

Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid, og hvordan påvirker dette dem?

Jørn Hustad

Master of Public Health

MPH 2007:15



Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid, og hvordan påvirker dette dem? En kvalitativ undersøkelse om arbeidsrelatert stress blant anestesisykepleiere.

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

ISSN 1104-5701

ISBN 978-91-85721-21-4



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel				
”Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid, og hvordan påvirker dette dem?” En kvalitativ undersøkelse om arbeidsrelatert stress blant anestesisykepleiere.				
Författare				
Jørn Hustad				
Författarens befattning och adress				
Høgskolelærer i anestesisykepleie Institutt for helse- og idrettsfag Høgskolen i Agder Serviceboks 422 4604 KRISTIANSAND				
Datum då uppsatsen godkändes			Handledare NHV/extern	
17 augusti 2007			Professor Anders Möller, NHV	
Antal sidor	Språk – uppsats	Språk – sammanfattning	ISSN-nummer	ISBN-nummer
61	Norsk	Engelsk	1104-5701	978-91-85721-21-4

Sammanfattning
Hensikten med undersøkelsen er å få mer kunnskap om arbeidsrelatert stress blant anestesisykepleiere. Det er anvendt kvalitativ metode etter beskrivelse av Kvale. Studien har to forskningsspørsmål: Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid, og hvordan påvirker dette dem? Det er benyttet en semistrukturert intervjuguide for å besvare forskningsspørsmålene. Ti anestesisykepleiere fra tre ulike sykehus var respondenter. Resultatene viser at anestesisykepleiere opplever stress på fem områder: stress i pasientarbeidet, i forhold til medarbeidere, i forholdet til ledelse og administrasjon, stress som senior og i det fysiske arbeidsmiljøet. Stressende hendelser i pasientarbeidet og i samarbeidet med andre medarbeidere har ofte en temporær natur som påvirker anestesisykepleiernes helse lite hvis det er tid og anledning til å bearbeide opplevelsene. God sosial støtte er viktig for å redusere stress. Mangel på tid og redusert faglig oppdatering samtidig med økt personlig ansvar og økte ytre krav skaper en opplevelse av at man er under stadig sterkere press. Anestesisykepleierne opplever at de har lite innflytelse på de politiske, økonomiske og administrative rammene for arbeidet. Seniorer blant anestesisykepleierne kan oppleve stress i forhold til prestasjon, lojalitet og datakyndighet.
Nyckelord
occupational, stress, nurse anaesthetist, public health



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay				
“What do nurse anesthetists experience as stressful in their work, and how does this affect them?” A qualitative study on work-related stress among nurse anaesthetists.				
Author				
Jørn Hustad				
Author's position and address				
College teacher in nurse anaesthesia Institute of health and sport Agder University College Servicebox 422 4604 KRISTIANSAND Norway				
Date of approval			Supervisor NHV/External	
August 17, 2007			Professor Anders Möller, NHV	
No of pages	Language – essay	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
61	Norwegian	English	1104-5701	978-91-85721-21-4

Abstract

The aim of this study is to explore work-related stress among nurse anaesthetists. This qualitative study is conducted as described by Kvale. Two research questions were posed: What do nurse anaesthetists experience as stressful in their work, and how does this affect them? A semi-structured interview-guide was used to find answers to these questions.

Ten nurse anaesthetists from three different hospitals participated in the study.

The results show that nurse anaesthetists experienced stress in five areas: stress in situations of patient care, stress related to co-workers, stress related to leadership and administration, stress as a senior nurse anaesthetist and stress-factors in the environment.

Stress related to situations in patient care and to co-workers seems to be of a temporary nature if the nurse anaesthetists are able to find time and opportunity to accommodate their experiences.

Social support is important to reduce stress.

Lack of time and reduced professional update together with increased personal responsibility and increasing demands from the surroundings creates an experience of being under ever increasing pressure. Nurse anaesthetists experience little influence on the political, economical and administrative frames of their work situation. Senior anaesthetist nurses can experience stress related to job performance, loyalty and computer skills.

Key words

occupational, stress, nurse anaesthetist, public health

INNHold

INTRODUKSJON	3
Bakgrunn	3
Tidligere forskning	3
Anestesisykepleier	4
Helse	6
Folkehelsearbeid	8
Stress	9
Utvikling av stress	10
The Copenhagen Stress Modell	11
Hensikten med undersøkelsen / Problemformulering	12
 METODE	 12
Valg av metode	12
Det kvalitative forskningsintervjuet	13
Innpass til forskningsfeltet	14
Utvalg og utvalgsriterier	14
Intervjuguide	16
Intervjuer og transkribering	16
Analysemetode	17
Forskerens rolle	18
Pålitelighet og gyldighet	18
Etiske overveielser	19
 RESULTATER	 20
Stress i pasientarbeidet	20
Stress i forhold til medarbeidere	24
Stress i forhold til ledelse og administrasjon	28

Stress som senior	33
Stress i det fysiske arbeidsmiljøet	35
DISKUSJON	35
Resultatene i lys av anvendt teori	35
Pålitelighet og gyldighet	43
KONKLUSJON	46
REFERANSER	46
TABELLER	
Tabell 1. Aldersfordeling av medlemmer i ALNSF september 2006.	15
Tabell 2. Aldersfordeling hos respondentene i denne undersøkelsen	16
VEDLEGG	
Vedlegg 1 Uttalelse fra Regional etisk komité (REK)	
Vedlegg 2 Uttalelse fra Personvernombudet	
Vedlegg 3 Intervjuguide	
Vedlegg 4 Informasjonsskriv til sykehusene	
Vedlegg 5 Informasjonsskriv til respondentene	
Vedlegg 6 Funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere (2006)	

INTRODUKSJON

Bakgrunn

Stress er et sentralt område innen folkehelsevitenskapen. Arbeidsrelatert stress er en del av dette emnet som får mye oppmerksomhet. Endringer i arbeidslivet gir nye utfordringer for ledere og ansatte. I denne undersøkelsen er fokus rettet mot arbeidsrelatert stress blant anestesisykepleiere. Anestesisykepleiere har som oppgave å ivareta pasientenes vitale funksjoner ved anestesi og i akuttarbeid i og utenfor sykehus. Mange situasjoner de deltar i kan oppleves som dramatiske og stressende, preget av knapphet på tid. Egne erfaringer og kollegers beretninger om situasjoner som gir arbeidsrelatert stress har skapt interesse for å få mer kunnskap om stress blant anestesisykepleiere. Som student ved Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap (NHV) i Göteborg er masteroppgaven i folkehelse en mulighet til å studere dette emnet.

EU-utredningen om arbeidsrelatert stress (Levi & Levi 2000) beskriver i sin rapport om arbeidsrelatert stress en rekke faktorer kan utløse stressreaksjoner. Blant disse er faktorer som arbeid med menneskelig lidelse, sykdom og skade, arbeid med risiko for fysisk skade (for eksempel risiko ved utrykning med ambulanse til skadested og arbeid på skadested), skiftarbeid, høy arbeidstakt, høy risiko og stort ansvar i arbeidet. Dette er faktorer som er en del av hverdagen for anestesisykepleiere.

Sykdomsfremkallende stress i Norden er økende. I Sverige viser tallene at stressrelaterte sykdommer og psykiske besvær har blitt fordoblet fra 1997 til 2007 (Arbetsmiljöverket 2007). Økningen er mindre i Norge, men sykefraværstatistikken viser at sykdommer som muskel/skjelettlidelser og lettere psykiske lidelser utgjør nesten 50 prosent av sykefraværet for kvinner og menn. Økningen er størst i gruppen lettere psykiske lidelser (Arbeids- og Velferdsetaten 2007). Sykdomspanoramaet forskyves ifølge en norsk undersøkelse (Tveråmo & al. 2003) fra objektive sykdommer (disease) til subjektive tilstander (distress). Det er vanskelig å få frem tall som kan beskrive sykefravær blant anestesisykepleiere. Anestesisykepleiernes sykefravær inngår i tallmaterialene fra Statistisk Sentralbyrå (2006 a,b) i kategorien "Helse/sosialtjenester" og fremgår derfor ikke som egen gruppe.

Det har blitt utført undersøkelser om anestesisykepleieres arbeidsfunksjon og arbeidsforhold (Waagsbø et al. 1999) i Norge, men disse beskriver ikke anestesisykepleiernes opplevelser av stress og virkningene av stress på egen helse. Jeg ønsker derfor å gjøre en kvalitativ undersøkelse av stress blant anestesisykepleiere.

Tidligere forskning

Det finnes mye litteratur og forskning om stress blant sykepleiere (Bailey&Clarke 1992, Roness 1995, Buijssen 1998, Matthisen & Roness 2002). Når det gjelder stress blant anestesisykepleiere, er det gjort en del internasjonal forskning på dette. Anestesisykepleiere oppfatter seg selv ifølge Jameson (2003), som vel kvalifiserte, kompetente, autonome, engasjerte og kostnadseffektive i sitt arbeid. De opplever imidlertid at de er defensive i forhold til å hevde egen faglig autonomi (Jameson 2003).

