

Turnusordningar i helsevesenet

*Erfaringar med kort kviletid mellom vakter hjå helsepersonell i todelt
turnus: Ein fokusgruppeintervjustudie*

Lina Hagen Hæreid



Masteroppgåve

Masterprogram i Helse og Samfunn

Rettleiar: Målfrid Råheim, Universitetet i Bergen

Forskargruppe: Helsevitskap og erfaringsforsking

Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin

Det medisinske fakultet

Universitetet i Bergen

Våren 2023

FORORD

Det er ei glede å ha fullført dette masterprosjektet. Vegen hit har kjentest til tider lang og humpete, men til slutt nådde eg fram til målstreken. Ein kombinasjon av studie og deltidsjobb på sjukehus i turnus har vore krevjande til tider, men eg kan sei at desse to åra på studiet *Helse og samfunn* har vore svært lærerike.

Eg har mange å takke, som eg ikkje ville greidd dette utan. Først og fremst vil eg takke alle informantane, utan deira meiningar og spennande samtalar hadde det ikkje vore mogeleg å gjennomføre denne studien. Deretter må eg få takke alle som har hjelpt til med rekruttering, og som så velvillige sette av tid og ressursar for at eg kunne fullføre dette masterprosjektet. Så vil eg rette ein hjarteleg stor takk til rettleiar min, Målfrid Råheim. Eg er så takknemleg for all god fagleg innsikt, verdifulle tilbakemeldingar og støtte du har vist gjennom arbeidet. Tusen takk til vener, familie og medstudentar som har vore der for god oppmuntring og støtte igjennom denne prosessen.

Bergen, mai 2023

Lina Hagen Hæreid

Innholdsliste

FORORD	I
OVERSIKT OVER TABELLAR OG FIGURAR.....	IV
OVERSIKT FORKORTINGAR	IV
SAMANDRAG	V
ABSTRACT.....	VI
1.0 INNLEIING	1
1.1 BAKGRUNN OG GENERELT OM TEMA	1
1.2 TIDLEGARE FORSKING PÅ OMRÅDET	2
1.3 OPPBYGGING AV OPPGÅVA.....	6
2.0 TEORETISKE PERSPEKTIV	7
2.1 OPPLEVING AV SAMANHENG	7
2.2 KRAV-KONTROLL-STØTTE MODELLEN	8
3.0 FØREMÅL OG PROBLEMSTILLING.....	9
3.1 FØREMÅL.....	9
3.2 PROBLEMSTILLING	9
4.0 METODOLOGI OG METODE.....	10
4.1 METODOLOGISKE FØRINGAR	10
4.2 VAL AV FORSKINGSDESIGN	11
4.3 UTVAL OG REKRUTTERING AV INFORMANTAR	12
4.3.1 INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIUM	12
4.3.2 EIT STRATEGISK, MEN ÒG EIT PRAGMATISK UTVAL OG REKRUTTERING	13
4.3.3 INTERVJUGUIDE	15
4.4 REFLEKSIVITET - FORSKAREN SI FØRFORSTÅING.....	15
4.5 DATAINNSAMLING	16
4.5.1 UTFØRING AV INTERVJUA.....	16
4.5.2 TRANSKRIPSJON.....	18
4.6 ANALYSE AV DATAMATERIALET.....	18
4.7 ETISKE OMSYN.....	23

5.0 FUNN - ERFARINGAR MED QR SOM MOGELEGHEIT OG ULEMPE	25
5.1 QR SOM MOGELEGHEIT OG POSITIV UTFORDRING	25
5.1.1 EIN YNSKJA VARIASJON	25
5.1.2 QR BETYR MEIR FRITID, MEN DET KAN GÅ UTOVER HELSA OM TURNUSEN BLIR FOR TØFF	26
5.1.3 KONTINUITET MED PASIENTANE.....	28
5.2 QR SOM ULEMPE	29
5.2.1 QR PÅ HELSA LAUS: MISFORHOLD MELLOM REELL OG GITT KVILETID MELLOM VAKTER.....	29
5.2.2 KONSEKVEN SAR FOR FAMILIELIVET OG FRITIDA	31
5.3 Ei SAMANSETT UTFORDRING ORGANISATORISK	32
5.3.1 TID FOR EI ENDRING?.....	32
5.3.2 KJENSLA AV AT DEIRA HELSEMESSIGE BEHOV IKKJE VERT TATT PÅ ALVOR AV ARBEIDSGJEVAR	34
6.0 DISKUSJON	36
6.1 RESULTATDISKUSJON	36
6.1.1 POSITIVE OPPLEVINGAR OG ASPEKT RUNDT QR – EIN YNSKJA VARIASJON	37
6.1.2 NEGATIVE ERFARINGAR OG SYNSPUNKT VED ARBEID MED QR	40
6.1.3 KVA VEG MEST?.....	43
6.2 METODEDISKUSJON	46
6.2.1 INTERN VALIDITET: PÅLITELEGHEIT	46
6.2.2 EIGNE REFLEKSIVE PROSESSAR UNDERVEGS	49
6.2.3 EKSTERN VALIDITET: OVERFØRINGSVERDI.....	50
7.0 KONKLUSJON OG IMPLIKASJON FOR PRAKSIS	53
KJELDELISTE	54
VEDLEGG	59
VEDLEGG I	60
VEDLEGG II	61
VEDLEGG III	64
VEDLEGG IV	66
VEDLEGG V	67

Oversikt over tabellar og figurar

Tabell 1: Oversikt over deltakarane	s.14
Tabell 2: Eksempel på subgruppe	s.22
Figur 1: Illustrasjon av analyseprosessen	s.21

Oversikt forkortingar

OAS – Oppleving av samanheng

STK – Systematisk tekstkondensering

SWD – Shift work disorder

QR – Quick return

SAMANDRAG

Bakgrunn: Helsepersonell i todelt turnus må ofte belage seg på å arbeide vaktkombinasjonen sein-tidleg, som gir kortare enn 11 timar kviletid mellom to vakter, «quick return». Quick return er relatert til fleire ulike helseproblem grunna uregelmessige skift og høge jobbkrav, som kortare søvnlengde, søvnløshet, fatigue, auka sjukefråvær og arbeidsrelaterte ulukker. Tidlegare forskning på området fokuserer i størst grad på negative konsekvensar av quick return.

Føremål: Å få fram nyansert kunnskap om kva erfaringar helsepersonell har med å gå turnus med quick return.

Problemstilling: 1) Kva erfaringar har helsepersonell med meir enn 5 år i spesialisthelsetenesta med todelt turnus og quick return? 2) Kvifor vel helsepersonell å bli verande i arbeid i spesialisthelsetenesta med todelt turnus og quick return? 3) Kva fordelar og ulemper opplev dei med å gå quick return vakter?

Metode: Studien har eit kvalitativt forskingsdesign, der to fokusgruppeintervju er gjennomført. Det vart rekruttert åtte deltakarar frå to ulike sjukehus i spesialisthelsetenesta på vestlandet. Som analysemetode er det nytta systematisk tekstkondensering, som er ein tverrgående tematisk analyse.

Funn: Resultatkategoriane som kom fram av analysen er: 1) Quick return som mogelegheit og positiv utfordring, 2) Quick return som ulempe, og 3) Ei samansett utfordring organisatorisk. Heilt sentralt var funnet om at helsepersonellet såg på quick return som ein ynskja variasjon. Meir enn ein quick return i veka var opplevd som for belastande for helsa.

Konklusjon: Helsepersonellet har individuelle erfaringar og behov ved turnusarbeid og quick return, og det bør forsøkast å tilpasse arbeidsplanar til kvar enkelt arbeidstakar.

Nøkkelord: *Quick return, turnus, helsepersonell sine erfaringar, fokusgruppeintervju.*

ABSTRACT

Background: Healthcare personnel working rotating shifts is often imposed working «quick return», referred to transitions between two shifts that gives less than 11 hours available rest time. Quick return is related to multiple health problems due to irregular shifts and heavy job demands. Previous research in the field mostly highlights the negative consequences of quick return.

Aim: To bring knowledge about the experience healthcare personnel have with working shift with quick return.

Research questions: 1) What experiences do healthcare personnel with more than 5 years' experience in specialist healthcare have with working shifts with quick return? 2) Why do healthcare personnel choose to continue their work despite in working shifts and quick returns? 3) What advantages and disadvantages do they experience working quick return?

Method: The study has a qualitative research design, with two focus group interviews conducted. In total the study recruited eight participants from two different hospitals from the specialist healthcare in Western Norway. Systematic text condensation was used as an analysis method.

The result categories from analysis of interview material are: 1) Quick return as an opportunity and positive challenge, 2) Quick return as disadvantage, and 3) A complex organizational challenge. A key finding was that the participants viewed quick return as a desired variation, and that more than one quick return per week was a burden to their health.

Conclusion: The participants had individual needs due to shift work and quick return, and efforts should be made to adapt work schedules to each employee's needs.

Keywords: *Quick return, shift work, healthcare personnel experiences, focus group interview.*

1.0 Innleiing

Denne studien handlar om helsepersonell sine erfaringar knytt til turnusarbeid. Eg har eit ynskje om å gå i djupna i temaet om arbeidshelse, knytt til kva erfaringar helsepersonell som har arbeidd turnus over tid sit med. Oppgåva vil derfor gå djupare inn på kva opplevingar helsepersonell i todelt turnus har med kort kviletid mellom to vakter, som i den engelske litteraturen er kalla for «Quick Return».

1.1 Bakgrunn og generelt om tema

I Noreg i dag jobbar over 400 000 personar i helse- og omsorgstenestene, og talet sysselsette har tredobla seg sidan 70-talet. Likevel står vi overfor ei bemanningsutfordring, både i dag og på lang sikt (1). Aldersgruppa 80 år og eldre har jamt over auka sidan andre verdskrig, og mellom år 2000 til 2020 auka talet med 40 000. Ser vi 20 år vidare fram, frå 2020 til 2040, er det førespegla ei auke på over 250 000 personar (1). Ei av følgjene av ein så stor eldrepopulasjon er at behovet for utførte helsetenester vil auke. Regjeringa la fram i «*Norges offentlige utredninger 2023:4 (NOU) – Tid for ei handling*» at det er førespegla færre tilsette per pasient innan 2040. Samstundes aukar talet av personar i arbeidsfør alder som står utanfor arbeidslivet, parallelt med at fleire andre næringar også har behov for den arbeidskrafta vi har i landet. Vidare kan ein sjå stadig fleire helsepersonell som sluttar i helsesektoren, og utfordringane med å rekruttere og behalde helsepersonell er eit reelt problem (1).

Behovet for helsepersonell ser ein særleg i institusjonar med ansvar for å ta vare på, og sikre behandling av pasientar døgnet rundt (1). For å dekke behovet for døgnskcontinuerleg pleie og tiltak, må enkelte yrkesgrupper belage seg på å arbeide todelt eller tredelt turnus. Ved todelt turnus vekslar arbeidstakaren med å arbeide dagvakter og seinvakter, medan ved tredelt turnus vekslar ein mellom dagvakter, seinvakter og nattevakter (2). Kort kviletid mellom to vakter vert vidare omtalt som «quick return» (QR), som er eit kjent omgrep i forskningslitteraturen (3). QR vert i denne samanheng definert som mindre enn 11 timar mellom to påfølgjande vakter (4), og er oftast sett mellom ei seinvakt og ei dagvakt, men førekjem også mellom nattevakt og kveldsvakt same dag, eller dagvakt og nattevakt same dag (3). Ser ein på den faktiske kviletida arbeidstakarane har mellom vaktene, vert den korta ned grunna reisetid til og frå jobb, tid til personleg pleie, og tid med familie. QR kan innebere

kortare periode med søvn, som potensielt er helsemessig uheldig (3). Behovet for søvn er likevel sett på som svært individuelt (5).

I Noreg og EU har vi lover for å verne om, og ta omsyn til arbeidstakar sitt liv og helse (6). I følge arbeidsmiljølova paragraf 10-8 er det lovpålagt at «arbeidstaker skal ha minst 11 timer sammenhengende arbeidsfri i løpet av 24 timer. Den arbeidsfrie perioden skal plasseres mellom to hovedarbeidsperioder» (7)¹. Det vert også spesifisert at arbeidsgjevar og arbeidstakar sin tillitsvalt kan inngå eigne skriftlege avtalar for unntak av desse lovene, mot kompensasjon i form av kvileperiodar eller anna passande vern. Dermed kan avtalen gjelde ned mot 8 timar kvileperiode mellom to skift (7).

Turnusarbeid vert sett på som ein helseskadeleg eksponent blant anna ved for kort kviletid mellom vakter (3). Med tanke på bemanningsutfordringa vi står overfor i helsesektoren i samfunnet, vil det vera naturleg å sjå nærare på utskifting av personell. «Turnover» vert definert som gjennomtrekk av personale på ein arbeidsplass (8), som naturleg skjer på dei aller fleste arbeidsplassar i ulik grad. I spesialisthelsetenestene² er turnover ei utfordring på enkelte område, deriblant er det særleg utfordrande for sjukehusa å behalde sjukepleiarar på sengepostar. Delar av helse- og omsorgstenestene i landet slit med betydelege rekrutteringsutfordringar, særleg blant sjukepleiarar, spesialsjukepleiarar, fastlegar og psykiatrar, og utfordringa har også auka for fleire personellgrupper i dei seinare åra (1). Trass alt er det likevel helsearbeidarar som vel å bli i turnusordningar med QR over tid.

1.2 Tidlegare forskning på området

Forskinga brukt i denne studien vert presentert i avsnittet nedanfor. For å finne relevant litteratur vart det hovudsakleg søkt i dei helsefaglege databasane PubMed og Embase, men også andre databasar som Google Scholar. Det er brukt forskingsartiklar frå 2010 til 2022, der ni av artiklane er eldre enn fem år gamle, medan åtte av artiklane er nyare enn fem år. I starten av arbeidet med litteratursøket vart det hovudsakleg nytta følgjande søkeord i ulike kombinasjonar med dei boolske operatorane OR og AND; *quick return, shift work, health*

¹ Kjelda er henta frå ei nettside, der sidetal ikkje er med.

² Spesialisthelsetenesta er samla nemning på helsetenestene som ikkje er lagt til den kommunale helse- og omsorgstenesta.

personell, nurse, hospital, turnover, og work schedule. Det vart til ein viss grad nytta «snøball-søking», som innebar å sjå på kva referansar artiklane frå aktuelle søk gav. Alle artiklane som er nytta i oppgåva er publisert i tidsskrift eller andre kanalar, og rekna som vitenskaplege (nivå 1 og nivå 2) ved kontroll i kanalregisteret.

Norske forskarar har gjort funn som viser ein samanheng mellom QR og insomni³, søvngigheit, fatigue⁴ og turnusarbeidsliding (9). Sistnemnt vert på engelsk kalla «Shift Work Disorder» (SWD) (9), som igjen vert definert som ein døgnrytmeforstyrning med uttalt trøyttheit og søvnproblem på bakgrunn av arbeidstid på tidspunkt der ein normalt ville ha sove (10). Forsking har vist eit behov for avslapping, og det å kople av frå jobb etter ei vakt (3). Totalt sett kan arbeidstakaren få betrakteleg kortare periode med søvn, heilt ned mot 5-6,5 timar med QR, mot 7-8 timar utan QR (3). Tidlegare forskning har vist at søvn mindre enn 7 timar er knytt til negative konsekvensar for helse og sikkerheit på arbeid. Skiftarbeid med variasjon mellom dag-, kveld- eller nattevakter strid i mot den naturlege døgnrytma (11). Vedaa og medarbeidarane hans presenterte ein systematisk oversiktsartikkel frå 2015, der resultata kunne tyde på at QR ikkje berre bidrog til kortare søvnvarigheit, men òg til forstyrra søvn, auka søvngigheit og fatigue. Likevel trakk forskarane også fram at det var relativt svak evidens som blei lagt fram, noko som påverka konklusjonane si truverd (12). Eldevik med fleire presenterte frå sin kohortstudie i Noreg eit meir tydeleg resultat. Ved bruk av spørjeskjema som metode, der 1990 sjukepleiarar deltok, tyda resultata på at ein kunne sjå betydeleg positiv assosiasjon med QR og insomni, søvngigheit, fatigue og turnusarbeidsliding. Som eit viktig funn trakk dei også fram at jo høgare tal QR ein hadde gjennom eit år, dess større var sjansen for å bli ramma av desse plagene (9). Ein anna longitudinell studie også gjennomført i Noreg sette lys på om QR hadde ein effekt på sjukefråvær hjå dei tilsette. Med 1538 sjukepleiarar som svarte på spørjeskjema, kom det fram at det var ein positiv lineær samanheng mellom det å gå QR vakter, og eit auka sjukefråvær. I tillegg konkluderte artikkelen med at ein bør vurdere å avskaffe QR og antyda at det ikkje er naudsynt for å oppretthalde ei forsvarleg bemanning. Som ein konsekvens trakk dei òg fram dei økonomiske kostnadane som ein følgje av sjukefråvær (13).

³ Insomni er betre kjent som søvnforstyrningar.

⁴ Fatigue er ei kjensle av total utmatting og mangel på energi.

I ein finsk intervensjonsstudie frå 2010 testa dei ut å fjerne QR for ei gruppe på 75 sjukepleiarar i alderen 20-62 år, inndelt i tre grupper etter alder. Funnet frå studien viste at å arbeide turnus var mest forstyrrende for den yngste gruppa, og at det å fjerne QR viste positive effektar på trivselen til sjukepleiarane i alle aldersgruppene (14). Vidare viste ein kohortstudie gjennomført i Danmark at QR hjå helsearbeidarar på sjukehus auka sjansen for skade, særleg innan dei første to døgn etter ein QR. Skadane fordelte seg mellom 34% yrkesretta skadar, 11% ved transport, 42% på fritid og 13% med ukjent årsak (15). Ein studie gjennomført i Noreg viste også at talet QR assosierte med risiko for arbeidsulukker for helsepersonellet og pasientar. Det innebar at ei auke eller reduksjon av QR, påverka talet arbeidsulukker i same retning (4).

I ein systematisk oversiktsartikkel og metaanalyse frå 2021 var det sett på prevalensen av turnusarbeidsliding på bakgrunn av 29 vitenskapsartiklar med utgangspunkt i skift- og nattarbeid. Å jobbe skift var assosiert med blant anna sjukefråvær, låg arbeidstilfredsheit, turnover og intensjonar om turnover, å slutte i jobben. Funnet i studien viste at det var ein relativt høg prevalens av turnusarbeidsliding (engelsk; shift work disorder, SWD) på tvers av dei inkluderte studia, og antyda at omtrent ein av fire vart ramma av SWD (16). Ein anna oppfølgingsstudie frå Noreg publisert i 2021 viste blant anna at å redusere med meir enn ti QR i året kunne assosierast med betring av SWD, medan å auke eksponeringa av QR var assosiert med å utvikle SWD. Resultata antyda også at ugunstige arbeidsplanar kunne spele ei rolle i utvikling av søvnproblem blant sjukepleiarar (17).

Mykje av forkinga peika på at QR stadig vert assosiert med negative helse- og sikkerheitsutfall, men at det ikkje er eintydig om det er QR som er årsaka til desse negative utfalla (18). Ein anna tverrsnittstudie gjennomført i Sør-Korea frå 2020 viste at negative helseutfall som blant anna søvnforstyringar, fatigue og depresjon i samband med skiftarbeid for sjukepleiarar førte til ein høgare intensjon om turnover (19), medan ein registerbasert studie frå 2020 med utgangspunkt i sjukepleiarar i Danmark og Finland viste at QR førte til auka risiko for langtidssjukefråvær (20). I ein studie publisert i 2019 frå Finland viste resultata blant anna at å ha få (0-1 eller 2-3) QR over 28 dagar minska sjansen for korttidssjukefråvær, medan å ha meir enn 5 QR over 28 dagar auka sjansen for korttidssjukefråvær hjå helsearbeidarar (21).

