



UNIVERSITETET I
NORDLAND

MASTEROPPGAVE

”Når du er her må du fungere”

Nyutdannede operasjonssykepleieres
utfordringer.

Masteroppgave i klinisk sykepleie
SY300H

Marit Alice Stavseth
Vår 2013



Innhold

Forord	4
Sammendrag	5
Kapittel 1 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling og presentasjon av problemstillingen	6
Kapittel 2 Tidligere forskning	9
2.1 Søkeprosedyre.....	9
2.2 Inklusjonskriterier	10
2.3 Stress og mestring	11
2.3 Mangel på støtte og arbeidspress som stressårsak	11
2.4 Ubalanse mellom ledernes krav og arbeidsbelastning.....	12
2.5 Konsekvens av store arbeidsbelastninger blant nyutdannede– utbrenthet.....	12
2.6 Konsekvens av store arbeidsbelastninger hos nyutdannede – økt fravær – skifte yrke	13
2.7 Uhøflighet i arbeidsmiljøet bidrar til utbrenthet og jobbskifte	13
2.8 Alvorlige hendelser kan medføre traumatisk stress.....	14
2.9 Stressbelastninger for operasjonssykepleiere.....	15
2.9.1 Oppsummering av tidligere forskning.....	16
Kapittel 3 Teorikapittel	17
3.1 Sykepleieteori	17
3.2 Definisjon av sykepleie, omsorg og faglig dyktighet	17
3.3 Operasjonssykepleiernes ansvarsområde.....	18
3.4 Teori om læringsstadier	19
3.5 Stress og stressbelastninger i jobbsammenheng	20

3.6 Teori om mestring	21
Kapittel 4 Metode.....	22
4.1 Studiens tema og forskning på eget fagfelt	23
4.2 Forskning på eget fagfelt	23
4.4 Valg av metode	25
4.5 Det kvalitative forskningsintervju og intervjuguide	26
4.6 Forskningsintervjuet og transkribering	28
4.7 Analysemetode	29
4.9 Validitet, overførbarhet og troverdighet.	35
Kapittel 5 Presentasjon av funn.....	37
5.1 Faglige utfordringer	38
5.2 Arbeidspress for nyutdannede	41
5.3 Belastninger ved sykefravær	42
5.4 Behov for individuell tilrettelegging	44
5.5 Utfordringer med uforutsigbarhet	45
5.6 Utfordringene som oppleves traumatisk for nyutdannede operasjonssykepleiere	46
5.5 Nedsettende adferd i operasjonsavdelingen	46
5.6 Redsel for ikke å strekke til i traumesituasjoner	49
5.7 Bearbeiding av traumeopplevelser	50
Kapittel 6 Drøfting av belastninger for nyutdannede operasjonssykepleiere.....	51
6.1 Opplevelse av arbeidspress	52
6.2 Fravær blant operasjonssykepleiere	55
6.3 Individuell tilrettelegging	58
6.3 Uforutsigbarhet på operasjonsavdelinger	61
6.5 Faglige utfordringer	64
6.6 De vanskeligste utfordringene for nyutdannede operasjonssykepleiere	66
6.7 Nedsettende adferd	66

6.8 Redsel for ikke å strekke til i traumesituasjoner	69
6.9 Bearbeiding av traumeopplevelsene	72
6.10 Forslag om tiltak for å redusere stress, øke status og sikre kvalitet på operasjonssykepleien.	74
Kapittel 7 Konklusjon	77

Vedlegg

Vedlegg nr. 1	Godkjenning fra NSD
Vedlegg nr. 2	Søknad om tillatelse til intervju
Vedlegg nr. 3	Informasjonsskriv til informanter
Vedlegg nr. 4	Beskrivelse av kategorier
Vedlegg nr. 5	Oversikt over søk
Vedlegg nr. 6	Lesematrise

Forord

Jeg har jobbet som operasjonssykepleier i snart 20 år. I en periode var jeg lærer for videreutdanningen og jeg har også tatt en pedagogisk utdanning. Underveis har jeg gjort observasjoner hvor jeg betrakter nyutdannedes situasjon til tider svært krevende. Dette gjelder på flere ulike nivåer. Det er et høyt tempo ved operasjonsavdelingene og kravet til produktivitet gjelder for lederne og for den enkelte som jobber i et operasjonsteam.

Fagligheten og sikkerheten må alltid stå i fokus rundt en operasjonspasient og det stilles store krav til faglig kompetanse til den enkelte. Det innebærer innsikt i pasientens lidelse og helsetilstand, i den nødvendige kirurgiske behandlingen, kontroll over de kirurgiske instrumenter, tekniske apparater og ivaretagelse av hygieniske prinsipper.

Operasjonssykepleieren har ansvar for å ha oversikt over tilrettelegging og forebygging av komplikasjoner på et høyt klinisk faglig nivå. På vakter innebærer det å dekke over mange ulike fagfelt. Hverdagen til en operasjonssykepleier er ofte uforutsigbar.

Jeg ønsker med denne masteroppgaven å bidra til en bedre forståelse for utfordringer nyutdannede opplever i perioden som ny og uerfaren operasjonssykepleier.

Disse fortjener en takk: Takk til min kjære mor som oppmuntret meg til å studere videre. Min far fortjener takk for all oppmuntring og min bror Bjørn for støtte underveis. Jeg er veldig takknemlig ovenfor mine barns bestemor Gerd, hun har vært uselvisk og på alle måter en enestående person hele veien. Jeg vil takke mine venner for oppmuntring og tålmodighet underveis. Særlig takkes Hilde for støtte og korrektur. Til min arbeidsplass rettes en stor takk til alle gode kollegaer for trivsel og støtte som bidrar til engasjement.

Bibliotekarene Elin Strand og Ove Eide fortjener ros og fine tilbakemeldinger for god hjelp.

Alle mest vil jeg takke mine kjære to barn Ole Fredrik og Lise Lotte for all tålmodighet og forståelse over flere år.

Til slutt vil jeg takke min veileder Professor Berit Brinchmann som hele veien har vært en engasjert, klok og tålmodig støtte. Gjennom dyktig veiledning hun fått meg til å strekke meg lengre og etablere forståelse som har gjort det mulig å ferdigstille denne masteroppgaven.

Sammendrag

Operasjonssykepleiere vil som nyutdannet befinne seg på novisestadiet.

Operasjonssykepleiefaget er svært omfattende og varierende. Det stilles høye krav til faglig innsikt og forståelse. I tillegg er krav om produksjon og effektivitet noe som preger hverdagen for operasjonssykepleiere.

I denne studien utforskes nyutdannede operasjonssykepleiere og deres opplevelser i løpet av de første årene etter endt videreutdanning. Det legges fokus på hva som oppleves vanskelig i en ny yrkesrolle. Faglige krav, forventninger og miljøet i operasjonsavdelingen gjør at de møter nye utfordringer.

Åtte semistrukturerte intervju av operasjonssykepleiere ved sentralsykehus og universitetssykehus er gjennomført. Tekstanalysen er inspirert av Kvale & Brinkmann samt Malterud. Det ble tatt utgangspunkt i hva informantene beskriver som frustrerende, belastende og traumatisk.

Funnene viser at nyutdannede opplever ulike stressbelastninger, noen er vanskeligere å håndtere. Vanskelige utfordringer for nyutdannet operasjonssykepleiere viser seg som faglige utfordringer, arbeidspress, belastninger ved sykefravær, behov for veiledning og uforutsigbarhet i jobb. Utfordringer som oppleves traumatisk relateres til usikkerhet i møte med traumesituasjoner, bearbeiding av inntrykk og opplevelser av nedsettende adferd.

Med tanke på belastningsgrad, viser funn at operasjonssykepleiere opplever det like tungt å være engstelig i mottak av traumer som den belastning de opplever om de blir utsatt for nedsettende adferd fra kollegaer.

Funnene blir drøftet i lys av Kari Martinsens teori om omsorg, Lazarus teori om stress og Anronovskys salutogenetiske tankegang. I tillegg tas Benners teori om læringsstadier med i søken etter ny forståelse.

Konklusjonen er at nyutdannede opplever stressbelastninger av flere årsaker og i ulik grad. Nyutdannede strekker seg langt, og slik kan en forstå at stress kan ha en positiv effekt for etablering av kunnskap og erfaring. Opplevs krav som trussel for velværet og for grensene til den enkelte operasjonssykepleier, vil stress ha en negativ effekt.

Kapittel 1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling og presentasjon av problemstillingen

Lillestrømerklæringen fra 2002 er den første erklæringen i verden om helsefremmede arbeidsplasser. I erklæringen står det at helsefremmede arbeidsplasser skapes når arbeidsplasser åpner opp for og imøtekommer den enkeltes behov, ressurser og potensial. Dette kan skje når arbeidsplassen er et sted for utvikling, og at en blir ivaretatt. Erklæringen ble utarbeidet i samarbeid med Statens arbeidsmiljøinstitutt, NHO, LO og Arbeids- og administrasjonsdepartementet. Det skal legges vekt på at arbeidsplassene er helsefremmede, der det gir rom for personlig, faglig utvikling og for læring i arbeidet. For at dette skal kunne skje er mestring og trygghet viktige faktorer. Det innebærer at læring er viktig for å skape trygghet blant arbeidstakerne slik at de ikke opplever angst, utrygghet og belastende arbeid (Bjørnstad 2010).

Forskning viser en nær sammenheng mellom konsekvens av store arbeidsbelastninger hos nyutdannede, økt fravær og ønske eller tendens til å skifte yrke. (Halfer & Graf 2006)

En omfattende studie av 43000 sykepleiere i USA, Canada, England, Skottland og Tyskland viser at forekomst av unge sykepleiere som planlegger å slutte i sin jobb på sykehus er opptil 30 prosent. Det kan bety at det vil bli færre sykepleiere som vil ta videreutdanning i operasjonssykepleie. (Aiken, Clarke, Sloane & Sochalski 2001) Stress blant sykepleiere viser også sammenheng med intensjon om å skifte yrke. (Lim, Bogossian & Ahern 2010)

Operasjonssykepleieryrket består av komplekse oppgaver, og det tar tid å føle seg trygg i rollen. Underveis mens man høster erfaringer og knytter disse sammen med faglig kunnskap vil man oppleve situasjoner som føles krevende, og at man føler man kommer til kort.

Operasjonssykepleierens ansvarsområde er omfattende.

Operasjonssykepleieren har i oppgave å fungere på en rekke ulike fagfelt i sitt daglige virke. I praksis innebærer det at en operasjonssykepleier kan assistere ved en kneoperasjon den ene dagen. Neste dag å assistere på avansert øreoperasjon, og kanskje på den tredje eller på vakt assistere til kjevefraktur eller er urologisk inngrep. Det kan også være behov for endringer i

løpet av arbeidsdagen på ulike fagområder innen kirurgi. De fleste operasjonsavdelinger har en viss rullering for å begrense det faglige ansvarsområdet, men ved sykdom eller mangel på personal vil planlagt program bli endret på svært kort varsel. Dette innebærer en liten grad av forutsigbarhet for arbeidsoppgaver i løpet av arbeidsdagen.

Operasjonssykepleiernes ansvarsområde innebærer klargjøring av operasjonsstuen med hensyn til valg av operasjonsutstyr til den enkelte operasjon. Variasjonene er store også innenfor den tekniske utstyrsparken som eksisterer på en operasjonsavdeling. Et eksempel er pasientens vekt i forhold til valg av operasjonsbord eller leie, det har stor betydning for gjennomføringen av en operasjon. Det er lite rom for å gjøre feil.

Operasjonssykepleier klargjør utstyr som er nødvendig under operasjonen, og har ansvar for å forberede pasienten til kirurgi. Operasjonssykepleieren har et stort ansvar når det gjelder sterilitet, hygieniske prinsipper og smittevernarbeid. Under operasjonen deler operasjonssykepleierens oppgaver seg i to roller. Den ene er den steril assisterende rolle hvor hun assisterer operatør og har kontroll på at ingenting blir igjen i pasienten etter operasjonen, som f. eks nål eller kompress. Den andre koordinerende rollen innebærer tilrettelegging av pasienten. Hun skal oversikt og ansvar for at operasjonsutstyr og instrumenter er til stede av det som trengs under en operasjon og at nødvendig utstyr fungerer. Etter inngrepet bandasjerer pasienten, og sammen med teamet har hun ansvar for pasienten til han er overlatt til postoperativ oppfølging - som oftest på post operativ avdeling.

Operasjonssykepleierne er ved flere sykehus tilknyttet akutt-teamet og er med i mottak av traumer i akuttmottaket. Ved sykehus hvor sterilsentraler ikke er døgnkontinuerlig bemannet vil sterilsentralen være stengt på kveld, natt og helger. Instrumenter vaskes, pakkes og steriliseres i svære autoklaver på sterilsentralen, også dette er under operasjonssykepleiernes ansvarsområde når det ikke er personalet fra sterilsentraler på vakt.

Som nyutdannet operasjonssykepleier befinner man seg i en ny arena hvor man har en funksjon å gjøre, pasienten skal ivaretas og forventninger skal innfris. Man er i stor grad avhengig av andre for å fungere, og selvsikkerheten er preget av manglende erfaring og usikkerhet over sin egen faglighet. Nyutdannede operasjonssykepleiere blir på nytt novise, det er begrenset hvilke tidligere sykepleieoppgaver som kommer til nytte i rollen som operasjonssykepleier. Sykepleieidentiteten og faglige kontroll kan for mange oppleves fraværende den første tiden.

Læring og trygghet har stor betydning for mestringen. Det har innvirkning på trivsel og opplevelsen av en helsefremmende arbeidsplass.

Miljøet på operasjonsavdelingen er en svært viktig faktor for trivsel og tilfredshet i yrket, og har også nær sammenheng med om operasjonssykepleierne blir værende i yrket over tid. (Parry 2008, Rudmann & Gustavsson 2008; Walton 2011; Vowels, Topp, Berger 2012).

Det er i dag en betydelig mangel på operasjonssykepleiere. Årsaker beskrives å være at behovet økes, flere pensjoneres og unge sykepleiere vegrer seg for å ta over (Sykepleien nr. 3 2013, kilde: Universitetssykehuset i Nord Norge og Oslo Universitetssykehus).

Som operasjonssykepleier har jeg over mange år observert at nyutdannede opplever mange utfordringer og stressende situasjoner. Dette til tross for at det tilrettelegges for at de deler ansvar med en mere erfaren operasjonssykepleier. I følge Lillestrømerklæringen bør arbeidsplassen være imøtekommende og et sted som ivaretar arbeidstakeren. Jeg ønsker derfor å undersøke nærmere hvordan nyutdannede opplever de første årene med tanke på det som er belastende på arbeidsplassen.

Problemstillingen er:

Hva gjør at nyutdannede operasjonssykepleiere opplever de første årene som vanskelig?

Kapittel 2 Tidligere forskning

I dette kapittelet vil søkeprosedyre først presenteres. Deretter presenteres inklusjonskriterier i kapittel 2.2. Påfølgende kapitler er sammendrag av relevant forskning. I det siste kapittelet under kapittel 2 presenteres en oppsummering.

2.1 Søkeprosedyre

Jeg har foretatt systematiske søk ved Ovid som er tilgjengelig via interne systemer på blant annet sykehus. De lager søkesystem for flere databaser. Via Ovid er det gjort søk i EMBASE, PsycINFO og Ovid Nursing Database. I det første søket i "Embase database" ble søkeordene surgery, environmental stress, surgical stress, role stress, social stress or stress management benyttet. Ved neste søk i "Ovid Nursing Database og PsycINFO" ble søkeordene medical-surgical nursing, psychological stress, workload, job satisfaction and occupational health benyttet.

Det er søkt i "McMaster", hvor operating room and nurse ble brukt. Videre er det gjort søk i Helsebibliotekets oversikter over relevante tidsskrifter og databaser. Etter anbefaling fra Nasjonalt kunnskapssenter for Helsetjenesten vil utvelgelsen først bli vurdert etter titler og sammendrag. Neste steg er å velge ut studier fra den man finner relevant og vurdere studiet i sin helhet etter inklusjon og eksklusjonskriteriene som er fastsatt.

Jeg fant lite forskning som fokuserte på nyutdannede operasjonssykepleiere.

Operasjonssykepleie og belastninger omhandlet særlig miljørelaterte årsaker som hierarki og trakassering. Etter søk i flere databaser fant jeg noe relevant forskning om operasjonssykepleie. Jeg tar forbehold om at det kan finnes mer relevant forskning om operasjonssykepleie.

Operasjonssykepleiere har på flere områder samsvar med sykepleieres belastningsårsaker og konsekvenser. Derfor har jeg og valgt å inkludere artikler om sykepleie som fokuserer på ulike stressbelastninger. Relevant forskning blir presentert under følgende temaområder:

- Stress og mestring
- Mangel på støtte og arbeidspres som stressårsak

- Ubalanse mellom ledernes krav og arbeidsbelastning
- Konsekvenser av for store arbeidsbelastninger blant nyutdannede
- Stressbelastning blant operasjonssykepleiere
- Uhøflighet i arbeidsmiljøet bidrar til utbrenthet og jobbskifte
- Alvorlige hendelser kan medføre traumatisk stress
- Stressbelastninger for operasjonssykepleiere

2.2 Inklusjonskriterier

Tidsrom for publisering er aktuelt å vurdere i denne sammenheng. Miljø og arbeidsplasser vil være i en kontinuerlig endring påvirket av generell samfunnsendring og utvikling. Dermed er det forskning publisert etter 2002 som er tatt med.

Det kan være usikkert i denne sammenheng å vise til og sammenligne data fra kulturer som er ukjent eller forskjellige fra vår kultur. Derfor vil det bli vektlagt å inkludere forskning fra land som har en utdanning og etterutdanning som er sammenlignbar med norske utdanningskrav og standarder når det gjelder miljø og økonomi. Andre studier vil også bli nøye vurdert etter inklusjonskriteriene, om de kan inkluderes og vurderes som valid i denne sammenheng – de vil da bli benyttet.

Språk kan være en barriere, på tross av at det eksisterer gode oversettelsesverktøy. Studier publisert på andre språk enn engelsk vil bli ekskludert, da det er vanskelig å vurdere om en oversettelse er god nok eller kan gi en feilaktig viking. Det er studier som er referee bedømte som har blitt vurdert og inkludert, bortsett fra en artikkel fra Sykepleien som er tatt med i innledningen og i kapittel 6.10, hvor jeg presenterer forslag til tiltak for å redusere stress, høyne status og sikre kvalitet på operasjonssykepleien.

Det er flere norske og svenske relevante artikler med i denne oppgaven. Ellers er det hovedsakelig forskning fra England, USA og Canada som belyser mitt tema.

2.3 Stress og mestring

Mestring affiserer stressreaksjonen på to måter:

1. **Den ene er problemfokusert mestring** som kan forklares ved at man ser etter løsning ved å tenke over hva man selv kan bidra med, eller hvordan en kan handle for å rette opp i miljømessige stressfaktorer.
2. **Emosjonellfokusert mestring er den andre måten** hvor personen skyver bort tankene på stressårsaken. Her kan man bruke strategier for å endre på meningen og betydningen av hendelsen. (Ollf & Gersons 2005; Eriksen, Murisona, Pensgaard og Ursina 2005)

Mestringsstrategier er et resultat av erfaring, og er nødvendig for å skjerme seg selv. (Mackintosh 2007).

2.3 Mangel på støtte og arbeidspress som stressårsak

Sykepleiere har sterk pliktfølelse, og er preget av høye krav til seg selv. Det resulter i en nesten utbredt situasjon hos mange av sykepleierne. Forklaring er fokus på ansvar for egne handlinger og ansvar for andre. De har følelse av aldri å få gjort nok. (Vinje & Mittelmark 2007).

Mangel på støtte og et enormt arbeidspress bidrar til utbredt utbrenthet. Selvrefleksjon for endringer og bestemmelse for fremtiden, gir balanse mellom moralsk stress og arbeidsengasjement. (Severinsson 2003).

Ytelse og effektiviteten til teamet har stor innflytelse på trivselen. Økt trivsel viser seg når deltakerne vurderer teamsamarbeidet som bra. Det bidrar til høy kvalitet og er avhengig av tilstrekkelig personale (Kalish, Lee & Rochman 2010).

2.4 Ubalanse mellom ledernes krav og arbeidsbelastning

Ubalanse mellom ledernes høye krav og sykepleiernes arbeidssituasjon kan forklare årsak til stressbelastninger og tendens til jobbskifte. (Lim, Msocsci, Bogossian, Midwife & Ahern 2010)

Tilbakevendende stressende episoder og mangel på respons fra ledere bidrar til frustrasjon, avmakt, håpløshet og utilstrekkelighet. Støtte og oppmuntring fra lederne betyr mye for at sykepleiere fortsetter i yrket (Olofsson 2003).

Støtte for å minske stress hos ansatte har betydelig bedre effekt om støtten kommer fra ledere enn om den er fra kollegaer (Lim, Magley & Cortina 2008).

2.5 Konsekvens av store arbeidsbelastninger blant nyutdannede– utbrenthet

Ekstremt alvorlige tegn til utbrenthet i perioder hos sykepleiere er ikke uvanlig i løpet av de tre første årene etter endt utdanning.

Følgende faktorer er hovedårsaker:

- Høy arbeidsbelastning
- Mangel på kontroll
- Fraværende støtte
- Kommunikasjonssvikt

Det er problematisk å oppgradere en utdanning slik at den er tilpasset hver enkelt students behov for å ivareta robusthet til å møte utfordringene som nyutdannet (Rudman & Gustavsson 2011).

2.6 Konsekvens av store arbeidsbelastninger hos nyutdannede – økt fravær – skifte yrke

Nyutdannede sykepleiere viser en økende tendens til jobbskifte. Følelsesmessig støtte, faglig engasjement, trivsel og organisatorisk satsing på arbeidsplassen har god effekt i forhold til å skape mer stabilitet blant sykepleiere (Parry 2008).

Utbrenthet og jobbstress bidrar til økt fravær (Davis, Ward, Woodall, Schultz & Davis 2007). Fokus på faktorer som øker sykepleiernes trivsel, reduserer stress og utbrenthet vil gi utslag i redusert fravær (Davey, Cummings, Newburn- Cook & Lo 2009).

Det er nødvendig å støtte nyutdannede sykepleieres overgang til praksis (Morrow 2009). Nyutdannede sykepleieres tendens til å forlate yrket er mellom 35 - 60 % det første året etter endt utdanning (Halfer & Graf 2006).

2.7 Uhøflighet i arbeidsmiljøet bidrar til utbrenthet og jobbskifte

Helsearbeidere er i høyrisikogruppen for å bli utsatt for trakassering, vold, eller uakseptabel adferd. Forskning viser til at dette skjer i stor skala (Anderson 2002). Den deles gjerne opp i horisontal og vertikal trakassering.

- **Horisontal foregår mellom sykepleiere**
Mange nyutdannede er utsatt for horisontal trakassering (McKenna, Smith, Poole & Coverdale 2002). Arbeidsforhold på operasjonsavdelinger som travelhet, stress, arbeidskrav og mangel på personell med erfaring på operasjonsavdelingen er faktorer som fremmer trakassering mellom operasjonssykepleierne (Bigony, Lundberg, Pagac 2009).
- **Vertikal trakassering skjer mellom noen med mere makt overfor de med mindre**
Et eksempel på det er fra ledere eller lege overfor sykepleier. Det kan være årsak til konflikter i miljøet, økt fravær og kan innvirke på intensjon om å bli værende i yrket.

Den kan også gi personlig innvirkning på selvfølelsen, som å føle seg dårlig, gi lav selvtillit, medføre post traumatiske symptomer eller i verste fall å bli suicidal.

Den første tiden etter endt utdanning er en viktig fase for nyutdannede for å bygge opp selvtillit (McKenna 2002). Nyutdannede bør lære hvordan de kan gjenkjenne ulike former for vertikal trakasserende adferd og konfrontere det (Griffin 2004).

Lite respektabel oppførsel som stirrende adferd, ignorere eller ekskludering av kollegaer kan eskalere til aggressiv adferd (Lim et al. 2008). I kjølvannet av lignende opplevelser kan det oppstå en rekke personlig og miljømessige konsekvenser (Anderson 2002).

Det er nær sammenheng mellom utbrenthet, ønske om å skifte jobb eller yrke og uhøflighet i arbeidsmiljøet. Veiledning og ivaretagelse av kollegiale forhold i jobb er derfor av betydning (Lashinger, Leither, Day, Giin 2009).

2.8 Alvorlige hendelser kan medføre traumatisk stress

De fleste mennesker som opplever en alvorlig hendelse i livet vil ikke utvikle Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD), depresjoner eller angst. Det er ennå ingen sikker viten om hvorfor noen utvikler PTSD. Forskningen viser at mestring og kognitiv vurdering har betydning for responsen på traumer (Olf et al. 2005).

Sykepleiere er eksponert for alvorlige hendelser i jobb som kan medføre traumatisk stress. (Buurmann, Mank, Beiler & Olf 2011).

Det eksisterer et høyt angstnivå generelt hos alle sykepleiere. Angst som verstefallstenkning, vanskeligheter med å slappe av, være skremt og nervøs. Mange traumatiske hendelser i jobb, og mangel på kontroll i situasjoner kan være forklaringen på dette (Kerasiotis & Motta 2004).

Sykepleiere som er eksponert for traumehendelser i jobb har behov for støtte. Samtaler for å gjennomgå hendelsene med kollegaene og et ivaretagende miljø er viktig for å forebygge post traumatiske stress symptomer. Yngre sykepleiere er mer utsatt (Lavoie, Talbot & Mathieu 2010).

2.9 Stressbelastninger for operasjonssykepleiere

En publikasjon om novisens utfordringer i operasjonsmiljøet omhandlet sosialisering. Kommunikasjon på operasjonsavdelingen er sosialt motivert og kompleks. Noviser responderer på en måte som eskalerer konflikter istedenfor å roe ned konflikter i teamet (Lindgard, Reznick, Espin, Regher & DeVito 2002).

Horisontal vold er et omfattende eksisterende fenomen på operasjonsavdelinger. Horisontal vold er en form for aggresjon og som ofte er en konsekvens av undertrykkelse. Nedsatt trivsel, selvsikkerhet og et usunt miljø kan virke negativt inn på kvaliteten i utførelsen av operasjonssykepleie.

Nedsettende adferd og verbale utbrudd fra ledere eller leger vil påvirke kulturen på flere plan. En nedsettende adferd vil bli adoptert for hva som er akseptabel adferd i miljøet og vil forplante seg, og kan føre til dårlig adferd mellom likestilte sykepleiere på horisontalt plan.

Majoriteten av overgrep som ble beskrevet var definert som psykisk overgrep. Operasjonssykepleierne ble nedvurdert, latterliggjort, ropt til og bannet til. Nyutdannede og de som var ansvarlig for en operasjonsstue eller avdelingen var mer utsatt (Higgins & MacIntosh 2010).

Operasjonssykepleiere kan bli utsatt for fysiske overgrep som å bli sparket, og at instrumenter var blitt kastet på dem. Sykepleiere rapporterer også at når de opplevde overgrep under operasjoner ble dette forstyrrende, og det kunne sette pasienten i en uforutsigbar situasjon.