Den sterkeste stressoren for anestesisykepleiere er ifølge to amerikanske undersøkelser arbeidsrelaterte interpersonelle konflikter (Cavagnaro 1983, Perry 2002, 2005).

Anestesisykepleierne opplever stressorer på seks felt: i pasientarbeidet, i det generelle arbeidet som anestesisykepleier, i forholdet til medarbeidere, ved dårlig forberedte pasienter til kirurgi, det fysiske arbeidsmiljøet i operasjonssalen og fysiske stressorer. I pasientarbeidet er spesielle kirurgiske tilfelle så som f.eks. kirurgi på pre-mature, pasientkomplikasjoner og dødsfall under anestesi stressutløsende. Det er også dårlig forberedte pasienter (Perry 2002, 2005).

Om forholdet til medarbeidere svarer respondentene at legenes holdninger i arbeidet skaper stress for anestesisykepleierne (Cavagnaro 1983, Perry 2002, 2005). Jameson (2003) skriver at anestesisykepleierne mener at anestesilegene er mer pragmatisk medisinsk problemorientert, mens de beskriver seg selv som mer empatiske og at de er mer fokusert på ikke-medisinske aspekter av pasientbehandlingen. Perry (2002, 2005) sier at arbeidet ikke blir rettferdig fordelt mellom anestesisykepleierne og at de kvinnelige anestesisykepleierne opplever at de mannlige anestesisykepleierne blir behandlet mer likeverdig av anestesilegene. Stressopplevelser kan oppstå når noen presser på for å øke hastigheten i arbeidet og pasientproduksjonen for å nå produksjonsmålene. Anestesisykepleierne mener at andre medarbeidergrupper ikke har innsikt i og forståelse for anestesisykepleiernes oppgaver og ansvar. Dette skaper konflikter (Perry 2002, 2005).

Administrative stressorer som høy arbeidsmengde, produksjonspress, bemanningsspørsmål og turnus blir trukket frem av både Cavagnaro (1983) og Perry (2002, 2005). Bekymring for pasientsikkerheten på bekostning av produksjonsmål blir trukket frem som belastende. En del av anestesisykepleierne opplever det stress-forsterkende at ledelsen ikke er villige til å videreformidle deres opplevelse av stor arbeidsmengde (Perry 2002, 2005). Ledelsens holdninger trekkes også frem av Cavagnaro (1983) som en årsak til stress blant anestesisykepleierne. Anestesisykepleierne føler at det er vanskelig å ta fravær fra arbeidet uansett årsak, da de opplever at det vil gå ut over deres kolleger (Perry 2002, 2005).

Fysiske arbeidsmiljøstressorer som operasjonsrom uten vinduer, mye utstyr og mange mennesker i forhold til operasjonsstusens størrelse skaper stress (Perry 2002, 2005).

Ved søk i nordiske databaser finner man få publiserte forskningsartikler med fokus på arbeidsrelatert stress blant anestesisykepleiere. Welander (1994) finner at det interpersonelle samspillet betyr mye for om situasjoner oppleves som tilfredsstillende eller belastende for anestesisykepleiere. De belastende situasjonene er knyttet til samspillet med annet helsepersonell. Det handler ofte om konflikter omkring hvordan arbeidet skal organiseres og om samarbeidsformer. En annen svensk studie viser at nyutdannede anestesisykepleiere opplever at de har for lite tid til å møte pasientenes behov. Avdelingens forventninger og krav om effektivitet i pasientproduksjonen må ifølge de nyutdannede anestesisykepleierne gå foran pasientenes behov for omsorg, og de opplever det vanskelig å velge om de skulle handle ut fra avdelingens eller pasientenes beste. Dette gir en opplevelse av utilstrekkelighet (Mauleon & Ekman 2002).

Anestesisykepleier

I ALNSF's (2006a) idegrunnlag og funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere beskrives anestesisykepleiernes formål, ansvars- og funksjonsområder. Formålet med stillingen som anestesisykepleier er:

”Anestesisykepleieren skal ved hjelp av relevant kunnskap og sin kliniske kompetanse ivareta pasientens behov for sykepleie og anestesi i den pre-, per- og post- operative periode, ved spesielle undersøkelser/behandlinger, i akutte livstruende situasjoner og ved akutt eller kronisk smerte.

Anestesisykepleieren anvender spesialisert medisinsk utstyr og bidrar ved sin spesialkompetanse til at medisinsk behandling gjennomføres på en forsvarlig måte” (ALNSF 2006a, s.1).

Anestesisykepleierens ansvars- og funksjonsområder skal utføres i overensstemmelse med Lov om pasientrettigheter, Lov om helsepersonell, Lov om spesialisthelsetjenesten, Norsk Sykepleie Forbunds yrkesetiske retningslinjer og Standard for anestesi i Norge (ALNSF 2006b).

Funksjonsbeskrivelsen er gjengitt i sin helhet som et vedlegg (vedlegg 6) i denne besvarelsen.

Blant anestesisykepleiernes ansvars- og funksjonsområder er:

Pasientbehandling

- ivaretar pasientens krav til sikkerhet og kvalitet og beskytter mot uforsvarlig praksis*
- utøver sykepleie og anestesilogisk virksomhet på en forsvarlig og målrettet måte for å tilrettelegge for kirurgi og annen behandling eller undersøkelse*
- ved anestesiforløp som avviker fra det forventede, har plikt til snarest å varsle ansvarshavende lege*
- er ansvarlig for å holde høy hygienisk standard*
- skal medvirke til å redusere eller eliminere stressfaktorer som angst, usikkerhet og smerteopplevelse*
- anvender relevant medisinsk teknisk utstyr*

Undervisning

- deltar i undervisningsopplegg i forebyggende og helsefremmende arbeid i og utenfor sykehus*

Forskning og fagutvikling

- skal holde seg kontinuerlig oppdatert innen spesialiteten og tilegne seg ny forsknings- og erfaringsbasert kunnskap ved å: delta på kurs, følge ALNSF's etterutdanningsprogram, arrangere og delta i undervisningsopplegg som er relevant for fag- og funksjonsområde, delta i utarbeidelse og gjennomføring av kvalitetssikringsrutiner, kontinuerlig evaluere eget og andres arbeid, stimulere til og arbeide med fagutvikling og forskningsprosjekter i henhold til forskningsetiske retningslinjer.*

Ledelse og personalforvaltning (i samarbeid med ledelsen)

- er ansvarlig for at den sykepleien som utøves er i overensstemmelse med avdelingens og institusjonens målsetting*
- deltar i utarbeidelse av pre-, per- og postanestetiske prosedyrer og retningslinjer*

-koordinerer egen virksomhet og samarbeider med øvrige faggrupper
-har medansvar for ressursforvaltning innen gitte økonomiske rammer og dokumenterer økonomiske behov for å sikre kvaliteten på den anestesisykepleie som ytes til pasienten
-medvirker til at den enkelte gis anledning til individuell faglig utvikling
(ALNSF 2006a, s.2).

Om anestesisykepleierens plass i organisasjonen står det:

”Anestesisykepleier har et selvstendig sykepleiefaglig ansvar i forhold til sin kliniske yrkesutøvelse, er ansvarlig overfor nærmeste sykepleiefaglige leder og gjennomfører anestesi etter enhetens retningslinjer, på generell delegasjon eller etter forordning fra ansvarlig lege og i overensstemmelse med ”Standard for anestesi i Norge” (ALNSF 2006a, s.1).

Helse

Det er i dag to hovedretninger når det gjelder synet på helse; den biomedisinske retningen og den humanistiske retningen. Det biomedisinske synet på helse ser helse som en motsetning til sykdom. Kunnskap om faktorer som gir sykdom kalles patogenese. ”Pato” betyr sykdom og ”genese” betyr kilde / utgangspunkt. Det biomedisinske helsesynet tar utgangspunkt i sykdom og har et naturvitenskapelig filosofisk utgangspunkt med fokus på det patogene. Grunntanken er at kroppen er et mekanisk system hvor kroppens funksjoner forstås som et maskineri som må være velfungerende for å oppnå helse. Ut fra Descartes’ teorier (Tamm 1994) beskrives kropp og sjel som to separate deler. Denne todelingen beskrives som dualisme. Descartes beskrev at menneskekroppen kunne studeres uavhengig av oppbygning og funksjon, og at en dermed kunne komme frem til allmenngyldige, objektive sannheter om helse og sykdom. Helse defineres her som fravær av sykdom og foreligger når alle deler av kroppen fungerer slik som det anses å være normalt (Boorse 1977).