Det er altså ein god del forskning som har sett søkelyset på uheldige helseeffektar ved turnusordningar som inneber QR. Det kan likevel vera grunn til å fordjupe denne kunnskapen, sidan mange helsearbeidarar held fram med å gå turnus med QR over lang tid. Er det berre negative helseeffektar av turnus med QR som rapportert i forskning? Og, kva om det er motsetningar i erfaringar med QR «der ute»?

Ein tverrsnittstudie frå Danmark viste korleis tilsette prioriterte når dei fekk planlegge sine egne skift i arbeidskvardagen. Undersøkinga tok utgangspunkt i helsepersonell i turnus, der deltakarane svarte på spørjeskjema. Målet var å sjå kva dei tilsette vurderte på bakgrunn av prioriteringane og omsyna deira. Funn frå studien viste at dei tilsette prioriterte sosialt liv, deriblant familie, helse deira, og kvile mellom skift. Dei prioriterte altså å ha lengre friperiodar frå arbeid, snarare enn å få nødvendig kvile, og slik verne si eiga helse før neste skift, i tillegg til arbeidsplassen sine behov. Studien konkluderte dermed med at dei tilsette faktisk brukte påverknad på arbeidstida si til å fremje eiga helse. Prioriteringane deira var avhengige av minst ein av dei inkluderte faktorane (alder, kjønn, sivilstatus og helse), der den viktigaste faktoren var om deltakarane budde saman med partner, og at forskjellige grupper hadde ulike prioriteringar (22). Også i Finland var det i 2018 publisert ein studie som omfattar den same problematikken. I denne studien vart det gjort funn av blant anna at tilsette i skiftordningar med høgare kontroll over planlegging av eiga arbeidstid hadde noko meir QR, nattarbeid og helgearbeid samanlikna med gruppene med middels og låg kontroll over eiga arbeidstid ved planlegging av skift. Dette indikerer at ved arbeid på sjukehus (turnusordningar) står dei tilsette overfor eit behov for å inngå kompromiss mellom tilstrekkeleg kvile og sosiale fritidsaktivitetar (23).

I Sverige vart det gjennomført ein tverrsnittstudie med 96 deltakarar som viste opplevde fordelar og ulemper ved QR hjå sjukepleiarar og hjelpepleiarar på sjukehus. Ulempene som kom fram under studien var at eit fleirtal på 76% opplevde vanskar med å slappe av før sengetid, 80% opplevde utilstrekkeleg søvn og 72% opplevde fatigue på dagtid. I tillegg til dette opplevde ein tredjedel ein auka risiko for feil og misforståingar. Fordelane studien viste til var at QR kunne lette rapportering og planlegging av arbeid, da dette var oppgåver som var oppfatta som relativt enkle under ein QR samanlikna med andre vaktkombinasjonar. Likevel

såg studien at toleransen for QR var varierende. Studien konkluderte dermed med at QR kunne vera til fordel for kontinuitet i arbeidskvardagen, men at det kunne skje på kostnad av restitusjon og sikkerheit (24).

På bakgrunn av tidlegare forskning gjort på området, er det føremålstenleg å undersøke vidare på dette feltet. Ved søk etter kvalitative studie har eg førebels ikkje funne noko. Dette styrkar da også føremålet med oppgåva, nemleg å bidra med utfyllande kunnskap til problemfeltet.

1.3 Oppbygging av oppgåva

Oppgåva inneheld sju kapittel der innleiinga utgjer kapittel 1. Vidare i kapittel 2 vert teoretiske perspektiv som knyt seg til temaet presentert, før kapittel 3 som legg fram føremål med oppgåva og problemstilling. Kapittel 4 handlar om metodologi og metode, deretter presenterast funn frå forskinga i kapittel 5, altså resultatkapittelet. Deretter vert funna drøfta opp i mot teoretiske perspektiv og tidlegare forskning i kapittel 6. Avslutningsvis vert dei meste sentrale funna frå studien summert opp og det heile endar i ein konklusjon i kapittel 7.

2.0 Teoretiske perspektiv

2.1 Oppleving av samanheng

Gjennom dette studiet ynskjer eg i all hovudsak å sjå på helsearbeidarar sine erfaringar med arbeid med todelt turnus og QR. Eit relevant teoretisk perspektiv er Aaron Antonovsky sin teori om helse og meistring (25). Det vil seie ein teori om det han overordna kalla «oppleving av samanheng» (OAS), også kjent på engelsk som «sense of coherence» (SOC), som tyder oppleving av meining og samanheng i livet, eller som her; i den situasjonen arbeidstakarane i min studie er i. OAS har utgangspunkt i tenking om salutogenese, som er teori om psykisk og fysisk helse der fokuset ligg på kva som fremjar god helse, auka meistring og velvære til det enkelte individ. Det vert sett på som ein motsats til patologi, der hovudfokuset vektlegg årsak til sjukdom (25). OAS består av tre hovudelement – som bidreg til grad av helse/velvære; begripelegheit, handterbarheit, og meiningsfullheit (26). Begripelegheit eller forståelegheit dreier seg om i kva grad ein person har kjensle av tillit til at stimuli frå sine indre og eksterne miljø i livet er strukturerte, føreseielege og forstålege (27), eller med andre ord korleis personen forstår (livs)situasjonen (28). Handterbarheit handlar om dei ressursane ein har for å møte krava som vert stilt av stimuli (27). Antonovsky skildrar at om ein har sterk oppleving av handterbarheit knytt til ressursar i seg og kring seg, vil ein ikkje føle seg som eit offer for omstende (26). Tredje og siste element, meiningsfullheit, dreier seg om i kor stor grad utfordringar livet gir ein person vil opplevast som meiningsfulle for vedkommande. Antonovsky forklarar slik at det handlar om i kva grad ein kjenner at livet er forståeleg reint kjenslemessig, og at nokre av livet sine problem er verdt å bruke krefter på, og ikkje ser på det som problem ein ville vore forutan (26). Antonovsky meinte at det var minst like viktig å forstå kva som spelte inn for at menneske heldt seg friske og sunne, ikkje berre årsaker til sjukdom (26).

Ved bruk av kvalitativ metode kan ein undersøke subjektive og individuelle erfaringar, og utdjupe, utfordre eller nysere eksisterande kunnskap om kva som held oss friske og om sjukdomsrisiko (29). Ved bruk av OAS som teoretisk perspektiv, ynskjer eg å vektlegge opplevingane intervjusubjekta har rundt eigen situasjon. Dette med syn på arbeidsforhold og helse, ved todelt turnusarbeid med QR. Eg meiner at OAS kan bidra til å utdjupe tydinga av erfaringar intervjusubjekta har formidla på ein eigna måte. Det er relevant å rette søkjelyset

på det som kan fremja helse og velvære hjå det enkelte individ i krevjande situasjonar, og ikkje berre kva som legg til rette for negative helseutfall for arbeidstakaren.

2.2 Krav-kontroll-støtte modellen

Når det gjeld arbeidshelse er det og relevant å ha med teori på eit systemnivå. Ein sentral arbeidsmiljømodell som er relevant å trekkje fram i dette studiet, er krav-kontroll-støtte-modellen utvikla av Karasek og Theorell (30), som rettar merksemd mot forholdet mellom arbeid og psykososiale utfall (31). Modellen føreset mental belastning som eit resultat av samspelet mellom jobbkrav og kontroll (32). Den viser at ein får vekst og utvikling i arbeidssituasjonen dersom den tilsette opplev krav og utfordringar i kombinasjon med varierte arbeidsoppgåver, og mogelegheita til å styre sin eigen arbeidskvardag (30, 31).

Dei tre dimensjonane som modellen er samansett av er psykologiske jobbkrav, kontroll og sosial støtte. *Jobbkrav* dreier seg om fysiske, sosiale og organisatoriske perspektiv ved arbeidet som krev psykisk eller fysisk innsats (33). Ein kan dele jobbkrav inn i kvalitative og kvantitative krav, der dei kvalitative krava kan seie noko om jobben er utfordrande eller kjenslemessig belastande, medan kvantitative krav kan vera arbeidsmengde eller arbeidstempo (30, 33). Jobbkrav vil vera positivt til ein viss grad, men dersom nivået av jobbkrav er anten for lågt eller for høgt, vil det kunne spela seg negativt ut med psykologiske og/eller fysiske utfall (33). *Kontroll* dreier seg om i kor stor grad individet opplev å kunne påverke ynskjelege endringar i arbeidsmiljøet sitt (33). Karasek såg på kontroll som grad av autonomi i utføring av oppgåvene, altså korleis dei vert gjennomført, i kva rekkefølge, og mogelegheita til å utføre sine relevante ferdigheiter i arbeidet (33). *Sosial støtte* handlar om i kor stor grad ein har hjelpsame relasjonar på jobb, i hovudsak frå kollega og overordna. Litteratur viser til at eit høgt nivå av sosial støtte er assosiert med auka grad av velvære, og at manglande sosial støtte kan medføre uheldige belastningar (30, 33). I følgje Karasek og Theorell sin modell er kombinasjonen av låg kontroll, høge krav og låg sosial støtte mest utslagsgivande for risikoen for låg jobbtilfredsheit og dårleg helse (8).

3.0 Føremål og problemstilling

3.1 Føremål

Føremålet med denne masteroppgåva er å synleggjera helsepersonell sine erfaringar med å gå turnus med QR, kva som bidreg til at dei vel å gå todelt turnus med QR over tid, samt kva dei opplev som positive og negative erfaringar. Dette for å få eit meir heilskapleg bilete av korleis vaktordningar med QR over tid vert opplevd for dei helsepersonell gjeld.

3.2 Problemstilling

Med utgangspunkt i føremålet vert problemstillingane følgjande:

- Kva erfaringar har helsepersonell som har jobba meir enn 5 år i spesialisthelsetenesta med todelt turnus og QR?
- Kvifor vel helsepersonell å bli verande i arbeid i spesialisthelsetenesta med todelt turnus og QR?
- Kva fordelar og ulemper opplev dei med å gå QR vakter?

4.0 Metodologi og metode

I dette kapitlet vil eg beskriva metodologiske føringar knytt til forskingstradisjonen som studien høyrer heime i, for så å gjera greie for val av forskingsdesign og metodisk tilnærming. Vidare vil eg forklara forskingsprosessen ytterlegare gjennom skildringar av planlegging, rekruttering, datainnsamling og den analytiske tilnærminga før eg går vidare til sjølv analyseprosessen. Avslutningsvis vil eg gjere greie for studiet sine etiske omsyn.

Metodologi vert definert som læra om metodane innan eit bestemt område eller ein bestemt disiplin (34), medan Malterud forklarar metodologi som ei samling av metodar som har mange fellestrekk, men også fleire forskjellar (35). Metode vert på den andre sida definert som ein prosedyre som systematisk tek føre seg ein spesifikk og konkret utforming av dei metodologiske prinsippa (34). Metodane som vert nytta ved kvalitativ forskning dekkjer ei brei gruppe framgangsmåtar og strategiar for å systematisk samle inn, organisere og tolke materiale frå tekst, som stammar frå observasjon, samtale eller skriftlege kjelder. Målet med kvalitativ forskning er å sjå nærare på erfaringsfenomen og sosiale fenomen i samfunnet, og korleis dei vert opplevd for dei involverte subjekta ut i frå deira ståstad, eller korleis sosiale praksisar utfaldar seg i ulike sosiale kontekstar (35).

4.1 Metodologiske føringar

Hovudmålet med denne oppgåva er å innhente kunnskap om helsepersonell sine erfaringar med å jobbe todelt turnus med QR, med eit ynskje om å finne nyttig kunnskap for praksis. Med utgangspunkt i dette vil masteroppgåva basere seg på det fortolkande paradigmet, slik som alle kvalitative forskingsmetodar gjer, og som inneber å anerkjenne og undersøke subjektivitet og sosiale praksisar. Det vert lagt vekt på at kvalitative tilnærmingar ofte er induktive. Likevel er det viktig å presisere at ein aldri startar heilt induktivt, og Gadamer seier at «ingen metode i verden vil på forhånd kunne kontrollere og kvalitetssikre ens fordommer» (36, s.13). Fordommar i Gadamer si tyding handlar både om positive, dei som gjer oss i stand til å forstå, og negative, dei som gjer oss fordomsfulle eller blinde for anna enn kva vi allereie veit og trur vi veit. Uansett, forståing og fortolking vil vera ein del av den menneskelege veremåten, som også tyder at som forskar har ein alltid med seg ei førforståing (37). I denne tilnærminga ser ein på forskaren som eit medverkande og sentralt reiskap, og har ei førforståing av det som skal undersøkast, og ei grunnleggjande forståing av at verda kan

undersøkast på ulike måtar i frå kva ståstad ein har (35). Det vert brukt ei induktiv tilnærming, noko som betyr at ein trekker konklusjonar frå enkeltpersonar sine erfaringar/det einskilde døme mot det allmenne og meir generelle (35). Kvalitative tilnærmingar kan likevel vere meir eller mindre teoristyrte, altså at det kan vera deduktive innslag.

Ei pragmatisk haldning forpliktar seg ikkje til eit system av filosofi og røynda (38), men omgrepet pragmatisk viser til daglegtale og i nokon grad til pragmatisk filosofi, som legg vekt på brukbarheit, praksis og konsekvensar/nytte for praksis (35). Pragmatisk tilnærming vektlegg å bruke dei mest passande metodane for å adressere problemstillingane (39). Dette gjeld i all forsking, men her vert gjerne problemstillingane forma med utgangspunkt i eit føremål knytt til endring av praksis og dermed til klinisk nytte i ein medisinsk eller helsefagleg samanheng (35). Kvalitative studiar i medisin og helsefag står følgjeleg ofte utan tydeleg tilhøyring til ein spesifikk kvalitativ forskingstradisjon, og reknar seg derfor som ein pragmatisk tilnærming. Bruk av teori kan variere med tanke på når teori kjem inn i ein studie, og den teoretiske fordjupinga av dei empiriske funna (35). Da er det helst snakk om tema-teori, som kjem til etter at funna er analysert fram. I min studie har eg valt ein meistringsteori og ein teori på systemnivå knytt til arbeidslivet.

4.2 Val av forskingsdesign

For å svare på problemstillingane i masteroppgåva er det nytta eit kvalitativt forskingsdesign. Kvalitative metodar vert definert som forskingsstrategiar for skildring, analyse og fortolking av karaktertrekk og eigenskapar, eller kvalitetar ved dei fenomenane som vert studert. Materialet som vert nytta stammar frå samtalar eller observasjonar, og vert presentert i tekstform (35). Ved kvalitative metodar kan ein oppnå djupare innsikt i menneskelege eigenskapar, som forventingar, tankar, motiv og haldningar (35). Det eignar seg svært godt dersom ein ynskjer å fordjupe seg i folk sine erfaringar og få kunnskap om deira oppleving av verda frå intervjusubjektet sitt perspektiv (34). Målet er å forstå, snarare enn å forklare (35). For å forstå kvifor menneske handlar som dei gjer, og korleis dei erfarer og oppfattar viktige perspektiv ved livet sitt, er kvalitative metodar godt eigna.

For å få svar på problemstillingane har eg nytta fokusgruppeintervju. Ved bruk av fokusgruppeintervju får ein utnytta meirverdien av samhandling mellom deltakaren, og det gir eit anna resultat og innsikt enn ved enkeltintervju (40). Denne forma for intervju eignar seg godt når føremålet var å undersøke tema alle deltakarane har erfaring med, haldningar eller synspunkt i miljø der menneske samhandlar (35). Derfor er dette eit relevant forskingsdesign når føremålet er å få fram erfaringane og haldningane til helsepersonell som arbeider todelt turnus og QR. Fokusgruppeintervju gir ein anna type kunnskap samanlikna med enkeltintervju, som passar godt for å undersøke erfaringar og synspunkt hjå helsepersonell (41). Det krev mindre ressursinnsats framfor å intervju alle deltakarane kvar for seg. Ein vil òg få informasjon frå fleire deltakarar samtidig (35). Fokusgruppeintervju er ein god metodikk for å utforske nye områder. Det kan bringe fram fleire spontane og emosjonelle synspunkt enn ved individuelle intervju, grunna den kollektive ordvekslinga. Dette er avhengig av kvaliteten på gruppedynamikken. Gruppesamspillet kan, når det fungerer godt, også hjelpe med å uttrykke synspunkt som vanlegvis ikkje vert delt (34).

4.3 Utval og rekruttering av informantar

4.3.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterium

Eg ynskta å sjå nærare på kvifor helsepersonellet vel å bli verande i arbeid med todelt og tredelt turnus. Eg såg det som mest gunstig å snakke med dei som har arbeidd ei stund. Eit av inklusjonskriteria var at dei skulle ha arbeidd samanhengande i minimum 5 år eller meir i todelt eller tredelt turnus.

Grunna det høge arbeidspresset hjå sjukepleiarar og andre helsearbeidarar (42), tok eg utgangspunkt i tilsette på sjukehus og i spesialisthelsetenesta. På sengepostar på sjukehusa er det eit arbeidspress mykje grunna at pasientane skal ha kortast mogeleg tid som innlagt. I tillegg har sengepostar ansvar for døgntilsetning og behandling og tilsyn av pasientar. Det kunne tenkjast at det var større sjanse for å finne personell som arbeidde tredelt turnus med QR her.

Ved ein roterande tredelt turnus må ein oftare snu på døgnet enn ved todelt turnus. Som ein hypotese om at tredelt turnus er meir belastande enn todelt turnus, var planen i første omgang å berre inkludere deltakarar som gjekk tredelt turnus med QR. Ettersom det vart

utfordrande å finne deltakarar som arbeidde tredelt turnus, vart dette kriteriet justert til å inkludere deltakarar som arbeidde todelt turnus. Stillingsprosenten til deltakarane blei også vektlagt som inklusjonskriterium, med eit krav om at intervjusubjekta arbeidde i 70-100% stilling. Dette blei vektlagt for å få tilsette som arbeidde QR relativt ofte. Det var ynskje om deltakarar av begge kjønn, men ingen menn meldte seg.

Eit eksklusjonskriterium i studiet var at helsepersonell som ikkje arbeidde meir enn to QR per månad vart utelukka, da det vart sett på som for tynt erfaringsgrunnlag. Personar som hadde vore langtidsjukemeldt det siste året vart òg ekskludert, da dei ikkje hadde fersk erfaring frå feltet.

4.3.2 Eit strategisk, men òg eit pragmatisk utval og rekruttering

Samansetninga av utvalet kan gi ein utslagsfaktor for kva side av saka vi kan uttale oss om. I dette tilfellet er det nytta eit strategisk utval av informantane, som er sett saman med eit mål om at materialet best mogeleg skal kaste lys over problemstillinga (35). Utvalet er òg eit pragmatisk utval, som tyder at det er dei deltakarane eg fekk i det tidsrommet eg hadde til rådighet.

Eg ynskte å undersøke nærare opplevingane til helsepersonell som arbeidde turnus med QR, og tok utgangspunkt i tal frå Statistisk sentralbyrå. Der kom det fram at helsefagarbeidarane er den gruppa som oftast arbeider turnus i helse- og sosialtenestene med heile 91,6%, etterfølgt av hjelpepleiarar med 78,8%. Like etter kjem sjukepleiarar med 63,8% og vernepleiarar med 58,8% (43). Med utgangspunkt i dette var det mest føremålstenleg med eit utval frå dei yrkesgruppene som oftast arbeidde turnus, og informantane bestod derfor av hjelpepleiarar, helsefagarbeidarar, vernepleiarar og sjukepleiarar.

Eg ville sjå nærare på turnusordningar med QR og samanheng mellom arbeidsbelastning, og valde derfor å undersøke korleis dette utspelte seg i spesialisthelsetenesta. For å rekruttere informantar, blei det teke utgangspunkt i allereie etablerte kontaktpersonar som andre forskarar på instituttet hadde nytta seg av, i tidlegare prosjekt. Ein kontaktperson ved ein av institusjonane tilbydde å gjennomføre intervju med mellom tre til fem deltakarar frå ulike avdelingar. Grunna høgt arbeidspress for dei tilsette på denne institusjonen kunne dei ikkje

frigje fleire deltakarar for intervju i arbeidstida. Det vart derfor forsøkt å rekruttere til studien gjennom direkte førespurnad til arbeidstakarane sjølve (via tredje part), der ingen meldte si interesse (vedlegg I). På bakgrunn av dette vart ein anna institusjon også kontakta for å skaffe fleire deltakarar. Her fekk eg tilbod om mellom fem og seks deltakarar for eit intervju.

