

**Faktorer som påvirker opplevelsen av trygghet og mestring
hos nyutdannede intensivsykepleiere**



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Master i spesialsykepleie, spesialisering i: Intensivsykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Studenter: Laila Klungland Anda & Karianne Berg

Veileder: Otto Margon Aareskjold

Dato: 30.04.2024

MASTER I SPESIALSYKEPLEIE, spesialisering i: Intensivsykepleie

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

Vår 2024

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Laila Klungland Anda & Karianne Berg

VEILEDER: Otto Margon Aareskjold

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

Faktorer som påvirker opplevelsen av trygghet og mestring hos nyutdannede intensivsykepleiere

Engelsk tittel:

Factors that influence the experience of safety and mastery in newly qualified intensive care nurses

EMNEORD/STIKKORD:

Nyutdannede intensivsykepleiere, trygghet, mestring, sosial støtte, psykologisk trygghet, forventninger, krav, stress, mestringsstrategier, kompetanseutvikling

ANTALL ORD: 18 742

STAVANGER, 30. april 2024

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å undersøke hvordan nyutdannede intensivsykepleiere opplever den første arbeidstiden i en intensivavdeling. Mange velger å forlate yrket, bare etter få år. Vi ønsket å finne faktorer som påvirker opplevelsen av trygghet og mestring, slik at nyutdannede får en god start og ønsker å bli værende. Studien ble gjennomført ved bruk kvalitativ metode og hadde en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. Vi utførte syv individuelle intervju av nyutdannede intensivsykepleiere, ansatt ved et universitetssykehus i Norge. Kvalitativ innholdsanalyse ble brukt for å analysere dataene. Studien fant følgende faktorer som påvirker opplevelsen av trygghet og mestring; å oppleve et støttende arbeidsmiljø, å få utdelt en kontaktperson, å avklare forventninger og krav, å få kontinuitet, forutsigbarhet og mengdetrening, å få tildelt nok ressurser, å ta i bruk egne ressurser og å få et individuelt tilpasset opplæringsprogram. Studien konkluderte med at et støttende arbeidsmiljø er en buffer mot stress og bidrar til opplevelsen av trygghet og mestring. Å få tildelt en kontaktperson kan være en hjelp til å navigere i en stor avdeling og bidra med tilbakemeldinger og hjelp til faglig utvikling. En forventningssamtale med leder vil kunne justere uforholdsmessige krav nyutdannede har til seg selv. Nyutdannede intensivsykepleiere anvender aktive mestringsstrategier som å søke informasjon og si ifra om egne behov. Avdelingen har også et stort ansvar i å legge til rette for mestring og motivasjon i arbeidet. Å tilstrebe kontinuitet på de ulike avdelingene vil kunne gi forutsigbarhet og nødvendig mengdetrening. Kompetansen til den enkelte må kartlegges for å kunne strukturere videre opplæring og faglig utvikling. Individuelle hensyn må tas, da ulik erfaring og personlige ressurser gir ulike behov.

Abstract

This study investigated how newly qualified intensive care nurses experience their new everyday working life in an intensive care unit. Many choose to leave the profession after a few years. We wanted to find factors that influence the experience of safety and mastery, so that new graduates get off to a good start and want to stay. The study was carried out using a qualitative method with a phenomenological-hermeneutic approach. We conducted seven individual interviews of newly qualified intensive care nurses, employed at a university hospital in Norway. Qualitative content analysis was used to analyze the data. The study found the following factors that influence the experience of safety and mastery; a supportive working environment, to be assigned a resource person, to clarify expectations and requirements, to get continuity, predictability and quantity training, to be assigned enough resources, being able to use own resources and to receive an individually adapted training program. The study concluded that a supportive working environment is a buffer against stress and contributes to the experience of safety and mastery. Being assigned a resource person can help navigate a large department, provide feedback and contribute to professional development. A conversation with the manager about expectations and requirements can help adjust the new graduate's disproportionate requirements. Newly qualified intensive care nurses use active coping strategies such as seeking information and expressing their own needs. The unit also has a major responsibility in facilitating mastery and work motivation. Striving for continuity in the various departments will provide predictability and the necessary amount of training. The individual's competence must be mapped to structure further training and professional development. Individual considerations must be taken, as different experiences and personal resources give rise to different needs.

Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på to år med masterstudier i intensivsykepleie. Det har vært en utfordrende og lærerik tid hvor vi har fått oppleve personlig og faglig utvikling. Vi ser fram til å anvende kunnskapen vi har tilegnet oss i et spennende yrke.

Vi vil rette en spesiell takk til veilederen vår, Otto Margon Aareskjold. Takk for din tilgjengelighet og kyndige veiledning. Vi vil også takke medstudenter og andre faglærere ved Universitet i Stavanger for bidrag under masterseminarene. Her fikk vi legge fram prosjektet vårt i trygge rammer og det kom mange gode innspill til oppgaven vår.

Takk til avdelingsledelsen ved universitetssykehuset som lot oss gjennomføre intervju i en travel vintersesong. Vi vil også rette en stor takk til informantene våre. Uten deres deltakelse hadde vi ikke kunnet gjennomføre denne oppgaven.

Vi vil takke hverandre for et godt samarbeid. Det har vært fint å ha noen å dele ideer og frustrasjoner med, som motiverer og oppmuntrer. Vi har fordelt oppgaver godt imellom oss, samtidig som vi har brukt tid på å diskutere og få en felles forståelse. Vi mener dette har bidratt til en bedre oppgave og vi er stolte av sluttresultatet.

Laila ønsker også å takke Stian og deres to små barn for støtte og forståelse i en travel studietid.

Stavanger, 30. april 2024

Laila Klungland Anda & Karianne Berg

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	4
1.0 Innledning.....	7
1.1 Bakgrunn for valg av tema	7
1.2 Tidligere forskning.....	8
1.2.1 Behovet for støtte i overgangen til arbeid på intensivavdeling	9
1.2.2 Kompetanseutvikling for nyansatte i en intensivavdeling	10
1.2.3 Belastninger i intensivmiljøet.....	11
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål.....	12
2.0 Teoretisk rammeverk	13
2.1 Intensivsykepleierens funksjons – og ansvarsområde	13
2.2 Arbeidsmiljøloven.....	14
2.3 Krav-kontroll-støtte modellen.....	14
2.4 Psykologisk trygghet.....	16
2.5 Stress og mestringsteori.....	16
2.6 Kompetanseutvikling	18
2.6.1 Fra novise til ekspert	18
2.6.2 Kompetanseutvikling som motivasjon	19
3.0 Metode	20
3.1 Vitenskapelig perspektiv	20
3.2 Forskningsdesign	21
3.3 Forforståelse.....	22
3.4 Kontekst.....	22
3.5 Metode for innsamling av data	23
3.5.1 Semistrukturerte individuelle intervju	23
3.5.2 Utvalg.....	24
3.5.3 Intervjuprosessen	25
3.5.4 Informasjonsstyrke	26
3.6 Analyse	26
3.6.1 Metode for kvalitativ innholdsanalyse	26
3.6.2 Analyseprosessen	27
3.7 Metodiske betraktninger.....	30
3.7.1 Gyldighet	31
3.7.2 Pålitelighet.....	32

3.7.3 Overførbarhet.....	32
3.8 Forskningsetiske betraktninger	33
3.8.1 Lovverk, etiske retningslinjer og nødvendige tillatelser.....	33
3.8.2 Personvern og anonymisering.....	33
3.9 Metodekritikk	34
4.0 Presentasjon av funn	36
4.1 Å bli sett og anerkjent som ny.....	36
4.1.1 Å oppleve et støttende arbeidsmiljø.....	36
4.1.2 Å få utnevnt en kontaktperson	37
4.1.3 Å avklare forventninger og krav	38
4.2 Å tilrettelegge for mestring og bruk av egne mestringsressurser.....	39
4.2.1 Å få mengdetrening, kontinuitet og forutsigbarhet.....	39
4.2.2 Å få tildelt nok ressurser.....	41
4.2.3 Å ta i bruk egne ressurser.....	42
4.2.4 Å få et opplæringsprogram tilpasset den enkelte.....	45
5.0 Diskusjon	47
5.1 Å bli sett og anerkjent som ny.....	47
5.1.1 Å oppleve et støttende arbeidsmiljø.....	47
5.1.2 Å få utnevnt en kontaktperson	49
5.1.3 Å avklare forventninger og krav	50
5.2 Å tilrettelegge for mestring og bruk av egne mestringsressurser.....	51
5.2.1 Å få mengdetrening, kontinuitet og forutsigbarhet.....	51
5.2.2 Å få tildelt nok ressurser.....	53
5.2.3 Å ta i bruk egne ressurser.....	55
5.2.4 Å få et opplæringsprogram tilpasset den enkelte.....	57
6.0 Konklusjon	61
7.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning	63
7.1 Implikasjoner for praksis	63
7.2 Implikasjoner for videre forskning	63
8.0 Referanser	65
Vedlegg 1 - PICO skjema.....	71
Vedlegg 2 - Intervjuguide	72
Vedlegg 3 – Endringer i forskningsspørsmål	75
Vedlegg 4 - Samtykkeskjema	76
Vedlegg 5 – Samtykke fra SIKT	80
Vedlegg 6 – Spesifisering av studentbidrag.....	81

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for masteroppgaven vår omhandler nyutdannede intensivsykepleiere og hvordan de opplever den første arbeidstiden i en intensivavdeling. Hensikten er å undersøke hvordan de kan oppleve trygghet og mestring i sin nye arbeidshverdag.

Intensivsykepleiere utøver sykepleie til kritisk syke pasienter i et høyteknologisk miljø. De skal ha handlingskompetanse i komplekse situasjoner og foreta selvstendige kliniske vurderinger, prioriteringer og beslutninger (Universitetet i Stavanger, 2024). Vi er selv ansatte i en intensivavdeling og har erfaring med hvordan det er å være nyansatt sykepleier på en avdeling med avansert utstyr og kritisk syke pasienter. Læringskurven var bratt, og vi kjente på usikkerhet og utrygghet.

Vår oppfatning er at det tar lang tid før man føler seg trygg og kompetent i arbeidet på en intensivavdeling. Intensivsykepleiere står også i mange krevende pasientsituasjoner hvor man skal håndtere pasienter og pårørende i krise (Universitetet i Stavanger, 2024). De siste årene har forskning satt søkelys på yrker med høye emosjonelle krav og den negative innvirkningen dette kan ha på arbeidstakerens helse (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 70). Forskning viser også at sykepleie er et yrke med høye jobbkrav som i kombinasjon med lav jobbkontroll øker risikoen for helseplager og sykefravær (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 76).

Snart er vi ferdig utdannede intensivsykepleiere og står med et større ansvar og høyere forventninger. Vi er motiverte for å ta fatt på det vi oppfatter som et spennende og givende arbeid, men spente på hvordan det blir å håndtere ansvaret som følger med og å skulle stå i et emosjonelt krevende yrke. Vi bekymrer oss også over dagens mangel på intensivsykepleiere, og at mange velger å forlate yrket (Riksrevisjonen, 2019, s. 19). Mangel på intensivsykepleiere kan påvirke utredning og behandling av svært syke pasienter, samt kirurgisk aktivitet (Helse

Vest, 2022, s. 1). Ekstern turnover gir også en større belastning for medarbeiderne som blir igjen og avdelingen mister verdifull fagkompetanse (Helsedirektoratet, 2021).

Vi har valgt å sette søkelys på nyutdannede intensivsykepleieres opplevelser med arbeid på en intensivavdeling. Bakgrunnen for dette er at turnover også er et problem blant sykepleiere som ikke har stått så lenge i yrket. Statistikk viser at en av fem sykepleiere ikke lengre jobber i helsetjenesten 10 år etter fullført utdanning. Ønsket om å slutte er størst blant unge og de som har arbeidet få år (Sjøstad et al., 2017). Forskning viser også at yngre sykepleiere i større grad er utsatt for omsorgstretthet og utbrenthet. Dette understreker behovet for å gi støtte til sykepleiere på et tidlig stadium i karrieren (Kelly et al., 2021, s. 119). Mange av de nyutdannede intensivsykepleierne har gjerne få års erfaring som sykepleier fra tidligere og kan fortsatt betraktes som noviser eller avanserte nybegynnere når de starter opp i sin nye rolle. Noen har mer erfaring, men vil fortsatt ha behov for støtte i overgangen til arbeid innenfor et nytt fagfelt (Benner, 1995, s. 35 - 39).

Vi vil med denne masteroppgaven belyse hvordan nyutdannede intensivsykepleiere kan ivaretas på best mulig måte og finne faktorer som kan gi dem en god start slik at de ønsker å bli værende i yrket.

1.2 Tidligere forskning

Vi utarbeidet et PICO-skjema for å undersøke hva som er gjort av tidligere forskning på tema, og for å finne relevante vitenskapelige artikler til oppgaven vår (se vedlegg 1). Kategorien “Comparison” ble utelatt i PICO-skjemaet, da vi ikke var ute etter å sammenligne ulike intervensjoner. Vi utførte et systematisk søk i juni 2023, i tillegg til manuelle søk. Vinteren 2024 gjorde vi et nytt oppdatert søk etter veiledning fra bibliotekar. Databasene vi brukte var Medline og Cinahl.

Vi fant ikke noen artikler som omhandler nyutdannede intensivsykepleieres erfaringer spesifikt. Flere artikler omhandler nyutdannede sykepleieres overgang til arbeid på intensivavdelinger og

de bruker gjerne betegnelsen “new graduate nurses”. Andre artikler bruker betegnelsen “novice critical care nurses”, eller “novice nurses in critical care settings”. Det kommer ikke alltid tydelig fram om dette er nyutdannede sykepleiere, sykepleiere som er nye for intensivavdelingen, eller om de nylig har gjennomført en spesialisering på området. Vi vet at utdanningsprogrammene i andre land varierer i omfang og nivå (Mathisen et al., 2023). Dette kan bidra til å skape rolleforvirring (Endacott et al., 2015, s. 2237). Vi opplevde det derfor noe utfordrende å plukke ut artikler som var relevante for vår vinkling på oppgaven.

Vi valgte å inkludere både kvalitative og kvantitative artikler slik at vi fikk et bredt søk og ikke overså relevante treff. Artikler på engelsk og nordisk språk (norsk, dansk, svensk) ble inkludert. Vi leste kun fagfelleverderte artikler som ikke var mer enn 10 år gamle. Artikler med bakgrunn i en vestlig kultur ble vektlagt. Søket gav et stort antall treff, og vi oppdaget raskt at mye ikke var relevant for vårt tema. Søkeordene fra kategorien “Patient/Problem” ble derfor delt opp i “Setting” og “Perspective” for å spisse antall treff.

Vi fikk 106 treff på artikler i databasen Cinahl og 109 treff i databasen Medline. Overskrifter og abstrakter ble lest for å finne de artiklene som var relevante for oss. Vi satt til slutt igjen med 13 aktuelle artikler. Ved nærmere gjennomgang valgte vi 5 artikler som vi mener bidrar til å belyse temaet vårt. Vi har også valgt å ta med en artikkel fra vårt manuelle søk (Kelly et al., 2021). Flere av artiklene er oversiktsartikler som plasseres høyt i kunnskapspyramiden (Bondevik & Engebretsen, 2021, s. 61). Artiklene omhandler behovet for støtte i overgangen til arbeid på intensivavdeling, kompetanseutvikling hos nyansatte i intensivavdelinger og belastninger i intensivmiljøet.

1.2.1 Behovet for støtte i overgangen til arbeid på intensivavdeling

En australsk oversiktsartikkel beskriver ulike tiltak som kan øke selvtillit, kompetanse og jobbtilfredshet hos sykepleiere som er nye for intensivavdelingen. Bakgrunnen for studien var at overgangen til arbeid på en intensivavdeling kan være vanskeligere enn overgangen til annet arbeid på grunn av behovet for spesialkompetanse. Det var ønskelig å få en oversikt over ulike faktorer som kan være til hjelp for å utforme gode overgangsprogram. Å få utnevnt en ressursperson ble identifisert som et fremtredende tema i litteraturen Dette hadde en

grunnleggende positiv påvirkning på den generelle oppfatningen av å få støtte. Andre faktorer som ble identifisert var et støttende arbeidsmiljø, positive sosiale opplevelser, å få tilegne seg kunnskap og ferdigheter og å få tildelt et strukturert orienteringsprogram. Rotasjon mellom ulike spesialavdelinger ble også identifisert som et tema som forårsaket stress og forstyrret læringen hos de nye sykepleierne. De følte de måtte starte fra begynnelsen igjen og ønsket ikke å forlate teamet som de hadde blitt sosialisert inn i (Innes & Calleja, 2018).

En amerikansk kvalitativ studie utforsker nyutdannede sykepleieres opplevelser av å bli ansatt i en intensivavdeling. Sykepleiere som skulle starte sitt tredje år på avdelingen ble intervjuet. Studien fant at overordnet tema i overgangen til arbeid på en intensivavdeling var å forsone seg med å være komfortabel med å være ukomfortabel. Målet var å komme til denne erkjennelsen etter noen års erfaring. Underliggende temaer assosiert med dette var selvtillit og usikkerhet, å tilegne seg erfaring og stadig lære, bruk av intuisjon, et utfordrende og stressende arbeid, å være modig og påståelig og å ha støttende kollegaer. Studien avslørte behovet for at sykepleiere blir eksponert for varierende kliniske situasjoner, utvikler motstandsdyktighet og evne til å ta vare på seg selv, og at det legges til rette for teamarbeid og veiledning. Dette vil kunne sikre en vellykket overgang, også med tanke på å beholde sykepleierne i intensivavdelingen (Degrande et al., 2018).

1.2.2 Kompetanseutvikling for nyansatte i en intensivavdeling

En kvalitativ studie undersøkte nytilsatte sykepleieres opplevelse av læring ved et traumesenter med over nitti intensivsenger i London. Funn her viser at store intensivavdelinger representerer et utfordrende læringsmiljø for nytilsatte sykepleiere. Det er mye å sette seg inn i og mange ferdigheter og prosedyrer som skal læres og utvikles på kort tid. For mange er dette overveldende. Det tar tid å lære å håndtere komplekse pasientsituasjoner, samt utvikle mestringsstrategier som de mer erfarne intensivsykepleiere har. De nyansatte i studien savnet også mer rom for individuell tilpassing i opplæringen. Flere opplevde det å jobbe turnus med nattevakter som hemmende for læring den første perioden hvor man skulle gjennom et opplæringsprogram. Det å etablere støttende sosiale relasjoner var en nøkkelfaktor for å fremme læring. Dette ble spesielt viktig i en stor avdeling med mange nyansatte. Mange opplevde avdelingen som et avansert og komplekst klinisk miljø og var redde for konsekvensene av det å gjøre feil. Dette hemmet læring og bidro til at mange nyansatte følte engstelse. Erfarne ansatte

bør være klar over dette, slik at de kan bidra til å redusere stresset ved å være ny i en stor intensivavdeling. Sykepleiere som vurderer arbeid på en intensivavdeling, bør også være klar over at det er et krevende felt (Stewart, 2021).

En kvalitativ forskningssyntese omhandler intensivsykepleieres opplevelser av å utføre omsorg i et høyteknologisk miljø. 12 studier med til sammen 122 sykepleiere fra 8 forskjellige land ble inkludert i syntesen. Den konkluderte med at å utføre omsorg i et høyteknologisk miljø er krevende, spesielt for sykepleiere på novise-stadiet. De kan oppleve frykt og stress mens de utvikler sin teknologiske kompetanse. Teknologien kan ta all oppmerksomheten. Erfarne intensivsykepleiere klarer i større grad å holde teknologien på avstand og levere person-sentrert omsorg innenfor de tekniske omgivelsene. Syntesen fant at de erfarne intensivsykepleierne kan tilby støtte til novise-sykepleierne. Orienteringsprogram i intensivavdelingen bør være basert på en helhetlig tilnærming som viser hvordan teknologi og omsorg henger sammen (Crilly et al., 2019).