I den humanistiske retningen forekommer ulike syn på helse og sykdom. Helse beskrives som et kontinuum eller helse og sykdom oppfattes som ulike dimensjoner. De humanistiske retningene har ulike vitenskapsteoretiske utgangspunkt og bygger på ulike menneskesyn. Felles for de humanistiske retningene er at de ser på helse som noe mer enn fravær av sykdom. Humanismen tar avstand fra den biomedisinske oppdelingen av kropp og sjel og mener at disse elementene er uløselig knyttet sammen. Man ser mennesket som et aktivt og skapende vesen som tar del i et samspill mellom individ og den sammenhengen (miljøet) som mennesket er i (Medin & Alexanderson 2000).

Begrepet helse har vist seg vanskelig å definere på en måte som alle kan slutte seg til. Det har vært beskrevet ut fra ulike helseteorier.

WHO’s definisjon av helse beskriver helse som:

”Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity” (WHO 1948).

Medin & Alexanderson (2000) sier at denne definisjonen har blitt kritisert for å være utopisk og upraktisk med kravet om fullstendig velbefinnende (Downie et al. 1990). Dette helsebegrepet har senere blitt videreutviklet av WHO i en utvidet og mer humanistisk retning

hvor helse beskrives som en ressurs som har betydning for at en person skal kunne nå sine mål. Dette beskrives av WHO i Ottawa-charteret (1986) som:

”Good health is a major resource for social, economic and personal development and an important dimension of quality of life” (WHO 1986).

Dette kompletteres i samme dokument med et syn på helse som en aktivitet:

”Health is created and lived by people within the setting of their everyday life: where they learn, work, play and love” (WHO 1986).

Helse er her en aktivitet og en ressurs i menneskers daglige liv, inkludert deres arbeidsliv. I dokumentet beskrives også forutsetninger for helse:

”To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realise aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment” (WHO 1986).

Her trekkes omgivelsenes og miljøets betydning for helse frem. Omgivelser og miljø påvirker forutsetningene for helse hos den enkelte. Muligheten til å påvirke sine omgivelser og evnen til å mestre samspillet med omgivelsene er forutsetninger for helse. Hvis individet opplever at det har tilstrekkelige ressurser til å mestre, kan det fremme utvikling av helse. Hvis en opplever at omgivelsene er vanskelige å mestre, kan dette påvirke helsen negativt.

Blant de humanistiske helsemodellene er den salutogene, beskrevet av Antonovsky (1979, 2000), som har utgangspunkt i medisinsk sosiologi. Den ser på helse og sykdom som en kontinuerlig prosess hvor ingen av delene utelukker hverandre. Antonovsky har utviklet et syn på helse som ikke direkte beskriver hva helse er, men beskriver determinanter som ligger til grunn for utvikling av helse. Hans modell, salutogenesen, beskriver hva som gir helse, hvilke faktorer som påvirker helse og hva som gjør at en kan beholde helse til tross for at en utsettes for belastninger. Sentralt i modellen er begrepet ”sense of coherence” (SOC), som betyr ”opplevelse av sammenheng”. SOC består av de tre komponentene ”begripelighet”, ”håndterbarhet” og ”meningsfullhet”. Antonovsky definerer ”sense of coherence” som:

”Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken utstrekning man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) de stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø er strukturerte, forutsigelige og forståelige; (2) det står tilstrekkelige ressurser til rådighet for å klare de krav disse stimuli stiller; og (3) disse krav er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i.” (Antonovsky 2000, s. 37)

Med ”begripelighet” menes hvilken tenkning, intellektuell tolkning, innlært forståelse og forutsigbarhet som preger opplevelsen. Påvirkninger er begripelige når de er tydelige, ordnete og strukturerte slik at de oppfattes som forståelige og forutsigbare. ”Begripelighet” er den kognitive komponenten i ”sense of coherence”.

Med ”håndterbarhet” menes opplevelsen av tilstrekkelige egne ressurser og tilgjengelige ressurser i forhold til den utfordringen man står ovenfor. Dette påvirker atferden til den som opplever utfordringen. Denne delen av ”sense of coherence” betegnes som atferdskomponenten.

Med ”meningsfullhet” menes opplevelsen av verdi i hendelsen, hvilken motivasjon som skapes, det følelsesmessige engasjementet som hendelsen gir og vurdering av om det har

verdi å satse ressurser på å møte utfordringen. Denne "meningsfullheten" beskrives som motivasjonskomponenten av "sense of coherence".

Hvis individet opplever at det er en tilstrekkelig styrke i forholdet mellom disse tre determinantene, vil det styrke individets generelle motstandsressurser (GMR) og fremme helse. GMR er alle faktorer av fysisk, psykososial, åndelig og materiell art som bidrar til at individet kan se sin omverden som strukturert, begripelig, håndterbar og meningsfull.

Denne modellen forutsetter at individet har kognitiv evne og anledning til å gjøre intellektuelle refleksjoner basert på erfaring, bevisst vurdere tilgjengelige ressurser samt at individet vurderer verdien av å satse ressurser på å møte utfordringen / påkjenningen. Noen mennesker, for eksempel bevisstløse og pasienter som gjennomgår generell anestesi, vil ikke fylle forutsetningene for denne helsemodellen. Antonovsky (1991) hevder ikke at den salutogene oppfatningen av helse er tilstrekkelig til å omfatte helse som begrep på en universell måte. Han sier ikke at "sense of coherence" er det eneste som påvirker utviklingen av helse, men anerkjenner at andre faktorer virker inn. Han beskriver sentrale komponenter som bidrar til helse, men avviser ikke den biomedisinske kunnskapen om patogene faktorer som reduserer helse. Han mener at de to måtene å betrakte helse på, den salutogene og den patogene, begge er nødvendige for å bidra til en forståelse av hvordan man kan oppnå bedre helse (Antonovsky, 2000).

Antonovskys helsemodell anvender begreper som er gjenkjennbare, anvendelige og overførbare i de senere kapitlene om stress og stressmodeller. Den tar utgangspunkt i et menneskesyn som beskriver at mennesket har fri vilje, men at utviklingen av helse eller sykdom påvirkes av de utfordringer og påkjenninger som det enkelte individet opplever.

Disse forståelsene av helse ligger til grunn for gjennomføringen av denne undersøkelsen.

Folkehelsearbeid

Begrepet folkehelsearbeid beskrives som:

"Folkehelsearbeid er samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen. I dette ligger nødvendigheten av å styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon" (NOU 1998/18, kap. 3.9.4).

Mens tidligere tiders folkehelsearbeid tok utgangspunkt i alvorlige og livstruende sykdommer, må dagens i stor grad ta utgangspunkt i sunnhet og helse. Målet må i størst grad være å beholde god helse mer enn å kjempe seg ut av farlige sykdommer. I denne sammenheng vil de såkalte livsstilssykdommer og vårt levesett stå sentralt (NOU 1998/18, kap.3.2).

Folkehelsearbeid innebærer ifølge Stortingsmelding nr 16 "Resept for et sunnere Norge" (kap.1.1) å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse. De negative påvirkningsfaktorene virker helsenedbrytende, enten det er ting vi spiser og drikker, eller de befinner seg i det sosiale eller fysiske miljøet rundt oss. Positive faktorer handler blant annet om styrkende faktorer i miljøet rundt oss, om vårt forhold til våre nærmeste og de nettverk vi inngår i, og i hvilken grad livet oppleves å ha mening og å være forutsigbart og håndterbart. Dette kan kalles beskyttelses- eller mestringsfaktorer og gir individer og grupper bærekraft og slitestyrke.

Mange av de vanligste helseproblemene i dag kan relateres til stress (Währborg 2002). Statistisk Sentralbyrå (2006 a) melder at antall sykmeldinger, både egenmeldte og legemeldte, økte i 2006. Økningen var størst i statlig sektor og helsearbeiderne i denne sektoren har gjennom flere år hatt nesten ti prosent sykefravær. I denne undersøkelsen identifiseres faktorer som kan utløse stress blant anestesisykepleiere ansatt i statlig sektor. I et folkehelseperspektiv vil det være viktig at arbeidsgivere og arbeidstagere har kunnskap om og forholder seg til disse faktorene for å redusere helserisiko og bidra til god helse og funksjon.

Stress

Stress som begrep har vist seg vanskelig å definere, og oppfatningene om hva stress er har endret seg med tiden. Begrepet er kjent for de fleste, men det kan være vanskelig å måle objektivt og det lar seg heller ikke så lett beskrive subjektivt.

De koordinerte fysiologiske prosesser som kontinuerlig foregår for å opprettholde organismens stabile tilstand beskrives av Walter Cannon (1949). Han kalte dette for homeostase, som oversatt kan beskrives som likevekt, balanse. Cannon beskrev at det å opprettholde en slik stabil fysiologisk likevekt på tross av skiftende ytre omgivelser var en tilpasningsstrategi som kom som følge av evolusjon. Begrepet "stress" var ikke utviklet og lansert på dette tidspunkt.

