«Mer enn bare en håndtlanger»

Oppfatninger om sykepleierens betydning for kvalitet ved koloskopi: En kvalitativ studie

Gry Håvi

MASTEROPPGAVE

Erfaringsbasert master i helseadministrasjon
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

UNIVERSITETET I OSLO

Høst 2018

«Mer enn bare en håndtlanger»

Oppfatninger om sykepleierens betydning for kvalitet ved koloskopi: En kvalitativ studie.

«Man sitter på en bestemt følelse av at sykepleieren har all verdens innvirkning på kvaliteten av den koloskopien, men hvordan måle det?»

Sykepleier

© Gry Håvi

2018

«Mer enn bare en håndtlanger»

Gry Håvi

http://www.duo.uio.no/

Sammendrag

Bakgrunn: Koloskopi er en undersøkelse av hele tykktarmen, og den beste metoden for å oppdage polypper eller kreft, fjerne polypper, samt påvise og behandle eventuelle andre sykdommer i tykktarmen. Koloskopi utføres av en endoskopør i tett samarbeid med en sykepleier. Studier viser at undersøkelseskvaliteten ved koloskopi varierer, og at det er et mål at variasjonen reduseres. Hvilken betydning sykepleieren har for kvaliteten ved koloskopi er i liten grad undersøkt.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å få innsikt i, sykepleierens, endoskopørens og pasientens oppfatninger om sykepleierens *rolle* ved koloskopi, og på *hvilken måte* sykepleierens bidrag kan ha betydning for kvaliteten ved koloskopi, og hvorvidt de definerte kvalitetsindikatorene blir nådd.

Metode: Det ble valgt et kvalitativt og eksplorerende design. Tre fokusgruppeintervju med sykepleiere, endoskopører og pasienter ble gjennomført sommeren 2018. Sykepleiere og endoskopører ble rekruttert fra fire sykehus i Oslo regionen og pasientene ble rekruttert via Landsforeningen mot Fordøyelsessykdommer (LMF). Utvalget var strategisk for å oppnå høy informasjonsstyrke, og omfattet til sammen sytten personer. Materialet ble bearbeidet og analysert tematisk. Studien ble godkjent av NSD.

Resultater: Deltagerne ga uttrykk for at sykepleierne bidrar til kvalitet ved koloskopi gjennom omsorg og pleie, og ved deltagelse i behandling og tverrfaglig samarbeid. Sykepleierens deltagelse kan deles i to hovedroller; en selvstendig rolle og en samarbeidene rolle. Begge rollene er sentrale i møte med pasienten, og de forutsetter hverandre og glir delvis over i hverandre. For det første bidrar sykepleieren med faglig profesjonell omsorg som omfatter ivaretagelse og observasjon, informasjon, tekniske ferdigheter og håndtering av utstyr og vurdering av smerte og behov for smertestillende. Blant disse bidragene fremstår sykepleierens tekniske ferdigheter og håndtering av utstyr som helt avgjørende, nærmest som et anker og en forutsetning for det andre. Informantene trakk også frem at det å fremstå rolig, med evne til å roe ned pasient og situasjon, og vise interesse og engasjement er viktige egenskaper.

For det andre bidrar sykepleier bidrar også i en samarbeidene rolle. Deltagerne la vekt på at det å assistere endoskopøren er sentralt. Videre ble det påpekt at teamtenkning,

kommunikasjon og rolleforståelse, hvor spesielt tilstedeværelse og gjensidig tillit og respekt er viktige bidrag.

I denne studien understreket sykepleierne at sykepleie ved koloskopi ikke er en passiv utførelse av andre yrkesgruppers forordninger, men en yrkesutøvelse med selvstendige vurderinger og beslutninger i pasientbehandlingen. Sykepleierne så oppgaver knyttet til sine roller ved koloskopi som selvstendig utøvelse av sykepleie i et tverrfaglig team. Endoskopørene og pasientene beskrev sykepleierne som viktige bidragsytere i teamet som utfører undersøkelsen. De påpekte at sykepleieren er viktig for å utføre en koloskopi, og at sykepleiers bidrag har betydning for kvaliteten på undersøkelsen.

Konklusjon: Resultater fra denne studien indikerer at sykepleierne blir oppfattet å ha betydning for kvaliteten ved koloskopi, og hvorvidt de definerte kvalitetsindikatorene ved koloskopi blir nådd. Det er mulig å definere sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer ved koloskopi, men det er utfordrende fordi de fleste indikatorer ved koloskopi vil reflektere teamarbeid. Koloskopi er ingen selvstendig uavhengig prosess og kvaliteten er avhengig av et tett samarbeid, der den enkeltes bidrag ikke så lett lar seg skille fra hverandre. Det er et team som utfører helsetjenesten, ikke enkeltpersoner eller enkeltprofesjoner, og slik er sykepleieren ved koloskopi «mer enn bare legens håndtlanger».

Forord

Denne masteroppgaven representerer en avslutning på min master i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo. Dette halvannet år har vært intenst, veldig motiverende og svært lærerikt. En stor takk til mine medstudenter på kull 31 for deling av kunnskap og erfaringer, gode diskusjoner og godt selskap.

Prosessen med å skrive denne oppgaven har for meg vært interessant og veldig givende. Prosessen har pågått over en del måneder, og i den forbindelse er det flere personer som fortjener en takk. Først og fremst en stor takk til min hovedveileder, Randi Opheim, som har støttet og motivert meg med konstruktiv veiledning, kunnskap, nysgjerrighet korrekturskriving og tilstedeværelse i hele prosessen. Stor takk også til min biveileder, Eli Feiring, for konstruktiv og motiverende veiledning.

Jeg ønsker også å rette en stor takk til informantene som stilte opp til fokusgruppeintervju. Deres engasjement og deling av erfaringer og synspunkter i intervjuene har vært uvurderlig. Takk også til avdelingene og Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer som var behjelpelig med å identifisere de gode informantene.

Takk til alle gode støttespillere på jobb som har heiet meg frem og bidratt med diskusjoner og spørsmål til refleksjon og ettertanke, og som har vist forståelse for at oppgaven har tatt tid og fokus. Og takk til både mine ledere, og stedfortredere, som har gitt meg mulighet til å gjøre dette ved å gi meg fri ved behov, og stilt opp ved mitt fravær.

Medstudent Stine har også vært viktig for motivasjonen, og ikke minst framdrift i arbeidet. Tusen takk Stine, det har vært en glede å samarbeide med deg.

Og takk til John Willy for timer med diskusjoner og korrekturlesing!

Gry Håvi
1. desember 2018

Innholdsfortegnelse

1 INNLEDNING 1
1.1 Om koloskopi 1
1.2 Studiens hensikt og problemstilling 1
1.3 Studiens avgrensninger 2
2 BAKGRUNN OG TIDLIGERE FORSKNING 3
2.1 Kvalitet og kvalitet i helsetjenesten 3
2.2 Kvalitetsindikatorer 4
2.2.1 Sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer 5
2.3 Kvalitetsindikatorer ved koloskopi 6
2.3.1 Kvalitetsindikatorer ved koloskopi i Norge: Gastronet 7
2.4 Kvalitetsforbedring 7
2.5 Sykepleierrollen 8
2.6 Litteraturgjennomgang av forskning på sykepleierens betydning ved koloskopi 10
3 METODE 13
3.1 Studiedesign 13
3.2 Datainnsamling 14
3.2.1 Fokusgruppe og fokusgruppeintervju 14
3.2.2 Utvalg 15
3.2.3 Gjennomføringen av intervjuene 17
3.2.4 Bearbeiding og analyse 17
3.3 Metoderefleksjon 20
3.3.1 Reliabilitet 20
3.3.2 Validitet 20
3.4 Refleksivitet: Egen rolle og forforståelse 22
3.5 Etiske overveielser 22
4 RESULTATER 24
4.1 Faglig profesjonell omsorg 24
4.1.1 Ivaretagelse og observasjon 24
4.1.2 Informasjon 26
4.1.3 Tekniske ferdigheter og håndtering av utstyr 28
4.1.4 Vurdere smerte og behov for smertestillende 29

4.1.5 Adferd og holdninger 31
4.2 Samarbeid 32
4.2.1 Team-tenkning 33
4.2.2 Assistere endoskopøren 35
4.2.3 Kommunikasjon 37
4.2.4 Roller og rolleforståelse 40
5 DISKUSJON 43
5.1 Om sykepleieren sin selvstendige rolle ved koloskopi 43
5.1.1 Sykepleieren som omsorgsperson 44
5.1.2 Sykepleierens «tekniske rolle» 46
5.2 Om sykepleieren sin rolle i koloskopiteamet 48
5.2.1 Koloskopiteamet og tverrfaglig samarbeid 48
5.2.2 Profesjonenes gjensidige avhengighet 49
5.2.3 Skape trygghet i teamet 51
5.2.4 Relasjonelle forutsetninger for samarbeid i koloskopiteamet 53
5.3 Om sykepleieren sin påvirkning av kvalitetsindikatorene 56
5.3.1 Kvalitetsindikatorer og kvalitetsforbedring 56
5.3.2 Oppfatninger om sykepleier sin påvirkning av kvalitetsindikatorene 57
5.4 Metodologiske begrensninger og betraktninger 59
6 OPPSUMMERING OG VIDERE ANBEFALINGER 61
6.1 Oppsummering 61
6.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning 63
Litteraturliste 64
Vedlegg 1Godkjenning fra NSD 69
Vedlegg 2 Samtykke og informasjonsskriv 71
Vedlegg 3 Temaguide 77

1 INNLEDNING

1.1 Om koloskopi

Koloskopi er en undersøkelse av hele tykktarmen, og er den beste metoden for å oppdage polypper eller kreft, fjerne polypper, samt påvise og behandle eventuelle andre sykdommer i tykktarmen. Undersøkelsen blir gjennomført med et koloskop som er et instrument med innebygget kamera i enden, som overfører bilder direkte til en skjerm (Helsedirektoratet, 2017). Koloskopi utføres av en endoskopør, oftest lege, i tett samarbeid med en endoskopiassistent, som i Norge i de fleste tilfeller er en sykepleier. Gjennom koloskopet kan man ta vevsprøver og utføre behandlinger, for eksempel fjerne polypper. I følge Norsk Pasientregister ble det i 2017 utført over 100 000 koloskopier ved helseforetak i Norge mot om lag 40 000 i 2007. Det er stadig økende etterspørsel etter koloskopi, og det er forventet en økning av antall undersøkelser i årene som kommer blant annet på grunn av innføring av nasjonal screening for tykktarmskreft (Helsedirektoratet, 2017). Flere land har allerede innført tilbud om slik screening for sine innbyggere. Det har siden 2012 pågått et pilotprosjekt på screening for tykktarmskreft i Helse Sør-Øst. Det er foreslått at dette innføres nasjonalt med oppstart i 2019, med en gradvis utbygging til et tilbud til alle over 55 år, i løpet av en fem-årsperiode (Helsedirektoratet, 2017).

I tillegg til at dette vil skape utfordringer for kapasitet, er det viktig med kvalitetssikring av tjenesten (Helsedirektoratet, 2017). Studier viser at undersøkelseskvaliteten ved koloskopi varierer mellom endoskopørene (Moritz, 2016). Sykepleier samarbeider tett med endoskopøren ved en koloskopi. Sykepleiere utfører både pasientpleie og teknisk assistanse under diagnostiske og terapeutiske koloskopier. Betydningen av sykepleiernes rolle er i liten grad undersøkt.

1.2 Studiens hensikt og problemstilling

Hensikten med studien er å få innsikt i, og kunnskap om sykepleierens, endoskopøres, og pasientens oppfattelse, erfaringer og synspunkter om sykepleierens rolle ved koloskopi og på hvilken måte sykepleierens bidrag har betydning for kvaliteten av undersøkelsen.

Med utgangspunkt i studiens hensikt har denne studien følgende hovedproblemstilling: «*Hvilken oppfatning har endoskopøren, pasienten og sykepleieren selv, om sykepleierens betydning for kvalitet ved koloskopi*».

Mine forskningsspørsmål er:

- Hva mener informantene er sykepleiernes rolle ved en koloskopi?
- På hvilken måte mener informantene at sykepleieren sine bidrag har betydning for kvaliteten ved koloskopi?
- På hvilken måte mener informantene at sykepleierne kan påvirke de definerte kvalitetsindikatorene ved koloskopi.
- Mener informantene at det bør defineres sykepleiespesifikke kvalitetsindikatorer ved koloskopi?

1.3 Studiens avgrensninger

Denne studien er begrenset til å belyse endoskopørens, sykepleierens og pasienters synspunkter og holdninger til sykepleieres rolle og betydning ved koloskopi. Sykepleiers betydning ved andre endoskopiske prosedyrer vil ikke bli undersøkt.

I kapitlene hvor jeg presenterer resultatene og i diskusjonen, benevner jeg legen som endoskopør, sykepleieren som assisterer ved en koloskopi, for sykepleier og en person som har fått utført en koloskopi som pasient.

2 BAKGRUNN OG TIDLIGERE FORSKNING

Kvalitet på helsetjenesten som vi utfører er viktig. Det fokuseres på kvalitetsforbedring ved koloskopi både nasjonalt og internasjonalt (Helsedirektorat, 2017, Hoff, 2017). Kvaliteten på utførte koloskopier varierer. Dokumentasjon på denne variasjonen førte i 2003 til opprettelse av de to første kvalitetsregistrene på koloskopi, ett i Storbritannia og ett i Norge (Helsedirektoratet, 2017). Data viser at kvaliteten på undersøkelsene fortsatt varierer (Hoff, 2017).

I dette kapittel vil jeg sette studien inn i en kontekst, og gi en ramme til både de funn og resultater som kommer frem, samt diskusjonen av disse. Først gjennomgås begrepet kvalitet og kvalitet i helsetjenesten, og så skisseres litt om måling av kvalitet og kvalitetsindikatorer, spesielt gjøres det rede for kvalitetsindikatorer innen koloskopi. Dernest settes kvalitet og kvalitetsmåling inn i konteksten kvalitetsforbedring, før jeg til slutt går gjennom tidligere forskning hvor sykepleieren sin betydning ved koloskopi er belyst.

2.1 Kvalitet og kvalitet i helsetjenesten

Begrepet kvalitet brukes i mange sammenhenger, og kan ha ulikt innhold og mening. Det kan være relatert til et bestemt produkt eller til en bestemt utført handling. Definisjonen varierer fra de mer enkle og nøytrale til de mer detaljerte og konkrete. Kvalitet defineres gjerne positivt om oppfyllelse av krav, standarder eller forventninger. Norske helsemyndigheter legger til grunn definisjon av kvalitet fra NS-EN ISO 9000, som er en standard for kvalitetsstyring: «i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller behov eller forventning som er angitt, vanligvis underforstått eller obligatorisk» (referert i Meld.st.10 2012-2013, s.11). Dette er en generell definisjon, og i følge denne måten å definere kvalitet på kan man si at kvalitet handler om forholdet mellom hva som ytes og hva som kreves eller forventes.

Kvalitet er et begrep som stadig oftere anvendes sammen med helsetjenester (Grepperud, 2009). Grepperud (2009) hevder at mange ser på høy kvalitet i helsetjenesten som et ubetinget gode, noe som vi bør bestrebe oss på å oppnå.

Selv om det er ulike definisjoner på kvalitet og kvalitet i helsetjenesten, kan vi si at *måling* av kvalitet handler om å vurdere og evaluere behandlingen pasienten har fått, hvilket nivå det er på tjenesten, og hvilke behandlingsresultater man oppnår (Rygh et. al, 2010). To sentrale spørsmål i denne sammenhengen er om nivået på tjenestene er tilfredsstillende, og om tjenestene som leveres er stabile, med liten grad av variasjon. Helsedirektoratets Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*: "... Og bedre skal det bli!"* oppgir seks krav for at helsetjenesten skal være av god kvalitet: de skal være trygge og sikre, være virkningsfulle, være samordnet og koordinert, involvere brukerne og gi dem innflytelse, utnytte ressursene på en god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt (Sosial og helsedirektoratet, 2005)

2.2 Kvalitetsindikatorer

"The ultimate goal is to manage quality. But you cannot manage it until you have measured it, and you cannot measure it until you can monitor it" - Florence Nightingale

Kvalitetsindikatorer benyttes i Norge og mange andre land for å belyse kvaliteten på helsetjenesten vi utfører. Kvalitetsindikatorer måler ulike deler av helsetjenesten, og er verktøy som må sees i sammenheng med hva måleresultatene skal brukes til. Måling av kvalitet ved bruk av kvalitetsindikatorer kan brukes både i forbindelse med styring og legitimering, forskning, og systematisk kvalitetsforbedringsarbeid (Den norske legeforeningen, 2011).

En indikator benyttes når noe er vanskelig å måle direkte. Kvalitetsindikatorer i helsetjenesten er målbare størrelser som skal brukes til å vise om helsehjelpen er i samsvar med best tilgjengelig kunnskap, og om hjelpen gir helsegevinst (Rygh et al., 2010). En indikator kan beskrives eller klassifiseres ut i fra hvilken del av helsetjenesten den belyser. Donabedian, som publiserte en modell for å evaluere kvaliteten på pleie og behandlingen i helsevesenet allerede på 60 tallet, har fått stor betydning for utvikling av kvalitetsindikatorer. Han beskriver tre ulike typer kvalitetsindikatorer, som er de tre hjørnestenene i Donabedians triangel (Donabedian, 1988). Indikatoren knyttes til begrepene, struktur, prosess og resultat hvor hver av komponentene har direkte innflytelse på den neste. Strukturforhold påvirker prosesser, som igjen påvirker resultater (Donabedian, 1988).

Struktur handler om forutsetninger for å yte en god helsetjeneste, rammebetingelsene. Dette er for eksempel enhetens kapasitet i forhold til utstyr og bemanning, organisering og personalets

kompetanse. *Prosess* viser til handlinger som fører til god helsetjeneste, hva skjer og hvordan. Dette innbefatter hva som faktisk er gjort med pasienten, for eksempel hvilke undersøkelser som er gjort og hvilke prøver som er tatt. Relasjoner mellom utøver og pasient i forbindelse med diagnostisering og iverksetting av behandlingstiltak ligger også under prosess begrepet. Prosessmål kan vi si evaluerer i hvilken grad klinisk praksis er i samsvar med det som anses å være optimale prosedyrer for utredning og behandling (Rygh og Mørland, 2006). *Resultat* sier noe om resultatet av behandlingen, hvordan gikk det med pasienten. Resultatindikatorer har fokus på helsemessige konsekvenser for pasienten som for eksempel symptomer, livskvalitet, smertelindring og overlevelse (Rygh et al, 2010).

Å måle virksomhetens kvalitet ved hjelp av kvalitetsindikatorer er et nyttig verktøy både for virksomhetsstyring og for intern kvalitetsforbedring. Det kan og være nyttig i forhold til sammenligning mellom sykehus eller enheter. Det må stilles strenge krav til utvikling av kvalitetsindikatorer slik at de er gyldige, pålitelige og anvendbare (Rygh og Mørland, 2006). Hvilke av kvalitetsmålene man skal bruke, foreligger det ingen konsensus på eller hvordan sammenhengen mellom dem er. Ulike tilnærminger har sine fordeler og ulemper (Den norske legeforeningen, 2011). Valg av indikatorer vil dermed være avhengig av hensikten.

2.2.1 Sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer

I mer enn tretti år har det vært stor utvikling i sykepleieteorier som underbygger sykepleiepraksis. De seneste årene har mange ment at man også bør kvantifisere og måle det sykepleierne gjør. På den måten kan man forsvare kostnader og finne grunnlag for kvalitetsforbedring. Sykepleiesensitive indikatorer kan være verdifulle for å se nærmere på utførelse og ytelse av sykepleie (Heslop og Lu, 2014). Sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer kan bidra til å fokusere på hvordan sykepleiere jobber, og kan tydeliggjøre hva sykepleiefunksjonen består i. Det er avgjørende hva indikatoren representerer. Det betyr at den sykepleiefaglige profilen i pasientforløp og behandlingslinjer må være tydelig, slik at andre helseprofesjoner og pasienter kan ha klare forventninger til sykepleieres bidrag (Mathisen, 2011).

Både det internasjonale sykepleierforbundet og flere nasjonale sykepleierforbund har i mange år jobbet med kvalitetsforbedringsprogram for å fremme kvalitet på sykepleiertjenesten (Beilenhoff, 2011). Norsk Sykepleieforbund har i mer enn 25 år jobbet med kvalitet og kvalitetsforbedring i sykepleietjenesten, og et prosjekt knyttet til kvalitetsindikatorer har blant

annet munnet ut i anbefalinger om felles kvalitetsindikatorer innen områdene ernæring, smerter, trykksår, pasient fall og bemanning (Mathisen, 2011). Ved å måle kvalitet ved hjelp av indikatorer kan sykepleie knyttes til verdiskapning i form av helsegevinst for pasientene, og samtidig være en faktor som beskytter pasienter mot skade eller komplikasjoner (Mathisen, 2011).

2.3 Kvalitetsindikatorer ved koloskopi

Internasjonalt har det gjennom årene blitt definert og anbefalt over førti forskjellige kvalitetsindikatorer for måling av kvalitet ved koloskopi (Kaminski et al, 2017). European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) og The United European Gastroenterology (UEG) har kommet med en anbefaling om å bruke syv indikatorer. De anbefalte kvalitetsindikatorene er: *polypp- og adenomdeteksjonsrate*, det vil si funn av mulige forstadier til kreft, c*økumintubasjonsrate*, det vil si at hele tykktarmen blir undersøkt, *rengjøring av tarmen*, *tilfredsstillende teknikk for fjerning av polypper*, *komplikasjonsrate*, *pasientopplevelse* og *tilfredsstillende oppfølging etter polyppektomi* (Kaminski et al, 2017).

Den første internasjonale randomiserte multisenter studien i verden på screening for tarmkreft ved koloskopi (sammenlignet med ingen screening) ble publisert i 2016. Den viser at det er store individuelle forskjeller mellom endoskopørene når det gjelder adenomdeteksjonsrate, cøkumintubasjonsrate og pasientopplevd smerte og ubehag under koloskopien (Bretthauer et al, 2016).

Nåværende leder av Norsk gastroenterologisk forening, Birgitte Seip, skrev i sin doktoravhandling i 2012 at eksisterende kvalitetssikringssystemer for gastroenterologi i andre land hovedsakelig fokuserer på strukturelle og utføringsmessige kriterier. I det nasjonale kvalitetsregister i Norge (Gastronet) har man i tillegg introdusert kriterier som registreres av pasientene ved hjelp av spørreskjema (Seip, 2012). I de europeiske anbefalingene fra 2017 er pasientopplevelse lagt til som kvalitetsindikator (Kaminski et al, 2017).

Tidligere leder av ESGENA (The European Society of Gastroenterology and Endoscopy Nurses and Associates), Ulrikke Beilenhoff, skrev en artikkel i 2011 hvor hun hevder at det å skille mellom utfall av medisinsk intervensjon og sykepleie ofte er vanskelig innen endoskopi fordi begge deler henger sammen. Det er ikke blitt utarbeidet sykepleiersensitive kvalitetsindikatorer, men artikkelen til Beilenhoff (2011) inneholder flere forslag til kvalitetskriterier og kvalitetsindikatorer som håndtering og ivaretagelse av pasienten og

utstyret før, under og etter endoskopiprosedyren. Hun mener at sykepleie til pasienter som skal til endoskopi, bør dekke alle disse områdene, men hun understreker at det er hele endoskopienheten som må være pasientfokusert i sin ytelse til pasienten, og at det er vanskelig å si at noe «måler» kun sykepleieren. Hun skriver ikke spesifikt om kvalitet ved koloskopi, men ved endoskopi generelt (Beilenhoff, 2011).