Myten om at operasjonsavdelinger har det optimale teamsamarbeid er i følge forskningen ikke riktig (Coe & Gould 2007). Kirurger oppfatter sykepleierne som kontrollerende og styrt etter frykt for å bli utsatt for represalier. Kirurger adopterer adferd fra sine overordnede (Lindgard, Garwood & Poenaru 2004).

Robusthet er en viktig egenskap fordi det forsterker tilpasningen i et krevende og ustabil klinisk miljø (Gillespie, Chaboyer, Wallis, Grimbeek 2007). Flere studier viser at større fokus på mental styrke gir selvtillit og mestring. Det øker sjansen for at flere operasjonssykepleiere blir værende i yrket (Andrews & Wan 2009).

2.9.1 Oppsummering av tidligere forskning

Det er flere studier om operasjonssykepleieres utfordringer. Derimot er det begrenset forskning å finne om nyutdannede operasjonssykepleieres situasjon. En artikkel omhandlet nyutdannede operasjonssykepleiere og om kommunikasjon i operasjonsavdelingen. Det er publikasjoner om operasjonssykepleie hovedsakelig i forhold til stress og miljøproblemer med hierarki. En artikkel berører nyutdannedes utfordringer. I søkeprosessen erfarte jeg at tema som stress, utbrenthet, mestring og intensjon om å skifte jobb var tema som gikk igjen og som er aktuelle utfordringer både for sykepleiere og operasjonssykepleiere. Derimot var trakassering relatert til miljøet på operasjonsavdelingene tema i flere av publikasjonene som omhandlet operasjonssykepleie.

Det kan synes ut ifra tidligere forskning som om bemanning, mestring, støtte, trivsel, respekt og selvtillit er nært relatert til stress. Stress som kan ha negative konsekvenser som utbrenthet, fravær og intensjon om å slutte i arbeid. Det understøttes av de norske og svenske artiklene som er tatt med i denne studien.

Under avslutning av ferdigstilling av oppgaven ble det gjort søk etter pågående forskning. Søk i Cristin som har oversikt over pågående norsk forskning gav ingen treff. Søk i NORART som har oversikt over nordisk forskning gav to treff på aktuelle artikler. GrønkJær gjør rede for aktuelle utfordringer for sykepleiere og hvordan det relateres til stress og fare for utbrenthet. Hun anbefaler å bygge opp sykepleiernes selvtillit. Dahlin beskriver i sin forskning tendenser til utmattelse hos nyutdannede leger, han viser til at kvinner var mere utsatt for utmattelse. Søk i HERA gav ingen resultat.

Kapittel 3 Teorikapittel

Innledningsvis har jeg valgt å presentere definisjon av sykepleie og deretter presenteres operasjonssykepleieres ansvarsområde. Det etterfølges av sykepleiernes grunnlag og etiske regler. Videre vil teori om læringsteori og teori om stress i jobbsammenheng bli presentert. Til slutt i dette kapitlet er det et kapittel om teori som har sammenheng med mestring og stress.

3.1 Sykepleieteori

Kompetanse er beskrevet som å ha relevant kunnskap, ferdigheter, energi, motivasjon, vurderingsevne og erfaring i møte med sitt profesjonelle ansvar.

Det forstås i det daglige som å inneha praktisk handlingskompetanse og faglig kunnskap, og ikke minst er verdier, holdninger og de personlige egenskapene viktig i den profesjonelle yrkesrollen. Etikken og moralen synliggjøres gjennom handlingene påstår Kari Martinsen. Videre sier hun at sykepleieren må stole på seg selv og ta ansvar og risiko, og hun må begrunne sine handlinger ut ifra situasjonen (Kari Martinsen, den omtenksomme sykepleier s.10).

3.2 Definisjon av sykepleie, omsorg og faglig dyktighet

Kari Martinsen definerer sykepleie slik i sin bok: Fenomenologi og omsorg (Martinsen 2003:71) «Sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende og syke mennesket der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk».

Kari Martinsen definerer faglig dyktighet som en handling basert på teoretiske kunnskaper og erfaring utøves i samsvar med hverandre. Som ferdighet på en slik måte, at det gjennom bruk av tekniske hjelpemidler utføres handlinger som ivaretar pasienten på en omsorgsfull måte. (Martinsen 2003:76)

3.3 Operasjonssykepleiernes ansvarsområde

Definisjon av operasjonssykepleie er følgende:

«Operasjonssykepleie er som fag og profesjon i kontinuerlig utvikling og endring, noe som er viktig og nødvendig for å kunne yte best mulig operasjonssykepleie til den enkelte pasient. Kravet til kunnskap og kompetanse er omfattende.» (Ansvars og funksjonsbeskrivelsene til NSF`s landsgruppe for Operasjonssykepleiere.)

Operasjonssykepleiernes funksjonsutøvelse, ansvar og funksjon er lovregulert spesielt gjennom Helsepersonell-loven (1999) og pasientrettighetsloven (1999).

- *I helsepersonell loven § 4* pålegges operasjonssykepleier å likestilles med annet helsepersonell i kravet om faglig forsvarlighet.
- *I følge Helsepersonell-loven 1999* er det krav til den enkelte operasjonssykepleier på grunnlag av at det skjer kontinuerlige endringer i krav til faglighet, og holde seg oppdatert.
- *I følge Helsepersonell loven § 5 1-1* som omhandler krav til pasientsikkerhet innebærer den krav om sikkerhet for pasienten, og krav til kvalitet på den helsehjelp pasienten får.
- *I loven om spesialisthelsetjenesten § 2.2 og i helsepersonell loven § 4* stilles det krav til kvalitet i den hensikt å ivareta sikkerheten til pasienten. I denne sammenheng innebærer ivaretagelse av pasientens sikkerhet at han ikke blir utsatt for uheldige hendelser som medfører helseskade på pasienten i forbindelse med operasjon.

«Operasjonssykepleie er et spesialområde innen sykepleie som krever kunnskaper om og forståelse for den akutt og/eller kritisk syke operasjonspasientens situasjon og behov, samt inngående kjennskap til operasjonstekniske prinsipper og kirurgiske undersøkelser og behandling.» (Fagheftet NSFLOS 2011)

Utøvelsen av operasjonssykepleie innebærer evne til organisering, til nært samarbeid og god kommunikasjon med andre yrkesgrupper. For å ivareta pasienten på en forsvarlig måte må operasjonssykepleieren kunne forstå pasientens behov og helsetilstand og utføre sykepleiehandlinger basert på kunnskap til det beste ut ifra situasjonen. Dette gjelder hele

operative forløpet mens pasienten er under operasjonssykepleierens ansvar.

Operasjonssykepleieren skal ivareta pasienten slik at han ikke blir utsatt for skader utover det nødvendige inngrepet. Med det menes det nødvendige kirurgiske inngrepet. For å være deltakende i den kirurgiske prosedyren kreves det en god anatomisk og medisinsk innsikt, og kunnskap om den sykdom eller skade og den kirurgiske prosedyren. Dokumentering og kontinuitet av videre pleie av pasienten må operasjonssykepleieren ivareta gjennom skriftlig og muntlig kommunikasjon.

Både i forbindelse med planlagte inngrep og ved akutte tilfeller kan det oppstå kritiske situasjoner som krever at operasjonssykepleierne må kunne tenke og handle rasjonelt under stress. Hun må kunne improvisere utfra situasjonen og tilgjengelige ressurser og samtidig være forutseende i tanken og handlingene. Kritiske situasjoner innebærer reaksjoner både hos pasienten, seg selv og kollegaer. I følge Fagheftet for operasjonssykepleiere må operasjonssykepleieren kunne utvikle kjennskap til egne reaksjoner og bli i stand til å mestre dette. I tillegg skal hun bidra og støtte når kollegaer har behov for å bearbeide reaksjoner og hendelser.

Det stilles stadig nye krav i tillegg til krav for operasjonssykepleierne som krav om effektivitet, det å forholde seg til ukjente sykdommer, nye pasientgrupper og smitte, nye avanserte inngrep og utstyr gjør selve utøvelsen av operasjonssykepleien til en avansert og kompleks oppgave (Fagheftet NSFLOS 2011).

3.4 Teori om læringsstadier

Patricia Benner har utviklet en teori om læringsstadier. Den er inspirert av Dreyfus og Dreyfus og er delt inn i 5 stadier.

De 5 stadiene kalles novise, avansert nybegynner, kompetent, profesjonell og ekspert (Benner 1995).

Det første av fem stadier er novisestadiet som kjennetegnes med at novisen ikke har noen erfaringer fra situasjonen hun skal mestre. Opplæringen består i at hun blir instruert i hvilke prosedyrer det er riktig å bruke i gitt situasjon gjennom veiledning fra en med mer erfaring.

Handlingene er knyttet til reglene og novisen har ikke oversikt eller mulighet til å vurdere en handling til fordel for en annen. Overordentlig begrenset og usmidig er karakteristiske trekk. Novisen har ingen erfaringer fra situasjoner som gjør henne i stand til å vurdere situasjoner. Novisen tolker det hun har lært fra teori. (Benner 1995:35). Dermed beskrives hun som usmidig, da hun er avhengig av regler for å være i stand til handling.

Det neste stadiet betegnes nybegynneren som den avanserte nybegynner. På dette stadiet har hun tilegnet seg noe erfaring men er fortsatt ute av stand til å vurdere en handling viktigere enn en annen, og adlyder etter ordre uten å vurdere om en skulle prioritert annerledes i situasjonen. Hun har ingen ansvarsfølelse for resultatene av sine handlinger. Ikke før man når det tredje stadiet som kompetent utøver kan man selvstendig vurdere situasjoner og handlinger og ikke bare handle ut ifra regler.

Noviserollen er ikke forbeholdt den nyutdannede sykepleieren. Enhver som møter situasjoner hvor en ikke har handlingskompetanse på grunn av manglende kunnskaperfaring, vil oppleve å være begrenset til novise stadiet. Derfor vil en novise i møte med faglige utfordringer hvor erfaringsgrunlaget er begrenset, føle på usikkerhet og vil kunne oppleve problemer med å takle situasjonen (Benner 1995).

3.5 Stress og stressbelastninger i jobbsammenheng

Stress er en alarm og en økning i opphisselse som er nødvendig for ytelse og tilstrekkelige reaksjoner på utfordringer. Responsen er nødvendig for å overleve og ikke helseskadelig. Det er når denne alarmen vedvarer over tid at helseskade kan oppstå (Eriksen et al. 2005).

Lazarus forklarer i sin teori to prinsipper som ligger til grunn for stress. Den første forklarer han som transaksjon. Det innebærer en gjensidig interaksjon mellom personen og miljøet som konstant er i bevegelse. Den personlige miljørelasjonen overgår i betydning over det separate samspillet, og variasjoner i forhold til person og miljø. For at en relasjon skal bli stressende må personen ha et eieforhold til utfallet.

Det andre prinsippet forklarer han med at når en person har gjort en evaluering på eksterne eller interne krav som overstiger personens ressurser. Samspillet mellom person og jobb defineres av Lazarus som stressende når personen vurderer reaksjonen som skade, trussel eller utfordring for velværet.

Stress er ikke en egenskap hos en person eller i et miljø, men oppstår når det er en sammenheng mellom en bestemt type miljø og en spesiell type person som fører til en trussel mot grensene. Dette kan ikke generaliseres fordi hver person har ulike terskler, og samme person har ulike reaksjoner over tid. Miljøet er komplekst og tvetydig. Det som kommer fram i en medarbeidersamtale vil være svært forskjellig selv om personene jobber i det samme miljøet.

3.6 Teori om mestring

Salutogenese betyr hvordan helse blir til. Teorien om salutogenese stammer fra sosiologen Aron Antonovsky . Salutogenese har fokus rettet mot personenes ressurser og ferdigheter i samspill med omgivelsene.

Hensikten med en salutogenetisk tilnærming er å ta utgangspunkt i evnen til å mestre det som skjer i livet. Det gjøres ved å styrke personens forhold til egne ressurser. I følge salutogenetisk tankegang vil egne ressurser forsterke evnen til å mestre kravene, øke trivsel og styrke personens psykiske styrke (Antonovsky 1987).

Forholdet til egne ressurser kan styrkes fra seg selv eller fra ytre omgivelser. Det handler om forståelse, håndterbarhet og mening. Styrken, kontrollen og fleksibiliteten på egne ressurser står for nivået på hvordan en evner mestring, ivaretar helse og opplever velvære. Ved å styrke egne ressurser kan en skape verdier som styrke i samhandling og interaksjon i situasjoner. Jo bedre en evner til å bruke ressursene sine vil det kunne bidra til utvikle og stryke seg selv.

Hovedmålet for en salutogen tilnærming er:

«at personen skal få økt innsikt i sin egen mestringsevne ved å øke bevisstheten om sitt eget potensial og hvilke indre og ytre ressurser hun/han har, og å øke evnen til å bruke dem ved passende utfordringer»

Den psykiske helsen defineres derfor som uttrykk på følelsesmessig, psykologisk og sosialt velvære (Lerdal & Fagermoen 2001). Evnen til å håndtere stress er i følge salutogenetisk tankegang avhengig av at man oppfatter en sammenheng. Sammenhengsfølelsen består av forutsigelighet, belastningsbalanse og delaktighet. Disse er læreprosesser.

Man skiller mellom stress og traumatisk stress.

En traumeopplevelse har to komponenter. Hendelsen i seg selv og egen respons på hendelsen. Traumeopplevelser er vanligvis relatert til eller involverer til død. En traumatisk stressreaksjon hvor en reagerer med hjelpeløshet, angst og forferdelse kan være en katalysator til både stress lidelse eller etablering av erfaring. Hvordan kan man møte slike hendelser og som i følge salutogenetisk teori bruke traumeerfaringen til å styrke forholdet til egne ressurser. En må erkjenne at en med ganske stor sannsynlighet komme i situasjoner hvor en møte et problem eller hendelse som oppleves overveldende.

- 1) En må akseptere hendelsen
- 2) Fra motgang kan det bli vekst

For å oppnå post traumatisk vekst bør en bearbeide og akseptere hendelsen på en slik måte at de blir en del av ens erfaringer i livet, og at man går videre med ny kunnskap og visdom som resultat. Det er ikke gitt at alle reagerer likt på samme hendelser, noen reagerer kraftigere enn andre. Likeledes er det også forståelig at en har reaksjoner for pasienter en har relasjoner til. Det ligger i omsorgen, og det er en nødvendighet for pleien. Like viktig er det å gi uttrykk for sine følelser. For de fleste vil traumatiske hendelser være sterkt til stede i tanker og kanskje også drømmer en tid etter.

Kapittel 4 Metode

Kapittelet starter med en redegjørelse for valg av tema. Videre presenteres forskningsmetode og forskningsprosessen med analysemetode forklares. Jeg har valgt å ikke skrive et eget underkapittel om forskningsetikk. Isteden presenteres forskningsetiske hensyn underveis i beskrivelsen av forskningsprosessen. Avslutningsvis drøftes påliteligheten og gyldigheten, for å synliggjøre om krav til vitenskapeligheten i forskningen er ivarettatt.

4.1 Studiens tema og forskning på eget fagfelt

Tema er relatert til mitt yrke og interessefelt. Fokus er rettet mot ansvar, stress og miljørelaterte opplevelser for nyutdannede operasjonssykepleiere. Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming for å undersøke hva som gjør at nyutdannede operasjonssykepleiere opplever de første årene som vanskelig.

Jeg oppfatter nyutdannede operasjonssykepleiere å være i en sårbar situasjon. Jeg presenterte tema og tanker rundt etiske problemstillinger for min studentgruppe. Tema har også blitt presentert for nyutdannede operasjonssykepleiere ved mitt arbeidssted, og jeg opplever overraskelse og glede over at de blir sett og hørt. Målet er at oppgaven kommer til nytte og ikke til skade. Ønsket er å øke forståelsen for nyutdannedes situasjon. Det er mitt ansvar som utførende å ta hensyn til at denne undersøkelsen ikke bidrar til ytterligere belastninger for de som deltar. Forsiktighet må utøves så en ikke risikerer en krenkelse eller stigmatisering for faggrupper i miljøet på operasjonsavdelingen. Det er i tråd med forskningsetiske retningslinjer.

I følge punkt 16 i Helsinkideklarasjonen skal det gjøres en omhyggelig vurdering av risikoer og belastninger som kan forutses. Disse må sammenlignes med påregnelige fordeler for forsøkspersonen selv eller andre (Malterud 2003:223). Denne forskning kan ikke kalles medisinsk, men det er aktuelt å ta med i betraktningene da deltakerne kan oppleve psykiske påkjenninger både før, under og i etterkant av et intervju.

4.2 Forskning på eget fagfelt

Jeg har vurdert undersøkelse på eget arbeidssted som uaktuelt. Jeg anser det som viktig å kunne oppfatte nyanser eller funn ved fortellingene og materiale. Fordi jeg har kjennskap til samtlige som jobber ved min avdeling og miljø, ble risikoen for å være forutinntatt og blind for nye funn avgjørende.

I følge Kvale kan forskeren ved nær kjennskap eller relasjon til deltakerne identifisere seg med dem, og han vil ikke opprettholde en profesjonell avstand. Dette kan komme til uttrykk i innsamlingen av data og i fortolkningsprosessen, hvor han kan fortolke alt fra deltakernes

perspektiver. En viss avstand til informantene vil også bety en viss avstand mellom forsker og deltager (Kvale 2009:92).

I denne sammenheng hvor tema kan vurderes som ømtålig, kan det være uheldig å ha for nær relasjon til informanten. Risikoen for at informanten føler belastning i etterkant vurderer jeg som større om jeg skulle valgt å intervju kollegaer om valgte tema, enn noen fra et annet sykehus. Jeg vurderte det som viktig å ikke utsette informanter for angst eller stress.

Jeg var også nysgjerrig på om observasjoner og antagelser rundt valgte tema var noe som bare var aktuelt og eksisterte ved mitt arbeidssted. Er nyutdannede operasjonssykepleiere utsatt for de samme stressfaktorene ved andre operasjonsavdelinger i landet? Derfor ble det et riktig valg for meg å gjøre intervju ved andre sykehus.

4.3 Utvalg

Hvor lenge en er ny og uerfaren varierer fra hvor stort fagfeltet er, og det er store menneskelige forskjeller på hvor fort man føler man er trygg i de ulike situasjonene. For å sikre at utvalget ikke hadde for lang erfaring i forhold til det tema som skulle belyses, satte jeg en øvre grense på 5 års erfaring. Slik sikres at grunnlaget for erfaringene eksisterer i tråd med forskningsspørsmålet. Jeg kontaktet i utgangspunktet tre større sykehus, og har foretatt intervju ved to av disse. Jeg har tidligere vært på hospitering og kurs ved de respektive sykehusene. Jeg er derfor kjent med deres størrelse og virksomhet på operasjonsavdelingene. Det tredje sykehuset ville jeg benyttet om jeg ikke fikk materiale nok til svar på problemstillingen fra de to første sykehusene. I følge Kvale er det en kvalitetssikring at forskeren har kjennskap til feltet hvor empirien hentes (Kvale 2009).

Det første intervjuet var på en informant som nettopp hadde startet å jobbe ved vårt sykehus, hvor jeg vurderte å gjøre et pilotintervju. Dette materialet er etter nøye vurdering tatt med i studien.

- I brevet til sykehusene og forskningsavdelingene gjorde jeg rede for hva jeg ønsket å undersøke, hvem jeg ønsket å intervju og hvorfor. Se vedlegg 2.
- I brevet til informantene gjorde jeg rede for hensikten med intervjuet. Videre hvilket tema jeg ønsket å vite mer om. Det ble gjort klart at jeg ville høre om deres erfaringer i hva som opplevdes frustrerende, belastende og traumatisk. Se vedlegg 3.

- I tillegg inneholdt brevet samtykkeerklæring de måtte underskrive for å delta. I brevet stod det at de til enhver tid var fri til å trekke seg ut av undersøkelsen og data da ville bli slettet.

Avdelingssykepleierne ved operasjonsavdelingene valgte etter mine kriterier hvem som stille til intervju. Det ble sju operasjonssykepleiere som var utdannet innen de siste fem år. Tre representerte det ene sykehuset, og fra det andre fire operasjonssykepleiere. Samtlige operasjonssykepleiere jobbet ved generell operasjonsavdeling.

- Opptakene ble tatt opp på lydopptaker.
- Intervjuene ble gjennomført i april og mai 2011
- Samtlige er kvinner, men det var ikke et kriterium

I forkant av intervjuene var masterprosjektet godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Se Vedlegg 1. Samtlige informanter har underskrevet samtykkeskjema. Datamaterialet og personopplysninger er forskriftsmessig ivare tatt og anonymisert.

4.4 Valg av metode

I forskning søker en etter ny viten. Den kvalitative forskningsprosess som presenteres her er relatert til Malterud samt Kvale og Brinkmanns forskningsmetoder. Kvalitative metoder er metoder som skal undersøke meningsinnholdet i sosiale sammenhenger, slik som i denne studien som skal undersøke hvordan det oppleves for operasjonssykepleiere å være ny på en operasjonsavdeling. Metoder hvor andres erfaringer og opplevelser på grunnlag av beskrivelser og analyser av særtrekk, ved kjennetegn eller egenskaper ved de fenomener som studeres skal bidra til ny kunnskap.

Forskningsmaterialet består av tekst som er utarbeidet etter observasjoner eller intervjusamtaler (Malterud 2009:31). Gruppen jeg ønsker å vite mer om er nyutdannede, fenomen er uerfarenhet og hva som vanskelig å mestre.

Å fortelle om hva som er vanskelig, nedverdiggende, hva man føler man ikke mestrer, og om man føler seg udugelig, er redd for, redselen for å skade andre og forventningspress krever at interaksjonen skjer i samspill med noen en har tillitt til. Malterud poengterer betydningen av

forskerens skjønn for utvekslingen av informasjon og interaksjonen i den aktuelle kontekst, noe som forstås som grunnlaget for forståelse og fortolkning (Malterud 2009:129).

På grunn av temavalg, av hensyn til informantene og samtidig målet om å etablere ny kunnskap om operasjonssykepleiernes erfaringer valgte jeg å gjøre semistrukturerte intervju eller dybdeintervju som det også heter. I følge Malterud er det essensielt å få fram hendelser og historier fra informantene, slik at vi får et bilde av opplevelsene. En overfladisk konversasjon gir lite forskningsmateriale (Malterud 2009:130). Det blir nødvendig å tilstrebe en interaksjon og omgivelser som innbyr til tillitt og fortrolighet.

Konfidensialitet må ivaretas da valgte tema stiller krav til åpenhet og intimitet hos deltakerne. I intervjusituasjon og ved offentliggjøring av ferdig forskning skal vernet om konfidensialiteten ivaretas i tillegg være kjent for informantene slik at de kjenner seg trygge.

Under forberedelsene før intervjuet reflekterte jeg over min kompetanse til å håndtere informasjonen, følelsene og det som kunne komme til uttrykk under intervjuene. Hvordan skulle intervjuet foregå og justeres underveis for å balansere mellom fortroligheten i hva deltakeren forteller, og samtidig ivareta deltakernes intimsfære. Dette er viktig å tenke over og være forberedt på.

Målet ved innhenting av materiale er å få en beskrivelse fra informantens opplevelser og erfaringer så upåvirket som mulig under de forutsetningene som er til stede i intervjusituasjonen. I denne sammenhengen kunne man vurdert flere kvalitative metoder. I min studie ble kvalitativt semistrukturert intervju vurdert som mest hensiktsmessig

4.5 Det kvalitative forskningsintervju og intervjuguide

Målet ved et kvalitativt semistrukturert intervju er å tydeliggjøre og fremstille verden slik den blir sett fra deltagerens side. Jeg ønsker å utvide forståelsen for hvordan andre oppfatter sin situasjon. I denne sammenheng nyutdannede operasjonssykepleieres opplevelse og oppfatning av hva som oppleves vanskelig i de første årene i yrket.

Ved hjelp av ett semistrukturert intervju søkes viten og forståelse gjennom å utforske informantens opplevelser og erfaringer. Med et semistrukturert intervju menes at det verken er en tilfeldig fri samtale eller et intervju der spørsmål er helt fast bestemt på forhånd, som et

spørreskjema. Det er et intervju med noen hovedspørsmål relatert til tema. Min kunnskap om temaet er en forutsetning for å være i stand til å stille gode oppfølgingsspørsmål, slik at tema og intervjuet får dybde.

Temaet spørsmålene ville dreie seg om og begrunnelsen kommer tydelig fram i brev både til forskningsavdelingen og lederne, og i informasjonsbrevet til intervjudeltagerne. Dette var et bevisst valg. Åpenhet, bevissthet og diskusjon om hvordan en opplever sin arbeidssituasjon som nyansatt er et av målene med dette arbeidet. Jeg mente at det ikke var moralsk riktig av meg å henvende meg til avdelingslederne i den hensikt å få innpass, hjelp til organisering, leie av lokaler, utvelgelse av informanter og i tillegg ta informantene ut av jobb i en ellers hektisk hverdag, uten å være åpen om at om at operasjonssykepleierne ville bli intervjuet om arbeidsplassens utfordringer.

Å fortelle om hva de opplever som vanskelig, kan berøre sårbarheten, skam, selvbeherskelse og lojalitetsfølelsen til arbeidsstedet. I den hensikt å ivareta deltakeren og ikke utsette dem for overraskende spørsmål eller sette dem i en situasjon hvor de impulsivt forteller noe de angrer på, valgte jeg å være åpen om tema og begrunnelse for valgte interesseområde. Lederne var informert om tema og hva spørsmålene ville dreie seg om. Det var etablert en aksept fra deres side at deltakerne kunne gi uttrykk for meninger om arbeidsstedet i dette rommet.

Kvale sier i sin bok at intervju spørsmålene bør være lett å forstå, ikke lange og uten fremmedord og i deskriptiv form (Kvale 2009:144). Jeg har som operasjonssykepleier nærhet til miljøet, kunnskap om faglige utfordringer og kjennskap til andre nyutdannedes utfordringer. Jeg har klare forestillinger om hvilke svar jeg kan få under intervjuene og må være svært bevisst hvordan dette kan påvirke empirien allerede fra intervjuguide utarbeides. Under intervjuet må jeg derfor være bevisst å holde meg til forskerrollen og intervjuguiden, og ikke ha intensjoner om å framprovosere data jeg har forventet eller håpet på å finne under intervjuene.

I intervjuguiden ble det lagt vekt på å holde fokus på tema. Introduksjonsspørsmålene som var relatert til første forskningsspørsmål var ment for å komme inn på tema på en forsiktig måte. De andre forskningsspørsmålene gikk nærmere inn på temaet. Det siste spørsmålet var ment som en avslutning, og for at deltageren ikke skulle sitte igjen med en følelse av å ha framstilt sin arbeidsplass med bare negative ladede fortellinger.

4.6 Forskningsintervjuet og transkribering

Intervjuene ble gjennomført i april og mai 2011. De ble tatt opp på lydband. Dette var informantene kjent med. Lydbåndopptakeren gjorde det mulig å fokusere på deltakeren og være tilstede i intervjusituasjonen. For å legge til rette for fyldige og ærlige svar under intervjuet var det avgjørende at deltakeren følte det var akseptabelt å komme med utfyllende fortellinger om hva de opplevde som vanskelig.

