

«SLITSOMT, MEN GØY!»

En kvalitativ studie om den nyutdannede anestesisykepleieren sin opplevelse av kompetanse i yrkesutøvelsen

Christina Lauvdal, Kari Omland og Thao Pham

Veileder

Gudrun Elin Rohde

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i Master i spesialsykepleie, spesialisering i anestesisykepleie ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2014

Fakultet for helse og idrettsvitenskap

Institutt for helse- og sykepleievitenskap

Forord

Arbeidet med studien har vært lærerik og inspirerende. Studien har gitt oss verdifulle kunnskap om opplevelse av kompetanse hos nyutdannede anestesisykepleiere. Vi har også sett kompleksiteten og økt vår kunnskap i forskningsmetode.

Vi vil takke avdelingslederne og de 11 deltakerne ved de ulike sykehusene. Uten de hadde det ikke vært mulig å gjennomføre studien.

Vår veileder, Gudrun Rhode, har også vært til fantastisk støtte og oppmuntring underveis i hele prosessen.

Sist men ikke minst retter vi en stor takk til familiene våre, som har vist stor forståelse og tålmodighet under arbeidet med oppgaven.

Sammendrag

Bakgrunn: Dagens teknologiske og medisinske utvikling, fører til at anestesisykepleieren er omgitt av komplekse pasientsituasjoner og avansert medisinsk teknisk utstyr i sitt arbeid. Dette stiller store krav til kompetanse i faget. Internasjonal forskning viser at det er mange forhold som påvirker sykepleieres opplevelser det første året som nyutdannet. Det er derimot gjort lite forskning på nyutdannede anestesisykepleiere sin opplevelse av egen kompetanse i Norge.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med studien er å få kunnskaper om hvordan anestesisykepleiere opplever sin kompetanse som nyutdannet. Problemstillingen er: *Hvordan opplever den nyutdannede anestesisykepleieren sin kompetanse i yrkesutøvelsen?*

Metode: Studien har et kvalitativt, beskrivende design. Det ble benyttet individuelle semistrukturerte intervjuer med 11 nyutdannede anestesisykepleiere. Informantene hadde inntil tre års arbeidserfaring. Data ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering.

Resultater: Informantene opplevde den første tiden som utfordrende. De erfarte tidspress i pasientbehandlingen som stressende. Informantene mente at erfaring påvirker læringskurven. Mengdetrening, tidligere erfaring som sykepleier og veiledning fra erfarne kollegaer gir trygghet og økt opplevelse av mestring. Informantene beskrev at opplevelse av trygghet i det daglig arbeid var viktig for dem. Økt fokus på arbeidsmiljø, konstruktiv tilbakemelding og simulering ble etterlyst for å bidra til god kompetanseutvikling.

Konklusjon: Nyutdannede anestesisykepleierne opplever i stor grad sin kompetanse som god. Ytre krav og enkelte pasientsituasjoner kan påvirke deres opplevelse av mestring og kompetanse. Resultatene fra denne studien kan bidra til økt bevissthet rundt betydningen av gode arbeidsforhold for nyutdannede anestesisykepleier.

Nøkkelord: new graduated, anesthesia, experience, coping skills og clinical competence

ABSTRACT

Background: With the technological and medical development we are experiencing today, the anesthesia nurse is constantly challenged with complex patient situations and advanced medical equipment in their work. This situation leads to substantial professional requirements on expertise in the anesthesia subject. International research shows that there are many factors that influence a nurses' experiences in their first year of working after graduation. However, in Norway there is little research on the experience of own competency for newly qualified anesthesia nurses.

Purpose and issue: The purpose of this study is to learn how the anesthesia nurses experience their own competence as newly graduates.

The issue:

How does the newly graduate anesthesia nurse experience their own competence in the execution of their profession.

Method: This master study has a qualitative and descriptive design. Individual semi-structured interviews with 11 graduated anesthetic nurses were applied. The informants had up to three years of relevant work experience. Collected data were analyzed using systematic text condensation.

Results: The informants experienced their first periode as anesthetic nurses as challenging. They experienced time pressure in the treatment of patients as stressful. The informants believed that increasing experience affects the learning curve positivly. Repetition training, previous nurse experience and guidance from experienced colleagues provide confidence and an increased sense of coping. Informants described that their sense of security in the daily work is of high importance to them. Increased focus on the work environment, constructive feedback and trainging through simulation were proposed as measures to promote good human resource development.

Conclusion: Newly graduated anesthesia nurses generally regard their own professional competence as satisfactory. External requirements and individual patient circumstances may affect their sense of competency and mastery. The results of this

study may contribute to increase awareness of the importance of good working conditions for newly graduated anesthetic nurses.

Keywords: new graduated , anesthesia , experience , coping skills and clinical Competance

Innhold

1.0 Introduksjon.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Hensikt og problemstilling	3
2.0 Tidligere forskning	4
3.0 Teoretisk forankring	5
3.1 Anestesi og anestesisykepleier	5
3.2 Kompetanse	6
3.2.1 Profesjonell kompetanse.....	7
3.2.2 Erfaringsbasert kunnskap	8
3.2.3 Kunnskap, evner og ferdigheter	8
3.3 Aaron Antonovsky – opplevelse av sammenheng.....	10
4.0 Metode	13
4.1 Valg av forskningsdesign og -metode	13
4.2 Det kvalitative forskningsintervju	13
4.3 Forskernes forforståelse.....	14
4.4 Utvalg	14
4.5 Utarbeidelse av intervjuguide	15
4.6 Praktisk gjennomføring av intervju.....	16
4.7 Dataanalyse.....	16
4.8 Reliabilitet og validitet	19
5.0 Forskningsetiske overveielser	21
5.1 Forskeren og deltakeren	21
5.1.1. Krav om informasjon.....	21
5.1.2. Informert samtykke.	22
5.1.3. Fortrolighet.	22
5.1.4. Sikkerhet.	22
6.0 Presentasjon av funnene.	24
6.1 Liten tid oppleves som stress.....	24
6.2 Erfaring påvirker læringskurven.....	26
6.3 Opplevelse av trygghet	27
7.0 Diskusjon av funnene	31
7.1 Liten tid oppleves som stress.....	31

7.2 Tidligere erfaring.....	34
7.3 Opplevelse av trygghet	38
8.0 Studiens reliabilitet og validitet	42
9.0 En oppsummering av studien	45
9.1 Konklusjon	45
9.2 Kliniske implikasjoner.....	45
9.3 Videre forskning	46
Litteraturliste	47
Vedlegg 1. Oversikt over tidligere forskning	0
Vedlegg 2 Intervjuguide	0
Vedlegg 3 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet	2
Vedlegg 4 Godkjenning fra NSD	4

1.0 Introduksjon

Dagens teknologiske og medisinske utvikling med utvidede behandlingsmuligheter, fører til at anesthesisykepleierens arbeidshverdag er omgitt av komplekse pasientsituasjoner og avansert medisinsk teknisk utstyr. Dette stiller større krav til kompetanse i faget (Høymork, 2010). I media kommer det tydelig frem at det stilles store krav til forventninger om at kunnskap implementeres i pasientarbeid. Kompetanse er derfor essensielt for at man skal kunne ivareta pasientene på en forsvarlig måte.

Nasjonalt satses det på kompetanseutvikling blant helsepersonell. Regjeringen har lagt politiske føringer om systematisk og målrettet kompetanseutvikling i helsetjenesten. I henhold til kompetansereformen skal det være kvalifisert personell i alle deler av helsetjenesten (St.melding.nr 42, 1997-1998). Kompetanse er et relevant og sentralt begrep i sykepleie, hvor det handler om å mestre oppgaver og oppnå ønskede mål ved å bruke egne ressurser i ulike situasjoner (Lai, 2013). Rammeplanen for videreutdanning i anesthesisykepleie har som målsetting at anesthesisykepleiere skal mestre gjennomføringen av generell anestesi selvstendig på funksjonsfriske pasienter, og i samarbeid med anestesilege gi anestesi til pasienter med mer komplekse sykdomstilstander ved endt utdanning (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Kompetanse hos nyutdannede anesthesisykepleiere er tema for denne masteroppgaven. Vi er tre personer som skriver oppgaven sammen. To av oss er anestesistudenter ved Universitetet i Agder, og en av oss var ferdig utdannet anesthesisykepleier for snart fem år siden. Våre erfaringer er at anesthesisykepleiere arbeider i et hektisk miljø der det stilles store krav til faglig kvalitet og effektivitet i pasientbehandlingen. Faglig kompetanse er viktig i forhold til å kunne gi pasientene den helsehjelpen de har krav på (Lov av 1999-07-02 nr. 63). Våre verdier og faglig dyktighet gjenspeiles i våre handlinger i møte med pasienten. Det har vært diskusjoner i anestesimiljøet og vi har også selv erfart at det kan være utfordrende og til enhver tid imøtekomme krav om effektivitet samtidig som pasienten skal få en individuell tilpasset behandling. Det å kunne vurdere den sykepleievitenskapelige

kunnskapen riktig i forhold til relevans og karakter kan være en utfordring. Det er forbundet med både muligheter og utfordringer (Kirkevold, 1996).

Flere studier dokumenterer at anesthesiutdannelsen og anesthesisykepleierens arbeidssituasjoner er sammensatte, og til tider stressende (Averlid og Axelsson, 2012, Perry, 2005, Perrez og Carroll-Perrez, 1999). Studien til Parker et al. (2014) og Mauleon og Ekman (2002) belyser nyutdannede sykepleieres opplevelse av sitt første år i arbeid. Funnene fra studien viser at arbeidsmiljø, tilgjengelig støtte, samt den enkelte sin evne til å lære og tilpasse seg arbeidsplassens kultur, er avgjørende faktorer som påvirker den nyutdannede sykepleierens opplevelse av sitt første år i sin yrkesutøvelse. På bakgrunn av nasjonale og internasjonale studier, og kompetansereformen (St.meld., nr 42 1997- 1998), ønsker vi å få mer kunnskap om hvordan nyutdannede anesthesisykepleiere i Norge opplever egen kompetanse i sitt daglige arbeid. I deler av kunnskapsfeltet kommer det frem at det kan være et "gap" mellom teori og virkelighet i utøvelsen av sykepleieryrke. Disse problemene anses å være tydeligst tidlig i karrieren og særlig da rett etter utdanning (Lai, 2013).

I henhold til funksjonsbeskrivelsen for anesthesisykepleiere, Lov om helsepersonell (Lov av 1999-07-02 nr 64), Yrkesetiske Retningslinjer (Norsk Sykepleierforbund, 2011) forventes det at anesthesisykepleiere holder seg faglig oppdatert i forhold til utvikling i sitt eget fag (ALNSF, 2006). Det stilles også krav til den enkelte arbeidsplass ved at de plikter å legge forholdene til rette for opplæring og mulighet for utvikling hos den ansatte (Lov av 1999-07-02 nr 61).

En anesthesisykepleier arbeider i et høyteknologisk miljø, høyt faglig nivå og samtidig i et miljø der uforutsigbarhet kan prege dagen. Hovedansvaret er å ivareta pasientens vitale funksjoner under anestesi og i akutte kritiske situasjoner (ALNSF, 2006). Kompleksiteten i ansvaret til en anesthesisykepleier er av en slik karakter at det er nødvendig med høy kompetanse innenfor fagområdet. I funksjonsbeskrivelsen for anesthesisykepleiere står det blant annet at:

anesthesisykepleieren skal ved hjelp av sin kliniske kompetanse ivareta pasientens behov for sykepleie og anestesi i den pre-, -per- og postoperative periode, ved spesielle undersøkelser/behandlinger, i akutte livstruende situasjoner og ved akutt eller kronisk smerte (ALNSF, 2006).

Det kommer klart frem av funksjonsbeskrivelsen at anestesisykepleieren har et selvstendig sykepleiefaglig ansvar i utøvelsen av sitt yrke (ALNSF, 2006).

Pasienter har rett på å få pleie og behandling av god kvalitet jfr. pasientrettighetsloven (Lov av 1999-07-02 nr 63). Det forventes dermed at denne helsehjelpen er kunnskapsbasert og at man legger eksisterende forskning til grunn i utøvelsen av faget. Komplikasjoner rettet til anestesi forekommer, men er redusert de siste 20 årene. For å forebygge komplikasjoner vektlegges gode vurderinger, kompetanse og retningslinjer (Fasting, 2010).

Kjernen i kunnskapsbasert praksis er at sykepleiere har tilstrekkelig kompetanse til å kunne ta velinformerte beslutninger. Det handler om evne til refleksjon, kunne stille spørsmål, søke i litteratur, kritisk vurdere, anvende og evaluere i følge Kirkevold (1996). Det stilles krav til kritisk tenkning, refleksjon og evne til å ta selvstendige beslutninger. Det er derfor behov for mer kunnskap om hvordan nyutdannede anestesisykepleier opplever egen kompetanse i sin yrkesutøvelse.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne studien er å se på de nyutdannede anestesisykepleiernes kompetanse. Resultatene fra studien tenker vi vil komme til nytte for andre fremtidige anestesisykepleierstudenter og nyutdannede anestesisykepleiere. Studien vil kunne bekrefte eller avdekke nye behov og vil derfor være til nytte for vitenskapen og for samfunnet. Vi mener at en trygg anestesisykepleier som føler at ansvar er i samsvar med egen kompetanse vil formidle trygghet og tillit og er i stand til å gi en forsvarlig pasientbehandling.

Problemstillingen vår blir derfor:

Hvordan opplever den nyutdannede anestesisykepleier sin kompetanse i yrkesutøvelsen?

2.0 Tidligere forskning

Vi ønsket å finne tidligere forskning på temaet nyutdannede anestesisykepleieres opplevelse av egen kompetanse i sin yrkesutøvelse. Det ble foretatt litteratursøk etter PICO-skjema med søkeord som: *new graduated, anesthesia, experience, coping skills* og *clinical competence* i databasene Medline, Ovid, Svemed+, Chinahl og Cochrane. Vi fant flere studier som omhandler nyutdannede sykepleiere og erfarne anestesisykepleier (se Vedlegg 1). Tidligere studier viser at nyutdannede sykepleiere opplever det første året i arbeid å være vanskelig og stressende (Rhéaume et al., 2011, Patterson, 2010, Wangensteen, 2008). Studier viser også at arbeidsmiljø, tilgjengelig støtte fra avdelingsleder og kollegaer, og kontekstuelle forhold har stor betydning for om og i hvor stor grad ny utdannede sykepleiere opplever jobbtilfredshet og trygghet (Parker et al., 2014, Glynn og Silva, 2013, Saghafi et al., 2012, Kelly og Ahern, 2009, Mauleon og Ekman, 2002). Andre forhold som kan innvirke på nyutdannede sykepleierens opplevelser er den nyutdannedes egen trygghet og kompetanse (Saghafi et al. 2012, Rhéaume et al., 2011, Belcher og Jones, 2009). Etter å ha gjennomgått tidligere forskning, har vi funnet få studier om nyutdannede anestesisykepleiere (Mauleon og Ekman, 2002). Tidligere studier viser at det er mange forhold som innvirker på nyutdannede sykepleierens opplevelser å være ny i arbeid. Tidligere forskning baserer seg hovedsakelig på studier fra Amerika og Australia, og det er viktig at denne vurderes i den kulturelle konteksten den er hentet fra. Det kan være at helsevesenet i Norge er organisert på en annen måte. Vi mener det derfor er av stor interesse å undersøke hvordan nyutdannede anestesisykepleiere i Norge opplever det å være ny i sin yrkesutøvelse.

3.0 Teoretisk forankring

Dette kapittelet tar for seg den teoretiske vitenskapen som ligger til grunn for anestesi og anestesisykepleie. Kompetanse og opplevelse av kompetanse er viktig begrep i oppgavens problemstilling. Vi vil her redegjøre for hva som ligger i begrepet kompetanse og Antonovskys sin teori om *opplevelse av sammenheng (OAS)*.

3.1 Anestesi og anestesisykepleier

Anestesi stammer fra gresk og betyr an = uten, og estesi = fornemmelse. Dette er en definisjon som beskriver også målet med moderne anestesi. Pasienten skal unngå subjektivt ubehag og smerte som kommer fra fysiologiske stressreaksjoner, det vil si at anestesi skal sikre at pasienten er smertefri under kirurgi, hemme autonome reaksjoner og gi gode kirurgiske arbeidsforhold. For å oppnå disse effektene finnes det flere metoder og medikamenter å velge mellom som alene eller i kombinasjon kan gi det ønskede resultat/mål. (Kirkebøen et al, 2010)

Bruun (2011) beskriver utviklingen av anestesi som fag og funksjonsområde som veldig stort. Det er et spesialområde sykepleiere har utøvd i mer enn 100 år. Det har gått fra å dryppe eter på maske, observere klinikken til pasienten til dagens moderne monitorering i forbindelse med anestesi. Anestesisykepleierens rolle har endret seg side løpende med den medisinske og teknologiske utviklingen (Bruun, 2011). Videre beskriver Bruun (2011) at anestesisykepleierens arbeids og funksjonsområde som mangfoldig og det representerer en særskilt disiplin innen sykepleiefaget.