2.3.1 Kvalitetsindikatorer ved koloskopi i Norge: Gastronet

Gastronet ble opprettet i 2003 og er et verktøy for utvikling av kvalitet innen endoskopi med særlig vekt på pasienttilbakemeldinger. Gastronet fikk status som et nasjonalt kvalitetsregister i Norge i 2012. Det overordnete formålet med Gastronet er å fremme kvalitet og legge til rette for kvalitetsforbedringsarbeid i norske endoskopiavdelinger som tilbyr undersøkelser av ende- og tykktarm (koloskopi) og av galleganger (ERCP). I Gastronet registreres hver koloskopiundersøkelse på to skjema - et skjema fylles ut av endoskopør og sykepleier i tilslutning til undersøkelsen, og et skjema fylles ut av pasienten dagen etter undersøkelsen og returneres til registersekretariatet (Hoff, 2017).

Følgende validerte kvalitetsindikatorer er valgt som særlig viktige i Gastronet: *polyppdeteksjon (definert som påvisning av polypper > 5 mm), cøkumintubasjonsrate*, *adekvat tømt tarm* og *pasientrapporterte smerter ved undersøkelsen*. Kvalitetsindikatorer som også blir målt er: cøkumintubasjonstid (tid for å komme gjennom hele tykktarmen), sedasjonspraksis og pasienttilfredshet knyttet til informasjon, rengjøring av tarmen og om det forekom noen umiddelbare komplikasjoner ved koloskopien (Gatronet,u.å.).

Dersom måling skal kunne brukes til læring og forbedring må resultatene av målingen føres tilbake til utøverne av helsetjenesten på den lokale avdeling eller institusjon (Den norske legeforening, 2012). Måling og oppfølging av kvaliteten ved koloskopi gir muligheter for den enkelte endoskopør å forbedre seg, samt at det gir avdelinger hvor det utføres koloskopier mulighet til å legge planer for kvalitetsforbedring av tjenesten (Gatronet,u.å).

2.4 Kvalitetsforbedring

Siden 1960 tallet har kvalitetssikring og kvalitetsforbedring vært en integrert del av både medisin og sykepleie (Beilenoff, 2011). Likevel er kvalitetsforbedring en av de største utfordringene innen moderne helsetjeneste (Brandrud et al, 2017). Kvalitet på helsetjenester

har historisk vært noe de ulike fagmiljøene både tok hånd om og hadde oversikt over selv. Det har ikke alltid vært krav om systematisk kunnskap om kvalitet på det som utføres og rapportering av slike data. Individuell opplæring og faglig utvikling fra medarbeidere med lang erfaring har vært, og er vanlig. I tillegg har forsknings- og utviklingsarbeid også bidratt til kvalitetsforbedring i helsetjenesten. I dag er det større krav om at helsetjenestens kvalitet skal kunne evalueres og måles. En norsk nasjonal case studie fra 2017, undersøkte 132 pågående kvalitetsprosjekter. De skriver at kvalitetsforbedringsprosjekter hvor det var både god oppfølging, og fokus på måling, var de som hadde størst mulighet for å lykkes. Dette er to suksessfaktorer som er på linje med etablert teori om kontinuerlig forbedringsarbeid (Brandrud et al, 2017).

«Vi tror vi leverer god kvalitet på helsetjenesten, men vi mangler dokumentasjon, skriver den Norske legeforening i et nylig vedtatt policynotat om kvalitet i helsetjenesten» (referert i Johannesen, 2012). Måling gir økt dokumentasjon, og kvalitet må måles og brukes til forbedring (Johannesen, 2012). Det stilles i dag krav til at kvalitetsforbedringsarbeidet skal være en del av den daglige rutinen, og at det skal kunne dokumenteres fortløpende (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016).

Den teknologiske utviklingen har etablert flere muligheter innen diagnostikk og behandling ved koloskopi, og endoskopi generelt, og det er økt behov for særskilt kunnskap, som for eksempel det å administrere anestesi eller håndtere avansert utstyr. Disse økte mulighetene, samt at endoskopiske undersøkelser utføres på et økende antall eldre, og pasienter med komplekse medisinske problemer, gjør at behovet for velorganisert infrastruktur og et godt trent personal innen medisin og sykepleie øker (Beilenhoff, 2011). Internasjonalt har man de senere år i økende grad erkjent behovet for kvalitetsforbedring innen koloskopi for å redusere komplikasjoner og antall forstadier til kreft og krefttilfeller som overses ved koloskopiundersøkelsen (Helsedirektoratet, 2017).

2.5 Sykepleierrollen

Sykepleiere har i helsetjenestene en viktig rolle og er en stor og etablert yrkesgruppe. Sykepleiere har mange varierte arbeidsoppgaver og mange roller. En rolle kan anses som summen av de forventningene som blir satt til en fra ulike hold, som fra for eksempel pasienter, kollegaer eller fra en selv. Disse forventingene kan være både formelle og uformelle (Eide og Eide, 2007). Sykepleieren kan for eksempel ha flere roller i sin relasjon til

pasienten, roller som kan variere ut i fra pasientens behov. Sykepleieren vil også selv skape seg egne roller som de opplever som viktige (Eide og Eide, 2007). Kirkevold identifiserer fire terapeutiske roller sykepleiere har ovenfor pasienten. De fire rollene er:

- Den fortolkende rolle
- Den trøstende rolle
- En rolle som bevarer og beskytter kroppslige funksjoner
- En integrerende rolle som hjelper pasienten til å lære nye funksjoner for å mestre dagliglivet (Kirkevold, 2010)

Dette viser at sykepleiere har en tydelig rolle når det gjelder å gi pleie, omsorg og behandling til pasienten.

Sykepleiere er ofte en naturlig del av det tverrfaglige teamet i møte med pasienten, og sykepleierens rolle i det tverrfaglige teamet er ofte mange. Når sykepleierrollen skal omtales i et tverrfaglig perspektiv kan det være nyttig å se på sykepleiens historie og grunnlag. Florence Nightingale la et grunnlag for et selvstendig og særegent fag med fokus på å se den syke som et helt menneske. Sykepleiere bringer inn sitt sykepleiefaglige perspektiv i tverrfaglig samarbeid, og bidrar til at kliniske beslutninger ivaretar pasientens behov sett fra et sykepleiefaglig ståsted (Norsk sykepleierforbund, 2008).

På 1960 -tallet ble begrepet «nurse practioner» innført i USA, og det fremstår i dag som pionerarbeidet innenfor den moderne sykepleierrollen hvor sykepleieren får utvidete roller. (Delamaire og Lafortune, 2010). Storbritannia og Finland har vært tidlig ute og kommet langt når det gjelder oppgaveglidning og endrede roller for sykepleiere i Europa (Brusselkontoret, 2012). I Norge har det vært få uttalte ambisjoner direkte knyttet til oppgaveglidning (Brusselkontoret, 2012), men det har endret seg de siste årene. I Nasjonal helse- og sykehusplan for 2016-2019 er omfordeling av oppgaver innad i sykehuset sett på som en løsning for å bedre ressursutnyttelsen. Eksempler er poliklinikker drevet av sykepleiere (Meld. St. Nr. 11 (2015-2016)). I England har endoskopiske undersøkelser utført av sykepleiere økt de siste år. Det finnes flere studier som viser at denne praksisen er trygg, effektiv og akseptabel blant pasienter (Williams et al, 2009). I en større randomisert studie der man sammenlignet sykepleier- og legeendoskopører fant man ingen signifikant forskjell i forhold til diagnostikk, men studien viser større pasienttilfredshet etter en endoskopi med sykepleier enn med lege (Williams et al, 2009). I norsk endoskopisammenheng finnes det et kommentarinnlegg hvor det norske miljøet ikke finner noen medisinskfaglig argument for at

koloskopier bør gjøres av andre enn leger (Fossmark, Bretthauer og Gustafsson, 2013). Mitt inntrykk er at denne holdningen holdes fast ved i det norske miljøet den dag i dag. Jeg skal i denne oppgaven ikke gå nærmere inn på å diskutere oppgaveglidning, men det å vise til oppgaveglidning og overføring av legeoppgaver til sykepleiere var ment som et eksempel på at sykepleieren kan ha nye roller.

2.6 Litteraturgjennomgang av forskning på sykepleierens betydning ved koloskopi

Sykepleiers rolle og betydning ved koloskopi er lite belyst. Ved mitt litteratursøk har jeg kun funnet noen få studier publisert i internasjonale tidsskrift som belyser temaet. Det er to studier fra USA som viste at sykepleierens erfaring hadde betydning for utfallet av koloskopien. I en studie der man undersøkte om sykepleieren sin erfaring påvirket polyppdeteksjonsraten ved koloskopiscreening, fant man at polypper oftere ble oversett når mindre erfarne sykepleiere assisterte ved undersøkelsen. Mindre erfarne sykepleiere ble her definert som sykepleiere med mindre enn seks måneders erfaring med å assistere ved koloskopi (Dellon et al, 2008). I samme studie, undersøkte de betydningen av sykepleierens erfaring når det gjaldt komplikasjoner, prosedyretid og cøkumintubasjonsrate. De fant at endoskopisykepleiere som var helt uerfarne, definert som 0-2 ukers erfaring, hadde en innvirkning på komplikasjoner som oppsto under undersøkelsen. Videre hadde endoskopisykepleiere som hadde mindre enn 6 måneders erfaring, innvirkning på forlenget prosedyretid og cøkumintubasjonsrate sammenlignet med de som hadde lengre erfaring (de fleste hadde mer enn 5 års erfaring) (Dellon et al., 2009).

En studie fra Sør Korea har funnet at sykepleieres deltagelse under koloskopi ikke øker polyppdeteksjonsraten signifikant i forhold til når sykepleier ikke er med på undersøkelsen. Men i gruppen der sykepleier var med på undersøkelsen, fant de likevel en signifikant forskjell mellom de som har erfaring og de som har mindre erfaring. De konkluderer med at sykepleiere med minimum 2 års erfaring har en viss betydning på polyppdeteksjon, men at dette bare hadde betydning når sykepleieren arbeidet i team med lite erfarne koloskopører (Lee et al, 2011). En annen studie sammenlignet koloskopier hvor legen utførte koloskopien uten sykepleier tilstede versus med sykepleier tilstede under undersøkelsen. Hensikten var å se nærmere på betydningen av sykepleierens deltagelse ved en koloskopi. De fant at polyppdeteksjonsraten var høyere ved koloskopier hvor sykepleiere var involvert i

undersøkelsen. Forfatterne konkluderte med at sykepleierens rolle med «et ekstra par kliniske øyne» var det viktige, men ikke hvor lang erfaring sykepleieren hadde (Kim et al, 2012). Sykepleierne sitt bidrag synes altså å være av betydning ved en koloskopi.

Det er utført en studie i Norge som har sett på sykepleierens påvirkning på kvalitetsindikatorer ved koloskopi (Holme et al, 2018). Dataene i denne studien er hentet fra det nasjonale kvalitetsregisteret Gastronet som inkluderte over 15000 koloskopier fra 12 sykehus mellom januar 2012 og desember 2013. Kvalitetsindikatorene som ble undersøkt var cøkumintubasjonsrate, cøkumintubasjonstid, polyppdeteksjonsrate (definert som polypp > 5 mm), smerte ved koloskopi, sedasjonspraksis og pasienttilfredshet knyttet til informasjon som ble gitt. Resultatene viste at sykepleierne påvirket hvorvidt kvalitetsindikatorene ble nådd ved noen av sykehusene. For eksempel fant man at en sykepleier hadde signifikant lavere cøkumintubasjonsrate sammenlignet med den beste ved sitt sykehus, og fire sykepleiere hadde signifikant lavere polyppdeteksjonsrate sammenlignet med den beste ved sitt sykehus. Videre fant de at noen sykepleiere hadde høyere andel smertefulle koloskopier enn den beste ved sine respektive sykehus, og noen lavere skår i forhold til pasienttilfredshet knyttet til informasjon. Sykepleierens erfaring eller antall prosedyrer utført hadde ikke påvirkning på kvalitetsindikatorene i denne studien. Forfatterne konkluderte med at ved de fleste sykehus i Norge har sykepleierne liten påvirkning på definerte kvalitetsindikatorer, men like fullt kan funnene tilsi at det er forskjell blant sykepleierne som er av klinisk betydning for pasienten. De hevder at sykepleierne bør bli målt på kvalitet på samme måte som endoskopøren for å sikre kvaliteten ved koloskopi. Det understrekes at kvalitetsindikatorene definert i Gastronet i dag, muligens ikke er egnet til å måle det arbeidet sykepleieren utfører, og at dette bør undersøkes nærmere i fremtidige studier (Holme et al, 2018).

Når det gjelder holdning til kvalitetsforbedringsarbeid og bruk av kvalitetsindikatorer som et måleverktøy, er det en forskjell mellom hva leger og sykepleiere mener er viktig. Jonge, Kuipers og Leerdam (2012) skriver at sykepleiere generelt har en positiv holdning til kvalitetsforbedringsarbeid, da de mener det vil ha en effekt på kvaliteten for arbeidet på enheten. Respondentene i denne studien, alle sykepleiere, mener at de viktigste kvalitetsindikatorene var de som var pasientrelaterte, slik som informasjon, pasientopplevelse og ivaretagelse. Dette i motsetning til endoskopørene, som har kliniske resultatparametere som viktigst. Dette kan ha sammenheng med sykepleierens viktige rolle i forhold til pasienttilfredshet og sykepleierens tette interaksjon med pasienten. Det har også blitt vist i

mange publiserte studier at sykepleierens adferd er en viktig faktor for pasienttilfredshet innen endoskopi (Jonge, Kuipers og Leerdam, 2012).

3 METODE

I dette kapittelet presenteres oppgavens metodiske bakgrunn og valg jeg har gjort gjennom forskningsprosessen. Det gjøres rede for alle trinnene i undersøkelsen; forskningsmetode og studiedesign, datainnsamling, metoderefleksjon, refleksivitet og tilslutt etiske overveielser.

3.1 Studiedesign

Studien har et kvalitativt og eksplorerende design. Metodevalget er valgt ut fra at hensikten med denne studien er å få kunnskap om endoskopørens, sykepleieren selv, og pasientens oppfattelse, erfaringer og synspunkter om utførelsen av en koloskopi med fokus på hvilke bidrag og betydning sykepleieren har for kvaliteten på undersøkelsen.

I følge Kirsti Malterud (2017) er kvalitativ metode velegnet for å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener slik det oppleves for de involverte. Eksplorerende design er naturlig når man skal utforske et fenomen, eller når man har lite kunnskap om et tema. I denne studien har jeg valgt et eksplorerende design siden temaet er lite utforsket tidligere, og innhenting av kvalitative data gir mulighet til bedre innsikt og forståelse av temaet.

Tilnærmingen i studien er induktiv. Tjora (2012) skriver at induktiv metode er velegnet ved forskning som er empiridrevet og/eller eksplorerende. En induktiv tematisk analyse kan også kalles for «bottom up» analyse, og ved bruk av en induktiv tilnærming vil temaene som blir identifiserte være sterkt forankret i selve dataene. Dette er motsatt av en deduktiv eller teoretisk «topdown» analyse (Braun og Clarke, 2006). Siden forskningsfeltet er lite utforsket, har jeg valgt induktiv metode hvor det ikke brukes forhåndsdefinerte kategorier. Induktiv metode er en prosess med å kode empiriske data for å belyse forskningsspørsmålet uten å prøve å få det til å passe inn i et teoretisk rammeverk. På denne måten er analysen datadrevet (Braun og Clarke, 2006). Gjennom fortolkning, med en grunnforståelse om at spørsmålene kan oppfattes på ulike måter ut ifra hvilket ståsted man har, trekker man slutninger fra det enkeltstående til det allmenne. Og derfra søker man å finne sammenhenger som kan belyse problemstillingen (Malterud, 2017).

3.2 Datainnsamling

Jeg har valgt å benytte meg av fokusgruppe-intervju for å få svar på min problemstilling. Et litteratursøk som jeg gjorde i forkant av fokusgruppeintervjuene, viser at dette er et lite utforsket område. Datainnsamlingen har foregått i perioden juni til august i 2018.

3.2.1 Fokusgruppe og fokusgruppeintervju

En fokusgruppe er en organisert diskusjon, som kan forstås som en forskningsmetode hvor data produseres i en gruppediskusjon for å få frem synspunkter og erfaringer om et bestemt tema (Halkier, 2003). Det er samhandlingen og interaksjonen mellom deltagerne i gruppen som står sentralt (Malterud, 2012).

I følge Malterud (2017) egner fokusgruppeintervjuer seg godt til å utforske holdninger, erfaringer og synspunkter innen et miljø eller en gruppe hvor mange samhandler. Dette kan for eksempel være aktuelt i når man vil undersøke erfaringer ut fra et pasientperspektiv eller erfaringer og synspunkter hos helsepersonell (Malterud, 2012). Metoden er også egnet fordi datainnsamlingen krever mindre ressurser enn om deltagerne skulle vært intervjuet individuelt (Malterud, 2012).

Formålet med fokusgruppeintervju er å få frem så mange forskjellige synspunkter i gruppen som mulig. Intervjueren har som oppgave å skape en god og åpen atmosfære slik at personlige og motstridende synspunkter kommer til uttrykk (Justesen og Mik-Meyer, 2012). I denne studien er fokusgruppeintervjuer valgt fordi samspillet mellom en gruppe leger, en gruppe sykepleiere og en gruppe pasienter kan bidra til å få frem mangfoldet av synspunkter fra ulike personers perspektiver. Malterud (2017) skriver at det er mest vanlig med fem til åtte deltagere i en fokusgruppe og at intervjuet ledes av en moderator. Det er ulik oppfatning av hva som er det ideelle antallet i en slik gruppe. Som Kvale & Brinkman (2015) skriver, så er det vanlige ved denne typen intervju å inkludere seks til ti deltakere, men det kan også være et spørsmål om tilgjengelighet og tidsramme. Et veiledende prinsipp er å samle data inntil en når en metning, såkalt saturasjon, eller til man ikke lenger oppnår ny innsikt.

I fokusgruppeintervjuene i denne studien var jeg selv moderator og hovedveileder var sekretær. Dette er i tråd med Malterud (2012) som anbefaler å ha med en sekretær. Sekretærens hovedoppgave under intervjuene er dels å registrere samhandlingen mellom deltagerne i samtalen, og dels å notere hovedmomenter og navnfeste replikkene (Malterud,

2017). Vi valgte å navnfeste de første replikkene i intervjuet for å kjenne dem igjen senere i samtalen. Sekretæren deltar vanligvis ikke i samtalen (Malterud, 2017), men vi var enige om at sekretæren kunne komme med innspill og følge opp med spørsmål hvis moderator utelot noen viktige elementer. Etter intervjuet oppsummerte vi de viktigste punktene sammen, Malterud (2012) anbefaler at man gjør det mens lydopptakeren pågår, men vi gjorde det etter at vi hadde skrudd av.

3.2.2 Utvalg

I kvalitative studier er det viktig å foreta et strategisk utvalg ut fra hvem som kan bidra med informasjonsrike data (Malterud, 2017). Det vil si at ved rekruttering til en kvalitativ studie med fokusgruppeintervju er det et viktig prinsipp at utvalget i størst mulig grad består av deltakere som kan gi relevant og variert informasjon som er egnet til å belyse problemstillingen. Man søker å rekruttere deltakere som har dybdekunnskap om fenomenet som man vil undersøke, samtidig som man søker et utvalg som kan gi tilstrekkelig informasjonsrikdom. For å skaffe nok datamateriale for å kunne besvare min problemstilling, ønsket jeg å rekruttere deltagere til tre fokusgrupper med mellom fem og åtte informanter i hver gruppe (Malterud, 2017).

Ved rekruttering av leger og sykepleiere var jeg i kontakt med flere avdelinger, men det viste seg at det ikke var lett å rekruttere på relativ kort varsel. Jeg valgte i hovedsak bort avdelinger utenfor Oslo på grunn av tidsrammen og omfanget av oppgaven, men var allikevel i kontakt med noen avdelinger hvor det jobber ressurspersoner jeg hadde blitt tipset om utenfor Oslo, men ingen av dem hadde anledning til å delta. Denne studien inkluderer sytten informanter fordelt på fem endoskopører (leger), seks endoskopisykepleiere fra totalt fire ulike sykehus i Oslo og Akershus. I tillegg seks personer som har fått utført koloskop (pasienter), alle med reisevei innenfor en time fra Oslo.

Utvalget i gruppene er strategisk ved at det bevisst er valgt personer som har god kjennskap til temaet. Det ble ikke satt noen absolutt grense, men det var ønskelig at informantene har jobbet med koloskopi i minimum i 2 år, fordi en da kunne forvente at de hadde et større spekter av relevante erfaringer. Det var også ønskelig at de skulle være ressurspersoner innenfor koloskopi og ha høyt engasjement, være forskere eller fagansvarlige innen feltet eller ha lederroller og/eller engasjement i kvalitetsforbedringsarbeid. Ledere ved gastromedisinske

avdelinger ble brukt som «døråpnere», og bedt om å hjelpe til med å identifisere ansatte som kunne være aktuelle deltakere.

Data fra et utvalg med høy informasjonsstyrke øker muligheten for utfyllende nyanser, og reduserer risikoen for forhastede konklusjoner. Et slikt utvalg bidrar også til å gi et godt grunnlag for utvikling av kunnskap om fellestrekk og mening, som igjen kan gi innsikt utover den konteksten studien er plassert i (Malterud, 2017). Malterud (2017) hevder at informasjonsstyrke i utvalget bestemmer hvor mange informanter det er behov for, og at høy informasjonsstyrke i utvalget krever færre informanter enn et utvalg med lav eller svak informasjonsstyrke.

Målet skal være å oppnå saturering, som innebærer at det er sannsynlig at flere intervjuer ikke vil bidra med ny kunnskap (Malterud, 2012). På bakgrunn av sammensetningen av kompetansen i helsepersonellgruppene i forhold til utvalgskriteriene hadde gruppene høy informasjonsstyrke. Når det gjelder saturering kan jeg ikke utelukke at jeg kunne fått mer informasjon ved å utvide antall fokusgrupper, eller ved å sette sammen andre grupper, for eksempel leger og sykepleiere i samme fokusgruppe, men jeg opplevde at jeg hadde mye materiale å gå videre med etter de første tre fokusgruppeintervjuene, og valgte derfor å ikke utvide. Det var også et spørsmål om tid og omfang av studien. Ved å intervjue både leger sykepleiere og pasienter har jeg intervjuet alle parter som er direkte involvert i en koloskopi.

Brukere av tjenesten, personer som har erfaring fra koloskopiundersøkelser, rekrutterte jeg via Landsforeningen for fordøyelsessykdommer (LMF). En grunn til å søke informanter via pasientorganisasjon er muligheten til å rekruttere personer som sannsynligvis er engasjerte i forskningsspørsmålet, uten at vi vet noe om mer om dem enn antall koloskopier de har utført. Det eneste inklusjonskriteriet var at de skulle ha gjennomført minst to koloskopier. Alle deltagere fikk tilsendt informasjon om studien, gjennomføring av fokusgruppeintervjuet og samtykkeskjema i forkant. Når det gjelder saturering i denne gruppen, kan jeg ikke utelukke at jeg hadde fått mer informasjon om jeg også hadde intervjuet pasienter som ikke var rekruttert fra LMF, for eksempel pasienter som var inne til kreftscreening. Da hensikten med studien var å se på sykepleierens rolle og betydning for kvalitet ved koloskopi, begrenset jeg meg imidlertid til pasienter som var medlem av LMF, og som hadde vært inne til mer enn en koloskopi. På den måten fikk jeg et homogent utvalg, noe som er i tråd med Malterud (2012) som hevder at det er hensiktsmessig for å få informasjon om en subgruppe, å gjøre et homogent utvalg, det vil si personer med sammenlignbar bakgrunn og erfaring.

3.2.3 Gjennomføringen av intervjuene

Jeg utarbeidet en temaguide for hver av gruppene. Temaguiden inneholdt forslag til spørsmål jeg ville bruke for å belyse studiens problemstilling.