Jeg startet hvert intervju med å fortelle at data ville bli anonymisert. Videre fortalte jeg hvem jeg var og bakgrunnen for intervjuet. I følge Kvale er det et mål at materiale skal reflektere informantens erfaringer og meninger, derfor har forskeren ansvar å skape rommet for samtalen uten å påvirke materialet i den grad at det ikke blir deltakerens erfaringer som blir materialet.

De fleste intervjuene ble innholdsrike, og inneholdt fortellinger som illustrerer deres opplevelser. Alle intervjuene ble personlig transkribert sommeren 2011. Enkelte ganger var det vanskelig å forstå ord på grunn av ulike dialekter. Ved å lytte til opptakene gjentakende ganger til meningen ble tydelig ble intervjuene nøyaktig transkribert.

Følelsesmessige uttrykk ble beskrevet. Under intervjuene ble det tårer, gråt og pauser uten ord - det ble beskrevet. Enkelte setninger som gav mening når man lyttet, det verbale språket, ble omformulert slik at de gav samme mening når de ble transkribert. Jeg tilstrebet å holde meg så nær den muntlige uttalelsen som mulig. Omformuleringen ble gjort i den hensikt at de ikke skulle forsvinne når meninger og uttalelser skulle kategoriseres.

I transkriberingsprosessen er mine forpliktelser i forhold til Helsinkideklarasjonen overholdt. I forkant av intervjuene var masterprosjektet godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. I henhold til personvernombudets regler ble transkribering ikke navngitt og oppbevart etter forskriftene.

4.7 Analysemetode

Analysen av empirien støttes til Kvale og Malteruds forståelse av analyseprosessen. Det å tolke menneskelig mening vil i følge hermeneutisk tradisjon innebære at fortolkning og beskrivelse hører sammen. I følge Malterud er det opp til forskeren å velge hvordan man vektlegger fortolkning og beskrivelse i forhold til hverandre under innsamlingen av data og i analyseringsprosessen (Malterud s 50).

Mitt empiriske materiale er operasjonssykepleiernes subjektive opplevelser og deres beskrivelse av sine erfaringer, følelser og meninger om sin opplevelse av å være nyutdannet i operasjonsavdelingen. Fortolkning skjer i tråd med hermeneutiske prinsipper hvor jeg må være oppmerksom på en kontinuerlig prosess fram og tilbake mellom deler og helhet på veien til en dypere forståelse.

I følge Kvale finnes det ingen standard metode for tekstanalyse, men en skal analysere i den hensikt å finne dybde og økt forståelse ut ifra det de forteller i intervjuene. I analyseprosessen har jeg brukt hjelpemidler som koding og kategorisering og jeg vil definere min analysemetode som innholdsanalyse.

Ny viten eller tendenser som kommer fram i analyseringsprosessen er et resultat av fortolkninger av meninger og forståelse av fenomener i informantenes fortellinger og svar på spørsmål (Malterud 2003:100, Kvale 2009:202).

Når transkripsjonen var gjort av alle intervjuer ble de lest over noen ganger for å danne et helhetsinntrykk. Jeg hadde fulgt Kvales råd om å tenke på analyseprosessen før intervjuene ble utført (Kvale 2009:198).

Av den begrunnelse ble materialet i første omgang delt inn i tre temaområder; frustrerende, belastende og traumatisk. Intervjuet var bygd opp i samme spørsmålsrekkefølgen.

Definisjon av de 3 temaområdene:

Frustrerende faktorer noe som i det daglige føles som en skuffelse eller irritasjon over i jobbsammenheng.

Belastende faktorer er hva nyutdannede kjenner som en påkjenning de første årene som operasjonssykepleier.

Traumatiske opplevelser er opplevelser som nyutdannede operasjonssykepleiere opplever som skremmende eller truende i sin jobb som operasjonssykepleiere.

4.8 Analyseprosessen – koding og kategorisering

Transkriberte intervjuene i kortere meningsbærende enheter i fire kolonner. Se tabell 4.1 Oppsummering av temaområder.

Tabell 4.1 Oppsummering av temaområder

I følge Kvale skal meningsfortetning skje ved at meningen forklares med få ord (Kvale 2009:209).

I min analyse fortolkes de meningsbærende enhetene, se tabell 4.1. I neste kolonne kondenseres meningen for så å sette denne opp i undertema. Undertema ble så kodet og satt sammen i en tabell. Se tabell 4.2. Enhetene ble fargekodet etter om det var svar på hva informantene frustrerende, belastende og traumatisk. Dermed kommer det fram i tabellen under hvilke faktorer som oppleves frustrerende, belastende og traumatisk. Første trinn i analyseprosessen var å dele inn meningsbærende enheter.

Meningsbærende Enhet	Fortolkning av underliggende mening	Kondensert mening	Under tema
At vi ikke har fått opplæring i det og alt det der. Det kan være så frustrerende	Å bruke utstyr en ikke kjenner til eller har fått opplæring i en vanskelig	i situasjoner hvor en skal bruke ukjent utstyr gir frustrasjoner	Manglende opplæring
Også ledelsen forventer mye av oss fordi de ikke vil stryke. Er det ti syke så stryker de kanskje en pasient	Selv om det er høyt sykefravær reduseres ikke arbeidsmengden. Det blir bare mer å gjøre for de som er på jobb.	Høyt arbeidspress på tross av høyt sykefravær	Ledelsen pålegger ansatte et høyt tempo

Tabell 4.2 Faktorer i arbeidsmiljø som påvirker operasjonssykepleierne

Antall svar i ulike kategorier av faktorer presenteres i kolonne nr. 1-5 med tilhørende undergrupper A-F. Kvantitet presenteres ved bruk av tekstsymboler i samsvarende med antall respondenter:

Grønn F (**F**) – viser antall som har svart at faktorene er frustrerende.

Blå B (**B**) viser antall som finner faktorene belastende.

Bokstaven rød T (**T**) viser på samme måte antall tilfeller hvor respondentene angir traumatiske opplevelser.

F = frustrerende **B** = belastende **T** = traumatisk

1) Økonomiske forhold	2) Organisering /ledelse	3) Personalet	4) Egen faglighet	5) Pasient-opplevelser
1A. Bygningsmasse	1D til 2A. Produktivitetspress FFFFFFF BBBBBBBBB	Se 1E.	4A. Ansvar B T	5A. Traume-pasienten TTTTTTTTT
1B. Oprasjons-teknisk utstyr FFF	2B. Ledelses organisering FFFFFFFFF B	3B. Sykdom F BB	4B. Opplæring FFFFF BBBB	5B. Bearbeiding B TTTTTTT
1C. Tilgang til PC/oppdatering F B	2C. Opplæring + 4D.Tid til forberedelse +3E. FFFF BBB	3C.+2A Samarbeid FFFF B	4C. Opplevelse av nye situasjoner F BBBB	5C. Opplevelse av manglende erfaring F BB TT
1E.+ 3A. Personalressurser FFFFF BBBBBB	2D. Organisering	3D. Hierarki FFFFFFF BBBB TTTTTTTTT	4D. Se 2C.	5D. Ettertanker F T
		3E. Se 2C.	4E. Ris/ros T	
			4F. Evne til egen organisering / ha oversikt FF B	

Tabell 4.2 viser blant annet at nyutdannede mener det er like traumatisk med redsel for traumesituasjoner som det å oppleve trakasserende adferd fra kollegaer.

Årsaker til frustrasjoner og belastninger varierer. Hva noen opplever som frustrasjoner, er for andre belastende.

For å tydeliggjøre resultatene ytterligere har jeg derfor valgt i detalj å beskrive to av de tre hovedkategoriene : **I** = frustrerende **O** = belastende **X** = traumatisk

Frustrerende (**I**) og belastende (**O**) funn som har relevans og kan gi svar på problemstillingen samles og detaljforklares ytterligere under samlebegrepet: **vanskelige utfordringer** og framstilles i tabell 4.3

Vanskelige utfordringer (I + O) er delt opp i de forklarende faktorene

1. Opplevelse av arbeidspress
2. Uforutsigbarhet
3. Sykefravær blant kollegaene
4. Individuell tilrettelegging
5. Faglige utfordringer

Den tredje hovedkategori; **Traumatiske opplevelser (X)** forsøkes på tilsvarende måte detaljforklart i tabell 4.4.

1. Bearbeiding av traume opplevelser
2. Redsel for ikke å strekke til i traumesituasjoner
3. Trakassering - nedsettende adferd

Meningsfortolkende enheter er plassert under kategoriene etter å ha lest teksten flere ganger. Gjennom tolkning av meningsbærende enheter i forhold til kategoriene og kondensert tekst letes det etter ny forståelse.

Tabell 4.3 Vanskelige utfordringer i arbeidsmiljø

Første rad viser kategoriene. Under hver kategori fremstilles kondensert mening. Denne tabellen er et utdrag av resultatene.

1. Arbeidspress	2. Uforutsigbarhet	3. Sykefravær	4. Individuell tilrettelegging	5. Faglige utfordringer
Høyt tempo	Pålagt	Belastning	Manglende prosedyrer	Stort fagområde
Press	Utrygt	Mindre folk	Rot	Liten innsikt
Ansvar	Uforberedt	Arbeidsforhold	Usikkerhet	Begrenset oversikt
Lite hensyn	Ubehagelig	Lite hensyn	Manglende veiledning	Glemmer
Korte pauser	Liten kontinuitet	Stress	Manglende opplæring	Redd for å feile

Tabell 4.4 Traumatiske opplevelser i arbeidsmiljø

Første rad viser kategoriene, og under hver kategori fremstilles kondensert mening. En utdypende beskrivelse av kategoriene ligger som vedlegg 4. Denne tabellen er et utdrag av resultatene.

1. Bearbeiding av traumeoppl.	2. Redsel for traumesituasjoner	3. Trakassering
Ingen snakket om den vonde opplevelsen	Utrygghet	Her har vi alltid
Sterkt berørt i lang tid	Liten erfaring	Lytter ikke
Ingen rutine for bearbeidelse	Lidelse berører	Erfarne dominerer
Taushets belegges	Gruvekkende inntrykk	Ovenfra og ned holdning
Behov for å bearbeide	Belastning når det ikke er håp	Hierarki
Ikke organisert gjennomgang av traume hendelser	Vondt når unge dør	Fritt spillerom for adferd

Ved å se helhet i intervjueteksten mot delene søkes viten om hva som oppleves vanskelig og hvorfor, og om det er sammenheng som en ikke har sett tidligere. Funnene blir også vurdert mot teorivalg og relevant forskning.

Jeg har lagt vekt på å formidle så sannferdig som mulig informantenes svar på hva nyutdannede opplever som vanskelig. I følge Malterud er det også en avgjørende faktor at forskeren kan og er bevisst på å gjenkjenne sine spor i prosessen (Malterud 2003:73).

Disposisjonen av kapittelet av funn og diskusjonsdelen er et av resultat av analyseprosessen.

4.9 Validitet, overførbarhet og troverdighet.

Validitet betyr i denne sammenheng at forskningen vurderes som gyldig, dokumenterbart eller holdbart. I vurderingen av forskningen vil validitet være sentralt. Kvale definerer det slik: «i bredere fortolkning har validitet å gjøre med hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke» (Kvale 2009:25).

Kvale viser til at validering ikke er noe en kan knytte til en del av forskningen, men at den farger hele forskningsprosessen. I kvalitativ forskning blir gyldighet, om forskningen vurderes

som dokumenterbar og holdbar vurdert ut ifra forskerens klokskap i den praktiske utførelsen. Gyldigheten og påliteligheten vil påvirke studiens overførbarhet.

Validitet har en moralsk dimensjon, med det mener jeg sannferdigheten og moralen i forskningen og som har er avgjørende betydning for forskningsresultatets gyldighet. I denne studien har jeg derfor lagt vekt på å synliggjøre alle stadier i forskningsprosessen. Med å synliggjøre alle trinn i forskningen og være åpen om min bakgrunn og interesse for tema har jeg tilstrebet at synligheten gir troverdighet og at studien kan være etterprøvbar. I hele prosessen er jeg bevisst meg selv som forsker og hvordan dette kan påvirke studien og resultater. Jeg reflekterer underveis over sannheten i min søken etter kunnskap og det har vært mange runder med analyse frem og tilbake for å få sannferdig framstilling for menneskelig adferd og samspill i operasjonsavdelingen. Jeg har intervjuet operasjonssykepleiere og det er av betydning at min bakgrunn og kunnskap om miljø og tema må være åpenbar da dette vil innvirke på studiens resultat. Derfor ser jeg på meg selv som en fortolker av informasjon og jeg har gjennom analysen og bearbeidelsen tilstrebet en sannferdig framstilling av hele prosessen i denne studien.

Det er mulig at flere intervju kunne styrket studiens troverdighet. Jeg gjennomførte åtte intervju og vurderte det som et godt og fyldig materiale. Ved å gå mere i dybden av tema som for eksempel ved flere intervju eller intervju de samme informanter igjen ser jeg at flere funn eller mere dybde ville styrket studiens troverdighet og overførbarhet ytterligere.

Gjennom hele prosessen har jeg ivaretatt mine forpliktelser overfor informantene. I studiens presentasjon anonymiseres materialet, sitatene er ikke identifiserende sitat, det er et resultat av analyseprosessen. Sitater som er omformulert og sammensatt har jeg etterstrebet gyldighet og sannferdighet balansert med å overholde mine forpliktelser for anonymisering for den enkelte deltaker. Det er mulig at informantene oppfatter at noe av informasjonen som de gav ikke har kommet fram i oppgavens presentasjon. Under intervjuene snakket de også om motiverende faktorer og positive aspekter i jobben som operasjonssykepleier. Jeg vil derfor poengtere at informantene ikke framstiller sin situasjon som nyutdannet ensidig negativ. På grunn av tema og problemstilling er oppgaven begrenset til å omhandle det som oppleves vanskelig.

Kapittel 5 Presentasjon av funn

Studiens problemstilling er:

Hva gjør at nyutdannede operasjonssykepleiere opplever de første årene vanskelig?

Operasjonssykepleierne forteller i sine svar hva de mener er vanskelig i forhold til å utføre sykepleieoppgavene slik de selv ønsker, og hva de oppfatter at arbeidsplassen forventer av dem. Oppgavens tittel «når du er her så må du fungere» gjenspeiler hovedfunnet som ble identifisert i undersøkelsen. Nyutdannede operasjonssykepleiere opplever krav og forventinger fra arbeidsplassen som er vanskelig å imøtekomme. Analysen er basert på at nyutdannede operasjonssykepleiere har belastninger de første årene etter endt utdanning, og at det eksisterer funn som kan gi forklaring til vanskelige utfordringer for nyutdannede operasjonssykepleiere.

Resultatene fra studien deler seg i 2 hovedkategorier:

1. Faktorer som oppleves vanskelig
2. Faktorer som oppleves ekstra belastende eller nedbrytende

Ad.1

Funn fra studien viser at årsakene til at nyutdannede operasjonssykepleiere opplever belastninger kan relateres til:

- Faglige utfordringer
- Opplevelse av arbeidspress
- Sykefravær blant kollegaene
- Individuell tilrettelegging
- Uforutsigbarhet

Ad. 2

Funn fra studien viser at forklaring på vonde og svært utfordrende opplevelser er relatert til:

- Nedsettende adferd
- Redsel for ikke å strekke til i traumesituasjoner
- Bearbeiding av traumeopplevelser

Funnene berører også operasjonssykepleiernes grunnleggende menneskesyn og verdier. Dette kan bidra til å forklare følelsesmessige reaksjoner på funnene, fordi det blir et spenningsfelt mellom ytre forpliktelser og sykepleierens indre forpliktelser og verdier. Grunnleggende verdier og kunnskapsbaserte sykepleiehandlingene oppleves som en utfordring å ivareta for den uerfarne operasjonssykepleieren, på grunn av de ulike belastninger i arbeidshverdagen.

Studiens resultater presenteres og drøftes i etterfølgende kapitler i henhold til den kategorisering som er gjort i kapittel 5.

5.1 Faglige utfordringer

Studien viser at nyutdannede operasjonssykepleierne opplever vanskeligheter med ansvaret i forhold til faglige utfordringer. Stort fagfelt gjør at nyutdannede har begrensninger i forhold til det faglige, dermed ikke oversikt på operasjonsavdelingen. Nyutdannede har dermed problemer med å organisere og koordinere.

En av informantene sa:

«Jeg er ikke så god til å organisere, se helhet og sånn, det har jeg ikke kunnskap om»

Det store fagfeltet gjør at det kan ta lang tid mellom deltakelse på ulike operasjoner. Dermed føler de at de glemmer. Det sammen med redsel for å feile eller skade gjør at faglige utfordringer oppleves vanskelig.

Kirurger og operasjonssykepleiere som er fast tilknyttet fagseksjoner har kunnskap og hovedansvar på de ulike seksjonene. De andre operasjonssykepleiere vil ha sin spesielle kompetanse ved det allmenne og brede fagfeltet, og tilsammen ivareta i kirurgisk beredskap og faglig forsvarlighet. Nyutdannede opplever faglige utfordringer på grunn av mange ulike fagfelt. Det er avanserte operasjonsmetoder, høyteknologisk utstyr og et bredt utvalg av instrumenter og operasjonsutstyr tilpasset de ulike inngrepene. Det er i kontinuerlig utvikling og endring basert på vitenskap og i samarbeid med ulike fagområder. Enhver pasient behandles individuelt på grunnlag av helsetilstand og evidensbasert kunnskap om behandling og sykepleie.

I praksis opplever informantene at ansvar og oppgaver står i et misforhold til erfaring og kunnskapsnivå. Vanskeligheter med faglige utfordringer informantene er knyttet til, i møte

med et bredt fagfelt og mangel på kontinuitet i jobbsituasjonene, og i etableringen av erfaring og praksiskunnskap.

En av informantene uttrykte følgende:

«...nå er det veldig mange forskjellige inngrep på denne avdelingen her. Det er fremdeles inngrep jeg ikke har vært borti etter et år og det er mest det at jeg er, hvis jeg føler at jeg ikke er, at jeg ikke leverer, ikke er kjapp nok, at jeg ikke jobber i riktig rekkefølge slik at det blir noen forsinkelser. Det er vel egentlig mest det jeg føler at jeg tar med meg hjem, det at jeg føler jeg ikke er tilstrekkelig på jobb. Det er nok verre enn noe annet tror jeg - for meg da»

Operasjonssykepleierne opplever et forventningspress om å prestere. Det kan synes som om nyutdannede operasjonssykepleierne som strever og opplever det som problematisk å ikke strekke til. Følelsen av ikke å være tilstrekkelig i jobb kan ha innvirkning på selvfølelsen slik jeg tolker det.

Flere av informantene forteller om stress for ikke å være tilstrekkelig dyktig som operasjonssykepleier. En av informantene beskriver at hun tar med seg hjem følelsen av utilstrekkelighet. Informantene forteller at de føler de ikke er raske nok i utførelsen av sykepleieoppgavene, og er stresset for at de skal være årsak til forsinkelser.

Forsinkelser eller at tiden de bruker på for eksempel å klargjøre for et kirurgisk inngrep er en målbar vurdering på hvordan de fungerer i jobben. Derfor strever de etter å jobbe hurtig, slik at de kan innfri forventningene fra ledere og kirurger. Som et eksempel på forventning om å være kompetent og til enhver tid produktiv, forteller en av informantene at lederen hadde uttalt følgende:

*«Så har de sagt at **når du er her må du fungere**»*

Er man ikke helt i form en dag er det lite rom for å ta hensyn til det fordi tempo på produksjonen liksom «ligger i veggene». Operasjonssykepleierne brukes for det de er verd, forteller en av informantene. Ledelsen og kirurger forventer at nyutdannede skal takle og tolerere arbeidspresset. Samtlige av informantene fortalte at utrygghet, begrenset kunnskap og kravet om effektivitet var vanskelig å håndtere som nyutdannet operasjonssykepleier.

«Det er mange detaljer å lære på hver operasjonsstue, og man blir stresset av manglende opplæring. Det å bli flyttet mellom operasjonsstuene for å plutselig å stå i

situasjoner hvor en ikke kan det en bør kunne. I starten når vi var nyutdannede så ble vi satt til ganske store operasjoner helt alene - to helt nyutdannede og det synes jeg var veldig fælt. Det kan være belastende å ha så stort ansvar»

Nyutdannede har vanskeligheter med å organisere og koordinere. Materialet preges av sykepleiernes stress i forhold til ansvar og omsorgsfølelse. Operasjonssykepleiere vet at feil i sykepleieutførelsen, både med tanke på organisering og handling kan medføre skade på pasienten. Nyutdannede kan ha begrensninger i organisatorisk kompetanse, som kan kjennetegnes ved blant annet problemer med å organisere eget og andres arbeid. Studien viser at dette hindrer nyutdannede fra å si ifra om de mener belastningene i forhold til ansvar og organisering er vanskelige å håndtere.

En av informantene forklarte det slik:

«Hvis man sier ifra så føler man seg utrygg. Hva velger man da av to onder? Jeg vet ikke»

Det kan forstås som om at informantene ikke vurderer eller våger å opponere mot systemet som sitter « i veggene ». En av informantene fortalte om belønning for å være medgjørlig overfor ledelsen og være «snill pike». Belønningen kunne være å få ferie når en ønsket eller avspasering. Selv beundret hun dem som klarte å si ifra, men hun fortalte at hun ikke hadde krefter til det på grunn av konsekvensene.

En av operasjonssykepleierne som hadde gjort en feil som gikk ut over pasienten, beskrev det som en traumatisk hendelse. Selv om uhellet ikke påførte pasienten helsemessig varig skade, opplevdes hendelsen så belastende for operasjonssykepleieren at hun i ettertid unngikk å utføre samme prosedyre. Selv beskrev hun det som at hun fikk en «slags knekk».

Informantene oppfattes sårbare som noviser i operasjonsavdelingen. Uten forståelse for hvorfor kravene fra ytre omgivelser kommer eller hvordan en skal sette dem i system synes det som om det komplisert for dem å ha kontroll og oversikt.

5.2 Arbeidspress for nyutdannede

Nyutdannede operasjonssykepleiere føler press på å jobbe hurtig og effektivt. De har mange sykepleieoppgaver å ivareta i løpet av arbeidsdagen. For å mestre presset kortes pauser ned.

Materialet viser at forventningene om å være effektiv og mye ansvar bidrar til at nyutdannede føler stress i forhold til ansvar. Informantene beskriver at de fortsatt kan føle seg ny etter to år i yrket fordi det er så mye å sette seg inn i. Informantene forteller om krav og forventninger til å jobbe hurtig, korte pauser og mange oppgaver ved de ulike inngrepene. Sett i lys av Benners teori om læringsstadier (Benner 1995), som forklarer noviser som overordentlig begrenset og usmidig, kan funnet forklares i novisenes manglende evne til å mestre komplekse oppgaver.

En av informantene uttalte følgende:

«Det er det med tidspress og at ting skal være mere effektivt. Du føler at du ikke rekker helt å sette deg inn i det som kommer på bordet. Det er liksom ikke tid, og så brukes det mye tid til å dokumentere på data. Det føler jeg tar mye av fokuset bort, øynene skulle helst ha vært et annet sted enn på skjermen. Det er ikke mulig å få erfaring etter bare to år. På noen ting ja, men det er så mye nytt og det er stadig endringer.»

Materialet viste at på grunn av travelhet og høyt tempo på operasjonsavdelingen fikk operasjonssykepleierne begrenset tid å oppdatere seg på prosedyrer og lese journaler.

Materialet preges av dilemmaer for operasjonssykepleierne grunnet deres evne til å mestre endringer. Et eksempel er at operatørene gjør det klart hva de ønsker og forventer som kniv tid. Med knivtid menes når de ønsker at det skal være klart for operasjonsstart.

Operasjonssykepleiere i samarbeid med anestesi har en forventet tidsramme for hvor lang tid de har å bruke på å forberede operasjonspasienten. Forventning til en bestemt tid på forberedelse er et eksempel på hvordan operasjonssykepleierne opplever press når det gjelder effektivitet, både fra ledere og kirurgene i forhold til hvor hurtig de kan komme i gang med et inngrep.

«når du skal ta opp pasienten, du skal pakke opp utstyr, du skal legge inn kateter, det er mange ting som skal forberedes, også forventer kirurgen at det skal være klart til halv ni. Spesielt ved enkelte seksjoner forventer de at vi skal være klare klokken halv ni. Det går ikke, det klarer jeg ikke. Det er jo helt umenneskelig»

For uerfarne operasjonssykepleiere innebærer det engstelse for det ukjente og bekymring for ikke å være i stand til å mestre oppgavene de blir satt til. Funn viser dermed til vanskeligheter for noviser å mestre arbeidspress, fordi mangel på erfaring vil gi begrensninger i forhold til å mestre nye situasjoner og muligheter til å prioritere og tenke løsninger.

5.3 Belastinger ved sykefravær

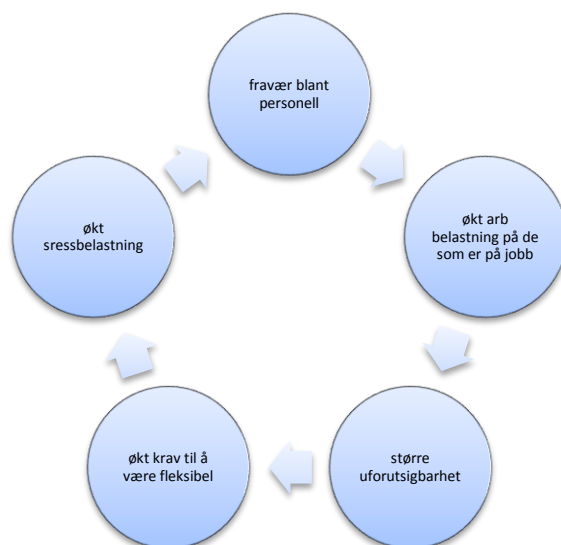
Økt arbeidsmengde viser seg å være den største belastningen ved sykefravær.

Materialet viser at de fleste gav uttrykk for økt stress og frustrasjon når det var mangel på personell på jobb. De beskriver at terskelen for ledelsen til å redusere operasjonsprogrammet opplevdes høy, og tolkes som frustrasjon i forhold til merbelastningene. Vanskelighetene er knyttet til merbelastningene og opplevelse av stress. Nyansatte kan oppleve at det tas lite hensyn, de oppfatter at ledelsen prioriterer og få dekket hullene om det er fravær blant ansatte foran nyansattes behov for kontinuitet og trygghet. For å unngå å stryke operasjonspasienter ble de færre til å ivareta samme antall operasjonen.

Funn viser at belastningen øker om det er sykefravær. Nyutdannede opplever jobben krevende på flere måter.

Materialet forteller at var en eller flere av personellet syke ble nyutdannede flyttet over til en annen operasjonsstue etter behov, uten å ta hensyn til hvor operasjonssykepleierne hadde forventet og forberedt seg på å være. Det synes som om det skaper stress og frustrasjon hos den uerfarne operasjonssykepleieren.

Figur 5.1. Nyutdannedes erfaring med sykefravær.