1.2.3 Belastninger i intensivmiljøet

En undersøkelse gjennomført blant 779 sykepleiere i intensivavdelinger på 13 amerikanske sykehus ble gjennomført med mål om å identifisere nøkkelementer i intensivmiljøet som assosieres med utbrenthet, sekundært traumatisk stress og omsorgstretthet. Det ble identifisert tre elementer som påvirker risikoen for utbrenthet; tilstrekkelig bemanning, meningsfull anerkjennelse og effektive beslutninger. Man fant at tilstrekkelig bemanning var et hovedelement i et sunt arbeidsmiljø. Effektive beslutninger ble beskrevet med at de rette instanser eller profesjoner inkluderes når viktige avgjørelser skal tas. Dette gjaldt også pasienter og deres familier. Til slutt støttet funnene opp om at meningsfull anerkjennelse er et viktig verktøy for å holde sykepleierne påkoblet arbeidet. Man fant at ung alder assosieres med mer utbrenthet og omsorgstretthet, noe også tidligere forskning har vist. Det bør legges ned en innsats for å forebygge utbrenthet, spesielt for yngre medarbeidere (Kelly et al., 2021).

En amerikansk oversiktsartikkel har satt søkelys på intervensjoner som kan øke velbefinnende hos sykepleiere i intensivavdelinger. Bakgrunnen er den økende graden av sykefravær, utbrenthet og turnover. Den beskriver funn fra 26 studier og de fleste studiene inneholdt

intervensjoner som hadde en psykologisk, personlig tilnærming, i motsetning til organisatoriske strategier. Eksempler på intervensjoner var oppmerksomhetstrening og tiltak som kunne gjøre sykepleierne mer motstandsdyktige. Ingen av disse studiene konkluderte med hvordan intervensjonene påvirker på lang sikt. De kunne heller ikke si noe om den komplekse interaksjonen av organisatoriske faktorer som påvirker sykepleiere som arbeider med kritisk syke pasienter. Artikkelen identifiserte et behov for å identifisere og evaluere organisatoriske tilnærminger som kan bedre sykepleieres velbefinnende. Den konkluderte også med behovet for å konsultere og inkludere intensivsykepleiere i planlagte intervensjoner som er ment å støtte deres velbefinnende (Stewart et al., 2024).

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Vi har valgt følgende problemstilling:

- Hvilke faktorer påvirker opplevelsen av trygghet og mestring hos nyutdannede intensivsykepleiere?

Aktuelle forskningsspørsmål for å få svar på problemstillingen er:

- Hvilken betydning har sosial støtte og oppfølging for opplevelsen av trygghet og mestring hos nyutdannede intensivsykepleiere?
- Hvilke mestringsstrategier benyttes av nyutdannede intensivsykepleiere og hvordan kan avdelingen legge til rette for mestring?

2.0 Teoretisk rammeverk

Dette kapitlet redegjør for vårt teoretiske rammeverk. Vi presenterer Edmondsons teori om psykologisk trygghet, Lazarus og Folkmans mestringsmodell, Karaseks krav-kontroll-støtte modell, samt Benners teori omkring kompetanseutvikling.

Teori som omhandler psykologisk trygghet, mestring og kompetanseutvikling ble valgt tidlig under planleggingen av studien. Når innsamlet datamateriale var analysert og vi hadde oversikt over funn, valgte vi også å benytte teori om jobbkrav, jobbkontroll og sosial støtte. Stress, mestring, jobbkrav og sosial støtte henger tett sammen med psykososialt arbeidsmiljø og helse. Vi har derfor henvist til to rapporter som omhandler dette, henholdsvis en fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) og en fra forskningsinstituttet SINTEF. Det er i teoretisk rammeverk også gitt en kort beskrivelse av intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde, aktuelt lovverk, samt Helsepersonellkommissjonens utredning omkring kompetanseutvikling.

2.1 Intensivsykepleierens funksjons – og ansvarsområde

Intensivsykepleie er sykepleie til akutt og kritisk syke pasienter, som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner. Intensivsykepleieren skal aktivt delta i prosessen mot å gjenopprette pasientens helse eller å legge til rette for en verdig død (Stubberud, 2020, s. 41). Intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsbeskrivelse baserer seg på forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanningen, lovverket, yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere og andre retningslinjer. Den kliniske utøvelsen av intensivsykepleie beskrives under flere funksjoner; den helsefremmende og forebyggende funksjon, den behandlende og rehabiliterende funksjon, den lindrende og palliative funksjon, samt ansvar for pårørende (NSFLIS, 2023).

Intensivsykepleieren må inneha høy faglig kompetanse for å kunne ivareta disse funksjonene. Intensivsykepleieren skal blant annet systematisk observere og vurdere slik at man identifiserer helsesvikt eller risiko for helsesvikt på et tidlig stadium. Intensivsykepleieren skal yte kompenserende hjelp ved svikt i pasientens vitale organer og anvende avansert medisinsk

teknisk utstyr. Dette skal gjøres på en forsvarlig og hensiktsmessig måte. Intensivsykepleieren skal delta i beslutningsprosesser når det gjelder livsforlengende behandling, og bidra til en verdig død. Intensivsykepleieren har også et stort ansvar når det gjelder pårørende. De skal anerkjennes som en ressurs og få veiledning og støtte slik at de kan være delaktig i omsorgen for pasienten. Intensivsykepleieren skal også ivareta pårørendes behov for omsorg i en situasjon med akutt, kritisk sykdom (NSFLIS, 2023).

2.2 Arbeidsmiljøloven

Arbeidsmiljøloven skal legge grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon. Den skal sikre et arbeidsmiljø med lik behandling, samt trygge og inkluderende arbeidsforhold (Regjeringen, 2023). Den uttrykker hvordan den enkeltes arbeidssituasjon skal utformes. Det skal legges til rette for faglig og personlig utvikling og arbeidet skal tilrettelegges etter arbeidsevne, kyndighet, alder og andre forutsetninger. Muligheter for selvbestemmelse, variasjon, innflytelse og faglig ansvar skal vektlegges. Det samme gjelder muligheter for tilstrekkelig informasjon og opplæring (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-2). Arbeidsmiljøloven setter krav til både psykososialt og fysisk arbeidsmiljø. Det legges vekt på arbeidstakers integritet, verdighet og mulighet for kontakt og kommunikasjon med andre for å ivareta psykososialt arbeidsmiljø (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-3 og § 4-4).

2.3 Krav-kontroll-støtte modellen

Karasek har gjennom forskning utviklet krav-kontroll-modellen for psykososialt arbeidsmiljø. Modellen ser på sammenhengen mellom jobbkrav og jobbkontroll. Jobbkrav kan være både fysiske og psykiske. Eksempler på fysiske jobbkrav er støy, lys, inneklime, tunge løft og uheldige arbeidsstillinger. Psykologiske krav er psykisk arbeidsbelastning med de tanker og følelser som følger med opplevde krav. Jobbkontroll handler om mulighet for å påvirke egen arbeidsdag gjennom å styre arbeidsmengden, ta pauser eller variere mellom ulike arbeidsoppgaver. Moderate høye krav og utfordringer i kombinasjon med høy grad av kontroll bidrar til utvikling gjennom læring, mestring og opplevelse av mening. Lave krav og lav kontroll vil derimot gi en passiv arbeidssituasjon som reduserer utvikling (Kristoffersen, 2021, s. 379-380).

Høye krav og mye å gjøre trenger ikke oppleves belastende dersom man har stor grad av jobbkontroll. Krav kan da oppleves som positive utfordringer og være motiverende (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 70). Liten grad av jobbkontroll i kombinasjon med høye krav kan derimot oppleves belastende over tid (Kristoffersen, 2021, s. 380). Forskning viser at sosial støtte er en buffer mot stress og virker positivt inn på arbeidstakerens helse. Krav-kontroll-modellen er derfor senere utvidet til også å omhandle sosial støtte. Man skiller mellom instrumentell og emosjonell støtte (Karasek & Theorell, s. 69-71). Instrumentell støtte handler om å få nødvendig hjelp, ressurser, informasjon og tilbakemeldinger. Emosjonell støtte er forståelse, omsorg og opplevelsen av å bli sett og verdsatt (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 79).

En rapport fra Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) beskriver status og nasjonale utviklingstrekk for sammenhengen mellom arbeidsmiljø og helse. Den bygger på forskning (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 3) og presenterer funn som støtter opp om teori i den utvidede krav-kontroll-støtte-modellen. Høye jobbkrav i kombinasjon med lav jobbkontroll øker risikoen for helseplager og sykefravær. Sykepleiere er den yrkesgruppen som opplever denne kombinasjonen oftest. Andelen ser ut til å være noe høyere for kvinner enn menn og synker med stigende alder (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 76). Rapporten presenterer også funn som omhandler emosjonelle krav. Emosjonelle krav handler om de følelsesmessige kravene som stilles i møte med andre mennesker. Dette er et jobbkrav som har fått større oppmerksomhet de senere årene og blir sett i sammenheng med helseplager. Sykepleierne er blant de yrkesgruppene som oftest opplever høye emosjonelle krav i jobbsammenheng (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 73).

En rapport fra SINTEF presenterer en kunnskapsoppsummering fra hovedsakelig nordisk forskning (Buvik et al., 2023, s. 10), herunder en studie foretatt blant sykepleiere, politi, barnehagelærere, fysioterapeuter og grunnskolelærere. Rapporten belyser omfang, håndtering og konsekvenser av emosjonelle og relasjonelle krav og belastninger for disse fem yrkesgrupper (Buvik et al., 2023, s. 1). Emosjonelle krav kan ha en negativ påvirkning på arbeidstakerens helse og er den viktigste faktoren med hensyn til økt risiko for sykefravær for de som jobber innenfor helse- og omsorgsykker sammenlignet med andre yrker (Buvik et al., 2023, s. 10-11). Jobbkontroll og sosial støtte kan være en buffer mot negative konsekvenser av emosjonelle krav

(Buvik et al., 2023, s. 128). Mestringsstrategier i forbindelse med emosjonelle krav er ofte på individnivå. Holdningene har vært at det er den ansatte som ikke håndterer jobbkravene dersom arbeidet er for krevende. Det er imidlertid blitt en økende interesse for belastningene som følger med høye emosjonelle krav i jobbsammenheng (Buvik et al., 2023, s. 12). Det anbefales derfor mer forskning på forebyggende arbeid på organisatorisk nivå (Buvik et al., 2023, s. 139).

2.4 Psykologisk trygghet

Edmondson har forsket mye på jobbteam og beskriver psykologisk trygghet som egenskaper ved et arbeidsmiljø. Psykologisk trygghet er viktig for læring, rapportering av feil, kreativitet og kvalitetsforbedring. De beste og mest effektive teamene har ansatte som rapporterer om feil og muligheter for forbedringer uten frykt for formelle eller uformelle negative konsekvenser (Edmondson, 2019, s. 9-10). Arbeidsmiljøet karakteriseres av en åpenhet hvor det oppleves trygt å si meningene sine. Det er akseptert å stille spørsmål når man er usikker eller mener noe blir utført på en uheldig måte (Edmondson, 2019, s. 8). Man er ikke alltid enig innad i teamet, men man sier ifra til hverandre på en respektfull måte. Kritiske spørsmål verdsettes, det samme gjør forbedring gjennom det å lære av feil (Edmondson, 2019, s. 15-16).

Forskning innen nevrovitenskap viser at frykt svekker analytisk tenking og reduserer evnen til problemløsning. Prosessering av ny informasjon blir vanskelig og evnen til læring hemmes. Det er vanskelig å yte sitt beste om man er redd. Psykologisk trygghet vil derimot fremme deltakelse i aktiviteter som bidrar til læring. Man tør å ta mellommenneskelig risiko som å spørre om hjelp og dele bekymringer og informasjon når man er trygg. Psykologisk trygghet er ikke et personlighetstrekk. Det er arbeidsklimaet som er avgjørende uavhengig om man er ekstrovert eller introvert som person (Edmondson, 2019, s. 14-15).

2.5 Stress og mestringsteori

Lazarus og Folkman definerer stress som "... et forhold mellom personen og omgivelsene som etter personens oppfatning tærer på eller overgår hans ressurser og setter personens velbefinnende i fare" (Lazarus & Folkman, 1984, s. 21). Situasjonen utløser stressreaksjoner

dersom personen selv oppfatter den som farlig eller belastende. Hvilke situasjoner som oppleves stressende er høyst individuelt (Kristoffersen, 2011, s. 143).

Lazarus og Folkman definerer mestring som "... kontinuerlig skiftende kognitive og adferdsmessige bestrebelser på å mestre spesifikke ytre og/eller indre krav, som etter personens oppfatning tærer på eller overstiger hans ressurser" (Lazarus & Folkman, 1984, s. 141). De deler mestringsprosessen inn i tre ulike faser; primærvurdering, sekundærvurdering og revurdering. Personen tar utgangspunkt i sin egen kognitive vurdering eller oppfatning av situasjonen gjennom disse fasene (Kristoffersen, 2011, s. 144).

Primærvurderingen resulterer i at en situasjon oppleves enten irrelevant, godartet-positiv eller stressende. En stressende situasjon vil kunne oppleves som skade/tap, en trussel eller en utfordring (Lazarus & Folkman, 1984, s. 32). En situasjon som oppfattes som en trussel eller en utfordring, krever at man mobiliserer for å oppnå mestring. Utfordrende situasjoner har potensial til å gi personlig vekst. De er karakterisert av positive følelser som ivrighet og begeistring. Truende situasjoner karakteriseres av negative følelser som frykt, angst og sinne. Situasjoner kan oppleves både truende og utfordrende på samme tid (Lazarus & Folkman, 1984, s. 33).

Mulighetene for å håndtere den aktuelle situasjonen vurderes i sekundærvurderingen. Man vurderer sannsynligheten for at de enkelte mestringsstrategiene vil løse problemet og mulige konsekvenser ved bruken av dem (Lazarus & Folkman, 1984, s. 35). Under fasen revurdering forgår det en endret eller ny vurdering av situasjonen, basert på ny informasjon fra omgivelsene eller fra personen selv (Lazarus & Folkman, 1984, s. 38). Man kan for eksempel innse at man har mulighet til å mestre situasjonen, og går da fra å vurderes situasjonen som en trussel til å vurdere den som en utfordring (Lazarus, 1999 s. 77).

Lazarus og Folkman skiller mellom to hovedtyper av strategier for å mestre situasjoner som oppleves stressende; problemfokustert mestring og emosjonellfokustert mestring (Lazarus & Folkman, 1984, s. 150). Problemfokustert mestring minner om problemløsning. Man definerer problemet, ser etter løsninger, vurderer alternativer, for så å til slutt handle. Problemfokustert

mestring omfatter også strategier som er rettet innover, som følelsesmessig bearbeiding av situasjoner som ikke kan forandres (Lazarus & Folkman, 1984, s. 152; Kristoffersen, 2011, s. 146).

Emosjonellfokusert mestring har som mål å redusere de følelsesmessige belastningene ved situasjonen (Lazarus & Folkman, 1984, s. 150). Man forsøker å endre opplevelsen av en situasjon, i stedet for å endre selve situasjonen (Kristoffersen, 2011, s. 147). Strategier som gjerne blir brukt er unnvikelse, bagatellisering, distansering, selektiv oppmerksomhet og å forsøke å vri negative hendelser til noe positivt (Lazarus & Folkman, 1984, s. 151). Både problemfokuserte og emosjonellfokuserte mestringsstrategier kan bidra til mestring, men også hindre mestring (Lazarus & Folkman, 1984, s. 153).

2.6 Kompetanseutvikling

2.6.1 Fra novise til ekspert

Kompetanseutvikling skjer over tid ved at man gradvis tilegner seg kunnskap og ferdigheter. Dreyfus og Dreyfus har laget en modell for kompetanseutvikling som går via fem ferdighetsnivå fra novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig til ekspert (Kaufmann et al., 2023, s. 290). Benner tar utgangspunkt i Dreyfusmodellen når hun beskriver hvordan klinisk utøvelse av sykepleie endrer seg gjennom de fem ferdighetsnivåene. Man vil gå fra å være regelbundet og avhengig av prosedyrer til å etter å hvert se mer helhet i en situasjon og handle ut ifra egen erfaring. Benner beskriver karakteristiske ferdigheter, samt undervisnings- og opplæringsbehov på hvert av nivåene (Benner, 1995, s. 29 - 35).

Noviser er nybegynnere uten erfaring. De er regelstyrt og trenger veiledning og hjelp til å prioritere oppgaver. Sykepleiestudenter regnes som noviser. Erfarne sykepleiere som begynner med nye pasientgrupper eller starter innenfor et nytt klinisk område kan også bli begrenset til novisestadiet (Benner, 1995, s. 35-36). Avansert nybegynnere har etter hvert fått erfaring med å mestre gjentatte oppgaver og situasjoner. De begynner å anvende generelle regler i spesielle, konkrete situasjoner. De lærer av og anvender erfaring. Avanserte nybegynnere kan fremdeles ikke se helheten i en kompleks situasjon og må bruke tid på å konsentrere seg om prosedyrer.

De trenger fremdeles støtte i avdelingen i form av veiledning og hjelp til å prioritere oppgaver (Benner, 1995, s. 36-39).

Sykepleiere anses å være på kompetent nivå etter to – tre års erfaring innen samme kliniske område. Her begynner man å beherske mer komplekse situasjoner og klarer å planlegge og prioritere. Man mangler imidlertid hurtigheten og smidigheten som en kyndig sykepleier har tilegnet seg. Kompetente sykepleiere trenger fremdeles å trene på planlegging og koordinering av komplekse situasjoner. Den kyndige er bedre til å oppfatte hva som er viktig og vil kunne handle raskere i en situasjon (Benner, 1995, s. 39-44). En ekspert har utviklet en intuitiv forståelse for totalsituasjonen. Noen sykepleiere når aldri dette nivået (Benner, 1995, s. 44-47).

2.6.2 Kompetanseutvikling som motivasjon

Helsepersonellkommisjonen har utarbeidet et kunnskapsgrunnlag som foreslår tiltak for å utdanne, rekruttere og beholde kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenesten (NOU 2023:4). Kompetanseutvikling skal bidra til kvalitet og pasientsikkerhet. Den fører samtidig til bedre organisering og samarbeid i tjenestene, innovasjon, bedre arbeidsmiljø, faglig utvikling, motivasjon og trivsel på arbeidsplassen (NOU 2023:4, s. 226–227). Kompetanseplanlegging er avgjørende for at helse- og omsorgstjenestene skal klare å oppfylle sitt samfunnsoppdrag. Helsepersonellkommisjonen mener derfor at lederes ansvar for ansattes individuelle kompetanse og mulighet for kompetanseutvikling bør vektlegges tydeligere. Det samme gjelder ansvaret for å sette sammen team bestående av personell som utfyller hverandres kompetanse (NOU 2023:4, s. 231).

3.0 Metode

Dette kapitlet redegjør for valg av metode og forskningsdesign. Vi beskriver prosessen med gjennomføring av intervju og hvordan dataanalysen ble utført.

3.1 Vitenskapelig perspektiv

Hensikten med denne studien var å belyse hvordan nyutdannede intensivsykepleiere opplever sin nye arbeidshverdag og finne faktorer som påvirker opplevelsen av trygghet og mestring. Det var naturlig å bruke en kvalitativ, fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming med bakgrunn i studiens hensikt.

Kvalitativ metode har røtter fra fenomenologisk og hermeneutisk vitenskapsteori (Thomassen, 2021, s. 103; Thomassen, 2021, s. 178). Fenomenologi er læren om det som viser seg eller kommer til syne. Man søker kunnskap om verden slik den erfares for subjektet (Thornquist, 2018, s. 83). En fenomenologisk tilnærming beskriver enkeltfenomener, for deretter å finne fellesnevnerne som utgjør det allmenne fenomenet (Kvale & Brinkman, 2017, s. 45; Thomassen, 2021, s. 115).

Fenomenologiske undersøkelser setter forskerens forforståelse i parentes og søker å møte et fenomen med et åpent sinn (Thomassen, 2021, s. 114-115). Dette skiller seg fra den hermeneutiske tradisjonen som har sin bakgrunn i tekstfortolkning. Den har senere blitt utviklet til gjelde fortolkning og forståelse i alle former for menneskelig kommunikasjon (Thomassen, 2021, s. 164-165). Filosofen Gadamer (1900-2002), kjent som hermeneutikkens fremste fornyer, la vekt på at forforståelsen er en forutsetning for å kunne gi mening til det vi erfarer (Thomassen, 2021, s. 169). Det er ikke mulig å kvitte seg med den. Likevel hevder han at det er mulig å utvide eller endre sin egen forståelseshorison. Han omhandler det å forstå som en hendelse. Når man forstår noe, går man utover de oppfatningene man har, og innser noe annet enn det man visste fra før (Thomassen, 2021, s. 170). En hermeneutisk tilnærming stiller krav om at vi reflekterer over, tydeliggjør og tar i bruk vår forforståelse. Dette gjelder både i utviklingen av forskningsdesign og i fortolkningen av data (Thomassen, 2021, s. 178).