Mitt første fokusgruppeintervju var med seks sykepleiere rekruttert fra to sykehus. Etter fokusgruppeintervjuet med sykepleiere utførte jeg fokusgruppe intervju med legene, som var en gruppe på totalt fem personer fra tre ulike sykehus. Til slutt ble intervjuet med personer som har fått utført koloskopi gjennomført. Halvparten av pasientene hadde utført fem koloskopier og resten hadde utført femten eller mer. Ettersom pasientinformantene ble rekruttert via Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer, er det stor sannsynlighet for at dette er pasienter med kronisk inflammatorisk tarmsykdom som vil ha behov for flere koloskopier i fremtiden. I fokusgruppeintervjuene med pasientene ble det vektlagt at det er kvalitet på endoskopiundersøkelsen som er hensikten med intervjuene, og ikke pasienters opplevelse om egen helse og behandling.

Alle tre fokusgruppeintervjuene ble gjennomført som beskrevet i kapitelet om fokusgrupper. Min oppfatning er at intervjuene bar preg av reflekterte og åpne samtaler mellom deltagerne og at alle bidro. Jeg holdt meg i hovedsak til temaguiden, og jeg gikk som regel videre til neste punkt i guiden når det stoppet litt opp i diskusjonen, men understreket hele tiden at vi kunne komme tilbake til temaet som vi hadde vært innom om de hadde mer de ønsket å dele.

3.2.4 Bearbeiding og analyse

Analysearbeidet ble påbegynt allerede etter første fokusgruppeintervju ved å reflektere over spørsmål og tema i intervjuguiden min, og vurdere om noe skulle endres til neste intervju, for eksempel ved hjelp av oppfølgings-, fordypnings- eller flere ekstra spørsmål. Jeg forandret ikke mye i selve temaguiden underveis, men jeg bestemte meg for å benytte meg av mer oppfølgingsspørsmål og fordypningsspørsmål, spesielt for å få informantene til å gi konkrete eksempler når noe ikke fungerte så godt og hva det i så fall betydde.

I studien har jeg valgt å benytte tematisk analyse for bearbeiding av mitt datamateriale. Ifølge Braun og Clarke (2006) vil bruk av tematisk analyse gi en stor grad av metodisk fleksibilitet, og det betyr at man kan nærme seg temaer på flere måter. Samtidig påpeker de at denne fleksibiliteten kan skape visse utfordringer i møte med et omfattende datamateriale så det er viktig at analysen gjøres konsekvent. Analysen innebærer en induktiv tilnærming hvor

empirisk data fra enkeltpersoner bidrar til å belyse problemstillingen. I «møte med materialet», skriver Malterud (2017), bør forskeren bruke sin bevissthet og intuisjon. Teorier og hypoteser skal ikke legge føringer.

Den tematiske analysen ble gjennomført gjennom flere faser, og jeg vil vise fasene og trinnene jeg har gjort her.

Fase 1: Å bli kjent med datamaterialet. Det første var å gjøre meg kjent med datamaterialet. Alle fokusgruppene ble tatt opp på lydopptaker og transkribert i sin helhet etter intervjuene. Allerede under transkriberingen ble sitater og utsagn som utmerket seg, notert. Jeg transkriberte alle intervjuene selv, noe som ga nærhet og godt kjennskap til datamaterialet. For å få en god oversikt over dataene, er det avgjørende å gjennomgå datamaterialet grundig (Braun og Clarke, 2006). De tre intervjuene ble derfor lest gjennom flere ganger, og det ble diskutert med hovedveileder om hva datamaterialet kunne fortelle, og hva som så ut til å gjenta seg i flere av intervjuene.

Fase 2: Koding av datamaterialet. Etter å ha blitt kjent med datamaterialet, startet kodingen av informasjonen fra materialet. Hvert intervju ble utforsket gjennom åpen tematisk koding. I denne prosessen trakk jeg ut meningsinnholdet i utsagnene, og samlet de i kategorier for å få en bedre oversikt over hvilken informasjon som gjentok seg i de forskjellige intervjuene. Jeg plasserte utsagnene under utløsende hendelser. En utløsende hendelse er første del i en hendelsessekvens som medfører noe sykepleieren gjør som har betydning sett i lys av problemstillingen. Jeg plasserte de utløsende hendelsene inn i en fargekode, jeg ga for eksempel alle utsagnene som jeg tolket omhandlet «informasjon» en rød fargekode, og utsagn relatert til «å vurdere smerter» fikk en grønn fargekode. Deltageres utsagn med beslektet meningsinnhold fikk da en fargekode og ble satt sammen i ett dokument, noe som gav god oversikt over strukturen i datamaterialet. I denne fasen var det definert femten koder.

Fase 3: Søking etter tema. Etter at kodingen var avsluttet, ble det innledet en fase hvor kodene ble satt i system og jeg begynte å søke etter tema. Jeg satt opp de kodene jeg hadde i et eget dokument, for å få en oversikt over mønstre og kombinasjoner som kunne danne felles temaer. Jeg leste nå alle intervjuene med fokus på disse teamene og kontrollerte om jeg hadde utelatt noe. Når jeg fant viktige utsagn som var utelatt, plasserte jeg dette under «rett» tema. Utfordringen var nå at jeg hadde mange tema. Jeg begynte å omplassere, trekke sammen og til og med utelate noen. En kritikk til tematisk analyse er at vi nettopp løser opp helheten og ser på delene, og dermed gjerne står i fare for å miste settingen og intensjonen

utsagnene var sagt i (Braun og Clarke, 2006). Dette prøvde jeg å ta høyde for i denne fasen. Jeg brukte tankekart med stikkord knyttet til temaene, og skrev sammendrag av uttalelsene til informantene knyttet til alle temaene. I denne fasen var det tretten tema.

Fase 4: Gjennomgang av tema. Etter å ha fordelt utsagnene under temaer og identifisert hvilke som hadde samme meningsinnhold og dermed var egnet under samme tema, og hvilke som viste seg å være underordnet et annet tema, var det også tydelig at noen tema var for smale til å stå alene, og derfor ble slått sammen (Braun og Clark, 2006). Eksempelvis ble «bruk av humor» puttet under tema «betydning av kommunikasjon», og «å håndtere tidspress» under «adferd». Viktigheten av hvert enkelt tema ble vurdert i denne fasen, samt sett i sammenheng til hverandre og en bredere overordnet sammenheng.

Fase 5: Definering og benevning av tema. Nå da det eksisterte en tilfredsstillende oversikt over datamaterialet startet denne siste fasen i den tematiske analysen (Braun og Clarke, 2006). Det innebar å se temaene i lys av oppgavens formål for så å beslutte hvilke tema som skulle inkluderes for å kunne besvare problemstillingen og mine forskningsspørsmål (Braun og Clarke, 2006). I denne fasen ble det identifisert hvilke tema som kunne sees i sammenheng til hverandre og i en større overordnet sammenheng. Etter flere omganger med analyse på dette nivået, ble det identifisert og opprettet to hovedtema som inneholder totalt ni under-tema.

Fase 6: Ferdigstilling av resultatene. Resultatene blir presentert i kapitel fire. De blir presentert under to hovedtemaer som er relevant for problemstillingen og forskningsspørsmålene i studien; i) faglig omsorg og ii) samarbeid.

Gjennom analyseprosessen har jeg prøvd å ha et refleksivt forhold til min egen posisjon og forforståelse. Det vil si å være åpen for hva materialet kan fortelle på en mest mulig representativ måte i forhold til sykepleiernes, endoskopørens og brukeren sin oppfattelse av sykepleierens betydning for kvaliteten ved koloskopi. Det er viktig å påpeke at jeg gjennom hele analyseprosessen jobbet meg frem og tilbake i de ulike fasene. Analyseprosessen kan dermed anses som sirkulær, da de ulike fasene overlappet og gjensidig påvirket hverandre.

3.3 Metoderefleksjon

3.3.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om i hvilken grad en studie kan etterprøves og er troverdig (Malterud, 2017). Ved gjennomføring av kvalitative intervjuer er det forskeren selv som er det viktigste instrumentet. I følge Malterud (2017) stiller dette strenge krav til at forskeren er bevisst og åpen om sin rolle. Som forsker i eget fagmiljø og på egen arbeidsplass er det ekstra viktig å være klar over egen forforståelse og hvordan dette kan prege tilnærmingen til studien, valg av tema i temaguiden, valgene i analyseprosessen og forståelse og fremstilling av resultatet av undersøkelser (Malterud, 2017). I denne studien er jeg som forsker en del av miljøet jeg forsker på, og på den måten er det ikke mulig å være nøytral. For å sikre reliabilitet er det derfor viktig å gjøre prosessen så transparent som mulig ved å detaljert beskrive strategi, metode og analyse. Det er viktig å være bevisst egen forforståelse og synliggjøre den for leseren slik at valgene mine lettere kan forstås (Malterud, 2017). Gjennom arbeidet med studien har jeg vært oppmerksom på hvordan mitt ståsted kan påvirke mine tolkninger og valg (Malterud, 2017). Jeg har vært bevisst på at for stor grad av nærhet til stoffet kan gjøre det vanskelig med kritisk refleksjon, og jeg har gjennom arbeidet med temaguide diskutert forslag til tema og ordvalg med veiledere, med en medstudent og en kollega. Det er viktig å understreke at jeg er kollega med noen av informantene og er leder for noen av dem og at det kan påvirke resultatene ved at informantene ordlegger seg annerledes eller holder tilbake informasjon. På den annen side kan det også tenkes at de blir engasjerte og føler seg frie til å dele nettopp på grunn av deres forhold til meg som intervjuer. Før intervjuperioden startet var jeg tilbakeholden med å dele mine egne meninger og synspunkter med mine kollegaer, da jeg ikke ville påvirke deres holdninger til temaet før intervjuene. Gjennom prosessen med å transkribere datamaterialet har det av samme grunn blitt lagt stort fokus på nøyaktig gjengivelse av det som har blitt sagt.

3.3.2 Validitet

Å validere er å stille aktive spørsmål om kunnskapens gyldighet (Malterud, 2017). Intern validitet dreier seg om i hvilken grad valg av metode og referanseramme er egnet til å gi gyldige svar på problemstillingen (Malterud, 2017). Metodevalget i denne studien var fokusgruppeintervjuer og analysemetoden som ble brukt var tematisk analyse.

Fokusgruppeintervju viste seg å være en god måte for å få fram rike og nyanserte beskrivelser av informantenes oppfatninger og erfaringer. Det har vært nyttig å kunne følge en oppskrift på en analyseprosess, som i dette tilfellet var tematisk analyse. Det gjorde det lettere å systematisere mine data. Malterud (2017) anbefaler at alle trinn i analyseprosessen blir gjort rede for i metodekapitlet, slik at leseren lettere kan følge veien fra data til resultater. Dette har jeg vist til i kapitel 3.2.4.

Ved å bruke lydopptaker under alle intervjuene, og være nøye i transkripsjonsprosessen sørger man for en nøyaktig gjengivelse av det som blir sagt. Vi var to personer til stede under alle intervjuene, meg selv som moderator og min veileder som sekretær. Som kollega av sykepleierne og legene er jeg godt kjent med rammene de arbeider under, og det er lett å forstå hvilke situasjoner og eksempler de beskriver i intervjuene. Det kan bidra til mindre feiltolkning og øker sånn sett validiteten. Likevel vil det alltid være en risiko for misforståelser eller at sitater er tatt ut av sammenheng. For å forsikre seg at det ikke er tatt ut av sammenheng, eller at utsagnene er tolket feil, kan man gjøre en respondent validering, som innebærer at informantene får lese gjennom resultatene og komme med tilbakemeldinger på sine egne bidrag (Justesen og Mik-Meyer, 2012). Dette ble ikke planlagt inn denne studien fra starten av, og senere prosessen ble det vanskelig å gjennomføre på grunn av tidsperspektivet på oppgaven.

Når det gjelder utvalget, kunne variasjonen vært større med deltagere fra flere sykehus, også med representanter fra sykehus utenfor Oslo regionen, men alle legene og halvparten av sykepleierne har jobbet på et eller flere andre sykehus tidligere, og har dermed erfaring utover sitt nåværende arbeidssted.

Det andre spørsmålet om validitet gjelder overførbarhet, eller ekstern validitet. Overførbarhet handler om i hvilken grad funnene kan ha relevans utover den konteksten den er satt i (Malterud, 2017). Overførbarheten av funn i kvalitative studier er oftest knyttet til utvalget, men henger i stor grad sammen med om det kan overføres til andre sammenhenger som ligner den som den aktuelle studien er foretatt innenfor (Malterud, 2017). Studiens resultater kan ikke generaliseres, men det er mulig resultatene kan ha en viss nytteverdi for enheter for endoskopi som jobber med koloskopi og i team som beskrevet i oppgaven. Det kan tenkes at studien har en overføringsverdi til andre endoskopiske prosedyrer utover koloskopi. Det er og mulig funnene kan være av en viss nytte for andre spesialiserte sykehusavdelinger hvor sykepleier og lege jobber i team, og hvor det er en gjensidig avhengighet for å kunne utføre

helsetjenesten. Det er til syvende og sist opp til leseren å bedømme om funnene har overføringsverdi til en annen kontekst. For å kunne gjøre det, er det viktig at utvalget og prosessen er godt beskrevet (Tjora, 2012).

3.4 Refleksivitet: Egen rolle og forforståelse

I følge Tjora (2012) bringer man med seg sin faglige forforståelse til ethvert forskningsarbeid. Det er ryddig at man skisserer hvilken betydning det kan ha for studien da forforståelsen kan gi både styrke og svakheter til studien (Tjora, 2012).

Min forforståelse preges av at jeg er enhetsleder på en enhet for endoskopi hvor det utføres ca. 4000 koloskopier per år, og av at jeg er utøvende sykepleier hvor jeg har pasientkontakt og assisterer ved koloskopi. Denne bakgrunnen har gitt meg en kjennskap til undersøkelsen koloskopi, sykepleieren og endoskopørens roller og oppgaver, forventninger og krav, pasientgruppen og til drift og logistikk av en endoskopisk enhet. Denne bakgrunnen vil naturligvis prege min tilnærming til oppgaven. Det har vært viktig for meg i hele prosessen, men spesielt i forkant av fokusgruppeintervjuene ikke være forutinntatt av mitt engasjement og mine holdninger til feltet jeg skulle utforske, og ikke lage egne hypoteser eller tanker om hva slags meninger og informantene ville dele og diskutere under intervjuene.

Min oppfatning som både leder og sykepleier er at sykepleierne har høy kompetanse og er opptatt av kvalitet i tjenestene de utfører. Min oppfatning har vært at sykepleierne har stor betydning for kvaliteten på koloskopi og for arbeidet som utføres på en enhet for endoskopi. Sykepleieren har, og tar på seg mange roller, både selvstendige og som en tverrfaglig part i koloskopiteamet, og det er mange definerte og ikke definerte oppgaver og ansvarsområder. Sykepleiernes bidrag har av meg vært oppfattet som er viktig klinisk, men også på organisatorisk plan, og jeg opplever at sykepleierne er interessert i systematisk kvalitetsforbedring, i dette tilfelle kanskje i større grad enn det endoskopøren er.

3.5 Etiske overveielser

Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) (Vedlegg 1), og det er meldt til personvern ved Oslo universitetssykehus. Vestre Viken krevde godkjenning fra forskningsavdelingen ved sykehuset for å rekruttere informanter til studier, og ønsket en

presentasjon av studien før de godkjente deltakelse. Avdelingens ledelse på de respektive avdelingene er informert og gjort kjent med studien.

Alle informantene fikk informasjon om studiens hensikt, gjennomføring og behandling av data. De fikk også informasjon om at det var frivillig å delta, og at å trekke deltagelsen sin var mulig når som helst. Jeg innhentet skriftlig og muntlig informert samtykke fra samtlige informanter innen fokusgruppeintervjuene startet (Vedlegg 2). Samtykkeerklæringene oppbevares etter gjeldende retningslinjer.

Lydfilene og utskrift av intervjuene er lagret etter retningslinjer på sikkert lagrings område på OUS. Alle lydfiler og utskrifter av intervjuene vil bli slettet etter at studien er avsluttet.

4 RESULTATER

I dette kapitlet presenteres resultatene fra fokusgruppene i tematisk rekkefølge. Det første temaet har jeg kalt faglig profesjonell omsorg, og har delt inn i fem undertemaer: i) ivaretakelse og observasjon, ii) informasjon, iii) tekniske ferdigheter og håndtering av utstyr, iv) vurdere smerte og behov for smertestillende, vi) adferd og holdninger. Det andre hovedtemaet har jeg kalt samarbeid. Det er også her delt inn i underkapitler: i) team – tenkning, ii) assistere endoskopøren, iii) kommunikasjon, iv) roller og rolleforståelse.

4.1 Faglig profesjonell omsorg

Begrepet «faglig omsorg» introduseres i fokusgruppeintervjuet med pasientene. Begrepet brukes til å beskrive deres opplevelse av sykepleierens rolle ved koloskopi. De mener begrepet dekker mer enn omsorg i tradisjonell forstand, det dekker i tillegg til det å «ta vare på» og «sørge om», også forventninger om at sykepleieren har en særegen kompetanse og kunnskap. Når man setter omsorg sammen med profesjon da snakker vi om omsorg en profesjonsutøver skal bedrive. Det å være profesjonell betyr at man har en spesiell teoretisk og praktisk kunnskap ervervet gjennom utdanning. Som en av pasientene sier:

> *«De kan jo ikke putte en førskolelærer inn i det rommet for å gi omsorg. Det er ikke den form for omsorg jeg trenger».*

En annen pasient sier dette om forventningene til omsorg fra sykepleieren:

> *«I den faglige omsorgen, må det ligge kompetanse og kunnskap. Kan de bare det tekniske, og ikke viser omsorg, da ryker de. De må kunne begge deler».*

Jeg vil nå presentere fem undertema som alle er funn knyttet til sykepleierens utøvelse av faglig profesjonell omsorg som selvstendig utførelse. I neste kapitel vil jeg presentere funnene knyttet til samarbeid, og sykepleierens rolle i teamet.

4.1.1 Ivaretagelse og observasjon

Alle informantene enes om at det har stor betydning at sykepleieren ser pasienten, ivaretar dennes behov, og yter omsorg i forbindelse med en koloskopi. Flere av informantene trekker frem at dette kanskje er den viktigste sykepleieroppgaven isolert sett.

Sykepleierne mener selv at dette er av avgjørende betydning for at man skal få utført en god undersøkelse.

En sykepleier sier:

> *«En pasient som føler hun blir tatt vare på, vil ha en helt annen tålmodighet og ønske om å gjennomføre undersøkelsen».*

Flere av endoskopørene trekker også frem at en viktig rolle som ligger til sykepleieren er å ta hånd om pasienten. En endoskopør sier:

> *«Det at pasienten har det bra på alle mulig måter, vi deler noen ganger på det, men hovedansvaret synes jeg er en særskilt viktig rolle som sykepleieren har».*

I fokusgruppen til pasientene kommer de stadig tilbake til betydningen av omsorg og ivaretagelse. En pasient sier:

> *«Ivaretagelse synes jeg dekker sykepleierens rolle best».*

Flere av pasientene fremhever betydningen av at noen ser deg allerede ved ankomst. En sier:

> *«Venterom er veldig vanskelig. Det mangler noe i begynnelsen om vi ikke blir tatt i mot».*

Det kommer frem at flere av pasientene er redde å gå på toalettet med fare for å miste sin «tur». Flere er også engstelige for at de er glemt eller kommet på feil dag. Sykepleierne har også merket seg dette, og peker på betydningen av ivaretagelse av pasienten allerede ved det første møte. En sykepleier understreker:

> *«Vi må møte hver enkelt pasient for det den er, vi må nærme oss raskt, men samtidig forsiktig, sanse den enkelte».*

Flere av pasientene enes om at det er sykepleieren de husker best fra undersøkelsen, på grunn av den tryggheten de gir. De peker også på at det noen ganger mangler en følelse av ivaretagelse og omsorg. En pasient understreker at det er sjelden de opplever at sykepleieren ikke er på pasientens «lag», men når hun ikke er det, preger det hele opplevelsen av undersøkelsen på en negativ måte. Hun deler en opplevelse:

> *«Hun var streng, og jeg var alene, jeg hadde ikke opplevd akkurat dette før»*

En annen pasientinformant, som har fått utført flere koloskopier over mange år, forteller en historie om hvordan tidene har forandret seg, og uttrykker det slik:

> *«Tidlig på 80 tallet var jeg bare en ting som ikke ble ivaretatt, det har jeg ikke opplevd siden».*

I fokusgruppen til endoskopørene blir det pekt på at det er vanskelig å måle ivaretagelse av pasienten som kvalitetsmål på selve koloskopien. Dette selv om det har stor betydning for pasienttilfredshet. Flere av sykepleierne i fokusgruppen mener at deres evne til å roe pasienten

og ivareta han eller hennes behov under undersøkelsen, kan bidra til for eksempel at større områder av tarmen blir undersøkt. En av pasientene tror at den omsorgen sykepleieren utøver, kan bidra til å nå kvalitetsindikatoren om å komme gjennom hele tykktarmen, og hun trekker frem et eksempel:

> *«Jeg hadde aldri før klart å fullføre en koloskopi, nå ville legen gi seg igjen, fillern heller, jeg sa til sykepleieren at hun måtte hjelpe meg, holde meg i hånda, klut på panna, hjelpe meg å puste og si at jeg er flink»,*

Hun fortalte at koloskopien ble fullført til stående applaus. Flere av informantene blant pasientene, understreker at dette er et godt eksempel som viser betydningen av sykepleierens bidrag.

Informantene både i fokusgruppene for endoskopører og for sykepleiere enes om at kliniske observasjoner av pasienten under undersøkelsen er en del av ivaretagelsen. Det er enighet om at observasjon av pasienten ligger til sykepleierollen, spesielt når legen er opptatt av det tekniske og instrumentelle. Det blir understreket av flere av endoskopørene at sykepleiere er godt trent i klinisk observasjon, og at de har evne til å erkjenne hva som skjer, og kan handle ut i fra det.

4.1.2 Informasjon

> *«I omsorgsrollen ligger det også mye forberedelser i forhold til informasjon».*

Det sier en av sykepleierne i fokusgruppen.

I alle tre fokusgruppene fremheves viktigheten av at pasienten er godt informert før undersøkelsen. De fleste informantene, men spesielt blant sykepleierne og pasientene, definerer dette som sykepleierens ansvar. En pasient sier:

> *«Det synes jeg var den viktigste oppgaven til sykepleieren. Hun informerte meg hva det var jeg skulle gjøre, og hvilket utstyr vi kanskje skulle bruke etc. jeg visste jo ingenting»*

Flere av sykepleierne påpeker at informasjonen de gir til pasienten i forkant av undersøkelsen, er viktig. Dette for å gjøre pasienten forberedt og motivert til undersøkelsen, og eventuelt oppklare uklarheter og spørsmål rundt undersøkelsen som pasienten kan ha. En sykepleier sier:

> *«Bare det å informere hvordan de skal ligge på benken og hvordan vi starter vil kunne berolige pasientene, mange har forestillinger og fantasier før de kommer»*

I tillegg peker sykepleierne i fokusgruppen på at pasienter har hørt skrekkhistorier om koloskopi fra bekjente, eller fra Google. Det å høre hva de vet, og hva de tror om undersøkelsen på forhånd, mener sykepleierne er viktig å oppklare før man starter undersøkelsen. En sykepleier beskriver det sånn:

> *«De vet ofte ikke hva de er redd for, de er bare skrekkslagne når de kommer, da er det viktig å bruke tid på informere, og snakke seg gjennom det»*

Flere av endoskopørene i fokusgruppen mener at det er bra at sykepleierne sørger for at pasientene får den informasjon de har behov for før undersøkelsen. De peker også på at det er bra at sykepleieren tar seg av spørsmål og informasjon underveis, da de selv er mest opptatt av det tekniske ved undersøkelsen. Men en av endoskopørene peker på at det ikke alltid er tydelig hvor informasjonsansvaret ligger, eller bør ligge. En endoskopør sier:

> *«Jeg liker å snakke med pasienten på forhånd og informere pasienten, og jeg liker å snakke med pasienten etterpå selv, gi informasjon om funn, betydning også videre, det kan jo være forskjellig arbeidsfordeling avhengig av hvilken lege og hvilken sykepleier tenker jeg.»*

En endoskopør deler et eksempel fra et sted hun har jobbet tidligere. Der har de standardisert informasjon om hva sykepleieren skal informere om. Dette opplevde hun som bra både ovenfor pasienten, men også i forhold til endoskopøren, for da var det tydelig for begge parter hvem som informerte om hva. Både endoskopørene og sykepleierne er enige om at informasjon om funn under undersøkelsen, og videre oppfølging ligger hos endoskopøren.