Ved kontakt med begge institusjonane blei prosjektplanen og informasjonsskriv til deltakarane lagt ved (vedlegg II). Det blei avtalt intervju med deltakarar frå begge institusjonane etter fleire veker med planlegging og korrespondanse. Begge dei avtalte intervju vart likevel ikkje gjennomført til planlagt tid, grunna sjukdom på avdelingane. Det vart derfor avtalt nye intervju, eit i januar og eit i februar, med tre vekers mellomrom. Erfaringa med rekrutteringsprosessen er at det var ein langt meir tidkrevjande prosess enn forventa. Sett i ettertid kunne nok fleire institusjonar vorte kontakta tidlegare for å få tilgang til intervjusubjekt, og hjelp med rekruttering. Det kunne òg i større grad nytta rekruttering via direkte kontakt med arbeidstakarar via tredjepart.

I følgje Malterud er det anbefalt å ha fem til åtte deltakarar per fokusgruppeintervju, men det er ingen fasit på kva som fungerer best til ulike situasjonar (35). Med bakgrunn i utfordringar med rekruttering blei det faktiske talet tre til fem deltakarar per intervju. Utvalet bestod av fem sjukepleiarar, ein hjelpepleiar, ein vernepleiar og ein helsefagarbeidar frå to ulike institusjonar i spesialisthelsetenesta. Alle deltakarane var kvinner, og dei gav opplysningar om at dei jobba QR mellom 5 til 10 gonger per månad. Deltakarane hadde jobba som helsearbeidarar mellom 14 til 40 år, og hadde jobba todelt eller tredelt turnus med QR mellom 8 til 40 år. To av deltakarane oppgav at dei var einslege, medan resten svarta at dei hadde familie og/eller var gift.

Tabell 1: Oversikt over deltakarane

Deltakar	Første fokusgruppeintervju			Andre fokusgruppeintervju				
	1	2	3	4	5	6	7	8
Stillingsprosent	75 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Alder	65 år	37 år	61 år	59 år	55 år	49 år	32 år	37 år

4.3.3 Intervjuguide

Som grunnlag for eit intervju er det behov for ein intervjuguide (vedlegg III). Ein intervjuguide er eit skriftleg dokument som skal gi ein struktur for intervjuprosessen, og skal vera meir eller mindre stramt (34). I følgje Malterud bør ein unngå å gjera intervjuguiden for detaljert dersom føremålet er å opne opp for nye spørsmål, og å få vite noko ein ikkje visste frå før (35). I forkant av utarbeiding av intervjuguiden hadde eg lest og jobba ein del med temaet, samt at eg hadde ei førforståing med mi eiga oppleving rundt det å jobbe turnus med quick return. Ut i frå dette og problemstillinga, såg eg føre meg opne spørsmål som kunne vera relevante å stille i ein intervjusituasjon. Desse skulle ikkje vera for konkrete eller ha eit på førehand tenkt fasitsvar. Eg la vekt på høve til at intervjusubjekta kunne utfalde eigne erfaringar og meiningar (41). Kjenneteikn ved kvalitative intervju er samtaleforma, eller i dette tilfellet gruppediskusjonen, som skapar kunnskap gjennom intervjuprosessen (44). Utarbeidinga av intervjuguiden blei gjort med fleire diskusjonar saman med rettleiar, med utforming av hovudtema og forslag til opne spørsmål under dei. Eg såg på denne prosessen som ei nyttig og dels teoretisk førebuing til fokusgruppeintervjua, samt at guiden leia meg igjennom intervjuet. Som nybegynnar var intervjuguiden eit godt hjelpemiddel for å hugse aktuelle tema og spørsmål. Her var høve til å la deltakarane fortelje det som var viktig for dei å formidle, men innanfor rammene for hovudtemaet. Intervjuguiden blei ikkje delt ut i forkant av intervjua til deltakarane, men brukt som støtte av moderator i intervjusamanhengen.

4.4 Refleksivitet - forskaren si førforståing

All kvalitativ forskning tek utgangspunkt i ein fortolkande tradisjon, ein spør etter og analyserer fram røynsler, nyansar og mangfald (35). Dette inneber at det er viktig å reflektere over forskaren si rolle. Refleksivitet inneber å stille spørsmål til eiga rolle i forskingsprosessen. Ein skal tenkje igjennom kva motiv og bakgrunn ein har som forskar når ein går inn i feltet. Det krev at forskaren rører seg i eit spenn mellom openheit og førforståing, mellom nærleik og analytisk distanse. Dette har vore svært viktig å arbeide med under heile prosessen (41).

I mitt tilfelle har eg personleg erfaring med å arbeide QR i tredelt turnus. Eg er student ved Universitetet i Bergen på masterstudiet «Helse og samfunn – Ulike perspektiv på sentrale

helseutfordringar». Tidlegare har eg studert sjukepleie ved Høgskulen i Sogn og Fjordane, og har arbeidserfaring frå kommunehelsetenesta. Ved sida av studiet har eg også jobba på sengepost på sjukehus dei siste seks åra, også i forkant av masterstudiet. Med dette som bakgrunn har eg naturleg nok mine egne erfaringar og ei oppfatning rundt temaet. Mi førforståing dreier seg mykje om at eg såg både fordelar og ulemper med å jobbe tredelt turnus med QR, og dette har også vore ein motivasjon og personleg interesse for å dykke djupare inn i temaet for å finne ut meir. Eg har hatt som mål å utfordre mi eiga forståing og forventning til kva som kunne kome fram i studien. Vidare ville eg finne ut kva intervjusubjekta har erfart og meiner, utan å farge innhaldet bevisst med mine tankar.

I følgje Malterud vil forskaren vera styrt av sine motiv, førestillingar og indre bilete. Ho understrekar kor viktig det er å gå inn i prosessen med eit ope sinn med plass for ettertanke, tvil og uventa konklusjonar. Dette må til for at forskingsprosessen skal kunne bringe fram noko anna enn det forskaren allereie veit, trur eller tek for gitt. Tydinga av forskaren si rolle i kunnskapsgenereringa er derfor viktig å vera merksam på, og etablere praksisar som legg til rette for å vera open og ikkje hoppe for raskt til konklusjonar (35).

4.5 Datainnsamling

Det vart utført to fokusgruppeintervju med totalt åtte informantar. I fokusgruppene er ikkje føremålet å finne løysningar eller å komma til einigheit rundt dei spørsmåla som vert diskutert, men å få fram ulike erfaringar og synspunkt (34). Det er òg nyttig for å gi verdifullt datamateriale for å undersøke erfaringar om eit felles tema. Gruppeintervju er også godt eigna for å studere erfaringar og synspunkt hjå helsepersonell (35).

4.5.1 Utføring av intervju

Det første intervjuet med tre deltakarar vart utført på eit somatisk sjukehus, medan det andre intervjuet med fem deltakarar vart utført på eit psykiatrisk sjukehus. Begge intervju fant stad vinteren 2023 i ein by på Vestlandet. I samsvar med Malterud var underteikna til stades som moderator, og rettleiar som co-moderator under begge intervju. Dette for å kunne betre oversikta, der moderator med ei aktiv rolle som prosjektleiar styrte samtalen mellom deltakarane ved hjelp av intervjuguiden og i retning av problemstillinga. I tillegg sytte eg som moderator for å halde meg innanfor tidsramma som var sett (41). Co-

moderator var meir passiv under sjølve intervjuet, men kom med oppfølgingsspørsmål ved behov, i tillegg til å oppsummera kjerneinnhaldet av samtalen ved avrunding av intervjuet, jamfør Krueger og Casey (45). Rolla innebar også å observere stemning, klima og samhandling, samt å ta feltnotat som igjen skal kunne gi viktige bidrag til transkriberinga (41). I følgje Krueger og Casey spelar co-moderator også ei viktig rolle ved debriefing av intervjuet, samt å gje tilbakemelding ved analysen (45).

I forkant av intervjuet hadde underteikna og rettleiar hatt ein gjennomgang der vi avklarte våre forventningar til rollane og korleis dei skulle utspela seg under intervjuet. Naudsynt utstyr som bandopptakar vart skaffa og testa i forkant av intervjuet. Under intervjuet vart det nytta to bandopptakarar for å ta opp lyd frå intervjuet. Valet av to stykk handla om sikkerheit, dersom ein av dei ikkje skulle fungere. Før intervjuet starta fekk alle deltakarane utdelt eit skjema for å hente inn naudsynte opplysningar om viktige bakgrunnsforhold, som alder, kjønn, stillingsprosent m.m. (vedlegg IV). Deretter gjentok eg generell informasjon frå informasjonsskrivet om føremålet med prosjektet, og tiltak nytta for å anonymisere deltakarane vidare. Under intervjusituasjonen forsøkte eg som moderator å skape ei open atmosfære (34), og hadde fokus på kor viktig det er å lytte til kva deltakarane bringa fram i diskusjonen (41). Som avrunding av intervjuet oppsummerte co-moderator tema og erfaringar som vart utveksla av informantane under gruppesamtalen.

Det første intervjuet bar noko preg av at det blei utført på ei hektisk avdeling på sjukehuset. Deltakarane spurte eit par gonger om tidsramma for intervjuet, og det vart antyda at dei hadde fleire gjeremål som skulle rekkast før vaktskiftet. To av dei hadde ikkje hatt tid til matpause. Rommet intervjuet var utført på såg ut som eit slags treningsrom eller eit rom for undersøking av pasientane. Det var overfylt og hadde ikkje dagslys, men hadde vindauge mot ein gang. Vi (moderator og co-moderator) måtte rydde plass til deltakarane. Etter å ha gått igjennom litt generell informasjon kunne intervjuet starte, og deltakarane viste raskt at temaet skapte engasjement. Som moderator heldt eg meg roleg i situasjonen, medan samtalen mellom deltakarane flaut fint og skapte gode diskusjonar. Eg kom inn med nye eller utdjupande spørsmål når det måtte passe.

Det andre intervjuet gjekk føre seg på eit lyst og triveleg møterom på eit anna sjukehus, med gode tilrettelagte fasilitetar. Førsteintrykket bar preg av at det var rolegare omgivnadar og institusjon samanlikna med første intervju. Deltakarane verka rolege, og i diskusjonen viste enkelte meir engasjement og kjensler enn andre. Situasjonen blei opplevd som sakleg, dempa og avventande, og ingen snakka i munnen på kvarandre. Etter kvart blei engasjementet tydelegare, og fleire kom med detaljerte eksempel på innverknad av turnusordninga på arbeidsliv og dagleglivet elles.

4.5.2 Transkripsjon

For å gjere materialet klart for analyse frå munnleg til skriftleg form, blei det utført transkribering (34). Det transkriberte materialet skal mest mogeleg ta vare på det opphavslege materialet, slik deltakarane sine meiningar og erfaringar vart formidla under datainnsamlinga (35). Transkriberinga viste seg å vera ein tidkrevjande prosess. Utfordringar eg møtte på var blant anna vanskar med å skilje kven som sa kva, da fleire av stemmene kunne høyrast like ut. Tidvis snakka folk i munnen på kvarandre, noko som kunne gjere det vanskeleg å høyre kva som faktisk blei sagt (første intervju). Ei anna utfordring kunne også vera at bandopptakaren stod for langt unna den som hadde ordet, i kombinasjon med at ikkje alle deltakarane prata like tydeleg og høgt. Dette var ofte avhengig av kvar bandopptakaren stod, og her såg eg ein klar fordel med å ha to stykk slik at ein kunne høyre etter om lyden var fanga betre opp på den andre bandopptakaren. I nokre få sekvensar var det likevel ikkje mogeleg å høyre på nokon av bandopptakarane kva som var sagt. Mykje av tida under transkriberinga vart brukt på å høyre over delar av samtalen fleire gonger, og med ulike hastigheit for å fange opp dei rette orda i samtalen. Uttalene vart transkribert ordrett, med alle pausar (angitt som lange eller korte, men ikkje eksakt tid), gjentakingar og småord som for eksempel «eh» (34).

4.6 Analyse av datamaterialet

Målet for oppgåva er å bringe fram ny eller utfyllande kunnskap på feltet, og ved kvalitativ analyse går ein frå rådata før ein bryt det ned i ulike kategoriar eller tema i ein grundig prosess, til resultatet av analysen der ein vidareformidlar hovudbodskapen.

I denne studien blei systematisk tekstkondensering (STK) nytta som analytisk framgangsmåte. Dette er ein tematisk tverrgående analyse, og vert sett på som ein pragmatisk metode for kvalitativ analyse (35). Rettleiar kjenner denne metoden godt, som spela inn i valet av metode. Metoden eignar seg godt til eit datamateriale av denne karakter, altså eit tekstmateriale frå gruppeintervju. Dessutan gir STK nybegynnarar ei enkel innføring for å gjennomføre analyse på ein overkommeleg og strukturert måte. Den eignar seg vidare til analyse av fleire typar empiriske data uavhengig av grad av teoretisk forankring. STK er også godt eigna til eit fokusgruppemateriale som ikkje er for stort i omfang (35), og tek føre seg følgjande fire steg: 1) å få eit heilskapleg inntrykk og identifisere førebelse tema, 2) å identifisere meiningsberande einingar – utsegn som bringer budskapet fram og kode dei, 3) å kondensere innhaldet i kvar kodegruppe – frå kode til meiningsinnhald, og 4) å samanfatte innhaldet – frå kondensering til skildringar og resultat kategoriar (35).

Eg starta med å lese meg opp på analysen, for å gjere meg kjend med korleis prosessen skulle utførast. Deretter gjekk eg i gang med første steg som handlar om å få eit heilskapleg inntrykk av innhaldet ved å lese igjennom datamaterialet som var transkribert, og skaffe meg eit innblikk frå fugleperspektivet (35). Allereie under første intervju og transkriberinga danna eg meg eit inntrykk av førebelse tema relatert til problemstillinga, og opplevde det som ein fordel. Etter å ha lese igjennom transkripsjonen frå begge intervju fleire gonger, starta eg for alvor tankeprosessen om kva tema som var aktuelle. Eg noterte ned i ei skrivebok kva eg såg føre meg. I starten var tema svært opne, med desse som førebelse tema: «helse», «arbeidsmiljø», «arbeidskvardag», «fritid», «quick return», «fordelar og ulemper» og «trivsel».

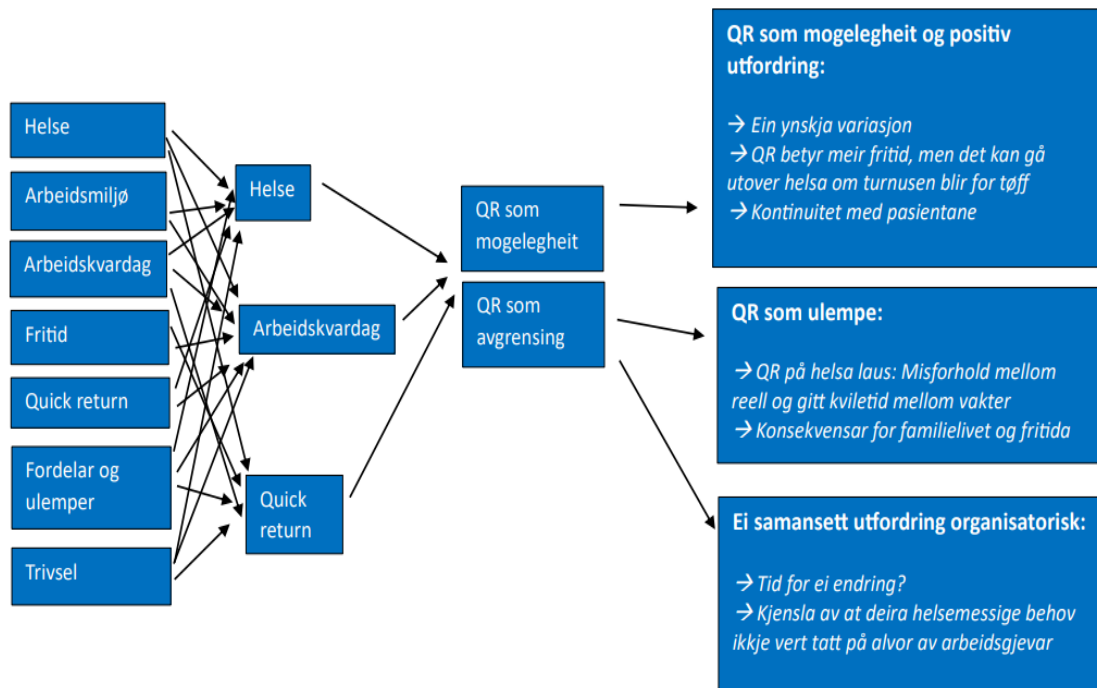
Vidare til andre steg i prosessen starta sjølv sorteringa av materialet, av Malterud kalla for koding, der det vart valt ut meiningsberande einingar som eignar seg for dei ulike kodegruppene (35). For denne framgangsmåten nytta eg til å byrje med programmet NVIVO som er eit verktøy for analyse av kvalitative data. Eg såg raskt at fleire av dei meiningsberande einingane passa i fleire kodegrupper og at det var behov nye kodegrupper og eventuelle subgrupper, men held fram prosessen til eg var ferdig med å gå igjennom alt datamaterialet. Ved ny gjennomlesing av alle kodegruppene, såg eg at det var for tungvint å bruke NVIVO. Dette er eit program eg ikkje kjenner godt nok til, det vart derfor heller laga

tabellar i Word for å halde oversikta. I følgje Malterud vil ein kunne få auge på andre detaljar saman med ein anna forskar, og på bakgrunn av dette gjekk eg saman med ein medstudent der vi las over kvarandre sine prosjekt med meiningsberande einingar for å sparre, og få eit nytt syn på datamaterialet (35). Eg diskuterte også saman med rettleiar om kva som kunne vera høvelege kodegrupper.

Etter innspel frå medstudent og rettleiar kom eg fram til dei nye kodegruppene «helse», «QR» og «arbeidskvardag» med aktuelle subgrupper. STK vert sett på som ein iterativ prosess, som inneber å bevege seg i ein dynamisk spiral. Her er tanken at ein skal kunne ta tre steg fram og to steg tilbake gjennom heile prosessen. Det skal heile tida vera rom for å stoppe opp og tillate ettertanke, og lede oss tilbake til der vi var. Dette for å få opp auga for nye mønster og tolkingar av datamaterialet (35). På dette punktet hadde eg valt meg ut to kodegrupper, «QR som mogelegheit» og «QR som avgrensing». Eg var allereie i gang med å sjå føre meg steg tre av analysen, men stoppa opp og såg over materialet nok ein gang før eg endra på kodegruppene og subgruppene. Etter ein ny runde med diskusjon og innspel frå rettleiar kom eg til slutt fram til tre kodegrupper: «QR som mogelegheit og positiv utfordring», «QR som ulempe» og «Ei samansett utfordring organisatorisk». Dermed var åtte foreløpige tema frå første trinn tynna ned til tre kodegrupper, som vart dei tre resultatkategoriene (sjå nedanfor).