Det hermeneutiske tolkningsarbeidet har som mål å avdekke ulike meningsdimensjoner knyttet til for eksempel handlinger og tekster (Gilje, 2021, s. 189). Et viktig hermeneutisk prinsipp; “den hermeneutiske sirkelen”, benyttes for å kunne gjøre dette (Gilje, 2021, s. 197). Sirkelen karakteriseres av å tolke delene av en tekst ut ifra helheten, samtidig som helheten forstås ut ifra delene. Det åpnes det for en stadig dypere forståelse av meningen i prosessen hvor vi går til og fra helheten og delene (Thomassen, 2021, s. 171).

3.2 Forskningsdesign

Vi ønsket å utforske subjektive opplevelser og behov hos nyutdannede intensivsykepleiere i studien vår. Det ble derfor benyttet kvalitativ metode som forskningsstrategi. Malterud beskriver metoden på følgende måte; “Kvalitative metoder er forskningsstrategier for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres” (Malterud, 2017, s. 30). Ved bruk av kvalitative metoder søker man kunnskap om menneskers erfaringer og kan finne nyanser av hendelser og adferd. Forståelsen av menneskers handlinger kan på denne måten styrkes (Malterud, 2017, s. 31).

Vi ønsket å gjennomføre intervju av nyutdannede intensivsykepleiere for å få svar på problemstillingen vår. Intervju er godt egnet til å innhente informasjon om hvordan personer opplever og reflekterer over sin situasjon (Thagaard, 2013, s. 12). Studien hadde primært et deskriptivt design, det vil si at vi oppfordret informantene til å beskrive det de opplevde, følte og hvordan de handlet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 47). Studien hadde også et eksplorativt formål med tanke på at vi ønsket å kartlegge ulike områder og søkte ny informasjon og nye innfallsvinkler (Kvale & Brinkman, 2017, s. 141).

Det ble diskutert hvorvidt vi skulle velge fokusgruppeintervju eller individuelle intervju. Vi så for oss at det ville være utfordrende å samle flere nyutdannede intensivsykepleiere ved samme avdeling til å delta på fokusgruppeintervju på grunn av tidspress i avdelingen. De som passet inklusjonskriteriene, var også spredt utover ulike vakter. Individuelle intervju ville trolig være lettere å gjennomføre. Individuelle intervju kan også få frem perspektiver og fortellinger som krever mer tid og rom enn det man har mulighet til i et gruppeintervju (Malterud, 2017, s. 133).

3.3 Forforståelse

Hermeneutisk vitenskapsteori legger stor vekt på forskerens forforståelse i tolkningen av data. Filosofen Gadamer beskriver den med at alle bærer med seg historiske og individuelle forutsetninger og erfaringer. Deler av dette tas bevisst eller ubevisst med inn i tolkningsarbeidet (Malterud, 2017, s. 44). Vi gjorde oss noen refleksjoner rundt vår egen forforståelse med bakgrunn i den hermeneutiske tilnærmingen til studien. Vi hadde våre egne erfaringer og opplevelser som ansatte i den aktuelle intensivavdelingen. Det var bratt og krevende å være ny i en spesialavdeling med avansert utstyr og komplekse pasienter. Det er ikke til å se bort ifra at vi hadde våre egne oppfatninger om hvordan den første tiden som nyutdannet intensivsykepleier kan utformes til det beste. Forforståelsen kan derfor ha påvirket hva vi satte søkelys på, hvordan vi valgte å formulere spørsmålene og hvordan vi tolket dataene (Malterud, 2017, s. 44). Vi forsøkte likevel å legge forforståelsen litt til side og være åpen for at våre oppfatninger kunne endres. Vi hadde blant annet en forventning om å finne noe fra den første tiden som intensivsykepleier som har innvirkning på hvor lenge man blir værende i yrket. Dette var imidlertid lite framtrædende og vår forforståelse eller foroppfatninger ble utfordret.

3.4 Kontekst

Alle informantene hadde tatt en mastergrad i intensivsykepleie. De var ansatt på samme intensivavdeling ved et større sykehus og hadde hatt praksis på denne avdelingen under studiet. Avdelingen har over 100 ansatte som rullerer mellom arbeid på generell intensiv og to postoperative avdelinger. Generell intensivavdeling tar imot traumer, kirurgiske pasienter, samt medisinske pasienter som blir behandlet på respirator eller har beredskap for slik behandling. Informantenes alder faller inn under betegnelsen unge voksne. Majoriteten av informantene var kvinner, men begge kjønn var representert. De fleste hadde ikke vært ansatt i avdelingen før studiestart. De hadde erfaring fra sengepost, andre sykehusavdelinger eller sykehjem og kunne betraktes som noviser eller avanserte nybegynnere innenfor et nytt fagfelt (Benner, 1995, s. 35-36). Intervjuene foregikk på et av tre ulike rom knyttet til avdelingen.

Noen av spørsmålene i intervjuguiden hadde som hensikt å beskrive informantenes kontekst og gir ikke direkte svar på problemstillingen vår. Vi har derfor valgt å beskrive dem i dette

kapittelet. Dette var spørsmål som gikk på motivasjon og forventninger før og etter studiet, og om de tror den første tiden påvirker hvor lenge man blir værende. Her var det enighet om at motivasjonen for å bli intensivsykepleier var et ønske om faglig påfyll og arbeid med akutt og kritisk syke. Muligheten for å utføre en mer helhetlig én-til-én sykepleie ble også sett på som en motivator. Det var for noen likevel litt tilfeldig at de landet på spesialisering i intensivsykepleie. Informantene var delte på om ansvar og oppgaver sto til forventningene og det gav oss et inntrykk av at noen var mer forberedt på hva de gikk til enn andre. Det første halve året hadde vært spesielt krevende for noen og flere hadde gått med tanker om at de ønsket å finne en annen jobb. De begrunnet det med en opplevelse av lite mestring og belastende pasientsituasjoner. Men etter å ha fått det litt på avstand opplevde informantene trivsel på jobb og mange pekte på at arbeidet var veldig givende. De fleste ønsket og så for seg å bli værende i lengre tid. De som likevel hadde gjort seg opp andre tanker omkring dette, pekte på organisatoriske forhold, å måtte stå i en tung vaktbelastning over tid, eller å måtte kombinere det med familie. Hovedandelen mente at det ikke var den første tiden som nyutdannet som påvirker hvor lenge de blir værende, men at det var andre forhold som påvirket dette.

3.5 Metode for innsamling av data

3.5.1 Semistrukturerte individuelle intervju

Vi valgte å benytte semi-strukturerte intervju hvor temaene og spørsmålene er fastlagt på forhånd, men rekkefølgen kan endres underveis. Dette gjør at man lettere kan følge svarene som gis og de historiene informanten forteller (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 156). Intervjuspørsmålene ble utarbeidet med bakgrunn i studiens problemstilling, bakgrunn for valg av tema, tidligere forskning og teoretisk rammeverk. Vi hentet også inspirasjon fra en intervjuguide i en tidligere masteroppgave som omhandler sykepleieres opplevelser av å være nyansatt i en sykehusavdeling. Noen av spørsmålene, spesielt omkring tema stress og mestring, opplevde vi som relevante også for vår studie (Kalsvik 2017: 75).

Vi delte intervjuguiden inn i fem ulike kategorier; innledende spørsmål, trygghet, mestring, kompetanseutvikling og avsluttende spørsmål (se vedlegg 2). Innledende spørsmål handlet om informantens tidligere erfaring og hvorfor vedkommende ønsket å utdanne seg til intensivsykepleier. Disse spørsmålene bidro til å beskrive studiens kontekst. Under kategorien

trygghet stilte vi spørsmål om forhold ved arbeidsmiljø og opplevelsen av sosial støtte. Spørsmålene tar utgangspunkt i Edmondson (2019) sin forskning om hva som kjennetegner et arbeidsmiljø med stor grad av psykologisk trygghet. Spørsmålene hang også sammen med funn fra tidligere forskning som sier noe om betydningen av et støttende arbeidsmiljø (Innes & Caleja, 2018). Spørsmålene under kategorien mestring tok utgangspunkt i Lazarus og Folkman (1984) sin mestringsmodell og begrepene stress, mestring og mestringsstrategier. Spørsmålene under kategorien kompetanseutvikling hang sammen med Benner (1995) sin teori om sykepleierens utvikling fra novise til ekspert. De dekket også funn fra tidligere forskning som omhandler behovet for en veileder/ressursperson og opplæring/orienteringsprogrammer (Innes & Caleja, 2018, Crilly et al., 2019). Avsluttende spørsmål hang sammen med bakgrunn for valg av tema.

3.5.2 Utvalg

Det er ingen klar fasit på hvor mange informanter man bør ha i kvalitativ forskning. Utvalget skal baseres på prinsippet om å oppnå saturasjon i data. Man samler data til det punkt hvor man ikke lenger oppnår noe ny informasjon og videre innsamling av data blir overflødig (Polit & Beck, 2017, s. 497) Selv om det ikke er noen eksakt fasit, valgte vi å følge retningslinjene fra universitetet, om seks til åtte informanter ved individuelle intervju (Universitetet i Stavanger, 2023, s. 12).

Inklusjonskriteriene våre ble satt med tanke på å rekruttere informanter som kunne belyse problemstillingen på en god måte. Dette mente vi i utgangspunktet var intensivsykepleiere som hadde arbeidet 1-2 år på en intensivavdeling etter sin videreutdanning. Det var viktig at de hadde den første tiden som nyutdannet nært i minne, samtidig som vi ønsket at de hadde opparbeidet seg noen erfaringer og refleksjoner rundt sin arbeidshverdag. Vi ønsket at det første året var overstått, slik at vi kunne få et mer nyansert bilde av den første tiden. Inklusjonskriteriene måtte utvides til 2,5 år for å få tak i nok informanter. Vi vurderte også å sette noen kriterier omkring tidligere erfaring med arbeid på en intensivavdeling. Intensivsykepleiere uten slik erfaring kunne kanskje best belyse opplevelsen av å være på novisestadiet innenfor et nytt fagfelt. Samtidig kunne det å ekskludere tidligere erfaring fra intensivavdeling føre til at vi mistet verdifulle refleksjoner og perspektiver. Vi valgte til slutt å

ikke sette noen kriterier omkring tidligere erfaring, da det var et begrenset antall informanter på det tidspunktet datainnsamlingen skulle foregå.

Vi ønsket ikke å påvirke utvalget utover de gitte inklusjonskriteriene våre og hadde derfor planer om å la avdelingsleder tilfeldig plukke ut kandidater for oss. Dette var viktig med tanke på at vi er kollegaer og kjente til kandidatene fra de ulike kullene. Det viste seg at kun åtte stykker passet inklusjonskriteriene våre, da flere var i permisjon eller fraværende av andre årsaker. Det var derfor ikke behov for å la rekrutteringen gå via avdelingsleder. Utvalget hadde blitt det samme om avdelingsleder skulle gjort det for oss. Vi valgte å henvende oss til alle de åtte som passet inklusjonskriteriene, da seks til åtte informanter var antallet vi var ute etter. Slik fikk vi også litt å gå på dersom noen takket nei til å være med. Vi tok kontakt med informantene via SMS og fikk vi positivt svar fra syv intensivsykepleiere hvor begge kjønn var representert. Vi opplevde å få en god informasjonsstyrke med disse syv informantene.

3.5.3 Intervjuprosessen

Noen dager før vi startet intervjurunden gjennomførte vi et pilotintervju på to medstudenter. Her fikk vi testet lydopptakeren, flyten i intervjuet og om spørsmålene ble oppfattet riktig. Vi opplevde dette som nyttig og gjorde noen små justeringer på intervjuguiden i etterkant. Vi la til noen hjelpespørsmål og utelot ett par spørsmål som ikke opplevdes hensiktsmessige likevel. De syv individuelle intervjuene ble gjennomført i løpet av november og desember 2023. De ble utført i arbeidstiden etter avtale med avdelingsledelsen. På grunn av mange intervju hvor hvert intervju tok fra 40–60 minutter, valgte vi å dele oss opp å ta tre og fire intervju hver. For å redusere det asymmetriske maktforholdet mellom forskeren og den som intervjuer, valgte vi å være én i stedet for to intervjuere (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 51). Vi var opptatt av at det kunne være lettere å komme med åpne og ærlige svar med en-til-en-intervju.

Underveis i intervjuene var vi bevisste på å la informanten snakke uten avbrytelser. Vi tillot tenkepauser og forsøkte å være åpne for nye sider informanten tok opp (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 196). Dersom noe var uklart, stilte vi oppklarende spørsmål som; “forstår jeg deg riktig når du sier at ...” (Drageset & Ellingsen, 2010). Vi avsluttet intervjuene med å spørre om informanten hadde noe mer han eller hun ville si. Det ga informanten mulighet til å ta opp

temaer vedkommende hadde tenkt på underveis, men som ikke hadde blitt spurt om (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 161).

3.5.4 Informasjonsstyrke

Det er viktig at antall intervjupersoner verken blir for lite, eller for stort i kvalitative studier. Et lite antall informanter gjør det vanskelig å generalisere. Er det for mange informanter, blir det gjerne for tidkrevende å gjøre en dyptgående analyse (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 148). Vi opplevde å sitte på mye data når vi hadde gjennomført seks intervju. Informasjonsstyrken opplevdes da som tilfredsstillende, det vil si at vi hadde tilstrekkelige og rike data til at problemstillingen kunne belyses fra ulike sider (Malterud, 2017, s. 58). For å få et mer representativt utvalg med tanke på kjønnsfordeling, valgte vi likevel å gjennomføre et intervju til. Etter dette intervjuet satte vi punktum.

3.6 Analyse

3.6.1 Metode for kvalitativ innholdsanalyse

Dataanalysen vår har en induktiv tilnærming som innebærer at kunnskap fra det spesielle og enkeltstående tilfellet blir brukt til å si noe om det generelle (Malterud, 2003, s. 172). Vi valgte å bruke innholdsanalyse som metode. Kvalitativ innholdsanalyse setter søkelys på tolkning av tekster på ulike nivå og er anvendbar innen flere forskningsområder. Man prøver å beskrive variasjoner i innsamlet data gjennom å identifisere både likheter og ulikheter i materialet (Lundman & Graneheim, 2017, s. 187-189).

Teksten blir først brutt ned i meningsbærende enheter. Dette er ord eller setninger som hører sammen og kan relateres til hverandre gjennom sitt innhold eller sin sammenheng. Meningsenhetene kondenseres deretter gjennom forkortelser der meningsinnholdet blir bevart. Neste trinn i analysen er abstraksjon. Her blir meningsinnholdet løftet til et høyere logisk nivå ved å danne koder. Koder kan bidra til ny forståelse ved å se datamateriale i en ny sammenheng. Koder med likt eller lignende innhold danner kategorier som beskriver det manifeste meningsinnholdet. Det manifeste meningsinnholdet er det synlige og åpenbare innholdet i datamateriale. Et eventuelt latent meningsinnhold kan hentes frem til sist i analysen. Dette er

en underliggende mening som må hentes frem via tolkning av datamateriale, og som kan bindes sammen til tema. Ett tema er en rød tråd av mening som går igjen i flere kategorier (Lundman & Graneheim, 2017, s. 189-191).

3.6.2 Analyseprosessen

De transkriberte intervjuene ble lest gjennom flere ganger hver for oss før vi dannet oss et førsteinntrykk av datamaterialet som en helhet. Hvert intervju ble deretter delt inn i meningsbærende enheter. Meningsenhetene ble kondensert og deretter abstrahert til koder. Prosessen med å finne meningsenheter, kondenserte meningsenheter og koder, gjorde vi hver for oss. Deretter gikk vi gjennom intervjuene sammen for å diskutere og samkjøre kodene. Dette ble gjort for å kvalitetssikre at vi hadde fått med oss alle meningsenhetene. Vi gikk mye frem og tilbake mellom meningsbærende enheter og koder i denne prosessen for å være sikker på at kodene beskrev meningsinnholdet. Det kunne være utfordrerne å finne riktig størrelse på de meningsbærende enhetene. Noen ble veldig lange og ved å se på de på nytt, delte vi de opp mindre meningsbærende enheter for å bevare innholdet (Lundman & Graneheim, 2017, s. 190).

Tabell 1: Eksempel på meningsenheter, kondenserte meningsenheter og koder:

Meningsenheter	Kondenserte meningsenheter	Koder
Jeg følte at jeg hadde støtte i kollegaer, altså ledelsen og, men jeg hadde ikke så veldig mye med dem å gjøre sånn sett. Det var jo helst kollegaene mine som jeg følte jeg kunne spørre om hva som helst.	Jeg hadde støtte i kollegaer, jeg kunne spørre om hva som helst. Jeg fikk støtte fra ledelsen også, men hadde ikke så mye med dem å gjøre.	Opplevde støtte fra ledelsen, men først og fremst kollegaer.
Ja, det har jo stor betydning at du kan snakke med folk og spørre om ting. At det er en åpenhetskultur. Det er jo viktig for å føle seg trygg.	Det har stor betydning at det er en åpenhetskultur. Det er viktig for å føle seg trygg.	Åpenhetskultur er viktig for å føle seg trygg.
Jeg føler alle vil svare på ting og jeg opplevde det jo trygt at ikke alle kunne svare på alt heller. At selv om du hadde vært her veldig lenge så kan du på en måte ikke alt.	Alle kan ikke svare på alt, selv om de har vært her lenge. Det oppleves trygt at du ikke er alene om det.	Betryggende at erfarne ikke kan alt de heller.

Vi endte opp med totalt 486 meningsbærende enheter og koder etter å ha gått gjennom alle intervjuene. Dette var en stor mengde data å håndtere. Mange av kodene var imidlertid like eller

hadde likt innhold, noe som gjorde datamengden mer håndterbar i den videre analysen. Vi fortsatte likevel å være veldig systematiske i frykt for å utelate data underveis i prosessen.

Like og lignende koder ble først sortert i 37 subkategorier. Da hadde intervjuene blitt kategorisert hver for seg, for deretter å se alle i sammenheng. Prosessen ble gjort hver for oss, deretter sammen.

Tabell 2: Eksempel på prosessen fra kondenserte meningsenheter til kategorier.

Kondensert meningsenhet	Koder	Subkategori	Kategori	Hovedkategori
Jeg prøver å holde meg oppdatert, men må bruke litt av fritiden min på det	Må bruke fritiden til å lese	Tid til forberedelse	Å få tildelt nok ressurser	Å tilrettelegge for mestring og bruk av egne mestringsressurser
Det burde blitt satt av flere studiedager. Som nyutdannet er man gjerne stresset på jobb og sliten når man kommer hjem. Man har ikke energi til å lese hjemme og heller ikke tid på jobb	For få studiedager			
Det er ikke bra å bli plassert på enerom som nyutdannet. Terskelen for å ringe på er høy	Høy terskel for å ringe på	Være på dobbeltrom		
Når man er ny bør man ha en trygg person ved siden av seg som man kan spørre. Man bør plasseres på samme rom som en erfaren	Å bli plassert på dobbeltrom med en erfaren sykepleier			

Tabell 3: Fra subkategorier til hovedkategorier

Subkategorier	Kategorier	Hovedkategorier
Å bli sett og hørt	Å oppleve et støttende arbeidsmiljø	Å bli sett og anerkjent som ny
Vennlige og tilgjengelige ledere		
Stor ledergruppe		
Trygt å spørre		
Kollegaer som ikke kjenner deg		
Høy terskel for å korrigere andre		
Legene anerkjenner at du er ny		
Stor kollegagruppe	Å få utnevnt en kontaktperson	Å tilrettelegge for mestring og bruk av egne mestringsressurser
Selvstendig arbeid		
En person som ser fremdrift		
Ansvarshavende blir kontaktperson		
Høye krav til seg selv	Å avklare forventninger og krav	
Usagte krav		
Sprikende forventninger		
Tid til å bli trygg	Å få mengdetrening, kontinuitet og forutsigbarhet	Å tilrettelegge for mestring og bruk av egne mestringsressurser
Opparbeide selvtillit		
Oppleve tilhørighet		
Være mentalt forberedt		
Vente med rullering		
Tilgjengelige kollegaer	Å få tildelt nok ressurser	
Få tildelt en assistent		
Være på dobbeltrom		
Gjennomgang av nytt utstyr		
Avlastning		
Tid til forberedelse		
Prioritere, klargjøre og delegere	Å ta i bruk egne ressurser	
Være ydmyk og lære av feil		
Ta en dag av gangen		
Akseptere at faget er stressende		
Tydeliggjøre egne behov		
Nok utfordringer	Å få et opplæringsprogram tilpasset den enkelte	
Rett fra praksis til jobb		
Kvalitetssjekk før oppstart		
Ansvar for egen læring		
Sjekkliste for å følge egen utvikling		
Undervisning, opplæring og simulering		
Oppfølgingssamtale		

Innholdet i en kategori skal skille seg fra innholdet i en annen kategori (Lundman & Graneheim, 2017, s. 191). Denne prosessen var utfordrende i starten, da vi opplevde at mange koder kunne passe inn i flere kategorier. Det dannet seg etter hvert et klarere bilde og subkategoriene ble slått sammen til syv kategorier.