Utdanningen til anestesisykepleiere bygger på rammeplan for videreutdanning (Utdanning- og forskningsdepartementet, 2005), der hovedintensjonen med rammeplanen blant annet er å sikre et likt faglig nivå i hele landet. I rammeplanen (Utdanning- og forskningsdepartementet, 2005) beskrives det blant annet at anestesisykepleie er å utøve sykepleie og anesthesiologisk virksomhet på en forsvarlig og målrettet måte for å tilrettelegge for kirurgi og annen behandling, en virksomhet delegert av lege. Pasientens opplevelse og mestring av sykdom og behandling vil være utgangspunktet for sykepleie. Yrkesutøvelsen krever blant annet utvidet sykepleiekunnskap, iverksettelse av livreddende tiltak, selvstendige handlinger og tverrfaglig samarbeid i akutte og/eller kritiske situasjoner. Forståelse for at faget er i et skjæringspunkt mellom medisinsk teknologisk behandling og

sykepleie der begge aspekter må ivaretas, er viktig (Utdanning- og forskningsdepartementet, 2005).

Anestesisykepleierens arbeidsoppgaver og funksjon har blitt betydelig konkretisert og nedfelt i Anestesisykepleierens landsgruppe av Norsk Sykepleieforbund idegrunnlag og funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere (ALNSF, 2006) og er ment som en veileder i faget (Bruun, 2011). Funksjonsbeskrivelsen for anestesisykepleiere beskriver blant annet at ”anestesisykepleieren har et selvstendig sykepleiefaglig ansvar i forhold til sin kliniske yrkesutøvelse ” (ALNSF, 2006). Stillingens formål tydeliggjøres i funksjonsbeskrivelsen og det legges vekt på anestesisykepleierens forebyggende, behandlende og lindrende funksjon. Dette innebærer blant annet at anestesisykepleieren skal ivareta pasienten under behandlingen og beskytte mot uforsvarlig praksis. En studie ble utført på 20 anestesisykepleiere i USA om hva de opplevde som stressorer i sitt arbeid. Resultatene varierte, men alle deltagerne fremhevet at ansvaret for pasientens sikkerhet som det viktigste for dem (Perry, 2005). Det fremheves i funksjonsbeskrivelsen at:

Anestesisykepleier utfører sitt arbeid i overensstemmelse med Lov om pasientrettigheter, Lov om helsepersonell, Lov om spesialisthelsetjenesten, NSF's yrkesetiske retningslinjer og Standard for anestesi i Norge. (ALNSF, 2006)

I funksjonsbeskrivelsen (ALNSF, 2006) vektlegges også kravet om faglig oppdatering og at anestesisykepleieren skal tilegne seg ny forsknings- og erfarings basert kunnskap.

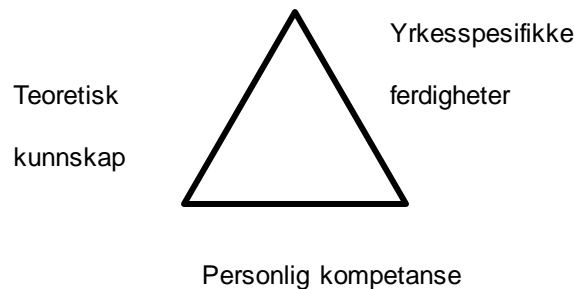
3.2 Kompetanse

Kompetanse er et flerdimensjonalt og sammensatt begrep som defineres på forskjellige måter i litteraturen. Vi vil i det følgende beskrive dette nærmere for å få et bredt teoretisk fundament som grunnlag for vurdering av resultatene i oppgaven.

Kompetansebegrepet kommer fra det latinske ordet ”competentia” og kan oversettes med funksjonsdyktighet, skikkethet eller sammentreff (Skau, 2011, Lai, 2013). Marit Kirkevold beskriver sykepleiekompetanse som en integrering av teori, praksis og etikk i praktiske handlinger. En integrering av disse kunnskapene foregår i en langvarig prosess med intuisjon, refleksjon og erfaring (Kirkevold, 1996).

3.2.1 Profesjonell kompetanse

Skau (2011) deler profesjonell kompetanse inn i tre hovedkomponenter. Disse komponentene er teoretisk kunnskap, personlig kompetanse og yrkesspesifikke ferdigheter. Komponentene henger sammen, påvirker hverandre gjensidig og sammen utgjør de en helhet. Disse kommer til uttrykk i våre handlinger (Skau, 2011).



Samlet profesjonell kompetanse (Skau, 2010)

Faktakunnskaper og allmenn forskningsbasert viten, inngår i teoretisk kunnskap. Anestesifaget fremstår som et tydelig og avgrenset fagområde hvor kunnskaper hentes fra ulike fag som for eksempel sykepleie, medisin og farmakologi (Bruun, 2011). Yrkesspesifikke ferdigheter er for anestesisykepleier praktisk rettet, som teknikker og metoder i gjennomføring av en oppgave. Anestesisykepleieren har en særegen funksjon som består i å gi sykepleie på et avansert nivå og opprettholde pasientens fysiologiske prosesser under anestesi slik at de er optimale på slutten av en prosedyre (Bruun, 2011, ALNSF, 2010). Den personlige kompetansen sier noe om hvem vi er som personer i samspill med andre, men også overfor oss selv (Skau, 2011). Den er unik, tar tid å utvikle og kan være vanskelig å beskrive. Holdninger, ferdigheter, menneskelige egenskaper og kvaliteter inngår i denne kompetansen. I utøvelsen av yrker der samspill mellom mennesker er viktig, er denne formen for kompetanse ofte avgjørende i forhold til utvikling av yrkesspesifikke ferdigheter og teoretiske kunnskaper. Denne formen for kunnskap er erfaringsbasert, personlig og representerer en viten som ikke alltid kan begrunnes teoretisk. Personen vet at man vet, men kunnskapen er noen ganger taus (Skau, 2011).

3.2.2 Erfaringsbasert kunnskap

Erfaringsbasert kunnskap er en hjørnestein i sykepleien og har fått mange betegnelser som skjønn, taus kunnskap, intuisjon og klinisk ekspertise. Denne kunnskapen erverves gjennom å praktisere (Nordtvedt et al, 2012). Patricia Benner har skrevet en teori om kompetansenivåer: fra *novice til ekspert*. Teorien beskriver fem nivåer, hvordan sykepleierens erfaring utvikles gjennom praktisk arbeid og er en forutsetning for å komme til ekspertisenivå (Benner, 1995). En kompetent sykepleier har beskjeftiget seg med noen lunde samme arbeid i to – tre år og kjennetegnes ved veloverveid planlagt arbeid. Den kompetente sykepleier har ikke den samme smidighet og hurtighet som den kyndige sykepleieren, men fornemmelsen av å mestre sitt arbeid er tilstede (Benner, 1995). Ifølge Kjøllesdal (2005) er kompetanse hos anestesisykepleiere av betydning for pasientens opplevelse av trygghet. Kjøllesdal (2005) beskriver teknologien i sykepleien og da spesielt spesialsykepleierens avdelinger som er preget av høyteknologi. Teknologien kan være utfordrende. Idealet er at den forblir et hjelpemiddel og at spesialsykepleieren som bruker den utvikler gode tekniske ferdigheter, og mestrer å ha pasienten i fokus. Da oppnår man apparatfortrolighet (Kjøllesdal, 2005).

3.2.3 Kunnskap, evner og ferdigheter

Ifølge Lai (2013) er kjernekomponentene i kompetansebegrepet kunnskaper, evner og ferdigheter. Det innholdsmessige i disse komponentene er at kunnskap handler om "å vite" og våre ferdigheter gjenspeiles i det man faktisk gjør i en gitt situasjon. Evner reflekterer personlige egenskaper/kvaliteter som påvirker hvordan man tilegner seg og anvender ny kunnskap (Lai, 2013). Holdninger, ferdigheter og evner er også komponenter i kompetansebegrepet som kan inneha stor grad av taus kunnskap (Lai, 2013). Kunnskaper sier noe om det man vet, eller tror man vet. En persons kunnskaper kan sies å være databasen eller personens informasjonsbase.

For å nå definerte mål, er det viktig å ha evne til å utføre atferdsmønstre på en tilpasset måte. Ferdigheter er knyttet opp mot praktisk handling og er således konkret i forhold til å måle/observere. Det er imidlertid også noen ferdigheter som kan være vanskelig å observere. Eksempler på dette kan være ferdigheter av kognitiv karakter, analysering av behov, situasjonstolkning og vurdere konkrete løsninger i gitte situasjoner. Det er ikke gitt at ferdigheter nødvendigvis må baseres på systematisk kunnskapslæring. Ferdigheter kan utvikles gjennom praktiske øvelser og over tid, og i

tillegg kan man oppøve sine ferdigheter ved å observere andre menneskers atferd. På denne måten utvikler man sin tause kunnskap, og viser i handling at man vet mer enn man kan sette ord på. Ferdigheter inngår som en viktig komponent i forhold til kompetanse. Kunnskaper, holdninger og evner er viktig i forhold til ferdigheter, men for at det skal ha verdi må det komme til uttrykk gjennom konkret handling (Lai, 2013)

Muligheten til å tilegne seg nye kunnskaper og anvende disse påvirkes av individets kvaliteter, talenter og egenskaper ellers. En persons evner reflekterer dette forholdet. Evner er en vesentlig essens i kompetansebegrepet, og lar seg ikke modifieres på samme måte som eksempelvis ferdigheter og kunnskaper. På bakgrunn av at evner representerer et stabilt fundament hos et individ, er det viktig at personen får de beste forutsetningene slik at evnene utnyttes på best mulig måte (Lai, 2013).

Holdninger er sentralt i kompetansebegrepet. Holdningene sier noe om en persons potensial og derfor viktig i forhold til om vedkommende er kompetent eller ikke. I omsorgsykker er holdninger til andre og omsorgspersonens menneskesyn viktig. For å kunne nå ønsket mål på en tilfredsstillende måte er det viktig å ha et positivt menneskesyn og medmenneskelig innstilling. Muligheten til å gjøre en innsats og således mulighet for å lære påvirkes av personens egen tro på mestring og tillit til egen kompetanse. Dette handler om individets refleksjoner i syn på seg selv og eget potensial. Dette kan dreie seg om holdninger i forhold til å lære bort egne erfaringer og kunnskaper til andre. Ønske og vilje til å være fleksibel og tilpasningsdyktig ved behov, og lojalitet til arbeidsplassen er også av betydning (Lai, 2013).

Den tilliten den enkelte har til sin egen kompetanse, kalles mestringstro. Dette påvirker igjen grad av ytelse, motivasjon og innsats. Den oppfatningen individet har av egen kompetanse, gjenspeiler synet på å kunne løse oppgaver og utfordringer på forskjellige måter. Troen på egen mestring kan variere i stor grad innenfor et område. Et individ kan oppleve svært høy mestringsfølelse på noen områder og lav følelse av mestring på andre områder (Lai, 2013).

Tillit til egen kompetanse påvirker også følelseslivet og kan melde seg som stress, depresjon, angst og samtidig negativ effekt på motivasjon og innsats. Individer som over tid har lav mestringstro, som for eksempel evne til å håndtere utfordringer, vanskeligheter og motstand så godt som de ønsker, vil oppleve høyere grad av

stressnivå i sitt arbeid (Lai, 2013). Studier viser at tillit til egen kompetanse og selvfølelse påvirker grad av ytelse i arbeidslivet (Judge og Bono 2001).

3.3 Aaron Antonovsky – opplevelse av sammenheng

En studie av kvinner som hadde overlevd traumatiske opplevelser førte til den salutogene modell av Aaron Antonovsky (2012). Utgangspunktet til teorien var data som indikerer at uansett tidspunkt, så befinner i hvert fall 1/3, muligens størstedelen av befolkningen i et moderne industrisamfunn seg i en sykkelig patologisk tilstand, ut fra en fornuftig forståelse av dette begrepet. Sykdom er ikke en relativ avvikende tilstand. En patologisk forståelse forsøker å forklare hvorfor mennesker blir syke, mens en salutogen forståelse fokuserer på kildene til helse og sunnhet. Den salutogene modellen stiller med andre ord helt andre spørsmål. Hvorfor befinner mennesket seg i en positiv ende av kontinuumet god helse-dårlig helse? Hvordan mennesket til tross for stor stressfaktorbelastning ser ut til å klare seg fint? Dette er kjernen som den salutogene modell prøver å oppklare. Når man blir utsatt for en stressfaktor fører dette til en spenningstilstand som man må håndtere på en eller annen måte. Effektiviteten av denne håndteringen avhenger om utfallet blir patologisk, nøytralt eller helsefrembringende (Antonovsky, 2012).

Som svar på det salutogene spørsmål utviklet Antonovsky begrepet *opplevelse av sammenheng* (OAS). De forskjellige generelle motstandsressurser hadde til felles at det var mulig å sette de utallige stressfaktorer vi konstant møter inn i en meningsfylt sammenheng. Når slike erfaringer gjøres flere ganger skaper de etter hvert en sterk opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012).

Definisjon av opplevelse av sammenheng:

Opplevelse av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer det er verdt å engagere seg i (Antonovsky, 2012. s. 41)

Antonovsky beskriver at det er et variert publikum han henvender seg til. Sykepleiere som er midt i prosessen med å skape seg en profesjonsidentitet tenker Antonovsky at kan være åpne for hans ideer og tenkemåte (Antonovsky, 2012).

Opplevelse av sammenheng har tre kjernekomponenter. Antonovsky (2012) kaller dem: *begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet*. Personer med en sterk OAS scorer høyt på disse komponentene.

Begripelighet henviser til hvordan man oppfatter de stimuli man konfronteres med som kognitivt forståelige. Oppfattes stimulien man utsettes for som ordnet, sammenhengende og strukturert i stedet for støy, kaotisk og uforståelig. En person som har en sterk opplevelse av begripelighet forventer at stimuliene som møter en i fremtiden vil være forutsigbare. Dersom stimuliene allikevel vil komme som en overraskelse så passer de inn i en sammenheng og kan forklares (Antonovsky, 2012).

Håndterbarhet defineres som hvordan man oppfatter at ressurser står til rådighet. Er de tilstrekkelige til å klare kravene som man blir utsatt for gjennom stimuliene man bombarderes med? Til rådighet kan bety ressurser man selv har kontroll over, eller ressurser som kontrolleres av en annen. Det kan være en venn, ektefelle, Gud, kollega eller lege. Det er en man stoler på og har tillit til. Har man en sterk opplevelse av håndterbarhet så føler man ikke at man er et offer eller at opplevelser i livet er urettferdige. Når uheldige hendelser inntreffer så er man i stand til å håndtere hendelsene og komme seg videre (Antonovsky, 2012).

Meningsfullhet, den tredje komponenten er et uttrykk for begrepets motivasjonselement. Personer med en sterk opplevelse av sammenheng har områder i deres liv med stor betydning, engasjerende og meningsfulle. Ikke kun i kognitiv forståelse men også følelsesmessige. Hendelser oppfattes som utfordringer det er verdt å engasjere seg følelsesmessig i. Det betyr ikke at en person med sterk opplevelse av meningsfullhet ser frem til triste og krevende hendelser, som sykdom, død og skilsmisse. Dersom det skjer, ses det på som en utfordring, man bestemmer seg for å finne en mening og gjør sitt beste for å komme igjennom hendelsen (Antonovsky, 2012).

Antonovsky (2012) beskriver i sin teori at de tre komponentene; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet er uatskillelig vevet inn i hverandre, men teoretisk adskillelig. De tre komponentene er alle nødvendige men ikke like viktige. Det sentrale ser ut til å være det motiverende element – meningsfullheten. Ifølge Antonovsky (2012) er veien åpen til større forståelse og ressurser for den engasjerte

personen. Det nest viktigste ser ut til å være begripelighet, da høy håndterbarhet avhenger av forståelse. Håndterbarheten er også viktig, for tror man ikke at man har ressurser til rådighet, går det ut over meningsfullheten og forsøket på å mestre situasjonen. Mestring er ifølge Antonvsky (2012) avhengig av opplevelse av sammenheng som en helhet.