Figur 5.1 illustrerer den «onde sirkelen» som skapes ved for lite personellressurser.

To utsagn fra informantene lyder slik:

«Vi har et stort problem, vi har veldig mange syke. Vi har veldig lite folk. Totalt sett er vi akkurat nok, og når det er mange syke må man på en måte bruke personellet for alt det er verd. Du blir nesten brukt som poteten, brukt til å fylle hull.»

«Også ledelsen forventer mye av oss fordi de ikke vil stryke. Er det ti syke så stryker de kanskje en pasient.»

Ut ifra studien kan det synes som om det ikke er uvanlig å gjøre slike prioriteringer.

Undersøkelsen viser at det tas lite hensyn til nyansatte og det er belastende arbeidsforhold ved sykefravær.

Operasjonssykepleierne strekker seg langt for å slippe å stryke operasjonspasienten fra programmet. Den enkelte føler seg forpliktet til å godta denne prioriteringen av lojalitet til arbeidsstedet og prioriteringene fra ledere og leger fordi det alltid har vært slik.

Studien viser at det er spenning mellom ledelsens intensjoner i forhold til organisasjons-effektiviteten og ansvar til å holde produksjonen oppe, og den ansattes opplevelse av å få produksjonsansvaret lagt på sine skuldrer.

«At de liksom setter opp en ukeplan, men den må endres på grunn av sykdom og da blir du kastet inn på noe du ikke har vært med på, på lenge eller aldri.»

Noen av informantene forteller om sykemeldte kollegaer på grunn av arbeidsforholdene. Mangel på operasjonssykepleiere økte arbeidspresset på de som var på jobb. De opplever at for å klare jobben og arbeidskravene må hvert minutt i løpet av dagen brukes. Arbeidspress gjør at mat og kaffepauser blir forstyrret eller innskrenket.

«Det er jo ingen til å avløse og har du en operasjon som varer i 5-6 timer så får du ikke spist i det hele tatt.»

En av operasjonssykepleierne fortalte at hun var kjent med at flere av de som jobber her hadde fysiske plager på grunn av stress. Operasjonssykepleier er ofte oppfattet som en sykepleier som har liten pasientkontakt. Jeg opplever derimot at samtlige av mine informanter er stresset på grunn av ansvaret for operasjonspasienten.

Operasjonssykepleierens utholdenhet, at de strekker seg langt og at de holder ut stress kan relateres til sykepleierens omsorg for operasjonspasienten.

5.4 Behov for individuell tilrettelegging

Behovet for individuell tilrettelegging for nyutdannede operasjonssykepleiere virker å være stort.

Svarene viser at informantene har behov for ledelse som ivaretar personalet og har et faglig fokus. Om prosedyrer ikke er nedskrevet eller om det er rot på avdelingen gjør at nyutdannede får vanskeligheter. Det medfører usikkerhet og dårligere forutsetninger for forståelse for handlinger i ulike situasjoner. Særlig i situasjonen hvor de skal bruke ukjent utstyr er det lett å bli frustrert om en ikke får veiledning.

Et sitat fra en informant:

«Jeg føler meg nyutdannet egentlig for det er så mange forskjellige ting og vet ikke alltid hva jeg skal gjøre, derfor trenger en veiledning»

På grunn av liten erfaring opplever nyutdannede at de får store ansvarsoppgaver. Det gjør at de føler usikkerhet.

Det kan synes som om sykepleiere er avhengig av veiledning og opplæring de første årene i yrket.

5.5 utfordringer med uforutsigbarhet

Nyutdannede opplever det vanskelig med stadige endringer i operasjonsprogrammet. Det medfører stor uforutsigbarhet for hvilken operasjonsstue den enkelte operasjonssykepleier skal jobbe på. Denne uforutsigbarheten beskrives som en belastning for nyutdannede.

I situasjoner hvor nyutdannede operasjonssykepleiere blir satt til å være med på operasjoner hvor de er uforberedt og har liten erfaring, opplever de som utrygt. Informantene forteller om liten tid til å forberede seg til operasjoner, de kjenner på presset og at dette er belastende.

«Om jeg blir kastet inn på en operasjon jeg ikke har vært med på lang tid oppleves det som en påkjenning. Man kommer man inn og skal være med på stor kreftoperasjon med en masse laparoskopistyr som du ikke får lest deg opp på.»

Liten kontinuitet i jobbsituasjonene og nye arbeidssituasjoner skaper utrygghet for nyutdannede.

En av informantene forteller det slik:

«det er mange detaljer å lære på hver operasjonsstue og det er frustrerende å ikke få opplæring og bare bli flyttet mellom operasjonsstuene for å plutselig stå i situasjoner hvor en ikke kan det en bør kunne».

Dette sammenfaller med INCs etiske regler, hvor grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og skal være kunnskapsbasert.

I denne sammenheng vil jeg spesielt peke på respekten for operasjonspasienten og ivaretagelse av sykepleiernes kunnskapsbaserte handlinger. Sykepleierne opplever utrygghet relatert til etiske grunnfundamenter som ansvarlig operasjonssykepleier.

5.6 Utfordringene som oppleves traumatisk for nyutdannede operasjonssykepleiere

Studien viser at traumatiske opplevelser var relatert til:

- Traumesituasjoner
- Bearbeidelse av traumeopplevelser
- Opplevelse av trakasserende adferd fra kollegaer

Angsten for ikke å strekke til som operasjonssykepleier i traumesituasjoner, var noe som uroet og bekymret nyutdannede operasjonssykepleiere.

Å være vitne til og delaktig i traumesituasjoner og ettertanker viser studien som noe av det vanskeligste eller traumatiske å oppleve for nyutdannede i jobben som operasjonssykepleier. Undersøkelsen viser at operasjonssykepleierne opplevde deltakelse i traumesituasjoner, og tanker om dette i ettertid som noe av det de var mest redd for å ikke håndtere i jobben som operasjonssykepleier.

Aggressiv, neglisjerende eller annen dårlig oppførsel fra kollegaer er også meget belastende. Operasjonssykepleierne opplever at kjefting, å bli oversett eller ikke inkludert i samtaler og møtt med en ovenfra og ned holdning fra medarbeidere svekker dem. De opplever at det er lett å bli brutt ned når de er ny og uerfaren.

5.5 Nedsettende adferd i operasjonsavdelingen

Undersøkelsen avdekket at nyutdannede operasjonssykepleiere opplever nedsettende adferd like traumatisk som redselen i møte med traumesituasjoner. Implisitt viser dette også at nedsettende adferd og trakassering skjer ved operasjonsavdelinger.

Flere er frustrerte over nedsettende adferd, andre opplever det belastende, mens like mange svarer at det er noe av det som oppleves som det verste å håndtere i jobben som nyutdannet operasjonssykepleier.

Materialet viser at flere av informantene oppgir at det eksisterer hierarki i miljøet på operasjonsavdelingen. Kulturen på operasjonsavdelingen gir derfor rom for at kirurger, ledere og andre operasjonssykepleiere kan tillate seg en nedlatende adferd for de som er lavere i hierarkiet. Denne nedlatenheten viser seg i ulike former og som en ovenfra og ned holdning.

Erfarne operasjonssykepleierne kunne vise en nedlatende holdning som for eksempel pirke i detaljer overfor nyutdannede operasjonssykepleiere for å markere seg.

Forklaringer som «kirurgen hevder seg ovenfor operasjonssykepleieren og så hevder hun seg nedover i hierarkiet» og «jeg hadde ikke tenkt på det i det hele tatt å bli satt sånn tilbake og i tillegg få denne kjeftegreia på toppen» var en konsistent beskrivelse.

Materialet slik jeg har tolket det viser at ingen fortalte om at de fikk støtte i slike situasjoner. Det var ingen på operasjonsstua som protesterte eller sa noe for å hjelpe den som var utsatt for kjeft eller lignende nedsettende oppførsel. Støtte og sympati var i form av samtale i ettertid med kollegaer som var venner eller noen som hadde vært til stede i situasjonen. Det kan virke som om kirurgene har en makt og tillatelse i miljøet til en slik adferd. Kirurgens stress, ansvar og dyktighet gir autoritet og nyutdannede operasjonssykepleierne ble dermed utsatt eller risikerte uforskammet oppførsel om de ikke var «effektive nok».

Nedsettende adferd skaper avstand mellom kollegaer:

«Jeg orker ikke å si han imot. Jeg føler jeg må være ydmyk for jeg er ny og ikke har erfaring»

Kirurger tenderer å kreve mere enn nyutdannede operasjonssykepleierne var i stand til å innfri. Kirurgene blir gjerne unnskyldt eller forklart med at de er stresset og slitne og derfor oppfører seg slik.

En av informantene beskrev det slik:

«Kirurgene tillater seg å si mye i aggressiv tone. Å få kjeft av kirurgen gjør at det berører selvfølelsen min. Når man er ny er det lett å bli vippet av pinnen når en får kjeft fra operatøren.»

En av informantene fortalte at de hadde fått beskjed fra lærer under utdanningen i operasjonssykepleie om aldri å motsi kirurgen under operasjonen. Dette oppfatter jeg som en opplæring i gamle tradisjoner, som har tilhørighet i gamle fordømmer og hierarki. Det kan imidlertid ut ifra funnene forstås som om kirurgene fortsatt har tillatelse i miljøet til en oppførsel som i andre sammenhenger ikke ville bli akseptert.

Min forståelse tilsier at under operasjoner har ikke operasjonssykepleierne mulighet til å forlate situasjonen eller rommet. Hennes fremste plikt er å ivareta pasienten, om det så er å

assistere til en operasjon i mange timer, og samtidig være utsatt for bemerkninger, neglisjering eller kjeft, så kan hun ikke forlate sitt ansvar. Ut ifra det kan en forstå at læreren gir slike råd, i hensikt å dempe trakasserende adferd.

Miljøet ser ut å tillate et mulig hierarki eller ovenfra og ned holdning overfor nyansatte og uerfarne operasjonssykepleiere. Dette gjelder også mellom operasjonssykepleiere og fra de erfarne og nedover i hierarkiet.

Operasjonssykepleierne opplever det vanskelig å bli dårlig behandlet av medarbeidere. Mange beskriver at de utsettes for fornedrende opptreden og at dette er noe som kan eksistere «i miljøet» på operasjonsavdelingen. De opplever å si ifra per brev, men ingen respons og det som å si ifra om noe som er vanskelig når en ikke er sterk som fagperson de første årene.

«De behandler deg som luft»

Dette innebærer at operasjonssykepleiere kan assistere til operasjoner uten at de blir snakket med eller inkludert på normal måte under operasjoner.

«De kan si så utrolig mye på sinte måter til oss»

«Jeg kan huske at jeg gruet meg veldig mye til en type, en person jeg skulle jobbe sammen med. Og han kjenner jeg at jeg gruer meg for ennå»

Noen informanter fortalte at enkelte kirurger kunne gjemme instrumenter for å gjøre situasjonene under operasjonen uoversiktlig for operasjonssykepleierne. Andre fortalte om episoder hvor de ble kjeftet på i påhør av pasient og personalet. Det var kirurger gjerne kirurger som ble ansett som de dyktigste som tillot seg en aggressiv eller svært nedsettende adferd ovenfor personalet på operasjonsavdelingen. Sykepleierne uttrykte en slags «forståelse» for at de dyktigste kunne være krevende og ubehagelige, de kunne liksom betale den prisen å være utsatt for trakasserende adferd bare pasienten fikk den beste behandlingen. Jeg forstår det slik at nyutdannede operasjonssykepleiere opplever dette svært vanskelig, men respekt for faglig dyktighet er noe som setter svært høyt i miljøet. Dermed er min tolkning at det kan synes som om handlingsstrategien til lederne er å drive med «brannslukking» i situasjoner med trakasserende adferd på operasjonsavdelingen. Informantene forteller at de rapporterer dette per brev eller i møter med ledere. De blir lyttet til og forstått av ledere, men det er liten eller ingen reaksjon fra kirurger i etterkant av episoder med nedsettende adferd.

En av informantene sa følgende når vi snakket om dette:

«Jeg ble så lei meg at jeg tenkte at skal det liksom bli slik, er det slik hverdagen skal være?»

5.6 Redsel for ikke å strekke til i traumesituasjoner

Funn viser at operasjonssykepleierne har omsorg og blir påvirket av pasienthendelser. Materialet viser at det ene sykehuset har traumemottak og samtlige av informantene som jobbet ved dette sykehuset formidler at redselen for ikke å strekke til i traumesituasjoner er noe de var mest engstelig for. Møtet med traumepasienten er preget av uforutsigbarhet og sterke inntrykk. Pasientens lidelse berører, og operasjonssykepleiere forteller det er særlig vanskelig når det ikke er håp lengre eller når det er unge pasienter som er skadet. De nyutdannede operasjonssykepleierne forteller om redsel for å gjøre noe galt i slike situasjoner, og at dette er noe de føler sterk på.

Operasjonssykepleiere tilknyttet akuttmottak for traumer og har traumecalling på enkelte vakter. Kommer det inn traume til sykehuset forlater operasjonssykepleieren med calling operasjonsavdelingen og er med i traumeteam i mottaksavdelingen. Det kan være møte med skadede, døende og syns og hørselsinntrykk det er vanskelig å forberede seg på.

Sykepleierne i min studie svarte at de var engstelige for ikke å strekke til på grunn av manglende erfaring. Det kommer særlig til uttrykk i traumesituasjoner og når handlinger krever hurtighet og faglig kontroll.

«Jeg føler meg nervøs og utrygg ved at jeg ikke vet hva som skjer i neste øyeblikk»

Min tolkning viser at manglende erfaring og usikkerhet for ikke å mestre oppgavene eller å ha kontroll i dramatiske eller krevende situasjoner var hovedårsak til engstelse for akuttsituasjoner. Hovedmålet for salutogenetisk tilnærming er at personer skal få innsikt i sin egen mestringsevne, øke bevisstheten og egne ressurser og kunne benytte dem ved passende utfordringer. Ved å se på denne situasjonen gjennom salutogenetisk briller kan en reflektere over mulige mestringsstrategier satt i system overfor nyutdannede i den hensikt å oppnå økt mestringsevne og redusere stress.

5.7 Bearbeiding av traumeopplevelser

Nyutdannede har behov for å snakke om traumesituasjoner, for å reflektere og lære.

Studien viser til at nyutdannede har behov for å bearbeide og snakke om opplevelser og traumer i etterkant av hendelsene. Jeg tolker det at det er ønske blant nyutdannede om å gå gjennom hendelsen, klarlegge hva som ble gjort og hvorfor. Enkelte operasjonssykepleiere blir berørt når de forteller om traumatiske hendelser de har opplevd.

Rutinemessig organiserte samtaler etter traumer ikke eksisterte. Samtaler i etterkant var tilfeldige prat på pauserommet.

Materialet forteller at følelsene, inntrykk og tanker etter traumeopplevelser varte fra dager til måneder etter slike hendelser. En av operasjonssykepleierne var sterkt berørt og gråt under intervjuet når hun fortalte om en hendelse flere år tilbake i tid. Jeg fikk et helt klart inntrykk av at operasjonssykepleierne i min undersøkelse ble veldig berørt av pasientskjebner, og at det eksisterte behov for å få snakket gjennom hendelsen i ettertid.

«Man kan jo ikke ta med seg hjem slike opplevelser heller?.....hvem skal man snakke med? ..snakker de andre sammen og hvem tør jeg snakke med?»

Jeg tolker usikkerhet om hvem de kan snakke med kan forklares med at de er ny i miljøet og ikke har tillitt eller mot til å snakke om hendelser med erfarne kollegaer. Slik jeg tolker operasjonssykepleierne uttrykk for engstelse for traumene og redselen for ikke å strekke til, forstod jeg at det var et behov for å gå gjennom slike hendelser i etterkant i den hensikt å lære av situasjonene. De uttrykte også et behov for å få bekreftet at de ikke hadde vært årsak til forverring av situasjonen.

Noen snakket om at de måtte late som ingenting når de kom hjem etter vakt. Selv etter svære traumer og voldsomme inntrykk la de vekt på ikke å la de hjemme forstå at de hadde vært medansvarlig i traumesituasjoner som hadde gjort veldig inntrykk.

«du får jo inntrykk og du hører hylene»

Det kan synes som om at nyutdannede operasjonssykepleiere må håndtere egne reaksjoner alene i etterkant etter traumeopplevelser. I den grad at de kunne fortelle at det var samtale i etterkant var det mere tilfeldig, for eksempel på pauserommet når de møtte noen som hadde vært til stede ved samme traume.

«Selv om vi er ferdige som studenter så har vi behov for å snakke, bare rett og slett fortelle om det forferdelige vi noen ganger kan oppleve og det morsomme og det rare også»

Sitatet overfor peker på klare behov for å reflektere over hendelser fra operasjonsavdelingen. Det kan forstås som de blir berørt følelsesmessig og har behov for å dele, støtte, sammenligne og lære av hverandre. En av informantene fortalte at hun hadde behov for å høre om andre hadde lignende opplevelse, at det ikke bare var hun som hadde slike opplevelser eller følelser etter ulike situasjoner.

Kapittel 6 Drøfting av belastninger for nyutdannede operasjonssykepleiere

I følgende kapittel vil funnene diskuteres for å belyse og finne en forståelse for de ulike stressbelastningene uerfarne operasjonssykepleierne opplever. Operasjonssykepleierens ansvarsforhold for operasjonspasienten og ønske om og yte det beste som er for pasienten er sentralt i denne sammenhengen. Ha hjerte for, beskytte, ha ansvar for og ta vare på er essensielt i utførelsen av operasjonssykepleie (Lindwall & Post 2005).

I følge mine funn synes det som om nyutdannede operasjonssykepleiere har mange utfordringer. Høy grad av uforutsigbarhet og hyppig omstilling er en del av hverdagen. Operasjonssykepleie er pasientnært, høyteknologisk og basert på et generelt kompetansenivå hvor det forventes at nyutdannede operasjonssykepleiere skal imøtekomme jobbkraav på mange fagområder innen kirurgi.

Min kunnskap og interesse for emnet gjør at jeg ønsker å få frem en forståelse for nyutdannedes operasjonssykepleieres opplevelse av å være novise. Det dreier seg om hvordan nyutdannede operasjonssykepleiere opplever utfordringer under betingelser som er vanlig på en operasjonsavdeling. Det fokuseres på det som oppleves vanskelig for å gi svar på problemstillingen.

6.1 Opplevelse av arbeidspress

Et sentralt funn var at nyutdannede operasjonssykepleiere opplever høyt arbeidspress. De har begrenset faglig erfaring og kunnskap og har ansvar for operasjonspasienten og de krav det innebærer å ha kontroll over prosedyrer, utstyr og sikkerhet. Funn viser at informantene opplever det vanskelig å imøtekomme kravene om å være effektiv. Informantene opplever et press på å jobbe effektivt og opplever dette som stressende fordi de er nyutdannet og uerfarne i jobb. Operasjonsavdelingene har høy produksjon og enkelte av operasjonssykepleierne beskriver de må bruke hvert minutt i løpet av dagen for å innfri forventningene.

Informantene i min studie har opptil fem års erfaring som operasjonssykepleier, men gir uttrykk for at de føler seg uerfaren etter flere år i yrket. Stress forårsaket av høye forventninger og organisatoriske faktorer og en ubalanse mellom krav, ferdigheter og sosial støtte kan føre til stort ubehag, utbrenthet eller psykosomatiske sykdommer (Marine, Ruotsalainen, Serra & Verbeek 2009).

Jeg forstår det som om sykepleierne i min studie opplever det ubehagelig å føle seg uerfaren etter flere år i yrket, både overfor seg selv og overfor forventningene fra andre om at det forventes det at de kan prosedyrene. Jeg tenker at dette også påvirker stress.

Undersøkelsen viser at operasjonssykepleiernes stress øker i situasjoner hvor mange oppgaver skal utføres på begrenset tid. Dette er i samsvar med hvordan en novise vil ha problemer med å prioritere oppgaver og vurdere komplekse situasjoner. Høy arbeidspress og mangel på forståelse og støtte gjør at sykepleiere generelt er utsatt for utbrenthet (Severinsson 2003).

Informantene fra min undersøkelse forteller om arbeidsdager så fokusert på produksjon, at matpauser blir innskrenket og at de kan oppleve å stå til lange operasjoner på 5-6 timer uten å få tilbud om pause. Jobbengasjement kan føre til blomstring i yrket, men om mestringsressurser overskrides, kan tretthet og symptomer på utbrenthet før til dårligere funksjon (Vinje & Mittelmark 2007).

Grunnverdier som gir sykepleiere dømmekraft. Martinsen peker blant annet på faglige standarder og kunne håndtere tekniske hjelpemidler fremmer trygghet og kvalitet i omsorgen.

Det innebærer at både ledere og ansatte er delaktig i normene for hvordan en ivaretar trygghet kvalitet. Det antas også å innbefatte hvordan en bygger opp kvalitet og trygghet hos den enkelte yrkesutøver. Både ledere og ansatte er medvirkende og medansvarlig i det å skape et sunt og faglig forsvarlig miljø og en god atmosfære. Dette stiller krav til lederne å tilrettelegge for en arbeidshverdag som ikke bare styres etter korttidsmål, som å få gjennom dagens program. Det stilles også krav til ansatte om å våge å si ifra, særlig om faglig sikkerhet eller skikkethet til å stå ansvarlig i ulike situasjoner ikke vurderes på grunn av at produksjon har en overordnet prioritering. Det vises også til lov om spesialisthelsetjenesten og Helsepersonell loven som stiller krav til pasientsikkerhet og kvalitet.

I følge operasjonssykepleiernes funksjon og ansvarsbeskrivelse som følger helsepersonell-loven § 4 i kravet om faglig forsvarlighet der praktisering av oppgaver skal være på et nivå innenfor fagmiljøet vurderes som dyktig. Det gjelder kvaliteten på samtlige av operasjonssykepleierens oppgaver og ansvarsområder.

Undersøkelse viser at nyutdannede føler ansvar i forhold til egen faglig utøvelse. Krav om å utføre arbeidsoppgavene under tidspress skaper dermed stress. Liten erfaring gjør at novisene har vanskeligheter med å utføre prosedyrene under tidspress og samtidig ha oversikt over hva som er hensiktsmessig å gjøre først og sist. Informantene gir inntrykk av at de strever for å tilfredsstille krav som forventes fra ledelsen og kollegaer. På den andre side har de pasienten som de har ansvar for å ivareta på en verdig og faglig forsvarlig måte. Forskning viser at en av hovedårsak til stress i arbeidsmiljø blant sykepleiere er mangel på støtte og klarhet i forhold til roller (Lim et al.2010).

Operasjonssykepleierne opplever press fra ledelsen og kirurgene om å være produktive og effektive. De forteller om fastsatt tid som forventes at de skal holde seg innenfor, for å komme i gang med operasjonene. Opplevelsen av at driften på operasjonsavdelingen er avhengig av hvor hurtig en kommer i gang med en operasjon, eller at pasienter må strykes fordi operasjoner for eksempel ikke kommer i gang så hurtig som planlagt kan også føles tyngende for ansvarsfølelsen til nyansatte. Forskning viser at opplæringsprogram for å mestre stress vil kunne styrke selvtillit og robusthet for sykepleiere som er i ferd med å bukke under for tress i miljøet (Gillespie et al 2007).

Ingen av operasjonssykepleierne virket som de hadde tegn til å bukke under, men stress over år kan trette ut og føre til utbrenthet blant personalet. Dette samsvarer med tidligere forskning

hvor stress som fører til utbrenthet ikke relateres til individuelle personer, problemet ligger i det sosiale miljøet de jobber i (Laschinger, Leither, Day & Gilin 2009).

Operasjonsavdelinger er en av de som kommer dårligst ut når det gjelder arbeidsmiljø som ivaretar helse hos ansatte (Schmalenberg & Kramer 2008). For meg forstås det som om tidspress har en negativ innvirkning på nyutdannede når presset i miljøet, og hva man forventer av personaler overskrider hensynet nyutdannedes behov for trygghet. Om ledere pålegger for høyt press på ansatte, kan ansvar for høy produktivitet blir lagt på de ansatte skuldre.

Sykepleierne i denne studien forteller om press om å jobbe hurtig, og at det er vanskelig, nærmest umulig å klare å jobbe like hurtig som erfarne sykepleiere. Det kan forklares fra Benners teori om erfaringen som skal til for å være i stand til å vurdere, håndtere og prioritere i ulike situasjoner (Benner 1995:35). Nyutdannede operasjonssykepleiere har teorikunnskap og liten erfaring og dermed begrenset mulighet til å vurdere ut ifra den gitte situasjonen hva som er viktigst å utføre. Uerfarne har kapasitet til å følge regler og prosedyrer, og begrensninger for å vurdere hva som er relevante prioriteringer eller handlinger vurdert ut ifra helheten i situasjonen Det kan synes som om kravene om å jobbe hurtig dermed blir svært utfordrende å imøtekomme for nyutdannede om forventningene er for høye.

Jeg tolker det slik at operasjonssykepleierne da har flere valg, enten klare å stå i det uten for mye stress og jobbe i det tempo de klarer, eller å gi beskjed til ledere og forklare hva som er rimelig å forvente av nyutdannede. Om de ikke våger kan det i følge forskning være fare for utbrenthet etter en tid.

En av informantene sa at som operasjonssykepleier bør en tåle påkjenninger. Forskning viser at håp, selvtillit og mestring styrker robustheten (Gillespie, Chaboyer , Wallis & Grimbeek 2007).

Funn fra studien forteller om stressende arbeidsdager for nyutdannede operasjonssykepleiere. For å styrke robusthet hos operasjonssykepleiere som jobber i et dynamisk og krevende miljø bør det fokuseres på håp, selvtillit, kompetanse, mestring og kontroll. Tiltak som å utvikle opplæringsmetoder som kan styrke ferdighetene til operasjonssykepleierne. Robusthet hos operasjonssykepleierne vil være en styrke i møte med stress, mestring og utfordringer. (Gillespie et al 2007).

Opplæringen bør fokusere på å knytte sammen kunnskap og ferdigheter. Det kan se ut som operasjonsavdelingens organisering og prioritering skaper problemer for uerfarne å etablere kunnskap og mestring på en slik måte at det styrker robustheten. I følge forskning og teori vil et større fokus på opplæring på arbeidsplassen styrke robustheten til den enkelte. En plan for å støtte og veilede nyutdannedes overgang fra endt utdanning til praksis vil styrke robustheten, slik at de i større grad føler mestring og har innsikt.

Like viktig ser jeg det at nyutdannede blir møtt med forståelse for at de ikke kan mestre enhver situasjon, at miljøet ivaretar og ikke bare forventer at de skal fungere. Tidspres er lite gunstig for mestringsfølelsen og styrking av selvtillit, fordi novisestadiet begrenser håpet om å jobbe så hurtig som forventes. Funn fra studien viser at informantene føler seg ny i lang tid, dermed vil stress i hverdagen kunne eksistere hos operasjonssykepleiere over kanskje flere år, noe forskningen viser øker faren for utbrenthet og jobbskifte.