Deretter gjekk eg laus på steg tre av analysen. I forkant av analysen hadde eg sett føre meg aktuelle subgrupper, og desse spissa seg til på dette steget med to til tre subgrupper under kvar kodegruppe. I subgruppene var målet å synleggjera ulike perspektiv av innhaldet i kodegruppa, ved å samanfatte innhaldet i kvar subgruppe til eit kondensat (35). Her vart dermed dei aktuelle meiningsberande einingane brukt for å kondensere, konstruere eit kunstig sitat i eg-form. På dette stadiet blei det gjort fleire små endringar til og frå. Etter innspel frå rettleiar slo eg i saman og endra namn aktuelle subgrupper. Koden «QR som mogelegheit og positiv utfordring» fekk subgruppene: *ein ynskja variasjon, QR betyr meir fritid, men det kan gå utover helsa om turnusen blir for tøff og kontinuitet med pasientane*. I koden «QR som ulempe» blei to subgrupper, *QR på helsa laus og den korte kviletida på kostnad av søvn* slått saman til ei subgruppe: *QR på helsa laus: misforhold mellom reell og gitt kviletid mellom vakter*, i tillegg til subgruppa *konsekvensar for familielivet og fritida*. Den

siste koden «Ei samansett utfordring organisatorisk» fekk subgruppene *Tid for ei endring* og *Kjensla av at deira helsemessige behov ikkje vert tatt på alvor av arbeidsgjevar*. Figur 1 viser ein illustrasjon av heile prosessen frå foreløpige tema til endelege koder og subgrupper. I Tabell 2 kjem det fram eit eksempel av meiningsberande einingar som vart brukt for å forme eit kunstig sitat. Nedst i tabellen kjem det også fram eit gullsitat som skal best mogeleg illustrere den abstraherte teksten (her på tekstnært nivå) (35).



Figur 1: Illustrasjonen viser korleis prosessen under analysen føregjekk.

I fjerde og siste steg i analysen skal bitane settast saman igjen frå kondensering til skildringar og resultat kategoriar, som dannar samanfatninga (35). På dette stadiet blei det gjort lite endringar, men enkelte sitat blei fjerna eller flytta til meir høvelege subgrupper. På dette stadiet gjekk eg også tilbake til råmaterialet, transkriberinga av begge intervju, las over og forsikra om at dei meiningsberande einingane ikkje var tatt ut av kontekst. Forskaren har ansvar for å formidle samanfatninga på ein måte som er lojal med deltakarane sine stemmer, gir lesaren innsikt og tillit, samstundes som forskaren tek ansvar for si rolle som fortolkar (35). Analysen enda til slutt opp i tre resultat kategoriar med mellom to til tre subkategoriar som vert presentert i si heilheit i neste kapittel.

Tabell 2: Kode, subgruppe, kunstig sitat, meiningsberande eining, kunstig sitat og gullisitat.

Kodegruppe: QR som moglegheit	
Subgruppe: Friheit til variasjon	
<p>Meiningsberande einingar:</p> <p>«Altså, eg trur eg kjem til å fortsetje med turnusarbeid så lenge eg jobbar ... eg kunne som sagt ikkje tenkt meg å berre jobbe tidlegvakter fem dagar på rad. Eg trur berre eg trivst litt med å ha føremiddagen for meg sjølv. Syns det er deileg.»</p> <p>«Eg likar jo å planlegge litt, og da kan eg jo bruke dei dagane med seinvakt til å gå tur med veninner, til tannlege, frisøren, kafé, sant ... du har jo turnus, så du veit jo kva tid det kan passe.»</p> <p>«Har eg ærend så kan eg bruka føremiddagen i staden for helga på det. Nokre ting må ein jo alltid ordna på føremiddagen. Og så er det jo kanskje vener eller familie som passar betre at ein treff på føremiddagen ... og da får ein sosialt på føremiddag, og i mørketida så får du oppleve dagslyset når du kjem deg ut på tur.»</p> <p>«Eg likar tidlegvaktene best. Ja, det å komme heim og eta middag og vera med jentene mine, og gjera noko på dagen ... for dei fleste eg omgår meg med dei er jo på jobb på dag ... så det er noko med det, sant.»</p> <p>«Men eg trivst jo ikkje med heilagdagane og slikt, eg gjer jo ikkje det. Men eg får ikkje alt ... altså, det er jo noko som er negativt med denne jobben. Og det er spesielt å jobbe når ikkje andre jobbar. Slik er det berre, men det er verst i høgtidene då.»</p>	<p>Kunstig sitat:</p> <p>Eg kjem nok til å jobbe turnus så lenge eg er i arbeid. Eg likar variasjonen i arbeidstid. Det er godt å ha seinvakter i blant og eg har ikkje lyst å jobbe tidlegvakt heile veka. Før seinvakt får eg tid til å hente meg inn på søvn, litt tid for meg sjølv og moglegheita til å gjera ulike ærend. Eller så kan eg vera sosial og treffe vener og familie. Å utnytte dagslyset og komme seg ut på tur når det er mørketid ser eg også på som ein fordel. Eg likar også å jobbe seinvakter, for da er det ofte litt rolegare på jobb samanlikna med dagvakt. Aller helst føretrekk eg likevel tidlegvakter slik at eg kan vera med familien min etter jobb. Og da er det godt å vera ferdig på jobb klokka tre på dagen, så får eg meir fritid på ettermiddagen. Til tross for at eg likar å ha fri på føremiddagen, er det best å ha mest tidlegvakt. Men, eg syns eg at det er tungt å arbeide i høgtider når alle andre har fri. Det likar eg ikkje, men eg har jo valt dette yrket sjølv.</p>
<p>Gullisitat: «Eg likar jo variasjonen, så eg ville ikkje likt å gå frå åtte til fire kvar dag, eg syns det er fint med variasjon i arbeidstid».</p>	

4.7 Etske omsyn

Forsking i Noreg er styrt av etiske standardar, forskrifter og lover som skal beskytte og respektere menneske, deira rettigheit og helse (35). Viktige lover og forskrifter ved medisinsk forsking er blant anna Helsinkideklarasjonen, personopplysningslova, helseforskningslova og forskingsetikklova som alle skal bidra til at tryggleiken og personvernet til deltakarane er på plass (35). I denne studien er det ikkje pasientar som er forska på, men helsepersonell og deira arbeidsforhold. Helseforskningslova gjeld ikkje helsepersonell på likt nivå med pasientar, så lenge det ikkje er forhold knytt til helse som ein eksplisitt vil undersøke. I min studie kan helserelaterte problemstillingar dukke opp indirekte, men det var ikkje primært helseforhold eg var ute etter. Likevel skal ein bruke eit godt skjønn for å utøve forsvarleg forskingsetikk overfor alle informantar (35).

I Noreg er det heimla i forskingsetikklova og helseforskningslova at alle medisinske og helsefaglege forskingsprosjekt skal søkast og godkjennast hjå regionale komitear for medisinsk og helsefagleg forskingsetikk (REK) (35). Dette prosjektet handlar altså ikkje om pasientar som deltok, men helsepersonell, og studien høyrer primært heime i arbeidslivsforsking. Prosjektet vart meldt til Norsk senter for forskingsdata, NSD (vedlegg V), og registrert i System for risiko og etterleving, RETTE. Forskningsprosjekt som fell under personopplysningslova skal meldast til NSD (41). Personopplysning inneberer alt som kan sporast tilbake til ein person, eksempelvis eit namn som viser til ei namneliste, eller lagring av lydopptak av ein eller fleire personar (41). Naudsynte godkjenningar var på plass før datainnsamlinga starta. Transkripsjonar, lydopptak, samtykkeerklæringsskjema og skjema for å innhente naudsynte opplysningar om deltakarane vart oppbevart på Universitetet i Bergen sin Sikker Adgang til Forskningsdata og E-infrastruktur (SAFE server), der berre underteikna og rettleiar hadde tilgang til datamaterialet. Transkripsjonen av lydopptaka blei gjort i Word-dokument i SAFE server, slik at det aldri var tilgjengeleg for andre. Analysen av datamaterialet i programmet NVIVO skjedde også i SAFE server. Lydopptak, skjema og samtykkeerklæringar som kunne sporast tilbake til dei aktuelle deltakarane vart skanna inn og overført til SAFE server, og makulert i papirform eller sletta frå bandopptakarar same dag som intervjuet fann stad. Dette blei gjort så raskt som mogeleg for å ta i vare deltakarane sitt personvern (41).

Som nemnt over vart det nytta informasjonsskriv med samtykkeskjema for å innhente skriftleg og informert samtykke. Frivillig samtykke vert vektlagt hjå NSD (44), og deltakarane fekk ein munnleg gjennomgang og tid til å lese igjennom samtykkeerklæringa med informasjon om føremål og utføring av forskingsprosjektet før oppstart av intervjuet. Informasjonsskrivet med samtykkeerklæringa vart sendt til institusjonane dei arbeidde på i forkant av intervjuet, men fleire av deltakarane hadde ikkje blitt tildelt dette. Det blei også ytterlegare presisert før oppstart at frivilligheit inkluderer å kunne trekkje seg når som helst under prosessen (34), og kven dei skulle kontakte om dette var ynskja. Deltakarane fekk sjølvstilt behalde informasjonsskrivet. Intervjuet vart teke opp med bandopptakar, og lydfilene vart overført i SAFE server same dag som intervjuet fant stad. Lydfilene vart også sletta fortløpande frå bandopptakarane. Deltakarane vart anonymisert under transkripsjonen, og det vert heller aldri nemnt namn på stad, institusjon eller andre opplysningar som er mogeleg å kjenne att for andre enn deltakarane sjølve.

Slik er det forsøkt å unngå attkjenning, som Malterud trekker fram som risikofaktorar eller belastningar som kan førekomme for deltakarane ved ein kvalitativ studie (35). Andre faktorar som kan spele ei rolle ved etiske omsyn er at helsevesenet framleis ber eit preg av hierarki (46). Dette kan prege dynamikken mellom gruppedeltakarane, da det var fire ulike grupper i hierarkiet deltakarane høyrer heime i. Derfor vil det vera eit ansvar for moderator å få fram alle stemmer, og skape ei god og trygg atmosfære. Det er òg eit asymmetrisk forhold mellom forskar og dei intervjuet. Det var i det heile tatt viktig å skape tillit oss i mellom for å skape rom for ulike stemmer og synspunkt. Forskaren har også eit ansvar å sjå til at deltakarane ikkje vert utsett for skade (34). I mitt tilfelle var temaet for samtala ikkje av ein karakter at ein kunne forvente skade.

5.0 Funn - Erfaringar med QR som mogelegheit og ulempe

I dette kapitlet vil eg presentere resultatkategoriene som vart analysert fram, og med problemstillingane som styrande. Kvar resultatkategori vert først presentert med ein kondensert framstilling av det mest sentrale i heile denne kategorien. Så følgjer kvar underkategori med samanbindande tekst og sitat som illustrerer vesentlege moment.

Første hovudkategori er: **QR som mogelegheit og positiv utfordring**. Den inneheld subkategoriene: *Ein ynskja variasjon, QR betyr meir fritid, men det kan gå utover helsa om turnusen blir for tøff og Kontinuitet med pasientane*. Den andre hovudkategorien er: **QR som ulempe**. Den inneheld subkategoriene: *QR på helsa laus: misforhold mellom reell og gitt kviletid mellom vakter og Konsekvensar for familielivet og fritida*. Den tredje hovudkategorien er: **Ei samansett utfordring organisatorisk** med subkategoriene: *Tid for ei endring?* og *Kjensla av at deira helsemessige behov ikkje vert tatt på alvor av arbeidsgjevar*.

5.1 QR som mogelegheit og positiv utfordring

Fleirtalet av deltakarane føretrakk å jobbe i turnus for å få variasjon i arbeidstid og tempo. Dette gav dei mogelegheita til å planlegge aktivitetar som var viktige for dei før seinvaktene. Dagvakter vart likevel mest verdsett for å kunna vera saman med dei som var mest viktig for dei. QR var positivt for å samle fri, men det vart framheva at meir enn ei i veka var for mykje. Pasientkontinuitet ved QR var sett på som ein fordel.

5.1.1 Ein ynskja variasjon

Dei fleste av deltakarane var samde i at dei ville jobbe i turnus så lenge dei stod i arbeid. Dei sette pris på variasjon i arbeidstid og arbeidstempo, og følgjeleg sette dei pris på å ha ei seinvakt innimellom. Ei sa det slik: *«Eg likar jo variasjonen, så eg ville ikkje likt å gå frå åtte til fire kvar dag, eg syns det er fint med variasjon i arbeidstid.»* Ei anna uttrykte det på denne måten:

«Altså, eg trur eg kjem til å fortsetje med turnusarbeid så lenge eg jobbar ... eg kunne som sagt ikkje tenkt meg å berre jobbe tidlegvakter fem dagar på rad. Eg trur berre eg trivst litt med å ha føremiddagen for meg sjølv. Syns det er deileg.»

Mogelegheita for å gjera naudsynte ærend eller gjera kjekke aktivitetar på dagtid før ei seinvakt vart understreka som positivt.

«Har eg ærend så kan eg bruka føremiddagen i staden for helga på det. Nokre ting må ein jo alltid ordna på føremiddagen. Og så er det jo kanskje vener eller familie som passar betre at ein treff på føremiddagen ... og da får ein sosialt på føremiddag, og i mørketida så får du oppleve dagslyset når du kjem deg ut på tur.»

Å kunne planleggje ein slik føremiddag var sett på som eit gode. Likevel sette dei fleste mest pris på å ha dagvakt, slik at dei kunne vera i lag med familie og vener som ikkje var ledige på dagtid.

«Eg likar tidlegvaktene best. Ja, det å komme heim og eta middag og vera med jentene mine, og gjera noko på dagen ... for dei fleste eg omgår meg med dei er jo på jobb på dag ... så det er noko med det, sant.»

Fleire uttrykte behovet for å hente seg inn på søvn i forkant av ein QR, og brukte tida før seinvakta til dette. Å arbeide i høgtider var uansett ikkje eit ynskje, men godteke fordi det var heilt naudsynt med slike vakter i helsevesenet. Ei uttrykte at sjølv om ho ikkje trivest med å jobbe heilag dagar, så erkjente ho at det var nokre negative sider ved jobben knytt til turnus, og godtok det.

Oppsummert var dei fleste deltakarane glade for variasjonen i vakter og tider på dagen turnusarbeidet tilførte i dagleglivet, og dei mogelegheiter det førte med seg.

5.1.2 QR betyr meir fritid, men det kan gå utover helsa om turnusen blir for tøff

Å kunne samle opp vaktene med QR for å ha ein lengre friperiode såg fleirtalet av deltakarane på som positivt. Dei likte å kunne bruke den oppsamla tida på fritidsaktivitetar og eventuelt til å reise bort i perioden dei fekk samla opp fri.

«I byrjinga da vi begynte med dette at det skulle vera meir helsefremjande turnus, så var det vanskeleg å få folk med. Sant, fordi du får akkurat den der ... du vil ha den ekstra frien ... eller dra ut dei fritimane dine, slik at du har opplevinga av at du har vore lengre i fri.»

Nokre uttrykte at dei såg på dette med meir fritid som så viktig at dei var villige til å ha fleire QR enn dei strengt tatt syns var godt for helsa, slik det vert antyda i sitatet ovanfor. Ei anna trakk fram helgevakt og ynskje om å ha turnus som gav endå meir fri. Ho uttrykte det slik:

«Akkurat den måndagen ... at ein har fått seinvakt måndag for å unngå slik sein-tidleg-sein ... så veit du akkurat i helgeforbindelse, der veit eg at det er fleire på min avdeling som syns den er litt tung. Fordi du har lyst å bli ferdig med vakta, og så har du gjerne fri tysdagen etter helg, med dagvakt allereie onsdag. Sånn at da får du på ein måte ikkje så langfri etter helg heller, så nokon vil heller bli ferdig med helga og ikkje vente på den seinvakta måndagen ... og da kan ein jo eventuelt ta ei lita utflukt, eller ... ha meir friperiode før ein skal på vakt igjen.»

Fåtalet av deltakarane såg ikkje på dette med å samle opp maksimalt med fri som eit vesentleg behov, og føretrakk å heller unngå for mykje QR og ha kortare friperiode. Særleg ei kvinne la vekt på at å ha mindre fri for å unngå QR kom henne til gode i form av betre oppleving av eiga helse og fritid. Det vart understreka i begge gruppesamtalene at ein QR i veka var fint med tanke på variasjon, men at det var for mykje å ha fleire i same veka. Det kunne bli for tungt i høve til helsa. Fleire av deltakarane var samde i at dei var nøgd med turnusane sine no, men ikkje alle. Ei uttrykte det slik: *«Det treng jo ikkje å vera dårleg å jobbe innan helse viss ein har gode turnusar.»*

Samla sett såg dei fleste deltakarane positivt på å kunne ha lengre friperiodar til tross for at dei måtte gå vaktkombinasjonar som gav QR. Nokre få foretrakk å unngå QR og heller ha kortare friperiodar, og det var einigheit om at meir enn ein QR i veka var for mykje.

5.1.3 Kontinuitet med pasientane

Pasientkontinuitet vart trekt fram som ein fordel ved QR. Å fylgje dei same pasientane tett frå ei seinvakt til neste vakt på dag var sett på som ei gode. Enkelte uttrykte at det fekk dei til å slappe av betre mellom vaktene ved QR.

«...viktig det med når ein har jobba sein-tidleg, så har det stor forskjell at du får ha dei same rollane dine dagen etterpå, og ha dei same pasientane. At du ikkje må bytte ut gruppa eller komme med ukjente pasientar, at ein tilpassar det slike ting. For det gjer jo til at ein klarar å slappe av, at ein har det bra og at bemanninga ... at ein veit at bemanninga er god dagen etterpå. Viss ikkje blir det eit ekstra moment som ein ligg og kvir seg til ... det blir ei grusam vakt i morgon, så blir det dårleg søvn òg.»

Kontinuitet med pasientane tyda altså at ein var godt budd på kva som kom på dagvakta dagen etter. Likevel hadde òg bemanninga noko å seie for kor lett eller vanskeleg det var å slappe av mellom ei seinvakt og påfølgjande dagvakt. I diskusjonen rundt dette med kontinuitet sa fleire seg einige i at det gav ein god flyt og kontinuitet gjennom arbeidshelga med QR, og at fredag kveld ofte var ei rolegare vakt enn fredag på dagtid. Fleire meinte også at kontinuiteten kom pasientane til gode. *«Kontinuiteten er jo veldig viktig. I forhold til pasientane ... dei veit at du kjem igjen dagen etterpå, og mange spør jo om det også.»* Kontinuitet kunne altså òg bety tryggleik for pasientane. Ei fortalde om fordelane det var for både dei tilsette og pasientane rundt det å jobbe tolv-timars vakter i helgene på ein institusjon der pasientane gjerne var over ein periode.

«Det er den kontinuiteten, sant. At vi kjem tilbake og er den same, tenkjer eg da. Den avdelinga som eg jobbar på, der jobba vi kvar sjetten helg ... det fekk vi prøve i to år. Da begynte vi kvart på ni om morgonen og jobba til kvart over ni om kvelden. Da hadde vi ein og ein halv time pause ... og det ynskja vi å fortsetje med, men det tok dei frå oss. Og det er trist, fordi at du følgjer pasientane frå morgon og heilt til dei nesten skal gå å leggje seg. Vi kunne finne på så mykje meir med dei òg. Så eg syns å jobba kvar sjetten helg og ha den goda ... ja, med fem helger fri, det er luksus ... det må eg sei. Så no er vi tilbake til kvar tredje helg, og dei tredje helgene dei kjem svært fort på. Så det er ganske negativt...»

Nokre såg og fordelene med at det var rolegare på seinvaktene og mogelegheita for å kunne utføre miljøtiltak var betre då. Miljøtiltak var ein inkludert del av måten dei jobba saman med pasientane på denne institusjonen.

Oppsummert såg fleire av deltakarane fordelane med pasientkontinuitet ved QR, som også gav dei tilsette mogelegheita til kontinuitet frå seinvakta til dagvakta.

5.2 QR som ulempe

Deltakarane var samde i at det var *for* belastande for helsa å jobba meir enn ein QR per veke, sjølv om enkelte av og til valde å ha meir for å få auke fritida. Det største problemet var at gitt kviletid ikkje samstemte med reell kviletid, og ved behov for å jobbe overtid vart kviletida korta enda meir ned. Seinvakta påverka søvnen i negativ forstand, fordi det tok tid å roe ned etter ei meir eller mindre hektisk seinvakt. Dei tilsette som hadde små barn opplevde det som ekstra utfordrande å tilpasse turnusarbeid med familielivet.