4.0 Metode

4.1 Valg av forskningsdesign og -metode

Vi ønsker med vår studie å få kunnskaper om nyutdannede anestesisykepleieres subjektive opplevelse av egen kompetanse i sin yrkesutøvelse. På bakgrunn av dette ble det derfor naturlig å velge en kvalitativ beskrivende design, fenomenologisk - hermeneutisk inspirert. Det som er avgjørende for valg av forskningsmetode, er å velge metode som kan belyse problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2011, Polit og Beck, 2010). Kvalitativ metode kjennetegnes ved å få fram enkeltmenneskets meninger, erfaring og opplevelser. Hensikten er å forstå, ikke forklare (Malterud, 2011 og Polit og Beck, 2010). Hermeneutikk er læren om fortolkningen av tekster. Det sentrale i hermeneutikken er å gjøre data forståelig for tolkning der vår forforståelse både er en nødvendig *forutsetning* og *begrensning* for forståelsen (Thornquist, 2012; Gilje og Grimm.; Kvale og Brinkmann, 2009). Fenomenologi er læren om det som kommer til syne. Man søker å beskrive den enkeltpersoners subjektive opplevelsen av et fenomen (Thornquist, 2012; Kvale og Brinkmann, 2009). Kvalitativ beskrivende design kan bidra med forståelse og økt kunnskap om ulike sider av intervjupersonens opplevelser og erfaringer (Malterud, 2011; Kvale og Brinkmann, 2009).

4.2 Det kvalitative forskningsintervju

Formålet med vår studie er å få innsikt i nyutdannede anestesisykepleieres subjektive opplevelse av egen kompetanse i sin yrkesutøvelse. Vi har valgt å benytte individuelle semistrukturerte intervju som metode for datainnsamling. Denne intervjuformen er en egnet metode når man ønsker å få nyanserte beskrivelser av nyutdannede anestesisykepleieres opplevelser og erfaringer (Kvale og Brinkmann 2009; Malterud 2011). Det individuelle semistrukturerte intervju ligger nær opp til en samtale mellom to personer om et felles tema. Formålet er å forstå fenomener ut fra intervjupersonens egne perspektiver. Interaksjonen mellom intervjueren og den intervjuede har stor betydning da det er her beskrivelser på fenomenet blir gitt og data om tema produseres. Som intervjueren er vi selv forskningsinstrumentet. Det er viktig at intervjueren klarer å skape en trygg atmosfære i intervjusituasjonen, som åpner for at intervjupersonen deler åpent om sine opplevelser og erfaringer (Kvale og Brinkmann 2009).

4.3 Forskernes forforståelse

Vår forståelse er at anestesisykepleiere har mye ansvar. Vi opplevde i praksis at effektivisering og tidsmangel er utfordringer anestesisykepleiere møter daglig. Det krever god kompetanse hos en anestesisykepleier, både når det gjelder faglig og personlig kunnskap. Vår forståelse i praksis er at den nyutdannede anestesisykepleier møter utfordringer i forhold til å skulle jobbe raskt og effektivt, samt å skape tillit og trygghet til pasienten på kort tid. Dette var en av grunnene at vi valgte å intervju nyutdannede anestesisykepleiere. Forskerens forforståelse kan bidra til motivasjon i en studie, men kan også begrense forskerens horisont og evne til å lære av sitt datamateriale (Kvale og Brinkmann 2009; Malterud 2011). Det er derfor viktig at forskeren er klar over egen forforståelse og har et reflektert forhold til sin egen rolle og innflytelse i forskningsprosessen (Malterud, 2011). Ved å beskrive vår forforståelse og de ulike trinnene i forskningsprosessen, ivaretar vi studiens troverdighet. På den måten får leseren mulighet til selv å kunne vurdere gyldigheten av studien (Malterud, 2011).

4.4 Utvalg

Inklusjonskriterier for deltakelse i studien er nyutdannede anestesisykepleiere med inntil 3 års arbeidserfaring. I vår studie ble det foretatt et strategisk utvalg av 11 nyutdannede anestesisykepleiere fra andre sykehus. Vi valgte bevisst ikke informanter fra egen arbeidsplass. Små utvalg er imidlertid et kjennetegn ved kvalitative forskningsstudier (Polit og Beck, 2010). Vi mente vårt utvalg av 11 nyutdannede anestesisykepleiere er en hensiktsmessig størrelse fordi den ville gi oss et rikt og variert datamateriale, samtidig som den er håndterbar for dataanalyse. Vi ønsket variasjon i alder og begge kjønn i studiepopulasjonen. Deltakerne ble rekruttert fra ulike anesthesiavdelinger i Norge, og presentert for vår studie gjennom sin nærmeste avdelingsleder. Avdelingsleder ved sykehuset hadde lagt forholdene til rette, slik at intervjuet ble gjennomført uforstyrret i arbeidstiden. Tabell 1 gir en oversikt over deltakerne.

Tabell 1 – Skjematisk fremstilling av informantene

Kjønn	Alder	Tidligere erfaring som sykepleier	Erfaring som anesthesisykepleier
1. Kvinne	38	12 år	14 måneder
2. Mann	36	12 år	2 1/2 år
3. Kvinne	46	15 år	1 1/2 år
4. Kvinne	38	12 år	1 år
5. Kvinne	28	6 år	1 måned
6. Kvinne	34	4 år	2 ½ år
7. Kvinne	42	11 år	1 ½ år
8. Kvinne	33	8 år	1 år
9. Kvinne	41	15 år	1 ½ år
10. Kvinne	43	15 år	1 måned
11. Kvinne	40	20 år	1 ½

4.5 Utarbeidelse av intervjuguide

Til denne studien utarbeidet vi en intervjuguide som besto av tre hovedtemaer. Temaer omhandler hvordan nyutdannede anesthesisykepleiere opplever og erfarer sin kompetanse i forhold til *pasientbehandling, anesthesisykepleieres ulike funksjoner, og krav om effektivitet* (vedlegg 2). Bruk av intervjuguiden skulle fungere som huskeliste for å sikre oss at alle temaer blir besvart. I tillegg til at den skaper struktur i intervjuet. En semistrukturert intervjuguide vil også kunne gjøre etterarbeidet med dataanalyse oversiktligere og enklere. Temaer ble introdusert gjennom åpne spørsmål. Vi gjør bruk av åpne spørsmål fordi det foreligger lite kunnskap om temaene som vi forsket på. Med åpne spørsmål gis deltakerne mulighet til å fortelle så åpent som mulig om deres subjektive opplevelse og erfaringer (Kvale og Brinkmann, 2009). Vår målsetting er å innhente et rikt og verdifullt datamateriale som er med å belyse vår problemstillingen.

Vi pilottestet vår intervjuguide på to anesthesisykepleiere valgt fra et annet sykehus med tanke på forståelse, innhold og tydelighet (Polit og Beck, 2011). Det viste seg at vi ikke hadde behov for å endre på intervjuguiden. Anesthesisykepleiere som deltok i

pilottesten opplevde vår åpne spørsmål om *anestesisykepleieres ulike funksjoner* og roller som vanskelig og ba oss derfor utdype dette nærmere. Vår rolle som intervjuere var helt ny og gjennomføring av pilottesten gav oss trening i selve intervjurollen. Vi ble på denne måten forberedt på hvilke ord deltagerne kunne stille spørsmål om betydningen av, og på hvor vanskelig det var å stille riktige oppfølgingsspørsmål. Pilottesten var nyttig og lærerik og gjorde oss mer trygge i rollen som intervjuer.

4.6 Praktisk gjennomføring av intervju

Alle intervjuene ble gjennomført i et grupperom på sykehus. Intervjuene varte mellom 1/2 og 1 time. Vi innledet intervjuet med å presentere oss selv, vår studie og dens hensikt. Intervjuet ble tatt opp på lydbånd. Det viste seg at samtlige deltakere, bortsett fra en person, ikke hadde fått informasjonsbrevet fra sin leder. Noen visste ikke hvorfor de ble intervjuet og kjente heller ikke til studiens forskningsspørsmål. Det ble brukt ekstra tid på gjennomgang av informasjonsskrivet med deltakerne om frivillighet og konfidensialitet. Samtlige skrev under på samtykkeerklæringen. En utfordring ved intervju som metode er å skape en åpen og trygg atmosfære i intervjusituasjonen. Man tilstrebet en samtale der deltakerne fortalte åpent om sine subjektive opplevelser med minst mulig påvirkning fra oss som forsker (Kvale og Brinkmann, 2009). Det er her den fenomenologiske dimensjon kommer til uttrykk. Det å intervju andre mennesker var en ny opplevelse for oss alle tre. Vi erkjenner at vi er nye og uerfarne i forskerrollen. Etter gjennomføring de tre første intervjuene ble vi mer oppmerksomme på å benytte oppfølging- og fordypningspørsmål som: Hva mener du..? Kan du fortelle litt mer...? for å få fram nyanser og variasjoner. På den måten sikret vi at deltakernes svar gjenspeilet deres subjektive opplevelser. Vi forsøkte også og unngå å stille spørsmålene av en slik karakter at deltakerne kunne føle seg testet i sin kompetanse. Vi valgte derfor å starte med å presisere ovenfor deltakerne at vi ønsket å få innsikt i deres subjektiv opplevelse av kompetanse. Vi transkriberte fortløpende etter hvert intervju.

4.7 Dataanalyse

Til å analysere våre data valgte vi kvalitativ innholdsanalyse, systematisk tekstkondensering av Malterud. Denne analysemetoden er inspirert av Giorgis og modifisert av Malterud (2013). Analysemetoden egner seg for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2013).

Ifølge Giorgi er formålet med den fenomenologiske analysen å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innenfor et bestemt område. Vi søker etter essenser eller karakteristiske kjennetegn ved de fenomener som vi studerer. Vår egen forforståelse prøver vi å sette i parentes i møtet med data. Malterud (2013) beskriver at dette egentlig er et uopnåelig mål. Derfor er det viktig at vi har et reflektert forhold til vår egen innflytelse på materialet. På denne måten kan vi best mulig gjenfortelle deltakerens erfaringer og meningsinnhold, uten at våre egne tolkninger blir fasit (Malterud, 2013).

I likhet med Giorgis analyse består systematisk tekstkondensering av fire hovedtrinn.

1. Å få et helhetsinntrykk: Første trinn består i å bli kjent med materialet. Vi er ute etter et helhetsbilde. Det er viktigere enn iøynefallende detaljer (Malterud, 2013). I samsvar med det fenomenologiske perspektivet må vi sette vår forforståelse til side. Det gjør at vi er åpne for de inntrykk som materialet kan formidle. Vi hadde 84 sider med transkriberte intervju. Vi leste gjennom hele materialet to ganger og hver for oss skrev vi ned noen foreløpige temaer som vi kunne skimte i teksten. Deretter kom vi sammen og diskuterte våre foreløpige temaer. Etter drøfting av alle temaene kom vi frem til syv foreløpige temaer som vi mente representerte vår problemstilling. 1) Usikker i starten 2) Tidligere erfaring som sykepleier 3) Tverrfaglig samarbeid 4) Mengdetrening 5) Bratt læringskurve 6) Tidsaspekt 7) Planlegging. Malterud (2013) skriver at det er positivt og tegn på kreativ analyse at de foreløpige temaene ikke sammenfaller for mye med hovedtemaene fra intervjuguiden. Dersom de er for like tyder det på at vi har forfulgt vår forforståelse og at vi ikke ser nye mønster i materialet.

2. I trinn to: å identifisere meningsdannende enheter skal vi organisere deler av materialet som skal studeres nærmere. Her gjelder det å skille relevant tekst fra urelevant, vi skal sortere ut tekstbiter som kan belyse problemstillingen (Malterud, 2013). Malterud (2013) beskriver en systematisk gjennomgang av materialet linje for linje. Målet er å identifisere meningsbærende enheter, det vil si tekstbiter som på en eller annen måte sier noe om de temaene fra forrige trinn. Systematisering av tekstbiter kalles koding (Malterud, 2013). Da vi skulle starte på trinn to gikk vi sammen, og leste gjennom datamaterialet samtidig som vi flyttet tekstbiter tilhørende

hvert av våre foreløpige temaer over i et nytt dokument. Det var en tidkrevende prosess å kode materialet, men vi synes det var nyttig å gjøre det sammen og fikk på denne måten diskutert oss gjennom alle transkriberte intervjuene. Underveis dukket det opp noen begreper som blant annet miljø og da måtte vi diskutere og vurdere om dette var et eget tema. Det viste seg også at noen av temaene som: bratt læringskurve og mengdetrening, tidsaspekt og planlegging hadde endel dobbeltkoding. Der vurderte vi det som riktig at temaene ble justert og vi fikk da fem koder med meningsbærende enheter.

3. Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannede enhetene. I trinn tre beskriver Malterud (2013) hvordan vi skulle abstrahere kunnskapen som var etablert i trinn to. Nå skulle vi legge til siden den delen av materialet som ikke var blitt kodet og systematisk hente ut mening ved å kondensere innholdet fra de meningsbærende enhetene som var kodet sammen (Malterud, 2013). På dette stadiet jobbet vi altså med empirisk data som er blitt redusert, det vil si dekontekstualisert av sorterte meningsbærende enheter og vi jobbet videre med den enkelte kodegruppen som enhet (Malterud, 2013). Materialet ble sortert i subgrupper. Det er stikkord fra tekstbitene som oppfattes som relevante subgrupper som danner grunnlaget for videre analyse. Her gjelder det å finne de mest relevante subgruppene som i videre arbeid tar sikte på å belyse prosjektets problemstilling. Videre i analysetrinnet laget vi et kunstig sitat fra hver subgruppe. Malterud (2013) beskriver dette som et arbeidsnotat, et kondensat, som skal gjenfortelle og sammenfatte det som befinner seg i den aktuelle subgruppen. I kondensatet bruker man jeg – form, fordi det skal representere deltagerne, og helst med deltagerens egne ord fra intervjuet. På denne måten gjennomgikk vi de andre subgruppene i alle kodegruppene.

I denne delen av analysen satt vi i gruppa sammen og startet med en av våre kodegrupper med meningsbærende enheter. Vi leste og skrev stikkord til hver meningsbærende enhet. Deretter drøftet vi sammen hvilke stikkord som var mest fremtredende og aktuelle videre i analyseprosessen. Noen ganger måtte vi gå tilbake og lese i det opprinnelige intervjuet. På denne måten sikret vi at fikk med oss hva deltagerne ville frem til i sin helhet. Vi ville unngå at det ble vår tolkning av materialet som ble trukket frem. Dette var en tidkrevende og utfordrende prosess. Spesielt da vi skulle sette sammen til et kunstig sitat og gjenfortelle med deltagerens egne ord. Til

hver tekst valgte vi ut et gullsitat fra intervjuene. Gullsitatene er tatt med for å illustrere og tydeliggjøre teksten vi har abstrahert.

Fra subgruppen om liten tid, under koden; tidsaspekt utviklet vi kondensatet.

At jeg skulle være ferdig innen 20 minutter på morgenen, trekke opp medikamenter, forberede alt, lese journal og sette meg inn i pasienten. Det opplevde jeg i starten at kunne være veldig slitsomt og lite tillitsvekkende ovenfor pasientene. Som nyutdannet synes jeg det var vanskelig å følge med i svingene på dagkirurgien. Man fokuserer ikke på effektivitet som nyutdannet men er mere opptatt av at behandlingen man gir er forsvarlig, så jeg likte ikke så godt å være der i begynnelsen. Spesielt hvis man har mye småingrep så er det generelt ganske travelt. Alt skal gå fort og når jeg er ny så tar ting lenger tid, og jeg føler jeg fomler og forsinker programmet. Det kan være litt stressende. Jeg kunne ønske vi hadde mer tid mellom barn. Barn og akutte hendelser er utfordrende fordi man har liten tid og er stresset. Det har skjedd at vi må jobbe overtid men, jeg synes det blir feil å komme tidligere på arbeid for å bli ferdig med dagens program

4. Å sammenfatte betydningen av dette. Malterud (2013) beskriver i fjerde trinn av analyseprosessen en rekontekstualisering. Vi skal sammenfatte og sette sammen bitene fra tidligere analysetrinn i form av gjenfortellinger. Det skal komme tydelig frem at vi formidler essensen fra flere historier. Dette kan danne grunnlag for nye beskrivelser eller begreper. Malterud (2013) sier at forskerens rolle er å være gjenforteller så nå skriver vi i tredje persons form. Når vi gikk igjennom materialet vi hadde fra forrige trinn så vi at det var begreper som nå var kommet tydelig frem fra analysen. Det dannet grunnlaget for tre nye kategorier som vi valgte å kalle: Opplevelse av trygghet, tiden oppleves som stress og erfaring påvirker læringskurven. De belyser problemstillingen til studien og gir et innblikk i hvordan deltagerne opplever sin kompetanse i yrkesutøvelsen.

4.8 Reliabilitet og validitet

Begreperne reliabilitet og validitet brukes for å vurdere kvaliteten av både kvalitativ og kvantitativ forskning (Polit og Beck 2010).

Validitet handler om studiens gyldighet, altså i hvilken grad den valgte metode undersøker det fenomenet som forskeren ønsker å undersøke (Polit og Beck, 2010, Malterud, 2013). Kvale og Brinkmann (2009) sier i den forbindelse at validitetsvurdering må gjøres gjennom hele forskningsprosessen. Kvale og Brinkmann (2009) sier videre at dette skal gjøres helt fra tematisering og planlegging, gjennomføring av intervjuer, transkribering, analyse av datamaterialet samt ved presentasjon av funn (Kvale og Brinkmann, 2009).