6.2 Fravær blant operasjonssykepleiere

Høyt sykefravær blant kollegaer medfører belastning for nyutdannede operasjonssykepleiere. For å unngå å utsette eller stryke operasjonspasienter fra programmet opplevde nyutdannede økt arbeidspres for de som er igjen på jobb. Dette oppleves vanskelig for novisene, fordi det innebærer større krav til fleksibilitet, økt grad av uforutsigbarhet og kortere og færre pauser. Flere av informantene mente det var stor grad av stressrelaterte årsaker til fravær blant operasjonssykepleierne.

Det kan synes som om nyutdannede operasjonssykepleiernes entusiasme og pliktfølelse for overordnede og pasienten gjør at nyutdannede operasjonssykepleiere strekker seg langt uten å protestere. Operasjonssykepleierne i min studie opplever dette er vanskelig, flere utsagn understøtter det. Uttalelser om at det lønner seg ikke å gjøre så mye vesen av seg, eller at de føler at alle andre godtar arbeidsbetingelsene. Som ny i miljøet er det naturlig å tilpasse seg istedenfor å gjøre opprør, underbygger dette. Det synligjør et behov for forståelse for nyutdannede sykepleiere i overgangen etter endt utdanning. Anerkjennelse og kontroll er viktig for de som er nyansatt og uerfaren.

Intensjoner om å forlate yrket viser seg å være nært relatert til ledernes evne til å tilrettelegge for støttende strategier for nyansatte (Morrow 2009; Halfer et al. 2006). Stor arbeidsmengde og opplevelse av for lite personell kan gi en negativ påvirkning på stress og angstopplevelser (Glaze & Gyurak 2008).

Operasjonssykepleierne forteller om økt arbeidsbelastning ved sykefravær. Nyutdannede oppfattes å være mere sårbare særlig når det er færre erfarne operasjonssykepleiere å støtte seg til i situasjoner hvor operasjonene er store og sykepleieoppgavene er utfordrende.

Nyutdannede operasjonssykepleiere kan betraktes som noviser når de er nyansatt og nyutdannet. Noviser beskrives med to karakteristiske trekk, overordentlig begrenset og usmidig. Novisestadiet kan også finne sted hos erfarne sykepleiere. Et eksempel er en sykepleier med erfaring fra en spesial avdeling vil befinne seg i novisestadiet om hun uten å forberede seg skulle fungere på en annen avdeling. Dette er sammenlignbart med hvordan nyutdannede operasjonssykepleiere opplever mye fravær på jobb. De beskriver at de uten å være forberedt må «tette hull» som de beskriver ved steppe inn og jobbe på seksjoner på operasjonsavdelinger de ikke har erfaring fra eller ikke jobbet ved på lang tid. Når de er overordentlig begrenset og usmidig på grunn av begrenset erfaring oppleves uforutsette endringer utfordrende og stressende for novisene i min studie.

Manglende erfaringsgrunnlag gir begrensninger hos nyutdannede operasjonssykepleiere til å mestre situasjoner når det skorter på erfaring i de ulike arbeidssituasjonene. Det er mye å sette seg inn i som nyutdannet sykepleier og det tar gjerne flere år før man føler man er over novisestadiet (Higgins et al. 2010).

Informantene i min studie opplever det utrygt å bli sendt inn på operasjoner hvor de er ukjent med prosedyrene. Belastningen for nyutdannede økes ved sykefravær på jobb fordi det medfører at de hyppigere må steppe inn der det er behov for en operasjonssykepleier, og dermed risikerer ikke å være trygg på prosedyrene. Dette er i overensstemmelse med forskning omkring årsak til sykepleiernes stressbelastning som viser at arbeidsbelastning og travelhet er en hovedårsak til sykepleiernes stress (Lim et al. 2010).

Om sikkerheten påvirkes når personalet som har begrenset erfaring og fleksibilitet, blir «kastet hit og dit» kan i denne sammenheng reflekteres over (Lingard 2002). Det er lederens ansvar å ivareta sikkerheten og de ansattes medansvar å utvikle og sørge for sikkerheten i utførelsen. INC's retningslinjer viser til ansattes og lederes ansvar: «å utvikle og følge opp

krav til sikkerhet i arbeidsmiljøet.» I nevnte situasjoner berøres både operasjonssykepleierens sikkerhet til hvordan hun skal mestre situasjonene og ansvaret hun blir pålagt. En kan stille spørsmål med kvalitet og sikkerhet om fagkompetansen i de ulike situasjonene.

Gjentagende daglige stressituasjoner medfører problemer for nyutdannede fordi operasjonssykepleie er fysisk og mentalt krevende. I tillegg økes arbeidsmengden på den enkelte om det er fravær blant personellet. Ved mangel på operasjonssykepleiere brukes operasjonssykepleiere der det er behov, uten særlig hensyn til individuell kompetanse. Beskrivelser som at de «blir kastet inn» på stuer er noe som går igjen blant informantene.

Sykepleierne i min studie forteller om intense dager, med en innskrenket matpause for en har ikke ro i kroppen til å hvile seg i pausen. Jeg oppfatter operasjonssykepleierne som ansvarsfulle og de prøver å gjøre alt de makter for å få gjennom operasjonsprogrammet, også når arbeidsstokken er redusert. Operasjonssykepleierne forteller om en høy terskel før pasienter strykes fra programmet, også når det er høyt fravær blant operasjonssykepleierne. Forskning viser til at manglende støtte fra ledere øker negative følelser som håpløshet, avmakt, utilstrekkelighet hos ansatte. Det kan forsterke generelle stressopplevelse på jobb (Oloffson et al. 2003). Funn fra min studie viser at nyutdannede operasjonssykepleiere kjenner på det å være utilstrekkelig.

Funnene som beskrives i dette kapittelet samsvarer med funn som er gjort i andre undersøkelser hvor man ser på hvordan sykepleiere reagerer på opplevelsen ikke å strekke til i forhold til de krav til oppgaver de blir satt til (Marine et al. 2009). I boka maktens samvittighet beskrives følelsen som utilstrekkelighet. Utilstrekkelighetsfølelsen blir en følelse av mangel hos den enkelte og kan skape variert konstant angst for å bli avslørt som utilstrekkelig eller ikke god nok (Bakken, Brinchmann, Haukelien, Kroken & Vike 2002).

Av resultatene fremgår det at det stilles høye krav til nye operasjonssykepleiere og utrygghet og begrenset faglig oversikt bidrar til en følelse av og ikke å være god nok. Når de i tillegg opplever press på å være effektiv forsterkes følelsen om ikke å tilfredsstillende jobbkraav og dermed føler seg utilstrekkelig. Utilstrekkelighetsfølelsen er et fenomen hos flere av informantene. En følelse som berører så sterk de kan ta det med seg hjem etter jobb, følelsen av ikke å strekke til.

Novisestadiet vil som nevnt gi begrensninger i situasjonsforståelsen og likeledes påvirke evnen til å håndtere utfordringer og tenke løsninger. En stresset operasjonssykepleier i en

ukjent arena vil oppleve utfordringer med å håndtere avanserte komplekse operasjonssykepleieoppgaver i forbindelse med større inngrep (Vinje & Mittelmark 2007).

Styrken, kontrollen og fleksibiliteten i forhold til egne ressurser står for nivået på hvordan en evner mestring, ivaretar helse og opplever velvære (Antonovsky). Det kan være forklaring på at nyutdannede er sårbare ved høyt fravær. Operasjonssykepleieren vil være det Benner definerer som usmidig (Benner 1995), det innebærer at den nyutdannede operasjonssykepleier er avhengig av regler for å være i stand til handling. Det samsvarer med funn hvor operasjonssykepleierne forteller at de opplever det belastende med usikkerhet og endringer.

Resultat fra studien viser at høyt fravær gir ringvirkninger av belastninger i for nyutdannede (se fig s). Nyansatte er særlig sårbare for belastningene som øker stress og forskning viser at det kan ha en uheldig konsekvens med tanke på å bevare operasjonssykepleiere i operasjonsavdelingene. Det betyr en særlig belastning når situasjoner med høyt stressnivå strekker seg over tid.

6.3 Individuell tilrettelegging

Operasjonssykepleierne opplevde behov for individuell oppfølging og at det ble tatt lite hensyn til individuelle erfaringer og kunnskaper når det gjaldt fordeling av arbeidsoppgaver. De erfarte at ledelsen i stor grad prioriterte å få dekket hullene og behovet for trygghet hos de nyutdannede ble prioritert lavere.

For stor stressbelastning kan føre til utbrenthet og det er en utfordring og belastning for ledere å balansere mellom å ivareta ansattes behov for opplæring, trygghet, og gode arbeidsforhold og samtidig ha ansvar for å holde produksjonen oppe (Ericson-Lidman et al.2009).

Et av intervjuobjektene beskrev det som at de ble brukt som ”poteten”, de ble sjonglert rundt etter hvor det var behov for operasjonssykepleiere uten hensyn til sykepleierens erfaring eller kunnskap. Sykepleiere har behov for anerkjennelse. De har også behov for støtte, det gjelder både med tanke på det følelsesmessige plan og støtte til å kunne forstå pasientens behov (Severinsson 2003). Tiltak for å redusere stress hos sykepleiere gir best resultater når den inneholder kognitive elementer (Marine et al. 2009). Ved å vektlegge og tilrettelegge for

kognisjon hos nyutdannede, særlig ved å ta hensyn til stress og belastninger ved stress, er det sannsynlig å anta at effektiviteten vil bli styrket hos den enkelte.

Ledelsen bør også være klar over hvilke elementer som påfører stress og forklaring på økt fravær for sykepleierne når en skal tilstreber å redusere stressbelastningene (Davey et al. 2009). Sykepleierne forteller om usikkerhet i forhold til bredt fagfelt og det kan forstås som om de har behov for en mer stabilitet.

Jeg tenker at det å være på dagvakt over en tid etter endt utdanning. Jobbe sammen med en fast erfaren person som en slags fadderordning, at seksjoner deles opp med tanke på å redusere fagfeltets bredde kan være løsninger for nyutdannede for å redusere stress de første årene. Det vil bidra til en mer kontinuitet i veiledning og sykepleieoppgaver.

Desto bedre operasjonssykepleieren evner til å bruke ressursene sine vil det kunne bidra til utvikling og styrke egne ressurser og dermed øke mestringskapasiteten. Økt mestring er i følge salutogenetisk tankegang læring. Det betinger at man våger seg ut av komfortsonen og er i samhandling med andre. Det er gjennom samspill med andre i miljøet at det kan oppstå respekt fra andre og respekt for seg selv. Det psykososiale i arbeidsmiljøet påvirker følelsen av å ha eller ikke å ha kontroll. Det har innvirkning på engasjementet og motivasjonen hos sykepleierne (Begat, Ellefsen & Severinsson 2005).

Utfordringene kan til tider bli for store til være oppbyggende læringssituasjoner.

Sykepleiefaglig veiledning har innvirkning på sykepleiernes trivsel, mestringsfølelse og angst (Begat et al. 2005). I følge Patricia Benners teori om læringsstadier vil novisen på grunn av begrenset erfaringsgrunnlag kunne få vanskeligheter med å takle nye situasjoner (Benner 1995). Veiledning i praksis kan støtte og bidra til trygghet i situasjoner hvor det er manglende forståelse for mening i situasjonen på grunnlag av liten erfaring.

Jeg oppfatter informantene dit hen at når de blir satt til nye utfordringer hvor sykepleieoppgavene er ukjente kan det oppleves vanskelig, selv om de får veiledning fra den andre operasjonssykepleieren på operasjonsstuen som har mer erfaring. Nyutdannede har behov for aktivt og systematisk samarbeid og støtte i overgangen fra utdanning til å etablere erfaring og i møte med utfordringer underveis (Morrow 2009).

Ansvarer virker likevel utrygt, da sykepleieoppgaver oppleves kompliserte og lite forutsigbare på grunn av manglende erfaring. En annen forklaring kan være at den uerfarne sykepleieren kanskje ikke våger å tydeliggjøre for omgivelsene om sin kunnskap og forståelse en har for

situasjonen, dermed oppleves nye situasjoner stressende. Miljøet har innvirkning på trivsel og kvalitet på sykepleieoppgavene som utøves (Davis 2007).

I følge INC`s regler er det både yrkesutøver og leders ansvar å etablere normer for arbeidsmiljøet. Nyutdannede operasjonssykepleiere har lite erfaring med hva som er normale normer for operasjonsavdelinger generelt, men har derimot klare formeningar når arbeidssituasjonen og arbeidskrav ikke er forenelig med hva de er i stand til å utføre. Et misforhold mellom krav fra leder eller kirurger og hva den nyutdannede er i stand til å utføre er en ubalanse som forårsaker stress. Psykologisk stress og dens ødeleggende effekt er relativt individuell.

Evnen til å tolerere stress vil variere fra person til person, men ved å ta utgangspunkt i stressets evne til å forstyrre tilpassingsevnen og lære mestringsstrategier, er det grunn til å anta at evnen til håndterbarhet vil ha bedre betingelser. Ved å bevare håp, styrke selvtillit og mestring vil man kunne styrke robustheten hos operasjonssykepleiere (Gillespie et al 2007) .

Ved å gå gjennom hendelser og reflektere over praksis, ha rollemodeller og selv være motivert og engasjert i å lære kan den enkelte optimalisere forutsetningene for å utvikle selvtillit og robusthet (Severinsson 2002). I motsatt fall, om man ikke utvikler robusthet for å takle utfordringer i jobb, kan stress akkumulere og utbrenthet kan bli en konsekvens av for stor stressbelastning (McAllister og Lowe 2011).

Det er ledernes ansvar å følge opp krav til sikkerhet i arbeidsmiljøet. I følge INC`s retningslinjer er det yrkesutøvere og lederes ansvar å etablere faglige standarder for sykepleie i praksis, og en arbeidssituasjon som fremmer trygghet og kvalitet i omsorgen. Det ansvarlig gjør både den ansatte og lederne. Tilretteleggelse for støttende strategier kan hjelpe sykepleiere i å bli mere robust og føle seg mere vel i jobb (Jackson, Firtko & Edenborough 2007).

Ubalanse mellom hva som kreves av sykepleierne og hva de har kapasitet til å mestre, særlig om dette medfører at sykepleierne arbeider på tvers av grunnleggende sykepleieverdier vil utgjøre en økt risiko for utbrenthet (Newton et al 2009). Gjelder det et betydelig antall hvor stress er ødeleggende for mestringen anbefales endringer på forholdene på jobb (Lazarus 1998).

Sett i forhold til funnene forstår jeg det slik at nyutdannede med inntil fem års praksistid kan oppfattes som en gruppe, og tiltak i forhold til denne gruppen for å ivareta stressreduksjon og

øke mestring kunne være fruktbart. Er gruppen mindre kan et planlagt tiltak settes i verk for å hjelpe til i stressmestringsprosessen. Et eksempel kan være et kull av nyutdannede operasjonssykepleiere. I en slik tilnærming er individualitet i tilpasningen en forutsetning og vil i denne sammenheng være nærliggende å vurdere som en veiledningsordning med fokus på mestring og kognisjon. Det kan i denne sammenheng antas at en fast veileder de første årene i yrket kunne være en støtte både faglig og emosjonelt for nyutdannede. Eller så ser jeg en annen ordning med faste gruppemøter for nyutdannede, hvor ledere er til stede og kan fange opp vanskelighetene for nyutdannedes situasjon som forebyggende for stress og oppbyggende for robustheten.

Flere av informantene fortalte at de søkte støtte hos kollegaer de hadde gått på skole sammen med. De opplevde at det var en trøst å få bekreftelse på at de var flere som opplevde det likt. Det kan synes som om det er behov for åpenhet om stressbelastninger for nyutdannede operasjonssykepleiere og etablering for tilretteleggelse for nyutdannedes utfordringer. Stress kan virke forstyrrende slik at logisk evne trues. I tillegg kan den påføre helsemessige belastninger for den ansatte. Det kan få uheldige konsekvenser for tryggheten og kvaliteten i utførelsen. Derfor har det betydning at nyutdannede våger å tydeliggjøre hva som er vanskelig. Da kan det etableres forståelse i miljøet.

6.3 Uforutsigbarhet på operasjonsavdelinger

Undersøkelsen avdekker det faktum at nyutdannede operasjonssykepleiere er utrygge i ukjente situasjoner på grunn manglende kunnskap og erfaring. Operasjonssykepleiernes faglige ansvar er omfattende og redselen for ikke mestre eller feile gjør at de opplever belastninger ved uforutsigbarhet i større grad enn erfarne operasjonssykepleiere.

Stress på grunn av uforutsigbare og ukontrollerbare arbeidssituasjoner er dokumentert. Mistrivsel blant sykepleiere kan også være relatert til opplevelser av manglende erfaring. Høye krav og opplevelser av manglende kontroll medfører stress. Noe som igjen kan medføre helseproblemer blant sykepleiere (Severinsson 2003). Når stress i jobb er årsaken til risiko for helseproblemer utgjør det både risiko for fysiske og mentale helseproblemer for sykepleiere (Lim et al 2010).

Vanskelighetene med uforutsigbarhet beskrives som å bli kastet inn på en operasjon hvor det er lang tid siden en har jobbet. Det kan synes som nyutdannede operasjonssykepleiere er svært pliktoppfyllende og godtar endring uten å komme med motsigelser eller innsigelser om de blir flyttet til noe annet enn det de hadde forventet. Jeg ser det kan være flere forklaringer på dette, enten at de ikke våger da de føler seg medansvarlig for at pasienten ikke blir utsatt eller i verste fall strøket av programmet. Pliktfølelsen overfor pasienten og ledelsen ser jeg som en sannsynlig forklaring på nyutdannede ikke protesterer eller så kan forklaring være kulturen i miljøet som preger reglene. Som nyansatt ønsker en å bli anerkjent av andre. Det er vanskelig å bryte opp i en eksisterende kultur, særlig når man er ny og faglig usikker og i tillegg oppfatter at medarbeiderne ikke reagerer om det de blir bedt om å jobbe på en annen operasjonsstue enn det som var forventet eller planlagt.

Det kan synes som om miljøet på operasjonsavdelingen oppleves strengt og til dels skremmende for nyansatte. Videre har forhold som kontinuitet, oversikt og kontroll innvirkning på hvordan informantene evner mestring og opplever trygghet. Uttalelser fra informanter som at med en gang en kommer inn i det, er trygg og mestrer, så skal en på en ny stue. Kontinuitet oppfatter jeg at samtlige nyutdannede operasjonssykepleiere har behov for. Kontinuitet betyr for operasjonssykepleiere å fungere innenfor et begrenset fagfelt i perioder for å få kontinuitet og dermed etablere oversikt. Det gir kontroll. Kontroll styrker og bidrar til mindre stress og økt velvære. I traumesammenheng er det umulig å planlegge kontinuitet. Om det både i det daglige arbeidet og i tillegg i forbindelse vakter hvor nyutdannede operasjonssykepleiere har traumecalling ikke har kontinuitet kan det synes som om fravær av kontinuitet både i hverdag og på traumevakter tilsammen kan bli svært belastende for nyutdannede.

Det er sammenheng mellom intensjoner blant sykepleiere om å bli værende i yrket og mental og psykisk helse. Strategier for å våge mestring er nærliggende å vurdere særlig nye situasjoner med stress. Den vanligste strategien for å løse stressproblemer er å søke hjelp hos kollegaer eller familie. Det kan være en nyttig metode. Andre foretrekker å prøve å gjøre noe med situasjoner som er stressende. Å fokusere på den stressutløsende årsaken og aktivt prøve å gjøre noe med det relateres til en mental styrke som oppfattes som robust og sunn. (Lim et al. 2010)

Mestringsstrategier er i følge Salutogenetisk teori evnen til å takle ulike hendelser emosjonelt og rasjonelt. Den sunneste innstillingen er optimisme for utfallet i møte med utfordringer og

stress (Eriksen et al. 2005). Utvikles gode mestringsstrategier vil det være en styrke i samhandling, interreaksjon og til selvstendighet. Nyutdannede operasjonssykepleiere er redde for å gjøre feil, og redsel for å gjøre feil gjelder halvparten av sykepleierne i følge en dansk undersøkelse (Dolonen 2010).

Jeg mener det kan da være grunn for å anta at en slik angst gjør noe med den enkelte, med arbeidsmiljøet og fraværsprosenten.

I situasjoner hvor de gjerne uten forvarsel «blir kastet inn» på en operasjonsstue er de svært sårbare for å komme i den situasjon at de ikke strekker til. En av informantene fortalte at det føles ikke bra, men en blir vant med det på en måte. Gjentakende stressfulle situasjoner er belastende for sykepleiere da det bidrar til følelse av frustrasjon, avmakt, håpløshet og utilstrekkelighet, som igjen øker den generelle stress opplevelsen på jobb. Særlig kommer dette til uttrykk om det også kombineres med fravær av respons fra veiledere, som forståelse for stress reaksjoner (Oloff et al. 2004).

For å oppnå anerkjennelse kan det synes som om nyutdannede operasjonssykepleiere har stress med å innfri forventningene. Og at det er belastende i særlig grad fordi det er preget av uforutsigbarhet for arbeidsoppgaver de blir pålagt å mestre (Vinje & Mittelmark 2007).

Fagfeltet er omfattende og dermed tar det lang tid å etablere erfaring fra de ulike fagområdene, slik at en har oversikt og full kontroll i ulike situasjoner. Forskning viser til at det er tre viktige faktorer som framprovoserer stress i arbeidslivet (Olofsson et al. 2003).

- Det første er mangel på tillit til å håndtere arbeidskrav
- Det andre er mangel på personlig kontroll. Det kan være at man ikke har innflytelse på oppgaver som skal utføres
- Det tredje er støtte fra kollegaer og eventuell mangel på tillitt til sine medarbeidere

Jeg mener et større fokus på et arbeidsmiljø hvor nyutdannede operasjonssykepleiere blir ivaretatt med hensyn til behovet for kontinuitet, kan redusere stress hos uerfarne.

Operasjonssykepleie innebærer uforutsigbarhet, da en aldri kan skape en hverdag på operasjonsavdelinger uten endringer, men nyansatte kan kanskje i større grad tas hensyn til med tanke på for store stressbelastninger og konsekvensene av det. Forståelse i miljøet mener jeg kan hjelpe uerfarne i å våge å være tydelig, og det vil også gi ledere en bedre mulighet for å tilpasse forhold som kan redusere stress for uforutsigbarheten.

6.5 Faglige utfordringer

Resultatene viser at kravet til faglig kompetanse oppleves som en stor utfordring og skaper stress hos den enkelte. Funn forteller om hverdagen på en operasjonsstue som krevende i forhold til en kunnskapen nyutdannede operasjonssykepleiere er i besittelse av.

En av informantene beskriver det som umulig å få erfaring etter bare to år, på noe, fordi det skjer så mye nytt hele tiden. Operasjonssykepleie må håndtere avansert teknologisk utstyr, ha inngående kunnskap om avanserte prosedyrer, og ha oversikt over et svært fagfelt som er i kontinuerlig utvikling. Funn viser at krav til faglighet er utfordrende. Forskning viser til at det som er mest stressende for operasjonssykepleiere er bekymring for operasjonspasientens sikkerhet (Chen, Lin Wang & Huo 2009).

Operasjonssykepleiernes omfattende ansvarsområde kan være en utfordring for forutsetningene til å ivareta tryggheten og fremme personlig utvikling i utøvelsen av praksis. Evnen til å tilpasse seg komplekse og uforutsigbare oppgaver er i følge Antonovsky og salutogenetisk teori noe som noe som kan styrkes med å våge seg ut av komfortsonen for å få erfaringer med å mestre nye situasjoner. Det kan virke som operasjonssykepleierne blir pålagt å gå ut av komfortsonen, men at det omfattende fagfeltet og endringer i prosedyrer og utstyr gjør at det tar lang tid for å etablere faglig oversikt i operasjonssykepleiefaget.

Informantene i min studie opplever det svært utfordrende å bevege seg ut av komfortsonen. Det kan synes som om stress og det Lazarus definerer som stress, altså en ubalanse mellom hva som burde være og det som er, er nærliggende beskrivelse av opplevelsene informantene referer til. Usikkerhet er vanskelig å tolerere. Det henger sammen med psykisk stress og enhver stressfull situasjon innebærer usikkerhet (Eriksen). Problemene operasjonssykepleierne i min studie referer til er usikkerhet både i forhold til faglig kontroll, men også at de opplever å bli stilt store krav til deres evne og håndterbarhet av operasjonssykepleiefaget.

Utvikling av robusthet og ervervelse av robuste egenskaper er noe som kan læres ved forståelse av stress og tilpasning av motgang. Sykepleiere er svært utsatt for stress som vekslende teamsammensetning, som krav om å være fleksibel og utfordringene med å ivareta pasientene er vekslende og omfattende. I følge forskning er sosial tilhørighet, rollemodeller og veiledning er vesentlig i utviklingen av robusthet og mestring av arbeidet med alle utfordringer det innebærer (McAllister et al. 2011). Dette samsvarer med salutogenetisk teori

om evnen til videreutvikling. Jeg mener i likhet med Allister og Lasarus at utvikling blant nyutdannede operasjonssykepleiere er avhengig av at støtte, hjelp til forståelse og at utfordringene må eksistere, men ikke være urimelige. En lærer best gjennom andre er en læringsteori bygd på flere læringsteorier (McAllister: Maura Mac Phee 2011). Derfor er miljøet og kulturen betydningsfull i møte med praksis for nyutdannede, med tanke på sosialisering, veiledning, motivasjon for å lære og utviklingen av selvtillit.

Operasjonssykepleierne i undersøkelsen har beskrevet at de møter utfordringer de første årene på grunn av begrenset erfaring og kunnskap. I overgangen fra utdanning til å være nyutdannet er behovet for at lederne samarbeider legger til rette for både systematisk veiledning og for opplæring, for å støtte nyutdannede sykepleieres overgang til praksis (Morrow 2009). Nyutdannede sykepleieres tendens til å forlate yrket eller intensjoner for å bli værende er nært relatert til arbeidsplaner, medarbeidere og lege relasjoner. Muligheter for profesjonelle utviklingsmuligheter, anerkjennelse, kontroll og ansvar virker også inn på motivasjonen for å bli værende i yrket.

Forskning viser at fravær av respons fra lederne øker sykepleiernes negative stressopplevelse (Olofsson et al. 2003). Derfor har det stor betydning at nyutdannede blir ivaretatt av ledelsen. Funn fra min studie viser tydelig at den ene operasjonsavdelingen hvor informantene følte seg ivaretatt av ledelsen, har operasjonssykepleierne en større motivasjon, trivsel og intensjoner om å fortsette i jobben.

Jeg forstår det slik at faglige utfordringer virker stressende for nyutdannet når de føler at de ikke strekker til. Å føle at de ikke har kontroll eller er redd for ikke å gjøre en god jobb gjelder både av hensyn til pasienten og fra ledere og kollegaer som de jobber i samspill med. Tiltak for å støtte og ivareta nyutdannede som også ivaretar psykisk helse for nyutdannede sykepleiere anbefales (Halfer et al. 2006; Andrews et al 2009).