Stressforskning har fokusert på kroppslige reaksjoner ved stress. Endokrinologen og stressforskeren Hans Selye (1956, 1975, 1976) lanserte "det generelle adaptasjonssyndromet" (GAS) som beskriver disse reaksjonene. Selye hevdet at stress og stressreaksjoner er en uspesifikk allmengyldig kroppslig reaksjon på enhver påvirkning som vi utsettes for. Han definerte at en stressor er et stimulus som fører til forutsigbare kroppslige reaksjoner og funksjonsforandringer. Selye anså at stress er en dynamisk prosess som utvikler seg trinnvis. Han beskrev at først inntreffer en alarmfase som inneholder en sjokkfase og så en mot-sjokkfase. Etter dette kommer en resistensfase hvor de kroppslige symptomer avtar og en ny likevekt inntreffer, blant annet ved hjelp av binyrebarkhormonet kortisol. Den tredje og siste fasen av en stressreaksjon beskriver Selye som utmatningsfasen hvor den kroppslige evnen til å tilpasse seg stressoren opphører, og i denne fasen vil det igjen frisettes mer av stresshormonene kortisol og adrenalin. Selye vurderer stress som faste, objektive hendelser og reaksjonsmønstre uten hensyn til individualitet.

Stress betegnes som "psykologisk stress" av Folkman og Lazarus (1984), og defineres som:

"Psychological stress is a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being." (Folkman og Lazarus 1984).

Stress beskrives som et forhold mellom et individ og omgivelsene. Her fremstilles stress kun som en negativ eller skadelig transaksjon mellom individ og miljø. Dette kritiseres av Antonovsky (2000) og Lundberg (2004) som skriver at kortvarig stress med mobilisering av egne ressurser kan være sunt og oppleves som en positiv ting som kan fremme utvikling av homeostase.

Den fleksible tilpasningen til ulike belastninger omtaler Sterling og Eyer (1988) som allostase. Langvarig stress med kontinuerlig sterk mobilisering av egne ressurser kan utvikle seg til en allostatisk belastning som kan gi helseskader.

Det er individuelle forskjeller mellom mennesker om hva de oppfatter som belastende og ikke-belastende. Währborg (2002 s.41) beskriver stress som:

”De psykologiske og fysiologiske reaksjoner som opptrer ved ytre eller indre belastninger og som en følge av dette gir opphav til funksjonsforandringer av potensielt patologisk natur.”

Han sier at ordet ”potensielt” er viktig fordi stressreaksjonene som oppstår kan være forbigående og uten negative helsemessige konsekvenser. Han kaller denne formen for stress for funksjonell stress. Stressreaksjoner som gir helseskader kaller han dysfunksjonell stress. Währborg skriver også at stress er en konsekvens av ulike forhold som vi delvis reagerer ulikt på, og at skadeligheten av ulike stressorer varierer biologisk mellom individer, avhengig av situasjonen og individuell sårbarhet.

Denne besvarelsen anvender Währborgs definisjon av stress da denne definisjonen gir en dynamisk beskrivelse av fenomenet stress. Den beskriver at stress er personens potensielle respons, både psykologisk og fysiologisk, på ytre eller indre stimuli.

Utvikling av stress

Det enkelte menneskes respons på stressorer i omgivelsene påvirkes av mange faktorer. Alle mennesker har en unik genetisk arv med seg og alle har unike livshistorier med ulike erfaringer av respons fra sine omgivelser. Utvikling av stressreaksjoner hos et menneske er en individuell respons på ytre eller indre stimuli. Währborg (2002) sier at påvirkning fra våre omgivelser (stressorer) registreres av sanseapparatet og hjernen registrerer, tolker og opplever dette. Individets respons på disse stressorene stimuleres ikke bare av den intellektuelle tolkningen, men påvirkes i det limbiske systemet i hjernen av følelser, drifter og erfaringer som knyttes til stressoren. Den kroppslige responsen på en stressor er videre delvis viljestyrt gjennom aktive, bevisste handlinger og til dels styrt av endokrin (hormonell) respons og reaksjoner i den delen av nervesystemet som ikke er underlagt viljens kontroll; det autonome nervesystemet. Hypothalamus er det overordnede senter for både den endokrine og den autonome nerveresponsen. Responsen fra de overordnede endokrine organer i hypothalamus og hypofyse samt det autonome nervesystemet påvirker de fleste organsystemer i kroppen. Det gjør at vår oppfatning av våre omgivelser og stressorene i omgivelsene ikke bare er en mental bevissthetsakt, men at stressorene påvirker også vår kroppslige respons, delvis uavhengig av vår vilje.

Man kan skille mellom begrepene ”spenning” og ”stress”. Spenning er stimuli som kan bedømmes som positive eller irrelevante og ikke truer eller overskrider personens ressurser. Disse stimuli kan resultere i personlig vekst og utvikling etter en avspenningsfase. Stress er en trussel mot eget velbefinnende og en situasjon hvor man bedømmer stimuli som belastende fordi de overskrider personens egne ressurser. Stress kan oppstå når det ikke skjer en avspenning etter situasjonen og kan forårsake somatisk og psykisk sykdom (Antonovsky 2000).

Kunnskapen om hvordan stress kan påvirke vår helse er i dag omfattende. Stress er både en årsak til og en reaksjon ved ulike symptomer og sykdommer. Det er vanskelig å avgjøre hva som forårsaker hva og hva som kommer først. Währborg (2002) deler stress som sykdomsårsak inn i to hovedkategorier:

1) tilstander der stress kan anses å være en nødvendig årsaksfaktor

2) tilstander der stress kan være en kritisk årsaksfaktor.

Til den første kategorien hører primære stressykdommer som maladaptivt stressyndrom, post-traumatisk stressyndrom (PTSD), utbrenthet og utmatningsdepresjon. Disse tilstandene forbindes blant annet med belastninger i arbeidslivet og med sterke opplevelser som tap av nær pårørende, ulykker, overgrep, tortur etc.

Den andre kategorien inneholder sykdommer som assosieres med stress som en faktor til somatisk sykdomsutvikling; de stressrelaterte sykdommer. Det er solid vitenskapelig dokumentasjon på at stress kan påvirke sykdomsutvikling i mange organsystemer. Ved hjerte-/kar-sykdommer har stress betydning for utvikling av ischemisk hjertesykdom, hypertensjon og sykdommer i hjertets klaffer (Folkow 1982, Kaplan et al 1982, James et al 2000). Stress kan utløse sykdomsreaksjoner fra mage-tarm-kanalen som dyspepsi, colon irritable, diarè og forstoppelse (Wolman 1988, Rome II 1999). Sykdommer som er relatert til ernæring og næringsomsetning i kroppen som for eksempel diabetes type 2, fedme og det metabolske syndromet knyttes i nyere forskning til stress (Rooth 2000, Ljung 2001). Det er påvist at langvarig stress svekker immunforsvaret slik at individer blir mer utsatt for infeksjonssykdommer (Sternberg 1992, McEwen et al 1997). Opplevelsen av og toleransen for smerte påvirkes av stress samtidig som man vet at stress kan forårsake kroppslige smerter (Mason 1999, Währborg 2001).

Ved stress har vi ulike forestillinger om hva som forårsaker til tilstanden. Personer som oppfatter at ansvaret ligger hos dem selv og at de selv kan påvirke situasjonen, har et indre "locus of control". Ved en oppfatning om at man selv ikke kan ta ansvar for situasjonen eller påvirke den vil man legge ansvaret for å løse situasjonen hos andre. Dette kalles eksternt "locus of control". Slik bristende egenmakt er assosiert med økt risiko for å utvikle stress og helseproblemer (Währborg 2002).

The Copenhagen Stress Model (COPSOQ).

Kristensen (2004, 2005) har utviklet en stressmodell som kalles "The Copenhagen Stress modell" (COPSOQ). COPSOQ-modellen er basert på 16 forskjellige spørreskjemaer om emnet som er utarbeidet i Finland, Sverige, Storbritannia, USA, Danmark og Nederland. Ut fra disse ble et spørreskjema på 141 spørsmål fra 30 dimensjoner av psykososialt stress utviklet og testet på 1858 danske arbeidstagere. Resultatene ble testet for indre konsistens, faktorenes validitet, manglende verdier og svarmønstre. Ut fra dette er det utviklet tre modeller av ulike omfang. Den mest omfattende modellen er for forskere, den middels store modellen er for de som i sitt yrke arbeider med psykososiale spørsmål. Den korteste versjonen er beregnet til å kartlegge arbeidsmiljøfaktorer ved den enkelte arbeidsplass. Spørreskjemaet er nå oversatt til flere språk, blant annet engelsk og japansk.

Spørreskjemaet har vært brukt av mange forskere, etater og institusjoner i Danmark de siste årene. Tilbakemeldingene har vært positive fordi spørreskjemaet har vist seg egnet til å fremskaffe valide resultater om arbeidsmiljø og stress. Et av målene med utviklingen av modellen var å utvikle spørreskjemaer som er anvendelige på flere nivåer av brukere samtidig som resultatene skal være reliable og valide. Kristensen mener at modellen har forbedret kommunikasjonen mellom forskere, de som arbeider med arbeidsmiljø og arbeidsplassene.