I fokusgruppeintervjuet med sykepleierne ble det diskutert at det i noen tilfelle kan være viktig å realitetsorientere pasienten om hva en koloskopi gir. Noen peker på at noen pasienter har urimelige forventinger om hva en koloskopi kan gi svar på. En sykepleier kommer med et eksempel:

> *«De tror at når de er ferdig med koloskopien så skal legen si at jeg kan se at du har vondt der og det er fordi sånn og sånn, og bare du tar de medikamentene og slutter å spise modne bananer»*

Noen av informantene blant sykepleierne, trekker frem at noen pasienter er redde for at de ikke er godt nok tømt. De mener at det er viktig at de informerer pasientene at det vil oftest gå bra hvis de har fulgt tarmtømmingsprodyren. Da har de gjort jobben sin, og resten kan som regel håndteres med funksjoner som skopet har. Denne informasjonen kan bidra til å trygge pasienten før undersøkelsen, påpeker sykepleierne.

Noen av pasientene sier de ikke kan få nok informasjon, en sier:

> *«Nok informasjon, det gjelder alle gangene, det er ofte ny lege og nytt rom, og alle dager er forskjellig, og man vet ikke før man er der, hvordan det vil oppleves akkurat i dag»*

I tillegg nevner en av pasientene at det er viktig at sykepleieren sanser den enkeltes behov for informasjon. Behovet for informasjon vil være forskjellig fra pasient til pasient, og kanskje fra gang til gang også. Det ble i fokusgruppen til sykepleierne sagt at det er viktig å tilpasse informasjonen til pasientens behov, og det er viktig å sanse og respektere om noen pasienter ikke ønsker, eller har behov for informasjon.

4.1.3 Tekniske ferdigheter og håndtering av utstyr

At det et forventet at sykepleierne behersker det tekniske, peker alle informantene på, og spesielt i fokusgruppene til endoskopørene og til sykepleierne understrekes dette. En endoskopør sier:

> *«Sykepleieren har jo fått mange flere omfattende oppgaver med det tekniske utstyret og alt som skal håndteres rundt det. Vi forventer jo at det er på stell».*

I fokusgruppen til endoskopørene, peker de på at det har blitt mer avanserte prosedyrer ved koloskopi de siste årene. Det kreves at den som assisterer også kjenner disse prosedyrene og kan bruke utstyret som benyttes. Eksempler på dette er; kjennskap til systematisk biopsitakning, kunnskap om de ulike metodene til å stoppe en blødning, samt bruk av utstyret som skal brukes, og innstilling av apparatur og rengjøring av skop. En endoskopør sier

> *«Man må rett og slett være god på det tekniske, helst litt bedre enn legen, virkelig kunne det».*

Endoskopørene i fokusgruppen forventer at sykepleierne håndterere utstyret og innehar tekniske ferdigheter, og mener at de fleste gjør det. En endoskopør sier:

> *«Jeg har ikke jobbet med mange sykepleiere som ikke er flinke teknisk»*

I fokusgruppen til sykepleierne er det enighet om at det å ha kontroll på det tekniske er viktig, for å være fri til å bruke sykepleiekompetansen sin bredere. Det kan sammenlignes med å kjøre bil, det skal gå på autopilot. Eller som en sykepleier sier:

> «*Det er som å spille et instrument, man øver på skalaen for å kunne fri seg fra den, man behøver ikke tenke på at du bruker skala, men bruker den automatisk».*

På spørsmål til sykepleierne i fokusgruppen om hva de tror endoskopørene mener er deres viktigste rolle, sier flere at de tror de fleste endoskopører vil løfte frem det å beherske utstyr,

samt ha utstyret tilgjengelig og klart når det skal brukes. Endoskopørene påpeker at selv om det er essensielt at sykepleieren behersker det tekniske, og holder oversikten over utstyret under koloskopien, er det også viktig at sykepleieren tar seg av den pasientnære kontakten. Blant sykepleierne er det også enighet om det. Alle sykepleierne i fokusgruppen er tydelige på at kunnskap om utstyr og tekniske ferdigheter må være på plass for å kunne utføre jobben sin. En sykepleier sier:

> «*Jo mer kontroll på alt det tekniske som foregår, jo bedre kan du være i omsorgsrollen og assistentrollen*»

Man bør også like å jobbe i halv-akutte situasjoner med tekniske prosedyrer mener flere av sykepleierne.

En bekymring som kom til uttrykk blant sykepleierne i fokusgruppen er at endoskopøren ikke alltid har forståelse for at det tar tid å gjøre utstyret klart. Noen av sykepleierne hevder det kan gå utover kvaliteten hvis endoskopøren maser. I fokusgruppen til pasientene diskuterer de lite konkret dette med å håndtere utstyre og tekniske oppgaver, men de bemerker at sykepleierne legger alt utstyret til rette på forhånd for legen.

4.1.4 Vurdere smerte og behov for smertestillende

Både endoskopørene og sykepleierne i fokusgruppene diskuterer betydningen av medikamenthåndtering under en koloskopi. Det å kartlegge hvor smerteplaget pasienten er, administrere medikamenter, observere hvordan pasienten reagerer på medikamentene, ha oversikt over - og føre logistikk over medikamentbruken er det bred enighet ligger under sykepleierens ansvarsområde. Informantene blant endoskopørene trekker frem at det er de som ordinerer medikamentene, og at ansvaret rundt det ligger hos dem. De diskuterer hvorvidt sykepleier skal kunne være en påminner til legen og komme med oppfordring til å gi sedasjon. De fleste mener at det er bra at sykepleieren kommer med innspill når de selv er konsentrert om selve koloskopien. En endoskopør sier

> «*Innspill til sedasjon, det opplever jeg at sykepleiere er flinke til. Det synes jeg er et særegent bidrag. At de har selvstendig synspunkt på om pasienten er godt nok smertelindret, og tar initiativ til at man skal gjøre noe med det*».

En av endoskopørene i fokusgruppen trekker frem at han synes det er ukomfortabelt hvis sykepleieren stiller spørsmål til den dosen som han har ordinert. Han understreker at det er hans oppgave å ordinere og det kan oppstå en uheldig situasjon ovenfor pasienten om sykepleieren nekter. En annen endoskopør mener imidlertid:

> *«Det er viktig at sykepleier kan si i fra når det oppleves uforsvarlig, enten ved for høy dose eller at pasienten ikke har fått nok smertestillende».*

Sykepleierne i fokusgruppen fremhever at det er en viktig rolle å kunne si i fra når de mener at pasientene trenger mer sedasjon. I tillegg trekker de frem at det er viktig hvordan man kommuniserer dette til endoskopøren. Det pekes på at det er viktig å formidle det uten at det oppstår en ukomfortabel situasjon, verken ovenfor pasienten eller endoskopøren. En sykepleier forteller at man kan spille på egen erfaring, og at man kan fortelle endoskopøren på en skånsom måte, hva hun tror pasienten har behov for. Hun fremhever også at man kan spørre endoskopøren direkte om det er kontra indisert hvis endoskopøren mener pasienten ikke kan få mer sedasjon. Hun trekker frem at det er viktig å prøve å innlede til en dialog, og hun mener at sykepleieren har et ansvar for å si i fra. Det kommer samtidig frem blant sykepleieinformantene at håndtering av medikamenter kan være vanskelig, spesielt ved situasjoner der de ikke forstår den vurderingen som ligger bak endoskopørens ordinasjon. Spesielt trekkes dette frem som et problem av de sykepleierne med mindre erfaring som da prøver å tilpasse seg endoskopøren de står sammen med. En sykepleier sier:

> *«Jeg vet ikke om det er riktig eller galt, men vi tilpasser oss jo legen vi jobber med, også i forhold til sedasjon. Vi trekker opp det vi vet han pleier å gi blant annet».*

En pasient peker på at hun skulle ønske at det var mer opp til sykepleierne å gi smertestillende. Hun forteller om en gang hun synes det var vanskelig:

> *«Sykepleieren spurte legen om hun kan få mer og legen sa nei, hun har fått nok, men det har man jo ikke når det fortsatt er vondt».*

Stort sett alle pasientene skjønner at det ikke er opp til sykepleieren hva og hvor mye sedasjon de kan få, men de fremhever at det er viktig at sykepleieren følger med på smertene. De fleste opplever at sykepleierne er flinke til å oppdage smertene i tide. En pasient sier:

> *«Det er en utfordring for oss, vi føler at vi aldri får nok smertestillende. Da er det fint å titte på sykepleieren, som skjønner at nå tror jeg at det ikke går så bra her».*

Sykepleierne i fokusgruppen diskuterer hvorvidt den jobben de utfører har betydning for i hvilken grad pasienten opplever smerte. Noen av sykepleierne nevner at dialogen på forhånd med pasienten ofte kartlegger om pasienten trenger sedasjon. Og de nevner at det å ha en aktiv rolle i å legge inn en venekanyle i forkant, vil bidra til om det blir gitt medikamenter under undersøkelsen. De tror at praksisen om hvorvidt sykepleieren medvirker til om det blir gitt medikamenter ved en koloskopi er forskjellig fra sted til sted, og også kanskje mellom

endoskopørene på samme avdeling. Både endoskopørene og sykepleierne sier at pasientens opplevelse av smerte og bruk av sedasjon ved en koloskopi ikke nødvendigvis henger sammen med pasienttilfredshet, som en endoskopør sier:

> *«Ofte er pasienten fornøyd, de kan være strålende fornøyd, og så har de hatt forferdelig vondt, det henger ikke sammen»*

En endoskopør påpeker at kvalitetsindikatorer som opplevd smerte, bruk av smertestillende og pasienttilfredshet, er mål på samarbeid i team, ikke bare endoskopøren eller bare sykepleieren. Han sier:

> «*Vi er sammen om det, og det er vanskelig å skille».*

4.1.5 Adferd og holdninger

Alle informantene har en oppfattelse om hvordan sykepleieren bør opptre ved en koloskopi, og hvilke holdninger og personlige egenskaper hun eller han bør ha. De fleste informantene fremhever det å «ha en ro» som viktig. Det kan påvirke pasienten slik at han føler seg trygg og opplever ro i undersøkelsessituasjonen, som igjen kan være avgjørende for en god undersøkelse. En endoskopør sier:

> «*Når jeg tenker tilbake, og har lest den artikkelen om at sykepleieren til og med kan være viktig for cøkumintubasjonsraten, så tror jeg nok på det, for sykepleieren har en egen evne til å kunne roe ned hele settingen»*

Det å opptre profesjonelt er noe alle informantene forventer av sykepleieren. En av pasientene mener det gir en nødvendig trygghet når en sykepleier utstråler faglig autoritet. Hun sa det sånn:

> «*Det at sykepleieren står frem selvsikre, rak i ryggen, møter blikket mitt og egentlig virker som de har kunnskap, det er viktig. Hvis de ser ned i gulvet, og sier at det vet de ikke noe om, da stoler jeg ikke på. Jeg trenger en som sier dette fikser vi, jeg kan jobben min».*

En av sykepleierne mener det har med holdninger å gjøre, med en filosofi om hvordan vi møter pasientene. Flere av informantene sier noe om det samme, og en endoskopør sier:

> *«Møte den enkelte pasient for den den er, å være profesjonell, det er ordet».*

De fleste informantene blant endoskopørene støtter opp om dette, og det blir fremhevet at det gjelder jo også dem. En endoskopør sier:

> *«Vi må alltid behandle alle med respekt, pasienter og kolleger, det er viktig».*

Også pasientene understreker at respekt er viktig. En av pasientene mener at respekt handler om å vise forståelse for at situasjonen er intim, og at en intim situasjon må håndteres delikat. Det gjelder både ved omkledning, når de ligger på benken og etter undersøkelsen. En pasient omtaler respekt sånn:

> *«Det dreier seg om å bli respektert, en følelse av å bli likt rett og slett».*

Det trekkes frem av flere av informantene at evnen til å konsentrere seg fullt og helt om den pasienten som ligger der er viktig. Det understrekes av flere av informantene at det må være undersøkelsen her og nå som gjelder, og ikke alle andre gjøremål. Det å være interessert, og «være på» har en positiv betydning for undersøkelsen fremhever flere av informantene, motsatt kan være uheldig, en sykepleier sier:

> *«En som er sur og tverr, kan ha negativ innvirkning på undersøkelsen».*

En endoskopør påpeker at de personlige egenskapene til en sykepleier er vanskelig å måle, men de personlige egenskapene betyr kanskje mest.

Både endoskopørene og pasientene i fokusgruppene fremhever viktigheten av å ikke gi pasienten følelse av dårlig tid. I fokusgruppen til sykepleierne diskuteres også dette, men mer knyttet til aspektet om at man må ta en pasient av gangen. For pasientene er det viktig at ikke hendelser som for eksempel lunsj, det å hente i barnehage, eller forsinkelse på grunn av en annen pasient skal gå utover dem. For endoskopørene var tidspress også knyttet til stress som kunne påvirke prestasjonene.

En av endoskopørene fortalte en historie om en annen lege på sykehuset der han jobber, som kaller gastroenterologisk lab for en «industrisone», da det ser ut som et samlebånd. Han mener en viktig rolle for sykepleierne er å bidra til at pasientene ikke får denne følelsen, og til at den enkelte ivaretas. En pasient sier dette om en koloskopi hun var med på:

> *«De møtte meg med tid, tålmodighet, følte meg ikke som samlebånd! Det var veldig bra altså».*

4.2 Samarbeid

Flere av temaene som kom frem i analysen handler om samhandling. Det er tydelig at alle informantene mener at sykepleieren ikke jobber uavhengig av hverken pasient eller endoskopør. Jeg vil nå presentere fire undertema knyttet til dette.

4.2.1 Team-tenkning

Både endoskopørene, sykepleierne og pasientene i fokusgruppene fremhever at det er viktig å tenke at det er et team som leverer helsetjenesten, ikke enkeltpersoner eller enkeltprofesjoner. Det handler kanskje først og fremst om hvordan man tenker rundt det å jobbe sammen om undersøkelsen. Det grunnleggende er å ha en felles forståelse for hvorfor vi er der, påpeker flere av informantene. En sykepleier sier det sånn:

> *«Hvis man har en felles forståelse for hvorfor man gjør det man gjør, så vil teamarbeidet fungere bedre, vi er jo der for pasienten».*

Det å like å jobbe i team trekkes frem som en viktig egenskap av flere av sykepleierinformantene. Det er viktig å like å jobbe sammen tverrfaglig når du jobber med koloskopi. Flere av både endoskopører og sykepleierinformantene mener at samarbeidet mellom endoskopør og sykepleier er veldig viktig for kvaliteten på undersøkelsen. En endoskopør sier:

> *«Teamet mellom endoskopør og sykepleier er blitt helt avgjørende for den totale kvaliteten».*

Det at sykepleieren forstår at de er en likeverdig, og viktig del av teamet, er essensielt, mener flere av endoskopørene i fokusgruppen. En endoskopør sier det sånn:

> *«Det at man har full enighet om assistenten som et fullverdig medlem i teamet, og ikke underordnet endoskopøren, det er helt avgjørende».*

Sykepleiere må være bevisste på at man skal jobbe som et team både med endoskopør og pasienten, og at man skal hjelpe hverandre påpeker flere av sykepleierinformantene. Det å kjenne at man har et felles ansvar, og bekrefte hverandre på hva man gjør, er viktig for et godt samarbeid, fremhever en sykepleier. Det at man har et felles ståsted er hele grunnlaget understreker en endoskopør. En annen endoskopør sier:

> *«Jeg sier ofte at dette hadde jeg aldri klart alene, dette er «team effort», jeg prøver å takke pasienten også for innsatsen mange ganger, fordi det jo er det, du klarer det ikke alene».*

Flere av pasientene trekker frem at det føles bedre, og mer inkluderende, når endoskopøren og sykepleieren fremstår som et samkjørt par og samarbeider godt. En av pasientene påpeker at både endoskopøren og sykepleieren har et gjensidig ansvar ovenfor hverandre og ovenfor henne, og sier:

> *«Det er vel noe om å bli sett på som en samarbeidspartner, som en av tre som jobber sammen».*

Det at pasienten er en del av teamet ved koloskopi, trekkes frem i fokusgruppene til både endoskopørene og sykepleierne. En sykepleier sier:

> *«Pasienten er også to øyne ut i rommet, og påvirker samtalen og stemningen i rommet».*

Flere av sykepleierne og endoskopørene peker på at jo mer man er bevisste på å lære nye prosedyrer sammen og trene og repetere i team, jo større sannsynlighet er det at tjenestene vi utfører blir gode. Flere av informantene mener at det fungerer bedre innad teamet, når man er kjent med den du jobber med. En endoskopør peker på at når det kommer en ny sykepleier skjer det noe med hele settingen, og det er da viktig å håndtere det profesjonelt. Det blir pekt på i sykepleiergruppen at det er fint å kjenne hverandre godt når man jobber sammen med et felles mål. Men som en sykepleier understreker:

> *«Vi må passe på så vi ikke blir gamle ektepar, vi må være profesjonelle, vi er to forskjellige profesjoner som jobber i et team»*

Det understrekes fra flere at det kan ikke være sånn at en endoskopør fortrekker å jobbe med en spesiell sykepleier fordi den sykepleieren vet akkurat hvordan hun eller han liker det. Vi må standardisere måten vi jobber på så vi kan jobbe godt sammen alle, understreker flere av sykepleierne i fokusgruppen.

I fokusgruppen til endoskopørene trekkes det frem muligheten til å innføre sjekklister, for å bøte på at man ikke kjenner hverandre godt. En endoskopør har erfaring med dette fra operasjonsstue, og en annen har gode erfaringer fra en annen endoskopienhet. Flere mener sjekkliste kan være en god ide å innføre. Pasientene trekker også frem at det er viktig at endoskopøren og sykepleieren er samkjørte. En pasient beskriver en god koloskopiopplevelse sånn:

> *«Det er så fint å se på folk som jobber så godt sammen. Virket som de hadde jobbet sammen i mange år, men det har de ikke, hun er helt ny lege».*

Det blir trukket frem av flere informanter at tillit er viktig, det at man kan stole på hverandre. En sykepleier understreker:

> *«Tilliten må gå begge veier, vi må gi hverandre rom til å gjøre det vi skal gjøre».*

Tillit handler om å stole på at vedkommende skal klare det vedkommende skal klare, eller at endoskopøren stopper når vedkommende ikke mestrer det som skal gjøres, påpeker flere av sykepleierne. I fokusgruppen til endoskopørene blir det også diskutert, og en sier:

> «*Et godt team er mottagelig for å ta i mot korreksjon fra hverandre. Det er jo viktig, og et modenhetstegn, hos endoskopøren og sykepleieren, men og viser det gjensidig tillit*».

Sykepleiere må anse seg selv i team med andre sykepleierne også, spesielt når det gjelder fagutvikling og assistanse, påpeker en av endoskopørene. Man bør utnytte muligheten til å lære av hverandre, trekker flere av endoskopørene og sykepleierne frem. En av endoskopørene peker på at det bidrar også til at man blir mer samkjørte, og gjør ting på ensartet måte. Det gjelder i grunn endoskopørene også, hevdes det i fokusgruppen til endoskopørene.

Når man ser på kvalitetsindikatorene, så er det vanskelig å vite hvor mye som måler den ene eller den andre sier flere av informantene. I fokusgruppen til endoskopørene er det enighet om at det er teamet som bør måles. En endoskopør sier:

> *«Når det gjelder å måle, så vil jeg bare si at man bør fokusere mer på teamet enn på hver for seg»*.

4.2.2 Assistere endoskopøren

Det å ha kontroll på assistentrollen er viktig når du jobber med koloskopi, påpeker en sykepleierinformant. En av endoskopørene fremhever at tradisjonelt sett så har sykepleierne kun blitt sett på som en tilrettelegger og endoskopørens assistent. Dette har endret seg understreker han. Assistentrollen er fortsatt en viktig rolle ved koloskopi, og en endoskopør peker på at det hele koker ned til hvordan man definerer en assistent. En assistent er i dag ikke bare en assistent. En som assisterer ved koloskopi har også en selvstendig rolle, og er en viktig samarbeidspartner påpeker flere av endoskopørene. De er ikke lenger bare «endoskopørens håndlanger» fremhever en. Flere støtter dette, og en annen endoskopør uttrykker:

> *«Ja, mer enn legens håndlanger, mer enn det»*.

En endoskopør peker på, at hun tror at noen sykepleiere undervurderer sin rolle og betydning ved koloskopi. Hun understreker at det er utrolig viktig at man føler seg trygg på at sykepleieren er med, hun sier:

> *«Det kan være helt avgjørende om jeg får det til eller ikke, mange som ikke skjønner hvor viktig den assistent rollen er da. De kan bety alt for at vi får det til, og om de drifter ut, da kan det bli katastrofalt»*.

En av endoskopørene trekker frem at det er fint når man kan diskutere utstyr med sykepleieren, for eksempel om hvilken slynge som passer best, eller om man bør legge endoloop. Det er et eksempel på godt faglig samarbeid, understreker han.

I fokusgruppen til endoskopørene pekes det på at det er fint om sykepleieren bidrar til å skape god atmosfære, og inntar en støttende rolle. Det oppleves som negativt når en assistent er opptatt av andre ting enn det du selv er som endoskopør, fremhever flere av endoskopørene. Det understrekes av flere av sykepleierne i fokusgruppen også, at det er viktig å være tilstede for endoskopøren så han eller hun får gjort det som skal gjøres på en best mulig måte. Det er som en sykepleier sier:

> *«Det er jo tungt og vanskelig innimellom, det er viktig å ha noen som heier».*

Noen av sykepleierne i fokusgruppen peker på at erfaring er verdifullt, spesielt når det gjelder å ligge i forkant av hva som kan skje, som for eksempel å skjønne hvordan sykepleierens trykk på maven kan bidra til at undersøkelsen lar seg gjennomføre noen ganger . Når man har erfaring, har man flere alternativer å spille på, trekker en av sykepleierne frem. En sykepleier sier:

> *«Jeg vet mange ganger at mitt forslag til å forandre utstyr har gjort koloskopien enklere».*

Spesielt når det er komplisert og man står litt fast, kan sykepleiernes tips og triks bidra til at man klarer å komme fremover i tarmen, og ja, i det hele tatt klarer å gjennomføre en undersøkelse mener flere av sykepleierne. I fokusgruppen til endoskopørene ble dette også trukket frem. En endoskopør sier:

> *«Det er mange eksempler på at det er disse ekstra triksene som avgjør om det er 95 % intubasjonsrate eller kun 90 %».*

En av endoskopørene fremhever at de har veldig flinke sykepleiere, og at det er vanskelig å finne eksempler der sykepleieren har gjort en dårlig jobb. Det må være i enkelte stressende situasjoner, eller i situasjoner hvor sykepleieren har vært ubetenksom. Det pekes på av en av de andre endoskopørene at noen ganger er det dårlig personkjemi i teamet, og noen ganger er det manglende ferdigheter som gjør at det ikke fungerer optimalt.