Å ivareta motivasjon og være bevisst på hva som motiverer er vesentlig i den hensikt å bevare operasjonssykepleiere i arbeid. Særlig viktig er det for sykepleiere å få mulighet til å yte kvalitet i omsorgen, at de får anerkjennelse og belønning for å gjøre en god jobb (Newton, Kelly, Kremser, Jolly, Billett 2009). Min oppfatning er at nyutdannede operasjonssykepleiere er usikre både på det faglige, og på om de anerkjennes som en som er «god nok» for miljøet. Ut ifra beskrivelser om hva arbeidsstedet forventer og usikkerheten de beskriver i forhold til at det tar lang tid, og at de føler seg avhengig av å jobbe sammen med noen med lengre erfaring.

Operasjonssykepleie innebærer som Lindwall og Post har definert (Lindwall & Post 2008) som å bry seg om, og beskytte, ha ansvar for og yte pleie er følelser og ansvar som vil berøres om operasjonssykepleieren er usikker eller føler hun kommer til kort i situasjoner.

Sykepleierens grunnmur er respekten for menneskets rettigheter, omsorg og viljen til å hjelpe et annet menneske uten å forvente noe til bake. Det som kalles barmhjertighet. Når sykepleieren i den praktiske utførelsen er engstelig for at hennes ferdigheter ikke er gode nok eller at hun i en situasjon skulle på grunn av mangel på kunnskap komme i den situasjon at hun er årsak til belastning eller skade for eller på pasienten oppleves det vanskelig.

Sykepleien skal være kunnskapsbasert, basert på barmhjertighet, respekt og omsorg. Det kan synes som om premissene er til stede hos nyutdannede operasjonssykepleiere, og at det kan være forklaring på at det oppstår følelsesmessig dilemma når utfordringene oppleves for store. Følelsesmessige dilemma som utløser stress, redsel eller følelse av utilstrekkelighet.

6.6 De vanskeligste utfordringene for nyutdannede operasjonssykepleie

Redsel for ikke å strekke til i akutsituasjoner, traumesituasjoner og bearbeidelse var vanskeligst for informantene. Opplevelse av aggresjon, neglisjering eller annen nedsettende adferd fra medarbeidere var sammenlignbart like vanskelig å håndtere eller å akseptere.

6.7 Nedsettende adferd

Ut i fra studiens funn er opplevelser av nedsettende adferd vanskelig å håndtere for nyutdannede operasjonssykepleiere. Nedsettende adferd er i denne sammenheng all adferd som er uakseptabel på arbeidsplassen. Den kan vise seg på mange måter og ulike nivå. Forskning viser til at slik oppførsel kan foregå mellom sykepleiere eller mellom leger og sykepleiere. Den kan pågå åpenlyst eller skjult og variere fra ufin oppførsel til å kaste instrumenter eller sparke (Higgins et al. 2010). Forskning viser også sammenheng mellom

uhøflig opptreden, utbrenthet og ønske om bytte av jobb (Lashinger 2009, Dunn H. 2003). Trakassering og nedsettende adferd kan i tillegg øke stress og angst hos de som blir utsatt (Gilmour, Hamlin 2005).

Emosjonelle eller verbale overgrep kan også resultere i mer alvorlige konsekvenser som om å føle seg dårlig, ha lav selvfølelse og post traumatisk stresslidelse og i verste fall ønsket om ikke å leve mere (Anderson 2002). Dette kan settes i sammenheng med Kari Martinsen som vektlegger interaksjonen med andre og anerkjennelsen fra andre for å utvikle en klokskap og sikkerhet i seg selv. Liten anerkjennelse og neglisjering vil ikke bidra til å skape en god læringssituasjon og trygghet hos den nyutdannede novisen. Dette kan forsterkes med å være betydningsfulle for andre, for at den andre skal kunne ha påvirkningskraft på selvbildet (Imsen G 2001).

Slik jeg oppfatter det har kirurgene hovedansvar under operasjoner og vil derfor være den mest autoritære på en operasjonsavdeling. Effekten av urettmessig kritikk eller trakassering vil trolig også ha sammenheng med graden av betydning personen har for sykepleieren å få tilbakemeldinger fra kirurgen i forhold til en person som har mindre betydning i denne sammenheng.

Kirurgen fungerer som en faglig sjef på operasjonsstua. En operasjonssykepleier vil oppfatte trakassering for eksempel i forhold til å bli ekskludert fra samtale som vondere fordi det kommer fra en som er en som har faglig ansvar og autoritet i fagmiljøet, enn fra en med mindre faginnsett.

Funn fra studien viser at dårlig adferd kan være å bli ekskludert fra dialogen i teamet under operasjoner som kan vare i mange timer. Informanter forteller om når de har rapportert hendelser av trakasserende adferd som med brev, så er den ingen respons fra den som har trakassert andre. Higgins viser til sammenlignbare funn hvor operasjonssykepleiere opplever å bli oversett og ekskludert fra å delta i samtaler. Han viser også til at det er vanskelig for sykepleierne å få støtte hos ledelsen for forståelse og støtte ved slike hendelser. Forskning viser at lignende hendelser kan bidra til en nedsatt psykisk og fysisk helse hos sykepleierne samt at det vil kunne ha konsekvenser for pasientsikkerheten (Higgins et al. 2010).

Jeg forstår det slik at om ledelsen får brev fra operasjonssykepleiere, men ikke sørger for at sykepleierne får svar, er dette et problem som kan være ubehagelig for ledelsen å presentere

overfor den det gjelder. Eller man kan forstå at de som den som mottar en slik klage ikke har respekt eller behov for å gi en beklagelse eller forklaring.

Å bli kjeftet på eller tilsnakket på ubehagelige måter kan også i følge min studie skje på operasjonsavdelinger. Liten forståelse eller fraværende tålmodighet for at de er noviser kommer også til uttrykk både fra erfarne operasjonssykepleierne, ledere og kirurger.

Aggresjon på arbeidsplassen er en av hovedårsakene til stress hos sykepleiere og aggresjon fra kollegaer er det som utløser mest stress hos sykepleiere i sammenligning med aggresjon fra pasienter eller pårørende (Lim et al. 2010). Trakassering, som mobbing og nedsettende adferd mellom sykepleierne, er utbredt i sykepleie, det kan være at slik oppførsel er så normal i miljøet at det nærmest blir usynlig (Embree L. 2010). Å erkjenne uakseptabel atferd skjer enten fordi ofrene ikke skjønner at de blir mobbet eller trakassert, våger ikke å gjøre noe med det, eller tror at ingenting kan gjøres for å bedre situasjonen (Bigony, Lundberg & Pagac 2009)

Dette samsvarer med mine funn, hvor operasjonssykepleierne overfor enkelte personer ikke vurderer å gjøre motstand, og slik jeg tolker det er forklaringen at noen personer har hatt en viss form for oppførsel over mange år. De ser det som lite sannsynlig å nå fram med forsøk på å endre enkeltes oppførsel da det på en måte er akseptert i miljøet.

Sykepleierne i min undersøkelse fortalte ikke om støtte fra kollegaer i situasjoner med verbale eller andre måter å være nedsettende på overfor kollegaer, og det er ikke relatert til en særlig nyttig måte å mestre situasjonen på. I følge forskning er støtte fra kollegaer i slike situasjoner den mest helsebringende måten å takle situasjonen på (Lim et al. 2010).

At omgivelsene ikke reagerer eller støtter opp i slike situasjoner tolker jeg som et resultat av frykt. Redselen for å bli utsatt for det samme eller fordi det er lettere å spille på lag med den sterkeste. Dermed overser man eller unngår å ta stilling til adferd som viser seg som maktutøvelse som reduserer andre (Lim et al. 2008). Det kan synes som normene for akseptabel adferd på operasjonsavdelingen kan være svært adskilt for man i andre situasjoner ville akseptert. Og det kan synes som om det er problematisk å få til endring om noen prøver å si ifra, som når lederne ikke tar saken videre eller sørger for respons og dialog når operasjonssykepleiere dokumenterer hendelser med brev.

En person som blir trakassert vil få problemer med å yte sitt beste fordi oppmerksomheten blir forstyrret. Den gir utslag på effektivitet og kvaliteten på utførelsen av jobb (Higgins et al.

2010). En effektiv måte er å unngå å snakke om hendelsen. Om den som har trakassert eller oppført seg slik at det går utover andre på en negativ måte nekter å snakke om problemet gir det han mulighet til å fortsette. Den som blir utsatt vil bli handlingslammet og ikke forstå hva er galt med seg. Opplevelsen forstekes ved at den som oppfører seg dårlig ikke viser såpass respekt at han vil ordne opp i ettertid. Trakassering viser seg å ha en negativ innvirkning på sykepleierens psykiske, sosiale og emosjonelle helse (Higgins et al. 2010).

Opplevelser av dårlig adferd fra veiledere eller kollegaer kan føre til utbrenthet eller ønske om å skifte jobb (Laschinger et al. 2009). Noen av informantene fortalte at studenter hadde sluttet under utdanningen på grunn av ubehagelige opplevelser av dårlig adferd.

Samtidig er det grunn for å anta at de nyutdannede sykepleierne er svært sensitive for kritikk de første årene. Sykepleiere som ser tilbake i tid erkjenner at opplevelsen av å være ny som operasjonssykepleier var stressende og forvirrende, selv uten å ta med negativ innvirkning fra medarbeidere (Higgins et al. 2010).

Trakassering kan føre til økt fravær blant sykepleiere, vil også slik ha en negativ innvirkning på miljøet og arbeidsbelastning og evne til å være produktiv (Jacobs & Willie 2012).

Uerfarenhet og redsel for å vise seg utilstrekkelig, samt ønske om å innordne seg kulturen samt fravær av støtte forklarer hvorfor de underordner seg denne maktutøvelsen fra andre høyere i hierarkiet. Noe som ikke er et ukjent fenomen (Higgins et al. 2010). Forskning viser at opplæring i teknikker for å mestre nedsettende adferd har god effekt for nyutdannede sykepleiere (Bigony et al. 2009)

6.8 Redsel for ikke å strekke til i traumesituasjoner

Nyutdannede operasjonssykepleiere opplever det skremmende å være med på traumer i følge funn fra min studie. Uerfarenhet, uforutsigbarhet og redsel for å gjøre feil beskrives som forklaring på stressreaksjoner. Mangelen på erfaring og det å stå alene som operasjonssykepleier i akuttmottak uten å kunne forutsi hva som ville skje i neste øyeblikk er en krevende situasjon. I tillegg kan krav om å være løsningsorientert og hurtig være avgjørende i akuttsituasjoner, bidra til at ansvaret i slike situasjoner oppleves svært stressende.

Nesten samtlige av sykepleiere som opplever flere traumatiske hendelser i jobb, rapporterer om traumatisk stress. Mange sykepleiere føler seg traumatisert etter opplevelser som var relatert til dødsfall og lidelser. Dette gjelder også erfarne sykepleiere som føler de kommer til kort i situasjoner, slike følelser kan lede til utbrenthet (Buurmann et al. 2011). Sykepleierne i min studie viser ikke tegn til utbrenthet, men har bekymringer for å ikke strekke til traumesituasjoner,

Uforutsigbarheten i traumesituasjoner og liten erfaring bidrar til at nyutdannede operasjonssykepleiere på dette stadiet i karrieren ikke har etablert tillitt til at det mest sannsynlig vil gå godt. Der kan forklare noe av usikkerheten og bekymringene for traumesituasjoner. Sikkerhet i forhold til egen mestring og erfaring er fraværende på novisestadiet. Store stressbelastninger kan gi tendenser til utbrenthet allerede i de første årene på grunn av høy arbeidsbelastning, mangel på kontroll, fraværende støtte og kommunikasjonssvikt (Rudmann et al. 2011). Sykepleiere som jobber i akuttmottak er unikt mere stresset på grunn av sårbarheten i møtet med pasienter i traumesituasjoner (Buurmann et al 2011).

I min studie viser at operasjonssykepleieres bekymring for mestring kan relateres til ikke å ha kunnskap nok til å takle situasjoner og mestre sykepleieoppgavene i akuttsituasjoner. En skremmende følelse for nyutdannede operasjonssykepleiere. Yrkesutøvere og ledere tilstrebe å skape bevissthet om spesifikke og overlappende funksjoner, og om mulighetene for tverrfaglige spenninger. Å skape bevissthet tolker jeg som å gjøre noe synlig eller avklarende for andre, eller som Antonovsky poengterer, å være i stand til å se en sammenheng.

Kari Martinsen sier at klokskapen utvikles i samtalen der det faglige skjønnet blir målt opp imot egen vurdering og handling av situasjonen. Samtalen som i følge Kari Martinsen er en betingelse for utviklingen av klokskapen. Dermed noe en bør legge vekt på når klokskap, forståelse av sammenheng og handlingskunnskap skal utvikles. Jeg mener at kunnskap og sikkerhet i forhold til traumer kan etableres gjennom kurs, interne eller eksterne. Mange traumekurs har også praktiske øvelser, som gjør at kursdeltagere kan etablere praktiske ferdigheter. Nyutdannede bør prioriteres på grunn av liten erfaring.

Benner mener novisen vil lære ved instruksjon gjennom veiledning fra en med mer erfaring (Benner 1995). Jeg forstår det slik at nyutdannede operasjonssykepleiere vil gjennom samtale med en med mer erfaring øke den faglige forståelsen ved at den erfarne bruker sine erfaringer til å hjelpe den uerfarne til ny forståelse av sammenheng. En formidling av erfaring gjennom

samtale gjerne med eksempler kan dermed bidra til klokskap som kan øke handlingskompetansen. Ledelsen kan etter traumer bidra til overførsel av kunnskap om det ved internundervisning eller møter for å gjennomgå traumer, prøve å tilstrebe at nyutdannede kan delta for å lære av andres erfaringer. Et fokus og tiltak for å bedre kognitiv mestring er en måte å skape kontroll og redusere stressbelastning (Sasaki et al. 2009).

I følge Lazarus er å analysere interreaksjonelle problemer mellom personen eller gruppen og miljøet, og bruke denne som en analyserende faktor for hva ansatte opplever som stressende en strategi for å redusere stressbelastninger. Et eksempel kan være om mange nyutdannede opplever det skremmende å delta i traumesituasjoner, så kan man redusere stressbelastninger hos ansatte ved å etablere øvelser og ferdighetstrening på for eksempel traumesituasjoner i den hensikt å redusere stress hos nyansatte.

Nyutdannede operasjonssykepleiere kan bli overveldet over ansvaret og faglige forventinger de første årene i yrket. I følge mine funn kan det særlig være aktuelt i forbindelse med ansvaret i traumesituasjoner. Fagfeltet er omfattende og til tider er det ikke rom for å være i tvil om det haster i en akutsituasjon. Det kan være skremmende. Ledere bør derfor være åpen for ansattes behov for å dele følelsene om redsel, sorg og hva som kan gi stress. Å lykkes som leder innebærer å involvere seg i ansatte, forstå, ha empati og at ikke ansatte påføres skyldfølelse eller dømmes for at de deler bekymringene (Feather 2009). Ledere bør derfor ha innsikt i nyutdannedes situasjon, være imøtekommende for å støtte, forstå og tilrettelegge for å hjelpe nyutdannede på veien til å etablere erfaring og trygghet.

Sosial støtte, nære relasjoner og tilhørighet styrker. Det å få støtte i jobben er vesentlig for å føle seg verdsatt og trygg. Det kan synes som om operasjonssykepleierne har behov for støtte i forhold til utfordringen med traumesituasjoner (Morrow 2009). Å få støtte gjennom samtale, forståelse og oppfølging kan i følge teoriene styrke mestringen, selvfølelse og trivsel.

Operasjonssykepleierens oppfatning av seg selv og sin plass i miljøet har også betydning for trivsel, selvfølelse og mestring i følge Salutogenetisk tankegang. Mange av operasjonssykepleierne beskrev utilstrekkelighetsfølelsen, og den er også gjeldende i traumesituasjoner. Redselen for ikke å trekke til. Kari Martinsen (Martinsen 2003) legger vekt på interreaksjon med andre og anerkjennelsen fra andre for å utvikle en klokskap og sikkerhet i seg selv. Dette er grunnleggende for å oppnå faglig trygghet. En betingelse er da at det er kultur på arbeidsstedet for sansing, kritisk refleksjon i samtaler med andre over egen

forståelse og handlemåte vurdert mot situasjonen. Gjennom en slik prosess kan forstås at det er rom for å utvikles til en profesjonell sykepleiepraktiker som har evne til å hjelpe andre.

Den andre siden er tillitten til seg selv og den indre styrke en får av selv å vite at man har styrke og forståelse for å håndtere oppgaver med selvstendighet. I følge salutogenetisk teori vil en lære både fra gode og dårlige opplevelser. Ved å våge å delta kan man høste respekt fra omgivelsene. Man kan bygge opp respekten for seg selv som selvstendig operasjonssykepleier med god selvfølelse, og få styrket verdien av seg selv.

6.9 Bearbeiding av traumeopplevelsene

Undersøkelsen viser at det ikke eksisterte system på arbeidsplassen som ivaretok behovet for å bearbeide traumatiske opplevelser for uerfarne operasjonssykepleiere. Noen snakket med kollegaer i matpausen eller i fritiden. Organisert gjennomgang av traumehendelser var totalt fraværende på sykehusene hvor informantene hadde tilhørighet.

Operasjonssykepleierne i min undersøkelse ønsket å få svar på om de hadde mestret traumesituasjonene riktig og om de kunne gjort noe bedre. Enkelte hadde også uro for at de ikke hadde handlet riktig og ønsket å få dette avkreftet.

Opplevelse av en traumatisk hendelse eller situasjon som på noen måte har opplevdes truende følges av en akutt stress respons som involverer både emosjonell, atferdsmessig og biologiske komponenter. Manglende regulering i biologisk stressrespons ved traumer kan resultere en kaskade av psykobiologiske endringer som fører til uønskede tanker og erindringer om hendelsen, og symptomer på ekstrem årvåkenhet. Det er fortsatt usikkert hvorfor enkelte kan utvikle PTSD, mens hos andre hvor det er en svikt i reguleringen av stressrespons kan en slik hendelse lede til alkoholmisbruk, angst, depresjon, somatiske sykdommer eller en kombinasjon (Olf et al. 2005).

Den mest populære og nyttige mestringsstrategien er å søke støtte hos kollegaer, familie eller venner. Mestringsstrategier som assosieres med god mental helse og velbefinnende er å fokusere på mestringsstrategier for å håndtere jobbstress, i motsetning til fokus på følelser

som viser et dårligere resultat når det gjelder mental styrke og velbefinnende (Lim et al. 2010).

Operasjonssykepleierne i min studie fortalte om dager, uker eller måneder med tanker rundt hendelsen. Mens en av informantene gråt når vi snakket om en traumatisk hendelse som hun hadde opplevd flere år tilbake i tid. Informantene ga uttrykk for ønske om å snakke om hendelser etter traumesituasjoner.

Enkelte studier viser at riktig håndtering av reaksjoner etter en traumeopplevelse, med begrenset oppmerksomhet og hvor skifte av fokus er beste løsning etterreaksjon. Trøst og sosial støtte kan opprettholde en alvorlig hendelse som traumatisk (Buurman et al 2011). Mulig er forklaringen at langvarige post traumatiske stress syndrom er en sjelden konsekvens, men dager, uker eller måneder med post traumatiske stress symptomer er ikke ukjent fenomen etter traumeopplevelser.

Taushetsplikten forplikter operasjonssykepleiere fra å snakke om traumehendelser med sine nærmeste. En av sykepleierne reflekterte over tanken på at det hun hadde opplevd på akuttmottaket var noe som kunne skje henne eller noen hun hadde kjær. Dette hadde vært en skremmende og ny bekymring.

Undersøkelsen påviser at operasjonssykepleiere refererte til gruvekkende opplevelser, både med tanke på hva de observerte, hva de hørte av skrik fra pasientene og hvordan de opplevde å være i situasjoner som nyutdannet. På grunn av liten erfaring og ung alder blant de nyutdannede operasjonssykepleierne var flere av opplevelsene voldssomme og sjokkerende da de ikke engang hadde hørt om lignende traumer og inntrykk.

Å snakke om uvanlige og overveldende opplevelse med de som delte opplevelsen eller andre som kan forstå og hjelpe er kanskje det mest gunstige for å gjenvinne en opplevd følelse av kontroll over situasjonen. En personlig følelse av sammenheng og emosjonell støtte gjennom samtaler med arbeidskollegaer og ledere, er blant de mest helsebringende aspekter av støtte etter traumer. Det har betydning for sykepleierens personlige håndtering av traumeopplevelsen at de ikke får bearbeidet stressfylte opplevelsen (Sykepleien 2011:6(2):144-150).

Forskning viser ulike tilnærminger av håndtering av traumeopplevelser, som for eksempel kognitive strategier med fokus på mestring. Det vi vet er at enkelte mestrer slike situasjoner lettere enn andre, med samtale i etterkant vil gi en mulighet for ledere eller kollegaer til å

kunne fange opp om det enkelte som har problemer med å håndtere traumeopplevelser i ettertid.

6.10 Forslag om tiltak for å redusere stress, øke status og sikre kvalitet på operasjonssykepleien.

Forskningen viser at vedvarende og for store belastninger har en negativ innvirkning på den enkelte arbeidstaker og kvalitet på sykepleieoppgavene. I følge mine funn er det særlig fravær av faglig trygghet og en avstand mellom krav og evne til å strekke til som medfører en ubehagelig opplevelse av ikke å strekke til. Det kan medføre stress og negative konsekvenser som utbrenthet, økt fravær og ønske om å skifte yrke eller arbeidssted.

Ved mange sykehus i Norge er det mangel på operasjonssykepleiere. Årsakene kan være ulike. Operasjonssykepleiere fungerer bak lukkede dører og fortsatt eksisterer en oppfatning at de er «håndlangere» for kirurgen. I fagbladet sykepleien nr. 3 2013, beskrives denne usynligheten og mangelen på operasjonssykepleiere. Der fortelles at mangel på operasjonssykepleiere, at stadig flere slutter i jobben og at det er få søkere til utdannelsen. Dette skaper problemer for operasjonsavdelingene, også fordi behovet for operasjonssykepleiere er økende.

Min oppfatning er at det vil være mer attraktivt å bli operasjonssykepleier, om operasjonssykepleierket kan ha karrierestige samt kvalitetssikre teamsammensetningen.

I følge salutogenetisk teori vil utfordringer være noe en kan bli robust av. Håndtering av stress har sammenheng om sykepleierne våger å trø ut av komfortsonen og være delaktig i nye situasjoner. Da kan man oppnå respekt i fra andre og seg selv. Selvfølelsen bygges opp og gjennom erfaringer skapes begripelighet. Læring skjer gjennom håndtering av utfordringer og forståelse av situasjonene. Det krever at nyutdannede opplever at de håndterer belastningene. Er belastningene for store vil en ikke bygge opp sykepleiernes robusthet.

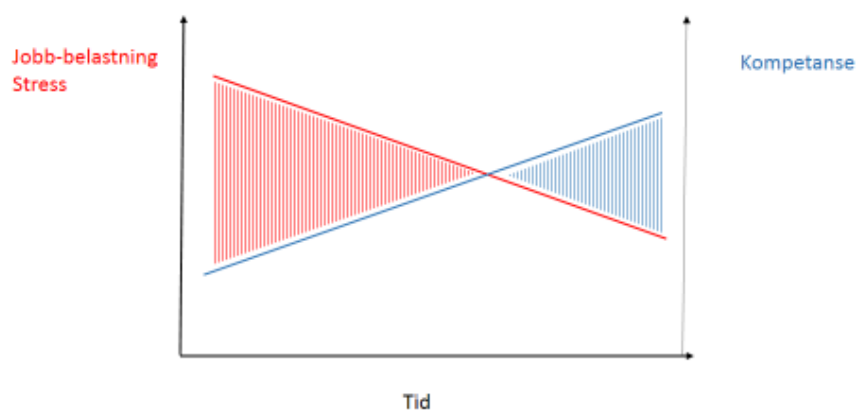
Tilretteleggelse er ikke legenes ansvar, de fokuserer på pasienten. Tilretteleggelse er dermed avhengig av sykepleieledernes forståelse og håndtering av ressurser. Operasjonssykepleie er og forblir et stressende yrke som krever stresstolerante operasjonssykepleiere. Trygget i form av følelse av håndterbarhet kan gis ved faglig veiledning. Dette kan sammenlignes med legenes system, hvor det på større inngrep alltid er minst en overlege sammen med en

assisterende lege. Eller som i cockpit hvor kaptein har ansvaret og styrmann har en mer erfaren sammen med seg. Da har man noen å støtte seg til om det oppstår litt «uvær» og det letter de mentale belastningene.

I figuren under fremstilles det en tenderende skjematisk sammenheng mellom utvikling av jobb-belastende stress og kompetanse over tid. Den røde linjen representerer en sammenheng mellom nyutdannedes stress som i begynnelsen er høyt og som er avtagende over tid. Den blå linjen viser kompetanseutvikling over samme tidsperiode.

Kompetansen i praksis er som nyutdannet relativt lav og stigende over tid. Det illustreres i figuren nedenfor.

Fig 6.1: Faktorenes betydning endres over tid.



Figuren viser at situasjonen for nyutdannede vil endre seg over tid. Den første perioden er jobb-belastning og stress på høye nivåer, men over tid i arbeid reduseres stress etter hvert som erfaring etableres. Samtidig vil kompetansen initialt være lavere, men voksende over tid.

Jeg antar at krysningpunktet vil variere fra person til person. I følge min studie og erfaringer vil de fleste bruke flere år etter endt utdanning i operasjonssykepleie før de når dette krysningpunktet. Det er individuelle forskjeller og derfor kan antas at de fleste uerfarne vil være innenfor det røde skraverte feltet på ulike nivå. Det samme forklarer det blå skraverte feltet, som gjelder for erfarne operasjonssykepleiere.

Erfarne operasjonssykepleiere har i dag samme status som uerfarne da det ikke eksisterer et formelt skille mellom erfarne og uerfarne operasjonssykepleiere. Teamsammensetning skjer etter ledelsens skjønn og ressurser.

Mitt forslag er følgende:

I krysningspunktet hvor rød og blå linje møtes, har sykepleieren nådd ett faglig nivå som kan føre fram til en formell sertifisering for operasjonssykepleiere. Samtidig bør det eksistere et vedtak hvor det ved komplekse inngrep med avansert utstyr finnes en ordning som sikrer kvalitet på teamsammensetningen. Tilsvarende ved teamsammensetning på kveld og nattevakter.

Relatert til figuren forklares dette som at det alltid burde være en sykepleier fra blå sone sammen med en fra rød sone. Altså alltid en erfaren sammen med en uerfaren. Slik kan man heve kvaliteten, redusere stress hos nyutdannede og hjelpe nyutdannede til å bli robuste. Utfordringene under et slikt system blir mere håndterbare ved hjelp av trygghet og veiledning om det skjer noe uforutsett. Samtidig vil det motivere uerfarne å strekke seg lengre om de bli belønnet med høyere status og eventuelt lønnskompensasjon for å etablere erfaring og kompetanse.