Reliabilitet handler om troverdighet og nøyaktighet i hele studien, og om forskningsresultatenes konsistens (Kvale og Brinkmann, 2009; Polit og Beck, 2010; Malterud, 2013).

5.0 Forskningsetiske overveielser

De etiske prinsipper som vitenskapsetiske krav bygger på er uttrykt i FN's menneskerettighetserklæring og i Helsinkideklarasjonen. De angir god etisk standard der forskning involverer mennesker som fremmer respekt for alle mennesker og beskytter deres helse og rettigheter. Forskningen reguleres også av regler og forskrifter i helseforskningsloven og forskningsetikkloven. Forskeren er forpliktet til å kjenne til og forstå forskningsetiske prinsipper og regler (Sykepleierens samarbeid i Norden; Malterud, 2013). Det er viktig at forskeren er kjent med noen av de spesielle utfordringene kvalitative studier medfører. Dette fordi kvalitative studier innebærer møter mellom mennesker der normer og verdier er viktige elementer av kunnskapen som utveksles og utvikles (Malterud, 2013). Forsker vi på kollegaer så oppstår spesielle utfordringer. Helsinkideklarasjonen omfatter pasienter og gir ikke samme beskyttelse for helsepersonell som forskes på. Da må forskeren bruke sitt beste skjønn til å utøve en forsvarlig forskningsetikk til deltakerne som forteller om sin kunnskap eller sin hverdag. Det forutsetter gjensidig tillit (Malterud, 2013). Vi sendte en forespørsel om godkjenning av studiet til regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, se vedlegg 4), og til fakultetets helse- og idrettsvitenskapelige etiske komitee (FEK).

5.1 Forskeren og deltakeren

Deltakeren i vår studie var nyutdannede anestesisykepleiere med en arbeidserfaring på inntil 3 år. Deltakere i en kvalitativ studie gir forskeren innsikt i sine kunnskaper og erfaringer. Vi som forskere vil være ansvarlig for å ivareta deltakernes integritet og vil derfor innfri spesifikke krav. Datainnsamlingen har en personlig karakter. God kontakt forutsetter at deltaker og forsker opplever gjensidig tillit og respekt under prosessen. Samtalen i intervjuet påvirker hvor nær man får komme innpå den andre og kunnskapen som meddeles. Et intervjuet preget av forbehold og reservasjoner kan forskeren få data med mange begrensninger. En skeptisk deltaker holder muligens tilbake informasjon. For å oppnå et rikt datamateriale må forskeren investere tid og krefter for å etablere god kontakt og nærhet. Deltagerne skal føle seg trygge på at informasjonen de gir oss blir forvaltet på en riktig måte (Malterud, 2013).

5.1.1. Krav om informasjon.

Vi formulerte et tydelig og forståelig brev til avdelingslederen på de aktuelle avdelingene og ba lederen formidle undersøkelsens hensikt og prosess til aktuelle

deltakere utfra våre inklusjonskriterier (se Vedlegg 3). Hensikten med brevet var først og fremst at deltakerne skulle få et tydelig innblikk i studien, men også at det kunne sette i gang noen tanker og overveielser om problemstillingen vår før selve intervjuet. I brevet ble det formidlet en mail, telefonnummer til oss dersom deltakerne ville kontakte oss for avklarende spørsmål (Sykepleierens samarbeid i Norden, 2003).

5.1.2. Informert samtykke.

Vi har innhentet informert og frivillig skriftlig samtykke. At det var frivillig å delta ble tydelig beskrevet i informasjonsbrevet der vi redegjorde for undersøkelsen. Vi som forskere har en forståelse av viktigheten at deltagerne kjenner prosjektet vårt godt, fordi vi innhenter kvalitative data om deltakerens opplevelse og erfaringer som vil ha en personlig karakter. Slik informasjon stiller strenge krav til informert samtykke (Malterud, 2011). Vi påpekte i brevet at deltakerne kunne trekke seg fra prosjektet når som helst i prosessen uten noen konsekvenser. Samme informasjon ble gitt muntlig til deltagerne før intervjustart. Det viste seg at kun en deltaker hadde fått skriftlig informasjon før intervjuet. Derfor ble det naturlig at vi brukte tid på informasjon i starten av møtet og at samtlige deltakere fikk en kopi av informasjonsbrevet. De leste gjennom dette før de skrev under på skjema om informert samtykke. Noen av våre deltakere hadde fått lite muntlig informasjon på forhånd, og derfor ble det ekstra viktig for oss at de forsto at deltakelse var frivillig. Vi hadde ingen frafall av informanter under arbeidet med studien.

5.1.3. Fortrolighet.

Vi garanterte full fortrolighet med tanke på de opplysningene vi fikk. Vi brukte båndopptaker under intervjuene og sørget for forsvarlig oppbevaring av datamaterialet i etterkant (Sykepleierens samarbeid i Norden, 2003). Lydbåndene ble slettet når prosjektet var ferdig. Deltagernes navn og arbeidssted ble anonymisert. Vi ønsket 10 - 12 deltagere fra 3 forskjellige sykehus, fra andre fylker enn vårt tilhørende fylke. Det å velge andre sykehus enn vår egen arbeidsplass var et bevisst valg for å unngå å forske på fremtidige kolleger. Vi mener også at vi ivaretar anonymiseringen og beskytter deltakerne mot gjenkjennelighet i studien.

5.1.4. Sikkerhet.

Det var vårt ansvar som forskere å avbryte forskningsarbeidet dersom nødvendig. Selve intervjuet foregikk på arbeidsplassen til deltakerne. Dersom intervjuene opplevdes forstyrrende på arbeidet av ulike årsaker kunne dette være grunn til å

avbryte et intervju, for om mulig gjøre det igjen på et senere tidspunkt. Undersøkelsen skulle ikke bli belastende hverken for deltakeren eller avdelingen (Sykepleierens samarbeid i Norden, 2003). Vi fikk en god mottagelse av avdelingslederne på samtlige sykehus. De fleste hadde ordnet med et eget lokale slik at vi kunne sitte uforstyrret under intervjuet. I et av tilfellene var det nødvendig å avtale et planlagt intervju på nytt, da det ikke ble tid til gjennomføring innenfor estimert tid.

6.0 Presentasjon av funnene.

I analysen av de elleve intervjuene kom tre kategorier frem. Den første er at anestesisykepleierne beskrev hvordan det som ny var å ha liten tid i arbeidet og i hvilken grad dette opplevdes som stressende for dem. Den andre kategorien er hvordan erfaring påvirket læringskurven. Den tar for seg anestesisykepleiernes tidligere erfaring som sykepleier, og deres nåværende opparbeidede erfaring som anestesisykepleier. Den tredje kategorien er hvor viktig det var for anestesisykepleierne å oppleve at arbeidet de utførte var trygt og forsvarlig. Videre i presentasjonen bruker vi begrepene deltaker, informant og anestesisykepleier om intervjupersonene våre.

6.1 Liten tid oppleves som stress

Mange av deltagerne opplevde at det var lite tid mellom pasientene. Flere fortalte at det kunne være stressende. Operasjonsstuer der det var småinngrep hele dagen og dagkirurgien med et hektisk program, ble spesielt nevnt. En deltager sa at det kunne grense til uetisk noen ganger. En annen utfordring som flere nevnte var spesielle pasientgrupper som barn og pasienter med spesielle behov. De begrunnet det med at barn noen ganger tar lenger tid enn planlagt. Barn er en pasientgruppe som kunne oppleves som utfordrende å håndtere fordi de kunne være redde og lite samarbeidsvillige. Dette kunne innvirke på planlagt tidsskjema. Informantene nevnte også at tidspress ofte medførte at de fikk lite tid til innsyn i pasientens sykehistorie. Dette opplevde deltagerne som lite tillitsvekkende ovenfor pasientene. Til tross for at informantene opplevde at hverdagen var preget av liten tid, opplevde de at det gikk greit. Informantene mente at det generelt hadde med egen trygghet, egen rutine og tidligere erfaring som sykepleier å gjøre.

Det har faktisk skjedd at vi måtte jobbe overtid for å rekke å ta inn det siste barnet, og da følte jeg at det var litt min skyld...men sånn er det...man må selvfølgelig la tryggheten komme foran at man skal rekke alle pasientene etter planen (deltaker 3).

De fleste deltagerne opplevde at tiden til forberedelser var liten. De opplevde det som slitsomt i starten, fordi de kun hadde få minutter om morgenen til å lese i pasient journalen, forberede medisinsk teknisk utstyr og trekke opp medikamenter. De var bekymret for at dette kunne gå utover pasientsikkerheten. Det ble nevnt at man som ny brukte lenger tid enn de erfarne anestesisykepleiere i gjennomføring av oppgaver. De opplevde ansvaret som stort og tenkte mye på at de stadig forsinket programmet.

De opplevdes ubehagelig å stadig føle at de var dårlig forberedt ovenfor pasientene, og mente at dette førte til et høyere stressnivå. En av deltagerne fortalte at flere av kollegaene kom tidligere på jobb de dagene de skulle på spesielt travle stuer. Dette gjorde de for å rekke å bli ferdige med forberedelsene før operasjonene starter. Deltageren synes det var helt feil at man som arbeidstaker måtte møte tidligere og dermed kamouflerer et problem. Flere av deltagerne fortalte om hvordan de håndterte forberedelsene, blant annet hvor viktig det var å innarbeide gode sjekkrutiner, planlegge kommunikasjon og informasjon til ulike pasient grupper. De fleste var opptatt av å ha en plan, tenke Airways, Breathing, Circulation (ABC). Dette ga trygghet til deltagerne.

For at jeg skal gjennomføre anestesi på en trygg, forsvarlig måte, så må jeg ha sånn og sånn, for da lærte jeg min egen rutine. Det er viktig å være tro mot det, må ha det sånn og sånn. Jeg har det medikamentet trukket opp så jeg har det bare en håndsrekning unna, sånn er viktig...å ha en plan i forhold til hva som skal gjøres hvis det og det skjer...tenke igjennom, og at ABC er alltid... den rekkefølgen den skal følge (deltaker 1).

Flere av informanter fortalte at de følte seg ekstra sårbare for ytre forhold som effektivitet, akutte situasjoner, nye prosedyrer og spesielle pasientgrupper. De fortalte at de gikk med et høyere stressnivå fordi de var uerfarne og ikke hadde fått innarbeidet seg gode nok rutiner. Dette opplevdes som slitsomt i starten. En av informantene sa at stadig følelse av utilstrekkelighet medførte at vedkommende var i ferd med å bli utbrent.

jeg føler at jeg går med et høyere stressnivå hele tiden, jeg føler at jeg overfor pasienten har forberedt meg dårligere, jeg vet kanskje ikke alt jeg burde vite og at jeg må forte meg med ting og at jeg ikke får gjort det i det tempoet jeg hadde behov for... men sånn er det å være ny, man har ikke gode rutiner på ting (deltaker 10)

Faktorer som krav til effektivitet ble også nevnt som en utfordring fra mange av informantene. Anestesisykepleierne sa at opparbeiding av gode rutiner og planlegging var viktig i denne forbindelse. Når de selv hadde fokus på effektivitet opplevde de raskt mestring på dette området. Det er viktig for de å oppleve at de mestret å følge operasjonsprogrammet etter planen fra for avdelingen, og ikke sinker programmet. Det gir en god mestringsfølelse når de etter hvert merket at de klarte å arbeide mere effektivt og til og med kunne bistå andre yrkesgrupper som operasjonssykepleier eller kirurgen med hjelp.

opplever jo at jeg har blitt mer effektiv, at man får mer ting i fingrene, du jobber raskere, så... sånn at hvis du ser på den tiden jeg bruker på å klargjøre en pasient til anestesi nå..kontra for et år siden..så har nok den tiden blitt mye mindre, så jeg har nok blitt raskere (deltaker 4)

6.2 Erfaring påvirker læringskurven

Samtlige av deltagerne var glad for deres tidligere erfaring som sykepleier. Det medførte at de opplevde større grad av trygghet, både det at de hadde erfaring med akutte situasjoner og pasient relasjoner fra tidligere.

Hvis man har jobbet som jeg på post operativ og var vant med pressorer og respiratorer og sånt, så gir jo det en mindre brattere læringskurve enn en som ikke har det. Men til syvende og sist kommer man jo likt ut, bare at den ene har kanskje jobbet litt mere, tenker jeg (deltaker 5)

Informantene nevnte at det var viktig med et godt teoretisk fundament, men at anestesisfaget krever mengdetrening for å oppnå gode ferdigheter. Gjennom øvelse oppnådde de erfaring på hvordan de ulike narkosevarianter fungerte og hvordan virkningen av medikamentene kunne være individuell. Man må prøve selv, oppleve selv og få trygghet på bakgrunn av erfaringer.

man er jo fersk og usikker når man begynner men så lærer man jo masse fordi man opplever masse med en gang, så det går veldig fort, synes jeg (deltaker 6)

En annen informant mente det var viktig med høy stillingsstørrelse og kontinuitet i arbeidet og på den måten få mengdetrening. Man har en viss forhåndskunnskap, vet hva man skal gjøre i ulike situasjoner, men trenger å se hvordan ulike tiltak fungerer i praksis. Samtlige informanter nevnte at de fikk nye kunnskaper hver dag. Dette ga en bratt læringskurve i starten. Informantene mente også at gode rutiner ga god læring. Det å arbeide sammen med erfarne anestesikolleger var lærerikt for deltakerne. De sa at de lærte av egne og andres erfaringer. Det å kunne reflektere sammen etter hendelser, både de alvorlige men også mindre de mindre alvorlige tilfellene var viktig for egen læring. De mente det var viktig å spørre og aktivt søke etter ny kunnskap, og på denne måten ta ansvar for å tilegne seg nye kunnskaper. Dette fikk de gjennom ukentlige avdelingsmøter hvor det ble lagt til rette for undervisning, men også ved å søke kunnskap blant egne kollegaer. Spesielt ble legene nevnt, som de anså for kunnskapsrike og at de ofte er oppdaterte på nyere forskning. De fleste av anestesisykepleierne var tilfredse med hensyn til faglig tilrettelegging på avdelingene. En av informantene synes imidlertid det var liten tid til å holde seg faglig oppdatert.

Noen ønsket at de fikk mere simuleringstrening i praksis, spesielt med tanke på akutte situasjoner.

Det er viktig å være åpen for nye ting, lære hele tiden, få med seg mest mulig og få bredere erfaring, fordi du er ny rett og slett...du får jo de erfaringene du får, både dine og andres..vi diskuterer og snakker etterpå..de gjør noe med deg, fordi nesten alle erfaringene man får her, er alvorlige (deltaker 3).

Mange av informantene mente at mengdetrening på mange måter var nøkkelen til trygghet i faget. Man ble på denne måten raskt god og opparbeidet seg gode rutiner. De fleste følte at det gikk lettere etter hvert, men at det kunne være en utfordring i starten. Noen av informantene følte på tidsklemma i forhold til læring. Her trakk de hovedsakelig opp utfordringen med å ta seg tid til å finne spesielle prosedyrer og i tillegg få tid til å sette seg inn i prosedyren. De beskeiv at man som ny jobbet saktere i begynnelsen, og at man stadig ble utsatt for nye utfordringer. Utfordringene gjorde at man fikk en rask utvikling, og det bidro til at arbeidet ble mer spennende. Erfaringsbasert utvikling både personlig og faglig gjør at man etter hvert føler seg trygg, og i den forbindelse trakk de frem egne og andres forventninger. En av informantene sa at hun følte press på å raskt bli god fordi man hadde ytre krav og forventninger om at man skulle følge et program, samt anestesian skulle gjennomføres på en forsvarlig måte. En annen sa at vedkommende ikke likte så godt å være på en av operasjonsstusene i begynnelsen, fordi operasjonsprogrammet var hektisk, og derfor var det vanskelig å rekke alt i begynnelsen.

Det som nok kan stresse litt er at vi vet at operasjonsprogrammet er ganske fullt..og jeg vil ikke være den som sinker det...så spesielt i oppstarten sånn...føler at jeg må jobbe ganske fort...men det blir bedre og bedre...etter et halvt år, så løser det...da kan du senke skuldrene litt (deltaker 4)

6.3 Opplevelse av trygghet

Under intervjuet snakket samtlige deltakere om tverrfaglig samarbeid vedrørende deres opplevelse av egen kompetanse i yrkesutøvelsen. Flere trakk frem at det opplevdes utfordrende å sette grenser i teamarbeid, hovedsakelig ovenfor kirurger og operasjonssykepleiere. Dette synes de med tiden ble bedre når de ble tryggere på faget og sine kollegaer. Det å bli kjent med kollegaer skapte trygghet for dem. Flere ga uttrykk for at opplevelse av trygghet var viktig for dem. Deltagerne var tydelige på at de noen ganger måtte sette grenser i forhold til egne kollegaer, og måtte gi

beskjed når arbeidet gikk for fort. Det var viktig for anestesisykepleieren å oppleve at de gjorde en forsvarlig og trygg jobb, og at liten tid ikke gikk utover pasientsikkerheten. Informantene opplevde som nyutdannet at det var vanskelig og ubehagelig å sette grenser for kollegaer, men at det i noen tilfeller var nødvendig.