Til den åttende internasjonale konferansen om atferdsmedisin i Mainz i 2004 beskriver Kristensen (2004) de seks basale dimensjoner av stressorer i arbeidet som han kaller ”The Six Golden Nuggets” som betyr de seks gullkornene. Disse er:

1. Influen (innflytelse)
2. Social support (Sosial støtte)
3. Predictability (Forutsigbarhet)
4. Meaning (Mening)
5. Rewards (Belønning)
6. Demands (Krav).

Hensikten med undersøkelsen

Hensikten med undersøkelsen er å få mer kunnskap om arbeidsrelatert stress blant anestesisykepleiere. Det er lite kunnskap om dette emnet i en nordisk kontekst.

Problemformuleringen for undersøkelsen er:

”Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid, og hvordan påvirker dette dem?”

Ut fra tidligere kjent forskning undersøkes anestesisykepleiernes opplevelser av stress i fire perspektiv: i pasientarbeidet, i forhold til kolleger, i forhold til ledelse/administrasjon og andre forhold som kan forårsake stress.

Dette belyses ut fra seks basale dimensjoner av stressorer: Innflytelse, sosial støtte, forutsigelighet, mening, krav og belønning.

METODE

Valg av metode

Når en skal velge forskningsmetode er det viktig at forskeren velger den metoden som best kan gi svar på de aktuelle forskningsspørsmålene. Lorentsen (1998) sier at spørsmålet bestemmer metoden. Det ville være mulig å anvende COPSOQ eller å konstruere et kvantitativt spørreskjema ut fra tidligere kjent forskning om stress blant anestesisykepleiere eller andre sykepleiergrupper i Norden. Kvantitative spørreundersøkelser bygger på kjent kunnskap som anvendes i spørreskjemaer for å avdekke omfang av et valgt problem og vurdere sammenhenger mellom viktige variabler.

Perry (2002) sier at det savnes kvalitative undersøkelser om stress blant anestesisykepleiere. Kvalitative undersøkelser har i utgangspunktet ofte en induktiv tilnærming til datainnsamling hvor man søker å gå fra empiri til teori. Dette innebærer at forskeren forsøker å samle inn data så åpent som mulig og å legge så få føringer som mulig på det som skal undersøkes. Åpenhet gjør at kvalitative data egner seg til eksplorerende undersøkelser. Denne åpenheten fremmes av nærhet mellom forskeren og den som blir intervjuet ved at datainnsamlingen foregår ved

dialog. Åpenhet og nærhet kan igjen føre til en svært mangfoldig og nyansert datainnsamling som kan belyse problemstillingen fra mange sider (Jacobsen 2003). En induktiv tilnærming uten andre rammer enn å presentere et valgt emne eller begrep kan gi rik informasjon med mange nyanser, men det er svært krevende for forskeren å forholde seg en slik kompleksitet. Det velges derfor å bruke en delvis deduktiv tilnærming med utgangspunkt i definerte dimensjoner av stress og forhold som tidligere forskning har beskrevet som sentrale for utvikling av stress blant anestesisykepleiere. Emnet stress inneholder en betydelig del av subjektive vurderinger, og det er disse subjektive opplevelsene og vurderingene en ønsker å utvikle kunnskap om i denne undersøkelsen.

Innen kvalitativ forskning finnes flere ulike vitenskapsteorier med ulike vitenskapsfilosofiske grunnlag. Metodene har ulikheter i fra hvilke disipliner de springer ut fra. De har også ulike fokus på hva som observeres og spørsmålsstillingene blir derfor ulike, men felles er at de henter kunnskap ut fra individers egne beretninger i samhandling med forskeren. Forskningsstrategien bestemmes ut fra forskningsspørsmålets natur og hver strategi gir ulike og delvis ulike perspektiv og resultater. Det er ulikheter mellom metodene når det gjelder forkunnskapskrav hos forskeren. Det er også ulikheter i analyseprosessene, men felles er at alle metodene sikter mot å fremskaffe kunnskap som får frem det sentrale og unike for emnet som studeres.

Det kvalitative forskningsintervjuet.

For å få tilgang til denne kunnskapen hos respondentene er det gjennomført kvalitative forskningsintervjuer etter beskrivelse av Kvale (1997). Han skriver:

”Det kvalitative forskningsinterview forsøker at forstå verden fra interviewpersonernes synspunkt, utfolde meningen i folks opplevelser, afdække deres livsverden, førend der gives videnskabelige forklaringer” (Kvale 1997, s. 15).

Kvalitative intervjuer er temaorientert. I undersøkelsen er det anvendt en form for profesjonelt forskningsintervju som Kvale (1997) beskriver som det halvstrukturerte livsverdensintervju. Han definerer dette som:

”...et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener.” (Kvale 1997, s. 19).

Denne forskningsformen fokuserer ikke på data som skal måles og kvantifiseres, men søker å forstå emner i den daglige livsverden ut fra den intervjuedes eget perspektiv.

Kvale (1997) sier at formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å beskrive og forstå de sentrale elementer som den intervjuede opplever og formidler om det aktuelle temaet. Man kan som forsker velge ulike perspektiver; man kan for eksempel fokusere på den sosiale sammenhengen temaet foregår i eller velge å se på likheter eller ulikheter i svarene fra respondentene. I kvalitative forskningsintervjuer søker forskeren å få innsikt i hva respondentene mener, både det som konkret sies (det faktuelle plan) og det som er den underliggende mening i det som sies (meningsplanet). Forskeren registrerer og tolker hva som sies og hvordan det sies. Under intervjuet kan forskeren presentere sin forståelse av hva den intervjuede har sagt til respondenten, slik at denne kan bekrefte eller avkrefte, eventuelt nyansere, forskerens tolkning. Det kvalitative forskningsintervju sikter mot å få frem forskjellige aspekter av den intervjuedes livsverden og fokuserer på å innhente ufortolkede beskrivelser hvor de intervjuede beskriver så presist som mulig hva de opplever og hvordan

de handler. Nyansene som kommer frem gir et bilde av det studerte fenomenets kvalitative variasjon. Man ønsker å få frem konkrete beskrivelser av respondentenes opplevelser og reaksjoner omkring det aktuelle emnet, ikke respondentens generelle oppfatninger om emnet (Kvale 1997).

Forskeren leder den intervjuede til bestemte temaer under samtalen, men ikke til bestemte meninger om emnet. Man må være åpen for nye og uventede fenomener under intervjuet, og søke å utforske disse. Bevisst naivitet krever også en kritisk bevissthet fra forskerens side om egen forforståelse og egne forutsetninger for å registrere og tolke det den intervjuede beskriver. Respondentenes utsagn kan ha mange fortolkningsmuligheter, være flertydige og kan være motsetningsfylte. Det er viktig at forskeren i slike tilfelle ber den intervjuede å utdype hva hun/han mener. Kravet om sensitivitet og forhåndskunnskap om det aktuelle emnet står i motsetning til den bevisste naiviteten som kreves av forskeren. Det sentrale er at forskeren med sin forhåndskunnskap evner å få frem intervjutemaets ulike nyanser og stimulerer de intervjuede til rikholdig refleksjon over emnet (Kvale 1997).

En intervjusituasjon kan føre til at den intervjuede underveis i intervjuet eller etterpå oppdager nye aspekter ved det man har snakket om som han/hun ikke har vært oppmerksom på, og som skaper ny betydning. Det hendte flere ganger under intervjuene at respondentene selv ble oppmerksomme på aspekter ved emnet som ikke var bevisst for dem før de ble intervjuet. Intervjusituasjonen inneholder en dialog med gjensidig påvirkning mellom den som intervjuer og den som blir intervjuet. Intervjusituasjonen kan være positivt stimulerende for begge, men kan også aktivere forsvarsmekanismer. Den gjensidige påvirkningen på kognitivt og emosjonelt nivå kan være en positiv side ved et kvalitativt intervju, samtidig som det kan være en mulig feilkilde (Kvale 1997).

Innpass til forskningsfeltet

Etter at undersøkelsen var blitt vurdert av Regional etisk komité (vedlegg 1) og godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (vedlegg 2) ble tre sykehus kontaktet, både muntlig per telefon og skriftlig ved brev. Det første brevet (vedlegg 4) var til overordnede ledere som ble forespurt om tillatelse til at intervjuene kunne gjennomføres ved institusjonen. I dette brevet ble alle relevante papirer om undersøkelsen vedlagt, inklusiv informasjon til respondentene, svarslipp og frankerte svarkonvolutter. Etter videre dialog med de overordnede lederne ble undersøkelsen tillatt ved alle de tre sykehusene som ble forespurt. Avdelingslederne presenterte så undersøkelsen for de ansatte. De som ønsket å delta sendte tilbake utfylte svarslipper (vedlegg 5) hvor de oppga navn, institusjon, telefonnummer og email-adresse samt antall år de hadde arbeidet som anestesisykepleiere, alder, kjønn og stillingsstørrelse. Aktuelle kandidater ble kontaktet direkte på telefon, og tid og sted for intervjuet ble avtalt. Ved flere tilfelle meldte det seg spontant flere som ønsket å bli intervjuet uten at de hadde sendt inn svarslippen. Ut fra en vurdering om hvordan dette ville påvirke utvalget ble dette akseptert eller avvist.