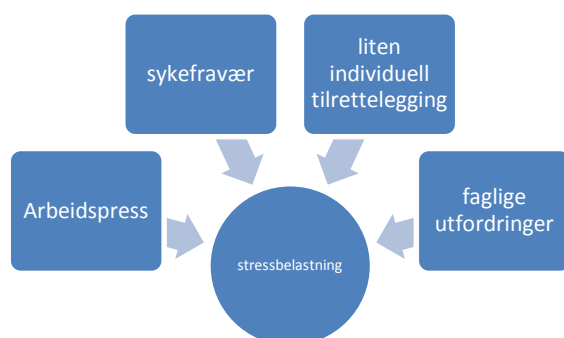
Erfarne operasjonssykepleiere vil også høste ved et slikt system. Sertifisert og dokumentert erfaring vil tendere til å gi høyere status. Behovet for markering på en negativ måte nedover i hierarkiet vil nok dermed reduseres. Sertifiseringsnivå, kanskje flere trinn, kan bidra til en høyere status og gjøre yrket mere attraktivt.

Høyere status gir stolthet og kan være positivt for usynlige operasjonssykepleiere. Motivasjon for veiledningsansvaret vil øke om de blir belønnet for det. Det vil være en karrierestige for operasjonssykepleiere. Faglig dyktighet og erfaring i praksis vil få en høyere status.

Kvalitet på operasjonsteamene kan i høyere grad formelt sikres gjennom formelle krav til teamsammensetningen knyttet til sertifiseringskrav. Det vil bety en større trygghet for pasienten. Pasienten vil og skal være vinneren.

Kapittel 7 Konklusjon

Fig 7.1. Faktorer som fører til stressbelastning i arbeidssituasjonen



I en operasjonsavdeling er det formelle ansvaret og kompetansen satt sammen i et hierarkisk system. Operasjonssalen er et strengt prosedyreorientert arbeidsmiljø med relativt stor kompleksitet og stor bredde i arbeidsoppgaver. Figuren over viser at arbeidspress, sykefravær, tilrettelegging og faglige utfordringer kan relateres til nyutdannedes stressbelastning.

Forskning viser at stress utløses når det er et misforhold mellom hva som burde være og hva som er (Eriksen Murison, Pensgaard & Ursin 2005). Salutogenetisk teori definerer stress i jobbsammenheng når samspillet mellom personen og miljø utløses ved to betingelser.

- 1) At personen har et eierforhold til utfallet og at 2) krav overstiger personens ressurser og dermed oppleves som skade, utfordring eller trussel for velværet (Lazarus 1998).

Min studie konkluderer med at sykepleierne har eierforhold til utfallet, da bekymringer som engstelse, for ikke å mestre, for å gjøre feil eller for å skade er reaksjoner som har kommet tydelig fram i studien. Krav som overstiger nyutdannedes ressurser defineres som opplevelser av skade, trussel eller utfordring for velværet og medfører stress. Studie kan viser at nyutdannede operasjonssykepleiere opplever stress av ulike årsaker som kort summeres her:

- Høyt tempo på operasjonsavdelinger og press om å jobbe effektivt
- Fravær av hensynet til at de er nyutdannet
- Mange arbeidsoppgaver, korte pauser og ntall operasjonssykepleiere på arbeidsplassen har betydning for arbeidspresset

- Utrygghet i forhold til uforutsigbarhet i jobb gir stressbelastning
- Liten kontinuitet medfører hyppigere tilfeller av uforutsigbare situasjoner og nyutdannede er mer sårbare for slike belastninger.

Sykefravær gjør at den enkelte opplever økt arbeidsmengde. Nyansatte oppfatter dette som vanskeligere enn erfarne operasjonssykepleiere. Behov for veiledning også i årene etter endt utdanning grunnet stort fagfeltet og begrenset erfaring etter endt utdanning. Komplekse sykepleieoppgaver og usikkerhet i nye situasjoner medfører at behovet for veiledning er til stede i lang tid etter utdannelsen.

Redselen for å feile eller skade kombinert med begrenset kunnskap og press for å være effektiv forklarer stress i forhold til faglige utfordringer. Stort fagfelt og lang tid mellom utdanning og senere deltagelse på ulike operasjoner gir utrygghet i forhold til faglig ansvar. Informantene forklarer dette med at de glemmer om det går lang tid mellom inngrepene. Begrenset faglig oversikt forklarer at nyutdannede har utfordringer med å organisere oppgavene.

Forskning viser at konsekvenser for sykepleiere ved stressopplevelser kan være årsak til følelse av håpløshet, avmakt, utbrenthet og gi økt fravær.

I følge Lazarus er det forskjell på tress og traumatisk stress (Lazarus 1998). Traumatisk stress utløses av en traumatisk hendelse og er relatert til hendelsen og personlige reaksjoner. Kjennetegn på reaksjoner er hjelpeløshet, redsel eller forskrekkelse. Studien min viser funn fra studien som kan relateres til traumatisk stressopplevelser.

Studien viser at de vanskeligste utfordringene for nyutdannede å forholde seg til er nedsettende adferd, redsel for ikke å strekke til i traumesituasjoner og bearbeiding av hendelser. Det kan synes som om opplevelser av nedsettende adferd oppleves like vanskelig som redselen når nyutdannede er uerfarne i traumesituasjoner.

Nyutdannede i min studie har behov for å snakke om pasienthendelser fordi de berøres sterkt av dette. Redselen for å feile er stor, særlig i traumesituasjoner med stort tidspress og liten forutsigbarhet. Trakasserende adferd eksisterer og har negativ innvirkning på pasientsikkerheten fordi det blant annet skaper avstand og virker negativt inn på kommunikasjon. Trakasserende adferd medfører flere uheldige konsekvenser for faglig standard på operasjonsavdelingen. Den eksisterer både vertikalt og horisontalt.

Forskning viser at nedsettende adferd har svært uheldig personlige konsekvenser, og medføre redusert selvfølelse og stresslidelser som kan bli svært alvorlige (Anderson 2002).

Forskningen viser også til nytteverdi av å investere i tiltak for å etablere en hardfør arbeidsstyrke. Da økes robusthet, trivsel og mestring av motgang på jobb (Jackson et al. 2007).

Stress kan gi både positivt og negativt utfall. Permanente høye nivå av stressbelastninger gir normalt uheldige konsekvenser. Utfordringene ligger i å finne riktig permanent og variabelt belastningsnivå. I følge salutogenese har stress dermed betydning for læring og selvtillit.

Gjennom å svare på utfordringer ved våge seg ut på ukjent grunn i samhandling med andre, kan stress bidra til positiv vekst. Dermed kan en forstå det slik at kortvarige stressbelastninger der den enkelte får veiledning og dermed har en viss kontroll kan være oppbyggende for utvikling, kompetanse og indre styrke hos den enkelte. I denne sammenheng kan en anta at nyutdannede vil strekke seg lengre og få en positiv utvikling ved stress, så lenge kravene ikke oppleves som en trussel for velværet og grensene til den enkelte operasjonssykepleier.

Litteraturliste forskningsartikler

Artikler funnet etter søk i databaser

Aiken L H, Clarke S. P., Sloane D M. & Sochalski J. A. (2001) *“An International Perspective on Hospital Nurses' Work Environments”* The Case for Reform Policy Politics Nursing Practice 2001 2: 255

Anderson, C. (2002) *“Workplace violence: Are some nurses more vulnerable?”* Issues in Mental Health Nursing, 22:351-366. Texas, USA.

Andrews D. R. & Wan T. T. H. (2009) *“The importance of mental health to the experience of job strain: an evidence – guided approach to improve retention”*. Journal of Nursing Management 17, 340-351.

Begat I, Ellefsen B. & Severinsson E. (2005) *Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses experiences of well-being – a Norwegian study*. Journal of Nursing Management, 13, 221–230

Bigony L., Lundberg A. & Pagac G L. (2009) *Lateral Violence in the Perioperative setting*. AORN JOURNAL. April 2009, Vol 89, No4.

Buurman B M., Mank A. P. M., Beiler H J M. & Olf, M (2011) *Coping With Serious Events at Work: A Study of Traumatic Stress Among Nurses*. Journal of the American Psychiatric Nurses Association. 17 (5) 321-329. USA

Chen C K., Lin C, Wang S H. & Hou T H (2009) *A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms*. J Nurs Res. 2009 Sep; 17(3): 199-211. doi: 10.1097/JNR.0b013e3181b2557b.

Coe R. & Gould D. (2007) *Disagreement and aggression in the operating theatre*. Journal of Advanced Nursing 61(6), 609–618.

Davis B A., Ward C., Woodall M., Schultz S. & Davis H. (2007) *Comparison of Job Satisfaction Between Experienced Medical Surgical Nurses and Experienced Critical Care Nurses*. MEDSURG Nursing-October 2007-Vol.16/No.5.

Davey M., Cummings G., Newburn C. & Lo E (2009) Journal of Nursing Management, 17, 312–330

Eriksen H R., Murisona R., Pensgaard A M. & Ursina H (2005) *Cognitive activation theory of stress (CATS): From fish brains to the Olympics*. *Psychoneuroendocrinology* (2005) 30, 933–938

Ericson – Lidman E. & Strandberg G. (2009) *Meanings of being a supervisor for care providers suffering from burnout: from initial signs to recuperation*. *Journal of Nursing Management* 17, 366-275. Sweden.

Embree J. & White A.H. (2010) *"Concept Analysis: Nurse-to-Nurse Lateral Violence"* *Nursing Forum* Volume 45, Issue 3, pages 166–173, July/September

Feather, R. (2009) *Emotional intelligence in relation to nursing leadership: does it matter?* *Journal of Nursing Management*

Gillespie B M., Chaboyer W., Wallis M. & Grimbeek P. (2007) *Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model*. *Journal of Advanced Nursing* 59(4), 427–438

Glazer S. & Gyurak A. (2008) *Sources of occupational stress among nurses in five countries*. *International Journal of Intercultural Relations* 32. 49–66

Griffin M. (2006) *Teaching Cognitive Rehearsal as a Shield for Lateral Violence: An Intervention for Newly Licensed Nurses*. *The Journal of Continuing Education in Nursing* • November/December 2004 • Vol 35, No 6

Halfer, D. & Graf, E. (2006) *Graduate Nurse Perceptions of The Work Experience*. *Nursing Economics/May-June 2006/Vol.24/No.3* Chicago, USA.

Higgins, B L. & MacIntosh, J. (2010) *Operating room nurses` perceptions of the effects of physician – perpetrated abuse*. *International Nursing review* 57, 321-327.

Jacobs G B. & Willie R L. (2012) *Consequences and potential problems of operating room outburst s and temper tantrums by surgeons*. *Surg Neurol Int* 2012; 3(Suppl 3) S 167-173. NewarkNj, USA.

Jackson D., Firtko A. & Edenborough M. (2007) *Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review*. *Journal of Advanced Nursing* 60(1), 1–9

Kalisch B J., Lee H. & Rochman M. (2010) *Nursing staff teamwork and job satisfaction*. *Journal of Nursing Management*, 2010,18, 938-947. MI, USA.

- Kerasiotis B. & Motta R W. (2004) *Assessment of PTSD Symptoms in emergency Room, Intensive Care Unit, and General Floor Nurses*. International Journal of Emergency Methal Health, Vol.6, No.3, pp 121-133. New York, USA.
- Kvale, S. (2005) *Om tolkning av kvalitativa forskningsinterviews*. Nordisk Pedagogik, Vol25, pp3-15. Oslo.
- Laschinger H K S., Leither M., Day A. & Gilin D. (2009) *Workplace empowerment, incivility, and burnout: impact on staff nurse recruitment and retention outcomes*. Journal of Nursing Management, 2009, 17, 302–311
- Lavoie S., Talbot L R. & Mathieu L. (2011). *Post-traumatic stress disorder symptoms among emergency nurses: their perspective and a “tailor- made “solution*. Journal of Advanced Nursing 67(7), 1514-1522.
- Lazarus, R S. (1998) *Psychological stress in the workplace*. Berkley, USA.
- Lim J., Bogossian F. & Ahern K (2010) *Stress and coping in Australian nurses: a systematic review*. International Nursing Review 57, 22–31
- Lim S., Magley V J. & Cortina L M. (2008) *Personal and Workgroup Incivility: Impact on Work and Health Outcomes*. Journal of Applied Psychology 2008, Vol. 93, 95-107. USA.
- Lindwall L. & Post I V. (2008) *Habits in Perioperative Nursing Culture*. Nursing Ethics 2008 15 (5)
- Lindgard L., Reznick R., Espin S., RN., Regehr. & DeVito G. (2002). *Team Communications in the Operating Room: Talk Patterns, Sites of Tension, and Implications for Novices*. Academic Medicine, VO L. 77, NO . 3 / March 2002
- Lingard L., Garwood S I. & Poenaru D. (2004) Medical Education 2004; 38: 691–699
- Mackintosh C. (2007) *Protecting the self: A descriptive qualitative exploration of how registered nurses cope with working in surgical areas*. International Journal of Nursing Studies 44 (2007) 982–990
- McKenna, B G., Smith N A., Poole S J. & Coverdale J H. (2002) *Horizontal violence: experiences of Registrered Nurses in their first year of practice*. Journal of Advanced Nursing 42(1), 90-96.

- Morrow, S. (2008) *New graduate transitions: leaving the nest, joining the flight*. Journal of Nursing Management 17, 278-287
- Olf M., Langeland W. & Gersons B. (2005) *The Psychobiology of PTSD : coping with trauma*. Psychoneuroendocrinology (2005)30, 974-982. Amsterdam, The Netherlands.
- Oloffson B., Bengtsson C. & Brink E. (2003) *Absence of response: a study of nurses' experience of stress in the workplace*. Journal of Nursing Management, 2003, 11, 351–358.
- Parry J. (2008) *Intention to leave the profession: antecedents and role in nurse turnover*. Journal of Advanced Nursing 64(2), 157–167
- Rogers D., Lingard L., Boehler M L., Espin S., Mellinger J D., Schindler N. & Klingensmith (2012). *Surgeons managing conflict in the operating room: defining the educational need and identifying effective behaviors*. The American Journal of Surgery (2012).
- Rudman A. & Gustavsson J P. (2011) *Early-career burnout among new graduate nurses: A prospective observational study of intra-individual change trajectories*. International Journal of Nursing Studies 48 (2011) 292–306
- Marine A., Ruotsalainen JH., Serra C. & Verbeek JH. (2009) *Preventing occupational stress in healthcare workers* (review)
- Sasaki M., Kitaoka H K. & Morikawa Y. (2009) *Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses*. Journal of Nursing Management, 17, 359-365
- Schmalenberg C. & Kramer M. (2008) *Clinical Units With the Healthiest Work Environments*. Crit Care Nurse 2008; 28:65-77
- Severinsson E. (2003) *Moral stress and burnout: Qualitative content analysis*. Nursing and Health Sciences (2003), 5, 59–66
- Vinje H. & Mittelmark M B. (2007) *Job engagement's paradoxical role in nurse burnout*. Nursing and Health Sciences (2007), 9, 107–111.
- Vowels A., Topp R. & Berger J. (2012) *Understanding stress in the operating room, a step toward improving the work environment*. Kentucky nurse . 60(2):5-7,2012 Apr-jun.

Bøker:

Antonovsky A.(1987) *Hälsens mysterium*. Bokförlaget Natur och Kultur. Köping.

Bakken R., Brinchmann A., Haukelien H., Kroken R. & Vike H. (2002) *Maktens samvittighet*. Norge: Gyldendal Akademisk

Benner, P. (1995) *Fra novice til ekspert, mesterlighet og styrke i klinisk sygeplejepraksis*. København: Munksgaard

Imsen G (2001) *Elevenes verden. Innføring i pedagogisk psykologi*. 3.utgave. Norge: Universitetsforlaget.

Kvale S. & Brinkmann S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Norge: Gyldendal Akademisk

Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Norge: Universitetsforlaget

Martinsen, Kari (2003) *Fenomenologi og omsorg*. Norge: Universitetsforlaget

Martinsen, Kari (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. Norge: Universitetsforlaget

McAllister & Lowe J B. (2011) *The Resilient Nurse. Empowering Your Practice*. Springer Publishing Company. LCC. New York.

Lerdal., Annars & Fagermoen & Solvei M. (2011) *Læring og mestring- et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Norge: Norsk Forlag AS

Artikler i tidsskrifter:

Vike H. (2003) «Sannheten i makkverket» Tidsskriftet sykepleien, 18: 28-29

Kalvø (2006) «Engasjement og læring» Tidsskriftet sykepleien s.172

Elektronisk publikasjon

Dolonen A. K. (2010) *Føles som å bli anklaget for mord* (internett) Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/nyhet/515559/--foles-som-a-bli-anklaget-for-mord> (lest 21.04.2012)

Bjørnstad O.(2010) *Helsefremmende arbeidsplasser – en utfordring for norsk arbeidsliv? Skal vi også se på hva som fremmer et godt arbeidsmiljø – og en positiv utvikling for alle ansatte?* Tilgjengelig fra:

http://www.stamiweber.no/landskonf07/pdf_forelesning/T5_helsefremmende%20arbeidsplasser_Odd%20Bj%C3%B8rnstad.pdf (lest 20.03.2012)

Lindwall L. & Post I. (2005) *Människan i det perioperativa vårdandet* (internett) Tilgjengelig fra:

<https://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDOQFjAA&url=http%3A%2F%2Fkau.diva-portal.org%2Fsmash%2Fget%2Fdiva2%3A24724%2FFULLTEXT01&ei=3EJ9Uf-2EsHI4ATrjoHICg&usq=AFQjCNG6IYMyEH2eKxxLVJqZ9AJziZLthA&sig2=jVVQKaOwnCkYCSXFzLUWtA&bvm=bv.45645796,d.bGE> (lest 03.05.2011)

NSFs Landsgruppe av operasjonssykepleiere (2011) *Operasjonssykepleie – ansvar og funksjonsbeskrivelse* (internett) Tilgjengelig fra:

<http://overblikk.net/filestore/Dokumenter/FagheftetNSFLOS.pdf> (lest 03.09.2012)

Sykepleien Forskning (2011) Yrkesrelatert stress i hjemmebaserte tjenester 6 (2):144-150 (internett) Tilgjengelig fra:

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/665859/yrkesrelstert-stress-i-hjemmebaserte-tjenester> (lest 17.09.2012)

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

Berit Støre Brinchmann
Profesjonshøgskolen
Universitetet i Nordland
8049 BODØ

Vår dato: 03.02.2011

Vår ref: 26045 / 3 / MAB

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.01.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26045	<i>Operasjons sykepleieres opplevelser av traumatiske hendelser</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Nordland, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Berit Støre Brinchmann</i>
Student	<i>Marit Alice Stavseth</i>

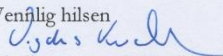
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

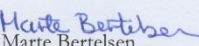
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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/forsk_stud/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://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Venlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marte Bertelsen

Kontaktperson: Marte Bertelsen tlf: 55 58 33 48
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Marit Alice Stavseth, Veståsen 18, 8072 BODØ

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. kyrr.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Vedlegg nr. 2

Til

Bodø 7/3-11

Jeg søker herved om tillatelse til å intervju operasjonssykepleiere i forbindelse med mitt masterarbeid i klinisk sykepleie.

Jeg heter Marit Alice Stavseth og er student ved Universitetet i Bodø. Til daglig er jeg faglig ansvarlig ved gastroseksjonen ved operasjonsavdelingen Nordlandssykehuset Bodø. Har arbeidet som sykepleier til sammen 22 år, ved operasjonsavdelingen som operasjonssykepleier i 16 år. Har de siste årene fullført en praktisk pedagogisk studie, og holder nå på med en mastergrad i klinisk sykepleie.

Jeg har valgt følgende tema for mitt mastergradsarbeid:

Temaet for oppgaven er hva operasjonssykepleiernes opplever som traumatiske/ belastende situasjoner.

Det å være operasjonssykepleier er en kompleks oppgave og det tar tid å føle seg trygg i rollen. Underveis mens man høster erfaringer og knytter disse sammen med faglig kunnskap, vil man oppleve situasjoner som føles belastende og at man muligens føler man kommer til kort. Hvordan og hvilke situasjoner opplever operasjonssykepleierne som utrygge og belastende? Hvordan bearbeides slike opplevelser? Det er dette jeg ønsker å få nærmere svar på.

Problemstillingen er:

Hva opplever operasjonssykepleiere som traumatiske situasjoner?

Mine spørsmål til intervju vil være følgende:

Hva har frustrert deg i din jobb som operasjonssykepleier?

Hva vil du beskrive som det mest traumatiske som har skjedd deg i jobbsituasjon?

Kan du fortelle mer om den opplevelsen?

Hva vil du beskrive som det beste som har skjedd deg i jobb?

Du har vært operasjonssykepleier i X antall år, hva er det som motiverer deg til å fortsette?

Prosjektet er meldt inn til personvernombudet og godkjent. Jeg vil også be om å få underskrevet et skriftlig samtykke fra eventuelle informanter. Informantene kan til enhver tid ha full rett til å trekke seg ut av prosjektet og alle opplysninger vil bli slettet. Oppbevaring av datamaterialet vil bli anonymisert slik at ingen kan knytte intervju opp mot informantene. Historier som blir fortalt vil bli omskrevet slik at de ikke kan knyttes opp den enkelte eller kunne bli gjenkjent på annen måte. Liste over navn på informanter vil bli kodet og oppbevart et annet sted enn ferdigskrevet intervju. Navneliste vil bli slettet straks arbeidet er ferdigstilt og senest innen utgangen av 2011.

Jeg håper å kunne intervju 5-6 operasjonssykepleiere ved din avdeling, gjerne noen som er relativt nyutdannede og noen som har noen års erfaring for å se om det er noen forskjeller på hvordan de takler traumatiske opplevelser. Hvert intervju vil ta en times tid. Informantene vil få en liten påskjønnelse. Fordi jeg må reise til deres sykehus ber jeg om å få foreta intervjuene over en til to dager. Jeg ønsker å foreta intervjuene i løpet av mars/april måned, håper det kan være en mulighet for dette.

Håper du kan se på denne henvendelsen med velvillighet og gi en rask tilbakemelding.

Vennlig hilsen

Mastergradsstudent i klinisk sykepleie

Marit Alice Stavseth, Veståsen 18, 8072 Bodø, maritalice@yahoo.no

Mob.98 68 63 95

Vedlegg nr. 3

Informasjonsskriv til informanter.

Jeg er masterstudent i klinisk sykepleie ved Universitetet i Nordland og holder på med en avsluttende masteroppgave.

Temaet for oppgaven er hva operasjonssykepleierne opplever som traumatiske/ belastende situasjoner.

Det å være operasjonssykepleier er en kompleks oppgave og det tar tid å føle seg trygg i rollen. Underveis mens man høster erfaringer og knytter disse sammen med faglig kunnskap, vil man oppleve situasjoner som føles belastende og at man muligens føler man kommer til kort. Hvordan og hvilke situasjoner opplever operasjonssykepleierne som utrygge og belastende? Hvordan bearbeides slike opplevelser? Det er dette jeg ønsker å få nærmere svar på.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju til sammen 6-10 personer som har utdanning og som er i jobb som operasjonssykepleiere. Jeg ønsker å intervju operasjonssykepleiere som har vært i jobb fra 1-5 år etter endt spesialutdanning.

Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer fra arbeidssituasjoner som har vært uventede, krevende for operasjonssykepleierens opplevelse av seg selv som fagperson eller eventuelt fornedrende opplevelser. Det vil dreie seg om opplevelser i jobbsituasjoner som den enkelte finner vanskelig. Som en del av oppgaven vil jeg prøve å finne ut av om operasjonssykepleiere får tilbud om hjelp etter slike opplevelser og hvem eller hva hjelper dem videre. Det vil også bli stilt spørsmål om positive opplevelser og hva som motiverer dem til å fortsette i yrket. Som en del av oppgaven vil jeg også forsøke å finne ut noe om årsaken til trivsel kontra ikke trivsel kan knyttes til forskjellene eller likhetene som kommer fram ved beskrivelsene av hva en opplever i arbeidssituasjoner som belastende og hvordan en som arbeidstaker blir sett, respektert og ivarett.

Jeg er underlagt taushetsplikt og alt som blir fortalt under intervju og alle data vil bli behandlet konfidensielt. Under intervjuet vil jeg bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes

når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2011.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 755 62290, eller sende en e-post til maritalice@yahoo.no. Du kan også kontakte min veileder Berit Brinchmann ved Universitetet i Nordland på telefonnummer 916 16 021
Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S og er godkjent.

Med vennlig hilsen

Marit Alice Stavseth

Veståsen 18

8072 Bodø

Mobil : 98 68 63 95

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om studien av og ønsker å stille på intervju.

Signatur Telefonnummer

Vedlegg nr. 4

Beskrivelse av kategoriene:

- **Faglige utfordringer:** denne kategorien viser hvilke utfordringer nyutdannede opplever i forhold til deres kunnskap og kompetanse som kan være en begrensning eller et problem. Nyutdannede føler på et krav om kompetanse, en ansvarlighet og møtet med et stort fagfelt kan være utfordrende.
- **Opplevelse av arbeidspress:** Arbeidspress er i denne sammenhengen forventningene fra arbeidsstedet, operasjonsavdelingen og medarbeideres forventinger til at nyutdannede skal være produktive. Her vil informantenes tanker om hvordan de opplever presset om å være effektiv når de er noviser i faget presenteres.
- **Sykefravær blant kollegaene:** Sykefravær på en operasjonsavdeling rammer de som er igjen på jobb, fordi arbeidet eller det som er planlagt å produsere kan ikke utsettes til dagen etter uten at dette vil få til dels store belastninger for de operasjonspasienter som blir utsatt eller strøket av programmet. Under denne kategorien vil det bli framstilt hvordan nyutdannede opplever hverdagen ved økt fravær blant kollegaene.
- **Individuell tilrettelegging:** her framstilles informantenes tanker og fortellinger om hvordan nyutdannede blir ivaretatt med hensyn til tilretteleggelse på grunnlag av individuell kunnskap og ferdigheter. De første fire kategoriene vil bli vurdert mot teori om novisens begrensninger og teorier som omhandler fagutvikling og organisatorisk tilretteleggelse og ansvar.
- **Uforutsigbarhet:** operasjonsavdelinger er preget av stadige endringer, hendelser som akutte blødinger, katastrofekeisersnitt og akutt behov for operasjonsutstyr som sug, sutur, ekstra instrumenter eller teknologisk utstyr for å stoppe blødning. Der er operasjonssykepleiernes ansvar å ha kontroll på alt utstyr som finnes på operasjonsavdelingen, hvor det er, hvor mye man har og hva som skal brukes hvor og når. Antall ulike inngrep og utstyr er svært omfattende. Sykepleierne har også ansvar for steriliteten og ivaretagelse av hygieniske prinsipper. Ved endringer kreves det at operasjonssykepleierne på kort varsel må mestre avanserte prosedyrer og ha handlingskompetanse i ulike situasjoner. Nyutdannede har begrensninger i kompetanse og

ferdigheter, i denne kategorien framstilles deres opplevelser av uforutsigbarheten. Det vil framstilles mot relevant teori om stressutvikling.