Folk er jo ganske markerte...hver på sin måte...så det må jo du og være i forhold til det å sikre pasienten din, ditt arbeid er viktig å markere. De på operasjon vil jo gjerne forte seg og komme i gang med vasking og dekking. Kirurgene står og banker. Så det er viktig å si stopp....jeg har ikke en stabil pasient, de må vente...det er viktig å komme dit (deltaker 9)

En anestesisykepleier trakk frem sitt eget ansvar i forhold til roller og samarbeid med andre. Deltakeren mente at det var viktig å være ærlig og tydelig på egen kompetanse. De synes det var stressende å være ny i anestesifaget, men samtidig viktig å si ifra til kollegaer hvis de følte seg utrygge eller hadde spørsmål. Deltakeren beskrev det som positivt stress fordi hverdagen opplevdes meningsfull. Måten man opptrådte og kommuniserte med hverandre, var viktig og ble beskrevet som tillitsskapende. Spesielt påpekte de den non-verbale kommunikasjonen. Viste non verbal kommunikasjon misnøye fra kollegaene opplevdes dette usikkert, men også irriterende og lite forståelsesfullt.

Jeg synes stort sett det går bra nå, men jeg husker i begynnelsen da jeg var gørr stressa for å rekke alt...det kom litt an på hvem jeg jobbet med også. Fordi noen må bare vise med hele kroppen når de er misfornøyde og ting ikke blir sånn som de har planlagt. De kan ikke samarbeide spesielt godt og det blir dårlig stemning med en gang. Noen er fleksible og skjønner mer. Jeg måtte si ifra mange ganger i begynnelsen fordi det er viktig at tryggheten for pasienten går foran alt. Jeg kan ikke stå for at jeg forhaster meg...sånn er det bare...men noen har litt problemer med å forstå. Jeg synes det er lettere å rekke alt nå, man blir jo mer effektiv når man får erfaring (deltaker 3)

Et trygt arbeidsmiljø hadde stor betydning for deltagerens opplevelse av egen kompetanse. Flere av informantene sa at de opplevde å få forståelse for at de var nyutdannede, og at de derfor trengte "mer" tid til å sette seg inn i pasientens historie og prosedyrer. De opplevde å få den hjelpen de trengte ved behov. Holdningen blant ansatte på avdelingen om at "ingen spørsmål er dumme", var noe flere trakk frem som positivt og betryggende i et arbeidsmiljø. De nevnte spesielt at god kommunikasjon var viktig. Det var nyttig å være tydelig på at man var ny og samtidig være ydmyk.

jeg synes jeg får forståelse for at jeg må nødt til å kikke gjennom, så...jeg har ikke følt at det er noe problem.. ja, det kan gå fort mange ganger, men jeg føler at jeg får gjort de ting jeg skal..(deltaker 9))

Arbeidet som nyutdannet anestesisykepleier ble beskrevet som utfordrende i samtlige intervjuer. Det var en stor overgang å gå fra en trygg studentrolle der de hadde hatt en erfaren kontaktsykepleier i ryggen til å få mye ansvar for pasienter og anestesiforløpet alene. Usikkerheten ble i stor grad knyttet opp mot uforutsette hendelser som anestesirelaterte komplikasjoner, men også akutte hendelser som hjertestans, traume og akutte keisersnitt. Flesteparten av våre informanter hadde hatt praksis på nåværende avdeling. Det at de var kjent på sykehuset og at kollegaene kjente dem fra deres studenttid oppleves trygt. De mente samtidig at de mestret dette i løpet av kort tid etter at de var nyutdannet, alt fra tre måneder til nesten ett år.

det var tøft, det var en overgang, og...man blir redd...sånn er det, og så tenker...ok....nå står jeg ansvarlig for en pasient, som jeg tar hans evne til å puste selv...og evne til å holde seg i live...rett og slett. Så man tenker mye rundt det, og så går det en film inne i hodet...worst-case-scenario...er jeg forberedt på det, hva skal jeg gjøre hvis blodtrykket faller, hvis han faller så.. mye av volum...hva skal jeg gi...Fenylefrin....skal jeg redusere narkosen...så man tenker på sånne ting hele tiden eller jeg har gjort det i hvert fall. Jeg tenker hele tiden. Og så ser man effekt av det, så det...som sagt man bygger på sin egen kompetanse....som man starter med (deltaker 8)

Samtlige informanter mente at de hadde oppdaterte og gode teoretiske kunnskaper som nyutdannet. Kunnskapen de hadde fått gjennom utdanningen dannet et godt fundament, men det kunne være utfordrende å omsette teorien i praksis. For noen var opplevelse av utrygghet i begynnelsen i stor grad relatert til anestesisykepleierens ulike funksjoner og ansvarsområde, og i denne sammenheng ble ansvarsfordeling nevnt. Informantene så det som viktig å ha klare avtaler med ansvarshavende lege, også i forhold til når legen skulle kontaktes. Holdningen blant deltakerne var at det var bedre å ringe en gang for mye, men dette var et dilemma som de syntes kunne være vanskelig. De fortalte videre at de opplever økende grad av mestring på bakgrunn av økt erfarings basert kunnskap.

ja, til å begynne med... var det jo ganske uvant..å ha så mange forskjellige arena å forholde seg til, og dermed har man jo da en manglende trygghet, men når man har fått seg en viss erfaring, føler jeg i hvert fall...da er det jo veldig trygg (deltaker 2)

Samtlige av informantene nevnte at tidligere erfaring som sykepleier var positivt i arbeidet som anestesisykepleier. Denne erfaringen gjorde det lettere å skape

trygghet for pasienter som skal ha narkose. Det ble nevnt at man var vant til å jobbe med mennesker, kommunisere og utføre sykepleierrettede tiltak. Erfaringen bidro til at informantene opplevde mestring i forhold til å skape trygghet for pasientene. Samtalen gikk lettere når deltakerne var vant til å kommunisere med pasienter fra tidligere, og de derfor kunne lettere kombinere dette med anestesirettede tiltak.

da er det den sykepleiekunnskap jeg har fra før...vant til å arbeide med mennesker...den føler jeg er viktig i det korte møtet du har...for du skal etablere trygghet og tillit i løpet av bare noen minutter...egentlig...å da er det viktig å se pasienten der den er (deltaker 11).

7.0 Diskusjon av funnene

Vi vil i dette kapitlet diskutere de tre kategoriene fra studien om de nyutdannede anestesisykepleierens opplevelse av kompetanse i sin yrkesutøvelse. Funnene vil bli diskutert i lys av teori og tidligere forskning. Dette for å få en større forståelse om kunnskapen. Samtlige informanter uttrykte at de opplevde stress som en del av anestesisykepleierens hverdag. Liten tid til forberedelser, samtidig som de var opptatt av å utøve forsvarlig praksis. Ytre krav og forventninger til seg selv, et ønske om å ta seg av pasienten på best mulig måte førte til et høyere stressnivå i starten. Mange av informantene opplevde dette som et positivt stress fordi de liker anestesifaget. De synes det var lærerikt og spesielt var det tilfredsstillende når de merker fremgang i egen kompetanse. De var bevisste sin nye rolle som anestesisykepleier, og opptatt av å ivareta pasientene på en trygg måte. Utdanning hadde gitt dem gode teoretiske kunnskaper men de trengte trening i yrkesspesifikke ferdigheter. Et trygt arbeidsmiljø har stor betydning på kvaliteten på arbeidet deres. Erfarne anestesikolleger som var tilgjengelige når de trengte hjelp, og at de ble kjent med de andre faggruppene førte til trygghet. Hvordan man kommuniserte med hverandre var noe samtlige snakket om. En åpen og ærlig dialog var vesentlig i samarbeid med andre. De følte stort sett de fikk forståelse fra kolleger at de var nye og trengte ekstra tid til forberedelser. En økt bevisstgjørelse rundt non – verbal kommunikasjon, hva kroppsspråket formidler til andre var også et tema flere tar opp.

7.1 Liten tid oppleves som stress

Studien viste at informantene opplevde tidspress i pasientbehandlingen som stressende. Liten tid kunne føre til at enkelte pasientsituasjoner og krav ble uoversiktlige og uhåndterbare. Dette samsvarer med studier til Patterson (2010), Mauleon og Ekman (2002) som viser at nyutdannede sykepleiere opplevde starten i sin yrkesutøvelse stressende, og at deres opplevelse var i stor grad påvirket av konteksten.

Informantene beskrev tid som en viktig forutsetning for å kunne imøtekomme de ulike krav som stilles i sin yrkesutøvelse (ALNFS, 2006). Informantene opplevde sin kompetanse som god, men manglet flyt og hurtighet i arbeidet. Dette samsvarer med hvordan Benner (1995) beskriver kjennetegn ved den kompetente sykepleier. Det var viktig for deres opplevelse av kompetanse og mestring at tiden var tilstrekkelig for å utøve god anestesisykepleie. Informantene presiserte i denne sammenheng

betydningen av god planlegging, og det å være forberedt på det uforutsigbare under hele pasientforløpet. Informantene tilstrebet på denne måten å sikre pasienten en faglig forsvarlig behandling og samtidig arbeide effektivt (ALNFS, 2006, Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Benner (1995) understreker betydningen av at for å oppnå effektivitet, må den kompetente sykepleieren gjøre bevisst og veloverveid planlegging.

Funnene viser at informantene var bevisst sitt kompetansenivå. De viste også en positiv innstilling og mestringstro på egeninnsats for å bli dyktig i faget. Det synes å samsvare med Lai (2013) sin teori om mestringstro. Den sier at den tilliten og den oppfatningen den enkelte har til sin egen kompetanse, gjenspeiler synet på å kunne løse oppgaver og utfordringer på forskjellige måter. Dette påvirker igjen grad av ytelse, motivasjon og innsats (Lai, 2013). Det å møte forståelse fra kollegaer i avdelingen har stor betydning for deres håndtering av praksissituasjon. Informantene opplevde økt grad av mestring dersom kolleger viste forståelse for at de var nyutdannet og usikre. Dette stemmer overens med tidligere studier om nyutdannede sykepleieres opplevelse i arbeid (Parker et al. 2014, Glynn og Silva 2013). Disse peker på faktorer som arbeidsmiljø, tilgjengelig støtte, samt den enkelte sin evne til å lære og tilpasse seg arbeidsplassens kultur. Det å imøtekomme egne og andres forventninger er også av betydningen for den nyutdannede sykepleierens opplevelse av sitt første år i sin yrkesutøvelse.

Informantene beskrev at betydningen av å ivareta god pasientsikkerhet var viktig for deres opplevelse av kompetanse. Dette samsvarer med studie til Perry (2005) som viser at deltakerne fremhevet ansvaret for pasientens sikkerhet som det viktigste for dem. Informantene i vår studie erfarte at tidspress kan by på utfordringer med hensyn til pasientsikkerheten. Vi mener informantene var reflekterte og bevisste på sine ansvarsområder (Lov av 1999-07-02 nr 63; Lov av 1999-07-02 nr 64 og ALNSF, 2006). Utfordringen ligger i hvorvidt informantene klarte å håndtere tidspresset. Studiene til Rhéaume et al. (2011) og Mauleon og Ekman (2002) viser at det første året i arbeid fortsetter å være stressende for nyutdannede. De sliter med å opprettholde en balanse med det å være en god sykepleier og imøtekomme ytre krav. Informantene i vår studie presiserte i denne sammenhengen at det var viktig å ikke gå på akkord med seg selv. De var kritiske til krav om effektivitet med hensyn til pasientsikkerheten. Det viser at informantene i denne studien var reflekterte med

fokus på at effektivitet ikke skal gå foran pasientsikkerhet. Dette kan ses som et uttrykk for at den nyutdannede anestesisykepleierens personlige kompetanse med motivasjon til egeninnsats, faglig engasjement og ansvarsbevissthet. Personlig kompetanse har hatt stor betydning for utvikling av deres profesjonelle kompetanse og mestring av ulike krav i sin yrkesutøvelse (Skau, 2011; Antonovsky, 2012).

I studien kommer det fram at det å kunne håndtere uforutsette hendelser i praktiske situasjoner var viktig for opplevelse av kompetansen (ALNSF, 2006). I denne sammenheng så informantene som betydningsfullt å delta i ulike lærings situasjoner. Informanter opplevde gjennomføringen av anestesi til ulike pasientgrupper i starten som utfordrende, men lærerikt. Dette står i kontrast til studien av Mauleon og Ekman (2002) som viser at nyutdannede anestesisykepleiere opplever at deres kunnskaper er utilstrekkelig når de står overfor nye pasientsituasjoner. Informantene i vår studie beskrev at erfaringer i ulike lærings situasjoner ga økt handlingsberedskap. Informantene mente økt handlingsberedskap var en forutsetning for å kunne håndtere uforutsette hendelser på en best mulig måte. Dette er i tråd med det Bruun (2011) sier at for å kunne gi god anestesisykepleie til pasienten må anestesisykepleier ha profesjonell handlingskompetanse. Denne omfatter relevante kunnskaper og ferdigheter samt relevant handlingsberedskap (Bruun, 2011). Benner (1995) skriver at for å utvikle seg til erfaren, må den kompetente sykepleieren fortsette å lære.

Informantene i vår studie opplevde arbeidet med kritisk syke pasienter som utfordrende. Informantene beskrev i denne sammenheng betydningen av å gjøre gode forberedelser og vurderinger. Dette viste at nyutdannede anestesisykepleiere i denne studien hadde en holdning preget av ydmykhet og respekt for faget. I studien kom det fram at informantene opplevde at tidspress kan gi utfordringer med hensyn til nødvendige praktiske forberedelser og etablering av tillit til pasientene. I Standard for anestesi i Norge (2010) og Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) står det klart at anestesisykepleier har et selvstendig ansvar å ivareta den enkelte pasients behov for faglig forsvarlig behandling. Informantene i vår studien opplevde tidspress i arbeidet med kritisk syke pasienter til tider var utilfredsstillende. Dette samsvarer med studie til Averlid og Axelsson (2012) som omhandler hva anestesisykepleiere opplever som positivt og helsefremmende i arbeidsmiljøet. Informantene i deres studie opplever stort arbeidspress som negativ faktor i

arbeidsmiljøet. De ønsker mer tid i pasientbehandling. Informantene i vår studie beskrev erfaringer i feltet og yrkesspesifikke ferdigheter som verdifullt for å mestre arbeidet med kritisk syke pasienter (Benner, 1995). Dette samsvarer med studien til Wangen-steen et al. (2007) som viser at nyutdannede sykepleiere erfarer deres første år som en tøff start med erfaringer som vekst og utvikling.

7.2 Tidligere erfaring

I studien fant vi at informantene opplevde mye ansvar knyttet til yrket som anestesisykepleier. I henhold til funksjonsbeskrivelsen skal anestesisykepleierne ivareta pasientenes vitale funksjoner (ALNSF, 2006), derfor mener vi at informantenes opplevelse samsvarer med krav og forventninger. Informantene så det som helt nødvendig å ha et godt teoretisk fundament og mente at mengdetrening var viktig for å oppøve kompetansen. Skau (2011) hevder i denne forbindelse at teoretisk kunnskap, personlig kompetanse og yrkesspesifikke ferdigheter henger sammen og kommer til uttrykk i våre handlinger (Skau, 2011).

Våre funn viser at samtlige av informantene opplevde lite erfaring på enkelte områder i starten. Dette viser at på tross av gode teoretiske kunnskaper og praksis under utdannelsen, opplevde informantene sin kompetanse som varierende i faget. Benner (1995), skriver at det kreves tilstrekkelig mengdetrening fra samme arbeid over tid for å kunne bli erfaren. Informantene uttrykte også at de likte utfordringer og hadde tro på egen mestringsevne. Dette er også forenelig med Lai (2013) der hun sier at det er vanlig å oppleve svært høy grad av mestringsfølelse på noen områder og lav på andre (Lai, 2013). Studien til Wangensten et al. (2008) beskrives også hvordan nyutdannede sykepleiere erfarer deres første år som sykepleiere og belyser hvordan erfaring bidrar til kompetanseheving og økt opplevelse av mestring

Informantene synes deres tidligere erfaring som sykepleier var svært betydningsfullt i arbeidet som nyutdannet anestesisykepleier. Nortvedt et al. (2012) beskriver erfaringskunnskap som klinisk ekspertise og at denne utvikles gjennom å praktisere. De opplevde denne erfaringen som viktig i forhold til å kunne forstå pasienter og deres opplevelse av situasjonen. Tidligere erfaring med pasientarbeid og pasientrelasjoner ga trygghet i forhold til det å kunne gi helhetlig og tilpasset behandling for den enkelte pasient. Belcher og Jones (2009) viser i sin studie at det å

inneha gode kommunikasjonsferdigheter, profesjonalitet og trygghet er viktig i pasientbehandling. Kirkevold (1996) sier også at sykepleierkompetanse er en langvarig prosess der ulike kunnskaper skal integreres ved hjelp av intuisjon, refleksjon og erfaring over tid (Kirkevold, 1996).