Utvalg og utvalgskriterier

Deltagerne i denne undersøkelsen er ti yrkesaktive anestesisykepleiere ved tre ulike sykehus i den sørlige delen av Norge. Intervjuene er gjennomført på tre sykehus fordi dette reduserer faren for at lokalt dominerende enkeltstressorer som for eksempel en lokal konflikt skal bli

dominerende i materialet. Samtidig styrkes informantenes anonymitet. Materialet er anonymisert og kan ikke knyttes til ett enkelt arbeidssted eller forårsake identifisering av personer og hendelser. Sykehusene har ulike funksjoner: Et av dem har regionsykehusoppgaver, et av dem har oppgaver på nivå med de tidligere sentralsykehusene mens det tredje har oppgaver på lokalsykehusnivå.

Det er gjort et delvis strategisk utvalg ut fra hvor mange år respondentene har arbeidet som anestesisykepleier, alder, kjønn og stillingsstørrelse, så langt det har vært mulig i forhold til tilgjengelige respondenter. Dette er gjort ut fra ønsket om å få en så bredt sammensatt respondentgruppe som mulig for å få frem ulike oppfatninger om arbeidsrelatert stress som anestesisykepleier. Kriteriene for utvalget har vært å få en sammensetning av respondenter som er så nært opp til sammensetningen av ALNSF's medlemsmasse som mulig i forhold til foran nevnte faktorer. Antallet respondenter som svarte at de ville delta i undersøkelsen var ikke tilstrekkelig til å oppnå dette helt, men som tallene under viser er fordelingen av respondenter i nærheten av dette. Utvalget er ikke stort nok til å være statistisk representativt slik at resultatene kan generaliseres som i kvantitative studier. Sammensetningen av respondenter fordeler seg slik:

Tre av intervjuene ble foretatt på et mindre sykehus, fire på et middels stort sykehus og tre på et sykehus med regionale oppgaver. Seks av respondentene er kvinner, fire er menn. Gjennomsnittsalderen er omtrent 45 år med respondenter fra 30 til 60 år. Tre av respondentene er i alderen 30-40 år, tre respondenter er i alderen 40-50 år og fire respondenter er i alderen 50-60 år.

To av respondentene har arbeidet fra to til fem år som anestesisykepleier, én har arbeidet fra fem til ti år, to har arbeidet fra 10-15 år og fem har arbeidet mer enn 20 år som anestesisykepleiere.

Respondentenes stillingsstørrelse varierer fra 70-100 % stilling. Syv av respondentene arbeider 100 % stilling, tre av respondentene arbeider deltidsstilling. To av respondentene har lederfunksjoner som fagutvikler eller koordinator.

Ifølge Norsk Sykepleierforbund (2006) er det 1566 medlemmer i ALNSF (Anestesisykepleiernes Landsforening av Norsk Sykepleierforbund) i september 2006, som er tidspunktet for gjennomføringen av intervjuene. Det er 1179 kvinnelige og 387 mannlige medlemmer. Aldersfordelingen av medlemmer i ALNSF på dette tidspunktet er:

Tabell 1. Aldersfordeling av medlemmer i ALNSF september 2006.

Alder	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60 år +
Antall	7	295	567	599	98
Prosent	0,5	19	36	38	6

Aldersfordelingen hos respondentene i denne undersøkelsen er:

Tabell 2. Aldersfordeling hos respondentene i denne undersøkelsen:

Alder	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60 år +
Antall	0	3	3	4	0
Prosent	0	30	30	40	0

Mannlige respondenter i intervjugruppen utgjør 40 %, mens det er omtrent 25 % mannlige anestesisykepleiere i ALNSF. Respondentgruppen har et lite overtall av anestesisykepleiere under 40 år i forhold til landsgjennomsnittet.

Intervjuguide

Den halvstrukturerte intervjuguiden (vedlegg 3) er utarbeidet på grunnlag av følgende kilder:

Den ene hoveddelen er basert på tidligere forskning på stress blant anestesisykepleiere. Det synes det å fremstå fire hovedkategorier av områder hvor anestesisykepleiere opplever arbeidsrelatert stress: i pasientarbeidet, i forhold til medarbeidere, i forhold til ledelse / administrasjon og i forhold til fysiske rammefaktorer.

Den andre hoveddelen av intervjuguiden er "The Six Golden Nuggets" i "The Copenhagen Stress Model" (Kristensen, 2004). I denne besvarelsen er disse "Six Golden Nuggets" benyttet i intervjuguiden som utgangspunkt for å stille åpne spørsmål om faktorene i en kvalitativ undersøkelse. Åpne spørsmål ble brukt ved introduksjonen til hvert intervjutema. Eksempler på bruk av åpne spørsmål kan være: "Hva forbinder du med belønning i arbeidet som anestesisykepleier?", "Hva tenker du om forutsigbarhet i arbeidet?" eller "Hvordan opplever du den sosiale støtten i arbeidsmiljøet?". De åpne spørsmålene knyttet til momentene i intervjuguiden ble under intervjuene utdypet ved hjelp av oppfølgingsspørsmål for å få en dypere forståelse av respondentenes utsagn. Eksempler på dette kan være "Kan du fortelle mer om dette?" eller "Hva gjør dette med deg?".

Intervjuer og transkribering

Før gjennomføringen av undersøkelsens egentlige intervjuer ble det foretatt to pilotintervjuer av anestesisykepleiere ved et sykehus som er geografisk nærmere forskerens hjemsted og hvor respondentene kjente forskeren. Dette ble gjort for å prøve ut intervjuguiden og lydopptagerutstyret.

Intervjuene i undersøkelsen ble gjennomført ved tre sykehus i samme helseregion som ligger ca. 250 – 350 km fra forskerens hjemsted. Gjennomføringen av intervjuene ble gjort på arbeidsplassen i arbeidstiden i rom som var utenfor selve avdelingen. Dette gjorde at det ble lite forstyrrelser under intervjuene. Ved alle tre sykehusene var avdelingslederne positive og aktive for å tilrettelegge gjennomføringen av intervjuene.

Intervjuene ble tatt opp med en digital lydopptager og lydfilene ble overført til en portabel datamaskin samt lagret på en minnebrikke. En digital lydopptager ga ganske gode lydopptak, men det var nødvendig å overføre lydfilene til andre medier da kapasiteten på den digitale

lydopptageren var begrenset tidsmessig. Under intervjuene ble kun intervjuguide og lydopptager benyttet for å ha optimalt fokus på hva respondenten sa og hvordan det ble sagt for å komme med relevante oppfølgingsspørsmål. Spørsmålene som ble brukt var åpne spørsmål med vide svarmuligheter. Oppfølgingsspørsmålene var eksplorerende og utdypende for å få tydeligere innsikt i hva respondenten mente eller hadde form av spørsmål om forskerens forståelse av det som ble sagt var korrekt. Straks etter intervjuene ble det gjort skriftlige notater om intervjuets kontekst, fremdrift, inntrykk av hovedbudskap, non-verbal kommunikasjon og andre momenter som ble oppfattet som kompletterende til lydopptak og senere tekstmateriale.

Ordrett transkribering til tekst ble gjort kort tid etter intervjuene.

Analysemetode

Kvale (1997) sier at det finnes flere måter å organisere intervjutekstene, sammenfatte betydninger og avklare implisitte betydninger av det som er sagt. Han beskriver fem hovedmåter å gjøre dette på; meningskategorisering, meningskondensering, narrativ meningsstrukturering, meningsfortolkning og ad-hoc-metoder. Det er anvendt meningskondensering med etterfølgende meningskategorisering som analyseform. Under analysearbeidet er utsagnene fra de intervjuede kodet og plassert i underkategorier som videre er samlet under hovedkategorier. Plasseringen i kategorier er gjort så nær de intervjuedes subjektive selvforståelse som mulig, slik at de intervjuede i prinsippet vil kunne gjenkjenne og akseptere kategoriseringen av deres utsagn.

Analysen av intervjuene er gjort slik Kvale (1997) beskriver. Første trinn i analysen er at respondentene beskriver sine opplevelser i forhold til et emne. Det andre trinnet er at de selv oppdager nye sider ved emnet under intervjuet. Det tredje trinnet i analysen er at den som intervjuer fortolker respondentens utsagn slik at respondenten kan bekrefte eller avkrefte intervjuerens forståelse av det som har blitt sagt. Som fjerde trinn fortolkes det transkriberte intervjuet. Dette skjer ved gjennomlesing og strukturering av hele materialet. Deretter gjøres en avklaring av materialet ved at en eliminerer tekst som gir lite informasjon, slik som innholdsmessige sidesprang og gjentakelser. I den endelige analyse tolkes respondentenes forståelser av det aktuelle temaet og forskeren tilfører nye perspektiv i forståelsen av temaet. Det sjette punktet om gjenintervju er ikke benyttet i denne undersøkelsen.