Ingen koder som svarer på problemstillingen eller hensikten med studien skal utelates (Lundman & Graneheim, 2017, s. 191). Noen av spørsmålene i intervjuguiden hadde som hensikt å beskrive informantenes kontekst. Vi valgte likevel å lage meningsbærende enheter, kondenserte enheter og koder av dette datamaterialet også for ikke å utelukke funn. Kodene for disse spørsmålene som gikk på motivasjon og forventninger før og etter studiet, og om de trodde den første tiden påvirket hvor lenge man ble værende, er ikke tatt med i den videre analysen og presentasjon av funn. Funnene er imidlertid oppsummert og presentert i underkapittelet om kontekst.

Analysen var en prosess hvor vi hele tiden gikk frem og tilbake mellom deler av og helheten i de innsamlede dataene. Prinsippene i “den hermeneutiske sirkelen” ble derfor anvendt i stor grad (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 237). Vi så at de syv kategoriene vi fant kunne knyttes sammen til to hovedkategorier. Deretter undersøkte vi om vi kunne finne et underliggende eller latent budskap i kategoriene som kunne bindes sammen til tema. Vi fant ikke tema og valgte derfor å bruke det manifeste meningsinnholdet i form av syv kategorier og to hovedkategorier.

3.7 Metodiske betraktninger

Troverdighet er et overordnet begrep i kvalitativ forskning. Begrepet omfatter hele studien og innebærer en vurdering av gyldighet, pålitelighet og overførbarhet (Drageset & Ellingsen, 2010). Hensikten med forskning er å bringe frem ny kunnskap. Det er imidlertid rom for ulike tolkninger i kvalitativ forskning og forskerne sin forforståelse kan prege analysen av datamaterialet (Lundman & Graneheim, 2017, s. 196). Vi har derfor beskrevet forforståelsen vår i et eget kapittel. Her prøver vi å tydeliggjøre hvordan denne kan påvirke resultatene vi har kommet frem til.

3.7.1 Gyldighet

Gyldighet handler om at forskerne har undersøkt det som var hensikten (Drageset & Ellingsen, 2010). Vi har igjennom hele analyseprosessen gått frem og tilbake mellom rasjonale for studien, problemstilling, forskningsspørsmål og det datamaterialet som ble samlet inn. Studien vår hadde opprinnelig tre forskningsspørsmål. Vi så etter hvert at to av disse var for spisset. Spørsmålene i intervjuguiden ga bredere funn og favnet om flere aspekt. Vi slo derfor tre forskningsspørsmål sammen til to og endret litt på ordlyden. Endringene som er gjort er dokumentert i vedlegg 3.

Gyldighet handler også om å få frem det som er karakteristisk eller representativt (Lundman & Granheim, 2017, s. 197). Gyldigheten i et kvalitativt intervju kan styrkes ved at forskeren undersøker om egen forståelse stemmer med den forståelsen informantene har (Drageset & Ellingsen, 2010). Vi prøvde å fokusere på dette underveis i intervjuene ved å stille oppklarende spørsmål. Det var imidlertid begrenset tid til å gjennomføre intervjuene og intervjuguiden hadde mange og omfattende spørsmål. Vi ser i etterkant at det nok kunne vært stilt flere spørsmål underveis for å sikre en felles forståelse av det informantene formidlet (Drageset & Ellingsen, 2010).

Ingen av oss hadde erfaring med individuelle intervju fra tidligere. Vi har derfor reflektert rundt det om vi klarte å etablere en tillitsfull atmosfære. En tillitsfull atmosfære kan bidra til at informantene gir rikere og mer utfyllende svar (Thagaard, 2018, s. 105). Vi er oppmerksomme på at vår kompetanse og egnethet i intervjusammenheng kan ha påvirket det datamaterialet som kom frem (Drageset & Ellingsen, 2010).

Forskervalidering er med å styrke gyldigheten i en studie (Drageset & Ellingen, 2010). Vi har styrket gyldigheten ved å gjøre stegene i analysen uavhengig av hverandre, før vi gjorde dem sammen. Vi har også presentert deler av analysematerialet for veileder for å kunne diskutere og få innspill til de kategoriene vi kom frem til. Kategoriene er også presentert på et masterseminar for medstudenter og veiledere. Her ble det en felles diskusjon rundt hovedkategorier og i felleskap forsøkt å finne eventuelle tema. Det at flere har sett på deler av analyseprosessen og

datamaterialet vårt kan ha gitt et rikere perspektiv og fått frem flere nyanser av ny kunnskap (Malterud, 2003, s. 181).

3.7.2 Pålitelighet

Kontekst er beskrevet i et eget kapittel. Det å redegjøre for kontekst er med å styrke påliteligheten i studien (Drageset & Ellingsen, 2010). Det samme gjelder beskrivelse av utvalg og informasjonsstyrke som også er redegjort for i egne kapitler (Nortvedt et al., 2021, s. 86). Pålitelighet handler også om å være nøyaktig og konsistent (Drageset & Ellingsen, 2010). Lydkvaliteten på opptakene av intervjuene var gode, noe som gjorde det lettere å transkribere intervjuene nøyaktig og konsist. Vi transkriberte ordrett det informantene sa med et muntlig språk. Vi noterte også ned pauser og eventuelle reaksjoner som for eksempel latter. Det at vi gjennomførte tre og fire intervjuer hver kan ha medført at informantene fikk ulike oppfølgingsspørsmål. Dette kan ha gitt ulike data sammenlignet med om bare en av oss hadde utført alle intervjuene. Samtidig kan dette ha bidratt til en større variasjon og et rikere innhold i innsamlet datamateriale (Lundman & Granheim, 2017, s. 198). Vi har styrket påliteligheten ved å tydeliggjøre fremgangsmåten vår under hele studiet. Vi har beskrevet hva som er gjort og hvorfor det er gjort. Presentasjon av funn er underbygget ved å bruke utdrag fra dataene i form av sitater fra intervjuene (Nortvedt et al., 2021, s. 86).

3.7.3 Overførbarhet

Resultatene er overførbare dersom de er relevante og kan anvendes utover det utvalget og den konteksten som omhandler studien vår (Drageset & Ellingsen, 2010). Intensivavdelingen hvor studien ble utført skiller seg fra en del andre sykehus på grunn av rullering mellom generell intensiv og postoperative avdelinger. Enkelte funn vil dermed ikke være overførbare til sykehus med en annen organisering. Alle informantene våre hadde praksis i den avdelingen de senere ble ansatt i. Dette kan ha påvirket behovet for opplæring den første tiden, da utdannelsen er veldig rettet mot akkurat denne avdelingen og dette sykehuset. Enkelte funn kan derfor ikke være overførbare til sykehus hvor nyutdannede intensivsykepleiere ikke har vært i avdelingen gjennom praksis. Flere av informantene hadde også noen års bindingstid til sykehuset etter at de var ferdig utdannet. Dette kan ha påvirket motivasjonen for å mestre utfordringer som nyutdannet. Informantene visste at de skulle være i avdelingen over tid. Enkelte funn kan derfor ikke overføres til avdelinger hvor nyutdannede står uten bindingstid.

3.8 Forskningsetiske betraktninger

3.8.1 Lovverk, etiske retningslinjer og nødvendige tillatelser

Forskning som utføres innenfor medisin og helsefag er omfattet av Helseforskningsloven. Der er det oppgitt krav til organisering og utøvelse av forskningsarbeidet. Forskningen skal være forsvarlig med hensyn til deltakernes velferd og integritet. Forskeren må tilse at ingen andre får innsyn i personopplysninger. Kommersiell utnyttelse av forskningsdeltakere er forbudt (Helseforskningsloven, 2008, § 5-8). Sykepleieforskning skal baseres på de grunnleggende etiske prinsippene om autonomi, om å gjøre godt, om å ikke skade og om rettferdighet (Sykepleiernes samarbeid i Norden, 2003, s. 8). Retningslinjene begrunner viktige forskningsetiske prinsipper som informert samtykke, frivillighet og anonymisering (Slettebø, 2021, s. 246).

Det ble utarbeidet et samtykkeskjema med informasjon om studien (se vedlegg 4). Vi benyttet Sikt, kunnskapssektoren sin tjenesteleverandør, sin mal for informasjonsskriv for å sikre at nødvendig informasjon ble gitt (Sikt, u.å.). Informasjonsskrivet ble sendt informantene i forkant av intervjuene og ga informasjon om bakgrunn og hensikt med studien. Det kom også tydelig frem at det var frivillig å delta og at informantene når som helst kunne trekke seg uten å oppgi noen grunn. Informasjonen ble også gått gjennom muntlig sammen med informanten i forkant av intervjuet. Samtykkeskjemaet ble signert før selve intervjuet startet.

Sikt vurderte behandling av personopplysninger til å være i samsvar med personvernregelverket før studien startet (vedlegg 5). Det ble innhentet samtykke fra avdelingsleder ved den aktuelle intensivavdelingen etter vurdering og godkjenning fra Sikt. Til sist ble forskningsavdelingen ved det aktuelle sykehuset kontaktet, og vi fikk samtykke til å gjennomføre studien.

3.8.2 Personvern og anonymisering

Det ble gjort lydopptak av intervjuene ved hjelp av Diktafon app som sender lydfilen til lagring i Nettskjema (Universitetet i Oslo, u.å.). Transkribering ble utført manuelt av den som foretok

intervjuet kort tid etterpå. Ingen andre enn vi som gjennomførte intervjuene har hatt tilgang til transkriberingen.

Vi hadde ikke samkjørt oss på forhånd med tanke på språket i transkriberingen, derfor ble tre av intervjuene transkribert på bokmål og fire på dialekt. Vi benyttet bokmål i den videre behandlingen av dataene for å ivareta anonymiteten til informantene. Et muntlig språk, uavhengig av bokmål eller dialekt, kan også være gjenkjennbart dersom det er gjengitt ordrett. Vi har derfor benyttet et omskrevet skriftlig språk når vi beskriver funn ved hjelp av sitater i resultatdelen (Malterud, 2003, s. 78-79). Vi har heller ikke brukt sitater fra gjenkjennbare situasjoner av hensyn til personvern og anonymitet (Malterud, 2003, s. 203).

Hver informant fikk en bokstav for å ivareta anonymiteten. Denne bokstaven knyttet transkribert data til informanten. Vi brukte en koblingsnøkkel mellom informantens bokstav og navn. Koblingsnøkkelen ble oppbevart innelåst og separat fra forskningsdataene. Alt datamateriale som inneholder personopplysninger, har blitt lagret og behandlet etter Universitetet i Stavanger sine retningslinjer for sikker lagring (Universitetet i Stavanger, 2024). Forskningsdata vil bli slettet ved prosjektets slutt.

3.9 Metodekritikk

Vi har hatt stor respekt med hensyn til å forvalte den tilliten informantene har gitt oss ved å delta i studien. Informantene var kollegaene våre og noen av de spørsmålene vi stilte var av slik karakter at de delte personlige opplevelser (Malterud, 2003, s. 199-206). Vi har forsøkt å ivareta anonymisering gjennom hele studien. Informantene kan imidlertid likevel være sårbare med hensyn til gjenkjenning siden utvalget er relativt lite og inklusjonskriteriene er smale. Vi har også hatt fokus på å være respektfulle og lojale mot det informantene har sagt og prøvd å formidle dette videre uten å endre meningsinnholdet. Datamateriale var imidlertid veldig stort og det kunne være vanskelig å velge sitater som fikk frem mangfoldigheten og alle nyansene (Halvorsen & Jerpseth, 2019).

Vi diskuterte hvorvidt vi skulle benytte individuelle intervju eller fokusgruppeintervju i studien vår. En av fordelene med fokusgruppeintervju er at man sparer tid ved å samle inn data fra mange deltakere samtidig. En annen fordel er gruppedynamikken som oppstår når deltakerne stiller spørsmål ved eller reagere på det de andre deltakerne sier. Fokusgruppeintervju kan dermed gi mer utfyllende og rikere data enn ved individuelle intervju (Polit & Beck, 2021, s. 515). Til tross for fordelene ved fokusgruppeintervju, ble det begrensede utvalget avgjørende for at vi heller valgte individuelle intervju. Ved fokusgruppeintervju kan enkelte deltakere også være ukomfortable med å dele meninger eller opplevelser ovenfor andre deltakere i gruppen. Dette kan igjen føre til mindre og mer ufullstendige data enn ved individuelle intervju (Polit & Beck, 2021, s. 515).

Vi valgte å legge til noen innledende og avsluttende spørsmål i intervjuguiden. Disse spørsmålene var med på å beskrive informantenes kontekst. Vi opplevde dem som relevante for å belyse hvordan ulik bakgrunn, erfaring og innstilling gjør at vi har ulikt grunnlag for å kunne håndtere stressende situasjoner og oppleve mestring. Noen av disse spørsmålene glir litt inn i hverandre, og vi ser i ettertid at vi med fordel kunne redusert antall spørsmål. Dette hadde også gjort analysearbeidet mindre krevende.

Kvale & Brinkmann (2017, s. 167) sier at direkte spørsmål bør komme mot slutten av intervjuet, slik at intervjupersonen får komme med egne beskrivelser og dermed vist hvilke sider av fenomenet som er viktig. Vi hadde et åpent spørsmål mot slutten av intervjuet om hvordan den første tiden kan utformes best mulig for den nyutdannede. Spørsmålet burde kommet tidligere, da det heller ble en oppsummering av momenter som allerede var blitt nevnt. Vi kunne generelt hatt flere åpne spørsmål i vår intervjuguide. Flere av spørsmålene kan også oppfattes litt ledende eller direkte. Et eksempel er spørsmålet om den nyutdannede fikk utnevnt en kontaktperson, hvor vi videre spør om det var noe de savnet. Det ligger kanskje en forventning i spørsmålet om at vi er ute etter å finne et konkret forbedringsområde. Vi opplevde likevel at dette med å få utnevnt en kontaktperson var noe informantene tok opp selv, før vi kom til det aktuelle spørsmålet.

4.0 Presentasjon av funn

Dette kapittelet beskriver funn fra datainnsamlingen og den kvalitative innholdsanalysen. Vi endte opp med to hovedkategorier og tre og fire kategorier under hver hovedkategori.

4.1 Å bli sett og anerkjent som ny

4.1.1 Å oppleve et støttende arbeidsmiljø

Alle informantene opplevde å bli godt mottatt i avdelingen etter endt studie og en informant sa at avdelingen gjør mye bra for nyutdannede. Avdelingen bar preg av et støttende arbeidsmiljø, noe som hadde hatt stor betydning for følelsen av trygghet. Det at man er innom intensivavdelingen flere ganger i løpet av studiet, ble sett på som en fordel og gjorde prosessen med å komme inn i miljøet litt lettere. Det var stadig nyansatte i avdelingen og kollegaer var innstilt på å hjelpe og svare på spørsmål. På grunn av mange personligheter i en stor avdeling, oppga noen at enkelte kollegaer var lettere å spørre enn andre, og man lærte seg raskt hvem dette var. Informantene opplevde ledelsen som vennlige og tilgjengelige hvis det skulle være noe, men mange hadde generelt lite med ledelsen å gjøre. Noen mente at ledelsen var flinke til å se deg som enkeltperson, mens andre følte seg mer som en i mengden. Noen oppga at det var utfordrende med en stor ledergruppe. De var usikre på hvem man skulle forholde seg til og hvem som hadde ansvar for hva. Med tiden ble dette likevel klarere for dem.

På spørsmål om det opplevdes trygt å komme med egne meninger, eller å si ifra om ting som kunne vært gjort annerledes, oppga de fleste at de hadde en høy terskel for å korrigere andre. Denne terskelen hadde de hatt i hvilken som helst jobb som nyansatt. Det var heller ikke noe de hadde hatt et uttalt behov for. Den første tiden handlet mest om å bli trygg i den nye rollen som intensivsykepleier. En informant sa at de erfarne intensivsykepleierne ble sett på som en autoritet. De opplevdes likevel vennlige og behjelpelige. Med all den kunnskap og erfaring de satt på, ønsket informantene å strekke seg etter dem og lære av dem.

Et annet moment som ble trukket fram i forhold til arbeidsmiljø, var samarbeidet med legene i avdelingen. Det opplevdes betryggende at de var lett tilgjengelige og enkle å samarbeide med. På grunn av mange ansatte var det likevel ikke alle legene som visste at du var ny. Men om

man fortalte dette tok de seg som regel tid til å forklare ordinasjoner og lignende enda grundigere. Heller ikke alle i den øvrige kollegagruppen visste hvem du var og hvor du sto i forhold til erfaring og kunnskap. Dette opplevdes noe utrygt, og en informant hadde stadig følt behov for å måtte gjenta at vedkommende var ny.

“Jeg har gjentatt til det kjedsommelige at jeg er ny. Jeg kommer til å måtte spørre”.

4.1.2 Å få utnevnt en kontaktperson

De fleste informantene oppga at å få utnevnt en kontaktperson var noe de kunne ønsket seg. Det var kun en informant som hadde fått en kontaktperson, og dette var vedkommende sin tidligere praksisveileder. Informanten opplevde det som et hjelpemiddel til å kunne fortsette vekstkurven fra praksis.

Informantene oppga at å få utnevnt en kontaktperson kunne hjulpet dem med å navigere i en stor avdeling med mange ansatte og ledere. Man hadde hatt noen å henvende seg til og som det opplevdes trygt å spørre. I mangel på en kontaktperson ble det gjerne fra vakt til vakt å finne noen å lene seg på. En informant sa dette gjerne ble ansvarshavende sykepleier i avdelingen. Informantene oppga også at de savnet en kontaktperson som kunne gi konkrete tilbakemeldinger. Det var stor enighet om at både ledere og kollegaer var flinke til å gi ros og positive tilbakemeldinger. Det ble satt pris på og opplevdes motiverende. Noen ganger opplevdes det likevel som lite hold i disse tilbakemeldingene. Det ble begrunnet med at intensivsykepleiere arbeider så selvstendig inne på pasientrommet og mye av arbeidet er litt skjult. Det vil derfor være vanskelig for både ledere og kollegaer å vite hvordan du jobber. En informant uttalte:

“Du står der time etter time og gjør det du selv synes er fornuftig. Det er jo ikke så mange som går rundt og følger med på det du gjør. Jeg tror ikke det er så lett for avdelingen generelt, å følge med på intensivsykepleiere”.

Det ble likevel påpekt at de nyutdannede intensivsykepleierne fikk tilbakemelding dersom det ble oppdaget feil. Det ble satt pris på for de ønsket å lære og forbedre seg. Informantene oppga at en kontaktperson med ekstra ansvar for å følge utviklingen til den nyutdannede intensivsykepleieren, kunne ha trygget dem og hjulpet dem med å nå sine læringsmål. Det beste hadde vært om denne kontaktpersonen gikk samme turnus og ble plassert på samme rom som den nyutdannede, for å kunne ha mulighet til å følge med.