5.2.1 QR på helsa laus: misforhold mellom reell og gitt kviletid mellom vakter

For store krav til hyppig QR vart altså opplevd som uheldig av helsemessige grunnar. Ei uttrykte at to til tre QR i veka ville vore altfor belastande for helsa, og at ho ikkje ynskte å slite seg ut i jobben. Ei anna uttrykte at ho ikkje såg nokon fordel med QR, og ynskte å vera forutan dei. Vidare formulerte ho at ho blei «knust» av det og kom i ulage med kroppen. Nokre fortalte om kollegaer som hadde slutta i jobben på grunn av for mykje krav til QR, fordi dei ikkje ville la det gå ut over helsetilstanden deira.

«Innanfor dette yrket så er det jo mange som ikkje jobbar fullt. Og tidlegare så heitte det at det ikkje var stillingar å få ... men det er jo ikkje det det dreiar seg om heller. For det er jo det at om du skal tenkje på helsa di, så gjer du ikkje det. Viss du er såpass heldig at du kan tillata deg å jobbe mindre, så trur eg det er veldig mange som vel det ... fordi at dei brukar den andre halvdel til å komma seg inn igjen, slik at dei faktisk kan ha sosialt liv ved sida av. Eg har jo snakka med mange av dei som har gått av hjå oss, og dei kunne ikkje jobba her meir, for dei syns det er så belastande ... den turnusordninga som vi har.»

Eit problem som òg vart reist, var i høve til overtid på kveldsvakta før tidlegvakt dagen etter, sidan kviletida deira mellom QR vart korta ned ved overtidsjobbing. Nokre kjente som konsekvens at det vart ekstra utfordrande å stå opp dagen etter, og kjende seg meir sliten i løpet av dagvakta og påfølgjande ettermiddag. Det vart uttrykt negative opplevingar rundt dette å få korta ned kviletida betrakteleg grunna overtidsarbeid.

Det vart understreka at det også påverka korleis dei opplevde påfølgjande dag. Å måtte sove etter dagvakta for å ta seg inn igjen var ikkje uvanleg. Ei samanlikna ettermiddagen etter ein QR med det å vera like sliten som etter ei nattevakt. Nokre avstod frå sosiale aktivitetar som følgje av dette, og uttrykte seg på følgjande måte:

«For det har vore nokre gonger der eg veit at eg kjem til å vera så trøytt og sliten etter jobb, så fungerer eg ikkje sosialt heller. Så da blir det at eg vel vekk det sosiale faktisk ... mhm ... og det er jo ikkje bra, vertfall ikkje når eg bur åleine.»

Nokre fortalte også at dei hadde meir å gå på dersom dei ikkje gjekk QR i det heile. Ei anna kasta lys på korleis ho opplevde perioden mellom vaktene i QR på følgjande måte: *«Det har vore nokre gonger at eg kjem heim frå seinvakt og berre tenkjer ... korleis i alle dagar skal eg klare å komme meg opp i morgon og fungere på jobb.»*

Deltakarane peika på at den gitte kviletida ikkje samstemde med reell kviletid, det blei oppgitt at dei sov mellom fem og seks timar ved QR. Likevel var dette altså sett på som akseptabelt dersom det ikkje var fleire enn ein QR i veka. Enkelte hadde lest seg opp om dei ulike søvnfasane, og hadde klare mål for kva søvnfase dei ville prøve å legge til rette for. Dette med eit ynskje om best mogeleg restituering for kroppen.

Dei fleste deltakarane hadde problem med å finne roa og sovne etter ei seinvakt, og hadde behov for å kople av etter vakta. Det blant anna ved bruk av skjerm (helst TV og mobil) eller snakka med andre i husstanden. Nokre fortalte at dei ikkje kjende seg søvnige når dei la seg, og at dei kunne tenke på at det blei få timar med søvn. Ei fortalte om at sjølv om ho unngjekk å sjå på klokka etter ho hadde lagt seg, danna ho seg ei formeining om at det ikkje var mykje tid igjen til å sove. Fleire fortalte at hendingar i løpet av seinvakta kunne påverke

nattesøvnen, ved at dei låg og tenkte på det i halvsøvne gjennom natta. Nokre meinte også at dei kunne ytt meir på jobb på dagvakta i ein QR dersom dei hadde sove meir.

Fleirtalet måtte ofte eller av og til sove etter dagvakt for å hente seg inn igjen. Bekymringa over å få for lite søvn vart også uttrykt frå ei anna slik: «... *det er viktig uansett å ivareta den der ... søvnen da ... for det at da kan ein kanskje halda lengre ut i yrket sant ...*» På ein av arbeidsplassane snakka dei tilsette mykje om søvn ved QR seg i mellom. Det blei fortalt at det var gjennomgåande blant kollegane å ikkje komma seg i seng og sovne. Dei kunne komme med utsegn som at dei skulle «heim og snu» eller spørje kvarandre kor mange timar dei fekk sove den natta når dei treftest på starten av dagvakta ved QR.

Kort oppsummert peika deltakarane på at det var for belastande for helsa å jobbe meir enn ein QR i veka, og at kviletida mellom vaktene var for kort. Dette kunne igjen føre til problem med søvn, dårlegare prestasjon på arbeid og fare for høgare turnover.

5.2.2 Konsekvensar for familielivet og fritida

Storparten av deltakarane hadde familiar med barn i varierende alder. Nokre av dei meinte at dei såg barna for lite, medan andre kommenterte i retrospekt at det var ein tung periode å gå i turnus og ha små barn.

«Og no har eg ikkje så små barn lengre som skal leverast i barnehagen heldigvis, dei klarar seg sjølv. Så eg er glad den tida er over ... men eg forstår at det ... det var heavy. Du skal enda tidlegare opp og få ungane av garde og alt ... så ja, det er litt slitsamt.»

Nokre peika på at dei måtte bruke fritida si før seinvakt for å hente seg inn i forkant av seinvakt ved QR, samt fungere på heimebane, og dette let seg ikkje alltid foreine. Dette vart opplevd som ei negativ følgje da fritida ikkje kunne brukast til anna, og førte til at dei måtte planlegge dagane i forkant av QR nøye for å handtere denne turnusen på best mogeleg måte. Å jobbe 100 % i turnus påverka dessutan heile familien med mindreårige barn i stor grad: «*Det påverkar jo heile familien ... dette turnusarbeidet.*» Til dømes kunne det styre kva fritidsaktivitetar familiemedlem kunne delta på.

Ei anna fortalte om korleis utfordringa rundt å sjonglere turnusarbeid og famieliv førte til eit ynskje om å endre på arbeidskvardagen: «*Planen min er vel etter kvart å komma meg over i ein dagjobb. Men det har jo litt å gjere med at eg har små ungar, og min familiesituasjon og ein mann som jobbar i Nordsjøen, og ja ... dårleg tilrettelegging.*» Ei anna med små barn kom med dette hjartesukket:

«Eg føler meg nesten litt fanga av jobben ... fordi ... men du har jo utdanna deg innanfor helse, så du må jo nesten berre ta det. Du har valt det sjølv. Det er nesten slik at eg av og til tenkjer at dei der tretti tusen på kveldstillegg, er det verdt det på ein måte? Nei, vertfall ikkje når du har små barn.»

Det var altså døme på å kjenne seg låst av turnusarbeidet, der ein ikkje følte at tillegget i løn vog nok opp for å jobbe ugunstige arbeidstider.

Deltakarane med småbarn uttrykte at dei hadde ei oppleving av at turnusarbeidet påverka famielivet uheldig og førte til mindre tid med ungane.

5.3 Ei samansett utfordring organisatorisk

Travle vakter auka opplevingane av at det var utfordrande med QR. Det vart òg stilt tvil til at det var naudsynt for pasientkontinuiteten, sjølv om det her var usemje. Høg turnover i helsevesenet vart mistenkt å vera relatert til blant anna belastninga frå turnusarbeidet, og det vart peika på eit behov for å endre systemet. Det vart uttrykt eit sagn av å bli sett av arbeidsgjevar, og eit ynskje om å auke fokus på helsa hjå dei tilsette. Å auke bemanninga vart føreslått som ein måte å uttrykke omsorg for dei tilsette. Nokre reiste tema om å kjenne seg pressa til grensa av kva ein evna, medan andre konkluderte med at det var for lite påverknad i eigen arbeidskvardag.

5.3.1 Tid for ei endring?

Det vart stilt spørsmål om at QR ikkje var naudsynt for å oppretthalde pasientkontinuitet, gitt god dokumentasjon frå ei vakt til neste. Her var det likevel ulike meiningar (sjå ovanfor).

Blant anna vart det peika på at det var best for pasientane og ikkje for pleiarane. Å ta omsyn til helsa til pleiarane var sentralt i det deltakarane formidla.

«Eg trur ikkje for pasientsikkerheit at det er naudsynt å ha den kontinuiteten, no skriv og dokumenterer vi så godt ... så eg trur det blir viktigare i framtida å tenkje på helsa. For folk ... det er slik ei turnover her i dette yrket no, at eg har aldri sett på maken ...»

Nokre understreka at det var eit mentalt og fysisk krevjande yrke som kombinert med travle vakter gjorde det ekstra utfordrande med QR, og ikkje minst når det var ekstra krevjande pasientar og vakter saman med uerfarne pleiarar.

«I sommar så hadde me sju pleiepasientar og var berre fire på golvet. Ein hadde medisinar på ... det var sikkert ti-tolv pasientar, eg hadde visitt på alle og eg gjekk med to nye sjukepleiarar og ein erfaren hjelpepleiar. To av pasientane var i delir og måtte ha fastvakt, så ein pleiar var fastvakt på begge to ... det var heilt texas utan like, og slik var det ei heil veke. Og ... ikkje var det bra nok opplæring på dei nye, så dei visste ikkje alt dei skulle gjera. Så eg måtte vera tilgjengeleg for dei også. Da var det vertfall ... ekstra tøft ... når det var sein-tidleg, for da blei det overtid, og eg kom meg aldri i hamn. Det var ikkje sjans ... at man kunne ha alt for mykje å overlevera til neste vakt.»

Det vart reist ei mistanke om at høge tal for turnover i helsevesenet var relatert til belastning frå turnusarbeidet. Nokre fortalte vidare om korleis nyutdanna slutta etter nokre år i arbeid. Det vart antyda at det var mykje å hente når det gjaldt helsa til pleiarane ved å gjera endringar i turnusen, og at det rett og slett var eit faresignal med høg turnover. Fleire samstemte i at det må gjerast noko med systemet for å unngå høg turnover, slik som uttrykt her: *«Eg tenkjer på sikt så må ein gjera noko med desse rutinane. Eg trur ikkje vi får folk lenger til å gå sånn som vi går ... og sånn som vi har gått, i så mange år.»* Fleire reiste altså spørsmål rundt behovet for QR i turnus, og uttrykte ei bekymring rundt turnusarbeid, høg arbeidsbelastning og turnover i helsetenestene.

5.3.2 Kjensla av at deira helsemessige behov ikkje vert tatt på alvor av arbeidsgjevar

Fleire meinte at kviletid sjeldan vart snakka om, og sakna ein arbeidsgjevar som hadde teke opp tema rundt dei tilsette si helse. Mange meinte det var naudsynt at leiinga i helsesektoren burde setja meir fokus på behova dei tilsette har.

«... eg saknar ein arbeidsgjevar som hadde vore meir oppteken av våre vanskar, helsemessige behov, eller berre dei grunnleggjande prinsippa ... med kva som er godt for helsa. Her jobbar vi i helsevesenet og så må vi ta alle grepa sjølve.»

Nokre viste til helseskadar i jobben, og at det ikkje veg opp med tillegga i løn for uhøveleg arbeidstid. Ei uttrykte at det var forventet at kroppane deira skulle bli slitne og øydelagde, noko som innebar vonde kne, skuldrer og rygg. Mange meinte at dei ville tent på å bemanne opp vaktene, og at leiinga slik kunne vist omsyn for helsa deira. *«... altså, det er ikkje noko sånn omsorg eller ... dei ville tent på dette her, alt frå å bemanne opp vakter for å sjå at kva er gullet på sjukehuset ... det er personalet.»*

Sjølv om det var uttrykt at det kan gå an å hente seg inn frå travle vakter, var det likevel ikkje sett på som haldbart i lengda med for mykje QR. Ei peika på at for belastande turnus helsemessig kunne samanliknast med: *«Det er jo noko som dei seier på flyet, ta først på di eiga maske før du hjelp andre. Og helsevesenet vert jo utarma, på ein måte ... du får ikkje teke det oksygenet du treng sjølv, sant.»*

Uttrykk som å kjenne seg pusha til ytterpunktet i forhold til kva som er forventet av dei, eller å ikkje ta omsyn til kva tid ein treng til ulike arbeidsoppgåver, vart brukt. Nokre reiste tema knytt til for lite påverknad i sin eigen arbeidskvardag. Dei trakk fram spørjeundersøkingar som var gjennomført på arbeidsplassen om deira opplevingar knytt til arbeidet, men utan at det kom noko tiltak ut av dei. Ei fortalte om forslag ho hadde kome med til leiinga for å betre situasjonen ved høve der dei måtte gå overtid på seinvakta ved QR, og uttrykte seg følgjande:

«Eg har jo foreslått at ved quick return, lat oss sei at du går overtid på grunn av ein akutt situasjon og du ikkje er heime før halv tolv-tolv på kvelden, at vi kunne teke oss den friheita og ringt inn og sagt at eg kjem klokka ni i morgon ... det falt jo ikkje i så

veldig god jord fordi at da måtte vi tenkje på våre kollega ... og det vert litt feil for meg, for det er ikkje meg som skal tenkje på det ... det er systemet som skal tenkje på det. Vi har jo utruleg lite påverknad på vår eigen arbeidsdag ... vi har eigentleg ingen i detta systemet ... og det trur eg og er med på å slite folk, sant? Eg trur vi hadde hatt mykje å hente på det i forhold til sjukepleiarar si helse, og ... kanskje hadde dei stått lenger i jobben ... ikkje slik som no at dei forsvinn etter to til tre år.»

I hovudsak etterlyste mange av deltakarane fokus på deira helsebehov og omsyn frå leiinga, og understreka at dette kunne visast ved å bemanne opp vakter, sette i verk tiltak etter spørjeundersøkingar, eller fokusere meir på helsa til dei tilsette.

6.0 Diskusjon

I denne studien er det følgjande problemstillingar: 1) Kva erfaringar har helsepersonell som har jobba meir enn 5 år i spesialisthelsetenesta med todelt turnus og QR? 2) Kvifor vel helsepersonell å bli verande i arbeid i spesialisthelsetenesta med todelt turnus og QR? 3) Kva fordelar og ulemper opplev dei med å gå QR vakter? Denne delen av oppgåva vil dermed drøfte problemstillingane utifrå hovudfunn frå analysen, tidlegare forskning, og dei sentrale teoretiske perspektiva. Vidare vil diskusjonen gå over på metodiske og metodologiske styrker og svakheiter ved oppgåva.

Oppsummert er funna frå studien at fleirtalet av deltakarane føretrakk turnusarbeid for å få variasjon i arbeidstida, og såg det som positivt å kunne planlegge fritidsaktivitetar før seinvakter. Dagvaktene vart likevel mest verdsett, men QR vart også sett på som positivt for å kunne samle fritida. Kontinuitet med pasientar og arbeidsoppgåver vart også sett på som ein fordel, der det for nokre gav dei mogelegheita til å slappe betre av mellom vaktene i ein QR. Likevel vart QR også opplevd som ei avgrensing, der alle var samde i at meir enn ein QR i veka var for mykje, og for belastande for helsa. Eit problem vart reist rundt at gitt kviletid og reell kviletid ikkje samstemde, og at seinvakta påverka søvnen i negativ forstand fordi det kunne ta lengre tid å roe ned etter ei travel vakt. Deltakarane med små barn opplevde dette med QR som ekstra utfordrande. Travle vakter auka opplevinga av at det var utfordrande med QR. Det blei stilt spørsmål rundt om høg turnover i helserelaterte yrker kunne vera relatert til belastning frå turnusarbeidet. Det var eit ynskje frå nokre av deltakarane om at leiinga auka fokus på helsa til dei tilsette, blant anna ved å auke bemanninga ved travle avdelingar. Nokre følte seg pressa til ytterpunktet av kva ein kunne evne, medan andre konkluderte med at det var for lite påverknad i eigen arbeidskvardag.

6.1 Resultatdiskusjon

I dette delkapittelet vil dei positive aspekta og opplevingane med QR i todelt turnus løftast fram. Eg vil også drøfta dei negativt vinkla opplevingane ved QR, og sjå dette opp i mot opplevingane deltakarane sit med i forhold til leiinga. Til slutt vil eg drøfta dei positive og negative sidene opp i mot kvarandre.

6.1.1 Positive opplevingar og aspekt rundt QR – ein ynskja variasjon

Eit av funna i forskinga mi er at turnus med QR er ein ynskja variasjon for deltakarane. Til tross for mykje forskning på området som viser eit negativt helseutfall ved å gå turnus med QR (16), spela dei uheldige utfalla for helsa ikkje stor nok rolle for fleirtalet av deltakarane i min studie. Å jobbe turnus gav ein variasjon i kvardagen, slik at alle dagar ikkje var like, og dette vart sett på som ein positiv faktor. Det kom fram at å endre arbeidsplass ikkje vart sett på som eit alternativ for å unngå turnusarbeidet, men for deltakarane med små barn var dette likevel eit ynskje. Det vart vektlagt at variasjonen var til ei glede for dei. QR i seg sjølv framstod ikkje som ein avgjerande faktor for valet om å bli verande i turnusarbeidet. Å gå turnus utan QR var per dags dato ikkje eit alternativ for deltakarane, da dei ikkje hadde mogelegheita til å velje det heilt vekk frå turnus.

Det kom fram under intervjuet at ein av arbeidsplassane praktiserte at dei tilsette kunne komme med ynskjer ved planlegging av ny turnus. Fleire av deltakarane på denne arbeidsplassen var nøgd med turnusen dei hadde fått. Det vart trekt fram som positivt å kunne ha fri ein føremiddag før ei seinvakt for å gjere ærend, vera sosial, eller gå fleire vakter på rad, deriblant fleire QR, for å kunne «samle opp» meir fritid i den andre enden. Tverrsnittstudien frå Danmark underbyggjer dette, og viste at prioriteringane dei tilsette hadde var avhengige av minst ein av faktorane alder, kjønn, sivilstatus og helse, og at ulike grupper hadde ulike prioriteringar (22). Likevel vart det framheva fleire gonger under intervjuet i min studie at ein QR i veka var nok. Det var avgjerande at det ikkje var meir enn denne eine for fleire.

Sistenemnte funn kan ein også sjå i lys av Antonovsky sin salutogenetiske tenking og dimensjonane begripelegheit og handterbarheit frå OAS, der personen si tillit til at stimuli utanfrå og innanfrå er føreseielege og forståelege, samt at ressursane ein har til å handtere krava som vert stilt er essensielt. Her kan ein seie at deltakarane veit kva QR tyder for dei i kvardagen, dei er førebudde og kyndige i høve til krava som vert stilte frå arbeidsgjevar, og i sjølve arbeidssituasjonen på avdelinga. Så lenge omfanget av QR held seg der dei ynskjer det (ein QR per veka), veit dei at dei taklar dette godt og kan leve med det over tid. I dette tilfellet kan ein sjå på ressursane som ei glede over variasjon i arbeidskvardagen, og ynskje om å jobbe turnus for å få variasjon. Utgangspunktet ein har, altså alder, kjønn, sivilstatus og

helse, kan også framstå som ressursar ved handterbarheit, da det Antonovsky vektlegg som sterk oppleving av handterbarheit er knytt til ressursane ein har i seg og kring seg, slik at ein ikkje kjenner seg som eit offer for omstende (26).