Det kom fram i fokusgruppen til sykepleierne, at det kan være vanskelig å formidle til endoskopøren når man er uenig i endoskopørens vurdering av situasjonen, eller valg av utstyr. Endoskopørene på sin side understreker at de verdsetter hjelp når de enten har glemt noe, eller ikke har brukt det utstyret så ofte. Det trekkes frem av endoskopørene i fokusgruppen at det er

spesielt viktig at sykepleieren bryr seg når situasjonen er kritisk. For eksempel, ved en blødning, så er det viktig sykepleieren kommer med innspill eller henter inn andre ved behov. En endoskopør sier:

> *«Det har jeg utallige eksempler på, dette hadde jeg ikke klart alene».*

En av endoskopørene sammenligner endoskopør og sykepleier med pilot og kopilot. Det fremheves at det som er en viktig oppgave for kopiloten, er å være korrektiv til piloten når ting ikke er som det skal. En endoskopør sier:

> *«Den som er assistent er et utrolig viktig korrektiv til endoskopøren, som kan komme i en stresset situasjon. Man vet at i en stresset situasjon kan man gå fra ene grøfta til den andre og gjøre enda mer feil».*

Pasientene i fokusgruppen satt lite ord på sykepleieren assistentrolle, men de enes om at det er viktig at sykepleieren kan det tekniske, og at sykepleieren er viktig for at legen skal kunne utføre koloskopien. De peker også på at sykepleieren er bindeleddet mellom dem og endoskopøren, og en pasient sa:

> «*Omsorg, faglig omsorg som vi snakket om, jeg trenger at sykepleieren hjelper meg til å bygge opp tillit til legen som holder utstyret».*

Flere av informantene peker på at, når det gjelder å måle sykepleierens påvirkning på kvaliteten ved koloskopi i denne rollen, er det vanskelig å sette fingeren på hva det er. En sykepleier understreker:

> *«Man sitter på en bestemt følelse av at jo sykepleieren har all verdens innvirkning på kvaliteten av den koloskopien, men hvordan måle det?».*

4.2.3 Kommunikasjon

Det understrekes fra flere av informantene i alle fokusgruppene, at kommunikasjonen mellom deltagerne ved en koloskopi er av stor betydning for utfallet. Flere av sykepleierinformantene påpeker at kommunikasjonen mellom endoskopør og sykepleier er viktig både for kvaliteten på undersøkelsen og for å trygge pasientene. I motsatt fall, kan det oppleves stressende for pasienten, og det kan oppstå misforståelser, påpeker en av sykepleierne. En pasient kommenterer dette:

> «*Når jeg opplevde at sykepleieren bare tok i mot beskjeder fra legen var stemningen dårlig. Sykepleier ble også kort mot meg».*

Kanskje det er en sammenheng, påpeker en av pasientene. Hvis endoskopøren og sykepleieren kommuniserer godt, så klarer sykepleieren å gi mer til pasienten? En annen pasient sier:

> *«Det var ikke før jeg oppdaget at de snakket sammen at jeg tenkte at det er hyggelig, det er ikke alltid sånn».*

Pasientene i fokusgruppen forteller at de av og til opplever at endoskopøren og sykepleieren «glemmer» at pasienten hører, eller forstår kommunikasjonen som foregår når de ligger på benken. Flere av pasientene understreker derimot at de blir veldig påvirket av den, og de merker om atmosfæren er dårlig, som en pasient sier:

> *«Om de ikke er «synket» blir det litt kjipere for meg også».*

Det å ha kunnskap om kommunikasjon, er viktig påpeker flere informanter. Det kan ha stor betydning for pasientens opplevelse, og påvirke kvaliteten på undersøkelsen. En sykepleier sier:

> *«Å være god til å kommunisere og lese situasjon og pasientene, det er avgjørende. Jeg har av og til sett at der kommunikasjonen ikke har vært helt på topp, har jeg inntrykk av at det blir mer stressende for pasienten».*

Noen av informantene i fokusgruppen til endoskopørene utrykker en bekymring for måten det av og til blir kommunisert på under en koloskopi. Ett par endoskopører sier at det er fint at det kommer kritiske spørsmål, men det kan oppstå en dum situasjon ovenfor pasienten. Et av inntrykkene fra både fokusgruppene for endoskopørene og sykepleierne, er at de ofte opplever et behov for en debrifing etter undersøkelsen eller etter endt dag. Debrifing mener flere kan være en mulighet til å snakke om det som er vanskelig å snakke om når de er mitt i undersøkelsen. Dette kan være utfordrende å få til i en hektisk hverdag, påpeker flere, men likevel viktig med tanke på forbedring av pasientbehandlingen understreker noen av sykepleierne.

En sykepleierinformant sier at det er endoskopøren som har mest autoritet. Det er ikke alltid uttalt, men det ligger der og preger kommunikasjonen. Bryter man en av de uformelle normene slik at det oppleves en ubalanse, tror hun det kan slå negativt ut for undersøkelsen.

En bekymring som kommer til utrykk i fokusgruppen til sykepleierne er at man av og til opplever at man ikke blir hørt på av legen. En sykepleier sier:

> *«Hun sa det samme som meg, men han hørte på henne, det har noe med erfaring å gjøre».*

I fokusgruppen til sykepleierne er det flere som anser kommunikasjonen om pasientbehandlingen med endoskopør som vanskelig, særlig når man er uenig. Flere av informantene i fokusgruppen til endoskopørene opplever det samme. Men en endoskopør fremhever at hun er imponert over kommunikasjonen sykepleiere ofte bruker ovenfor dem når de ønsker å bidra, og for å ikke gjøre dem forlegne ovenfor pasienten, og endoskopør sier:

> *«Det må vær et sånt hemmelig fag sykepleierne har på skolen, det å si sånn..jeg har sett at noen gjør det, hva tror du, jeg har vært med på at..ja ikke sant, ja du har ikke glemt at du har denne..».*

Bruk av humor nevnes både i fokusgruppene til sykepleieren og pasientene. Det er enighet om at sykepleieren bør kjenne på stemningen før hun eller han bruker humor i kommunikasjon med pasienten. Noen av pasientene påpeker at det kan brukes humor, men det må styres av pasienten. En pasient påpeker at sykepleieren ikke må glemme at koloskopi er en alvorlig situasjon hvor pasienten ofte føler seg underlegen.

Det å prate om andre ting som avleder er ofte fint, men også her må sykepleieren være vare på hva det snakkes om, påpeker pasientene i fokusgruppen. En av pasientene deler en historie hvor to sykepleiere undersøkte henne:

> *«Det gjorde ikke vondt, vi pratet om andre ting, champagne».*

Noen av pasientene forteller at de har opplevd at det er vanskelig når sykepleieren ikke er opptatt av hvordan de kommuniserer. En pasient forteller om en gang hun fikk beskjed av sykepleieren om å ligge stille så man ble ferdig med undersøkelsen. En annen pasient sier dette:

> *«Jeg var ikke godt nok tømt og de kommenterte det, det var dårlig gjort altså, ligge der å få kjeft liksom».*

Pasientene fremhever at de opplever det fint å bli involvert i situasjonen. En av dem påpeker at det er viktig at endoskopøren er konsentrert om undersøkelsen, men allikevel ikke er en fjern figur hele tiden. De enes allikevel at det er greit at legen ikke er opptatt av dem midt under undersøkelsen. Når endoskopøren er konsentrert, er det ekstra viktig at sykepleieren er både et bindeledd mellom pasienten og endoskopøren, og en støtte for pasienten. Blant sykepleierne i fokusgruppen ble dette også diskutert, og en sykepleier sier:

> *«At man trygger pasienten, at man sier at man ser at det gjør vondt, men hold ut litt nå skal vi komme litt lengere, da har vi en rolle i det som spiller inn på om han klarer å gjennomføre undersøkelsen for eksempel».*

Flere av pasientene fremhever at sykepleieren skal motivere dem og skryte av dem og si at de er flinke. En sier:

> *«Jeg blir demotivert om noen sier ja, dette er tøft det skjønner jeg, uff a meg stakkars deg…men at de sier du er tøff dette klarer du, du er flink, det gir en motivasjon».*

Noen av sykepleierne peker på, at de av og til ikke har nok tid til å kommunisere med pasienten. Det bidrar til at man ikke alltid får gjort en god nok jobb. En sykepleier forteller en historie, hvor hun ringte pasienten da hun hadde lest at pasienten var engstelig, og ønsket narkose som man den dagen ikke kunne tilby. Hun motiverte pasienten til å komme, og hun møtte også pasienten på venterommet når hun ankom. Sykepleieren forteller at det tok mye tid men det var verdt det, ellers hadde pasienten måtte utsette timen. En annen sykepleier forteller også om en situasjon hvor han fikk ro til å kommunisere med en pasient som ønsket å avbryte undersøkelsen, han sier:

> *«Jeg fikk en ro til å ha den kommunikasjonen med pasienten, og etter det så gikk det bra».*

4.2.4 Roller og rolleforståelse

Alle sykepleierne i fokusgruppen opplever sine roller som mange, en sykepleier sier:

> *«Jeg begynte med å si at sykepleierens rolle var tredelt, men nå er vi oppe i sju, åtte, ni».*

De fleste endoskopørene i fokusgruppen fremhever at sykepleieren har to hovedroller; en omsorgsrolle og en såkalt «teknisk» rolle. Noen av endoskopørene påpeker at det kan være flere. Både i fokusgruppen til endoskopørene og til sykepleierne, kommer det frem at det å skille sykepleierrollen fra rollen til endoskopøren kan være vanskelig å definere helt konkret. En endoskopør sier:

> *«Legen skal jo føre skopet og skal undersøke, skal konkludere og sykepleieren skal gjøre de andre tingene, bidra».*

En sykepleier påpeker at man har ulike roller:

> *«Klart at vi har to helt ulike roller. En gjensidig forståelse i at vi forstår de ulike rollene, det er veldig viktig».*

Alle informantene enes om at det er viktig å ha fokus på hvorfor man er der, og hvorfor et godt samarbeid er viktig. En endoskopør sier:

> *«Man er ikke der for å holde i skopet eller biopsitangen, man er der for noe mer enn det».*

Rolleavklaring ble diskutert i fokusgruppen både til endoskopørene og til sykepleierne. En bekymring som kommer til uttrykk blant flere av informantene er at rollene kan oppleves uavklarte, for eksempel om hvem som skal informere pasienten om undersøkelsen, og hvem skal ta initiativ til sedasjon.

Enkelte peker på at når forventingene til hvem som gjør hva, ikke er avklarte, så kan det skape en usikkerhet i teamet. En endoskopørinformant peker på at betydningen av klare forventinger er spesielt viktig ved de tekniske gjøremål. Det å ha klare forventninger om hvem som har ansvar for hva, er viktig for kvaliteten. Man må kunne stole på at sykepleierne kan en del ting, påpeker en av endoskopørene. Flere av endoskopørene understreker at de selv må ta ansvar for å kunne utstyret, og ikke overlate det helt til sykepleieren. En av endoskopørene fremhever at det viktig å ikke i etterkant kommer med at man trodde den andre hadde kontroll, om dette ikke er sjekket ut på forhånd. Rolleforvirring kan skje når noe er uklart understreker en endoskopør, og sier:

> *«Både lege og sykepleier kan bli forvirret, og da er det kjempeviktig å få satt rollene, for er det rolleforvirring i en situasjon, så kan det bli farlig».*

Bruk av sjekklister nevnes tidligere som et hjelpemiddel når man utfører en koloskopi med en man ikke kjenner så godt. Endoskopøren trekker det også frem som et hjelpemiddel for å avklare roller og oppgaver i teamet, og sånn sikre seg at det som skal gjøres blir gjort, og man vet hvem som gjør hva. Han sier:

> *«Sjekkliste er jo pang pang, gjort på kort tid og kan øke sikkerheten, dette er fra flybransjen. Pilot og kopilot sitter og krysser av sammen, check».*

Flere at endoskopørene er enig om at det kan være en god ide med sjekklister. Det kan egne seg til og formelt bli enig om hvem som gjør hva, og hvem som har ansvar for hva. Det ble pekt på av en endoskopør at dette er enda viktigere ved store team, men også viktig ved en koloskopi. Dette kom ikke opp i fokusgruppen til sykepleierne.

En endoskopør peker på at ved uavklarte roller kan det oppstå uformelle roller og normer innad i teamet. Han sier:

> *«Det er litt for mange uformelle roller, alt annet enn at vi er lege og sykepleier, alt det andre som man forventer av hverandre er uformelt, mye har bare blitt sånn».*

I fokusgruppene til endoskopørene og til sykepleierne diskuteres det formelle og uformelle roller og normer ved koloskopi. Flere av informantene påpeker at dette er et vanskelig tema.

Hvorfor det er vanskelig viser det seg ikke er så lett å si noe om for informantene. Tema som brifing og debrifing, og at det må «jobbes med kulturen» tas opp i begge gruppene. Når det gjelder de uformelle normer, lærer vi den lange veien mener en sykepleier. Hun sier:

> «Å *bli satt på plass om vi bryter den uformelle normen i rommet, det kan gjøre fryktelig vondt*».

Flere av informantene er enige om at rolleavklaringer er viktig for å redusere omfanget av uformelle roller og normer, og slik skape et bedre samarbeidsklima. En endoskopør sier:

> *«Kanskje sykepleieren reagerer på endoskopøren som vi ikke tenker oss, på samme måte som endoskopøren irriterer seg veldig over hvordan sykepleiere har håndtert tingene, men det blir ikke kommunisert, neste dag er det samme igjen».*

En sykepleierinformant forteller at hun opplever at hvis hun sier noe til endoskopøren, som for eksempel hvordan han eller hun bør holde skopet, eller hun informerer noe til pasienten som legen ikke mener er riktig, kan det oppstå en irritasjon. Hun mener også at følelser som oppstår når man blander seg i hverandres oppgaver eller intensjoner er gjensidig, hun sier:

> «*Det går begge veier, jeg er var for hva jeg synes legen skal blande seg opp i, i mine sykepleieavgjørelser, jammen dette kan da ikke du noe om».*

Blant flere av sykepleierne blir det fremhevet at opplevelse av hierarki gjør noe med stemningen i rommet og at selv om det ikke er uttalt, «merkes» det at pasienten har lavest rang sier en sykepleier. En av pasientene trekker frem at om man skal unngå følelsen av hierarki, er det viktig at alle gir inntrykk av at man er likeverdig, og at man er tre som samarbeider, det gir trygghet utdyper en av pasientene. En pasient sier:

> *«Det er jo vi som er hovedpersonen, det er jo vi som er viktige i det rommet. Det har man ikke alltid følelsen av».*

5 DISKUSJON

I dette kapitlet vil jeg diskutere resultatene i lys av tidligere forskning og relevant litteratur.

Sykepleierrollen i samfunnet har over tid blitt mer spesialisert. Når informantene i denne studien fikk spørsmålet om hva de mener er sykepleierens rolle ved koloskopi, mente de alle at sykepleieren har mange roller, og noen roller var lettere å definere enn andre. De rollene som var lettest å definere var omsorgsrollen ovenfor pasienten, den «tekniske rollen», det å assistere endoskopøren under selve undersøkelsen og det å være en aktiv samarbeidspartner i teamet. Dette passer med Norsk sykepleierforbund sin beskrivelse av at sykepleie iverksettes gjennom omsorg, pleie og deltagelse i tverrfaglig samarbeid (Norsk sykepleierforbund, 2008). Jeg har delt opp diskusjonskapitelet i fire deler; 1) om sykepleieren sin selvstendige rolle ved koloskopi, 2) om sykepleieren sin rolle i koloskopiteamet, 3) om sykepleierens påvirkning av kvalitetsindikatorene ved koloskopi, og til slutt 4) metodologiske begrensninger og betraktninger. Jeg har definert sykepleierens rolle i en selvstendig rolle og en samarbeidene rolle. Jeg presenterer disse rollene separat for å tydeliggjøre betydningen av begge rollene, selv om skillet mellom sykepleierens selvstendige rolle og sykepleierens rolle i koloskopiteamet er noe kunstig ettersom rollene delvis glir over i hverandre og forutsetter hverandre.

5.1 Om sykepleieren sin selvstendige rolle ved koloskopi

Sykepleierne i studien beskriver en hverdag som i stor grad er preget av selvstendige vurderinger og tilnærminger overfor pasientene. Ønsket om å beskrive eget ansvar og autonomi i rollen som sykepleier under koloskopien ble understreket av sykepleierne i studien. Det er for sykepleierne viktig å bli anerkjent som yrkesutøvere med egen profesjon som kan gjøre egne vurderinger og ta egne beslutninger både før, under og etter undersøkelsen. Resultatene synligjør at sykepleie ikke er en passiv utførelse av andre gruppers forordninger uten rom for egne vurderinger og beslutninger (Aasgaard, 1993). Endoskopørene på sin side opplever sykepleierne mer som viktige hjelpere og bidragsytere i teamet som utfører undersøkelsen. Samtidig uttrykker alle endoskopørene at sykepleierne, og deres bidrag, er helt nødvendige for å kunne gjennomføre en koloskopi, og at deres bidrag er av betydning for kvaliteten på undersøkelsen.

En av de enkleste måtene å definere en profesjon på er å si at det er et yrke (Lauvås og Lauvås, 2004). Det er imidlertid ikke alle yrker som går under betegnelsen profesjon, og det er visse kjennetegn som skiller profesjoner fra andre yrker. Tradisjonelt sett skal profesjoner kvalifisere til et yrke av praktisk art. Sykepleie er å anse som et praktisk yrke, og har over mange tiår utviklet seg til en egen profesjon ved blant annet utvikling av ferdigheter basert på teoretisk kunnskap og økt kompetanse i faglige spørsmål (Jensen, 1993).

Andrew Abbott er en av de fremste forskerne innenfor profesjonsteori, og hans definisjon av profesjon er mye brukt. Det som ifølge Abbott (1988) er den beste måten å definere en profesjon på, er å se på dens abstrakte kunnskap som profesjonsinnehaverne har enerett på å bruke, og som er blitt internalisert gjennom sosialisering. Det er *kunnskapen* de innehar som gir dem kontroll over et spesifisert arbeidsområde. Profesjonens praktiske ferdigheter vil vokse fram av den abstrakte kunnskapen som tilhører faget. Det er knyttet makt og prestisje til profesjonsbegrepet og yrkesgruppene generelt rangeres med blant annet leger høyt oppe på profesjonsskalaen og sykepleiere i nederste del av skalaen (Jensen, 1993). Jeg vil se mer på betydningen av dette i kapitelet der sykepleierens rolle i teamet blir diskutert.

5.1.1 Sykepleieren som omsorgsperson

Funn i studien tyder på at informantenes holdning til sykepleierne i stor grad er preget av forventinger som knyttes til den omsorgsrollen man tradisjonelt har til sykepleierollen. Martinsen (2003) hevder at omsorg er en grunnleggende forutsetning for all menneskelig eksistens, men sykepleieomsorgen er spesiell, og ytes med en balansegang mellom faglig kunnskap, erfaring og skjønn.

Både pasientene, endoskopørene og sykepleierne selv opplever sykepleierne som assisterer ved koloskopi som omsorgspersoner som har fokus på pasienten som en likeverdig person. Det å opptre som likeverdig, å inkludere og anerkjenne den hjelpetrengende er nødvendig for å skape tillit, og tillit er en grunnleggende forutsetning for all form for omsorg (Martinsen, 2009). Sykepleierne opplever at omsorg er et viktig fundament i deres daglige praksis i møte med pasienten som skal til koloskopi, og de beskriver en intensjon om ivaretakelse av pasienten på flere måter. Ved flere anledninger i fokusgruppen forteller sykepleierne at det å skape tillit er viktig i møte med pasienten. Å våge å gå inn i, og stå i situasjoner er sentralt for sykepleieren (Martinsen, 2003).

I følge flere av informantene i alle tre gruppene er mange pasienter som kommer til koloskopi engstelige, og for sykepleierne er det et mål å redusere pasientens bekymring. Uten at pasienten opplever tillit til sykepleieren, er det vanskelig for sykepleieren å nå fram med omsorg eller sin kompetanse ovenfor pasienten. I enhver pasient - sykepleier relasjon vil tillit være nødvendig for utøvelse av god omsorg. For at sykepleieren skal være tilliten verdig, må pasienten kunne stole på at sykepleieren utfører arbeidet på en tilfredsstillende måte (Eide og Eide, 2007), dette kommer også tydelig frem i mitt materiale.

Sykepleierne i studien beskriver hvordan de på ulike måter prøver å sanse og finne fram til hva som er best for den enkelte pasient. For eksempel er de opptatt av å møte pasientene på en måte som formidler at de ser pasienten, og de har et ønske om å ivareta de individuelle behovene pasienten måtte ha i forhold til informasjon, veiledning, støtte og hjelp. Bundgaard et al (2017) hevder at kommunikasjon, observasjon og fysisk berøring av pasienten muliggjorde en situasjonsbestemt oppmerksomhet som gjør sykepleieren i stand til å oppfatte pasientens behov selv i kortvarige møter med pasienten, slik som ved en koloskopi, og derved behandle pasientene individuelt.

Funn i min studie viser at både sykepleierne, endoskopørene og pasientene vektlegger betydningen av at sykepleierne berører pasientene, ved for eksempel å holde dem i hånda, eller ved å holde hendene på magen til pasienten i løpet av koloskopien. Holde hendene på maven under undersøkelsen er noe som også har til hensikt å hjelpe endoskopøren med å føre skopet innover i pasientens tarm, men mange av pasientene beskrev at de opplevde det som en fysisk berøring som hadde betydning for dem, og som de opplevde som noe godt og trygt. Det viser at man kan formidle omsorg og støtte gjennom berøring dersom personene og situasjonen tillater det (Eide og Eide, 2007).

Eide og Eide (2007) hevder at det som er viktig i den gode informasjonssamtalen er å prøve å kartlegge pasientens informasjonsbehov selv om ikke pasienten kan definere dette selv, og dette krever dialog med pasienten. Flere av informantene fremhever at omsorgsrollen også innebærer informasjon. Å gi god informasjon slik at pasientene er best mulig forberedt til undersøkelsen, bidrar til at pasientene blir rolige, føler seg trygge og vet hva som skal skje. Dette kan i neste omgang medføre at det blir mindre behov for beroligende medisin eller smertestillende. Dette er i tråd med at kunnskap gir trygghet, noe som kan bidra til økt tillit i relasjonen mellom pasient og sykepleier (Fagermoen, 1992).

Pasientene i studien beskriver at sykepleieren er selve holdepunktet undere hele koloskopien, og at det er sykepleieren som har størst betydning for hvordan de opplever koloskopien. Pasientene i utvalget mener omsorg er viktig, men mener den inneholder noe mer enn den omsorg som hvem som helst kan yte. «Faglig omsorg» dukket opp som et begrep som i følge flere av pasientene dekker godt det de forventer av sykepleieren. God sykepleie blir ofte beskrevet som en kompetanse på å gi totalomsorg, og dette kan ikke sees uavhengig av den sammenhengen det gis i (Aasgaard, 1993). Eksempler på det i studien er når pasienten vurderer sykepleieren etter hvor omsorgsfulle de er, om man kan stole på dem, og om kunnskapen de har er troverdig. Pasientene angir at de ofte blir bekymret av lang ventetid på venterommet uten at de får informasjon. Dette var uavhengig av om de hadde vært der mange ganger før, og visste at det kunne oppstå forsinkelser. Flere var redde for å gå på toalettet og miste sin «tur», og noen kunne ha tanker om de var der på feil dag eller hadde blitt glemt. Dette kan tolkes som et utrykk for engstelsen og stresset de føler i forhold til selve undersøkelsen. Studier viser at pasientens forventninger til sykepleieren i forbindelse med polikliniske konsultasjoner er å få god informasjon, bli lyttet til, bli tatt på alvor, og å bli hjulpet fysisk gjennom undersøkelse og tekniske prosedyrer (Bundgaard et al, 2014). Bundgaard et al (2014) hevder at pasienten forventer å kunne føle sykepleierens tilstedeværelse og forventer også at sykepleieren har evne til å gripe inn dersom noe uforutsett skulle skje. Det kan tolkes sammenfallende med funn i min studie hvor sykepleierne beskriver sin intensjon med sin sykepleiefaglige praksis i møte med pasienten som skal til koloskopi, og hvordan pasientene forventer at det bør være. En av sykepleierne peker på hvordan han gikk fra å være mest opptatt av å beherske de tekniske sidene ved undersøkelsen, til å forstå hvor viktig omsorg var for at det skulle være mulig å utføre en koloskopi på best mulig måte

5.1.2 Sykepleierens «tekniske rolle»

Et tydelig funn i min studie er hvor stor betydning informantene mener at sykepleieren innehar tekniske ferdigheter og god kompetanse på bruk av utstyr. Dette fremsto som helt avgjørende for både sykepleierne og endoskopørene, nærmest som et anker. Forklaringen kan ligge i at det er et sterkt behov for tekniske ferdigheter, grunnet stadig mer teknisk utstyr på en endoskopisk enhet. Oppmerksomheten rundt mestring av tekniske ferdigheter kan også henge sammen med at mangelfull kompetanse på dette feltet er svært synlig. Et viktig funn i studien er at mange informanter mener at en sykepleier som er trygg i jobben sin, og som vet hva som skal til på den tekniske siden, bedre formidler trygghet i sin jobb, og dermed også

lettere ivareta pasientens behov, samt kan være en støtte ovenfor legen i situasjonen. Dette er i tråd med hva Fugelli (2011) skriver i sin artikkel om kildene til tillit i klinisk arbeid, om at behandleren må kunne sitt fag for å fortjene tillit. Pasientene i utvalget understreker at det vekker tillit når de opplever at sykepleieren innehar nødvendig kunnskap om undersøkelsen og funn. Det kommer frem at pasientenes tillit til sykepleieren førte til en følelse av trygghet. Selve definisjonen av tillit krever at du er trygg på at den som får din tillit vil handle til det beste for deg (Fugelli, 2011).