4.1.3 Å avklare forventninger og krav

De fleste informantene hadde høye forventninger til seg selv den første tiden som nyutdannet. En informant som hadde erfaring fra intensivavdelingen fra før, oppga at forventningene opplevdes gjerne enda høyere på grunn av dette. En annen informant beskrev hvordan vedkommende vegret seg for å ta på det nye skiltet med tittelen intensivsykepleier. Det lå så mange forventninger i tittelen som den nyutdannede ikke kunne fylle enda.

“Man har et bilde av hvordan en intensivsykepleiere er, og hvor mye kunnskap de sitter med. Det var et tungt skilt å bære”.

Flere oppga at forventningene gjerne ble justert når de oppdaget at de ikke sto alene i pasientmottak og andre krevende situasjoner. Erfarne kollegaer gjentok også flere ganger at heller ikke de kunne alt og måtte spørre. Det opplevdes betryggende for de fleste og bidro til at den nyutdannede senket kravene til seg selv. En informant opplevde derimot dette annerledes. Å bli fortalt at på denne avdelingen vil man aldri kunne komme over alt, opplevdes heller lite betryggende.

En informant opplevde sprikende forventninger fra kollegaer. I utgangspunktet hadde den nyutdannede en forventning om at det er lov å være ny og å stille spørsmål. Samtidig kunne enkelte kommentarer fra kollegaer gjøre at man ble usikker på om de egentlig forventet mer. Fikk man sånne kommentarer kunne dette føre til at man vegret seg for å spørre om hjelp. De fleste hadde likevel positive opplevelser med det å spørre.

Det ble ikke kommunisert høyt noen spesifikke krav eller forventninger fra ledelsen. Dette ble heller stille formidlet gjennom hvilke pasienter informantene fikk ansvar for. I mangel på konkrete tilbakemeldinger var det også slik informantene opplevde å bli anerkjent. De fikk gradvis ansvar for mer komplekse pasienter og regnet med at ledelsen anså dem som klare for det. En informant kom med forslag om å gi nyutdannede en samtale med ledelsen i starten hvor krav og forventninger ble avklart. Slik kunne man redusert usikkerhet rundt dette.

“Hvis noen kanskje hadde sagt at denne veien skal bli til mens du går, du skal få jobbe deg sakte, men sikkert opp, man har ikke kompetanse på alt dette med en gang, så hadde jeg kanskje vært litt mindre streng med meg selv”.

4.2 Å tilrettelegge for mestring og bruk av egne mestringsressurser

4.2.1 Å få mengdetrening, kontinuitet og forutsigbarhet

Informantene ønsket kontinuitet på en avdeling før de startet rullering mellom generell intensiv og postoperative avdelinger. Flere sa tidlig rullering gjorde dem utrygge. Det tok spesielt lang tid å bli trygg på generell intensiv. Det var mye å sette seg inn i og man burde lære å håndtere den dårlige intensivpasienten før man startet rullering. En informant sa:

“Når du har vært et år på sengepost, så har du jo etablert deg og landet ganske greit, mens når du har vært her ett år, og vært på tre avdelinger, så tar dette veldig lang tid”.

De informantene som hadde fått være på generell intensiv en lang periode sammenhengende opplevde dette som en fordel. Det virket som det var tilfeldig at rulleringen deres startet sent. Noen av informantene som startet rullering tidlig ga beskjed til ledelsen om at de trengte å være lenger på generell intensiv. Det ble gjerne tatt hensyn like etterpå, men beskjeden skled fort ut og måtte gjentas, eller det ble pratet bort ved å si at vedkommende håndterte rulleringen fint. En annen informant opplevde å få kontinuitet på en avdeling ved å si ja til å veilede studenter.

En informant tok opp dette med å oppleve tilhørighet. Tidlig rullering ga opplevelsen av å være på besøk. Man ville gjerne opplevd større tilhørighet ved å kun være på en avdeling og få tildelt et ansvarsområde i en ressursgruppe. Flere opplevde det også stressende å rullere og ønsket mer forutsigbarhet. Man forberedte seg mentalt på hvor man skulle være for så å bli flyttet på kort varsel. Det ble uttrykt forståelse for og tillit til at ledelsen måtte fordele ressursene, men det opplevdes litt hensynsløst og uforutsigbart å bli flyttet.

“For det var litt sånn hver tredje vakt hit og dit, eller du fikk en melding på vei til garderoben”.

Etter at man hadde fått litt mer erfaring var det imidlertid noen som syntes rullering bidro til å gi en variasjon i arbeidet. Andre ønsket fortsatt å kun være på en avdeling.

Flere sa de ønsket mer mengdetrening. Det kunne gå lang tid mellom hver gang man hadde en spesiell pasientgruppe og det tok derfor lang tid å utvikle kompetanse og trygghet. Dette gjaldt spesielt på generell intensivavdeling hvor flere sa det kunne gå lang tid mellom for eksempel ansvar for barn og pasienter med dialyse. Mengdetrening bidro til mestring og en informant foreslo mengdetrening komprimert over tid. Informanten viste forståelse for at dette kunne være vanskelig å få til for enkelte pasientgrupper, men sa det hadde vært interessant å prøve.

“Man er litt skjelven ved mottak av det første barnet, men på det tjuende barnet så er man mer avslappet, man forstår gangen i det”.

Den samme informanten opplevde å ha behov for mengdetrening også på postoperativ avdeling.

“Jeg følte jeg jobbet så mye senere enn det jeg kunne gjort, jeg var ikke inne i rutinene, det var en annen måte å jobbe på”.

4.2.2 Å få tildelt nok ressurser

Flere opplevde at det ble tatt hensyn til at de var nye gjennom fordelingen av arbeidsoppgaver og pasienter. Informantene la stor vekt på at det å ha kollegaer som var tilgjengelige betydde mye. Tilgjengelige kollegaer ga trygghet og bidro til mestring. Det hadde mye å si at du fikk ha noen i bakhånd om du etterspurte det. Kollegaer kunne gi en grunnleggende gjennomgang dersom man stod i nye ting og rask respons ga trygghet i stressende situasjoner.

“Det har vært en trygghet at man kan spørre kollegaer om ting. Man kan informere de som har avdelingen om situasjonen med min pasient, og be dem komme raskt hvis jeg ringer på”.

En informant sa det var en fordel å være på dobbeltrom med en erfaren kollega for da hadde man noen å spørre. Nyutdannede burde ikke være på enerom uten en assistent dedikert til ditt rom og din pasient. Det hadde stor betydning å få en assistent som involverte seg og var til stede. Informanten beskrev spesielt en episode hvor en kollega gjorde seg tilgjengelig og ønsket å bli kjent med den nyutdannede. Kollegaen sa hun husket så godt hvordan det var å være ny. Denne kollegaen ble et eksempel til etterfølgelse for vedkommende.

Informantene hadde ulik opplevelse av om det var nok tilgjengelige ressurser i form av bemanning. En informant sa det var utfordrende at man jobbet mye alene. Det var ikke alltid noen der som kunne hjelpe. Var man på et av isolatene kunne det for eksempel ta lang tid før noen kom når man ringte på alarmen. En annen informant opplevde nok ressurser enten inne på rommet eller i nærheten, spesielt i krevende situasjoner.

“Jeg føler ofte at ressursene flytter på seg dit de trengs. Hvis du står oppe i noe som er veldig hektisk og det er mye som skjer, da kommer det ressurser til deg. Uavhengig av hvem du er egentlig, men kanskje til og med enda mer hvis du er ny”.

Mange mente at det lå på den enkelte å etterspørre det de trengte for å føle seg trygg. Dette gjaldt for eksempel behov for assistanse, oppfølgingsamtaler og debrief. Noen hadde spesielt

høy terskel for å etterspørre debrief og mente at det virket som det ikke var noe system på det. En annen informant mente avdelingen var flinke på det. Det var likevel enighet om at det ble tatt hensyn om man etterspurte debrief eller annen hjelp. I tilfeller hvor det var tydelig at noen sto i en krevende situasjon, ble det også påpekt at ledelsen tok initiativ til samtale.

Flere sa de brukte tid på forberedelser. Det fremmet mestring å holde seg oppdatert og ha prosedyrer lett tilgjengelig. Noen sa det var vanskelig å få tid til å lese. Mangel på tid til å lese seg opp opplevdes demotiverende. En informant sa det kunne være tid til faglig utvikling på nattevakter, men da manglet man gjerne motivasjon.

“At ting skal gjøres på nattevakter er ikke alltid mulig, og motivasjonen til å gjøre det i løpet av natten er heller ikke akkurat den største”.

Flere av informantene sa de måtte bruke fritiden til å lese og ønsket seg flere studiedager.

“Som nyutdannet skulle det vært satt av litt flere studiedager. For som nyutdannet har du gjerne høye skuldre og er veldig stresset og sliten. Så du orker gjerne ikke lese noe når du kommer hjem. Det er travelt på jobb, så du får ikke satt deg inn i ting der heller”.

4.2.3 Å ta i bruk egne ressurser

Informantene hadde ulike forventninger til hvordan den første tiden kom til å bli med tanke på stressbelastninger. Noen hadde et større behov enn andre for å kjenne på trygghet og mestring. De brukte mye krefter i forkant av jobb på å tenke på hva som ventet dem. En informant mente imidlertid at det kunne det være en fordel å ha visse egenskaper i jobben som intensivsykepleier. Man burde trives i litt usikkerhet, være forberedt på å måtte gå ut av komfortsonen og akseptere at intensivfaget er stressende.

Flere av informantene ga eksempler på situasjoner som opplevdes stressende. Dette kunne være ustabile pasienter, nye pasientgrupper og alt det man gjorde for første gang. Flere nevnte spesielt dialysepasienter og det å ta imot og ha ansvar for barn som stressende.

“Det er jo noen perioder i året hvor det er mer barn for eksempel. Jeg kunne kjenne at jeg grudde meg litt til å gå på jobb i de periodene. For jeg visste aldri hva jeg kunne få”.

En av informantene opplevde stressende situasjoner hver vakt den første tiden. Enkelte situasjoner ble en påkjenning som du hadde med deg resten av dagen. Dersom dette hendte på kveldsvakt, kunne det forstyrre nattesøvn. Noen sa det var tungt å stå i pasientsituasjoner som fikk et trist utfall. Da var det viktig å få avbrekk og pusterom. Flere var uforberedt på hva tøffe pasientsituasjoner og pårønderarbeid kostet mentalt og hvor mye man tok med seg hjem. Det var også tøft og uvant å ivareta pasienter og pårørende på sin egen alder.

En av informantene sa det kunne være nyttig å ha noen grunnleggende egenskaper i forhold til stressmestring når man jobber på en intensivavdeling. En situasjon var ikke nødvendigvis stressende, men man kjente på en spenning. Det kunne være en form for positivt stress som ga mestringsfølelse.

“Men igjen så kan det jo være en form for positivt stress, for du føler at du mestrer. Jeg får kjent litt på det, nå får jeg bruk for det jeg ville lære meg, nå er jeg der jeg ville være”.

Flere sa de mestret arbeidsoppgaver alene eller ved hjelp fra andre. Informantene spurte når de var usikre og sa ifra når de opplevde å ikke mestre situasjonen. Noen sa det er en fordel å være rolig i stressende situasjoner, men dette var ikke alltid så lett å få til. Andre mestringsstrategier som ble benyttet var å forberede seg gjennom å tenke gjennom mulige hendelsesforløp i forkant, fokusere på en dag av gangen, være ydmyk ovenfor pasienter, kollegaer og seg selv, delegere, oppsøke noen å prate med eller benytte kollegastøtte. En av informantene mente at å ha blitt

forberedt gjennom praksis i studiet bidro til mestring. En annen oppga at det å bygge videre på det man hadde lært ga mestringsfølelse. Vedkommende hadde opplevd mestring hver dag den første tiden, gjerne også over små ting eller ved å kaste seg ut i nye utfordringer. Noen opplevde mestringsfølelse etter stressende situasjoner som gikk bra og oppga at man gjerne kan mer enn man tror. Det ble også sagt at opplevelsen av et givende arbeid bidro til mestring.

De fleste informantene opplevde å få tilstrekkelig med utfordringer til å utvikle kompetansen sin. De fikk oppgaver som var håndterbare og tilpasset det de mestret. Noen fikk så langt det var mulig enkle og stabile intensivpasienter i starten og sa selv ifra når de var klar for mer komplekse pasienter. Det var mye man ikke var trygg på, men man utviklet seg stadig. Man måtte begynne et sted når man ikke hadde erfaring. Det opplevdes som en utfordrende arbeidsplass siden man måtte forholde seg til flere avdelinger. Det var nok utfordringer og variasjon bare ved å være på generell intensiv. Flere av informantene opplevde at ledelsen tok hensyn dersom noe opplevdes utrygt, samtidig som de ga utfordringer. Dette ble oppgitt som en viktig balansegang, både som nyutdannet og videre. En informant sa at man uansett har en bratt lærekurve som ny. Man ønsket ikke å bli skjermet heller.

“Man har jo ikke lyst til å bli skjermet som ny heller og bare få ansvar for enkle pasienter med high-flow”.

Ikke alle informantene opplevde å få tilstrekkelig med utfordringer og det kunne oppleves demotiverende. En informant med erfaring fra avdelingen før videreutdannelsen ønsket flere utfordringer, men opplevde at studenter og nyansatte ble prioritert. Informanten sa imidlertid at vedkommende, sett i etterkant, kunne vært flinkere til å gi beskjed om det.

“Det var jo spesielt i praksis, så fikk du ofte de mest utfordrende pasientene, for studentene ble jo prioritert. Plutselig er du ikke student lenger og det kommer nye studenter og nyansatte som skal utfordre seg. Det kjenner jeg jo på fortsatt, at jeg av og til skulle ønske jeg fikk litt flere utfordringer”.

Det var varierende oppfatning av når man er klar for veiledningsansvar for studenter og å ha ansvar i avdelingen. En informant satte spørsmålstegn ved om man fikk slike oppgaver fordi man var flink eller fordi avdelingen manglet ressurser. Det ble også satt spørsmålstegn ved at man gjerne får tildelt veiledningsansvar for studenter før man har arbeidet lenge nok til å være med i en ressursgruppe. Informanten syntes det var tidlig å bli spurt om å veilede studenter og kjente behovet for å ha kontroll før vedkommende kunne veilede andre. Fagforståelsen hadde gjerne begynt å komme, men det var vanskelig å forklare det videre. En annen informant sa det var motiverende å veilede studenter fordi det var en måte å drive fagutvikling på.

4.2.4 Å få et opplæringsprogram tilpasset den enkelte

Informantene opplevde å gå rett fra studiet og ut i jobb. De fleste savnet å få en periode med opplæring og veiledning. Man startet med selvstendig ansvar for pasienter med en gang. Dette opplevdes som en forventning siden man hadde hatt praksis i avdelingen.

“Men igjen så tror jeg det er mye fordi vi har hatt praksis her, og mye av utdanningen er rettet mot disse avdelingene”.

En informant sa det kunne være vanskelig å starte som nyutdannet i ferietid når flere av fast personell ikke var til stede. Noen informanter savnet en form for kvalitetssjekk på at de hadde nødvendig kunnskap og kompetanse for å kunne jobbe på generell intensiv. De begrunnet dette med at det gjerne var lenge siden de var der i praksis. Likevel gikk de rett ut i arbeid med selvstendig ansvar for pasienter, uten noen form for opplæring eller oppfriskning av kunnskap. De som nylig hadde vært i praksis på generell intensiv, opplevde gjerne en mer glidende overgang til arbeidet. Kvalitetssjekken hadde allerede blitt utført gjennom bestått praksis.

Alle informantene savnet mer fagutvikling gjennom undervisning, opplæring og simulering, spesielt omkring dialyse, ansvar for barn, håndtering av pårørende, respirator og transport-utstyr.

“En spesiell ting jeg tenker på er vel kanskje transport av intensivpasienter. At det ikke blir sånn at du bare blir kastet ut i det. For det kan jo være veldig skummelt og skulle ta med seg en dårlig intensivpasient ut av avdelingen. Selv om du har med deg en lege, kan det være veldig skummelt”.

Det ble også satt spørsmålsteget ved om mer simulering for nyutdannede kunne redusert stress. Simulering i jobbsammenheng opplevdes nyttig sammen med både erfarne og uerfarne kollegaer. Det ble sagt at nyutdannede burde prioriteres når ressursgrupper ga gjennomgang av utstyr og prosedyrer. En mente det gjerne kunne vært flere fagutviklingssykepleiere på avdelingen. Informanten foreslo å ha en samtale med fagutviklingssykepleier som et tiltak for å kartlegge muligheter for fagutvikling. Faglig utvikling var en stor motivator og informanten savnet et mer aktivt fagmiljø.

“En stor motivator for meg å bli med i intensivmiljøet var den den faglige delen, den faglige utviklingen og det fagmiljøet jeg hadde sett for meg skulle være her. Jeg kan ikke si jeg har vært sånn kjempefornøyd helt enda over hvordan det er i virkeligheten”.

En annen informant sa imidlertid at avdelingen var blitt flinkere på fagutvikling i det siste, blant annet på gjennomgang av transportutstyr.

Informantene savnet en oppfølgingssamtale i løpet av det første halve året. Her kunne man fått konkrete tilbakemeldinger, tatt opp utfordringer og fått fortalt hvordan man hadde det. En av informantene sa at ansvaret for å utforme den første tiden lå hos deg selv. Det var også flere som mente at læring og faglig utvikling var et eget ansvar, men de ønsket hjelp til å strukturere og få fremdrift i utviklingen sin. Det ble foreslått å ta i bruk en form for sjekkliste som viste hva man skulle gjennom og hvor langt man var kommet. Samtidig ble det påpekt at ulik erfaring ga ulike behov. Selv om informantene ønsket en struktur på utviklingen sin var det viktig at denne også ga rom for individuelle behov.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil funn fra dataanalysen bli drøftet i lys av vårt teoretiske rammeverk og tidligere forskning på området.

5.1 Å bli sett og anerkjent som ny

5.1.1 Å oppleve et støttende arbeidsmiljø

Et støttende arbeidsmiljø er en buffer mot stress og har en positiv effekt på arbeidstakeres helse (Karasek & Theorell, s. 69). Informantene i studien vår var enige om at avdelingen bar preg av et støttende arbeidsmiljø og det hadde stor betydning for opplevelsen av trygghet. De hadde behov for å bli sett og anerkjent som nye. Sosial støtte dekker grunnleggende behov som trygghet, kontakt, omsorg og anerkjennelse (Kaufmann et al., 2023, s. 333).

Et støttende arbeidsmiljø bidrar til mer aktive mestringsstrategier og evnen til læring forsterkes. Eksempler på støtte kan være å hjelpe hverandre, dele erfaringer og kunnskap og gi tilbakemeldinger (Kristoffersen, 2021, s. 380). Et arbeidsmiljø preget av sosial støtte bidrar til større motivasjon, jobbengasjement og produktivitet (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 79). Betydningen av et støttende arbeidsmiljø er også fremhevet i forskning som omhandler det å være nyansatt sykepleier i en intensivavdeling. Sosial støtte bidro til et sunt arbeidsmiljø og hadde en positiv effekt på selvtillit og kompetanse i overgangen til arbeid på en intensivavdeling. Sosialisering og det å bli akseptert av kollegaer hadde stor betydning for nyansatte (Innes & Caleja, 2018, s. 64). Det å etablere støttende sosiale relasjoner er omtalt som spesielt viktig i en stor avdeling med mange nyansatte (Stewart, 2021, s. 5).