Det varierende arbeidet og arbeidstidene var opplevd som inspirerende, som også kan trekkje parallellar til Antonovsky sin teori om OAS, og dimensjonen som handlar om meningsfullheit. Her kan vi sjå at inspirasjonen til varierende arbeid og arbeidstid kan gi ei oppleving av meningsfullheit, som Antonovsky forklarar i kva grad ein kjenner at livet er forståeleg kjenslemessig og at utfordringane livet gir er verdt å bruke krefter på (26). Den varierende arbeidstida vart oppfatta som positiv om dei kunne velje omfang av turnus med QR, og ikkje uansett. Fleire uttrykte ulike utfordringar ved QR i turnusarbeidet, men i det totalt biletet gav det dei likevel meining. Deltakarane tek utfordringa turnusarbeidet gir dei som del av eit meningsfullt arbeidsoppdrag frå samfunnet. Det kan oppfattast som at dei ser på det som verdt å bruke kreftene sine på å meistre.

Som vi har sett, kunne ei av deltakarane fortelje om at ho hadde betre ordningar med helgevaktene før, da dei hadde tolv-timars vakter ved arbeidshelgene. Dette gav ho mogelegheita til å gjera kjekke aktivitetar saman med pasientane og personalet, da dei hadde meir tid til rådighet, og ein betre flyt i arbeidet. Ho uttrykte at mogelegheitene det gav dei tilsette med å jobbe tolv-timars vakter gav dei givande arbeid, som vart sett på som meningsfullt. Igjen vil Antonovsky, OAS og meningsfullheit vera aktuell å trekkje fram. Tolv-timars vakta var rett og slett givande i kraft av det meningsfulle innhaldet som den lange vakta gav rom for, til tross for nettopp dei 12 timane og dei ulempene ei så lang vakt òg hadde.

Ikkje berre var mogelegheita for ein ynskja variasjon sett på som positiv, men det gav også sjansen til å samle opp fridagar slik at dei kunne få lengre friperiode. Her vil eg trekke fram at på ein arbeidsplass dei siste åra hadde leiinga endra fokus til at arbeidstakarane skulle ha ein meir helsefremjande turnus, der eit av måla var å unngå eit for høgt tal med QR. Likevel hadde fleire på denne arbeidsplassen eit ynskje om å heller gå QR dersom det kom dei til gode med lengre friperiode i ein av endane, altså komprimere arbeidsperioden mot ein lengre friperiode i etterkant. Ser vi tilbake på tverrsnittstudien frå Danmark, var eit av funna

i studien at helsepersonellet som fekk planlegge sine egne turnusar prioriterte å få lengre friperiodar frå arbeid snarare enn å få nødvendig kvile (22). Dei prioriterte sosialliv først, deriblant tid saman med familie og vener. Funnet frå min studie kan underbyggast av dette funnet. Det vil også her vera relevant å sjå tilbake på Antonovsky sin OAS, med elementa meiningsfullheit og handterbarheit (26). Handterbarheit vil vera aktuelt å trekkje fram da dette handlar mykje om kva for ressursar ein har til rådvelde som gjer at ein kjem seg igjennom dei krava ein vert stilt overfor, sjølv om det kostar noko. I dette tilfellet kan ein sjå på fritida, vener og familie som ein ressurs helsepersonellet har til rådvelde, og QR som eit krav.

Å jobbe QR var for fleire av deltakarane opplevd som ei utfordring og eit krav, men som med ressursane dei hadde til rådvelde gjorde det enklare å komme seg igjennom. Vidare vart det sett på som meiningsfullt da dei sat igjen med eit gode i deira oppfatning, altså meir fritid med viktige andre, i den andre enden. Her kan ein seie at dei strategiane og vanane dei hadde for å ta seg inn att òg kom inn i biletet. Men, når det gjaldt å gå meir QR enn kva som var forventa av dei frå arbeidsgjevar, var det likevel auka fritid som stod fram som avgjerande. Å ta seg inn att heilt og fullt var vanskeleg.

Pasientkontinuiteten ved QR var også diskutert blant deltakarane, der nokre meinte at pasientkontinuiteten ikkje var til fordel for andre enn pasientane sjølv, medan andre opplevde det som positivt også for seg i arbeidskvardagen. Dei som oppfatta det som positivt med pasientkontinuiteten QR gav, trakk fram at ved ei hektisk avdeling med høg utskifting av pasientar gjorde QR det enklare å få ei relativt god oversikt over avdelinga og pasientane dei skulle følgje opp. Tverrsnittstudien frå Sverige underbyggjer dette funnet, der ein fann at QR kunne lette rapportering og planlegging av arbeid. Rapportering og planlegging vart oppfatta som relativt enkle oppgåver under ein QR samanlikna med andre vaktkombinasjonar (24). Elementet handterbarheit vil kunne støtte opp under dette funnet, der ein kan sjå på pasientkontinuiteten som ein ressurs, og QR som eit krav eller stimuli, som igjen vil kunne føre til at opplevinga av god pasientkontinuitet gjer det enklare å gjennomføre vaktkombinasjonen sein-tidleg (26). Likevel gjaldt dette ikkje alle, og dette vart understreka mest hjå dei tilsette på avdelinga der ei høg og rask utskifting av pasientane var mest aktuelt.

6.1.2 Negative erfaringar og synspunkt ved arbeid med QR

Eit av funna frå denne studien dreier seg altså om at meir enn ein QR i veka blei opplevd for belastande helsemessig. For nokre vart QR i seg sjølv også opplevd som ein trussel for helsa. Sjølv om det var eit ynskje om å ikkje gå meir enn ein QR i veka, var dette ikkje alltid mogeleg i praksis.

Mykje av den tidlegare forskinga underbyggjer utsegna om helsemessig belastning, der det blant anna er funn som viser ein samanheng mellom QR og insomni, søvnigheit, fatigue og turnusarbeidsliding (9). Likevel har heile 23% av tilsette i Europeiske land rapportert å jobbe QR (18). Ser ein dette opp i mot krav-kontroll-støtte modellen til Karasek og Theorell vil ein kunne trekkje inn dimensjonane om jobbkrav og jobbkontroll. I turnusarbeid vil desse dimensjonane kunne spele ei rolle for opplevinga av arbeidet, da det er avgrensa for helsearbeidarane i kor stor grad dei kan kontrollere arbeidstidene sine. Ofte vil det vera ein del av turnusarbeidet å jobbe vakter som gir QR. Overfor jobbkrav kan ein sjå på QR som krav til eit omfang ein ikkje heilt kan styre, og dersom krava er for låge eller for høge vil dei kunne gi eit negativt utfall psykologisk og/eller fysisk (33).

Deltakarar i denne studien kunne fortelje om kjensla av å komme i ulage med kroppen, og angav å kjenne seg «knust» i etterkant av QR. Ei understreka eit ynskje om å ikkje gå QR i det heile grunna dei helsemessige utfordringane det gav, medan andre fortalte om kollegaer som gjekk i lågare stillingar fordi QR, turnus og arbeidsmengda kunne vera krevjande, og for å kunne kombinere jobben med å ha ei fritid. Det var òg tilfelle av å avstå frå å vera sosial saman med vener og familie, på grunn av at ho kjende seg så sliten i etterkant av QR. Funnet kan såleis underbyggjast av fleire studiar som er presentert tidlegare, der fatigue vert assosiert med turnusarbeid og QR (9, 12). Desse funna kan tydeleg tolkast som opplevde ulemper med å gå QR, men kan truleg også relaterast til meir enn berre QR. Korleis turnus med QR vert opplevd i kombinasjon saman med hektiske omgivnader eller travle vakter er ikkje hovudfokus i denne studien, men det er tenkjeleg at dette også vil spela ein faktor i opplevinga av fordelar og ulemper.

I tversnittstudien frå Sør-Korea vart det også lagt fram negative helseutfall som blant anna fatigue og søvnforstyringar i samband med skift- og turnusarbeid førte til ein høgare intensjon om turnover (19). Høg turnover er eit reelt problem i spesialisthelsetenestene, deriblant å behalde sjukepleiarar (1). Det kan tenkjast at sidan QR er ein del av turnusarbeidet som er assosiert med fatigue og SWD, vil dette også spele inn som ein faktor for helsearbeidarane si vurdering og ynskje om å skifte arbeidsplass. Intensjon om turnover, altså eit ynskje om å slutte i jobben, kan vera ein indikasjon på misnøye med arbeidskvardagen. Dette speglar igjen problemstillinga om kvifor helsepersonellet vel å bli verande, og opplevde fordelar og ulemper i todelt turnus med QR.

Samstundes kan vi sjå tilbake på NOU 2023:4 som regjeringa la fram nyleg, der dei blant anna vektla problemet samfunnet står overfor. Utgreiinga viser ein forventa høgare del eldre i folkesetnaden, som igjen vil kunne føre til auka hjelpebehov, kombinert med manglande helsepersonell (1). Ei sentral erfaring og synspunkt frå denne studien var forteljingar om eit jamt over høgt arbeidspress, som auka opplevinga av at det var utfordrande med QR. Kombinasjonen av høge jobbkrav og låg jobbkontroll vert definert som ein belastande arbeidssituasjon, og har gjennom tidlegare forskning vist seg å auka risiko for hjarte- og karsjukdom, psykiske helseplagar, sjukefråvær og uførheit (31). Forskinga viste og at høge jobbkrav kombinert med låg jobbkontroll har ei samanheng med sjukefråvær relatert til psykiske helseplagar (31). Likevel kan ein ikkje fastslå at ein forhindrar turnover med å endre på talet QR i veka.

Hovudmålet med denne studien er å finne ut erfaringar, fordelar og ulemper og kvifor helsepersonell vel å bli verande i arbeid med todelt turnus og QR. Målet er ikkje å finne ut kvifor det er høg turnover, men det heng tett saman med kvifor fleire vel å fortsetje, og er derfor naturleg å trekkje inn i diskusjonen. Med eit ynskje om å undersøkje kva som gjer at helsearbeidarar blir verande i arbeid med todelt turnus og QR, er det viktig å slå fast at sjølv om tidlegare forskning har vist samanheng mellom QR og ulike helseplagar, så kan ikkje det åleine seiast å vera ei god nok forklaring på kvifor det er høg turnover i helsesektoren. Det er fleire andre faktorar som også vil kunne spele inn på kvifor eller kvifor ikkje ein blir verande i ei turnusordning med QR. Helsepersonellet i min studie opplevde òg positive sider ved QR.

Travle vakter og høgt arbeidspress kunne ofte føre til at deltakarane i studien måtte jobbe overtid, noko som vart opplevd som negativt og uheldig når dei jobba QR. Det var blant anna nemnt at QR vart ekstra krevjande når ein måtte gå overtid grunna underbemanning og travel avdeling. Det vart understreka at gitt kviletid derfor ofte ikkje samstemte med reell kviletid. Travle vakter og høgt arbeidspress er eit område som bør sjåast meir på i samband med QR og kanskje også med høg turnover. Vedaa og kollegane hans har vist at det er eit behov for å kople av frå jobb etter ei vakt, og at kviletida kan kortast ned betrakteleg med QR (3).

Dette stemte med kva deltakarane kunne fortelje, samt kva dei uttrykte i høve til å få korta ned søvnen ved QR, som følgje av problem med å roe ned og sovne etter ei seinvakt. Om kviletida mellom vaktene i tillegg vart ytterlegare korta ned grunna overtid, vart det enda mindre kvile. Vanskar med å stå opp til dagvakt i QR var eit problem alle var kjent med, og dei kunne ytt meir på dagvakta dersom dei hadde fått sove meir ved QR. Også ettermiddagen etter QR kunne vera like tung og slitsam som etter ei nattevakt, med behov for å ta seg ein kvil etter dagvakta. Her har mykje av forskinga vektlagt konsekvensane QR kan ha på fatigue, søvn og søvnkvalitet, som kan underbygge dette funnet (9, 17, 19). Ser vi dette ut i frå krav-kontroll-støtte modellen til Karasek og Theorell, får helsepersonellet lite å spele på når det kjem til dimensjonen *kontroll*. Kva sider ved arbeidssituasjonen som i særleg grad kan vera stressande og dermed sjukdomsframkallande, kan også forbindast med arbeidsrelatert stress.

Å kunne «behalde» eller «bevare» søvnen kunne vera avgjerande for å halde lengre ut i yrket, slik det kom fram i resultata mine, og som igjen vil kunne trekkje parallellar til turnover. Ser vi på dette opp i mot krav-kontroll-støtte modellen vil dimensjonane jobbkrav og kontroll igjen vera relevante å trekkje inn. I dette tilfellet vil både kvalitative og kvantitative krav kunne vera relaterbart. Krava som vert stilt til jobben med nedkorta og dårlegare kvalitet på søvnen ved QR kan krevje psykisk og fysisk innsats (33). Deltakarane hadde lite kontroll over eiga arbeidstid i turnusarbeid, og ved QR hadde dei ikkje mogelegheit til å kople tidlegare av for kvelden grunna seine arbeidstider. Forsking har vist at å jobbe turnus og skift kunne assosierast med blant anna turnover og intensjonar om turnover (16). Eit anna funn i denne studien var at deltakarane med små barn kjende det

som krevjande å jobbe todelt turnus med QR, noko fleire av deltakarane kunne seie seg einige i, sett i retrospekt. Her var det også sett ein intensjon om turnover, på bakgrunn av at dei såg barna lite, kjende seg låst til jobben, og utan at det vart økonomisk kompensert for. Det vart uttrykt at det gjekk ut over heile familien at ein arbeidde turnus, da fritidsaktivitetar måtte planleggast ut i frå turnusarbeidet.

Ser vi dette opp i mot Antonovsky, OAS og aspektet handterbarheit (26), kan ein spørje seg; har dei nok ressursar rundt seg og mogelegheit for å utvikle helsefremjande vanar for korleis ein taklar QR? Her vil livssituasjonen spele ei viktig rolle, der kvar og ein av helsepersonellet har ulike utgangspunkt. Deltakarane som kunne fortelje i retrospekt at småbarnsperioden var krevjande i kombinasjon med QR og turnus, uttrykte også at dei handterte QR godt no, og ville ikkje vore det forutan, som igjen speglar over kva rolle livssituasjonen spelar inn.

Diskusjonen om det var naudsynt å fortsetje med QR vart også tatt opp under intervjuet. Nokre av deltakarane argumenterte for at det ikkje var behov for å oppretthalde pasientkontinuitet. Dei trakk fram bekymringar rundt eiga helse, og ei usikker framtid i vente med høg turnover. Det vart ytra eit ynskje om at ei endring måtte skje frå leiinga si side for å vise omsorg for dei tilsette, og derav behalde personalet. Kjensla av å ikkje kjenne seg høyrte og sett av leiinga stod sterkt for dei som opplevde det mest uheldig ikkje å kunne styre turnus med QR. Dimensjonen sosial støtte frå Karasek og Theorell sin modell viser at manglande sosial støtte kan medføre uheldige belastningar for den tilsette (30, 33), som byggjer opp under kva deltakarane uttrykte. Ser vi tilbake på studiane som såg på konsekvensane av å styre sin eigen turnus, ser vi effekten av det å kunne medverke i sin eigen arbeidskvardag (22). Enkelte uttrykte at dei kjende seg pusha til ytterpunktet av forventingar.

6.1.3 Kva veg mest?

No har vi sett på både fordelane og ulempene som helsepersonellet kunne fortelje om under datainnsamlinga i min studie. Enkelte uttrykte sterkare ulempene ved å gå todelt turnus med QR, og fleire likte det. Det er viktig å trekkje fram at intervjuet føregjekk på to ulike institusjonar, noko som kan vera avgjerande for funna i studien. Det eine intervjuet føregjekk på ein institusjon der det var noko rolegare omgivningar, der pasientane kunne

vera innlagt over ein lengre periode. Her uttrykte personalet at dei ofte kjente godt til pasientane dei hadde ansvar for, og det framstod som at ulike miljøtiltak og tid saman med pasientane stod sentralt og var ein viktig del av behandlinga. Gjennom intervjuja framstod det ikkje som at dette var ein institusjon prega av høg turnover, men at dei fleste likte å jobbe der. Det andre intervjuet føregjekk på ein institusjon med eit noko meir hektisk miljø. Det kom tydeleg fram under intervjuet at arbeidskvardagen der var mykje prega og styrt av drifta frå høgare nivå, og at rammene her var noko meir strikte. Eksempelvis opplevde helsepersonellet her hyppigare utskifting av pasientar, tungt belegg på avdelinga, underbemanning og ei personalgruppe som var prega av turnover.

I etterkant av intervjuprosessen kunne det vore ein fordel om studien hadde samanlikna helsepersonellet sine erfaringar og meiningar frå dei to ulike arbeidsplassane opp i mot kvarandre, og lagt vekt på å skilje mellom kvar dei jobba, der den eine arbeidsplassen var meir prega av andre utslagsgivande faktorar som arbeidstempo. Dette med tanke på at det er to ulike arbeidsplassar som kanskje ikkje har like stor overføringsverdi til kvarandre i intensitet på arbeidsplassen og arbeidsoppgåver. Dette kunne kanskje ha bringa fram ei noko anna vinkling på problemstillinga/område. Materialet i studien måtte i så fall ha blitt styrka med fleire gruppeintervju på arbeidsplassar med ulike rammevilkår.

Likevel kan ein stille seg spørsmål om det framleis er eit behov for QR. Burde det avskaffast eller er det ein fordel å fortsetje? Hakola og medarbeidarane hennar viste i ei undersøking frå 2010 i Finland at å fjerne QR gav positive effektar for helsearbeidarar i alle aldersgrupper (14), medan ei nyare undersøking også frå Finland viste ei anna vinkling av problemstillinga. Der fekk dei tilsette planlegge sin eigen turnus i ein periode, og funn viste at QR likevel vart prioritert frå deltakarane, som indikerte at dei tilsette inngjekk kompromiss mellom kvile i form av søvn og sosiale aktivitetar (23). Funna frå desse to forskingsprosjekta viser dermed motstridande funn, der eit prosjekt frontar kva fysiologiske behov ein har, medan det andre prosjektet viser meir realiteten av kva den enkelte helsearbeidar prioriterer. Det vil også vera viktig å sjå på kva utfall det ville ha hatt dersom ein hadde avskaffa ordninga med QR. Som det kom fram under intervjuja var det berre ei som kunne tenkje seg å kutte det heilt ut. Ho ville heller gå fleire seinvakter på rad og fleire tidlegvakter på rad for å kompensera for QR. Ho peika også på at dersom det førte til at ho fekk korta ned fritida si rundt helg, altså å

ha ei seinvakt ein fredag før frihelg, hadde ho ikkje noko i mot dette. Likevel ser vi eit ulikt behov og ynskje for kvar enkelt, og det var ingen andre under intervjuet som ytra same ynskje. QR kan derfor også sjåast på som eit godt verkemiddel for å bevare fritida si, sjølv om det kan gå utover opplevinga av eiga helse. Det kan godt tenkjast at det i framtida vil vera viktigare å oppfylle kvar enkelt tilsett sine behov om i kor stor grad dei ynskjer å gå QR eller ikkje. Dette for å gjera det meir lukrativt for helsepersonellet å bli verande i yrket. Likevel vil det vera naturleg å stille spørsmål om kva alternativet vil vera dersom ein skal avskaffe QR?

Det vil vera aktuelt å spørje seg om QR er til det beste for arbeidstakaren eller arbeidsgjeveren? Forskinga som såg på helsepersonellet som planla turnusane sine sjølve, viste også at dei prioriterte arbeidsplassen sine behov (22). Anna forskning trakk fram at meir QR kunne auke både korttids- og langtidssjukefråværet (20, 21). Det kan medføre økonomiske konsekvensar for arbeidsgjevar (13). Dersom ein legg opp til at arbeidstakaren får styre turnus etter eige ynskje utan tilpassing frå arbeidsgjevar, vil ein da kunne risikere eit auka sjukefråvær? Det er gjort funn på at QR kan auke risiko for arbeidsulukker og skade (15). Dette kan vise til at leiinga har behov for å avgrense talet på QR, sjølv om det vert sett på som positivt for arbeidstakaren. Samstundes vil det å fjerne QR kunne gjera det vanskelegare å få skiftplanen til å gå opp (3). Til sjuande og sist, kan QR sjåast på som ein fordel for både arbeidsgjevar og arbeidstakar? Det trer fram som at her må det vera klare retningslinjer for kor mykje ein skal tillate å ha QR, da det kan framstå som både fordel og ulempe for begge partar.