Praktisk ferdighet omtales som «kunsten i sykepleie», og god utøvelse var vurdert som det viktigste kriteriet for god sykepleie allerede for mer enn hundre år siden, men fra 1970-tallet og frem til år 2000, så man mer på det praktiske som et bakteppe for viktigere ferdigheter som omsorg, ledelse og kommunikasjon (Bjørk og Kirkevold, 2001). Her kan man trekke en parallell til funn i studien som viser at informantene mener de tekniske ferdighetene må være på plass for å kunne utføre det sykepleiefaglige. I resultatene fremkom det at pasientene forventer at sykepleieren innehar nødvendig kompetanse og kunnskap. Det ligger en forventning om sykepleierne skal mestre og være god på både det tekniske og omsorg. Dette er i tråd med data fra en konsensusrapport fra Storbritannia hvor de hevder at pasientene som gjennomgår en endoskopisk prosedyre forventer støtte og ivaretagelse fra kompetent helsepersonell (Dunkley et al, 2018). Eksemplet fra resultatdelen, der en sykepleier understreker at hvis man kan det tekniske, kan man frigjøre seg fra det og bruke sykepleiekompetansen sin friere, illustrer nettopp dette. Synspunktet til denne sykepleieren, og flere av informantene om at nettopp det å ha kontroll på det tekniske, muliggjør et større rom for helhetlig omsorg og ivaretagelse av pasienten, deles imidlertid ikke av alle. Bundgaard et al (2011) hevder at sykepleierne har manglende mulighet til å gi pasienten helhetlig sykepleie på grunn alle teknisk/instrumentelle oppgavene i poliklinikken, og at det derved er sprik mellom det sykepleierne ønsker, og det som de i realiteten har tid til (Bundgaard et al, 2011).

Noen av sykepleierne i utvalget mener den erfaringen man opparbeider seg over år, har betydning for utøvelsen av god sykepleie ved koloskopi. Flere av pasientene hevder at når de registrerer at sykepleieren er trygg i sin jobb og ser at hun «vet hva hun gjør», føler de seg trygge. Tidligere studier har imidlertid vist motstridende resultater når det gjelder spørsmålet om sykepleierens erfaring har betydning for utfallet av koloskopi. Dellon et al (2009) viser at

helt uerfarne sykepleiere hadde en innvirkning på umiddelbare komplikasjoner, og at de som har mindre enn 6 måneders erfaring medvirket til forlenget prosedyretid, og færre cøkumintubasjoner enn de som har lengre erfaring. På den annen side fant Holme og medarbeidere at erfaring ikke hadde betydning for sykepleierens påvirkning av kvalitetsindikatorene, de ekskluderte dog, i sin studie, de sykepleierne som hadde færre enn hundre koloskopier i løpet av et år (Holme et al, 2018).

5.2 Om sykepleieren sin rolle i koloskopiteamet

En viktig del av sykepleie omhandler samarbeid med andre, først og fremst pasienter, pårørende og annet helsepersonell (Norsk sykepleieforbund, 2008). Dette gjelder også sykepleie ved koloskopi. Sykepleieren samarbeider i stor grad med både pasient og endoskopøren i denne sammenheng.

5.2.1 Koloskopiteamet og tverrfaglig samarbeid

I helsevesenet er ofte team beskrevet som to eller flere personer som jobber sammen i en gruppe (Laing, 2003). Avklaring av roller og definerte mål er viktige faktorer for å prestere som team og levere en god helsetjeneste. Dette har overføringsverdi til hvordan man jobber med endoskopi (Laing, 2003). Et felles mål er en form for merverdi som skapes ved teamarbeid og er ikke det samme som summen av alle teammedlemmenes mål. Det at teammedlemmene er avhengige av hverandre innebærer at ingen av medlemmene kan nå teamets mål alene uten å arbeide sammen (Bang, 2008). Det er gjennom en rollefordeling at komplekse organisasjoner kan realisere sine mål (Lauvås og Lauvås, 2004).

For at det skal være et samarbeid må det eksistere et behov for samarbeid, og det må oppleves som nyttig. I et tverrfaglig samarbeid arbeider personer med ulike fagtradisjoner sammen for å løse en bestemt arbeidsoppgave, og nå et mål som bare kan nås ved samhandling og interaksjon mellom medlemmene (Lauvås og Lauvås, 2004). Samarbeid ved utførelsen av koloskopi er naturlig. Det eksisterer et behov for samarbeid for å nå målet. Laing (2003) hevder at i en endoskopienhet er tilstedeværelsen av godt fungerende team merkbart.

I et koloskopiteam er det i utgangspunktet to personer som samarbeider, en endoskopør som utfører selve koloskopien, og en sykepleier som assisterer undersøkelsen. Det kom frem i resultatene at flere av informantene både blant endoskopørene, sykepleierne og pasientene anser pasienten som en del av teamet, en av tre som «jobber» sammen. I et tverrfaglig

samarbeid skjer arbeidsfordelingen ved at rolleinnehaverne, altså medlemmene av samarbeidet, forsøker å ivareta helheten i diagnostisering og behandlingen av hver enkelt pasient (Lauvås og Lauvås, 2004).

5.2.2 Profesjonenes gjensidige avhengighet

Endoskopøren og sykepleieren jobber svært tett sammen, og er avhengig av samarbeidet seg i mellom for å utføre en koloskopi. Abbott (1988) var opptatt av å studere profesjonene i et system og relasjonene mellom dem, og understreket at profesjonene ikke eksisterer i et vakuum, men må forholde seg både til samfunnet og til hverandre.

Et av studiens sentrale funn er at informanter i alle tre gruppene, både endoskopører, sykepleiere og pasienter, fremhever betydningen av at det er et team som skal levere tjenesten, og ikke enkeltpersoner eller enkeltprofesjoner. Men ulike fagprofesjoner har ulik kunnskap og erfaringer om hvordan man løser og forstår bestemte arbeidsoppgaver og fenomen, og medlemmene i et team har et ansvar ovenfor hverandre slik at man utnytter hverandres kunnskap på beste måte (Lauvås og Lauvås, 2004).

Det var bred enighet blant informantene om at det at pasienten føler seg ivaretatt, og er motivert for undersøkelsen, er viktige forutsetninger for gjennomføringen en koloskopi som beskrevet i forrige kapitel.

Det er en del arbeidsoppgaver i forbindelse med en koloskopi som ikke er definert tydelig. Det kommer frem av resultatene at det oppleves noe ulikt i de forskjellige endoskopienhetene, men det er få som har nedfelt entydige arbeidsbeskrivelser på hvem som gjør hva. Flere trekker frem at det likevel er tydelig definerte roller knyttet til hovedoppgavene, som om hvem som fører skopet, og hvem som tar seg av pasientens behov under koloskopien. Det kommer også frem av resultatene at det er noen roller som griper inn i hverandre, for eksempel håndtering av medikamenter, eller informasjon til pasienten. Det er bred enighet om at endoskopørens hovedfokus vanligvis er sentrert rundt den tekniske utførelsen av koloskopien og diagnostiseringen, og da er det viktig at pasienten blir tatt hånd om av sykepleieren. Dette at endoskopøren kan være en mer «fjern figur» under selve undersøkelsen hevder flere av pasientene i studien er akseptabelt. Endoskopøren skal kanskje være litt mer opptatt av diagnostisering og resultat av koloskopien, og sykepleieren litt mer opptatt av hvordan koloskopien forløper, trekker noen av informantene frem. Det er bred enighet blant informantene om at det er bra og nødvendig med ulikt fokus. Det som er viktig, mener de

fleste, er at man har et felles mål og felles interesser. Dette kan tolkes som at informantene mener at alle rollene ved undersøkelsen er viktige, og at ulike perspektiver er nyttig for at samarbeidet skal være til det beste for pasienten. Det er betydningsfullt at endoskopøren og sykepleieren ved en koloskopi har ulike ansvarsområder fordi de har ulik bakgrunn og kunnskap. Dette er i tråd med at det er viktig å respektere det faglige overordnete, men samtidig være likeverdige parter i et tverrfagligsamarbeid (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

I et samarbeid mellom to profesjoner kan det oppstå profesjonsstrid. Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver hvordan, spesielt profesjonsutdanningene, tar med seg kunnskap, holdninger, verdier og sosiale identifikasjoner inn i en organisasjon. Det at profesjonene tar med seg disse verdiene inn i organisasjonen vil påvirke evnen til å få gjennomslag for sine interesser og deres strategiske posisjon i et samarbeid. De som har kunnskap, evnen til å argumentere godt og møte motstanderens argumenter, og også svekke dennes troverdighet, vil være i besittelse av betydelig makt (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Sett ut i fra funn i studien kan det tolkes som det ikke er utbredt profesjonsstrid mellom endoskopør og sykepleier ved koloskopi. Resultatene viser at hovedsakelig opplever de hverandre som samarbeidspartnere i et team hvor begge parter har viktige roller. På den annen side er det funn som tilsier at det eksisterer en hierarkisk relasjon mellom medlemmene i teamet hvor endoskopøren befinner seg øverst i hierarkiet, og pasienten nederst. Dette kom tydeligst frem i de situasjonene hvor det er uavklarte roller og ansvarsområder, og kunne da prege kommunikasjonen og samarbeidet på en negativ måte. Dette er i tråd med at rolleavklaring er et av de kritiske elementene for at et team skal fungere optimalt (Laing, 2003).

De yrkesgrupper som har høyest status vil ha størst innvirkning på det som oppfattes som kjernen i det som er felles (Lauvås og Lauvås, 2004). Det beskrives i litteraturen at det er knyttet makt og prestisje til profesjon. Og yrkesgruppene rangeres først og fremst etter den profesjonelles faglige kompetanse. Makten mellom de profesjonelle partene i forholdet kan dermed anses som asymmetrisk fordelt (Jacobsen og Thorsvik, 2013). Så selv om de fleste endoskopørene og sykepleierne i studien beskriver et likeverdig samarbeid, kan oppfatningene om hierarki likevel prege samarbeidet.

Flere av endoskopørene i studien peker på at innføring av sjekklister ved koloskopi kan være nyttig for å avklare roller og minske mulighetene for forvirring om hvem som gjør hva. Det fremkommer av resultatene at det vil ha påvirkning både på arbeidsmiljøet i teamet og øke pasientsikkerheten. Ved bruk av sjekklister vil man i fellesskap gå gjennom hvem som er

teamet, hva skal gjøres under denne prosedyren, og hvem har ansvar for de ulike oppgavene. Fler av endoskopørene hevder at sjekklister ved koloskopi, eller ved endoskopi generelt brukes lite i Norge per i dag. Men noen av endoskopørene har erfaring med dette fra endoskopienheter i andre land, og fra andre arenaer som operasjonsstue. De hevder at dette kan være til god hjelp for å ramme inn prosedyren og klarlegge forventninger og roller. I konsensusrapporten for endoskopisk helsefaglig personell i Storbritannia som kom i år, er det anbefalt innført sjekkliste før alle endoskopier. Det er anbefalt at ansvaret for sjekklisten ligger hos assistenten, eller sykepleieren. Enhver forandring i helsestatus under endoskopien må også dokumenteres, og rapporteres til endoskopøren (Dunkley et al, 2018).

5.2.3 Skape trygghet i teamet

Det kommer frem av resultatene at trygghet i teamet er viktig for både endoskopørene og sykepleierne. Det er viktig for å føle seg trygg i rollene, både med hensyn på arbeidsoppgaver og med hensyn på ansvar og ansvarsfordeling, samt kommunikasjon rundt dette.

I et psykologisk trygt miljø oppfatter medlemmene innad i teamet sitt arbeidsmiljø som trygt nok til å ta mellommenneskelige risikoer og eventuelle konsekvenser av det (Edmondson, 2005). I tråd med det dette er det bred enighet i utvalget om at et trygt arbeidsmiljø er en viktig faktor for å kunne utføre en god jobb. En av faktorene som kommer frem i studien i forhold til å skape et trygt miljø for alle involverte parter, er at man snakker *sammen*, og ikke *til*, og som en pasient hevder så påvirker det om det oppleves hierarkisk. En endoskopør beskrev at det er viktig at sykepleieren bidrar til å skape en god atmosfære i rommet, og at det vil bidra til at både pasient og endoskopør føler seg trygge.

Edmondson (2012) beskriver fire forskjellige mellommenneskelige risikoer man kan møte på arbeidsplassen som kan si noe om hvorvidt man opplever miljøet som trygt eller ikke. Disse risikoene er faren for å bli sett på som ignorant, inkompetent, negativ eller forstyrrende (Edmondson, 2005, 2012). *Ignorant* handler om at man kan bli sett på som uvitende eller dum dersom man stiller spørsmål eller søker informasjon hos de andre i teamet. Selv om dette ikke fremsto som et stort problem i studien ble det i fokusgruppen til sykepleiere sagt at de ikke alltid opplevde at de ble hørt når de kom med spørsmål eller innvendinger. Det å ikke bli hørt kunne skape usikkerhet, men ikke så uttalt at det var vanskelig å stille spørsmål om man lurte på noe. Det at sykepleieren også inngår i team med andre sykepleiere ble trukket frem som positivt, og det ble sagt at sykepleierne ofte søkte svar på noe de lurte på innad i sin egen

yrkesgruppe. Det å bli sett på som *inkompetent* handler blant annet om i hvilken grad man tror man blir stemplet negativt ved å spørre om hjelp, innrømme feil eller gjøre andre oppmerksomme på andres feil (Edmondson, 2005, 2012). En endoskopør i utvalget beskrev at i et godt team klarer deltagerne å motta korrektiver fra hverandre. Det er både situasjons- og personavhengig hvor mulig dette er å få til, mener flere av informantene. Som en endoskopør beskrev, er det å gi og ta korreksjoner kanskje først og fremst et modenhetstegn hos den enkelte. Dette kan tolkes som at det er ønskelig med en åpen tone om noe oppleves uklart, og at man ønsker å strekke seg mot en åpenhetskultur, selv om det noen ganger er veldig vanskelig å få til. Flere av informantene gir uttrykk for at det å hjelpe hverandre er noe man bør gjøre, og at det er nødvendig å gjøre hverandre oppmerksom på forhold som tilsier at undersøkelsen bør avsluttes eller at det er nødvendig å trekke inn mer kompetanse. Dette kan tolkes som at de til syvende og sist har et felles ansvar. Flere av informantene peker på at det å jobbe sammen som team over tid er med på å skape tryggheten som er nødvendig for å mestre hverandres tilbakemeldinger. Det å kjenne hverandre godt, støtte hverandre og gi hverandre gode tilbakemeldinger trekkes frem som positivt for å prestere godt.

Man kan risikere å bli sett som *negativ* dersom man for eksempel stiller seg kritisk til en situasjon, og ønsker å ta det opp. Sykepleierne beskriver hvordan det kan oppstå en irritasjon hvis hun rettleder legen, eller motsatt, hvis legen blander seg opp i hennes vurderinger og handlinger. Risikoen er at det kan føre til at man unngår å ta opp kritikkverdige forhold (Edmondson, 2005, 2012). Det understrekes at begge parter har ansvar for å reflektere kritisk på nåværende og tidligere prestasjoner. Det gjelder også å skape rom for det. Det å virke *forstyrrende* handler om å unngå å søke tilbakemeldinger på egne prestasjoner eller informasjon og hjelp fra andre medlemmer i teamet. Det ble trukket frem fra både endoskopører og sykepleiere at debrifing etter undersøkelsen i forbedringsøyemed var noe man ønsker å tilstrebe, og at det kunne øke kvaliteten på undersøkelsen.

Det er ikke gitt at teamet ikke klarer å skape gode resultater uten at den psykologiske tryggheten er til stede. Men forskning som blant andre Edmondson (2005, 2012) har gjort viser at der tryggheten er til stede, trives man bedre, og man oppnår også bedre resultater enn der den ikke er til stede. Oppsummert viser funnene at det er viktig å skape rom for ta opp utfordringer, drøfte problemer, si ifra hvis man er uenig i noe, men betydningen av å heie på hverandre og støtte hverandre kom også frem som noe positivt. Med tanke på alle disse forholdene, basert på Edmondsons (2005, 2012) kriterier virker det rimelig å anta at det er

viktig for informantene i studien, særlig for sykepleierne, men også i ganske stor grad for legene, at de opplever sitt arbeidsmiljø som psykologisk trygt for å kunne yte sitt beste.

5.2.4 Relasjonelle forutsetninger for samarbeid i koloskopiteamet

Med relasjonelle faktorer menes i denne sammenhengen det som skjer i relasjonen mellom mennesker som jobber sammen i et team eller liknende, slik som viljen og evnen til samarbeid, gjensidig tillit, gjensidig respekt og kommunikasjon (Lauvås og Lauvås). Det kommer frem fra resultatene i studien at det er bred enighet om at interesse og engasjement, gjensidig tillit og respekt, og hvordan man kommuniserer med hverandre er viktige faktorer for å lykkes med samarbeidet.

Å samarbeide krever en innsats av hvert enkelt medlem i teamet. Det kommer frem i fokusgruppene at man må gi av seg selv i samarbeidet for å lykkes. Eksempelet om endoskopøren som mener at det ikke hjelper å være kunnskapsrik hvis man ikke «er på», sier noe om betydningen av tilstedeværelse og engasjement. Funn i studien viser at sykepleierens engasjement og holdning til sine arbeidsoppgaver, samt tilstedeværelse for både pasient og endoskopør kan være helt avgjørende for et godt samarbeid.

Jacobsen og Thorsvik (2013) beskriver hvordan profesjonsutdanningene ikke bare bringer med seg kunnskap, men også holdninger og verdier inn i en organisasjon. Det er viktig som sykepleier å bringe inn en holdning og tro på at det som gjøres har betydning for pasientbehandlingen, og at ens person er helt nødvendig for undersøkelsen. Funn i studien tyder på at ikke alle sykepleiere er klar over hvor betydningsfulle og viktige deres bidrag ved koloskopi er. Det kommer frem at erkjennelsen om at man er en viktig bidragsyter, er nok noe av det viktigste for å klare å gå fullt og helt inn i samarbeidet om koloskopiundersøkelsen.

Martinsen, K. (2005) skriver at vi normalt møter hverandre med tillit, og at der hvor vi møter hverandre med mistillit, er det ut fra visse omstendigheter og ut fra særlige grunner. Tillit mellom profesjonelle aktører er en viktig faktor for samarbeid, og tillit kan betraktes som et hovedelement når det handler om utvikling av samarbeid (Eide og Eide, 2007). Dette er i tråd med mine funn. Det synes viktig å stole på hverandre i teamet for å utføre en god koloskopiundersøkelse. Det å jobbe i et stressende miljø hvor andre ikke har tillit til at du får til det du skal, er krevende, og gjør at du risikerer å utføre en dårligere jobb, kommer det frem i studien. Grimen (2009) sier at de som stoler på hverandre, samarbeider mer og utfallet blir oftest bedre. Et menneskes følelse av at andres godhet, ærlighet og dyktighet er til å stole på

kan oppfattes som tillit (Fugelli, 2011). Jeg tolker funn i min studie om at det handler både om å «stole på» og «bli stolt på». Et eksempel er når en sykepleier forteller at det er viktig at endoskopøren stoler på at hun kan utføre oppgavene som er forventet av henne. Uten den tilliten er det vanskelig å utføre jobben på den beste måten.

Flere av pasientene i fokusgruppen gir uttrykk for at det gir tillit når sykepleieren og legen fremstår likeverdige i situasjonen. Det kan sees i sammenheng med det som både sykepleieren og endoskopørene trekker frem om at deling av makt gir en opplevelse av å dele ansvar. Det å se at man er to likeverdige partnere innebærer at begge må få rom og tillit til å gjøre sin del av arbeidet. Tilliten baseres seg i stor grad på at det er en gjensidig respekt for de enkeltes teammedlemmenes kompetanse, arbeidsform, verdier og holdninger (Eide og Eide, 2007).

Gjensidig respekt handler om å respektere jobben den andre utfører, som eksemplet hvor en sykepleier trekker frem at de setter pris på den respekten både endoskopøren og pasient viser ovenfor alle forskjellige aspekter det er i sykepleieren sin rolle. Motsatt er eksemplet hvor endoskopøren mener sykepleieren holder på med andre oppgaver som ikke er relatert til den koloskopien de holder på med. Respekt handler ikke bare om respekt for kompetanse og kunnskap, men også om respekt for hverandre som personer. Det er flere av informantene som trekker frem betydningen av at vi alltid må behandle både pasienter og kolleger med respekt. Respekt for hverandre kan påvirke samarbeidet, noe som igjen kan være avgjørende for resultatet av undersøkelsen, det viser en pasient i studien ved at hun sier at det gir trygghet når man ser at de er et godt team og har tydelig respekt for hverandre.

Et godt team klarer å dra nytte av ulikhetene i medlemmenes bakgrunn og kunnskap, samtidig som de er like nok til effektivt kommunisere og samarbeide med hverandre (Bang, 2008). Karevold (2013) skriver at kommunikasjon i team har tre viktige elementer i seg, innramming, kommunikasjon og effekt. *Innramming* defineres som hvordan den enkelte tolker teamets oppgaver, sin rolle og forholdet til de andre i gruppen. *Kommunikasjon* viser til hva gruppens medlemmer sier til hverandre, og hvordan de sier det. *Effekt* viser til hvordan gruppens prestasjoner og relasjoner påvirkes av hvordan kommunikasjonen foregår (Karevold, 2013). Flere av disse elementene kommer frem av resultatene. Et eksempel på innramming er når flere av sykepleierne og legene trekker frem betydningen av en gjennomgang av det som skal skje før koloskopien. Man er ofte ikke klar over hvordan man intuitivt kan se en sak annerledes enn andre. Dårlig fungerende team sliter blant annet med dårlig kommunikasjon (Kaufmann og Kaufmann, 2015).

En endoskopør, i utvalget, som trakk frem fordelene med bruk av sjekklister når det gjaldt å sikre god gjennomgang før undersøkelsen, hevder at sjekkliste også kan være et godt hjelpemiddel for kommunikasjonen i tilfeller der kommunikasjonen i teamet er utfordrende.