Et arbeidsmiljø preget av psykologisk trygghet karakteriseres av åpenhet og aksept for å stille spørsmål når man er usikker eller mener noe blir utført på en uheldig måte. Man tør å spørre om hjelp, samt dele bekymringer og informasjon (Edmondson, 2019, s. 15). De fleste informantene våre hadde positive opplevelser med det å spørre. Kollegagruppen bestående av både intensivsykepleiere og leger, var innstilt på å hjelpe og svare på spørsmål. På den andre siden opplevdes det noe utrygt at kollegagruppen var så stor. Det var ikke alle som visste at du var ny eller hvor du sto i forhold til kunnskap og erfaring. Det var også en avdeling med mange ulike

personligheter og noen opplevdes lettere å spørre enn andre. Vi mener dette understreker at kollegaer må være bevisst på hvordan man møter og samhandler med hverandre. Psykologisk trygghet handler ikke om at man alltid skal ha det hyggelig og være enige. Man sier imidlertid ifra på en konstruktiv og respektfull måte som ikke skaper frykt. Forskning viser at frykt svekker prosessering av ny informasjon og hemmer evnen til læring (Edmondson, 2019, s. 14). Studien utført ved en stor intensivavdeling i London har lignende funn. Redsel for å gjøre feil hemmet læring og førte til engstelse hos nyansatte (Stewart, 2021, s. 5).

En informant sa at de erfarne intensivsykepleierne ble sett på som en autoritet. De opplevdes likevel vennlige og behjelpelige. Likedan opplevde flere informanter legene i avdelingen som lette å samarbeide med. Medisin er et område som tradisjonelt har hatt et strengt hierarki (Edmondson, 2019, s. 83). En organisasjon preget av hierarki kan redusere graden av psykologisk trygghet. De med lavest status i hierarkiet opplever ofte minst trygghet og kan kjenne på stress i samhandling med teammedlemmer som har en høyere rang (Edmondson, 2019, s. 14-15). Våre funn viser imidlertid at dette var lite fremtredende. Det understreker at det kan ha skjedd en positiv utvikling den senere tid. Opplevelsen av hierarki er gjerne ikke så markant lenger. Det kan også være kulturelle forskjeller. Mye av forskningen som omhandler psykologisk trygghet i tilknytning til hierarki er for eksempel fra USA.

De fleste oppga at de hadde en høy terskel for å korrigere andre når de fikk spørsmål om det opplevdes trygt å komme med egne meninger, eller å si ifra om ting som kunne vært gjort annerledes. Dette var heller ikke noe de hadde hatt et uttalt behov for. Den første tiden handlet mest om å bli trygg i den nye rollen som intensivsykepleier og utvikle egen kompetanse. Forskning viser en sammenheng mellom selvtillit og psykologisk trygghet. Har man tillit til egne forslag er det lettere å komme med innspill. Det er ikke nødvendigvis sammenheng mellom den enkeltes tillit til egne ideer og hvor verdifullt innspillet kan være for teamet. Et psykologisk trygt arbeidsmiljø kan bidra til å overvinne mangel på selvtillit (Edmondson, 2019, s. 38-39). Vi mener nyutdannede bør oppmuntres til å bidra med meninger, da de sitter på mye fersk og oppdatert kunnskap som kan være nyttig å ta med inn i avdelingen. Selv om man som nyutdannet ikke har så stor selvtillit til egen kunnskap og ferdigheter, har man likevel gjerne mer kompetanse enn man tror. Dette ble også påpekt av en av våre informanter. Arbeidsmiljøloven § 4-3 (1) slår også fast at man skal ha respekt for hverandres kompetanse

når man har ulik faglig bakgrunn, erfaring og verdigrunnlag. Man skal oppleve å strekke til og kunne handle i tråd med det man mener er riktig og forsvarlig (Arbeidstilsynet, u.å.).

Ledere på alle nivå har en spesielt viktig rolle med hensyn til å skape psykologisk trygghet (Edmondson, 2019, s. 22). Ledere kan påvirke arbeidsmiljøet gjennom egen adferd som å innrømme egne feil og ta ansvar for feil i organisasjonen. De kan oppmuntre til åpenhet ved å stille spørsmål og vise ydmykhet i situasjoner hvor de ikke kjenner alle detaljer (Edmondson, 2019, s. 167-170). De kan bidra til psykologisk trygghet ved å respondere respektfullt og konstruktivt når ansatte sier ifra (Edmondson, 2019, s. 173-174).

Flere av informantene sa det var utfordrende med en stor ledergruppe. Man visste ikke alltid hvem man skulle henvende seg til. Noen opplevde å bli sett som enkeltperson, mens andre følte de var en i mengden. Med bakgrunn i Arbeidsmiljøloven § 4-3 (2) sier Arbeidstilsynet (u.å.) at gode sosiale relasjoner med mellomledere og ledere står sentralt for å forebygge helseskader på grunn av stress. Vi forstår imidlertid at det kan være utfordrende for ledere å se den enkelte, spesielt med tanke på dagens høye turnover og den stadige utskiftningen av intensivsykepleiere. Det må også være krevende for de erfarne intensivsykepleierne på avdelingen og møte de mange nyutdannede og nyansattes behov for veiledning og støtte på en god måte. Turnover gir en større belastning på de arbeidstakerne som er igjen (Helsedirektoratet, 2021).

5.1.2 Å få utnevnt en kontaktperson

Informantene mente det ville vært en fordel å få utnevnt en kontaktperson som nyutdannet intensivsykepleier. De ønsket noen som kunne følge utviklingen, gi konkrete tilbakemeldinger og kontrollere at ting ble gjort riktig. Arbeidet på intensivavdeling krever samarbeid i team i mange situasjoner (Ballangrud & Husebø, 2021, s. 157), men informantene våre var tydelig på at de ofte står med en pasient alene og må ta mange selvstendige avgjørelser. Noen av dem hadde også høy terskel for å tilkalle assistanse. Forskning som omhandler overgang til arbeid på en intensivavdeling støtter bredt opp om at en kontaktperson kan lette overgangen, både faglig og sosialt. Å få utdelt en kontaktperson gjør det lettere å spørre om hjelp og har stor innvirkning på den enkeltes opplevelse av støtte generelt (Innes & Caleja, 2018, s. 64 og 71). Denne forskningen gjelder nyutdannede sykepleiere eller sykepleiere uten spesialisering. Vi

forstår at disse vil ha et særskilt behov for en kontaktperson. Likevel tenker vi at dette også kan overføres til å gjelde nyutdannede intensivsykepleiere.

Å få tilbakemeldinger er en form for sosial støtte (Kristoffersen, 2021, s. 380). Positive tilbakemeldinger og det å få ros ble nevnt som en motivator for de nyutdannede intensivsykepleierne i vår studie. Innes og Caleja sier at positive tilbakemeldinger bidrar til selvtillit og påvirker forholdet til både den som gir tilbakemeldinger og forholdet til andre kollegaer positivt (2018, s. 64). Informantene oppga imidlertid at det noen ganger opplevdes som lite hold i rosen de fikk. De savnet mer konkrete tilbakemeldinger. Forskning viser at meningsfull anerkjennelse er et virkemiddel for å holde sykepleiere påkoblet arbeidet sitt. Man kan da redusere risikoen for utbrenthet og omsorgstretthet (Kelly et al., 2021, s.119). Dette understreker viktigheten av at tilbakemeldinger oppleves meningsfulle og at den enkelte opplever å bli sett for det arbeidet de gjør. I en stor avdeling vil en kontaktperson lettere kunne komme med både anerkjennelser og konstruktive tilbakemeldinger.

En informant oppga at ansvarshavende i avdelingen ofte ble kontaktpersonen den enkelte vakten. Dette kan kanskje oppleves tilstrekkelig for noen, spesielt for dem med tidligere erfaring fra arbeidet, eller for dem som nylig har vært i praksis i avdelingen. Man kan forstå at det i en travel avdeling vil være ressurskrevende å gi alle nyutdannede intensivsykepleiere en egen kontaktperson. Avdelingen må gjerne prioritere veiledere for studenter og nyansatte sykepleiere. Det bør likevel tilstrebes å utarbeide en fadderordning for de som har behov for det, da funnene våre viser at informantene savnet tettere oppfølging den første tiden.

5.1.3 Å avklare forventinger og krav

Informantene fortalte at det ikke ble kommunisert høyt noen spesifikke krav fra ledelsen. Likevel hadde flere høye krav til seg selv og kjente på mange forventninger knyttet til sin nye rolle. Dette var mest uttalt blant kvinnene. Forventningene ble ofte justert etter hvert som de oppdaget at de ikke sto alene i krevende situasjoner. Krav og forventninger de hadde til seg selv, hadde gjerne vært unødvendig høye. En informant foreslo å ha en samtale med ledelsen i starten hvor man kunne korrigere eventuelle feilaktige forestillinger og avklare forventninger og krav. Å korrigere feilaktige forestillinger kan bidra til å påvirke hvordan den enkelte vurderer stressende situasjoner og egne mestringmuligheter (Kristoffersen, 2011, s. 156). I en

forventningssamtale kunne man også kommet med informasjon om hvilke ferdigheter den nyutdannede etter hvert må tilegne seg, slik at vedkommende kan forberede seg. Tidlig planlegging av kompetanseutvikling kan hjelpe dem å mestre det som skal til for å tilegne seg denne. Dette gjelder også det å mestre usikkerheten knyttet til det å tilegne seg mer kompetanse (Benner, 1995, s. 168).

En informant opplevde ved noen få anledninger å få kommentarer når vedkommende spurte om hjelp. Det førte til usikkerhet omkring kollegaers forventninger og vedkommende hadde vegret seg for å spørre igjen. Slike kommentarer strider imot et arbeidsmiljø preget av psykologisk trygghet. Det bør være åpenhet og aksept for å stille spørsmål (Edmondson, 2019, s. 15). Vi mener ledere bør oppmuntre kollegaer til å ta godt imot nyansatte intensivsykepleiere og minne dem på at de står i en sårbar situasjon.

5.2 Å tilrettelegge for mestring og bruk av egne mestringsressurser

5.2.1 Å få mengdetrening, kontinuitet og forutsigbarhet

Studien vår ble gjennomført på en stor intensivavdeling hvor ansatte rullerer mellom generell intensiv og postoperativ avdeling. Slik vi ser det vil rullering sikre riktig bemanning og fagkompetanse på de ulike avdelingene og har derfor organisatoriske fordeler. Avdelingene kan bufre hverandre ved sykdom og behov for å styrke bemanningen. Det var likevel stor enighet blant våre informanter om at rullering gjør at det tar ekstra lang tid å etablere seg, både i arbeidsmiljøet, men også å bli trygg og oppleve mestring i rollen som intensivsykepleier. Når man starter opp som sykepleier på en vanlig sengepost regnes man å være kompetent utøver etter to-tre år (Benner, 1999, s. 39). Vår oppfatning er at det vil ta lengre tid for intensivsykepleiere å nå dette nivået, når man rullerer mellom ulike avdelinger og skal kunne håndtere både medisinske og kirurgiske pasienter.

Informantene våre ønsket å kjenne på mestring. Tidlig rullering opplevdes derimot stressende. Forskning som omhandler overgang til arbeid på en intensivavdeling støtter opp om at rullering mellom ulike avdelinger skaper stress. Innes & Caleja nevner i sin oversiktsartikkel at enkelte nyutdannede sykepleiere i utgangspunktet tenkte det ville bli spennende å lære mer og oppleve

ulike avdelinger. Men når det kom til stykket, hadde ingen positive opplevelser med rullering. Hver rotasjon forårsaket stress og avbrytelser, og dersom man ikke fikk nok tid på hver avdeling, kunne dette føre til vanskeligheter med å lære. Sykepleiere på novise-stadiet hadde behov for å føle seg kompetent på et område, før de ble flyttet til et annet (Innes & Caleja, 2018, s. 70-71).

En av informantene sa at tidlig rullering gav en følelse av å være på besøk og det hemmet opplevelsen av tilhørighet. Tilhørighet kan ses i sammenheng med psykologisk trygghet. Et arbeidsmiljø preget av psykologisk trygghet er også karakterisert av inkludering og tilhørighet. Edmondson har nylig blitt spurt om å se på sammenhengen mellom psykologisk trygghet og mangfold, inkludering og tilhørighet. Det viser seg at et ensidig fokus på psykologisk trygghet er ikke nok. Mål om psykologisk trygghet må pågå parallelt med mål om mangfold, inkludering og tilhørighet (Edmondson, 2019, s. 201-202).

Å sørge for riktig bemanning og fordeling av ressurser forstår vi er et utfordrende arbeid for ledelsen. Informantene våre viste også forståelse for dette. Rullering mellom ulike avdelinger er heller ikke utelukkende negativt for den ansatte. En informant påpekte at rullering kan gi en fin variasjon i arbeidet, etter hvert som man har opparbeidet seg mer erfaring. Vi tenker at det også kan gi et avbrekk fra krevende pasientsituasjoner på generell intensiv. Informantene våre var likevel klare på at de ønsket mengdetrening, spesielt på ansvar for barn og dialysepasienter. De måtte ha kontinuitet på generell intensiv for å få til dette. De hadde også behov for mengdetrening og kontinuitet på postoperativ avdeling. De oppfattet at arbeidet krevde effektivitet med tanke på at det stadig kom nye pasienter fra operasjonsavdelingen.

Til slutt ønsket informantene forutsigbarhet. Arbeid med akutt og kritisk syke er uforutsigbart i seg selv. Å få kontinuitet på en avdeling mener vi kan gi en viss forutsigbarhet i en ellers uforutsigbar hverdag. Med bakgrunn i funnene våre, bør rullering, så langt det lar seg gjøre, komme sent i overgangsprosessen. Dette understrekes også i forskning som omhandler overgang til arbeid på intensivavdeling. Avdelingens behov for rullering bør veies nøye opp mot ulempene det gir for nyutdannede sykepleiere (Innes & Caleja, 2018, s. 62).

5.2.2 Å få tildelt nok ressurser

Flere av informantene opplevde at det ble tatt hensyn til at de var nyutdannet gjennom fordelingen av arbeidsoppgaver og pasienter. Å legge til rette for mestring ut ifra den enkeltes kompetanse, er et eksempel på sosial støtte fra ledelsen (Kristoffersen, 2021, s. 380). Arbeidsmiljøloven slår også fast at arbeidet skal tilrettelegges etter arbeidsevne, kyndighet, alder og andre forutsetninger (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-2).

Instrumentell støtte handler om å få nødvendig hjelp og ressurser (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 79). Forskning viser at støtte er en buffer mot stress. Karasek ser derfor sosial støtte i sammenheng med jobbkrav og jobbkontroll i sin utvidede krav-kontroll-støtte-modell for psykososialt arbeidsmiljø (Karasek & Theorell, 1990, s. 69-71). Det var delte meninger om det var nok tilgjengelige ressurser i avdelingen. Det kunne være utfordrende at man jobbet mye alene, og noen ganger kunne det ta lang tid før man fikk hjelp dersom man var på et av isolatrommene. Tilgjengelige kollegaer hadde stor betydning og bidro til trygghet og mestring. Det var en fordel å være på dobbeltrom som nyutdannet, slik at man hadde noen å spørre. Å få tildelt en assistent som var dedikert til ditt rom og din pasient opplevdes også betryggende og betydningsfullt. Arbeidsmiljøloven § 4-3 (2) slår fast at det gjennom kontakt og kommunikasjon med andre arbeidstakere skal være mulig å sikre sosial kontakt og støtte, samt ivareta sikkerhetsmessige sider ved arbeidet (Arbeidstilsynet, u.å.).

I arbeid med akutt og kritisk syke pasienter utgjør krav om å håndtere andres følelser en spesielt stor del av arbeidshverdagen. Sykepleiere er blant de yrkesgruppene som oftest opplever høye emosjonelle krav i jobbsammenheng. Dette er mer uttalt hos kvinner enn menn og noe mer utbredt i de yngste aldersgruppene (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 73). Noen informanter sa de ikke var forberedt på hvordan det ville være å stå i tunge pasientsituasjoner og hvor mye de tok jobben med seg hjem. De emosjonelle kravene har to sider. Det å skulle møte andre sine gleder, sorger og kriser kan oppleves meningsfullt og var kanskje noe av motivasjonen for å velge et yrke hvor man samhandler med andre mennesker. Samtidig må man ofte undertrykke egne følelser i møte med andre. Ubalansen mellom egne følelser og de man viser utad kan være belastende over tid (Statens arbeidsmiljøinstitutt, 2021, s. 70 og 73). SINTEF gir i sin rapport flere anbefalinger med hensyn til forebygging av negative konsekvenser av disse belastningene. Det er behov for å økt anerkjennelse av at emosjonelle krav er belastende både hos arbeidsgiver

og i samfunnet ellers. Det å jobbe med mennesker gir en annen type belastning enn å jobbe med produkter og maskiner. Et systematisk arbeid med å anerkjenne og redusere emosjonelle overbelastninger, kan ifølge rapporten gjøre det lettere å bli motivert av de positive sidene ved arbeidet (Buvik et al., 2023, s.137-138).

Jobbkontroll er en buffer mot negative konsekvenser av emosjonelle krav (Buvik et al., 2023, s.128). Karasek understreker også at høy grad av jobbkontroll kan redusere belastninger ved høye jobbkrav (Karasek & Theorell, 1990, s. 35-36). Jobbkontroll handler om tilstrekkelig variasjon i arbeidsoppgaver, pauser og tid til restitusjon (Buvik et al., 2023, s. 128). Informantene våre ga uttrykk for at de trengte pauser og avbrekk når de sto i tunge pasientsituasjoner over tid. Pauser og avbrekk forutsetter imidlertid at avdelingen er tilstrekkelig bemannet. Tilstrekkelig og riktig sammensetning av bemanning er fremhevet som en av de viktigste faktorene for forebygging av utbrenthet hos intensivsykepleiere (Kelly et al., 2021, s. 114).

Mange mente det lå på den enkelte å etterspørre det de trengte for å føle seg trygg. Dette gjaldt for eksempel behov for assistanse, oppfølgingssamtaler og debrief. Det var spesielt høy terskel for noen å etterspørre debrief. Noen av informantene oppsøkte kollegaer eller benyttet kollegastøtte etter å ha stått i tunge pasientsituasjoner. Et arbeidsmiljø hvor kolleger er opptatt av å se, støtte hverandre og hjelpe hverandre er en buffer mot negative konsekvenser av emosjonelle krav. Det oppleves viktig å få kunne ventilere og dele følelser med en nær kollega (Buvik et al., 2023, s.128). Likedan vil en leder som er til stede og tilgjengelig ha stor betydning (Buvik et al., 2023, s.137). En lavere terskel for debrief vil etter vår oppfatning være viktig for nyutdannede intensivsykepleiere.

De fleste nyutdannede vil være på novise- eller avansert nybegynnernivå. På dette ferdighetsnivået er man regelstyrt og avhengig av prosedyrer (Benner, 1995, s. 35-39). Dette harmonerer med det informantene våre opplever. Flere sa de brukte tid på forberedelser. Det fremmet mestring å holde seg oppdatert og ha prosedyrer lett tilgjengelige. Noen mente imidlertid det var vanskelig å få tid til å lese og måtte bruke fritiden sin til dette. En av informantene sa det gjerne var tid til faglig utvikling på nattevakter, men at det da var vanskelig

å finne motivasjon. Turnus med nattevakter blir også nevnt som hemmende for læring i studien blant nytilsatte sykepleiere i en stor intensivavdeling (Stewart, 2021, s. 5). En informant foreslo flere studiedager som nyutdannet. Med tanke på all kunnskap og kompetanse den nyutdannede skal tilegne seg, tenker vi dette er et godt forslag. Arbeidsmiljøloven slår også fast at det skal legges til rette for faglig og personlig utvikling (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-2).

5.2.3 Å ta i bruk egne ressurser

Informantene våre fortalte om stressende situasjoner de hadde stått i og hvilke mestringsstrategier de anvendte. De beskrev blant annet hvordan de henvendte seg til kollegaer for å diskutere hvordan de kunne forberede seg best mulig. I etterkant ønsket de å få en gjennomgang på hva som ble gjort riktig og hva som kunne vært gjort annerledes. De ba om hjelp, de tok ansvar hvis de gjorde feil og fokuserte på å gjøre det riktig neste gang. De forsøkte å legge en plan ved å klargjøre, prioritere og delegerer oppgaver. De opplevde at vanskelige situasjoner kunne gi stor mestringsfølelse, dersom de klarte å stå i situasjonen og håndtere den. Disse mestringsstrategiene beskrives også av Lazarus og Folkman. Sammen med kollegaer utviklet de på 70 -og 80-tallet et verktøy kalt "ways of coping questionnaire-interview", en tilnærming for å kunne måle mestring. Her beskrives åtte typer mestringsstrategier med eksempler (Lazarus, 1999, s. 114-115). Fire av dem gikk igjen i beskrivelsene fra våre informanter; å søke sosial støtte, å akseptere ansvar, planmessig problemløsning og positiv revurdering. Under positiv revurdering beskrives opplevelsen av å komme bedre ut på den andre siden enn hva man hadde trodd før man gikk inn i situasjonen. Man får ny tro på seg selv (Lazarus, 1999, s. 115).

