dine erfaringer om kommunikasjon på operasjonsstue.

Det er frivillig å delta

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

Du blir ikke intervjuet av en du kjenner eller jobber sammen med og deltakelsen i studiet kommer ikke til å påvirke ditt arbeid eller arbeidsforhold på noen måte.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Navnet ditt, alder og arbeidsplassen anonymiseres og kodes slik at du ikke kan bli gjenkjent, og lydopptakene kasseres forsvarlig etter masteroppgaven er godkjent. Kontaktopplysningene dine holdes separert fra intervjumaterialet og slettes etter intervjuet er gjennomført. De som har tilgang til opplysningene om deg er kun begge studentene og veilederen. Alt digitalt materiale lagres i universitetets server etter universitetets retningslinjer. Hvis det publiseres en artikkel om funnene senere, kan du ikke bli gjenkjent i det.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes 5.6.2024. Alle dine personopplysninger og lydopptaket slettes etter at masteroppgaven er godkjent. Anonymiserte opplysninger som transkribert tekst vil ikke slettes, men kan gjenbrukes for eksempel i videre forskning eller artikkel om temaet, og lagres i universitetets server og i digital samt papirformat som del av masteroppgaven etter universitetets retningslinjer.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra *Universitetet i Tromsø* har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Tromsø ved veileder Ingrid Marie Saga Drageset, ingrid.drageset@uit.no

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra Sikt, kan du ta kontakt via:

- Epost: personverntjenester@sikt.no eller telefon: 73 98 40 40.

Med vennlig hilsen

Ingrid Marie Saga Drageset

Johanna Raatiniemi

Kristin Normann

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i et individuelt intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 Intervjuguide

Intervjuguide: gjennomføring av intervjuene

- Presentasjon av oss selv og veilederen
- Gjentakelse av viktig informasjon om prosjektet, personvern, taushetsplikt og underskrivning av informert samtykke
- Spørsmål fra deltakeren

Intervjuspørsmål til nyutdannede anestesisykepleiere:

1. Hvordan er det å være anestesisykepleier?
2. Hvilke erfaringer har du med kommunikasjon i teamet på operasjonsstuen?
 - a. Hvordan har du opplevd at kommunikasjonen i teamet har fungert bra?
 - b. Har det forekommet situasjoner der du har opplevd at kommunikasjonen i teamet har vært utfordrende?
3. Hvordan tenker du at arbeidserfaring påvirker kommunikasjon i teamet på operasjonsstuen?
 - a. Hvordan holdninger opplever du å møte, som (relativt) nyutdannet anestesisykepleier?
4. Hvordan opplever du at kommunikasjon på operasjonsstuen påvirker din trivsel på jobb som nyutdannet anestesisykepleier?
 - a. Dersom det forekommer kommunikasjon som påvirker din trivsel negativt, hva kan få deg til å trives bedre på jobb med tanke på kommunikasjon?
 - b. Hvilke tiltak tenker du kunne økt trivsel på jobb med tanke på kommunikasjon? Simulering, sjekklister, sosiale sammenkomster etc.
5. Hvordan opplevelser har du med dialekter og språk med tanke på kommunikasjon på operasjonsstuen?

6. Hvordan opplever du at din egen dagsform påvirker kommunikasjonen?

Avslutning: Er det noe annet du vil si om kommunikasjon i teamet på operasjonsstuen som nyutdannet anestesisykepleier?

- Takker deltakeren for innsatsen og deltakelsen i forskningsprosjektet.
- Påminner deltakeren om når og hvordan ta kontakt ved behov.

Vedlegg 5 Bakgrunnsinformasjon -spørreskjema

Bakgrunns spørsmålene

Deltager: _____

Alder:

- 20 - 29 år
- 30 - 39 år
- 40 - 49 år
- 50 - 59 år
- 60 - år

Kjønn:

- Mann
- Kvinne
- Vil ikke oppgi
- Annet _____

Sykepleierutdanning fullført _____ (hvilket år)

Anestesisykepleierutdanning fullført _____ (hvilket år)

- Mastergrad fullført _____ (hvilket år)

Arbeidserfaring som:

- sykepleier _____ (år)
 - i kommune
 - i sykehus
 - annet _____
- anestesisykepleier _____ (år)

Turnus

- 1-delt (dag/aften/natt, marker de som passer)
- 2-delt (dag/aften/natt)
- 3-delt

Arbeidsområde som anestesisykepleier

- dagkirurgen
- døgnåpen/øyeblikkelig hjelp
- spesialisert operasjonsavdeling _____
- annet _____