Kommunikasjon er ikke bare overføring av informasjon, men den formidler også holdninger, ideer og følelser fra en person til en annen (Thorsvik og Jacobsen, 2013). I min studie er det mange eksempler på hvordan kommunikasjon i teamet kan være utfordrende. Når en sykepleier under en koloskopi kommer med det som oppleves som et kritisk spørsmål, eller en innvending på noe som primært er en legeoppgave, kan det få ulike utfall ut ifra hvordan dette blir formidlet og oppfattet. Det var mange meninger om at det er viktig å finne de rette måtene å kommunisere på under en koloskopi. Det som ble trukket frem i både fokusgruppen til endoskopørene og til sykepleierne, er at det ofte handler om måten ting blir sagt på, og når det blir sagt. Et eksempel på dette i studien er når en endoskopør beskriver opplevelsen av et «eget sykepleierspråk man muligens lærer på sykepleierstudiet». En endoskopør trekker frem at sykepleieren bør ha kunnskap om kommunikasjon, og være i stand til å kommunisere.

Det fremkommer i resultatene at god kommunikasjon mellom sykepleier og pasient har betydning for utfallet av undersøkelsen, og for om pasientene i det hele får gjennomført koloskopi. Det fremkommer også at pasientene stoler på at sykepleieren er flink til å lese dem, og lytte til dem og evner å formidle deres behov til endoskopøren. De tillater at endoskopøren er en mer distansert i forhold til dem, da det kan bety at han er konsentrert om oppgaven. Men alle pasientene i fokusgruppen forventer at sykepleieren er nær dem, og har en dialog med dem under koloskopien. Det kommer også frem i resultatene at det er viktig å være klar over at pasientene ofte lar seg påvirke av kommunikasjonen som foregår mellom endoskopøren og sykepleieren under undersøkelsen. Som nevnt tidligere, fremkommer det i resultatene at pasientene opplever det som viktig å bli ansett som en deltager i teamet og å bli involvert i kommunikasjonen som foregår.

Et spesielt interessant funn knyttet til hvilken effekt kommunikasjonen mellom medlemmene har, er at kommunikasjonen og atmosfæren i rommet kan ha stor betydning for utfallet og kvaliteten på koloskopien. Dette er i tråd med Karevold (2013) som hevder at effekten av kommunikasjonen påvirker gruppens prestasjoner og relasjoner.

5.3 Om sykepleieren sin påvirkning av kvalitetsindikatorene

I de foregående kapitlene har jeg diskutert oppfatninger om sykepleiers rolle ved koloskopi og om sykepleierens kompetanse og selvstendighet påvirker kvaliteten ved undersøkelsen. Nedenfor presenterer jeg noen generelle betraktninger om kvalitetsindikatorer, deretter drøfter jeg om sykepleierne påvirker kvalitetsindikatorer ved koloskopi.

5.3.1 Kvalitetsindikatorer og kvalitetsforbedring

Som beskrevet benyttes kvalitetsindikatorer for å belyse kvaliteten på helsetjenesten vi utfører. Et viktig formål med kvalitetsindikatorer er at de skal bidra til kvalitetsforbedringsarbeid samt måling og evaluering av tjenestene. En kvalitetsindikator er et indirekte mål på kvalitet (Rygh et al, 2010).

Indikatorene bør gi et balansert bilde av kvaliteten på tjenesten, samtidig bør antallet indikatorer være på et håndterbart nivå. Hver indikator skal være betydningsfull, vitenskapelig begrunnet, nyttig og gjennomførbar. (Rygh et al, 2010)

I bakgrunns kapitlet beskrives de syv kvalitetsindikatorene som ESGE/UEG anbefaler. I fokusgruppene var indikatorene som er beskrevet i studien til Holme et al (Holme et al, 2018) utgangspunkt for intervjuet og diskusjonen. Disse indikatorene skiller seg delvis fra de som anbefales i dag. I fokusgruppene ble det ikke fokusert på bakgrunn for valg av kvalitetsindikatorer og betydningen av de enkelte indikatorene. Hensikten med å diskutere indikatorene i fokusgruppen var å utforske hva informantene mener om sykepleierens påvirkning av de definerte kvalitetsindikatoren.

I fokusgruppeintervjuet med endoskopørene ble det allikevel diskutert hva man måler med de indikatorene som brukes ved koloskopi. En av endoskopørene hevder at det er utfallet av en koloskopi som er det overordnete målet, både det medisinske utfallet av undersøkelsen og pasientens tilfredshet. Både endoskopørene og sykepleierne trekker frem at kvalitetsindikatorene ved koloskopi er en evaluering av tjenesten som utføres.

Kvalitetsindikatorer innen koloskopi er et sett med kvalitetsindikatorer som skal fremstå som balanserte, helhetlige og robuste (Rygh et al, 2010). Indikatorene i seg selv sier ikke så mye om det direkte resultatet av medisinsk behandling og tiltak, men kan gi et inntrykk av det man vil måle og fokusere på (Skretting, 2005). Ved kvalitetsmål som har mange indikatorer, som

ved koloskopi, vil prosessindikatorene være viktige. Prosessindikatorer defineres som aktiviteter i pasientforløpet for eksempel diagnostikk og behandling (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, u.å.). En god «score» på en indikator betyr at man kan rette fokus mot andre forhold i kvalitetsforbedringsarbeidet. En dårlig «score» gir grunnlag for nærmere vurderinger og mulige tiltak.

5.3.2 Oppfatninger om sykepleier sin påvirkning av kvalitetsindikatorene

I resultatene fremkommer det en bred enighet i utvalget om at sykepleierne bidrar til kvaliteten ved koloskopi, og hvorvidt kvalitetsindikatorene blir nådd, men informantene hevder det er vanskelig å beskrive konkret hvordan sykepleieren påvirker kvaliteten. Eksempel fra studien er når en sykepleier sier at *«man sitter på en bestemt følelse av at sykepleieren har all verdens innvirkning på kvaliteten av den koloskopien, men hvordan måle det»*. Flere av informantene peker på at det er utfordrende å vurdere i hvor stor grad sykepleierens bidrag har betydning på kvaliteten målt ved de definerte kvalitetsindikatorene.

En kvalitetsindikator beskrives ut i fra hvilken del av helsetjenesten den belyser og klassifiseres i struktur, prosess og resultat. Som nevnt så er flere av kvalitetsindikatorene ved koloskopi å betegne som prosessindikatorer. Prosessindikatorer måler hendelser i pasientforløpet. Og ved å få bedre innsikt i hvordan sykepleieren bidrar, og hva sykepleieren gjør ved koloskopi, vil det være et grunnlag for å definere egne sykepleiesensitive prosessindikatorer. Et sentralt funn som er diskutert i et tidligere kapitel, er at alle informantene anser omsorg er noe sykepleieren utøver og anses som et fundament i sykepleierens møte med pasienten som skal til koloskopi. Det fremkommer i studien at profesjonell omsorg ytes på ulike måter, og at dette bidrar til å trygge pasienten slik at undersøkelsen lar seg gjennomføre på best mulig måte. Et eksempel på det er når en endoskopør forteller at hun skjønner at sykepleier er viktig for cøkumintubasjonsrate for «hun har en egen evne til å roe ned hele settingen». Et annet funn i studien, hvor det også blir påpekt at sykepleieren bidrar til å komme frem til cøkum, er at flere av pasientene anser sykepleieren som sin viktigste «allierte» underveis i en koloskopi, og de peker på at det er viktig at sykepleierne motiverer og støtter dem så de holder ut når det gjør vondt, selv om de egentlig ikke har lyst til å gi fullføre undersøkelsen. I resultatene fremkommer det at tips og triks som sykepleieren kan gi endoskopøren underveis i koloskopien, kan ha en betydning.

Eksempel fra studien er hvor en endoskopør uttrykker at *«tips og triks fra sykepleier når det er vanskelig, kan øke intubasjonsraten fra 90 til 95 %»*.

Det kreves samarbeid for å utføre en koloskopi. I et tverrfaglig samarbeid forsøker medlemmene å ivareta helheten i diagnostisering og behandlingen av hver enkelt pasient (Lauvås og Lauvås, 2004). En koloskopi utføres alltid av en endoskopør, og sykepleieren bringer med seg sin kunnskap og kompetanse inn i samarbeidet med endoskopøren. Som det er beskrevet i de to foregående kapitlene, så fremkommer det at sykepleieren ved koloskopi både har en selvstendig rolle og en samarbeidende rolle. Endoskopøren og sykepleieren jobber svært tett sammen, og er gjensidig avhengig av samarbeidet seg i mellom, for å utføre en koloskopi.

Flere av informantene hevder det er teamet mellom endoskopør og sykepleier som er avgjørende for kvaliteten. Som beskrevet i det forrige kapitelet, er det flere måter sykepleieren påvirker en koloskopi i det tverrfaglige samarbeidet. Det fremkommer at det er nødvendig at sykepleieren ser sin rolle som viktig, og at endoskopøren anerkjenner at den assisterende rollen til sykepleieren ikke bare er en «assistent», men et selvstendig bidrag som påvirker utfallet av koloskopien. Eksempel fra fokusgruppen til endoskopørene hvor en endoskopør understreker at sykepleieren er «mer enn legens håndlanger, ja mer enn det», illustrerer dette.

I studien Holme et al (2018) hevdes det at kvalitetsindikatorene som blir vurdert ikke spesifikt måler sykepleierens oppgaver. Det kan tolkes som om de ønsker å se på muligheten for å etablere sykepleiesensitive indikatorer innen koloskopi. Fra resultatene i studien fremkommer det at det nok er mulig, men at det er vanskelig å definere konkret hva disse indikatorene i så fall skal måle. En kvalitetsindikator som sier noe om resultat er pasienttilfredshet. Noen informanter i studien mener det bør kunne være mulig å måle sykepleieren betydning for pasienttilfreds som går på ivaretagelse under undersøkelsen, informasjon gitt av sykepleieren, koloskopet rengjort og gitt til endoskopør i korrekt stand eller observasjon av pasientens behov for smertestillende. Pasienttilfredshet er et eksempel på en resultatindikator, som er utfallet av en rekke prosessindikatorer ved koloskopi (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, u.å.). Men på den annen side diskuteres det i utvalget, at det ikke vil måle sykepleieren spesifikt fordi man jobber i team, og det er vanskelig å skille ut endoskopørens betydning ved disse forholdene. Dette er i tråd med Beilenhoff (2011) som har konkrete forslag til flere kvalitetsindikatorer sykepleieren bør knyttes til. Eksempler på det er pasientsikkerhet knyttet til rom og utstyr, muntlig og skriftlig informasjon, smertescore

skjema, identitetssjekk. Hun understreker allikevel at det er hele endoskopienheten som må være pasientfokusert i sin ytelse til pasienten og at det er vanskelig å si at det hun nevner som eksempler «måler» kun sykepleieren.

5.4 Metodologiske begrensninger og betraktninger

Denne studien har belyst oppfatninger om sykepleierens betydning for kvalitet ved koloskopi. Oppgaven begrenser seg til å studere et utvalg av endoskopør- og sykepleierinformanter fra noen få endoskopienheter i Oslo-regionen, samt pasienter fra en pasientorganisasjon, og resultatene kan derfor ikke generaliseres til å være gjeldene for alle endoskopører, sykepleiere og pasienter ved koloskopi. Det kan tenkes at personer fra ulike regioner og kulturer kan oppfatte sykepleierens betydning ved koloskopi forskjellig. Pasienter som har vært til screening for tykktarmskreft eller polypp kontroll, vil muligens ha andre erfaringer og synspunkter enn utvalget hentet fra en pasientorganisasjon, hvor medlemmene med større sannsynlighet har en kronisk tarmsykdom.

Jeg har valgt fokusgruppeintervju for å få svar på min problemstilling fordi det egner seg godt til å utforske holdninger, erfaringer og synspunkter innen et miljø eller en gruppe hvor mange samhandler (Malterud, 2017).

Det er risiko for at deltakerne holder informasjon tilbake fordi de blir ”disiplinert” i gruppen eller påvirkes av moderator (Halkier, 2010). Deltakerne i alle fokusgruppene i min studie var aktive, det virket som de diskuterte fritt og var engasjerte, men jeg kan ikke se bort i fra at jeg tolket det feil.

Datagrunnlaget mitt baserer seg på tre fokusgruppeintervjuer. Selv om inntrykket mitt er at temaet ble godt belyst, kunne sannsynligvis datagrunnlaget blitt rikere dersom jeg hadde intervjuet flere grupper. En annen sammensetning av gruppene ville også mest sannsynlig gitt et annet perspektiv. Jeg valgte å sette sammen homogene grupper basert på profesjon; endoskopør eller sykepleier, og pasient. Jeg kan ikke se bort fra at diskusjonene i gruppene hadde artet seg annerledes om jeg hadde blandet gruppene. Det kunne gitt større variasjon i innspill, ideer og meninger som dermed kunne skapt andre svar på problemstillingen i studien.

Flere av informantene i fokusgruppene til endoskopørene og sykepleierne kjente hverandre som kolleger eller tidligere kolleger. De fleste hadde en relasjon til meg som sykepleier, leder

og /eller bekjent. I kvalitativ intervjuforskning hvor forskeren har tilknytning til intervjupersonene oppstår det et spenningsfelt mellom profesjonell distanse og fortrolig vennskap (Kvale og Brinkmann, 2009). Det at jeg hadde en tilknytning til de fleste informantene fordret at jeg var ekstra oppmerksomsom forsker under hele forskningsprosessen. Det er viktig å peke på at det å ha en relasjon til informantene har kunnet påvirke resultatene ved at informantene har ordlagt seg annerledes, eller holdt tilbake informasjon. På den annen side kan det også tenkes at de har snakket friere nettopp på grunn av deres forhold til meg som intervjuer, og at de anser meg som «en av dem».

Rollen som moderator i min studie ga meg en følelse av nærhet til deltakerne og tematikken. Spesielt fremtredende ble fristelsen til å delta i diskusjonene. Egen forforståelse på feltet og diskusjonene i gruppene bidro til engasjement og ønske om å bidra. Risikoen for å påvirke deltakerne var til stede under intervjuene. Jeg valgte en åpen intervjustil, og min rolle som moderator var bevisst avmålt. Jeg hadde også med en sekretær som også hadde rollen som observatør.

Det har vært vesentlig for meg gjennom hele prosessen å ikke være forutinntatt av egne holdninger eller hypoteser om temaet. Forskningsprosessen påvirkes alltid av forskerens forforståelse, men bevissthet om egen forforståelse kan forhindre at egne interesser, ønsker eller holdninger kommer inn i materialet og forårsaker feiltolkninger (Malterud, 2001). I tiden før fokusgruppeintervjuene forsøkte jeg derfor å ikke lage egne hypoteser eller tanker om hva slags meninger og informantene ville dele og diskutere under intervjuene.

Kvalitetsvurderingen knyttes til i hvilken grad forskeren har sannsynliggjort at studien frembringer resultater som er troverdige, pålitelige og gyldige. Jeg har ved å bruke lydopptaker under alle intervjuene, og transkribert intervjuene i sin helhet sørget man for en nøyaktig gjengivelse av det som blir sagt. Troverdigheten i kvalitative studier ligger i fremstillingen av alle ledd i forskningsprosessen (Fagermoen, 2005).

Selv om studien ikke kan generaliseres kan det tenkes at funnene i studien har en verdi for andre endoskopienheter som bedriver koloskopi. Det kan og tenkes at funnene det kan være av nytte for team som jobber med andre endoskopiske prosedyrer. Muligens kan andre spesialiserte enheter hvor sykepleier og lege jobber i en gjensidig avhengighet for å kunne utføre helsetjenesten, også ha nytte av funnene.

6 OPPSUMMERING OG VIDERE ANBEFALINGER

6.1 Oppsummering

Jeg har i denne masteroppgaven forøkt å bringe frem en innsikt i sykepleierens betydning for kvalitet ved koloskopi. Jeg har forsøkt å få innsikt i oppfatninger om sykepleierens *rolle* ved koloskopi, og på *hvilken måte* sykepleierne påvirker kvalitet ved koloskopi og de definerte kvalitetsindikatorene. Jeg har også forsøkt å få innsikt i om det bør defineres *egne sykepleiersensitive indikatorer* ved koloskopi.

Det er benyttet en kvalitativ metode, og det er utført fokusgruppeintervjuer med endoskopører, sykepleiere og personer som har utført koloskopi(pasienter).

Sykepleierens rolle ved koloskopi. Sykepleierne i studien opplever å ha mange roller ved koloskopi. Rollene kan deles inn i to hovedroller; en selvstendig rolle og en samarbeidene rolle. Disse rollene glir delvis over i hverandre og de forutsetter hverandre og begge rollene synes sentrale i det tverrfaglige teamet i møte med pasienten.

På hvilken måte bidrar sykepleieren ved koloskopi. Resultatene viser at sykepleie iverksettes gjennom omsorg og pleie, og ved deltagelse i behandling og tverrfaglig samarbeid. Sykepleieren bidrar med faglig profesjonell omsorg, som ivaretagelse av pasienten, informasjon til pasienten, tekniske ferdigheter og håndtering av utstyr, vurdering av smerte og behov for smertestillende, samt med sin adferd og holdninger, hvor spesielt det å opptre rolig og evne å roe ned pasienten og situasjonen, samt vise interesse og engasjement ble trukket frem. Sykepleier bidrar også i en samarbeidene rolle. I samarbeidet er det å assistere endoskopøren sentralt, samt teamtenkning, kommunikasjon og rolleforståelse, hvor spesielt tilstedeværelse og gjensidig tillit og respekt er viktige bidrag.

I denne studien understreket sykepleierne at sykepleie ved koloskopi ikke er en passiv utførelse av andre yrkesgruppers forordninger, men en yrkesutøvelse med selvstendige vurderinger og beslutninger i pasientbehandlingen. Sykepleierne ser oppgaver knyttet til sine roller ved koloskopi som selvstendig utøvelse av sykepleie i et tverrfaglig team. Både endoskopørene og pasientene opplever sykepleierne som viktige bidragsytere i teamet som

utfører undersøkelsen. De mener at sykepleieren ikke bare er viktig for å utføre en koloskopi, men at sykepleiernes bidrag er av betydning for kvaliteten på undersøkelsen.

På hvilken måte påvirker sykepleieren de definerte kvalitetsindikatorene. Av resultatene fremkommer det en enighet i utvalget om at sykepleierne bidrar til hvorvidt de definerte kvalitetsindikatorene nås. Gjennom omsorg, pleie og deltagelse i tverrfaglig samarbeid, har sykepleierne betydning for både prosessindikatorer knyttet til både diagnostikk og behandling, og for resultatindikatoren «pasienttilfredshet».

Bør det defineres sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer ved koloskopi. Hovedfunnet i studien er at koloskopi er et samarbeid der det er et team som leverer tjenesten, ikke enkeltpersoner eller enkeltprofesjoner. Det er mulig å definere sykepleiersensitive kvalitetsindikatorer også innen koloskopi, men det er utfordrende da de fleste indikatorene vil reflektere teamarbeid. Resultatene kan tolkes som at informantene mener at det ikke er naturlig å definere egne indikatorer for sykepleierne. I et tverrfaglig samarbeid forsøker medlemmene å ivareta helheten i diagnostisering og behandlingen av hver enkelt pasient.

Resultatene i denne studien viser at teamarbeidet ved koloskopi er vesentlig. Det fremkommer at samarbeidet mellom endoskopør og sykepleier er avgjørende for kvaliteten. Det er grunnleggende å ha en felles forståelse for at man er der for pasientens beste. Det tverrfaglige perspektivet med at ulike fagprofesjoner har ulik kunnskap og erfaringer om hvordan man løser, og forstår bestemte arbeidsoppgaver og fenomen er viktig, men det kommer frem at de personlige egenskapene hos personer som skal samarbeide betyr enda mer. Avklaring av roller og definerte mål er viktige faktorer for å prestere som team og levere en god helsetjeneste.

Det kommer også frem i resultatene at det er viktig å vite at det er resultatene av det vi utfører som er avgjørende for kvalitetsindikatoren, og ikke enkelt personers utførelse. Betydningen av samarbeid for å oppnå kvalitet ved en koloskopi er et hovedfunn, og er av kanskje av større betydning enn jeg tenkte når jeg startet studien min. Koloskopi er ingen selvstendig uavhengig prosess. Det kreves samarbeid for å utføre en koloskopi og kvaliteten er avhengig av et tett samarbeid der den enkeltes bidrag ikke så lett lar seg skille fra hverandre. Det er bred enighet blant informantene om at sykepleieren er mer enn bare en håndlanger, og har en betydning for kvaliteten ved koloskopi og hvorvidt kvalitetsindikatorene blir nådd.

6.2 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Studier viser at kvaliteten ved koloskopi varierer, og det er et mål at variasjonen reduseres. Frem til nå har man fokusert mest på endoskopørens betydning for kvalitet. Dette er viktig, men denne studien viser at sykepleiernes bidrag og selve teamarbeidet også er av stor betydning for kvaliteten. Det er viktig at dette anerkjennes både i forbindelse med lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og overordnet i det nasjonale kvalitetsregisteret (Gastronet).

Studien peker på mange konkrete forhold knyttet til sykepleierens roller som utvalget mener er av betydning for kvaliteten ved koloskopi. Ved opplæring av nye sykepleiere, men også ved veiledning av sykepleiere med erfaring, bør man se på om man skal systematisk fokusere på disse forhold.

I tråd med resultatet i studien om at teamet fremstår som avgjørende for kvalitet ved koloskopi bør man vurdere å innføre systematisk teamtrening der det bør fokuseres på både endoskopørens og sykepleierens særegne bidrag, samt team- tenkning, kommunikasjon og rolleavklaringer.

Sammensetning av teamet kan ha betydning for hvordan et team fungerer. Forhold som erfaring, kompetanse og personlige egenskaper kan bety noe i denne sammenheng. I en praktisk hverdag kan det nok være vanskelig å ta hensyn til teamsammensetning, og noen ganger kan det være «delikat» å fokusere på personlige egenskaper. Men det er viktig at ledere har en bevissthet om dette.

Kvalitet ved koloskopi er tema i denne studien, med fokus på oppfatninger om sykepleiernes rolle og betydning. Mange av funnene i studien kan relateres til prosessindikatorer og resultatindikatorer for kvalitet ved koloskopi. For et helhetlig kvalitetsarbeid vil det også være viktig å se på strukturelle forhold, noe som i liten grad har blitt drøftet i denne studien. Men strukturelle forhold relatert til pasientinformasjon, innkalling til prosedyren, valg av tarmtømmings prosedyre, mottakelse på avdelingen, venterom, adekvate rom og utstyr, tilstrekkelig kompetent personell og observasjon etter prosedyren bør systematisk evalueres ved alle enheter som driver koloskopi. Her kan man få viktige innspill ved å se til den tidligere nevnte konsensusrapporten fra Storbritannia som blant annet anbefaler bruk av sjekkliste foran hver prosedyre, men det systematiske kvalitetsforbedringsarbeidet må selvfølgelig tilpasses og forankres i lokale forhold.

Litteraturliste

Aasgaard, H. S (1993) Sykepleie: omsorg og autonomi. I: Kirkevold, M. og Nortvedt, F. og Alvsvåg, H. (Red) *Klokskap og kyndighet*. Oslo, Ad Notam Gyldendal AS. s.139-148.

Abbott, A. (1988) *System of Professions: Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago: University of Chicago Press

Bang, H. (2008) Effektivitet i lederteam – hva er det, og hvilke faktorer påvirker det? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(3), s.272-286

Bjørk. I.T og Kirkevold, M. (2001) From simplicity to complexity: developing a model of practical skill performance in nursing. *Journal of Clinical Nursing* [internett] 2000(9), s.620-631. Doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.00328.x

Brandrud, A. S. *et al.* (2017) Domains associated with successful quality improvement in healthcare – a nationwide case study. *BMC Health Services Research*. [internett], 2017(17) s. 648. Doi:10.1186/s12913-017-2454-2.

Braun, V. og Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [Internett], 2 (3) s. 77-101. Doi:10.1191/1478088706qp063oa

Bretthauer, M. *et al*. (2016) Population-Based Colonoscopy Screening for Colorectal Cancer. *JAMA Internal Medicine* [Internett], 176(7). s. 894-902. Doi:10.1001/jamainternmed.2016.0960.