Lazarus skiller mellom problemfokuset og emosjonellfokuset mestring (Lazarus, 1984, s.150). Informantene i studien vår benyttet i stor grad problemfokuset mestring, som å søke informasjon og sosial støtte. De gikk aktivt inn for å løse problemet. I arbeid på en intensivavdeling er det også nødvendig å ta i bruk emosjonellfokuset mestring. Man vil komme opp i situasjoner man ikke kan endre realiteten på, for eksempel at behandling ikke lykkes og pasienten dør. For å redusere den emosjonelle belastningen og holde ut i yrket, vil det være hensiktsmessig å kunne distansere seg noe fra det som skjer. Erfarne intensivsykepleiere har gjerne bedre forutsetninger for å gjøre det. Evne til mestring er en prosess som pågår kontinuerlig gjennom hele livet. Livserfaring gir et forsprang til å mestre stress på en mer

moden måte (Kristoffersen, 2011, s. 157). Dette underbygger hvorfor yngre, og sykepleiere med mindre erfaring er mer utsatt for omsorgstretthet og utbrenthet (Kelly et al., 2021, s. 119).

En studie utført blant nyutdannede sykepleiere som skulle starte sitt tredje år på intensivavdelingen fant at et overordnet mål for en vellykket overgang var å bli komfortabel med å være ukomfortabel. Det ble begrunnet med at realiteten og konteksten i intensivmiljøet gjør at en sykepleier kanskje aldri vil bli helt komfortabel i arbeidet (DeGrande et al., 2018, s. 74). Dette ble også nevnt blant våre informanter. Erfarne intensivsykepleiere var tydelige ovenfor nyutdannede at de også måtte spørre. Man ble aldri utlært. De fleste ble betrygget av å høre dette og reduserte kravene de hadde til seg selv. En informant opplevde det derimot lite betryggende fordi vedkommende hadde behov for å oppleve mestring. Vi mener dette underbygger at noen intensivsykepleiere kan trenge tid på å bli komfortabel med at det stadig vil komme situasjoner hvor man ikke har fullstendig kontroll og oversikt.

En av våre informanter mente man må ut av komfortsonen for å oppleve vekst og læring. Arbeid på en intensivavdeling krever derfor at man aksepterer å kjenne på usikkerhet og stress. Lazarus og Folkman støtter også opp om at utfordringer har potensial til å gi personlig vekst (Lazarus & Folkman, 1984, s. 33). Vår evne til å se på ukjente og usikre situasjoner som en mulighet for personlig vekst vil derimot variere fra person til person. Vi har ulik grad av selvtillit og tiltro til oss selv. Jo sikrere vi er på vår egen evne til å overkomme hindringer og farer, jo større er sannsynligheten for at vi opplever å bli utfordret, i motsetning til å bli truet (Lazarus, 1999, s. 77). I studien til DeGrande et al. (2018, s. 75) ble det også funnet at personlige egenskaper inngår i evnen til å håndtere stressende situasjoner. Å tørre å si ifra og å ta nye utfordringer, samtidig som man er ydmyk, blir betraktet som en fordel i arbeid på en intensivavdeling.

Utenforstående har mulighet til å påvirke faktorer som inngår i den enkeltes kognitive vurderingsprosess, det vil si gjennom primær- og sekundærvurderingen (Kristoffersen, 2011, s. 144-145). Vi tenker at dette er noe ledelsen og kollegaer kan gjøre gjennom samtaler og oppmuntring. Slik kan man styrke den enkeltes oppfatning av egne mestringsressurser og man vil kunne bidra til en revurdering av den stressende situasjonen (Kristoffersen, 2011, s. 145).

Å få oppgaver man kan håndtere, samtidig som man får utfordringer ble nevnt som viktig for flere av våre informanter. Lazarus kaller denne balansen for stressbalansen. Den påvirkes av kravene fra omgivelsene og den enkeltes psykologiske ressurser (1999, s. 58). Når kravene fra omgivelsene overgår en persons ressurser, vil dette oppleves stressende. Ved svært høye krav, kan de i ytterste grad oppleves som et traume. Man føler seg hjelpeløs i møte med kravene, som igjen kan føre til følelser som panikk og depresjon. Dersom en persons ressurser er mer eller mindre lik kravene fra omgivelsene, vil man oppnå en god stressbalanse. Man opplever beskjedne mengder stress eller ikke noe stress. En lav stressbalanse hvor personlige ressurser overgår kravene i større grad, kan gi følelsen av kjedsomhet (Lazarus, 1999, s. 58-59).

Informantene våre ønsket oppgaver de kunne håndtere, men de ønsket heller ikke å stagnere. Det opplevdes demotiverende å ikke få nok utfordringer. En informant opplevde for eksempel det å veilede studenter som motiverende, og som en fin måte å drive fagutvikling på. Andre mente de ble spurt om dette for tidlig. Man burde bli tryggere i rollen sin først. Dette understreker at den enkeltes personlige psykologiske ressurser varierer fra person til person og en god dialog mellom ledelsen og den enkelte vil være nødvendig for å oppnå en god stressbalanse.

Rammene og normene i emosjonelt krevende yrker har gjerne vært at det forventes at mestring håndteres på individnivå (Buvik et al., 2023, s. 12). Stewart et al. (2024, s. 1) har også funnet at de fleste studier som omhandler intensivsykepleieres velbefinnende setter søkelys på intervensjoner med en psykologisk, personlig tilnærming. DeGrande et al. (2018, s. 76) peker for eksempel på motstandsdyktighet og evne til egenomsorg som tiltak for å mestre stressende situasjoner knyttet til arbeidet. SINTEF ser behov for mer forskning på forebyggende arbeid på organisatorisk nivå i forbindelse med belastninger ved emosjonelle krav (Buvik et al., 2023, s. 139). Stewart et al. (2024, s. 1) støtter opp om at det er behov for å identifisere og evaluere organisatoriske tilnærminger.

5.2.4 Å få et opplæringsprogram tilpasset den enkelte

Informantene våre opplevde faglig påfyll og utvikling som en stor motivator i jobbsammenheng. Det var en av årsakene til at de hadde valgt å videreutdanne seg. Noen hadde

imidlertid forventet et enda større fokus på fag enn det som møtte dem. Undersøkelser viser at sykepleiere søker seg til et arbeidssted hvor det er et sterkt fagmiljø og utsikter for kompetanseutvikling (Ofstedal & Kristoffersen, 2023). Helsepersonellkommissjonen ser også på kompetanseutvikling som et virkemiddel for å rekruttere og beholde ansatte. Den mener arbeidsgivere må intensivere arbeidet med livslang læring og kompetanseutvikling (NOU 2023:4, s. 226 – 227).

Arbeidsmiljøloven slår fast at det skal være mulighet for tilstrekkelig opplæring (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-2). Informantene våre gikk rett fra studier og ut i jobb med ansvar for egne pasienter. Det var delte meninger om dette opplevdes forsvarlig. Flere savnet en periode med opplæring og veiledning. Ulik praksisfordeling gjorde at det for enkelte var lenge siden de hadde hatt praksis på generell intensiv. Noen ønsket derfor at det ble utført en kvalitetssjekk på at de hadde nødvendig kunnskap for å jobbe der. De som nylig hadde vært i praksis på generell intensiv mente derimot at opplæringen og kvalitetssjekken var blitt utført gjennom bestått praksis. En informant understreket at praksisen er rettet mot de avdelingene man skal starte i jobb. Dette er en fordel for avdelingen og kan spare opplæringskostnader. Flere opplevde derfor en usagt forventning om at man ikke vil ha behov for opplæring. Funnene våre understreker imidlertid at det er ulike behov og at det bør tas individuelle hensyn.

De fleste nyutdannede vil være på novise- eller avansert nybegynnernivå. Noen kan derimot nærme seg eller være på kompetent nivå allerede, alt etter tidligere erfaring (Benner, 1995, s. 35-39). Helsepersonellkommissjonen mener arbeidsgiver må gjennomføre en systematisk kartlegging av behov for sine ansatte (NOU 2023:4, s. 227). En leder skal ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring (NOU 2023:4, s. 231). En av informantene våre kom med forslag om å ha en kartleggings samtale for å finne ut hvilket nivå den enkelte befinner seg på. Vi syntes det var et godt forslag og tenker at denne samtalen kunne funnet sted samtidig som en eventuell forventningssamtale.

Bruk av medisinsk teknisk utstyr står sentralt i intensivbehandling. I henhold til intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde skal avansert medisinsk teknisk utstyr anvendes på en forsvarlig og hensiktsmessig måte (NSFLIS, 2023). Informantene våre savnet

mer undervisning og opplæring på utstyr som respirator, transportutstyr og dialysemaskin. De fikk en grunnleggende opplæring i bruk av respirator under studiet, men mente det fortsatt var mye de ikke kunne. Det var også tilfeldig om de fikk ansvar for en dialysepatient mens de var i praksis. Flere omtalte det å transportere intensivpasienter ut av avdelingen som spesielt stressende. Forskning rundt det å utføre omsorg i et høyteknologisk miljø viser at sykepleiere på novise-stadiet opplever frykt og stress mens de utvikler sin teknologiske kompetanse. Det teknologiske utstyret får gjerne større oppmerksomhet enn selve pasienten (Crilly et al., 2019, s. 4253). Samme artikkel viser også til en studie hvor novise-sykepleierne bekymret seg i så stor grad over maskinene at de unnlot å utføre enkelte former for stell, i tilfelle de frakoblet dialysen eller andre koblinger. De manglet selvtillit i bruk av teknologien (Crilly et al., 2019, s. 4256). Vi mener målet må være at man blir så trygg på det teknologiske utstyret at det kommer litt i bakgrunnen. På denne måten kan man i større grad utføre helhetlig pasientomsorg.

Omfanget av kunnskap og ferdigheter har mye å si for hvordan man vurderer en stressende situasjon eller sannsynligheten for å mestre den. Utilstrekkelig kunnskap og ferdigheter, kan føre til stor grad av stress. Man risikerer også bruk av uhensiktsmessige mestringsstrategier, som å være passiv og unnvikende (Kristoffersen, 2011, s. 153), slik det ble gitt eksempel på i artikkelen til Crilly et al. (2019, s. 4256). Dette understreker behovet for at nyutdannede intensivsykepleiere får nødvendig opplæring og undervisning.

Flere av informantene våre opplevde å ha for liten kunnskap om pårørende i krise og uttrykte at dette var noe de ønsket mer undervisning i. Intensivsykepleieren skal ikke bare møte pasienten sine følelser, men også håndtere pårørende. Det å ivareta pårørende er en stor del av intensivsykepleierens funksjons- og ansvarsområde (NSFLIS, 2023). Sykepleiestudenter mener utdanningen har lite fokus på håndtering av de emosjonelle kravene i arbeidet (Kristoffersen, 2021, s. 384). Med hensyn til forebygging av belastningene knyttet til emosjonelle krav, anbefaler SINTEF nettopp en heving av kunnskapsnivå. Kunnskap om håndtering av emosjonelle krav bør styrkes både under utdanning og på arbeidsplasser (Buvik et al., 2023, s.137).

Simuleringstrening blir betraktet som en effektiv måte å lære på (NOU 2023:4, s. 227). Flere av informantene syntes simuleringstrening var nyttig og savnet mer av det. En informant stilte

spørsmål om simulering kunne redusert opplevelsen av stress. Dette synes vi var et viktig innspill. På en stor generell intensivavdeling kan det gå lang tid mellom hver gang man håndterer spesielle og kompliserte pasientsituasjoner. Vi tenker simulering av slike pasientsituasjoner kan bidra til økt mestring og innarbeiding av tilstrekkelig kompetanse. Ifølge Helsepersonellkommissjonen fikk Helseforetakene i 2020 i oppdrag å øke bruken av simulering (NOU 2023:4, s. 227).

Informantene savnet en oppfølgingssamtale i løpet av det første halve året. Man kunne da fanget opp hvordan de ansatte opplever arbeidet sitt og gjøre justeringer etter behov. Flere mente ansvaret for faglig utvikling lå hos den enkelte. Noen mente at det til en viss grad også burde være sånn. De ønsket likevel hjelp til å strukturere og få fremdrift i utviklingen sin. Det ble foreslått å ta i bruk en form for sjekkliste som viste hva man skulle gjennom og hvor langt man var kommet. Forskning som omhandler overgang til arbeid på en intensivavdeling støtter opp om nytten av struktur. Det blir foreslått å identifisere områder hvor hele gruppen av nytilsatte vil profitere på felles undervisning og veiledning (Innes & Caleja, 2018, s. 70). I studien vår ble bruk av medisinsk teknisk utstyr, ansvar for barn og hvordan håndtere pårørende i krise identifisert som slike områder eller fellesnevnerne. Benner mener også behov for undervisning vil være likt innenfor et ferdighetsnivå. Spesielt gjelder dette for de tre første nivåene. Hun anbefaler derfor forskjellige undervisningsstrategier for de ulike nivåene (Benner, 1995, s. 163–164).

Samtidig som informantene våre ønsket struktur rundt sin faglige utvikling, understreket de at ulik erfaring gir ulike behov. Studien som undersøkte nytilsatte sykepleieres opplevelse av læring i en stor, britisk intensivavdeling, har funn som støtter opp om dette. De nytilsatte hadde i utgangspunktet en opplæringsperiode som var svært strukturert og rigid. Tilbakemeldingene gitt i etterkant var at denne opplæringsperioden var for lite tilpasset individuelle behov (Stewart, 2021, s. 5).

6.0 Konklusjon

Studien vår har sett nærmere på hvordan nyutdannede intensivsykepleiere opplever den første arbeidstiden i en intensivavdeling. Hensikten var å finne faktorer som påvirker opplevelsen av trygghet og mestring.

Et av våre forskningsspørsmål så nærmere på betydningen av sosial støtte og oppfølging. Funnene viser at å oppleve et støttende arbeidsmiljø har stor betydning for opplevelsen av trygghet og mestring. Ansatte må være bevisst på hvordan de samhandler med hverandre. Et arbeidsmiljø hvor det er trygt å spørre om hjelp og hvor man blir møtt med vennlighet og respekt er viktig.

Nyutdannede intensivsykepleiere har behov for å bli sett og anerkjent. Dette kan være utfordrende i en avdeling med mange ansatte og en stor ledergruppe. Kollegaer har gjerne ikke oversikt over hvem alle er, og hvilken erfaring den enkelte har. Det kan oppleves utrygt for nyutdannede intensivsykepleiere og gjør at man må tydeliggjøre dette ovenfor kollegaene sine. Å få utdelt en kontaktperson vil kunne være en hjelp til å navigere i en stor avdeling. Den enkelte vil også få faglig oppfølging, tilbakemeldinger og anerkjennelser.

Man har ofte høye krav til seg selv som nyutdannet intensivsykepleier. De forsterkes gjerne dersom avdelingen ikke tydeliggjør sine forventninger. En tidlig avklaring om krav og forventninger kan redusere utrygghet og uforholdsmessige krav nyutdannede intensivsykepleiere har til seg selv.

Vi ønsket å vite mer om hvilke mestringsstrategier nyutdannede intensivsykepleiere benytter, samt hvordan avdelingen kan legge til rette for mestring. Vårt inntrykk er at nyutdannede intensivsykepleiere anvender aktive og hensiktsmessige mestringsstrategier, som å søke informasjon og si ifra om egne behov. Avdelingen har likevel et stort ansvar i å legge til rette for mestring. Støtte i form av tilgjengelige ressurser vil være en viktig buffer i et yrke med høye jobbkrav og lav jobbkontroll. Nyutdannede intensivsykepleiere har også gjerne mindre erfaring

med den emosjonelle siden ved arbeidet. Evnen til å distansere seg fra det som skjer, står ikke like sterkt som hos erfarne intensivsykepleiere. Både emosjonell og instrumentell støtte vil kunne bidra til å forebygge omsorgstretthet og utbrenthet hos nyutdannede intensivsykepleiere.

Intensivsykepleiere går inn i sin nye rolle med ulike erfaringer og innstillinger. Noen har behov for å bygge erfaring gradvis, mens andre har lettere for å gå inn i nye og ukjente situasjoner. Å tilstrebe en god balanse mellom å få nok utfordringer, samtidig som det blir tatt hensyn er viktig for den nyutdannede intensivsykepleieren. En god dialog mellom ledelsen og den enkelte er viktig for å oppnå dette.

Nyutdannede intensivsykepleiere har behov for kontinuitet på en avdeling for å få nødvendig mengdetrening. De ønsker også mer undervisning og simulering. Det å sette av ressurser til faglig utvikling kan bidra til trygghet, mestring og motivasjon i arbeidet. Intensivsykepleiere er ikke nødvendigvis på samme ferdighetsnivå selv om de har gått gjennom samme utdanningsforløp. Kartlegging av den enkeltes kunnskap og ferdigheter vil derfor være hensiktsmessig for å kunne planlegge og strukturere den enkeltes behov for kompetanseutvikling.

7.0 Implikasjoner for praksis og videre forskning

7.1 Implikasjoner for praksis

Vi har følgende anbefalinger for fremtidig praksis:

- Et støttende arbeidsmiljø er en buffer mot stress og bidrar til læring og bruk av aktive mestringsstrategier. Den nyutdannede bør få tildelt nok ressurser i form av tilgjengelige kollegaer og assistanse.
- En lavere terskel for debrief vil kunne redusere negative konsekvenser av høye emosjonelle krav. Det samme gjelder tilstrekkelig pauser og avbrekk fra tunge pasientsituasjoner.
- En kontaktperson vil kunne bidra til trygghet som ny i en stor avdeling. Den enkelte vil også kunne få faglig oppfølging og tilbakemeldinger.
- En forventingssamtale med leder vil kunne bidra til å redusere usikkerhet rundt krav og forventninger. Den vil også kunne korrigere uforholdsmessige krav. Samtalen kan samtidig benyttes til å kartlegge den enkeltes kompetanse og behov for videre opplæring og faglig utvikling.
- Tidlig rullering mellom ulike avdelinger gjør at det tar lang tid å etablere seg. Å gi den enkelte kontinuitet vil bidra til tilhørighet, forutsigbarhet og mengdetrening.
- Ulik erfaring gir ulike behov. Opplæring og undervisning bør tilpasses den enkeltes kompetanse- og ferdighetsnivå.
- Som nyutdannet er man regelbundet og prosedyrestyrt. Flere studiedager kan bidra til at nyutdannede får tilstrekkelig tid til å lese og sette seg inn i avdelingens prosedyrer.

7.2 Implikasjoner for videre forskning

Omfanget av oppgaven gav ikke mulighet til å diskutere alle funn i dybden. Vi anbefaler derfor følgende implikasjoner for videre forskning;

- Vi foreslår at det blir sett nærmere på om regelmessig simulering kan redusere stress og gi mengdetrening på situasjoner man ikke kommer så ofte borti.

- Forskning som omhandler intensivsykepleieres velbefinnende, har fokusert på intervensjoner med individuell tilnærming. Med tanke på belastningene ved emosjonelle krav, ønsker vi at det forskes på forebyggende tiltak på organisatorisk nivå.
- Bakgrunn for valg av tema var høy turnover blant intensivsykepleiere. Vi fant at det først og fremst er organisatoriske faktorer og tung vaktbelastning som er avgjørende for om man ser for seg å bli værende i yrket. Det lå utenfor våre rammer å gå nærmere inn på belastningene ved turnusarbeid.