Utsagnene er tolket i tre kontekster (Kvale 1997). Først er de tolket i forhold til selvforståelse hvor forskeren forsøker å få frem hva den intervjuede selv forstår med det han eller hun sier. I dette arbeidet er det viktig at forskeren setter sin egen forforståelse til side og konsentrerer seg helt om hva den intervjuede virkelig mener å si. Den andre konteksten er å tolke utsagnene ut fra en kritisk forståelse basert på allmenne oppfatninger av sunn fornuft. Her kan man trekke inn alminnelig kjent kunnskap og se denne opp mot de intervjuedes utsagn. Man kan i denne konteksten lete etter selvmotsigelser, nonverbal kommunikasjon og holdninger som påvirker forståelsen av utsagnene. I den tredje konteksten anlegges det en teoretisk forståelsesramme til fortolkning av utsagnene. Fortolkningen går utenfor de to tidligere kontekstene og man forsøker å tolke den underliggende meningen med den intervjuedes utsagn ut fra kjent forskning og det teoretiske rammeverket for undersøkelsen.

Den åpne tilnærmingen i kvalitative undersøkelser gjør at man starter med det spesielle som fremkommer i hvert enkelt intervju. Man beveger seg deretter mot det generelle for å se sammenhenger og knytte dette til teori, før man igjen går tilbake til det spesielle og ser om det

generelle tilsvarer det spesielle. Denne kontinuerlige bevegelsen mellom det spesielle og det generelle er i prinsippet en uendelig prosess, men i praksis stanser den når man har nådd frem til en enhetlig mening uten indre motsigelser. Dette kalles en hermeneutisk tilnærming til materialet. Hermeneutikk er studiet av tekstfortolkning. Formålet med hermeneutiske fortolkninger er å nå frem til en allmenn, gyldig forståelse av en teksts betydning. Analysen av materialet i denne undersøkelsen er utført som en hermeneutisk sirkulær tilnærming hvor en tilstreber samsvar mellom det spesielle og det generelle (Kvale 1997, Jacobsen 2003).

Forskerens rolle

Under kvalitative intervju-undersøkelser vil forskeren selv være måleinstrumentet og være en del av forskningsprosessen (Kvale 1997). Forskerens forforståelse av emnet er av betydning. Ved at forskeren har samme yrkesbakgrunn som respondentene kan det være fare for at egne synspunkter kan påvirke materialet. Før undersøkelsen var min erfaring at det er mange potensielle stress-situasjoner i arbeidet som anestesisykepleier. Det har virket som at noen situasjoner oppleves som stressende av de fleste kollegene, mens andre opplevelser skaper stress hos enkeltpersoner. Min erfaring er at mine egne reaksjoner i noen tilfelle stemmer overens med kollegenes, andre ganger kan vurderingene være ulike. Denne erfarte variasjonen i opplevelser gjør at jeg er bevisst om at det er respondentenes erfaringer som her skal formidles, og ikke mine egne oppfatninger. Det er sentralt at egen forforståelse i størst mulig grad blir satt til side under forarbeidet til undersøkelsen, i intervjusituasjon og ved analysen av datamaterialet.

Forskeren og den intervjuede vil gjensidig påvirke hverandre under intervjusituasjonen. I det profesjonelle forskningsintervjuet vil det være en maktassymetri mellom forskeren og den intervjuede ved at forskeren kan styre samtalens innhold ved sine spørsmål (Kvale 1997). Kvaliteten på datamaterialet som fremkommer under intervjuet vil påvirkes av forskerens evne til å skape tillit og nærhet samtidig som man beholder en profesjonell avstand for å ivareta innhold og form på en forskningsmessig måte. Repstad (1998) beskriver dette som å veksle mellom distanse og nærhet i intervjusituasjonen. Kvale (1997) sier at viktige kvalifikasjonskriterier for forskeren som intervjuer er at han/hun er velinformert om intervjuemnet, har evnen til å strukturere og styre intervjuet, stiller tydelige spørsmål med åpne svarmuligheter, er vennlig, åpen og samtidig sensitiv overfor det som sies samtidig som han/hun har evne til å huske, fortolke og være kritisk lyttende til det som sies uten å være direkte konfronterende. I denne undersøkelsen har forskeren og de intervjuede samme yrkesbakgrunn. Det gjør at begge parter har en gjensidig lik forståelse av terminologi.

Pålitelighet og gyldighet

Kvale (1997) sier at verifikasjon av pålitelighet (reliabilitet) og gyldighet (validitet) må foregå som en løpende kvalitetskontroll gjennom hele forskningsprosessen. Påliteligheten ved en intervju-undersøkelse kan påvirkes av ledende spørsmål, transkriberingsmetode, kategoriseringen av svar og intervjuerens subjektivitet. Påliteligheten handler om forskningsresultatenes konsistens. Gyldigheten er et utsagns sannhet og korrekthet. Gyldighet dreier seg om en metode undersøker det den har til formål å undersøke og i hvilket omfang observasjonene faktisk avspeiler de fenomener eller variabler som vi undersøker (Kvale 1997).

Ifølge Kvale (1997) foregår vurderingen av gyldighet (validitet) i syv stadier:

Under tematiseringen vurderes hvor sikre undersøkelsens teoretiske forutsetninger er og om det er logisk samsvar mellom teori og forskningsspørsmål. En vurderer om undersøkelsens design er hensiktsmessig i forhold til undersøkelsens tema og formål. Man vurderer kvaliteten av selve intervjuet og troverdigheten av det de intervjuede sier, og den intervjuedes mening må kontrolleres under intervjuet. Transkriberingen vurderes. I denne undersøkelsen er ordrett transkribering valgt. I analysedelen vurderes om spørsmålene som stilles er relevante og om forskerens tolkninger er logiske og fornuftige. Man gjør en vurdering av gyldighet (validitet) og hvilke valideringsformer som er relevante for undersøkelsen. Man vurderer så om rapporten er en gyldig redegjørelse av undersøkelsens resultat. En gyldig slutning er korrekt utledet fra dens premisser.

Gjennom alle faser av undersøkelsen har det vært gjort en løpende kontroll av at det er samsvar mellom forskningsspørsmål, teori, metode og resultater. Analysen og diskusjonen av resultatene er gjort i henhold til Kvales (1997) beskrivelse av analyseprosessen.

Etiske overveielser

En intervju-undersøkelse er forskning med mennesker som deltagere og skal tjene både vitenskapelige og menneskelige interesser. De etiske aspekter av undersøkelsen må vurderes i alle stadier av forskningsprosessen. Kvale (1997) tar opp etiske spørsmål ved begynnelsen av en intervjuundersøkelse. Det første er å vurdere fordelaktige konsekvenser av undersøkelsen og det beskrives i kapitlet om undersøkelsens hensikt. En annen side er at en må ha informert samtykke fra deltagerne i undersøkelsen. Informert samtykke innebærer at deltagerne informeres om undersøkelsen formål, mulige risikofaktorer ved å delta slik at aktuelle deltagere kan vurdere om de ønsker å delta i undersøkelsen. Informasjonen skal beskrive at man kan trekke seg fra undersøkelsen på ethvert tidspunkt uten at det får konsekvenser for deltageren. Det er gjort i denne undersøkelsen.

Fortrolighet i forskning betyr at private data som deltageren gir fra seg skal behandles fortrolig, og ikke være gjenkjennbare av andre i undersøkelsens fremstilling. Det er informert om hva undersøkelsen skal brukes til og hvem den retter seg mot. Informasjon fra deltagerne i undersøkelsen skal forskeren ikke bringe videre til overordnede eller andre som kan identifisere respondenten. Dette er ivarettatt i undersøkelsen. Sitater fra deltagerne blir benyttet i teksten, men det blir anonymisert hvem som har sagt hva. Ingen navn eller fiktive navn blir brukt. Deltagerne har blitt informert om at andre forskere kan få tilgang til materialet, men at dette da vil være anonymisert og deres identitet hemmeligholdt. Informasjon om disse etiske rammer har blitt gitt til respondentene både skriftlig og muntlig.

Konsekvensene av å delta i en intervjuundersøkelse må vurderes; hvilke fordeler og ulemper vil det være for deltagerne i undersøkelsen at de deltar i den? I denne undersøkelsen er deltagerne voksne autonome yrkesaktive personer som gjennom sin utdanningsbakgrunn har en viss innsikt i etiske aspekter ved slike undersøkelser. De har fått informasjon skriftlig og muntlig. De har derfor et godt grunnlag for å vurdere hvilke opplysninger de vil dele med forskeren. Det kan fremkomme opplysninger som kan fremkalle sterke følelser hos deltagerne i en undersøkelse. Forskeren må da være beredt på å veilede deltageren om hvor han/hun kan få hjelp til å bearbeide hendelsen. Forskerens veileder kan her være forskerens rådgiver. Forskeren skal ikke selv involvere seg i noen form for terapeutisk behandling. Det har ikke vært nødvendig med noen form for oppfølging av respondentene i denne undersøkelsen.