Brusselkontoret (2012) Nye oppgaver – nye roller. Europas Helsevesen i Endring. Oslo: Brusselkontoret AS

Bundgaard, K. *et al.*(2014) The best way possible! A fieldwork study outlining expectations and needs for nursing of patients in endoscopy facilities for short-term stay. *Scandinavian Journal of Caring Science* [Internett]. 2014 (28), s.164–172. Doi: 10.1111/scs.12032

De Jonge, V., Kuipers, E., Leerdam, M. (2012) Quality assurance in the endoscopy unit: the view of endoscopy personnel. *Frontline Gastroenterology* [internett] 2012 (3), s.115–120. Doi:10.1136/fl gastro-2011-100046

Delamaire, M. og Lafortune, G. (2010) Nurses in Advanced roles: A description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries *OECD Health Working Papers*, [Internett],(54). Doi:org/10.1787/5kmbrcfms5g7-en

Dellon, E.S. *et al.* (2008) GI endoscopy nurse experience and polyp detection during screening colonoscopy. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*[internett]. 6(12), s. 1342–1347. Doi:10.1016/j.cgh.2008.06.014.

Dellon, E.S. *et al*. (2009) Effect of GI endoscopy nurse experience on screening colonoscopy outcomes. *Gastrointestinal Endoscopy* [internett], 70(2), s. 331–343. Doi:10.1016/j.gie.2008.12.059.

Den norske legeforeningen (2011) *Med kvalitet som ledestjerne*[internett]. Statusrapport om kvalitet i helsetjenesten. Oslo: Den norske legeforeningen. Tilgjengelig her: http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/med-kvalitet-som-ledestjerne1/ (lest 27.oktober 2018)

Donabedian, A. (1988) The quality of care: How can it be assessed? *JAMA.* 260(12), s.1743-1748. Doi:10.1001/jama.1988.03410120089033

Dunkley I, *et al.* (2018) UK consensus on non-medical staffing required to deliver safe, quality-assured care for adult patients undergoing gastrointestinal endoscopy. *Frontline Gastroenterology* [internett], 2018 (0) s.1–11. Doi:10.1136/flgastro-2017-100950

Edmondson, A.C. (2005) Managing the Risk of Learning: Psychological Safety in Work Teams. I: West, M.A., Tjosvold, D. & Smith, K.G. (Red.), *The Essentials of Teamworking – International Perspectives.* Chichester: John Wiley & Sons Ltd, s. 235-255.

Edmondson, A.C. (2012) *Teaming: How Organzations Learn, Innovate, and Compete in the Knowledge Economy*. San Francisco: John Wiley & Sons Ltd.

Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner.* 3.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Fagermoen M.S. (1992) Kommunikasjon i sykepleien. I: Almås A.(Red). *Klinisk sykepleie.* Oslo: Universitetsforlaget AS, s.35-50.

Fagermoen, M. S. (2005) Kvalitative studier og kvalitetskriterier. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 7 (2), 40-54.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*

Fossmark, R., Bretthauer, M., Gustafsson, B. (2013) Hvem bør utføre endoskopier? *Tidsskriftet Norske Legeforeningen* 2013; 133: 1171 Doi: 10.4045/tidsskr.13.0625

Fretheim, A. & Bretthauer, M. (2010) Forventede virkninger ved innføring av screening for kolorektal kreft i Norge: hurtigoversikt(notat)

Fugelli, P. (2009) Grunnstoffet tillit. *Tidsskriftet Sykepleien*[internett] 20.06.2011, oppdatert 14.01.2015. Tilgjengelig fra: https://sykepleien.no/2011/06/grunnstoffet-tillit-0 (lest 27.oktober 2018)

Gastronet (uå), [internett] Oslo: Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregister. Tilgjengelig fra: https://www.kvalitetsregistre.no/registers/543/resultater. (lest 20.november 2018)

Grepperud, Sverre (2009) Kvalitet i helsetjenesten – hva menes egentlig? *Tidsskrift for den Norske Legeforening* 2009; 129:1112-4. Doi: 10.4045/tidsskr.08.0377

Grimen, H. (2009) *Hva er tillit.* Oslo: Universitetsforlaget.

Halkier, B. (2010) *Fokusgrupper.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Helsedirektoratet (2005) Og bedre skal det bli!. *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005 - 2015* (Vol. IS-1162).

Heslop, L. og Lu, S. (2014) Nursing-sensitive indicators: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*[internett], 70(11). s. 2469–2482. Doi: [10.1111/jan.12503

Johannesen, L.B. (2012) Kvalitet må måles og resultatene brukes til forbedring. Aktuelt i foreningen[internett] Oslo. *Tidsskrift Den norske legeforening*. Tilgjengelig fra https://tidsskriftet.no/2012/10/aktuelt-i-foreningen/kvalitet-ma-males-og-resultatene-brukes-til-forbedring

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*. 4. Utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Jensen, K. (1993) Sykepleie: omsorg og autonomi. I: Kirkevold, M. og Nortvedt, F og Alvsvåg, H. (red) *Klokskap og kyndighet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal AS. s. 32-43.

Justesen, L. og Mik-Meyer, N. (2012) *Qualitative research methods in organisation studies.* København: Hans Reitzels Forlag.

Karevold, K.I. (2013) Kommunikasjon i grupper. I: Brønn, P.S. og Arnulf, J.K. (Red) *Kommunikasjon for ledere og organisasjoner.* Oslo: Fagbokforlaget AS, kap.10.

Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (2015) *Psykologi i organisasjon og ledelse*.5.utg. Bergen: Fagbokforlaget

Kvale, S. og Brinkmann, S.(2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utgave, Oslo: Gyldendal akademiske

Kaminski M.F. *et al.* (2017) Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) quality improvement initiative. *Endoscopy* [internett] 49(04): s. 378 – 397. Doi: 10.1055/s-0043-103411

Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004) *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi.* 2. Utg. Oslo: Universitetsforlaget

Lee C.K., *et al*. (2011) Participation by experience endoscopy nurse increase the detection rate of colon polyps during a screening colonoscopy: a multicenter, prospective, randomized study. *Gastrointestinal Endoscopy* 2011: 74. s.1094-1102

Malterud, K. (2001) Qualitative research: standards, challenges and guidelines. *The Lancet* [Internett] 9280 (358) s. 483-488. DOI: 10.1016/s0140-6736(01)05627-6

Malterud, K. (2012) *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget

Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.utg. Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, K. (2003) *Omsorg, medisin og sykepleie*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget

Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnet og evidensen*. Oslo: Akribe forlag.

Martinsen, K. (2009) *Å se og innse.* Oslo: Akribe forlag

Mathisen, L. og Norbø, Ø. (2011) Verdt å vite om kvalitetsindikatorer. *Tidsskriftet Sykepleien*, 2011(1).s.32-34

Meld. St. 10 (2012-2013) *God kvalitet - trygge tjenester*.

Meld. St. 11 (2015-2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019).*

Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (u.å.) *Om medisinske kvalitetsregistre*[internett]. Tilgjengelig fra: https://www.kvalitetsregistre.no/om-medisinske-kvalitetsregistre-0 (lest 25.november 2018)

Nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft - status og anbefalinger. *Rapport fra Helsedirektoratet Oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet 30. juni 2017* [Internett]. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/kreft/screening-for-kreft (lest 24.november 2018)

Norsk pasientregister (NPR) *Helsedirektoratet*, sist faglig oppdatert mars 2018 [internett]. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/norsk-pasientregister-npr (lest 25.november 2018)

Norsk sykepleieforbundet (2008) *Sykepleie - et selvstendig og allsidig fag* [internett]. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/135904/Sykepleie%202008.pdf (lest 16.november 2018)

Og bedre skal det bli! (2005). *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten2005- 2015*[internett], IS-1162. Veileder. Oslo: sosial og helsedirektoratet, 2005. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015 (lest 17.oktober 2018)

Om kvalitet og kvalitetsindikatorer (Sist oppdatert 2014) *Helsenorge.no*[internett], Tilgjengelig fra: https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer (lest 17.oktober 2018)

Rygh L.H. og Mørland B. (2006) Jakten på de gode kvalitetsindikatorene. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening* 2006; 126: 2822-5.

Rygh L.H. *et al.* (2010) *Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten*[internett], oppdatert versjon 2014. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/publ/2010/forslag-til-rammeverk-for-et-nasjonalt-kvalitetsindikatorsystem-for-helsetj/ (lest 17.10.2018)

Seip, B. (2012) *Improving the quality of gastrointestinal endoscopy services: A study of the Norwegian quality program for gastrointestinal endoscopies (Gastronet)*: [Doktoravhandling]. Faculty of Medicine, University of Oslo.

Skretting, P. og Forland F. (2005) *Nasjonale kvalitetsindikatorer. Kvaliteten kan måles og helsetjenesten må vise sine resultater* [internett], Uio.no. Tilgjengelig fra: https://www.uio.no/?vrtx=searchuio&query=Nasjonale+kvalitetsindikatorer+skretting(lest 20.11.2018)

Williams, J.*et al.* (2009) Effectiveness of nurse delivered endoscopy: findings from randomised multi-institution nurse endoscopy trial (MINuET). *British medical journal* [internett], 338(b231). Doi: 10.1136/bmj.b231.

Vedlegg 1Godkjenning fra NSD

NSD

Randi Opheim
Postboks 1089
0317 OSLO

Vår dato: 21.06.2018 Vår ref: 60819 / 3 / TAL Deres dato: Deres ref:

Tilrådning fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 18.05.2018 for prosjektet:

60819	*Er sykepleierne viktige for koloskopi-kvaliteten, og på hvilke måte?*
Behandlingsansvarlig	*Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig	*Randi Opheim*
Student	*Gry Havi*

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke endringer du må melde, samt endringsskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i Meldingsarkivet.

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 03.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Se våre nettsider eller ta kontakt dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS Harald Hårfagres gate 29 Tel: +47-55 58 21 17 nsd@nsd.no Org.nr. 985 321 884
NSD – Norwegian Centre for Research Data NO-5007 Bergen, NORWAY Faks: +47-55 58 96 50 www.nsd.no

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Trine Anikken Larsen

Kontaktperson: Trine Anikken Larsen tlf: 55 58 83 97 / Trine.Larsen@nsd.no
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Gry Håvi, gry.havi@studmed.uio.no

VEDLEGG 2

Forespørsel til deg som sykepleier om deltagelse i en forskningsstudie.

”Sykepleieren, en uavhengig faktor for koloskopi-kvaliteten?”

Bakgrunn og formål
Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie hvor jeg skal se på hvilken betydning sykepleieren, som assisterer en koloskopi har for kvaliteten på koloskopiundersøkelsen.
Hva er sykepleierens selvstendige bidrag og hvordan kan vi måle dette?
Hensikten med denne studien er å definere kvalitetsindikatorer på sykepleierens utførelse og undersøke hvordan sykepleierens kompetanse og selvstendighet påvirker utfallet ved koloskopi.
Dette vil kunne gi oss informasjon om et forbedringspotensial, og være et bidrag i arbeidet med å øke kvaliteten på pasientbehandlingen.

Denne studien er min masteroppgave i helseadministrasjon(MHA). Ansvarlig institusjon for prosjektet er Universitetet i Oslo, institutt for helse og samfunn, avdeling helseledelse og helseøkonomi.

I min studie ønsker jeg å intervjue tre ulike grupper: i) endoskopører med minst to års erfaring med koloskopi, ii) sykepleiere som har minst to års erfaring med å assistere ved koloskopi og iii) tjenestebrukere (pasienter) som har gjennomført to eller flere koloskopier. Rekrutteringen av pasientene vil gjøres via Landsforeningen for Fordøyelsessykdommer (LMF)

Hva innebærer deltakelse i studien?
Deltakelse i studien innebærer for deg at du blir med i et fokusgruppeintervju med andre sykepleiere. Gruppen vil bestå av 5-8 personer fra 3-4 andre sykehus i Oslo regionen. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil eller lydbånd. Intervjuet vil vare 1 - 1 1/2 time, og det vil være på et møterom ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Hva skjer med informasjonen om deg?
Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være noen kobling mellom den informasjonen du gir i intervjuet og din person, og din deltagelse vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon. Det er kun min veileder og meg selv som vil ha tilgang til forskningsprosjektets data.
Prosjektet skal etter planen avsluttes i desember 2018, da vil personopplysninger og lydopptak slettes. Om oppgaven min blir forsinket vil det slettes senest 1.desember 2019.

Frivillig deltakelse
Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg forbli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta, eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg, Gry Håvi, på telefon: 481 32 181, eller på mail: gryhaa@ous-hf.no, eller ta kontakt med min veileder Randi Opheim på mail: randi.opheim@medisin.uio.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien;
«Sykepleieren en uavhengig faktor for koloskopi-kvaliteten», og er villig til å delta

Navn: ----------

Signatur/dato ----------

Forespørsel til deg som gastroenterolog/endoskopør om deltagelse i en forskningsstudie.

”Sykepleieren en uavhengig faktor for koloskopi-kvaliteten?”

Bakgrunn og formål
Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie hvor jeg skal se på hvilken betydning sykepleieren, som assisterer en koloskopi har for kvaliteten på koloskopiundersøkelsen.
Hva er sykepleierens selvstendige bidrag og hvordan kan vi måle dette?
Hensikten med denne studien er å definere kvalitetsindikatorer på sykepleierens utførelse og undersøke hvordan sykepleierens kompetanse og selvstendighet påvirker utfallet ved koloskopi.
Dette vil kunne gi oss informasjon om et forbedringspotensial, og være et bidrag i arbeidet med å øke kvaliteten på pasientbehandlingen.

Denne studien er min masteroppgave i helseadministrasjon (MHA). Ansvarlig institusjon for prosjektet er Universitetet i Oslo, institutt for helse og samfunn, avdeling helseledelse og helseøkonomi.

I min studie ønsker jeg å intervjue tre ulike grupper: i) endoskopører med minst to års erfaring med koloskopi, ii) sykepleiere som har minst to års erfaring med å assistere ved koloskopi og iii) tjenestebrukere (pasienter) som har gjennomført to eller flere koloskopier. Rekrutteringen av pasientene vil gjøres via Landsforeningen for Fordøyelsessykdommer (LMF)

Hva innebærer deltakelse i studien?
Deltakelse i studien innebærer for deg at du blir med i et fokusgruppeintervju med andre gastroenterologer. Gruppen vil bestå av 5-8 gastroenterologer fra 3-4 forskjellige sykehus i Oslo regionen. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil eller lydbånd. Intervjuet vil vare 1 - 1 1/2 time, og det vil mest sannsynlig være på et møterom ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Hva skjer med informasjonen om deg?
Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være noen kobling mellom den informasjonen du gir i intervjuet og din person, og din deltagelse vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon. Det er kun min veileder og meg selv som vil ha tilgang til forskningsprosjektets data.
Prosjektet skal etter planen avsluttes 3. desember 2018, da vil personopplysninger og lydopptak slettes. Om oppgaven min blir forsinket vil det slettes senest 1.desember 2019.

Frivillig deltakelse
Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn.

Dersom du ønsker å delta, eller har spørsmål til studien, ta kontakt med meg, Gry Håvi, på telefon: 481 32 181, eller på mail: gryhaa@ous-hf.no, eller ta kontakt med min veileder Randi Opheim på mail: randi.opheim@medisin.uio.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien; «Sykepleieren en uavhengig faktor for koloskopi-kvaliteten?», og er villig til å delta

Navn: ----------

Signatur/dato ----------

Forespørsel til deg som har fått utført koloskopi om deltagelse i en forskningsstudie.

”Sykepleieren en uavhengig faktor for koloskopi-kvaliteten?”

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie hvor jeg skal se på hvilken betydning sykepleieren, som assisterer en koloskopi har for kvaliteten på koloskopiundersøkelsen.
Hva er sykepleierens selvstendige bidrag og hvordan kan vi måle dette?
Hensikten med denne studien er å definere kvalitetsindikatorer på sykepleierens utførelse og undersøke hvordan sykepleierens kompetanse og selvstendighet påvirker utfallet ved koloskopi.
Dette vil kunne gi oss informasjon om et forbedringspotensial, og være et bidrag i arbeidet med å øke kvaliteten på pasientbehandlingen.

Denne studien er min masteroppgave i helseadministrasjon(MHA). Ansvarlig institusjon for prosjektet er Universitetet i Oslo, institutt for helse og samfunn, avdeling helseledelse og helseøkonomi.

I min studie ønsker jeg å intervjue tre ulike grupper: i) gastroenterologer med minst ett års erfaring med koloskopi, ii) sykepleiere som har minst ett års erfaring med å assistere ved koloskopi og iii) tjenestebrukere (pasienter) som har gjennomført to eller flere koloskopier. Rekrutteringen av pasientene vil gjøres via Landsforeningen for Fordøyelsessykdommer (LMF)

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i studien innebærer for deg at du blir med i et fokusgruppeintervju med andre personer som har fått utført to eller flere koloskopier. Gruppen vil bestå av 5-7 personer. Intervjuet vil bli tatt opp på lydfil eller lydbånd. Intervjuet vil vare 1 - 1 1/2 time, og det vil mest sannsynlig være på et møterom ved Oslo universitetssykehus, Ullevål.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være noen kobling mellom den informasjonen du gir i intervjuet og din person, og din deltagelse vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon. Det er kun min veileder og meg selv som vil ha tilgang til forskningsprosjektets data.
Prosjektet skal etter planen avsluttes 3. desember 2018, da vil alle pplysninger og lydopptak slettes. Om oppgaven min blir forsinket, vil det slettes senest 1.desember 2019.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke få noen konsekvenser for deg det vil ikke få innvirkning på ditt forhold til behandlere eller andre.

Dersom du har spørsmål til studien, er det bare å ta kontakt med meg, Gry Håvi, telefon: 481 32 181, eller mail: gryhaa@ous-hf.no, eller kontakt med Randi Opheim på mail: randi.opheim@medisin.uio.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltagelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien;
«Sykepleieren en uavhengig faktor for koloskopi-kvaliteten?», og er villig til å delta

Navn ----------

Dato/underskrift ----------

VEDLEGG 3 TEMAGUIDE

Temaguide for fokusgruppeintervju med sykepleiere.

- **Hvordan opplever du din rolle ved en koloskopi?**
- **Hvordan tror du leger(endoskopører) opplever sykepleierollen?**
- **Hva tenker du er sykepleierens særegne bidrag ved en koloskopiundersøkelse?**

Hvordan er det særegent, kan du gi noen eksempler?

Hvilke ansvarsområder /oppgaver har sykepleieren ved en koloskopi?

Hvilke ferdigheter bør en sykepleier ha for å kunne utføre oppgavene sine?

Hvilke kunnskaper bør en sykepleier ha for å kunne utføre oppgavene sine?

Hvilke personlige egenskaper bør en sykepleier ha?

- **Hva mener du skiller en god sykepleier fra en mindre god sykepleier under en koloskopi?**

Kan dere beskrive en koloskopi hvor dere opplevde at sykepleierens betydning var ekstra viktig.

Om det er forskjell på sykepleiere under en koloskopi, hva mener du utgjør denne forskjellen?

- **Hva kjennetegner et godt samarbeid mellom endoskopør og sykepleier ved en koloskopi?**

Kan du gi noen eksempler der det tverrfaglige teamet fungerer godt?

Kan du gi noen eksempler der det tverrfaglige teamet fungerer mindre godt?

Finnes det formelle og uformelle roller og/eller normer ved en koloskopi?

- **Eksempler på kvalitetsindikatorer som brukes i Gastronet (nasjonalt medisinsk kvalitetsregister)ved koloskopi er: Cøkumintubasjonsrate, cøkuumintubasjonstid, polyppdeteksjonsrate (definert som polypp> 5 mm), smerte ved koloskopi, sedasjonspraksis og om pasienten var fornøyd med informasjonen som ble gitt.**

Er disse kvalitetsindikatorene dekkende for å måle sykepleierens bidrag ved en koloskopi?

- **Hvordan kan vi best måle sykepleiernes betydning for kvalitet ved koloskopi?**

Er det andre kvalitetsindikatorer enn de overnevnte som dere mener passer bedre?

Hva bør eventuelt andre kvalitetsindikatorer representere?

Temaguide for fokusgruppeintervju med endoskopører:

- **Hvordan opplever du sykepleierens rolle ved en koloskopi?**
- **Hvordan tror du sykepleiere opplever sin rolle ved koloskopi?**
- **Hva tenker du er sykepleierens særegne bidrag ved en koloskopiundersøkelse?**

Hva er særegent, kan du gi noen eksempler?

Hvilke ansvarsområder /oppgaver har sykepleieren ved en koloskopi?

Hvilke ferdigheter bør en sykepleier ha for å kunne utføre oppgavene sine?

Hvilke kunnskaper bør en sykepleier ha for å kunne utføre oppgavene sine?

Hvilke personlige egenskaper bør en sykepleier ha?

- **Hva mener du skiller en god sykepleier fra en mindre god sykepleier ved en koloskopi?**

Kan dere beskrive en koloskopi hvor sykepleierens betydning var ekstra viktig.

Om det er forskjell på sykepleiere under en koloskopi, hva mener du utgjør denne forskjellen?

- **Hva kjennetegner et godt samarbeid mellom endoskopør og sykepleier ved en koloskopi?**

Kan du gi noen eksempler der det tverrfaglige teamet har fungert godt?

Kan du gi noen eksempler der det tverrfaglige teamet mindre godt?

Finnes det formelle og uformelle roller og/eller normer ved en koloskopi?

- **Eksempler på kvalitetsindikatorer som brukes i Gastronet(nasjonalt medisinsk kvalitetsregister) ved koloskopi er Cøkumintubasjonsrate, cøkumintubasjonstid,polyppdeteksjonsrate (definert som polypp> 5 mm), smerte ved koloskopi, sedasjonspraksis og om pasienten var fornøyd med informasjonen som ble gitt.**

Er disse kvalitetsindikatorene dekkende for å måle sykepleierens bidrag ved en koloskopi?

- **Hvordan kan vi best måle sykepleiernes betydning for kvalitet ved koloskopi?**

Er det andre kvalitetsindikatorer som dere mener passer bedre?

Hva bør eventuelt andre kvalitetsindikatorer representere?

Hvordan eventuelt definere andre kvalitetsindikatorer ?

Temaguide for fokusgruppeintervju med personer som har fått utført koloskopi(pasienter):

- **Hvordan opplever du sykepleiers rolle ved en koloskopi?**
- **Hvordan tror du de selv opplever sin rolle?**
- **Hva tenker du er sykepleierens særegne bidrag ved koloskopi?**

Hvordan er det særegent, kan du gi noen eksempler?

Hvilke ansvarsområder /oppgaver opplever du at sykepleieren har ved en koloskopi?

Hvilke ferdigheter mener du en sykepleier bør ha for å kunne utføre oppgavene sine?

Hvilke kunnskaper bør en sykepleier ha for å kunne utføre oppgavene sine?

Hvilke personlige egenskaper bør en sykepleier ha?

- **Hva mener du skiller en god sykepleier fra en mindre god sykepleier under en koloskopi?**

Kan dere beskrive en koloskopi hvor dere opplevde sykepleierens betydning var ekstra viktig.

Om det er forskjell på sykepleiere under en koloskopi, hva mener du utgjør denne forskjellen?

- **Hva mener du preger samarbeidet mellom endoskopør/lege og sykepleier ved en koloskopi?**

Kan du gi et eksempel der det har fungert veldig godt mellom sykepleier og lege ved en koloskopi?

Kan du gi et eksempel der det har fungert mindre godt mellom sykepleier og lege ved en koloskopi?

- **Har du noen tanker om hvordan vi kan best måle sykepleiernes betydning for kvalitet ved koloskopi?**

Hvilke elementer bør være med?

- **Eksempler på kvalitetsindikatorer som brukes i Gastronet (nasjonalt medisinsk kvalitetsregister for endoskopi) ved koloskopi er Cøkumintubasjonsrate, cøkumintubasjonstid,polyppdeteksjonsrate (definert som polypp> 5 mm), smerte ved koloskopi, sedasjonspraksis og om pasienten var fornøyd med informasjonen som ble gitt.)**

Er disse kvalitetsindikatorene dekkende for å måle sykepleierens bidrag ved en koloskopi?