8.0 Referanser

- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2005-06-17-62)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>
- Arbeidstilsynet. (u.å) *Psykososialt arbeidsmiljø*. Hentet 6. mars 2024 fra <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/psykososialt-arbeidsmiljo/>
- Ballangrud, R. & Eikeland Husebø, S. (2021). Intensiv. I Husebø, S. E. & Ballangrud, R. (Red.), *Teamarbeid i Helsetjenesten. Fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv* (s. 157-168). Universitetsforlaget.
- Benner, P. (1995). *Fra novise til ekspert: Dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis..* Tano Forlag.
- Bondevik, H & Engebretsen, E. (2021). Kunnskapsbasert praksis og translasjon: om kunnskapstyper og standardisering. I Jenssen, D., Kjørstad, M., Seim, S. & Tufte, P. A. (Red). *Vitenskapsteori for sosial - og helsefag* (s. 55-77). Gyldendal Norsk Forlag.
- Buvik, M. P., Thun, S. & Ose, S. O. (2023). *Relasjonelle og emosjonelle krav og belastninger i arbeidet En studie av omfang, håndtering og konsekvenser av relasjonelle og emosjonelle krav i arbeidet blant fem yrkesgrupper* (2023:01366, versjon 2). SINTEF. https://www.sintef.no/contentassets/9405803230524be1ac614c18b7e1780c/sintef-rapport-2023_relasjonelle-og-emosjonelle-krav-og-belastninger-i-arbeidet_v2.pdf
- Crilly, G., Dowling., M., Delaunois, I., Flavin, M., Biesty, L., (2019). Critical care nurses' experiences of providing care for adults in a highly technological environment: A qualitative evidence synthesis. *Journal of clinical nursing*. 28, 4250-4263. <https://doi.org/10.1111/jocn.15043>
- DeGrande, H., Liu, F., Greene, P. & Stankus, J-A., (2018). The experiences of new graduate nurses hired and retained in adult intensive care units. *Intensive and Critical Care nursing*. 49, 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.005>
- Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien Forskning*. 2010;5(4):332-335 <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>.
- Edmondson, A. C. (2019). *Fearless Organization Creating Psychological Safety in the*

- Workplace for Learning, Innovation, and Growth*. John Wiley & Sons Inc.
- Endacott, R., Jones, C., Bloomer, M. J., Boulanger, C., Ben Nun, M., Iliopoulou, K. K., Egerod, I. & Blot, S. (2015). The state of critical care nursing education in Europe: an international survey. *Intensive Care Medicine*. 41, 2237–2240.
<https://doi.org/10.1007/s00134-015-4072-y>
- Gilje, N. (2021). Hermeneutikk som metode – introduksjon til hermeneutisk intensjonalisme. I Jensen, D., Kjørstad, M., Seim, M., Tufte, P. J. (Red.). *Vitenskapsteori for sosial - og helsefag* (s. 189-218). Gyldendal Norsk Forlag.
- Halvorsen, K. & Jerpseth, H. (2019) Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier. *Sykepleien Forskning* 2019 14(57440)(e-57440).
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.57440>
- Helse Vest (2022). *Etablere bærekraftig utvikling for intensivsykepleiere. Hva kan vi gjøre for å dekke framtidig behov for intensivsykepleierkompetanse på en bærekraftig måte*
<https://www.helse-vest.no/499f83/siteassets/rapporter/intensivsykepleie-feb-2022/etablere-barekraftig-utvikling-for-intensivsykepleiere.pdf>
- Helsedirektoratet. (2021, 14.oktober). *Behovet for sykepleiere med klinisk breddekompetanse i sykehus – faglige og tjenestemessige behov*.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/behovet-for-sykepleiere-med-klinisk-breddekompetanse-i-sykehus--faglige-og-tjenestemessige-behov>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Innes, T., & Calleja, P. (2018). Transition support for new graduate and novice nurses in critical care settings: an integrative review of the literature. *Nurse Education in Practice*. 30, 62-72. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2018.03.001>
- Kalsvik, E. (2017). *Sykepleierens opplevelser som nyansatt på en sykehusavdeling*. [Masteroppgave]. Universitetet i Stavanger.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990) *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Kaufmann, G., Kaufmann, A. & Hærem, T. (2023). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. (6. utg). Fagbokforlaget.

- Kelly, L. A., Johnson, K. L., Bay, R. C. & Todd, R. (2021). Key Elements of the Critical Care Work Environment Associated With Burnout and Compassion Satisfaction. *American Journal of Critical Care*. 30(2), 113-120. <https://doi.org/10.4037/ajcc2021775>
- Kristoffersen, N. J (2021) Organisasjon, ledelse og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Pasientfenomener, organisasjon og kompetanseutvikling* (4. utg., s. 375-437). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J (2011) Organisasjon, ledelse og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, Nortvedt, F. & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie 3: Stress og mestring* (2. utg., s. 133-196). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S., & Brinkmann, S., (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg). Gyldendal akademisk.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotions: A new synthesis*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I Høglund-Nielsen, B. & Granskär, M. (Red). (2017). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187 – 201). Studentlitteratur AB.
- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mathisen, L., Sørensen, A. L., Finsand, C., Aalefjær L. C., Sørensen A. L. & Sjøberg, M. (2023). Hvordan kan forpraksisen til intensivsykepleie bli best mulig? *Sykepleien* 2023;111. 92628):e-92628. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2023.92628>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (3. utgave). Cappelen Damm AS.
- NOU 2023:4. (2023) *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

NSFLIS. (2023). *Funksjons- og ansvarsbeskrivelse for intensivsykepleier* [Brosjyre].

<https://www.nsf.no/sites/default/files/2023-09/funksjons-og-ansvarsbeskrivelse.pdf>

Oftedal, B. & Kristoffersen, M. (2023, 31. august). Det viktigste vi sammen kan gjøre for å rekruttere, hindre frafall og beholde sykepleiere i yrket, er å iverksette kompetansehevende tiltak. Det handler om å sørge for at flest mulig sykepleiere fortsetter sitt arbeid i helsetjenesten. *Sykepleien*.

<https://sykepleien.no/meninger/2023/08/hvorfor-slutter-sa-mange-sykepleiere-vi-mener-det-har-sammenheng-med>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Wolters Kluwer.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2021). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (11. utg.). Wolters Kluwer.

Regjeringen.no. (2023, 8 mai). *Arbeidsmiljøloven*.

<https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/innsikt/arbeidsmiljolooven/id447107/>

Riksrevisjonen. (2019). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene* (Del av Dokument 3:2 (2019-2020)).

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>

Sikt – kunnskapssektorens tenesteleverandør (u.å). *Sikt – kunnskapssektorens tenesteleverandør*. Hentet 15 august 2023 fra <https://sikt.no/om-sikt>

Sjøstad O., Hjemås, G. & Beyrer, S. (2017, 25. august). *1 av 5 nyutdanna sykepleiere jobber ikke i helsetjenesten*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten>

Slettebø, Å. (2021). *Forskningsetikk*. I B. S. Brinchmann (Red), *Etikk i sykepleien* (5. utg., s. 245 – 257). Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Statens arbeidsmiljøinstitutt (2021) *Faktabok om arbeidsmiljø og helse. Status og utviklingstrekk* (STAMI-rapport, årgang 22, nr. 4). <https://noa.stami.no/faktabok-om-arbeidsmiljo-og-helse/>
- Stewart, C. (2021). Understanding new nurses' learning experiences in intensive care. *Intensive and Critical Care Nursing*. 67(2021) 103094. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103094>
- Stewart, C., Bench, S., & Malone, M. (2024). Interventions to support critical care nurse wellbeing: A scoping review. *Intensive and Critical Care nursing*. 81, 103613. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103613>
- Stubberud, D-G. (2020). Intensivsykepleierens funksjon og ansvar. I D-G. Stubberud & T. Gulbrandsen (Red.), *Intensivsykepleie* (4. utg., 41 – 74). Cappelen Damm AS.
- Sykepleiernes samarbeid i norden. (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleierforskning i norden* [Brosjyre]. https://ssn-norden.dk/wp-content/uploads/2020/05/ssns_etiske_retningslinjer_0-003.pdf
- Thomassen, M. (2021). Fenomenologiens mange ansikter. I Jensen, D., Kjørstad, M., Seim, M., Tufte, P. J. (Red.). *Vitenskapsteori for sosial - og helsefag* (s. 103-137). Gyldendal Norsk Forlag.
- Thomassen, M. (2021). Hermeneutikk som refleksjon og livsfortolkning. I Jensen, D., Kjørstad, M., Seim, M., Tufte, P. J. (Red.). *Vitenskapsteori for sosial - og helsefag* (s. 162-188). Gyldendal Norsk Forlag.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode* (4. utg). Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode* (5. utg). Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Universitetet i Stavanger (2023). *Masterhåndboka. En veileder for utarbeiding masteroppgaven. MAN/MIS/MOP Kull 2022-2024* [Brosjyre].
- Universitetet i Oslo (u.å.). *Nettskjema*. Hentet 25. Februar 2024 fra <https://nettskjema.no/>

Universitet i Stavanger. (2024, 8. april). å. *Intensivsykepleie - master 2 år*.

<https://www.uis.no/nb/studier/intensivsykepleie-master-2-ar>

Universitetet i Stavanger. (2024, 18 april). *Personvern og sikker lagring i bachelor og*

masteroppgave ved UIS. [https://www.uis.no/nb/aktuelt/personvern-og-sikker-lagring-i-](https://www.uis.no/nb/aktuelt/personvern-og-sikker-lagring-i-bachelor-og-masteroppgaver-ved-uis)

[bachelor-og-masteroppgaver-ved-uis](https://www.uis.no/nb/aktuelt/personvern-og-sikker-lagring-i-bachelor-og-masteroppgaver-ved-uis)

Vedlegg 1 - PICO skjema

Patient/problem	Intervention	Outcome
Intensive care unit (setting)	Transition support	Experiences
Critical care unit (setting)	Social support	Coping
Critical care (setting)	Mentoring	Stress
Critical care nursing (setting)	Training	Confidence
New graduate nurses (perspective)	Providing care	Competence
Novice nurses (perspective)		
Critical care nurses (perspective)		

Vedlegg 2 - Intervjuguide

Bakgrunnsopplysninger

Alder?

Hvilken arbeidserfaring hadde du før du utdannet deg til intensivsykepleier?

Innledende spørsmål

Hva motiverte deg til å bli intensivsykepleier?

Psykologisk trygghet

Opplevde du støtte/oppfølging fra ledelsen og kollegaer den første tiden?

- Hvilken betydning hadde denne støtten/mangel på støtte for deg?

Opplevde du det trygt å spørre kollegaer når du var usikker på arbeidsoppgaver?

- Kan du fortelle litt mer om det?
- Hva gjorde det trygt/utrygt?

Opplevde du det som trygt å gi uttrykk for egne meninger, si fra når du mente at ting kunne vært gjort annerledes eller når det ble gjort feil?

- Kan du fortelle litt mer om det?
- Hva gjorde det trygt/utrygt?

Fikk du tilbakemeldinger den første tiden på hvordan du utførte arbeidet ditt?

- Fra hvem og i hvilke situasjoner?
- Hvordan opplevdes det?
- Savnet du mer av det?

Roterte du mellom flere avdelinger den første tiden og hvordan opplevde du det?

Mestring

Hvilke krav/forventninger opplevde du fra deg selv, ledelsen og kollegaer den første tiden?

Hvordan påvirket disse kravene/forventningene deg?

Kan du gi noen eksempler på situasjoner den første tiden som opplevdes stressende?

Hva mener du kunne vært gjort annerledes for å unngå disse situasjonene med stress?

- Faktorer ved deg, kollegaer, ledelsen eller organisering av avdelingen?

Kan du fortelle om situasjoner hvor du opplevde mestring den første tiden? Hvilke faktorer gjorde at du mestret disse situasjonene?

- Faktorer ved deg selv, ved omstendighetene (god hjelp/nok tid og ressurser)?

Fikk du arbeidsoppgaver som var tilpasset det du opplevde at du mestret?

Hvordan håndterer du situasjoner du føler at du ikke mestrer?

- Sier du i fra?
- Ber du om hjelp?
- Holder du det for deg selv?

Kompetanseutvikling

Fikk du en veileder/kontaktperson den første tiden?

- Hvordan opplevde du det?
- Var det noe du savnet?

Fikk du et strukturert opplæringsprogram den første tiden?

- Var det noe du savnet og hvorfor?
- Hva burde det evt. inneholde?

Opplevde du å få delta på opplæring/undervisning eller simulering den første tiden?

- Savnet du mer av det og hvorfor?
- Fikk du nok opplæring på medisinsk teknisk utstyr?

Opplevde du nok utfordringer den første tiden slik at du fikk utviklet din kompetanse?

Avsluttende spørsmål

Synes du arbeidsoppgavene og ansvaret til en intensivsykepleier står til forventningene du hadde på forhånd?

Har den første tiden som nyutdannet intensivsykepleier påvirket hvor lenge du ser for deg å bli værende i jobben?

Hvordan tror du at den første tiden som nyutdannet intensivsykepleier kan utformes best mulig?

Hva motiverer deg til å bli værende i jobben?

Vedlegg 3 – Endringer i forskningsspørsmål

Opprinnelige forskningsspørsmål:

- Hva har sosial støtte og oppfølging å si for opplevelsen av psykologisk trygghet hos nyutdannede intensivsykepleiere?
- Hvilke krav/forventninger fra en selv, ledelsen og kollegaer oppleves som stressende for den nyutdannede intensivsykepleieren?
- Hva har fokus på kompetanseutvikling å si for opplevelsen av mestring hos nyutdannede intensivsykepleiere?

Reviderte forskningsspørsmål:

- Hvilken betydning har sosial støtte og oppfølging for opplevelsen av trygghet og mestring hos nyutdannede intensivsykepleiere?
- Hvilke mestringsstrategier benyttes av nyutdannede intensivsykepleiere og hvordan kan avdelingen legge til rette for mestring?

Begrepene trygghet og mestring henger tett sammen. Vi har derfor endret ordlyden i det første forskningsspørsmålet fra kun å omhandle psykologisk trygghet til å omhandle både trygghet og mestring. Vi hadde opprinnelig to forskningsspørsmål som omhandlet hvilke krav/forventninger som opplevdes stressende, samt hva fokus på kompetanseutvikling har å si for opplevelsen av mestring. Disse ble slått sammen til å favne bredere. Det handler nå om hvilke mestringsstrategier som benyttes av nyutdannede intensivsykepleiere og hvordan avdelingen kan legge til rette for mestring.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt i forbindelse med masteroppgave i intensivsykepleie

Dette er et spørsmål til deg om å delta i individuelt intervju i et forskningsprosjekt hvor formålet er å utforske hvilke faktorer som påvirker opplevelsen av trygghet og mestring hos nyutdannede intensivsykepleiere. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Forskningsprosjektet er en del av vår masteroppgave ved toårig masterutdanning i intensivsykepleie. Hensikten med intervjuet er å utforske hvilke faktorer som påvirker opplevelsen av mestring og trygghet hos nyutdannede intensivsykepleiere. Foreløpig problemstilling er « Hvilke faktorer påvirker opplevelsen av trygghet og mestring hos nyutdannede intensivsykepleiere?»

Temaet i oppgaven mener vi er veldig aktuelt med tanke på dagens høye turnover og mangel på intensivsykepleiere. Vi håper temaet i masteroppgaven kan bidra til å synliggjøre hvilke utfordringer nyutdannede intensivsykepleiere står i. Vi ønsker med denne oppgaven å belyse hvordan nyutdannede intensivsykepleiere i intensivavdeling kan få en god start på sin nye karriere slik at de ønsker å bli værende i jobben sin.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitet i Stavanger (UIS) er ansvarlig for prosjektet. Laila Klungland Anda og Karianne Berg er masterstudenter ved UIS og skal gjennomføre prosjektet med Otto Aareskjold som veileder/prosjektansvarlig.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å intervju seks til åtte nyutdannede intensivsykepleiere som har arbeidet 1 – 2 år på intensivavdelingen.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltakelse vil innebære at du er med i et individuelt intervju som foregår ved fysisk fremmøte på avtalt sted ved Stavanger Universitetssykehus. Varighet på intervjuet vil være 45 – 90 min og vi vil forespør avdelingsledelsen om å få gjennomføre intervjuet som en del av din arbeidstid. Intervjuet vil ha fokus på dine erfaringer knyttet til forventninger til ny rolle som intensivsykepleier, opplevelse av psykologisk trygghet, støtte og mestring i arbeidet. Det vil bli tatt lydopptak og skriftlige notater under intervjuet. Intervjuet vil bli utført av en student. Vi ønsker også å spørre om bakgrunnsinformasjon som alder og tidligere arbeidserfaring.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Før lydopptakene fra intervjuet blir omgjort til tekst (transkribert) mellomlagres de på sikre datalagringsområder tilhørende Universitet i Stavanger. Lydopptakene blir slettet umiddelbart etter transkripsjonen. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en koblingsnøkkel (navneliste) som

oppbevares separat fra forskningsdata. Det er kun Laila Klungland Anda og Karianne Berg som har tilgang til denne koblingsnøkkelen.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Forskningsdata vil bli slettet ved prosjektslutt. Prosjektet vil etter planen avsluttes når masteroppgaven blir godkjent i løpet av juni 2024.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitet i Stavanger (UIS) har Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

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

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

Studenter:

Laila Klungland Anda (e-mail: lk.anda@stud.uis.no, tlf: 99 569 885)

Karianne Berg (e-mail: kari.berg@stud.uis.no, tlf: 91 691 629)

Veileder/prosjektansvarlig:

Otto Aareskjold (e-mail: otto.m.aareskjold@uis.no)

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

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

Med vennlig hilsen

Veileder/prosjektansvarlig

Studenter

Otto Aareskjold

Laila Klungland Anda og Karianne Berg

Samtykkeerklæring

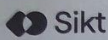
Jeg har mottatt og forstått informasjon om forskningsprosjektet hvor formålet er å utforske hvilke faktorer som påvirker opplevelsen av mestring og trygghet hos nyutdannede intensivsykepleiere, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5 – Samtykke fra SIKT

 Sikt

Vurdering av behandling av personopplysninger

Referansenummer 290852	Vurderingstype Standard	Dato 11.10.2023
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

Tittel
Masteroppgave i intensivsykepleie

Behandlingsansvarlig institusjon
Universitetet i Stavanger / Det helsevitenskapelige fakultet

Prosjektansvarlig
Otto Margon Aareskjold

Student
Karianne Berg

Prosjektperiode
23.10.2023 - 30.06.2024

Kategorier personopplysninger
Alminnelige

Lovlig grunnlag
Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar
OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket. Vi har nå vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene.

PUBLISERING AV PERSONOPPLYSNINGER
Hvis forskningsdeltagere kan kjennes igjen i publikasjoner (direkte, eller indirekte gjennom eksempelvis beskrivelse av hendelser), må de få tydelig informasjon om dette.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER
Det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt og hvilke databehandlere du kan bruke. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettspørreskjema, videosamtale el.).

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER
Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

OPPFØLGING AV PROSJEKTET
Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 6 – Spesifisering av studentbidrag

Vedlegg 6 - Master i spesialsykepleie, spesifisering av studentbidrag

UNIVERSITETET I STAVANGER

Studentene som skriver sammen, forplikter seg til å bidra likt. Den enkeltes bidrag skal spesifiseres, og signeres av studentene og veileder ved innlevering av masteroppgave.

STUDENT 1

Navn: Laila Klungland Anda
Spesialisering i: Intensivsykepleie
Bidrag: Systematisk søk i anerkjente databaser etter tidligere forskning. Manuelle søk etter tidligere forskning. Funnet relevant teori til teoretisk rammeverk med hovedansvar for teori om mestring. Intervjuer og transkribert tre intervju. Likt og felles bidrag i utarbeidelse av prosjektskisse, prosjektplan, intervjuguide, analyse av datamateriale og skrivearbeidet med de ulike kapitlene i masteroppgavene. Deltatt på alle masterseminar og veiledninger.

STUDENT 2

Navn: Karianne Berg
Spesialisering i: Intensivsykepleie
Bidrag: Manuelle søk etter tidligere forskning. Funnet relevant teori til teoretisk rammeverk med hovedansvar for teori om krav-kontroll-støtte-modellen, psykologisk trygghet og kompetanseutvikling. Intervjuer og transkribert fire intervju. Likt og felles bidrag i utarbeidelse av prosjektskisse, prosjektplan, intervjuguide, analyse av datamateriale og skrivearbeidet med de ulike kapitlene i masteroppgavene. Deltatt på alle masterseminar og veiledninger.

Signatur:

Student 1: *Laila Klungland Anda*

Student 2: *Karianne Berg*

Veileder: *Otto M. Hovestjold*