Informantene opplevde i starten en følelse av utilstrekkelighet i forhold til å mestre alle typer oppgaver på en gang. I studien til Patterson (2002), fremgår det at informantene har lite erfaring og føler kravene som overveldende. Studien til Perez (1999), viser også at anesthesisykepleierstudenter opplever et betydelig nivå av stress. Ettersom overgangen fra å være student til nyutdannet er glidende, samsvarer dette med informantenes opplevelse. Vi tenker derfor at tidligere erfaring er nyttig for å kunne føle trygghet og mestring på enkelte områder i utøvelsen av anesthesisykepleie. Det var viktig for dem å opparbeide et tillitsforhold til pasienten, samtidig som de skulle ha fokus på forberedelse og gjennomføring av anestesen. Erfaring fra akuttarbeid, kunnskaper om prosedyrer og medisinsk teknisk utstyr ble sett på som nyttig, slik at de kunne ha pasienten i fokus under gjennomføring av anestesen. Kjøllesdal (2005) sier at kompetanse hos anesthesisykepleieren er av betydning for pasientenes opplevelse av trygghet og at det derfor er viktig å ha kunnskaper om teknologi for å kunne ha fokuset rettet mot pasienten. Anesthesisykepleierne i studien opplevde at de hadde gode tekniske ferdigheter og at de mestret dette.

Informantene syntes det var godt med positive opplevelser og mestringsfølelse tidlig i yrkesutøvelsen. Det å få denne erfaringen tidlig var verdifullt og ga en følelse av kompetanse i faget. Lai (2013) sier også at det i den forbindelse at tro på egen mestring og tillit til egen kompetanse er viktig i forhold til en persons mulighet for å lære. Videre sier hun at det handler om individets syn på seg selv og sitt potensial. Informantene uttrykte også at dette synet er grunnleggende viktig for å mestre arbeidet som anesthesisykepleiere. Studie viser også at tillit til egen kompetanse og selvfølelse påvirker grad av ytelse i arbeidslivet (Judge og Bono, 2001).

Våre funn viser også at informantene mente å ha et godt teoretisk fundament, men at det viktigste i starten var integrering av teori og praksis. Informantene uttrykte at de ikke hadde praktisert faget selvstendig i lang tid, og at faget krever mengdetrening for å oppnå gode ferdigheter. Kirkevold (1996) sier at det er viktig med integrering av

teori, praksis og etikk i praktiske handlinger. Hun sier at disse kunnskapene foregår i en langvarig prosess med intuisjon, refleksjon og erfaring.

Studien viser at samtlige av informantene opplevde at det var gode arbeidsforhold med gode læresituasjoner. De opplevde derfor at læringskurven var bratt og derfor følelse av mestring på relativt kort tid. Dette er forenlig med resultatene fra studie hvor det fremgår at erfaring bidro til mestring i ulike situasjoner (Wren, 2001).

Funnene i vår studie viser at informantene så det som betydningsfullt å lære gjennom kollegaer i avdelingen. Konstruktiv tilbakemelding ble sett på som positivt og verdifullt, og på denne måten fikk de erfaring i forhold til hva de kan og ikke kan. De opplevde at de lærte mye og gjorde seg gode erfaringer gjennom dialog med andre. De fikk erfaring gjennom læring fra andre og utviklet på denne måten sin kompetanse. De så på sine kollegaer som kunnskapsrike og gode rollemodeller. Skau (2012) skriver at samspill med andre er viktig i forhold til selvutvikling. Ved at informantene åpnet seg for kollegaer og fortalte om opplevelser og erfaringer, fikk de konstruktiv tilbakemelding. Dette bidro til økt trygghet og opplevelse av mestring i ulike situasjoner. Lai (2013) sier at en persons holdninger også er viktig i forhold til utvikling av kompetanse. Det handler om individets syn på seg selv og andre. Det å være åpen for og lære av egne og andres erfaringer samt ønske om å være fleksibel og tilpasningsdyktig i forhold til dette. Informantene var opptatt av egne sterke og svake sider og lærte mye av dette gjennom egne erfaring med også i diskusjon med kollegaer. Benner (1995) sier at kompetanse utvikles gjennom dialog med kolleger og praktiske øvelser.

I studien kom det klart frem at informantene ønsket å tilegne seg mest mulig erfaring gjennom mengdetrening. De mente at øvelse og gode rutiner på mange måter er nøkkelen til mestring i faget. Dårlig bemanning og knapphet på tid kunne i perioder være en utfordring. Studien til Wren (2001) viser at erfaring påvirker tillit og tro på egen kompetanse. Dette samsvarer med informantenes egen opplevelse.

Informantene mente at praktiske øvelser ga lærerike erfaringer. Noen av informantene mente at det var nødvendig med høy stillingsstørrelse for å få tilstrekkelig kontinuitet. Mestring og kompetanse videreutvikles på denne måten gjennom erfaring og kontinuitet med ulike pasientsituasjoner. Dette samsvarer med studien til Averlid og Axelsson (2012) som beskriver at anestesisykepleierne ser på

læring som en positiv faktor som motiverer de ansatte og dermed blir arbeidet utfordrende, håndterbart og meningsfullt. Studien til Wangensteen et al. (2008) hevder også at nyutdannede sykepleiere har en positiv innstilling til utfordringen med å være ny. Selv om deres første periode oppleves tøff, så setter de pris på erfaringene fordi de opplever det som lærerikt.

I studien kom det også frem at informantene ønsket seg simuleringstrening for å kunne ivareta pasientene i akutte situasjoner. De ønsket å anvende teori i praksis, og på denne måten utvikle ferdighetene sine. Informantene mente at trening i grupper med kollegaer fremmet kunnskaper. Det var også nyttig i forhold til å øve på teamarbeid. Skau (2011) sier at den profesjonelle kompetansen utgjør en helhet av blant annet teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter. Akutte situasjoner er uforutsett og situasjonene preges av raske avgjørelser og knapphet på tid. Det kan få fatale utfall for pasienten dersom det gjøres feil. Studier viser at personell opplever økt mestring ved øvelse i komplekse pasientsituasjoner (Mahmoud, 2010). De yrkesspesifikke ferdighetene for anesthesisykepleierne er praktisk rettet, og handler om teknikker og metoder i gjennomføringen av oppgaver (Skau, 2011). Dette kan også ses i sammenheng med det Benner (1995) sier om at en kompetent sykepleier har beskjefteget seg med noen lunde samme arbeid i to-tre år og kjennetegnes ved at arbeidet er veloverveid og planlagt. Det er på bakgrunn av dette naturlig at informantene uttrykte følelse av utrygghet i enkelte akutte situasjoner.

Informantene opplevde at de de i enkelte uforutsette, akutte situasjoner opplevde å mestre situasjonen på en tilfredsstillende måte. Lai (2013), sier i den forbindelse at man kan oppøve sine ferdigheter gjennom praktiske øvelser over tid, og i tillegg oppøve sine ferdigheter ved å observere andre. På denne måte utvikler man sin tause kunnskap, og viser i handling at man kan mer enn man kan sette ord på. Anesthesisykepleierne opplever mestring når de øver og får mengdetrening på områder hvor de føler seg usikre. Det kan se ut som disse læresituasjonene oppleves som meningsfulle og at de ser sammenhenger mellom erfaring og mestring (Antonovsky, 2012).

7.3 Opplevelse av trygghet

Det var viktig for deltakerne å oppleve at de var trygge i faget sitt. Det å være trygg i faget henviser til det Skau (2011) omtaler profesjonell kompetanse. Studiedeltakerne følte deres teoretiske kunnskaper var gode mens yrkesspesifikke ferdigheter trengte de økt erfaring med. Funnet er også forenelig med studien til Wren (2001) hvor det kommer tydelig frem at opparbeidet erfaring gir økt opplevelse av mestrings.

Informantene beskrev en spennende arbeidshverdag som var preget av utfordrende og krevende arbeidsoppgaver. Dette samsvarer med studien til Averlid og Axelsson (2012) som beskriver anestesisykepleierens arbeidssituasjoner som varierende men krevende. Variasjonen i arbeidet ble spesielt av yngre anestesisykepleiere sett på som spennende, utfordrende og tilførte en tilfredshet i deres arbeid.

Studiedeltakerne opplevde en hverdag som i starten var stressende med mye ansvar. En anestesisykepleier arbeider i et høyteknologisk miljø, der faget er i et skjæringspunkt mellom medisinsk teknologisk behandling og sykepleie (ALNSF, 2006, Utdanning- og forskningsdepartementet, 2005). Teknologi omhandler den praktiske virkeligheten og er kunnskap omsatt til praktiske formål. Teknologi inkluderer teknikk, kunnskap, organisasjon og produkt. I denne sammenheng er produktet resultatet av den behandlingen pasienten får (Kjøllesdal, 2005). I avdelinger der anestesisykepleiere arbeider er de mest iøynefallende teknologiene de naturvitenskapelige (Kjøllesdal, 2005). Deltakernes opplevelse av stress i starten samsvarer med studien til Patterson (2010) som viser at nyutdannede sykepleiere opplever starten som stressende.

Trygghet var viktig for deltakerne i vår studie, både egen trygghet som fagperson men også trygghet til pasientene. De var opptatt av å utføre en forsvarlig praksis. Deltakerne i studien til Perry (2005) hevder også at hovedansvaret til anestesisykepleiere er pasientens trygghet og sikkerhet. Høymork (2010) beskriver tross endringer i anestesien de siste 20 årene, har ikke dette gått på bekostning av sikkerheten. Viktige betingelser for sikkerheten er anestesipersonellets kunnskaper, ferdigheter og rutiner. Uavhengig av prosedyrens lengde og overalt hvor anestesilogisk arbeid utføres så gjelder kravene til sikkerhet slik de beskrives i Norsk standard for anestesi (2010).

Studiedeltakerne beskrev at deres kompetanse som anestesisykepleier økte av erfaringsbasert kunnskap. Det skaper trygghet og samsvarer med resultatene til studien på nyutdannede sykepleiere til Wangensteen et al(2008). Resultatene viser at mestringstro på rutiner hadde stor innflytelse på deltakernes trygghet og selvtillit som sykepleier. Lai (2013) beskriver også tillit til egen kompetanse, og hvordan denne oppfatningen gjenspeiler synet på individets evner til å løse oppgaver og utfordringer.

Samtlige deltakere følte at de klarte å skape trygge rammer for pasientene, tross liten tid. Deres tidligere erfaring som sykepleier hadde gitt dem kunnskaper i mye av det medisinske tekniske utstyret som brukes i anestesi. Dette funnet samsvarer ikke med resultatene til Malleon og Ekman (2002) som gjennomførte en studie på nyutdannede anestesisykepleiere. De beskriver at deres hovedfokus er på det tekniske utstyret i starten, og ikke på pasientens velbefinnende. Pasienten er der, men utstyret dominerer konteksten, og anestesisykepleieren er avhengig av det tekniske utstyret. I denne studien føler de nyutdannede seg utilstrekkelige og er kritiske til hvordan de klarer å ivareta pasienten på en tilfredsstillende måte i et høyteknologisk miljø. Kjøllesdal (2005) sier at apparatfortrolighet er aktuell både for pasient, pårørende og spesialsykepleieren. For at pasienten skal oppnå apparatfortrolighet er det ofte en forutsetning at spesialsykepleieren har det. Dette er et perspektiv vi kjenner igjen fra egen praksiserfaring. Ved anestesi befinner pasientene seg i en sårbar og ofte ukjent situasjon. Det er viktig at anestesisykepleieren fremstår som trygg, rolig og klarer å skape tillit i situasjonen

Deltakerne opplevde at tverrfaglig samarbeid kunne være utfordrende. Det å sette grenser ovenfor andre kolleger opplevdes vanskelig, men nødvendig for å utøve forsvarlig praksis. Selv om de opplevde det å være nyutdannet som utfordrende så mestret de situasjonen godt. Deres kognitive forståelse var at det var vanskelig å sette grenser ovenfor kolleger, spesielt når de ikke kjente sine kolleger godt. Men de håndterte utfordringen fordi de hadde ansvar over pasienten. Pasientens trygghet og at de fikk en forsvarlig behandling var viktig for studiedeltakerne. De kjenner at det blir enklere etter hvert som de blir tryggere i faget og bedre kjent med kolleger. Handlingen blir meningsfull. Dette viser at deltakerne har en opplevelse av sammenheng (Antonovsky, 2012). Studiedeltakerne handler også i tråd med anestesisykepleiers formål, beskrevet i ALNSF (2006). Der står det at en

anestesisykepleier utfra sine kunnskaper og kliniske kompetanse skal ivareta pasientens behov for sykepleie og anestesi. Det anvendes spesialisert medisinsk teknisk utstyr og anestesisykepleier bidrar med sin spesialkunnskap til at behandling gjennomføres på en forsvarlig måte (ALNSF, 2006).

Studiedeltakerne var tydelig på eget ansvar i forhold til samarbeid med andre. Det var stressende å være ny i et fag, og at det var viktig å være ærlig og tydelig i kommunikasjon med sine kolleger. God kommunikasjon ble også sett på som en avgjørende faktor for tverrfaglig samarbeid i studien til Averlid og Axelsson (2012). Dette fremmet en tydelig dialog og hindret misforståelser som kunne gå ut over pasientsikkerheten. Deltakerne i vår studie var meget reflektert over egen personlig kompetanse. I følge Skau (2011) handler personlig kompetanse om hvem vi er som personer, ovenfor oss selv men også i samspill med andre. Den er ofte avgjørende for hvor langt vi kan nå med våre teoretiske kunnskaper og yrkesspesifikke ferdigheter, spesielt i yrker der samspill mellom mennesker er viktig (Skau, 2011).

Deltakerne beskrev anestesisfaget, det å arbeide selvstendig og tverrfaglig, som ansvarsfullt og utfordrende. Ifølge ALNSF (2006) skal anestesisykepleieren utøve sykepleie og anestesilogisk virksomhet på en forsvarlig og målrettet måte for å tilrettelegge for kirurgi og annen behandling eller undersøkelse. Deltakerne i vår studie hadde en positiv innstilling og opplevde at anestesi som nyutdannet var lærerikt og spennende. Informantene mestret det å være nyutdannet, og ifølge Antonovsky (2012) er mestring avhengig av opplevelse av sammenheng som helhet. I motsetning til sykepleierne i studien til Rheaume et al.(2011), hvor sykepleierne opplevde det første året som vanskelig og flere byttet eller vurderte å slutte i yrket etter et år.

Deltakerne sa at et godt tverrfaglig samarbeid var viktig, og i den forbindelse var god kommunikasjon sentral. Våre informanter opplevde i stor grad forståelse og en støttende holdning fra kolleger. Resultatene fra en studie gjennomført på nyutdannede sykepleiere i Australia beskriver at deltakerne var uforberedt på «mobbekulturen» og begrensede støtten de opplevde av andre sykepleierkolleger. Det førte til at den i utgangspunktet positive innstillingen til det å være nyutdannet, i løpet av seks måneder ble en negativ innstilling (Belcher og Jones, 2009).

God holdning, støtte og forståelse fra kolleger opplevdes betryggende for deltakerne. Studien til Wangensteen (2008) trekker også frem at nyutdannede sykepleiere satte pris på en hyggelig atmosfære på arbeidsplassen. Det å få lov til å være ny, bli oppmuntret til å stille spørsmål samt kolleger som kommer med oppmuntrende tilbakemeldinger, oppleves positivt for deltakerne i denne studien.

Noen av studiedeltakerne hadde også eksempler på hva som skapte dårlig arbeidsmiljø, og nevnte da spesielt at evnen til å samarbeide med andre varierte blant kolleger. Noen ganger opplevde de liten forståelse fra kolleger. Skau (2005) sier at for de fleste profesjonsutøvere betraktes samarbeidsevne som en viktig form for personlig kompetanse. Det handler om hvem vi lar andre får være i møtet med oss selv, og hva vi har å gi på et mellommenneskelig plan. Det er lite studier på nyutdannede anestesisykepleiere men studier gjennomført på nyutdannede sykepleiere viser også at arbeidsmiljø, støtte fra kolleger har stor betydning for hvilken grad av trygghet de nyutdannede sykepleierne opplever (Parker et al., 2014; Glynn og Silva 2013; Saghafi et al., 2012; Kelly og Ahern 2009; Mauleon og Ekman, 2002).