Som nemnt ovanfor er det heller inga klar tale frå deltakarane i min studie samla sett. Vi ser at enkelte synspunkt dreier seg om at det i stor grad går ut over helsa, medan andre synspunkt dreier seg om å ha funne gode rutine og vanar for å ivareta sine helsemessige behov, og ser ikkje på QR som eit problem. Tvert i mot såg fleire av deltakarane fordelen med å gå QR. Det gav dei ein kontinuitet saman med pasientane, variasjon i arbeidskvardagen, og mogelegheita til å samle opp lengre friperiodar som kunne brukast saman med vener og familie. Dette viste seg likevel å vera svært avhengig av kvar enkelt sin livssituasjon. Turnus kunne i seg sjølv vera ei utfordring for deltakarane som hadde små barn og familie, og som stod i livssituasjonar der kvardagen kunne opplevast for krevjande. Denne

gruppa uttrykte også eit ynskje om å slutte i jobben, altså hadde dei intensjonar om turnover.

6.2 Metodediskusjon

I kommande delkapittel vil metodologiske og metodiske styrker og avgrensingar for studien presenterast. Deretter vert det reflektert over kor stor grad dette har verka inn på resultatata i forskinga.

6.2.1 Intern validitet: Pålitelegheit

Denne studien har undersøkt nærare kva helsepersonell ser på som fordelar og ulemper ved todelt turnus med QR, og deira erfaringar med det. Eg har vidare forsøkt å sjå på kva som gjer at dei blir verande i arbeid med ein slik turnusordning. Funna frå studien kan bidra med nyttig kunnskap til ei djupare forståing av feltet, men likevel vil det vera naturleg og viktig å setje lys på om funna er *pålitelege*, altså, om dei mellom anna viser i kva grad forskaren har gjort arbeidsprosessen synleg for lesaren, og gjort relevante val i planlegging og gjennomføring (47). Dette bringer oss vidare til definisjonen *intern validitet*, som handlar om at kunnskapen vi kjem fram til er påliteleg. Malterud omtalar at det vi presentera må vera «sant». Eg set «sant» i hermeteikn ettersom kunnskap om komplekse fenomen ikkje er noko eintydig og endeleg, men er mangfaldig og er uavhengig av perspektiv (48). Når Malterud vektlegg at det må vera «sant» det vi presenterer, peikar ho på at intervjusubjekta må få mogelegheit til å snakke sanninga *si* ut frå deira oppleving, utan at det vert tolka og lagt fram slik ein forskar ynskjer eller forventar (35). Ut i frå dette vil det vera naturleg og sjå tilbake på kva ein var ute etter i forkant av intervjuet, kva spørsmål ein stilte, og kva ein fekk svar på. Kunne eg ha spurt om noko annleis for å få fram ei anna vinkling eller ynskja belysning av problemstillinga? Kva kjenner eg meg igjen i, og kva ser eg av spørsmål som kan lede til forventa svar? Fekk eg nok fylde med dei spørsmåla eg hadde frå intervjuet, eller var det noko vesentleg som mangla?

For å starte med det grunnleggjande, kvalitativ metode kan vera eit godt val av metode når ein blant anna er ute etter ei forståing, snarare enn forklaring (35), slik som i denne studien. Målet var å finne kunnskap frå eit felt som allereie var forska på, men med nye auge og openheit for eit mangfald av mogelege svar. Deretter kan ein sjå vidare på kva

problemstillingane rettar søkjelyset mot. Er dei eigna til å få fram utfyllande eller manglande kunnskap på feltet? Ei relevant problemstilling for kva ein ynskjer å setje lys på er avgjerande for forskingsfeltet. Den tidlegare forskinga som er presentert i introduksjonen viser allereie eit noko klinisk retta blikk på problemfeltet, og ei overvekt av kvantitative forskingsartiklar. Slik opplevde eg at det var lite motvekt til det kliniske blikket, og at det var behov for meir forskning ved kva individ vektla som førte til trivsel i arbeidssituasjonen deira med todelt turnus og QR. Den tidlegare forskinga hadde eg i bakhovudet når eg saman med rettleiar utvikla intervjuguiden, med eit ynskje om å i størst mogeleg grad utfylle kunnskapen på området.

Kvalitative metodar kan vera bidragsytande til å presentere nyansar, mangfald og subjektive erfaringar (35). I følgje Kvale og Brinkmann dreier validitet seg også om i kor stor grad metoden er eigna til å undersøkje det ein skal undersøkje (34). Er den metodiske tilnærminga relevant for kva eg var ute etter å finne svar på? Eg ser også på fokusgruppeintervju som svært eigna til dette føremålet, da det ikkje vert omdiskutert sensitive tema. Ein annan fordel ved bruk av gruppeintervju kan vera at informantane kunne dele og diskutere med kvarandre, og slik berika materialet. Ved bruk av fokusgruppeintervju vart det også samla inn meir nyansert kunnskap om same tema frå fleire deltakarar som samtala, enn ved bruk av enkeltintervju (35). Eg vil vidare påstå at funna frå denne studien har fått fram eit spekter av erfaringar på området og nyansar knytt til dei. Dette handlar òg om spørsmåla som intervjuar stilte var relevante og opne, om kommunikasjonen undervegs, og om alle kom til orde.

Ved det første intervjuet tenkte eg at eg hadde stilt dei rette spørsmåla for å få fatt i den informasjonen eg var ute etter. Likevel vil det vera viktig å poengtere at det første intervjuet også hadde ein flyt, der samtalen i stor grad var styrt av kva deltakarane tok opp, med lite avbryting frå underteikna og co-moderator. Som moderator fekk eg stilt dei mest sentrale spørsmåla frå intervjuguiden, men kom ikkje igjennom heile planen grunna tidsbruk. I det andre intervjuet var det ein anna dynamikk, litt meir avventande før diskusjonen kom i gang. Her let intervjuet i større grad seg styre ved bruk av intervjuguiden, som vart følgd noko meir systematisk. I etterkant kjende eg at det kunne vore stilt andre spørsmål for å belyse temaet, eller for å få meir fylldige svar. Eksempelvis kunne det vore nyttig å starte intervjuet med å

spørje om kva deltakarane opplevde som fordelar og ulemper med å jobbe turnus generelt, og ikkje berre konkret om QR, da det er ein del av turnusen deira. Det oppdaga eg ikkje før i etterkant av andre intervju. Slik sett er det ein prosess der ein lærer heile vegen. Sett i ettertid opplevde eg likevel at begge intervju gav relevant informasjon som supplerte kvarandre på ein fin måte, og at nyansane det skapte var nyttige for spennvidda i funna.

Vidare vil eg understreke at å ha med rettleiar som co-moderator vart opplevd som ei styrke for studien. Det var med på å trygge meg i situasjonen som moderator, samt var det nyttig å få ei oppsummering av intervju sine innhald ved slutten for å understreke kva som var diskutert. Rettleiar var med under begge intervju, noko som også kunne trygge meg på at ho vart godt kjent med stoffet og fekk ein nærheit til det, da dette i utgangspunktet ikkje var hennar fagfelt. I tillegg ser eg på det som ein fordel når det kom til analysen å få rettleiing frå nokon som kjende stoffet, og kunne kome med gode innspel på sortering når eg stod fast.

Analysemetoden som vert nytta skal passe til forskingsspørsmålet og til forskingsmaterialet, og stå inne for systematikk. Eg valde systematisk tekstkondensering, som eg meiner er eit godt val. Problemstillingane var ikkje retta mot å få følgje ein prosess eller utvikling over tid, men mot å få fram augeblikksbilete knytt til synspunkt og erfaringar på turnusordninga i retrospekt. Ein tematisk tverrgående analyse er derfor eigna framfor ein analyse som tek det enkelte intervju som hovudeining i analysen. Vidare er materialet ikkje for stort til å bruke STK, og heller ikkje for lite. I tillegg eignar STK seg også godt for nybegynnarar, da ein systematisk tek seg igjennom datamaterialet i fire steg med klare retningslinjer (35).

Er presentasjonen av funna dekkande for det mangfaldet av erfaringar på temaet som datamaterialet står inne for? Hovudtema og undertema (resultatkategoriar og subkategoriar ifølgje Malterud) vart gjennom ei grundig analyse dekkjande for materialet som heilheit. Det vil likevel vera føremålstenleg å vurdere om sitat frå nokre av deltakarane vart brukt meir enn andre, og kva det vil ha å seie for gyldigheita av spekteret av erfaringar i materialet. Det er ei overvekt av sitat frå det første intervjuet, som føregjekk i noko travlære omgivnader enn det andre intervjuet. Enkelte tema som misnøye rundt leiinga var eksempelvis diskutert i mindre grad på det andre intervjuet samanlikna med første intervju. At resultatkategoriar og subkategoriar representerer *heile* materialet ligg i saka, og det er ikkje slik at om ikkje alle

tema er dekt utfyllande i alle intervju, så vert det ikkje teke med. Likevel er det eit poeng å diskutere rammene dei to institusjonane hadde, og sjå forholdet til leiinga i det lyset.

6.2.2 Eigne refleksive prosessar undervegs

I følgje Malterud skal forskaren i prosessen og produktet vise ei vilje og evne til å stille spørsmål ved eins egne framgangsmåtar og konklusjonar i form av tvil og ettertanke. Refleksivitet er ein viktig del av prosessen, og ei aktiv haldning, som forskaren heile tida må oppsøke og vedlikehalde (35). Gjennom denne masteroppgåva har eg hatt ei rolle som forskar, og av den grunn vil det vera naturleg å trekkje inn utfordringane rundt det å ikkje la seg farge av andre roller ein har. Førforståinga mi har vore med å prega val av tema, problemstilling og spørsmåla som vart stilt i intervju. I startprosessen av denne studien er det ikkje til å legge skjul på at mi rolle som forskar var noko prega av mine egne tidlegare erfaringar og oppfatningar av korleis det var å jobbe turnus med QR. Etter å ha jobba som sjukepleiar med tredelt turnus og QR i seks år, på ein sengepost med hyppig utskifting av pasientar, travle dagar og høg intensitet, sat eg med ei nær opplevd erfaring på temaet, som var viktig å ikkje la seg påverke av i prosessen. Sett i ettertid ser eg at som forskar let eg meg farge meir enn eg hadde trudd av mine erfaringar, og at eg hadde skapt forventingar av kva eg skulle finne i studien. Ikkje minst let eg meg farge noko av forskinga eg hadde lest på temaet i prosessen, som i stor grad dreier seg om negative helsemessige utfall. Gadamer understrekar at forskaren alltid har ei førforståing (36), og at saka skal sjølv tre fram på sine egne premiss så langt som mogeleg (37).

Desse fordommane dreia seg i stor grad om forventingar til at deltakarane skulle vera negative til å jobbe QR og utfalla dei fekk som følgje av det. Etter samtale med ein anna forskar på feltet vart eg bevisst på fordommane mine, og innsåg at dei var i ferd med å farge kva eg såg på som hovudfunn. Etter å ha reflektert over dette, og fått innspel frå rettleiar på viktige tema i analyseprosessen, såg eg tydelegare kva funn eg faktisk hadde i studien, og at det var mykje meir balansert enn kva eg først las inn i dei. Eg forstod raskt under denne prosessen at det ville vera viktig å ha eit opent sinn, og fekk kjenne på korleis ei nærheit til stoffet kunne gjera det utfordrande å stille seg kritisk til kva eg lettast såg (35).

På bakgrunn av dette ser eg at konklusjonen vart noko uventa av kva eg hadde ei førestilling om i forkant av studien. Som forskar fortolkar ein heile tida, og blikket til forskaren vil kunne styre funna. Bias, nærheit til feltet som kan føre til at ein manglar kritisk blick på studiefeltet, er i dette tilfellet relevant å aktualisere (49), men ikkje utslagsgivande for kva det endelege resultatet vart. Likevel, kjennskapen til feltet kan også vera positiv, som i utviklinga av intervjuguiden, og ei interesse for feltet.

6.2.3 Ekstern validitet: Overføringsverdi

Eit mål med all forskning er at funna er overførbare, nemleg at funna er gyldige utover utvalet og konteksten studien fann stad i. Eit spørsmål er om funna er relevante og brukbare i andre situasjonar og samanhengar som er samanliknbare (35, 50). Før ein kan svare på spørsmål om overføringsverdi, må spørsmål som pålitelegheit ha fått eit positivt svar. Det har eg tatt opp ovanfor. Relevans gjennom alle ledd i kvalitativ forskingsprosess kan opne for viktige framstillingar ved gyldigheit, seier Malterud (35). Eg vil her ta opp utvalet og deira arbeidsplass i ulike institusjonar og knytte det til overføringsverdi. Så vil eg diskutere pragmatisk validitet.

Alle deltakarane oppfylte inklusjonskriteria i studien, som er ein styrke. Ein kan stille spørsmål om fleire deltakarar i studien ville betra og gitt meir fylde til datamaterialet, og kva betydning det ville hatt for resultata. Denne studien vart gjennomført med åtte informantar som var tilsett ved to helseinstitusjonar og fordelt på to fokusgruppeintervju. Kva som vert rekna som nok informantar kan avhenge veldig av kva ein forskar på, og kva ein får ut av fokusgruppeintervjua. I følge Malterud vil eit strategisk utval med god informasjonsstyrke kunne gje eit godt fundament for utvikling av kunnskap om meining og kjenneteikn. Dette kan igjen gje innsikt ut over den konteksten der forskinga vart gjennomført. I kvalitative studie vil ikkje vurderinga av om noko er overførbart byggje på tal på deltakarar i utvalet i seg sjølv, og derfor aukar ikkje grada av overføringsverdi i takt med talet deltakarar i materialet (35). Ein kan sjå på om intervjumaterialet er rikt nok i høve til å svare på problemstillinga.

Det er anbefalt i litteraturen med tre gruppeintervju strategisk samansett for å dekkje eit mangfald av relevante erfaringar og synspunkt (45). Med utgangspunkt i at intervjua mine

vart forskyvd fleire gonger, at eg ikkje fekk tak i fleire informantar i tide, vart talet på deltakarane færre enn ynskt, og to gruppeintervju vart det som blei mogeleg innan tidsramma eg hadde. Ikkje minst var det ikkje ynskt at det var berre tre deltakarar i første intervju. Da det berre var kvinner som deltok på intervju, kan ein òg undrast på om ein ville fått eit annleis utfall dersom menn også deltok. Her vil det vera naturleg og vektleggje skeivheita rundt kjønnsdeling, da det i utgangspunktet er ei overvekt av kvinner i helsesektoren. Eg vil likevel seie at det var nok fylde i data til å få nokre gode svar på problemstillingane, og med samtalar med gode utvekslingar som grunn. For eit prosjekt på dette nivået, og med den ramma det hadde, såg eg meg nøgd. Hadde det vore eit meir omfattande og større forskingsprosjekt, vil det vera naturleg rette eit kritisk blikk på talet gruppeintervju og informantar, og representasjonen av helseinstitusjonar der denne turnusordninga gjeld.

Vidare vil det vera relevant å trekkje inn pragmatisk validitet, nytteverdien, kva overføringsverdi funn har, for kven og kva samanheng funna kan vera relevante. I følgje Kvale og Brinkmann er pragmatisk validitet verifisering i bokstaveleg forstand, «å gjera sant». I eit kunnskapsutsegn i den pragmatiske valideringa vert grunngeving erstatta med bruksmåte (34). Er funna opplevd som relevante for helsepersonell i arbeidssituasjonar som kan samanliknast? Dette må altså prøvast ut, og kan ikkje svarast eintydig her. Likevel vågar eg meg på nokre tankar. Slik eg tolkar det, er det sannsynleg at funna om QR som ein ynskja variasjon og mogelegheit for auke av fritid har overføringsverdi til fleire helsearbeidarar, uavhengig av kvar dei jobbar i helsevesenet. Dette er sjølvsagt noko som vil vera eit individuelt ynskje, men det står fram som ein relevant faktor til at turnus med QR vert verdsett. Det same gjeld funnet om pasientkontinuiteten. Vidare er det ikkje å trekkje det for langt å tru at det negative aspektet av konsekvensane todelt turnus med QR kan ha for familielivet og fritida, vil kunne ha stor overføringsverdi til andre med familie, da turnus med QR i seg sjølv er ganske vanleg i helsesektoren.

Misforholdet mellom reell og gitt kviletid ved QR vart diskutert i begge intervju, og er mykje tatt fram i tidlegare forskning òg. Derfor vil eg anslå at også dette funnet er overførbart til andre. Eg er kritisk til om funnet om todelt turnus med QR som ei samansett utfordring organisatorisk er overførbart, i alle fall ikkje utan vidare. Det vart i størst grad vektlagt under

første intervju, der fokuset låg på opplevinga av høgt belegg, arbeidstempo, turnover og travle vakter. Rammene på dei to institusjonane intervjuja var knytt til, er ulike.

Avslutningsvis vil eg nemne at bruken av relevant teori i diskusjonen for å forstå funna betre handlar om å løfte dei mot eit allment nivå. Teori har ikkje hatt ein stor plass i denne studien, men bruken av Antonovsky sin teori om OAS og Karasek og Theorell sin teori på systemnivå, gir likevel funna eit løft i tolkinga i retning noko meir allment.

7.0 Konklusjon og implikasjon for praksis

Å jobbe todelt turnus med QR vart sett på som ein ynskja variasjon for deltakarane i denne studien, som gav fordelar i form av lengre friperiode og betre pasientkontinuitet. Likevel, dersom det blei for mykje kunne det opplevast negativt. Meir enn ein QR i veka vart sett på som i overkant for kva helsa kunne tåla. Todelt turnus med QR kunne dessutan få uheldige konsekvensar for fritida og familielivet. Turnusarbeidet i seg sjølv var sett på som ei samansett utfordring, med ynskje om at ei endring måtte skje. Her vart blant anna turnover assosiert med turnus, QR, opplevd høgt arbeidspress og underbemanning. Funna i denne studien underbyggjer funn frå tidlegare forskning når det gjeld søvnforstyrningar, fatigue og prioritering av fritid ved QR. Samstundes har studien løfta fram funn om at QR var ein ynskja variasjon, og at ein QR i veka var nok, som er utfyllande kunnskap på området. Det er også veileigna til å finne forbettringsområde ut i frå deira oppleving, og kan gi idear for kva som bør gjerast annleis, og slik bidra med utfyllande skildringar der det før har vore manglar.

Av kliniske implikasjonar vil eg peike på at helsepersonellet hadde individuelle erfaringar med og behov ved turnusarbeid og quick return. Dette bør tilpassast den enkelte arbeidstakar sine arbeidsplanar så langt det let seg gjere. For å minske dei negative følgjene av QR trengst eit godt samarbeid mellom arbeidstakar og leiing.