- Nedsettende adferd: i denne sammenheng inkluderer all adferd som oppleves trakasserende, nedverdiggende og dominerende. I litteraturen brukes gjerne uttrykket trakassering eller overgrep, men med informantenes fortellinger som grunnlag og at det er et fåtall som står for den verste oppførselen overfor nyutdannede, vil nedsettende adferd bli en riktigere framstilling og kategori. Kulturen og hendelser relatert til teori om salutogenese og stress.
- Redsel for ikke å strekke til i traumesituasjoner: tid, handlekraft og handlingsklokskap er avgjørende for utfallet og for ikke å påføre skade på pasienten skade i akutsituasjoner og i møte med traumatiserte pasienter. Pasientens tilstand kan svært raskt endres og beslutninger må tas og tiltak settes i verk. Er operasjonssykepleiere med i akutt-team er hun medansvarlig og det forventes at hun skal kunne ivareta oppgaver i forhold til sin posisjon og faglige ansvarsområde. For eksempel om det er akutt behov for å legge inn thoraxdren dersom lungen har kollapset, må hun kunne fremskaffe utsyr, legge til rette og assistere. Redsel sees i denne sammenheng i lys av novisens begrensninger.
- Bearbeiding av traumeopplevelser: operasjonssykepleiere kan bli utsatt for stressreaksjoner etter voldsomme inntrykk, opplevelser eller hendelser. Operasjonssykepleiere som er med på traumemottak eller at det kan skje uforutsette hendelser på operasjonsavdeling som kan oppleves skremmende kan være situasjoner som skaper frykt eller redsel for ikke å handlet riktig. Informantene i min undersøkelse kunne fortelle om svære traumer. Herunder vil salutogenetisk teori bli sett i lys av informantenes fortellinger om samtaler i etterkant av traumatiske opplevelser.

Vedlegg nr. 5

Dato:	Database	Søkeord/tema	limit	Ant. treff	Relevante vitenskapelige artikler
03.02.12	PsykINFO	Physiological Stress, Nurses, Health Personnel	2002	130	Vinje, Mittelmark 2007, Severinsson 2003, Olofsson, Bengtsson, Brink 2003,Lavoie, Talbot, Mathieu 2011 , Lim,Bogossian, Athern 2010,Glazer,Gyurak 2008
24.07.12	Ovid Nursing Database	Perioperative nursing.mp., surgery, psychological stress, work load, job satisfaction	2007	348	Rudmann, Gustavsson 2011. Parry 2008. Macintosh 2007. Gillespie, Chaboyer, Wallis, Grimbeek 2007.
24.07.12	MEDLINE	Perioperative nursing.mp., surgery, psychological stress, work load, job satisfaction	2007	330	Mitchell, Flin 2008 Higgins,Macintosh 2010 Schmalenberg,Kramer 2008.Vowels A.Topp R. Berger J 2012.Davis 2007

27.07.12	PsycINFO	Perioperative nursing.mp., surgery, psychological stress, work load, job satisfaction	2007	253	Kalisch, Lee, Rochmann 2010. Davey, Cummings, Newburn-Cooch, Lo 2009. Laschinger, Leither, Day, Gilin 2009. Morrow 2008. Sasaki, Kazuyo, Yuko 2009. Newton, Kelly, Kremser, Jolly, Billett 2009. Feather 2009.
08.12.12	McMaster	Operating room and nurse	2002	2	1. Jacobs . G.B., Wille R.L. 2012. 2. Rogers D.A. Lindgard L, Klingensmith M. 2007
11.12.12	McMaster		2007	1	Coe Richard and Gould Dina 2007

Funn fra referanselister og enkeltsøk:					
11.12.12		Lateral violence in the perioperative setting.	2009	1	Bigony L,Lundberg A,Pagac G.. 2008. VOL 89
08.06.12	PubMed	A study of job stress, stress coping, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms.	2009	1	Chen, Lin,Wang, Hou 2009.
03.06.12		Stress	2009	1	Marine, Ruotsalainen,Serra og Verbeek
05.06.12		Post traumatic stress disorder	2011	1	Buurmann, Mank, Hein,Beijer og Oloff
05.06.12		Stress	2005	1	Eriksen,Murison, Pensgaard, Ursin
06.06.12		Stress	2004	1	Oloff, Langeland, Gersons
03.05.11.		Manniskan I det perioperative	2005	1	Lindwall L, Von Post I.

		vårlandet			
13.08.12		Horisontal vold	2003	1	McKenna, Smith, Poole, og Coverdale
20.11.12		Uhøflighet på arbeidsplassen og konsekvenser mht.arbeid og helse	2008		Lim , Magley, Cortina
15.10.11		Nyutdannede sykepleieres erfaringer	2006		Halfer, Graf
14.09.11		Lateral trakassering	2009		Bigony, Lundberg, Pagac
14.09.11		Veiledning for å forhindre utbrenthet	2008		Ericson-Lidman, Strandberg
12.08.12		Strategier som støtter mental styrke og forsterker den positive opplevelsen av mestring.	2008		Andrews , Wan
3.mai 2013	NORART			2	Dahlin, Grønskjær

Vedlegg nr. 6

Forfatter	Land	Hensikt	Metode	Deltakere	Resultat
Vinje, Mittelmark PsykINFO	Norge	Hvordan jobbengasjementet var knyttet til sykepleiernes helse og funksjon	Kvalitativt studie - intervju	11 sykepleiere ble intervjuet	Paradoksalt nok kan jobbengasjement ikke bare føre til økt trivsel, men også bidra til negative prosesser som fører til dårlig funksjon.
Severinsson PsykINFO	Norge	Målet for studien var å beskrive og tolke fortellingen av en australsk sykepleiers opplevelse av utbrenthet. De viktigste funn omhandler moralsk stress og utbrenthet.	Kvalitativ innholdsanalyse	1 tekst, 1 narrativt intervju	Sykepleierne har behov for å bli sett. De trenger både emosjonell støtte og har rett for å motta systematisk klinisk veiledning for å hjelpe dem å reflektere over det kliniske arbeidet og tolke behovet til pasientene.
Olofsson, Bengtsson, Brink PsykINFO	Sverige	Sykepleiernes erfaring med stress og følelser som oppstår fra stress på jobben	Kvalitativt studie-intervju - Grounded teory	4 sykepleiere	Det negative stresset var hovedsakelig knyttet til det miljøet de jobbet i. Fravær av respons ble

					<p>kjernekategori.</p> <p>Tilbakevendende stressende episoder, mangel på respons fra ledere, frustrasjon, avmakt, håpløshet og utilstrekkelighet var følelser som økte generell stressopplevelse.</p>
Lavoie, Talbot, Mathieu PsykINFO	Canada	Akuttmottaket sykepleiere opplever stress under traumatiske hendelser, som de trenger støtte. Det viser seg at denne støtten er utilstrekkelig, ineffektiv eller ikke-eksisterende.	Kvalitativ studie - Semi strukturerte og fokus gruppe intervju	12 akutt sykepleiere	Støtteaktiviteter over tre nivå representerer en lovende løsning for å forebygge og behandle posttraumatisk stress lidelse blant akuttmottaket sykepleiere. Studier for å teste dens effektivitet pågår nå.
Lim, Bogossian, Athern PsykINFO	Australia	Hensikten er å identifisere faktorer som bidrar stress blant australske sykepleiere,	Systematisk litteratur review		Anbefalinger inkluderer fokus på personlige og jobberelaterte påkjenninger,

		vurdere mestringsstrategier de bruker samt undersøke effekten av stressfaktorer på sykepleiernes helse og trivsel.			fremme bruken av mestringsstrategier og opprettholde støttende sosiale relasjoner.
Rudmann, Gustavsson Ovid	Sverige	Nyutdannede og uerfarne sykepleiere er spesielt utsatt for emosjonell utmattelse og utbrenthet i praksis miljø hvor det er fravær av støtte.	En prospektiv longitudinell og nasjonal kohort studie	997 sykepleiere	Nesten hver femte sykepleier rapporterte ekstremt høye nivåer av utbrenthet på et tidspunkt i løpet av de første tre årene etter endt utdanning, og nesten alle andre alle andre viste en betydelig økning i nivåene av utbrenthet i løpet av sitt andre år etter konfirmasjonen.
Parry Ovid	Australia	Undersøke forholdet mellom intensjon å endre yrke og intensjon om å bytte arbeidsgiver blant nyutdannede sykepleiere.	Review studie.	122 kvinner og 9 menn med utdanning som sykepleiere fra staten Queensland og alle registrert	Faglig og organisatorisk engasjement var relatert til hensikt å endre yrke. Trivsel, organisatorisk forpliktelse og intensjon om å endre yrke var

				godkjent utdannede sykepleiere I jobb ble forespurt om å delta I undersøkelsen.	statistisk signifikant relatert til intensjon å bytte arbeidsgiver. Politikk og praksis som fokuserer på dette anbefales for å forebygge at sykepleiere skifter yrke eller arbeidsgiver.
Macintosh Ovid	England, UK.	Mange aspekter ved sykepleie arbeid kan føre til høye nivåer av stress og negative konsekvenser for den enkelte sykepleier og pasientbehandling. Vanskeligheter med å takle sykepleiearbeid kan også resultere i utbrenthet, det vekker også bekymring om sykepleiernes problemer med kognitiv dissonans, emosjonelle og	Kvalitativ studie. Semi-strukturerte intervju	16 sykepleiere.	Å jobbe som sykepleier resulterer i eksponering for potensielt belastende og stressende hendelser som det er Viktig å beskytte seg selv mot. Deltakerne i denne studien lærer etter hvert å skjerme seg selv og Beskyttelsen forsterkes av erfaring.

		<p>bruk av følelsesmessige barrierer.</p> <p>Hvorfor noen sykepleiere er mer utsatt for å oppleve disse fenomenene enn andre, er uklart.</p>			
<p>Gillespie, Chaboyer, Wallis, Grimbeek Ovid</p>	<p>Queensland, Australia.</p>	<p>En studie for å undersøke forholdet mellom oppfattet kompetanse, samarbeid, kontroll, egen effektivitet, håp, alder, mestring, erfaring, utdanning og mange års erfaring for å oppnå robusthet blant operasjonssykepleierne.</p>	<p>Survey – spr.undersøkelse tversnittundersøkelse</p>	<p>Av et nasjonalt utvalg av 2860 Australiske operasjonssykepleiere, ble 1430 valgt etter systematisk stikkprøvekontroll og invitert til å fylle ut spørreskjema. Intensjonen var å måle oppfattet kompetanse, samarbeid, kontroll, egen effektivitet, håp, mestring og</p>	<p>To ulike modeller ble benyttet for å finne resultat med statistisk signifikant nivå. Håp, egen effektivitet og mestring var de faktorene som var viktige for utvikling av robusthet i den sammenheng å mestre stress i operasjonssykepleieutførelsen. Alder, erfaring, mange års arbeid viste ikke signifikans for utvikling av robusthet.</p>

				robusthet.	
Mitchell, Flin PUBMED	Aberdeen, UK.	En studie for å identifisere ikke tekniske ferdigheter blant operasjonssykepleiere (kognitive og sosiale ferdigheter)	Litteratur review, hvor den ble inkludert studier som omtalte operasjonssykepleier, situasjonsbevissthet, samarbeid og kommunikasjon. Observasjoner av praksis og intervju av 25 operasjonssykepleiere.	Pågående studie 2008, <u>ikke peer-review</u> .	Anbefaler videre studier i dette tema, da erkjennelse fra høyrisikoindustrier (piloter) hvor det var svikt i ikke tekniske ferdigheter bidro til ulykker har ført til utvikling av forskningsprogrammer for å studere kognisjon og sosiale interaksjoner i operasjonell sikkerhet.
Higgins, MacIntosh PUBMED	Canada	Målet er å forstå operasjonssykepleiernes oppfatninger av lege begåtte overgrep og dens innvirkning på deres helse og innvirkning på deres evne gi	Intervju – kvalitativt beskrivende studie.	10 Canadiske operasjonssykepleiere	3 kategorier som bidrar til overgrep ble utviklet. 1. Kultur i OPR miljø og hierarki. 2. Ressurser og mellommenneskelige

		pasientbehandling.			reaksjoner. 3. Psykologiske, helsemessige og sosiale konsekvenser. Effekt på pasientbehandling bestod av sikkerhet og tilgang.
Schmalenberg, Kramer PUBMED	California, USA	Et studie av 5 miljømessige faktorerers innvirkninger på trivsel 1. type avdeling, 2. sykepleierens utdannelse, 3. erfaring, 4. skiftarbeid 5. sertifiseringer mot 1 tilfredshet i jobb, 2. global trivsel, 3. sykepleierens syn på kvaliteten av omsorg og pleie.	Spørreundersøkelse	2990 ansatte på 206 kliniske avdelinger i fordelt på 8 sykehus.	Operasjonsavdelingene var avdelingene som hadde det mest usunne miljøet.
Vowels A. Topp R. Berger J PUBMED	USA	Undersøke mengde av stress utløst av hendelser i operasjonsmiljøet. Hyppigheten av disse hendelsene, og virkningen av disse hendelsene hvordan det			Press om å jobbe hurtig var det som resulterte i mest stress blant operasjonssykepleierne

		oppfattes av operasjonssykepleiere			
Davis, Ward, Woodall, Schultz, Davis PUBMED	USA	Sykehus fortsetter å oppleve høy sykepleier omsetning og det koster. Studien er basert på å beholde erfarne sykepleiere og ser etter forskjeller med jobbtilfredshet mellom intensiv og kir.spl.	Spørreundersøkelse	121 sykepleiere	Å skape et miljø som støtter gjenværende sykepleiere representerer en utfordring for ledere. Mer forskning anbefales. En kan se en sammenheng mellom arbeidsglede og trivsel.
Kalisch, Lee, Rochmann PsycINFO	USA	Målet med denne studien var å undersøke påvirkning av enhetens egenskaper, ansatte egenskaper og teamarbeid på trivsel med nåværende posisjon og yrke.	Survey - tversnittundersøkelse	3674 forespurte sykepleiere, en svardeltagelse på 55,7 %.	Resultatene i denne studien viser at innen pleie-team på akutt pleie pasienter enheter, fører en høyere grad av samarbeid og oppfatninger av tilstrekkelig bemanning til større trivsel med nåværende stilling og yrke.
Andrews , Wan	USA	Hensikten med denne studien var å evaluere	Survey	308 sykepleiere	Evidensbaserte strategier som støtter mental helse og

		årsakssammenhenger mellom jobb belastning, praksisen miljø og bruk av mestring for å kunne forutse hvilke sykepleiere som er i faresonen for frivillig avgang og identifisere potensielle intervensjons strategier.			forsterker den positive rollen mestring kan hjelpe sykepleier til å bli værende i jobb.
Davey, Cummings, Newburn-Cooock, Lo PsycINFO	Canada	Identifisere og undersøke årsaker til korttidsfravær hos sykepleiere ansatt ved sykehus	Systematisk review undersøkelse fra 1986-2006.	Søk på 10 databaser inkluderer 16 peer-reviewed artikler.(referee bedømte)	Utbrenthet og jobbstress gav sikre indikasjoner på økt fravær. Anbefaler i konklusjonen: for ledere: økt fokus på faktorer som øker sykepleiernes trivsel og som reduserer stress og utbrenthet for å redusere fravær.
Laschinger, Leither, Day, Gilin PsykINFO	Canada	Hensikt er å vurdere betydningen av arbeidsforhold og sykepleiernes erfaring med uhøflig opptreden på	Tversnittstudie - survey	612 sykepleiere	Konkluderer med at sykepleiernes syn på selvstendighet, uhøflighet fra veiledere, opplevelse av

		arbeidsplassen. Hvordan dette har innvirkning på utbrenthet og viktig sykepleiernes intensjon om å forlate yrket.			kynisme er sterk relatert til sykepleiernes intensjoner om å endre arbeidssted.
Morrow psykINFO	Canada	Undersøker den opplevde overgangen fra utdanning til det første året i praksis. Betydningen i pleie og hvordan de opplever og nødvendige tiltak for å støtte nye sykepleiere i overgangen til praksis	Litteratur review included ProQuest, Ovid, EBSCO og CINAHL	Referee bedømte artikler publisert etter 2000.	Implementert samarbeid og nyskapende innsats er nødvendig for å nyutdannede sykepleieres overgang til praksis
Sasaki, Kazuyo, Yuko o PsykINFO	Japan	Hensikten med denne studien var å undersøke sammenhengen mellom stress mestrings og utbrenthet i japanske sykepleiere.	Survey	1291 sykepleiere	Disse funnene antydte at forbedring av kognitive mestringsferdigheter for kvinner og problemløsende ferdigheter for menn kunne bidra til en reduksjon av utbrenthet for sykepleiere.
Newton, Kelly, Kremser, Jolly &	Australia	Hva identifisere hva som motiverer og engasjere	Intervju, survey og felt observasjon	26 sykepleiere	Analysen ga fire sentrale temaer som var felles for

Billett PsykINFO		sykepleier med tanke på rekruttering og engasjement.			alle deltakere: (1) et ønske om å hjelpe, (2) omsorg, (3) følelse av prestasjon og (4) selvtillit og ledere må være bevisste dette for å ivareta sykepleiere.
Feather PsykINFO	Bloomington, USA	Sykepleier mangel og problemer med oppbevaring betegner viktigheten av å vurdere påvirkningen ledere har på sykepleieres trivsel.	Litteratur review		Det er behov for videre forskning på området om sykepleiere som ledere og virkningen de har på trivsel nivå av sykepleie. Emosjonell intelligens blant ledere påvirker kollegaer /stab til å jobbe mere effektivt og det virker positivt inn på trivselen.
Jacobs. G.B., Wille R.L McMaster	New York, USA	Er det virkelig noen risiko og konsekvenser når kirurger mishandler sine overveiende kvinnelige OPR personell / kolleger, og hva kan vi gjøre	Litteratur Review		Kirurger som misbruker andre helsearbeidere er i strid med institusjonelle vedtekter og forskrifter som skal overholdes og

		med det?			skape et fiendtlig miljø på jobben som negativt påvirker effektiv produktivitet og bryter spesifikke statlige og føderale lover som forbyr diskriminering på grunn av rase, farge, kjønn, religion eller nasjonal opprinnelse.
2. Rogers D.A. Lindgard L, Klingensmith M. 2007 McMaster	Springfield, USA	Å lære å håndtere konflikter på en bedre måte gir mulighet til å redusere stress og frustrasjoner for både leger og sykepleiere. Konflikter er et vanlig fenomen i operasjonsavdelingen og gjennom å søke gjennom forskning finner man forbindelse mellom konflikter og pasienthendelser, derfor finner man grunn til å forske i	Kvalitativt studie- Fokusgruppeintervju med semistrukturert intervju	31 operasjonssykepleiere og 35 kirurger	Fant signifikante profesjonsforskjeller i konflikthåndtering. Legene hadde ingen formell opplæring i utdanningen om konflikthåndtering og baserte det på hvordan de hadde observert hvordan andre håndterte konflikter og gjennom å prøve og feile. Sykepleierne mente at om legene var behersket

		og anta viktigheten å få fram motivasjon hos kirurger til å vurdere endringer i oppførsel når det gjelder konflikthåndtering.			så kunne de ha fokus rettet mot pasient og oppgavene og ikke kirurgen, og viser til forskning om at feil fokus eller konflikter kunne være årsak til redusert pasientsikkerhet. Det anbefales en konflikthåndteringsopplæring for kirurger.
Coe Richard and Gould Dina 2007	London UK	Målet med undersøkelsen var å undersøke den nasjonale spredningen av tilfeller av uenighet innen og mellom profesjonelle grupper i operasjonsavdelingen og hyppigheten av oppfattet aggressiv oppførsel fra personell som jobber ved operasjonsavdelinger. Halvparten av respondentene	Survey og spørreskjema distribuert ut via mail og respons på 391 individuelle respondenter.		Konkluderer med forekomsten av konflikter gir grunn til bekymring fordi den forstyrrer arbeidsflyten i operasjonsavdelingen og ødelegger myten om at teamarbeidet på en operasjonsavdeling representerer det ultimate vel koordinerte samarbeid.

		rapporterte om erfaring av aggressiv opptreden fra overleger som var kirurger.			Videre forskning anbefales i å se nærmere på hvordan organiseringen på operasjonsavdelingen er med tanke på å finne forklaring på årsaken til forekomsten av aggresjon og konflikter og med tanke på kunne utvikle et mindre stressfullt og mere effektivt arbeidsmiljø.
Buurmann, Mank, Hein, Beijer og Oloff	USA	Sykepleiere ofte støter på alvorlige hendelser i løpet av sitt arbeid, noe som kan føre til traumatisk stress. Målsetting : Å undersøke hvordan alvorlige hendelser, demografiske variabler, og mestringsstrategier er forbundet med traumatisk	Survey-spørreundersøkelse	69 sykepleiere	Sykepleierne hadde opplevd flere alvorlige hendelser, og mange følte traumatisert. Aktiv mestring redusert risikoen for å oppleve traumatisk stress, mens trøstende tanker og sosial støtte økt sannsynligheten for vurderende en alvorlig

		stress			hendelse som traumatisk. Mer forskning må være gjennomført for å støtte disse funnene, og for å utvikle strategier for å støtte sykepleiere etter alvorlige hendelser.
Albert,Ruotsailaine n, Serra,Verbeek	Spania	Helsepersonell kan lide av yrkesmessig stress som kan føre til alvorlige psykiske og fysiske helseproblemer.	Cohort Cochrane,MEDLINE og PsykINFO	RTC studie	Begrenset dokumentasjon er tilgjengelig for å identifisere effekten av tiltak for å redusere stressnivået blant helsepersonell. Større og bedre kvalitet studier er nødvendig.
Eriksen,Murison, Pensgaard, Ursin	Norge	En kognitiv aktivering teori om stress	Litteraturstudie		Den ubehageligheter av stressalarmen er ingen helserisiko. Imidlertid, hvis vedvarende, kan responsen føre til sykdom og sykdom gjennom etablerte

					patofysiologiske prosesser .
Olf, Langeland, Gersons	Nederland	Mange mennesker er utsatt for ekstreme påkjenninger, bare noen av dem utvikler psychobiological forstyrrelser som kan føre til posttraumatisk stresslidelse (PTSD) eller andre posttrauma psykopatologi. Denne artikkelen undersøker effekten av ulike typer vurdering og mestring for å finne ledetråder til hvordan individer varierer i sine nevroendokrine reaksjoner på ekstreme påkjenninger.	Litteraturstudie	1	Trussel vurdering og defensiv mestring kan spille avgjørende roller i å bestemme nevroendokrine respons på traumer med potensielle psykiske konsekvenser, spesielt PTSD.
McKenna, Smith, Poole, og Coverdale	New Zealand	For å vurdere prioritering for forebyggende intervensjon programmer, var målene denne studien for å fastslå utbredelsen av horisontal vold.	Review - anonymt	551 sykepleiere	Første året av praksis er et viktig tillitsskapende fase for sykepleiere og likevel mange nye kandidater er utsatt for horisontal vold,

		Hvordan det oppleves av sykepleiere i sitt første år av praksis. For å beskrive egenskapene til de mest plagsomme hendelser, hvordan det oppleves, for å fastslå konsekvensene, og måle den psykologiske effekten av slike hendelser, og i den hensikt å ta stilling til for yrkesopplæring for å håndtere horisontal vold.			som kan ha negativ innvirkning på denne prosessen. Tilstrekkelig rapportering mekanismer og støttende tjenester bør også være lett tilgjengelig for de som utsettes for atferden.
Lim, Magley, Cortina	Singapore / USA	Denne artikkelen utvikler en teoretisk modell av virkningen av arbeidsplassen uhøflighet på ansattes arbeids- og psykisk velvære.	Survey	Studie 1 : forfatterne testet modellen på 1158 ansatte. Studie 2 cross-validert og utvidet disse resultatene på en uavhengig utvalg på 271 ansatte	Resultat studie 1 : tilfredshet med arbeidet og veiledere, samt mental helse har en delvis sammenheng med effekten av personlig uhøflighet på intensjoner om å skifte jobb og fysisk helse. Studie 2 viser negative effekter på

					<p>arbeidsgruppen ved uhøflighet. Ledere bør være oppmerksom på effekten på arbeidsmiljøet Både for de som utsettes for uhøflig opptreden men også de som er vitne til dette.</p>
Glazer, Gyurak	USA	<p>Hensikt å søke etter sykepleiernes oppfatning om av yrkesmessig stress Sykepleiere fra Ungarn, Israel, Italia, Storbritannia, og USA, ga sine svar skriftlig til spørsmål: " Hva forårsaker deg mest stress eller angst på jobben" i den dominerende tungen deres land?</p>	Kvalitativ studie- innholdsanalyse	1442 sykepleiere	<p>Resultat fra England og USA : mangel på sykepleiere, kollegaer, arbeidsmengde. Ledelse og tidspress var faktorene som var rangert høyest når sykepleierne svarte på hva som utløser stress. Det var både etiske og emiske årsaker til stress.</p>
Halfer, Graf	Chicago,USA	<p>Mange nyutdannede sykepleiere slutter eller skifter jobb. Opptil 35-60 %.</p>	Litteratur review		<p>Veiledning av ledere, lærere, veiledere, kolleger og</p>

		Forklaringer har vært nært knyttet til aspekter ved planlegging, kollega og lege relasjoner samt faglig vekst. muligheter, anerkjennelse, kontroll og ansvar.			støttegrupper kan hjelpe nye nyutdannede å tilpasse seg kravene fra sykepleiefaget under kritiske 18 måneder av en første jobb. Det var også sammenheng mellom planlegging av arbeidstid og balanse i forhold til privat liv og intensjon om å bli værende i jobb.
Kerasiotis,Motta	USA	Vurdering av post traumatisk stress symptomer for sykepleiere i akuttmottak og generelle sykepleiere		125 sykepleiere	Akuttsykepleiere var unikt mere stresset enn generelle sykepleiere. Resultatene viser høyt angstnivå, men ikke tendens til utvikling av PTSD. anbefaler støtte til sykepleiere som er utsatt for jobb-stress.
Bigony,	USA	Lateral vold i	Survey		Uheldige konsekvenser for

Lundberg,Pagac		operasjonsavdelingen og hvordan dette virker inn på kvalitet og miljø.			miljø og sikkerhet. Negativ innvirkning på kommunikasjon, den enkelte vil unngå situasjoner og stoppe faglig utvikling, uhøflig opptreden forplanter seg i miljøet.
Chen, Lin,Wang, Hou	Taiwan	Hensikten med denne studien var å finne stressfaktorer, mestringsstrategier for stress, og trivsel for ansatte ved operasjonsavdelinger ved å undersøke relasjoner til jobb stress, stress-mestring og trivsel.	Tversnittsstudie - spørreundersøkelse	121 sykepleiere	Stress relatert til type sykehus, største stressfaktor for sykepleiere var pasientsikkerhet, tilbakemelding fra ledelse. Anbefaler større fokus på sikkerhet, stressmestring og bygge opp selvtillitt.
Ericson-Lidman, Strandberg.	Sverige	Hensikten er å belyse betydningen av veiledning for de som opplever utbrenthet, fra tidlig stadier til utmattelse.	Intervju, kvalitativt studie	12 veiledere	Veiledere sliter i dilemmaet mellom å ha fokus på produksjon og være fokusert på relasjoner til de som skal veiledes.

					Det innebærer en belastning for veiledere.
--	--	--	--	--	--