8.0 Studiens reliabilitet og validitet

Vi vil i det følgende diskutere validitet og reliabilitet i vår forskningsprosess.

Målet i kvalitativ forskning er å utforske meningsinnholdet slik det oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng (Malterud, 2013). Vår problemstilling belyser hvordan den enkelte nyutdannede anestesisykepleier opplever sin kompetanse. Vi ønsket innsikt og forståelse basert på deres erfaring og opplevelse. Derfor ble kvalitativ metode et naturlig og riktig valg i denne studien. Hadde vi derimot ønsket å måle deltagerens kompetanse, ville det vært riktig å anvende kvantitativ metode.

Vi mener at vi har ivaretatt deltakerne på en etisk forsvarlig måte gjennom hele studien. De etiske forskningsoverveielser er beskrevet i punkt 5. Det viste seg imidlertid at ti av informantene ikke hadde fått informasjonsskrivet fra sin leder, selv om vi ba avdelingsleder gjøre dette. Noen visste ikke hvorfor de ble intervjuet, og heller ikke hva temaet var. Vi undrer oss på om vi hadde fått andre data dersom deltakerne hadde tenkt igjennom forskningsspørsmålet på forhånd. Samtidig opplevde vi deltakerne som engasjerte og positive, og fikk mange rike og relevante data som belyste problemstillingen på en nyansert måte.

Vår rolle som intervjuer var helt ny, og dette kan ha påvirket våre data. Vi kan ha oversett og unngått nyanser i meningsenheter. Kvale og Brinkmann (2009) beskriver at kvalitative forskningsintervju ses som håndverk, hvor kunnskap produseres gjennom interaksjon mellom intervjuer og deltaker. Intervjuet preges av intervjuerens praktiske ferdigheter, kjennskap til temaet og personlige vurderinger. Dette vil igjen påvirke kvaliteten til de produserte data. Kvale og Brinkmann (2009) sier at for å bli en kvalifisert intervjuer så kreves omfattende trening. Til tross vår uerfarne rolle så hadde vi god kjennskap til temaet problemstillingen belyste. Vi brukte en semistrukturert intervjuguide som ga samtalen struktur og hensikt. Vi pilottestet intervjuet to ganger. Vi har erfaring som sykepleiere i mange år, og er vant med å være i dialog med mennesker. Dette til sammen styrket våre ferdigheter som intervjuer og personlige vurderinger på når og hvordan spørsmålene til deltakerne ble stilt.

Vår evne til å intervju vil påvirke troverdigheten i studien. Under selve intervjuet har vi tilstrebet å være åpne og påvirke minst mulig. Dette gjorde vi ved å lytte aktivt og

legge så lite føringer i samtalen som mulig. Vi ønsket å få frem flere nyanser om deres opplevelser og erfaringer. Vi opplevde imidlertid at noen av deltakerne sporet litt av og snakket da rundt temaet vårt. Vi var bevisste på at spørsmål kunne oppfattes ulikt for deltakerne. For å unngå misforståelser valgte vi å tilpasse og eksemplifisere for å sikre at intervjupersonen har forstått spørsmålet. Malterud (2013) sier at validering underveis i intervjuet er viktig. For å ivareta dialogisk validering og forsikre oss om at vi hadde riktig oppfatning så stilte vi oppfølgingsspørsmål som: Hva mener du, Kan du si noe mer om? Har jeg forstått deg riktig? På denne måten bidrar dette til en felles forståelse mellom forsker og deltaker (Malterud, 2013). Dette er med å styrke studiens troverdighet. Vi mener at informantene har gitt oss rike og relevant data og nye kunnskaper som bidrar til å belyse vår problemstilling på en god måte.

Deltakersjekk er en måte for å kontrollere troverdigheten på i studien (Polit og Beck, 2010; Malterud, 2013). Det innebærer at vi kan sende de transkriberte intervjuene og utskriften av våre resultater til informantene, for å kontrollere om det stemmer med deres versjon. Vi valgte å ikke sende utskriften til deltakerne for korrektiv. Malterud (2013) skriver at det nødvendigvis ikke trenger å ha noen betydning for validering av studien. Vi tok intervjuene opp på lydbånd og hadde god lyd. Lydbåndopptakene ga oss nøyaktige beskrivelser av det informantene fortalte. Dette var med på å styrke troverdigheten til studien. Reliabiliteten kan styrkes dersom to forskere transkriberer samme intervju (Kvale og Brinkman, 2009). Vi ble enige å transkriberte våre intervjuer selv. Malterud (2013) sier at vi som forskere må selv ta ansvar for våre tolkninger og funn.

Vi valgte systematisk tekstkondensering som analysemetode. Den er grundig beskrevet trinn for trinn og Malterud (2013) anbefaler denne for nybegynnere. Ifølge Malterud (2013) trenger vi ikke omfattende teoretisk skoling for å gjennomføre systematisk tekstkondensering på en forsvarlig måte. Derimot er alltid refleksivitet og systematikk forutsetninger for at analysen skal lede til vitenskapelig kunnskap. Analyse av kvalitative data er en krevende prosess og for oss som uerfarne forskere har det vært fint å bruke en metode som er detaljert beskrevet. Dette reduserer muligheten for å gjøre feil. Vi har vært bevisst på vår nye rolle som forsker og at vi nettopp derfor har gjort analysen så nøyaktig som mulig. Analyseprosessen er beskrevet i metodekapittelet punkt 4. Det at analysen er detaljert beskrevet gjør at

leserne får mulighet til å følge stegene våre trinn for trinn. Leseren kan tilbakeføre funnene til den konteksten kunnskapen er hentet fra. På denne måten har vi ivare tatt intersubjektiviteten i oppgaven. Dette er ifølge Malterud (2013) viktig i forhold til å styrke oppgavens troverdighet og ekstern validitet. Målet ved kvalitativ forskning er ikke å generalisere. Ifølge Malterud (2013) skal vi som forskere vurdere funnens eksterne validitet for studiens overførbarhet. Vi er oppmerksomme på at funn i denne studien er for lite til at det kan generaliseres. Men på en annen siden antar vi at de fremkomne funn i denne studien, er noe nyutdannede yrkesutøvere flest kan identifisere seg med. Vi mener derfor at de beskrivelser som er gitt av nyutdannede anestesisykepleiere i denne studien vil kunne være av nytteverdi i tilsvarende klinisk sammenheng, rundt om i landet.

Antall deltakere avhenger av formålet med studien. Det ligger ofte rundt 15 +/- 10 (Kvale, 2010). Polit og Beck (2010) sier at kvalitativ forskning er preget av små utvalg. Utvalget skyldes en kombinasjon av tid og tilgjengelige ressurser. Målet for studien var ikke å generalisere men å få kunnskaper om hvordan informantene opplever og erfarer sin kompetanse. Vi valgte 11 deltakere og mener at dette er håndterbart da vi var 3 forskere. Vi hadde tid og ressurser til å håndtere datamaterialet på en grundig måte, og mener det styrker studiens troverdighet. Malterud (2013) beskriver at det ikke er gitt at den vitenskapelige kvaliteten blir bedre ved å være flere forskere, men materialet kan ha nytte av flere øyne som vurdere. Dette kan gi flere perspektiver. Vi synes det har vært positivt å være tre forskere i analyseprosessen. Det har ført til nyanserte kunnskaper og på denne måten styrket gyldigheten av funnene. Deltakerne ble rekruttert fra seks ulike sykehus. Vi mener derfor at vårt utvalg har gitt oss nyanserte kunnskaper om nyutdannedes hverdag og at dette styrker studiens troverdighet.

9.0 En oppsummering av studien

9.1 Konklusjon

Funnene viser at de nyutdannede anestesisykepleierne i stor grad opplever å mestre sine oppgaver på en tilfredsstillende måte. Samtidig opplevde de at mestringsfølelsen var noe varierende på enkelte områder. Mengdetrening og et godt faglig miljø var viktig for å oppøve sine ferdigheter. De hadde en generell oppfatning av at kollegaene gjerne diskuterer fag relatert til pasientarbeid. Dette ble sett på som betydningsfullt i forhold til læring og dermed en bevisstgjøring på kompetansen på ulike områder.

Det kom frem at avdelingene tilstrebet å ta hensyn til at de er uerfarne, men krav om effektivitet ofte medførte at de opplevde liten tid til forberedelse mellom hver pasient. Dette opplevdes stressende i noen sammenhenger, men en utfordring som var spennende å jobbe med.

Funnene i intervjuene ble vurdert i forhold til valgt teori og man ser at det er sammenfall mellom teori og informantenes egne opplevelse av det å være nyutdannet.

9.2 Kliniske implikasjoner

I hvilken grad har studien relevans for praksis? Denne kvalitative studien har belyst flere dimensjoner ved det å være nyutdannet anestesisykepleier. Det finnes lite studier fra tidligere på nyutdannede anestesisykepleiere, og derfor mener vi studien har relevans for praksis. Det kommer tydelig frem i studien at det er flere faktorer som spiller inn på opplevelse av kompetanse og denne kunnskapen er nyttig for ledere i ulike anesthesiavdelinger. Avdelingen har da muligheten på bakgrunn av studiens resultater til å legge forholdende til rette for å øke de nyutdannede anestesisykepleiernes opplevelse av mestring og kompetanse.

Lowerk og funksjonsbeskrivelsen (ALNSF, 2006) pålegger anestesisykepleierne å utføre yrket på en faglig forsvarlig måte. De opplevde det som utfordrende å imøtekomme dette kravet til enhver tid. Arbeidsdagene preges av et fullbooket pasientprogram og i perioder kan avdelingen være underbemannet. Denne bevisstgjøringen er nyttig for praksisfeltet ved at de kan legge forholdende til rette for at de som er nyutdannet får mer tid mellom pasientene. Det vil også være

hensiktsmessig at de nytdannede selv oppfordres til å gi tydelig uttrykk for at de opplever at tiden ikke strekker til. Dette er særlig viktig når de opplever at effektivitet går på bekostning av pasientsikkerhet.

Informantene så på sine kollegaer som dyktige og gode rollemodeller, og de opplevde konstruktiv tilbakemelding som lærerikt og nyttig. Det ga dem en bevisstgjøring i hva de mestret og dermed trygghet i egen kompetanse. Bevissthet rundt egen kompetanse var viktig for dem, og ved at avdelingen legger til rette for faglige diskusjoner vil de nytdannede anestesisykepleierne reflektere og få økt selvinnsikt.

Godt samarbeid og bevisstgjøring rundt god kommunikasjon førte til at anestesisykepleierne opplevde større grad av mestring og opplevelse av kompetanse. Når kommunikasjonen svikter og samarbeidet fungerer dårlig oppleves det som stressende. Fokus på kommunikasjon og godt samarbeid vil kunne føre til bedre teamarbeid og øke anestesisykepleiernes opplevelse av å mestre situasjonen. Dette krever planlegging og kunnskaper om kommunikasjon og samarbeid; som for eksempel en økt bevissthet på kommunikasjonens betydning i praktiske øvelser. Simuleringsøvelser kan bidra til en økt fellesforståelse av hvordan kommunikasjon i teamet har innvirkning på opplevelse av mestring.

9.3 Videre forskning

Få andre studier har beskrevet nytdannede anestesisykepleieres opplevelser av egen kompetanse i sin yrkesutøvelse. Denne studien rettet nettopp søkelyset på nytdannede anestesisykepleiere. Studien viser at nytdannede anestesisykepleiere i det store opplever arbeidsdagen som meningsfull. Det kom frem i denne studien at det er viktig å være oppmerksom på faktorer som kan bidra til et positivt arbeidsmiljøet. Dette stemmer overens med funn fra tidligere forskning. På hvilken måte kan arbeidsmiljøet bidra til at nytdannede anestesisykepleiere skal bli så funksjonsdyktige yrkesutøvere som mulig, ble ikke kartlagt i denne studien. Det er derfor ønskelig at framtidig forskning undersøker og identifiserer faktorer som arbeidsmiljøet i operasjonsavdeling. På sikt kan det være interessant å gjennomføre en surveyundersøkelse hvor flere nytdannede anestesisykepleiere kan delta, for å se om målsettingen i rammeplanen om funksjonsdyktig etter endt utdanning er oppnådd (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005).

Litteraturliste

ALNSF (2006). *Funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere*. Anestesisykepleiernes Landsgruppe av NSF. Hentet fra: <http://www.alnsf.no/index.php/om-alnsf/dokumenter-og-vedtekter/56-funksjonsbeskrivelse-for-anestesisykepleiere>

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Averlid, G og Axelsson, S.B. (2012). Health-Promoting Collaboratin in Anesthesia Nursing: A Qualitative Study of Nurse Anesthetists in Norway. *AANA Journal*. Vol. 80, No. 4.

Belcher M. og Jones LK. (2009). Graduate nurses experiences of developing trust in the nurse-patient relationship. *Contemporary Nurse*. 31(2):142-52.

Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert*. (1.utg.) 1opplag. TANO forlag AS.

Brunn, G.A.M. (2011). Anestesisykepleierens kompetanse. I: Hovind, I.L. (Red.). *Anestesisykepleie* (2. utg., s. 19-38). Oslo: Akribe AS.

Elisha S. og Rutledge D.N. (2011). Clinical education experiences: perceptions of student registered nurse anesthetists. *AANA Journal*. 79 (4 Suppl): 35-42.

Fasting, S. (2010). Risiko ved anestesi. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. Nr 5: 130: 498-502.

Gilje, N. og Grimen, H. (2009) Hermeneutikk: forståelse og mening. I: Gilje, N og Grimen, H. (Red.). *Samfunnsvitenskapelige forutsetninger*. (13. opplag, s. 142-170). Universitetsforlaget AS

Glynn, P. og Silva S. (2013). Meeting the needs of new graduates in the emergency department: a qualitative study evaluating a new graduate internship program. *Journal of Emergency Nursing*. 39(2):173-8.

Henrichs B. Rule A. Grady M. Ellis W. (2002). Nurse anesthesia students' perceptions of the anesthesia patient simulator: a qualitative study. *AANA Journal*. 70(3):219-25.

Høymork, S.C. (2010). Anestesi i endring. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. Nr 4: 130

Judge, T.A. og Bono, J.E. (2001). Relationship of Core Self-Evaluations Traits-Self-Esteem, Generalized Self-Efficacy, Locus of Control, and Emotional Stability- With Job Satisfaction and Job Performancs: A Meta-Analysis. *Journal of Applied Physhology*. Vol 86, No 1. 80-92.

Kaddoura, M.A. (2010). New graduate nurses' perceptions of the effects of clinical simulation on their critical thinking, learning, and confidence. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(11):506-16.

Kelly, J. og Ahern K. (2009). Preparing nurses for practice: a phenomenological study of the new graduate in Australia. *Journal of Clinical Nursing* 18(6):910-8.

Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kirkebøen, K.A., Lindholm, E. og Ræder, J. (2010). Valg av anestesimetode og anestesimidler. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. Nr 4, 130: 388-91.

Kjøllesdal, A. (2005). Teknologi. I: Moesmand, A.M. og Kjøllesdal, A. (Red). *Å være akutt kritisk syk – om pasientens og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov.*(2.utg. s. 100-143). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvale, S og Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Lai, L. (2013) *Strategisk kompetanseledelse*. (3.utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Lov av 1999-07-02 nr 61. *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)*. Helse og omsorgsdepartementet.

Lov av 1999-07-02 nr 63. *Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Lov av 1999-07-02 nr 64. *Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven)*. Helse-og omsorgsdepartementet.

Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. (3. utg.). Oslo:

Universitetsforlaget AS.

Mahmoud, K.A. (2010). New Graduate Nurses` Perceptions of the Effects of Clinical Simulation on Their Critical Thinking, Learning, and Confidence. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 41 (11): 506-516.

Mauleon, A.L. og Ekman S.L. (2002) Newly graduated nurse anesthetists' experiences and views on anesthesia nursing--a phenomenographic study. *AANA Journal*. 70 (4): 281-7.

Norsk standard for anestesi (2010). (4. rev.). Hentet fra:

http://www.alnsf.no/images/Alnsf/Standard_for_anestesi_20101.pdf

Norsk Sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer, ICNs etiske regler*. Oslo

Nortvedt, W.M., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, V.L. og Reiner, M.L. (2012) *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribe AS

Parker, V. Giles M., Lantry, G. og McMillan M. (2014). New graduate nurses' experiences in their first year of practice. *Nurse Education Today*. 34(1):150-6.

Patterson B. Bayley EW. Burnell K. Rhoads J. (2010). Orientation to emergency nursing: perceptions of new graduate nurses. *Journal of Emergency Nursing*. 36(3):203-11.

Perez EC. Carroll-Perez I. (1999). A national study: stress perception by nurse anesthesia students. *AANA Journal*. 67(1):79-86.

Perry, R. T. (2005). The Certified Registered Nurse Anesthetist: Occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *AANA Journal*, Vol. 73, No. 5, 351-356.