Kjeldeliste

1. NOU 2023: 4. Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
2. Norsk sykepleierforbund. Turnus [Internett]. Norsk sykepleierforbund; [henta 20. okt 2022]. Tilgjengeleg frå: <https://www.nsf.no/arbeidsvilkar/turnus>
3. Vedaa Ø, Djupedal I, Harris A. Kveldsskift følgd av eit dagskift: Kva konsekvensar har "quick return"- vakter for søvn, helse og sikkerheit? [henta 15. okt 2022]. Tilgjengeleg frå: <https://helse-bergen.no/seksjon/sovno/Documents/Kva%20konsekvensar%20har%20quick%20reurn%20vakter%20for%20s%C3%B8vn%2C%20helse%20og%20sikkerheit.pdf>.
4. Vedaa Ø, Harris A, Waage S, Bjorvatn B, Thun E, Buchvold HV, et al. A longitudinal study on the association between quick returns and occupational accidents. Scand J Work Environ Health. 2020;46(6):645-9.
5. Bjorvatn B. Normal søvn [Internett]. Bergen: Helse Bergen; 2023 [oppdatert 28.02.2023; henta 20. april 2023]. Tilgjengeleg frå: <https://helse-bergen.no/nasional-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/normal-sovn>.
6. Kleiven M. Tåler vi turnus? [Internett]. Oslo: Norsk sykepleierforbund; 2018 [henta 14. sept 2022]. Tilgjengeleg frå: <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/hNQmuc7hzFrPtIDa4MYUCNBSnwZttcO8i1VCPokHeNZF1FxoXs.pdf>.
7. Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven), § 10-8. Daglig og ukentlig arbeidsfri (2022).
8. Einarsen S, Skogstad A. Den dyktige medarbeider - behov og forventinger. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
9. Eldevik MF, Flo E, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than 11 hours in-between shifts. PLoS One. 2013;8(8):e70882.
10. Waage S, Thun E, Reknes I, Moen B, Magerøy N, Pallesen S, et al. For få timer mellom vaktene påvirker søvn og helse. Sykepleien. 2015;4220(10):58-60.
11. Wright KP, Bogan RK, Wyatt JK. Shift work and the assessment and management of shift work disorder (SWD). Sleep Medicine Reviews. 2013;17(1):41-54.

12. Vedaa Ø, Harris A, Bjorvatn B, Waage S, Sivertsen B, Tucker P, et al. Systematic review of the relationship between quick returns in rotating shift work and health-related outcomes. *Ergonomics*. 2016;59(1):1-14.
13. Flo E, Pallesen S, Moen BE, Waage S, Bjorvatn B. Short rest periods between work shifts predict sleep and health problems in nurses at 1-year follow-up. *Occupational and Environmental Medicine*. 2014;71(8):555-61.
14. Hakola T, Paukkonen M, Pohjonen T. Less Quick Returns — Greater Well-being. *Industrial Health*. 2010;48(4):390-4.
15. Nielsen HB, Hansen ÅM, Conway SH, Dyreborg J, Hansen J, Kolstad HA, et al. Short time between shifts and risk of injury among Danish hospital workers: a register-based cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. 2019(2):166-73.
16. Pallesen S, Bjorvatn B, Waage S, Harris A, Sagoe D. Prevalence of Shift Work Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*. 2021;12(1):1-11.
17. Waage S, Pallesen S, Moen BE, Vedaa Ø, Thun E, Vikanes Buchvold H, et al. Changes in work schedule affect the prevalence of shift work disorder among Norwegian nurses - a two year follow-up study. *Chronobiol Int*. 2021;38(6):924-32.
18. Vedaa Ø, Djupedal ILR, Svensen E, Waage S, Bjorvatn B, Pallesen S, et al. Health-promoting work schedules: protocol for a large-scale cluster randomised controlled trial on the effects of a work schedule without quick returns on sickness absence among healthcare workers. *BMJ Open*. 2022;12(4):e058309.
19. Ki J, Ryu J, Baek J, Huh I, Choi-Kwon S. Association between Health Problems and Turnover Intention in Shift Work Nurses: Health Problem Clustering. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):1-12.
20. Larsen AD, Ropponen A, Hansen J, Hansen Å M, Kolstad HA, Koskinen A, et al. Working time characteristics and long-term sickness absence among Danish and Finnish nurses: A register-based study. *Int J Nurs Stud*. 2020;112:103639.
21. Ropponen A, Koskinen A, Puttonen S, Härmä M. Exposure to working-hour characteristics and short sickness absence in hospital workers: A case-crossover study using objective data. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;91:14-21.
22. Nabe-Nielsen K, Lund H, Ajslev JZ, Hansen Å M, Albertsen K, Hvid H, et al. How do employees prioritise when they schedule their own shifts? *Ergonomics*. 2013;56(8):1216-24.

23. Karhula K, Salo P, Koskinen A, Ojajärvi A, Oksanen T, Puttonen S, et al. Employee control over scheduling of shifts and objectively measured working hour characteristics: a cross-sectional analysis of linked register and survey data. *Chronobiol Int.* 2019;36(1):85-95.
24. Öster K, Tucker P, Söderström M, Dahlgren A. Pros and cons of quick returns – a cross-sectional survey among Swedish nurses and nurse assistants. *Industrial Health.* 2022;advpub.
25. Lønne A. Salutogenese [Internett]. Store norske leksikon; 2021 [henta 9. mars 2023]. Tilgjengeleg frå: <https://sml.snl.no/salutogenese>.
26. Antonovsky A. Helsens mysterium: den salutogene modellen. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2012.
27. Taule T. Stroke rehabilitation in the context of early supported discharge. Quantitative and qualitative aspects of daily life after mild-to-moderate stroke [Doktoravhandling]. Bergen: Universitetet i Bergen; 2015.
28. Langeland E. Betydningen av en salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Sykepleien Forskning* [Internett]. 2009 [henta 30.03. 2023]; 4(4):[288-96 s.]. Tilgjengeleg frå: <https://sykepleien.no/forskning/2009/12/betydningen-av-en-salutogen-tilnaerming-fremme-psykisk-helse>.
29. Guassora A, Reventlow S, Malterud K. 22 temateorier til kvalitativ forskning. København: FADL's Forlag A/S; 2022.
30. Karasek R, Theorell T. Healthy work: Stress, Productivity, and the Reconstruction Of Working Life: Basic Books; 1992.
31. Høye krav kombinert med lav kontroll [Internett]. Statens arbeidsmiljøinstitutt; 2019 [henta 5. april 2023]. Tilgjengeleg frå: <https://noa.stami.no/arbeidsmiljofaktorer/krav-kontroll-og-belonning/hoye-krav-kombinert-med-lav-kontroll/#>.
32. Karasek RA. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Administrative Science Quarterly.* 1979;24(2):285.
33. Fila M. The Job Demands, Control, Support Model: Where Are We Now? *TKM International Journal for Research in Management.* 2016;1(1):15-44.
34. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015.
35. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4 utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.

36. Gadamer H-G. Sannhet og metode: grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk. 2. utg. Oslo: Pax; 2012.
37. Nilsson B. Gadamers hermeneutikk. Sykepleien. 2007;1(4):266-8.
38. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry & research design : choosing among five approaches. 4. utg. Thousand Oaks, Calif: SAGE Publications, Inc; 2018.
39. Kjøl G, Nordbø B. Pragmatisk [Internett]. Store norske leksikon; 2019 [henta 7. feb 2023]. Tilgjengeleg frå: <https://snl.no/pragmatisk>.
40. Anvik CH, Bliksvær T, Olesen ESB. «Gruppen mener»? Tidsskrift for velferdsforskning. 2021;24(1):21-34.
41. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
42. Lied IB, Lindgren ML, Helberget LK. Tidspress blant sykepleiere kan påvirke kvalitet og pasientsikkerhet: en systematisk review. Klinisk Sygepleje. 2021;35(3):242-54.
43. Edelmann F. Mer turnusarbeid og lavere sykefravær blant unge i helse- og sosialtjenestene [Internett]. Statistisk sentralbyrå; 2019 [henta 6. jan 2023]. Tilgjengeleg frå: <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/mer-turnusarbeid-og-lavere-sykefravaer-blant-unge-i-helse-og-sosialtjenestene>.
44. Dalland O. Metode og oppgaveskriving. 7. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2021.
45. Casey MA, Krueger RA. Focus groups : a practical guide for applied research. 5. utg. Casey MA, Krueger RA, red. Los Angeles: Sage; 2015.
46. Haukelien H. Egalitet og hierarki i det norske helsevesen - Paradokser og trender [Internett]. Telemarksforskning; 2012 [henta 8. april 2023]. Tilgjengeleg frå: <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/egalitet-og-hierarki-i-det-norske-helsevesen/2226/>.
47. Nielsen DA, Hjørnholm TQ, Jørgensen PS. Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag. 1. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2021.
48. Kvale S. Interviews : an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, Calif: Sage; 1996.
49. Staff A. Bias [Internett]. De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2015 [henta 12. april 2023]. Tilgjengeleg frå: <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/uavhengighet/bias/>.

50. Ellingsen S, Drageset S. Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. Sykepleien Forskning. 2010;5:332-5.

VEDLEGG

Vedlegg I: Skriv for rekruttering

Vedlegg II: Informasjonsskriv og samtykkeskjema til deltakarane

Vedlegg III: Intervjuguide

Vedlegg IV: Skjema til deltaking av intervju – innhenting av bakgrunnsinformasjon

Vedlegg V: NSD Vurdering av behandling av personopplysningar

Vedlegg I

Vi ynskjer å vite meir om kort kviletid mellom sein- og tidlegvakter, og
treng dine erfaringar



Jobbar du (eller nokon du kjenner):

- **Tredelt eller todelt turnus**
- **Har jobba tredelt eller todelt turnus i meir enn 5 år**
- **Quick return (kort kviletid mellom sein og tidlegvakter) meir enn 2 gonger/månad**
- **70-100% stilling**

Da ynskjer eg å komme i kontakt med deg, med føremål om å intervju deg om dine erfaringar med å jobbe vaktkombinasjonen sein/tidleg. Eg er ute etter korleis det vert opplevd for den enkelte, og generelt høyre om dine erfaringar på temaet.

Føremålet med intervjuet er til eit masterprosjekt ved Universitetet i Bergen, Alrek helseklynge, og intervju vert gjennomført av masterstudent. Som deltakar blir du intervju i gruppe på ca. 4-8 personar, saman med andre deltakarar. For deg vil deltaking i dette prosjektet bety eit intervju som varar i ca. 60-90 min. Stad for intervju vil tilpassast etter deltakarane, eller gjennomførast på Alrek helseklynge, Årstadveien 17. Tidspunkt vil bli avtalt nærmare ved meldt interesse.

Det er frivillig å delta, ta kontakt om du er interessert eller lurer på noko. Alle opplysningane frå intervjuet vert behandla utan namn og gjenkjennande opplysningar, der det berre er masterstudent, Lina Hagen Hæreid, og rettleiar, Målfrid Råheim, som har tilgang til opplysningane om deg. Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskingsdata (NSD).

Lurer du på noko eller ynskjer du å delta?

Ta kontakt via mail for meir info: lina.hereid@student.uib.no

Med venleg helsing
Lina Hagen Hæreid

Vedlegg II

Førespurnad om å delta i forskingsprosjektet:

«Erfaringar med quick return hjå helsepersonell i todelt eller tredelt turnus»

FØREMÅLET MED PROSJEKTET OG KVIFOR DU BLIR SPURT

Quick return vert definert som kort kviletid mindre enn 11 timar mellom to vakter. Eit eksempel på dette kan vera den korte kviletida ein får mellom kveldsvakt med dagvakt påfølgande dag. Føremålet med prosjektet er å sjå nærare på kva erfaringar helsepersonell som har blitt verande lenge i arbeid på sjukehus med todelt eller tredelt turnus og quick return (QR) har. Hovudmålet med prosjektet er å få meir kunnskap om erfaringar til dei som har gått lenge i arbeid med QR og todelt eller tredelt turnus. Vi er særskilt interessert i kva grunnar og erfaringar ein har som bidreg til at ein vert verande i denne type turnus.

Du har blitt spurt om å delta fordi du har arbeidd i 5 år eller meir i todelt eller tredelt turnus med quick return. Din erfaring er viktig for å få meir kunnskap om temaet. Utan arbeidstakarane si stemme risikerer vi å stå fast i forbetringar i turnusområdet.

KVA INNEBER PROSJEKTET FOR DEG?

Prosjektet inneber deltaking i eit gruppeintervju, som vil vare i maksimalt 2 timar. I gruppeintervjuet vil du delta saman med andre helsepersonell, anten sjukepleiarar, vernepleiarar, helsefagarbeidarar eller hjelpepleiarar. Du vert sett saman i grupper med mellom fem-åtte personar per gruppe, der du vil bli spurt om ulike tema rundt det å arbeide tredelt turnus med quick return. Intervjua vil bli tatt opp med lydopptak og analysert.

MOGELEGE FORDELAR OG ULEMPER

Fordelar ved å delta er at ein har moglegheit til å sei sin meining, og påverke utviklinga av korleis dagens turnusordningar fungerer. Du får også moglegheita til å dele erfaringane dine med andre helsepersonell i same situasjon som deg. Det blir lagt vekt på respekt for og ivaretaking av kvarandre sine erfaringar i gruppa.

FRIVILLIG DELTAKING OG MOGELEGHEIT FOR Å TREKKJE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ynskjer å delta, signerer du samtykkeerklæringa på neste side. Du kan når som helst, og utan å oppgje grunn, trekkje ditt samtykke. Det vil ikkje ha nokon negative konsekvensar for deg. Dersom du trekkjer tilbake samtykket, vil det ikkje forskast vidare på dine opplysningar. Du kan krevje innsyn i opplysningane som er lagra om deg, og desse vil da utleverast innan 30 dagar. Du kan også krevje at dine opplysningar vert sletta. Tilgang til å krevje sletting eller utlevering gjeld ikkje dersom materialet eller opplysningane er anonymisert eller publisert. Dersom du seinare ynskjer å trekkje deg eller har spørsmål til prosjektet, kontakt prosjektleiar (sjå nedanfor).

KVA SKJER MED OPPLYSNINGANE OM DEG?

Opplysningane som vert registrert om deg skal berre brukast slik som beskrive under føremålet med prosjektet og innan prosjektslutt i 2023. Du har rett til innsyn i opplysningar som er registrert om deg og til å få korrigert eventuelle feil. Du har også rett til innsyn i sikkerheits-tiltaka ved behandling av opplysningane. Alle opplysningane vil bli behandla utan namn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennande informasjon. Ein kode knyter deg til gruppe-intervjua du deltok i. Berre prosjektleiar Målfrid Råheim og masterstudent har tilgang til denne og til datamaterialet (lydopptak og utskrift frå gruppeintervjua), som oppbevarast ved UiB i SAFE Server. Etter at prosjektet er ferdig, vil kodar og lydopptak slettast. Anonymiserte utskrifter frå gruppeintervjua vil bli oppbevart i et halvt år etter prosjektslutt av kontrollomsyn. Publisering av resultatata er ein nødvendig del av forskingsprosessen. All publisering inneberer anonymisering av deltakarane, slik at enkeltdeltakarar ikkje skal kunne gjenkjennast.

Du kan klage på behandlinga av dine opplysningar til institusjonen (Universitetet i Bergen, UiB) sitt personvernombod. Dersom du ynskjer å klage på behandlinga av opplysningane dine, kan du kontakte personvernombudet ved UiB, e-postadresse: personvernombud@uib.no.

ØKONOMI

Det er ikkje midlar i prosjektet til å betale honorar. Det blir servert mat under gruppeintervjuet.

GODKJENNINGAR

Prosjektet er meldt inn til Risiko og ETTERlevelse i forskningsprosjekter (RETTE), som er system for behandling av personopplysningar i forskningsprosjekt og studentoppgåver ved UiB. Prosjektet er også meldt inn til Norsk senter for forskingsdata (NSD).

KONTAKTOPPLYSNINGAR

Dersom du har spørsmål om prosjektet eller eit ynskje om å trekkje deg, kan du kontakte Lina Hagen Hæreid, tlf.: 95*****/e-postadresse: lina.hereid@student.uib.no, eller Målfrid Råheim, e-postadresse: malfrid.raheim@uib.no.

EG HAR LEST INFORMASJONSSKIRVET OG SAMTYKKER TIL Å DELTA I PROSJEKTET OG TIL AT MINE PERSONOPPLYSNINGAR VERT BRUKT SLIK DET ER BESKRIVE

Stad og dato

Deltakars signatur

Deltakars namn med trykte bokstavar

Deltakars telefonnummer

Vedlegg III

Intervjuguide

Problemstilling:

Kva erfaringar har helsepersonell som har blitt verande lenge i arbeid på sjukehus med todelt turnus og quick return (QR)? Kvifor vel helsepersonell å bli verande i arbeid på sjukehus med todelt turnus og QR? Og kva fordelar/ulempar opplever dei med å gå QR vakter?

Eg ynskjer at deltakarane skal fylle ut eit lite skjema i forkant av intervjuet. Dette fordi eg ynskjer opplysningar om bakgrunnsinformasjon, som alder, kjønn, familiesituasjon, tal år ein har arbeida QR, kor lenge i todelt turnus med QR, kor mange QR per mnd no, hyppigheit ynskjeleg å ha QR.

Tema	Tematiske spørsmål	Stikkord for moglege oppfølgingsspørsmål
Tidlegare og noverande erfaring med QR	Kan du beskrive korleis du opplever det å gå vaktkombinasjonen sein/tidleg (QR)?	<ul style="list-style-type: none">• Trivsel• Eige ynskje• Tilrettelegging frå leiar• Livssituasjon
	Kva opplever du sjølv som fordelar ved å arbeide vaktkombinasjonen sein-tidleg (QR)?	<ul style="list-style-type: none">• Gevinst med lengre friperiode?• Fritid• Familieliv• Annet
	Kan du fortelje litt om kva som skjer etter ei kveldsvakt ved QR? Har du spesielle rutinar når du kjem heim? Kva handlar dei i så fall om?	<ul style="list-style-type: none">• Reise• Måltid• Eigenstell• Å roe ned• Fortel om sist gong du hadde kveldsvakt ved QR

	<p>Korleis opplever du sjølve dagvakta i ein QR?</p> <p>Har du rutinar du følger etter dagvakta? Kva handlar dei om i så fall?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gi døme på ei lite krevjande dagvakt/krevjande dagvakt • Å roe ned • Praktiske ansvar og gjeremål
	<p>Har arbeidsbelastninga noko å sei for korleis du opplever å gå QR?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Høgt tempo/travel arbeidskvardag • Rolegare periodar?
	<p>Har du tankar rundt om kor lenge du ser føre deg å arbeide todelt turnus med QR? Kva er grunnane til vurderinga di?</p>	
	<p>Kva opplever du at veg mest for deg ved valet du har tatt om å gå todelt turnus med QR?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fleksibilitet ved fritid • Familieliv • Anna
	<p>Er det andre aspekt ved turnusordninga som du syns er viktige å trekka fram?</p>	
Avsluttande spørsmål	<p>Er det noko du har tenkt på under intervjuet som viktig, som du no ynskjer å leggje til?</p>	
	<p>Korleis opplevde du å bli intervjuet?</p>	

Vedlegg IV

TIL DEG SOM DELTEK PÅ INTERVJU

Vi ber deg fylle ut dette skjemaet, slik at vi enkelt kan ha den samla informasjonen vi treng for å beskrive utvalet i studien. All informasjon blir anonymisert og oppbevart i SAFE server ved Universitetet i Bergen som har to-faktor innlogging, og er ikkje tilgjengeleg for andre enn masterstudent Lina Hagen Hæreid og rettleiar Målfrid Råheim.

Alder	
Kjønn	
Einsleg/sambuar/familie	
Yrke og stillingsprosent	
Kor lenge har du arbeida som helsearbeidar?	
Kor lenge har du jobba tredelt eller todelt turnus med vaktkombinasjonen sein-tidleg?	
Kor mange gonger per månad jobbar du vaktkombinasjonen sein-tidleg?	

Vedlegg V

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer

404083

Vurderingstype

Standard

Dato

24.08.2022

Prosjektittel

Erfaringar med quick return hjå helsepersonell i tredelt turnus

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Bergen / Det medisinske fakultet / Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Prosjektansvarlig

Målfrid Råheim

Student

Lina Hagen Hæreid

Prosjektperiode

15.08.2022 - 30.08.2023

Kategorier personopplysninger

- Almenneliger
- Særliger

Lovlig grunnlag

- Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)
- Uttrykkelig samtykke (Personvernforordningen art. 9 nr. 2 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.08.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

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

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

VIKTIG INFORMASJON TIL DEG

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige personopplysninger og særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

For særlige kategorier av personopplysninger vil lovlig grunnlag for behandlingen være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a, art. 9 nr. 2 a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fyll-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Personverntjenester vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!