Polit, D.F. og Beck, C.T.(2010) *Essentials of nursing research – Appraising evidence for nursing practice* (7.utg.). London: Wolters Kluwer/Lippincott Williams &Wilkins.

Utdannings- og forskningsdepartementet (Fastsatt 1.desember 2005). Rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie. Hentet 20 august 2013, fra Universitetet i Agders hjemmeside: <http://www.uia.no/>

Rheume, A., Clement, L., LeBel, N. og Robichaud K. (2011). Workplace experiences of new graduate nurses. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*. 24(2):80-98.

Saghafi, F. Hardy, J. og Hillege S. (2012). New graduate nurses' experiences of interactions in the critical care unit. *Contemporary Nurse*. 42(1):20-7.

Sykepleierens Samarbeid i Norden. (2003) Ethiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. *Vård i Norden*, 23 (4).

Skau, G. M. (2011) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (4. utg.). Cappelen Akademiske Forlag.

St.meld. nr 42 (1997-1998) *Kompetansereformen*. Helse- og omsorgsdepartementet.

Thornquist, E. (2012). Fenomenologi. I: Thornquist, E. (Red.). *Vitenskapsfilosofi og Vitenskapsteori for helsefag*. (5. opplag. S. 83-134). Bergen. Fagboklaget Vigmostad & Bjørke AS.

Wangensteen, S., Johansson, I.S. og Nordstrøm, G. (2008). The first year as a graduate nurse – an experience of growth and development. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 1877-1885.

Wren K.R. (2001). Learning from a nurse anesthetist perspective: a qualitative study. *AANA Journal*. 69(4):273-8.

Vedlegg 1. Oversikt over tidligere forskning.

Forfatter (ref) *	Forsknings- Spørsmål	Design	Metode	Resultat
Parker V. et al. 2014 (1)	Å utforske nyutdannede sykepleiernes opplevelse av sitt første år i arbeid. Å identifisere faktorer som påvirker deres overgang til arbeidslivet, tilfredshet og sannsynligheten for å forbli i arbeid.	Kvalitativ og kvantitativ beskrivende design.	Spørreskjema og fokusgrupper-intervju av 282 nyutdannede sykepleiere.	Arbeidsmiljø, tilgjengelig støtte, samt den enkelte evne til å lære og tilpasse seg arbeidsplassens kultur og å imøtekomme egne og andres forventninger, og i mindre grad tidligere erfaring er faktorer som påvirker den nyutdannede sykepleiernes opplevelse av sitt første år i sin yrkesutøvelse.
Glynn P. og Silva S. 2013 (3)	Å undersøke nyutdannede akutt-sykepleieres opplevelser om kliniske-program.	Kvalitativ design.	Intervju av 8 nyutdannede akutt-sykepleiere..	(1) tilegner seg av ny kunnskap og ferdigheter i et spesialitet, (2) blir dyktigere, og (3) støtte i.f.m roller-overgang. Avdelingsleder og praksisveileder har betydelige betydning.
Saghafi F. et al. 2012 (9)	Å undersøke nyutdannede sykepleieres opplevelser av mellommenneskelige relasjoner:- samhandling med pasienter, og andre medarbeider i intensiv-avdeling	Kvalitativ beskrivende fenomenologiskdesign	Semistrukturerte dybde-intervjuer av 10 nyutdannede sykepleiere.	Deltakerne opplevde mellommenneskelig relasjoner som en del av sin faglige utvikling, er påvirket av både (i) hvordan de ser seg selv og (ii) hvordan de oppfatter at andre ser dem.
Elisha S. og Rutledge DN. 2011 (19)	Å beskrive sykepleiere i videreutdanning i anestesi opplevelser om og holdninger knyttet til kliniske studier.	Kvantitativ beskrivende design, tverrsnittsstudie.	Spørreskjema-stratifisert radomisert utvalg av 696 sykepleiere i videreutdanning i anestesi.	Verbale overgrep ble rapportert av nesten 70% av deltakere. Men praksisveileder oppleves som positive rollemodeller og trakk fram den ideelle atferdsmessige kjennetegn for praksisveileder omfatter: - ro under stressende situasjoner, bruk av ikke-aggressiv kommunikasjon, tydelig kommunikasjon, og oppmuntring uavhengige beslutninger. Deltakerne fant praksisveileder sin unike caser og kliniske forelesninger mer nyttige i kliniske læring sammenlignet med store runder med kirurger og anestesilog.
Rhéaume	Å beskrive nyutdannede	Kvalitativ	Semistrukturerte	Fem temaer fremkom av dataanalysen: - å overleve sykehusets

A. et al. 2011 (21)	sykepleiernes opplevelser av sitt første år i arbeid. Å utforske faktorer som fører til at de vurderer å slutte i arbeidet.	beskrivende design.	intervjuer av 23 nyutdannede sykepleiere.	kultur de første månedene, - å sliter med å opprettholde en balanse med det å være en sykepleier og densåkalte, tilsynelatende en profesjonell rolle, - strategiske valg - å se på fremtiden. Funnene tyder på at det første året i arbeid fortsetter å være vanskelig for nyutdannede. Flere deltakere byttet jobb i løpet av sitt første år, og flere andre vurderer seriøst å slutte.
Kaddoura MA 2010 (29)	Å undersøke nyutdannede sykepleieres oppfatninger av hvordan klinisk simulering forbedrer deres kritisk tenkning ferdigheter, læring og trygghet.	Kvalitativ og kvantitativ utforskende, beskrivende design.	Spørreskjema og semistrukturerte intervjuer av 10 nyutdannede sykepleiere.	Deltakerne rapporterte at simulering har hjulpet dem til å lære å ta gode kliniske beslutninger for å forbedre pasientens utfall, har forberedt dem godt til å være trygt overfor kritisk syke pasienter.
Patterson B. 2010 (32)	Å få en forståelse av hvordan nyutdannede sykepleiere som søker seg til akuttsykepleie erfarer introduksjonsprogram og akutt sykepleie ved starten og slutten av en 6-måneders program.	Kvalitativ og kvantitativ beskrivende design.	Spørreskjema og intervju av 15 kvinner og 3 menn.	Deltakerne delte sine erfaringer av hvorfor de hadde blitt tiltrukket av akuttsykepleie-programmet, akuttmottaket som arbeidsplass og, å være i en ny jobb og rolle, refleksjoner omkring deres utvikling, og kliniske komponentene i programmet, og deres anbefalinger for fremtidige intro-programmer. Resultater fra den kvantitative undersøkelsen indikerte at de fant arbeidet med introduksjonsprogram for å være stressende.
Belcher M. og Jones LK. 2009 (36)	Å utforske og beskrive nyutdannede sykepleieres opplevelser om å etablere tillit i sykepleier-pasient-forholdet.	Kvalitativ utforskende, beskrivende design.	Dybdeintervjuer av 7 nyutdannede sykepleiere.	Resultatene tyder på at før en nyutdannet sykepleier kan oppnå et tillitsfullt forhold til en pasient, må hun først være istand til å lage en pleieplan med pasienten, innehar gode kommunikasjonsferdigheter, og er profesjonell og trygg.
Kelly J. og Ahern K. 2009 (37)	Å utforske forventningene til siste års sykepleierstudenter før de begynner i arbeidet. Å beskrive nyutdannede sykepleieres opplevelser om sine første seks månedene i arbeid som sykepleiere.	Husserls fenomenologisk tilnærming.	Semistrukturerte intervjuer av 13 deltakerne - ved tre intervaller: før tiltredelse, en måned og seks måneder som ansatt.	Som studenter, hadde deltakerne positive oppfatninger rundt sin forestående rolle som sykepleier, og hva det vil innebære. Men etter en måned som ansatt, ble det klart at avdeling består av en kultur med en "gruppe" som ekskluderte dem. Den nyutdannede var uforberedt på 'bitchiness' og den begrensede støtte med ukjente oppgaver de fikk fra sykepleiere. Deltakerne fant også ut at rotasjon på forskjellige avdelinger vekkes de følelsene som de opplevde ved tiltredelse.

Wangenst een. S et al. 2008 (38)	Å undersøke hvordan nyutdannede sykepleiere erfarer deres første år som sykepleier.	Kvalitativ design.	Individuelle intervju av 12 sykepleiere med arbeid på sykehus og i hjemmetjenesten.	Resultatene belyser tre kategorier: opplevelser av å være ny, opparbeide erfaring og opparbeide kompetanse. Sykepleierne beskriver en tøff start med erfaringer som vekst og utvikling.
Mauleon AL. og Ekman SL. 2002 (61)	Å identifisere og beskrive forskjellige måter på hvordan nyutdannede anestesisykepleiere opplever og erfarer anestesisykepleie.	Beskrivende fenomenologisk design.	Spørreskjema med 4 åpne spørsmål, 9 deltakerne (1 mnds arbeidserfaring) deltok.	Resultatene deles inn i tre kategorier: (1) å opprettholde fysisk velvære, (2) å være beskyttede og talsmenn, og (3) evne til å utføre god anestesisykepleie gitt alle de kravene som stilles til den nyutdannede anestesisykepleier. Resultatene tyder på at for de nyutdannede anestesisykepleiere, ble anestesisykepleie - situasjonen i stor grad påvirket av kontekst og spontane følelser av utilstrekkelighet å ikke kunne gi emosjonell støtte, som de mente sine pasienter trengte.
Henrichs B. et al. 2002 (62)	Å beskrive anestesisykepleier studentenes erfaringer med MedSim simulator som en del av sin opplæring.	Kvalitativ design.	Observasjoner av 12 anestesisykepleierstudenter i fire forskjellige økter.	Resultater viser at selv om studentene opplever angst, uro eller frykt under øktene, følte de at det var veldig lærerikt m.t.p forbedret kritisk tenkning og beslutningstaking ferdigheter, økt selvtillit, og forbedret klinisk planlegging.
Wren KR. 2001 (63)	Å utforske anestesisykepleierens erfaringer om læring og problemløsning.	Kvalitativ design.	Intervju og observasjon av 5 eksperte anestesisykepleiere.	Tre temaer fremkom av dataanalysen: eksperte anestesisykepleiere ønsker først 1. å kjenne de farmakologiske, fysiologiske-patofysiologiske ("basic") prinsipper som trengs for å forstå kliniske situasjoner. 2. når de er komfortable med deres forståelse av de grunnleggende prinsippene, vil de deretter "prøve ut" den nye kunnskap eller teknikk i sin kliniske praksis. 3. ettersom erfaringer akkumuleres, lager anestesisykepleiere komplekse praksis strukturer og demonstrerer økt nivå av tillit, komfort, og kompetanse i praksis.
Perez EC. og Carroll-	Å konkludere, gjengi anestesisykepleierstudents	Kvantitativ design.	Spørreskjema 68,4% av 2200	Resultat viser at studenter opplever et betydelig nivå av stress. Den viste et behov for skoler å utvikle, innføre stressmestring-

Perez I. 1999 (66)	opplevelser av stress i studie. Å undersøke bruk av stressmestring-forelesning og åpent-sint politikk i studie.	anestesi- sykepleier- studenter responderte.	forelesning.
-------------------------------	--	---	--------------

Vedlegg 2 Intervjuguide

Introduksjon

Hilse på og takke for at personen vil være deltaker. Spørre om tillatelse til at vi er to på intervjuet.

Fortelle litt om oss selv og masterprosjektet. Presisere at det er deltagerens opplevelse vi er ute etter, ikke for å teste deres kompetanse.

Dette er et masterprosjekt med den hensikt å få kunnskaper om nyutdannede anestesisykepleieres egen opplevelse og erfaringer om sin kompetanse i arbeid.

Du har fått et informasjonsskriv, har du noen spørsmål til det?

Båndopptager, lydfil vil bli sikkert oppbevart og slettet

Anonymitet sikret

Kan trekke seg når som helst

Vi har valgt ut tre temaer som vi ønsker å snakke om.

Egen opplevelser og erfaringer om kompetanse i forhold til **pasientbehandling**

Hvordan opplever du din kompetanse iforhold til det å skape trygghet før innledning av anestesi?

Hva er utfordringene, hva gjør det med deg, hva kunne ha gjort annerledes....?

Har det noen betydning hvilken pasientgruppe dette gjelder? (barn, unge , elder, akutt syke)

Får du gitt nok informasjon?

Anestesiforløpet.

Hvordan opplever du din kompetanse med å gjennomføre et anestesiforløp?

Hvordan opplever du det?

Har du tanker om hva som kunne vært gjort annerledes? Noe som kunne vært gjort bedre?

Kan du fortelle om en god eller dårlig opplevelse?

Blir det tatt hensyn til at du er ny, arbeidsansvar - kompetanse

Komplikasjoner

Hva er din erfaring med komplikasjoner ?

Kan du si noe om hvordan du håndterer dette, Hvordan du opplever situasjoner der komplikasjoner oppstår?

Kunne noe vært gjort annerledes?

Egen opplevelser og erfaringer om kompetanse i forhold til rolle

Hvordan opplever du din kompetanse iforhold til de ulike funksjonene en anestesisykepleier har?

- samarbeid med andre yrkesgruppe
- bredt og variert arbeidsområder, ulike funksjoner
- uforutsigbarhet/forutsigbarheten
- selvstendig arbeid/teamarbeid – uklare grenser

Egen opplevelser og erfaringer om kompetanse i forhold til krav om effektivitet.

Hvordan opplever du din kompetanse iforhold til krav om effektivitet?

Opplever du at det er nok tid til forberedelser? (lese journal, klargjøre, teste utstyr, med. osv...

Hvordan opplever du kvaliteten på anestesien iforhold til effektiviteten I ditt daglige arbeid? (faglig forsvarlighet, nok tid til informasjon)

Oppfølgingsspørsmål: Kan du si noe mer om? Kan du gi noen eksempler

Fortolkende spørsmål: Har jeg forstått det riktig at..? Oppsummere innimellom

Tilslutt: Spørre om noen har noe mer de ønsker å si, fortelle

Vedlegg 3 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Den nyutdannede anestesisykepleierens opplevelse og erfaring om egen kompetanse ”

Bakgrunn og formål

Vi er en gruppe på tre studenter som skriver en masteroppgave ved Universitetet i Agder. Formålet med denne studien er å få dybdekunnskap om nyutdannede anestesisykepleiere og deres opplevelse av kompetanse i sin yrkesutøvelse

Vi velger 10 nyutdannede anestesisykepleiere på 3 sykehus. Inklusjonskriteriene er inntil 2 års arbeidserfaring, variasjon i alder og kjønn. Prosjektet er en kvalitativ studie der vi ønsker dybdekunnskap om vårt tema. Vi mener at nyutdannede anestesisykepleier kan bidra til å belyse vår problemstilling.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien har en kvalitativ tilnærming med individuelle intervjuer til datainnsamling. Vi planlegger å gjennomføre intervjuene på deltagerens arbeidsplass, med ca 1 times varighet. Intervjuene ønsker vi å gjennomføre i januar 2014. Vi vil bruke båndopptager under intervju, evt være to personer tilstede ved intervju slik at den ene kan ta notater i tillegg til lydopptak. Spørsmålene vil omhandle deltagerens opplevelse og erfaring om egen kompetanse i deres yrkesutøvelse.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Deltagerne og de valgte sykehusene vil bli anonymisert. Det vil kun være studentene og veileder på prosjektet som har tilgang til personopplysninger. Datamaterialet vil bli forsvarlig oppbevart etter Universitetet i Agder sine retningslinjer. Data vil bli slettet når prosjektet er ferdig. Deltagerne vil ikke kunne gjenkjennes i studien. Vi inviterer anestesisykepleiere fra tre sykehus. Dette skal sikre deltagerens personvern og hindre gjenkjennelse i studien.

Prosjektet skal etter planen avsluttes mai 2014

Frivillig deltakelse

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

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med:

Christina Lauvdal: 90540688 mail; christina.lauvdal@hotmail.com, Kari Omland: 95773792 mail; kario12@student.uia.no, Thao Pham : 90123246 mail: thaop12@student.uia.no

Veileder: Førsteamanuensis Gudrun Rhode, 99164094, Mail: Gudrun.e.rohde@uia.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

[Samtykke kan innhentes skriftlig eller muntlig. Dersom samtykke innhentes skriftlig fra deltageren, kan du benytte formuleringen under. Hvis foreldre/verge samtykker på vegne av barn eller andre uten samtykkekompetanse, må samtykkeformuleringen tilpasses, og deltagerens navn bør fremgå.]

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4 Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Gudrun Rohde
Institutt for helse- og sykepleievitenskap Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 18.10.2013

Vår ref: 35879 / 3 / LT

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35879	<i>Den nyutdannede anestesisykepleierens erfaring og opplevelse av egen kompetanse i sin yrkesutøvelse</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Gudrun Rohde</i>
<i>Student</i>	<i>Thao Pham</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 10.05.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold tlf: 55 58 33 77

Vedlegg: Prosjektvurdering

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uib.no