Forskeren har ansvar for å identifisere etiske spørsmål og vise ansvarlighet. Forskeren har vitenskapelig ansvar ved at forskningsresultatene er så kontrollert og verifisert som mulig. Forskerens uavhengighet er viktig for at ikke resultatene skal påvirkes av forskerens forhold til deltagerne eller deres arbeidsgiver. Intervjuene er derfor gjort ved sykehus som forskeren ikke har noe nært faglig eller på andre måter nært profesjonelt eller personlig forhold til. Forskeren kan også bli påvirket av sponsorer som støtter prosjektet og som kan ønske bestemte resultater. Denne undersøkelsen har fått økonomisk støtte fra forskerens arbeidsgiver, Høgskolen i Agder, i form av FOU-tid samt støtte til reiser og fra ALNSF (Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund) i form av et stipend. Ingen av disse har på noen måte forsøkt å påvirke undersøkelsens utforming eller resultater.

Undersøkelsen er vurdert av Regional etisk komité (REK) som ikke søknadspliktig (vedlegg 1) og er tilrådd av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (vedlegg 2) som representerer Personvernombudet.

RESULTATER

Resultatene om stress er delt opp i fem områder:

1. Stress i pasientarbeidet: I pasientarbeidet er opplevelser av ”nedsatt kontroll” hovedkategori. Hvor mye nedsatt kontroll påvirker anestesisykepleieren er avhengig av om det er en kortvarig krevende hendelse uten alvorlige følger eller om det er en hendelse med uønsket utfall.
2. Stress i forhold til medarbeidere: I forholdet til medarbeidere er ”rollekonflikter” hovedkategori. Rollekonfliktene oppstår ved sviktende tillit til medarbeideres faglige kompetanse og/eller misnøye med medarbeiderens holdninger.
3. Stress i forholdet til ledelse og administrasjon: Her er hovedkategorien ”å ikke bli sett og hørt”. Underkategoriene her er opplevelser av ”lav innflytelse” og ”urealistiske forventninger.” I denne siste kategorien inngår delkategoriene ”økte ytre krav”, ”mangel på ressurser” og ”svakheter i produksjonskjeden”.
4. Stress som senior ble en egen kategori fordi noen av stressorene er knyttet spesielt til denne gruppen. Hovedkategorien er ”endret motivasjon”. Underkategoriene er ”prestasjonsønske”, ”lojalitet lønner seg ikke” og ”digitale utfordringer”.
5. Fysisk arbeidsmiljø: Støy i fellesarealer nevnes av en respondent som en kilde til stress.

I hvert kapittel beskrives hva som skaper stress og hvordan det påvirker anestesisykepleierne.

Stress i pasientarbeidet

Nedsatt kontroll

De fleste respondentene opplever det direkte pasientarbeidet som svært meningsfullt. De synes at en viss uforutsigelighet i arbeidet som anestesisykepleier er en positiv faktor. Det er imidlertid en del situasjoner som kan fremkalle stressopplevelser hos anestesisykepleierne.

Felles for disse situasjonene er at de inneholder opplevelser av nedsatt kontroll. De fleste kortvarig krevende hendelsene bearbeides vanligvis ganske raskt. Hendelser med uønsket utfall gir reaksjoner som tar lenger tid å bearbeide.

Kortvarige krevende hendelser

Her beskrives hendelser som er knyttet til situasjoner som stiller store krav til egen eller andres kompetanse. Kortvarige krevende hendelser relateres også til utstyrsproblemer, pasientgrupper, manglende samarbeidsrelasjoner og lokaliteter.

Kompetanse: Anestesisykepleierne ble først i intervjuene spurt om hva de spontant forbinder med arbeidsrelatert stress. Mange beskriver da akutte hendelser i pasientarbeidet. Pre-hospitalt arbeid og transport av alvorlig syke pasienter er stressende når man gjør det sjeldent og ikke kjenner utstyret godt. En respondent sier:

R: "Transporter har vi jo veldig sjeldent. Og det er også en ting som jeg synes er litt stressende: Når jeg skal ut på noe som jeg egentlig ikke kjenner – det er sjelden vi blir sendt ut på ulykker, men når vi gjør det, noe vi kanskje er med på én gang i året, og dette får vi jo ikke noe rutine på, og plutselig skal jeg liksom være profesjonell! Vi har veldig flinke ambulansepersonale, men det er jo en grunn til at de tar oss med. Men det er jo en helt annen måte å jobbe på enn her inne! Og når en ikke har vært mer ute enn det jeg har, så er det litt heftig! Pluss at du aldri vet hva som møter en der ute."

Å komme først til akuttsituasjoner blir vurdert som stressfylt, selv om det er inne på sykehuset. Dette blir spesielt trukket frem når anestesilegen har hvilende vakt utenfor selve sykehusbygget:

R: "Vi er jo avhengig av den personen. Vi er jo alene på natta. Bare det i seg selv er jo litt, ja, stressende. Når dem er der på hybelen så tar det jo noen få minutter før dem kommer. Når jeg begynte så hadde vi en anestesilege som sov hjemme på vakt, så han var jo nede i byen. Og kom det en katastrofe-sectio da, så var en jo alene. Det tok i hvert fall ti minutter før han kom."

Noen av respondentene sier at det i en del tilfelle kan være vanskelig å få tak i hjelp fra anestesilege ved uforutsette hendelser i arbeidet i anesiesiavdelingen fordi anestesilegen befinner seg utenfor avdelingen når hun eller han blir tilkalt. Anestesisykepleieren opplever da at en ikke kan ha tillit til at det finnes tilgjengelig hjelp. Dette skaper utrygghet og frustrasjon hvis situasjonen er dramatisk for pasienten. En av anestesisykepleierne sier at hun har begynt å skrive inn i anestesijournalen de gangene som hun ikke får den hjelpen hun trenger for å dokumentere at hun har bedt om hjelp, men ikke fått det. Respondentene uttrykker forståelse for at anestesilegene også har andre oppgaver utenfor operasjonsstuen, men ønsker å få beskjed hvis anestesilegen forlater avdelingen.

Utstyrsfeil: Uventede feil på apparatur og utstyr oppleves som stressfaktorer. Flere av respondentene forteller spontant om situasjoner hvor utstyr svikter eller ikke fungerer som forventet. Dette utstyret er nødvendig for å ivareta pasientenes vitale funksjoner. Årsaker til manglende funksjon kan være at det oppstår teknisk feil under bruk av utstyret eller at utstyret ikke har vært tilstrekkelig godt kontrollert på forhånd. Dette kan skyldes at den som bruker utstyret ikke har kontrollert utstyret godt nok før en situasjon, men kan også skyldes at utstyr til bruk i akuttsituasjoner ikke er kontrollert godt nok av en kollega ved for eksempel ukentlig kontroll.

Pasientgrupper: Noen av respondentene sier at de kan bli berørt av møtet med pasientgrupper som de har spesielle opplevelser knyttet til. Eksempler på dette kan være pasienter med samme sykdom som et familiemedlem eller har samme diagnose som en i familien har dødd av. Flere av respondentene sier at arbeid med akutt syke barn og nyfødte er stressfylt, spesielt når en gjør det sjelden. En av respondentene sier det slik:

I: "Du nevnte også pasientgruppen barn. Hva er det med barn som skaper stress?"

R: "Det er for oss som har barn. Og i hvert fall da jeg fikk inn den astmaungen og jeg hadde en sønn på samme alder med den samme diagnosen. Da kjenner du det spesielt, tror jeg. Og så føler man med barn at det er mindre å gå på. Jeg føler at det er mindre å gå på. De har smalere luftveier og det skjer mye fortere. Kanskje det spesielt."

Arbeid med akutt kritisk syke barn synes å mobilisere mer følelser hos anestesisykepleierne enn mange andre situasjoner. Flere respondenter beskriver, som respondenten ovenfor, at de opplever en kombinasjon av økt risiko sammen med økt empati når pasienten er et akutt kritisk sykt barn.

Relasjoner: Arbeid på utposter og arbeidssteder utenfor selve anesesiavdelingen kan være stressfylt fordi man er i team med personer man sjeldent arbeider sammen med og som har mest fokus på å løse sine egne oppgaver.

Lokaliteter: I noen tilfelle er man mindre kjent med utstyret på utposten og med lokalitetene. Dette kan skape uventede situasjoner og usikkerhet.

Stressende hendelser bearbeides ofte ved at man drøfter det uformelt med kolleger eller ved at man deltar i en formell debriefing sammen med de andre deltagerne i situasjonen:

I: "Hvis du har vært i en situasjon, hvis du tenker tilbake til noen konkrete situasjoner, akutte situasjoner du har vært oppe i; Hva gjør det med deg der og da, og hvordan bearbeider du det etterpå?"

R: Jeg opplever det vel egentlig som, der og da, det er litt vanskelig, for da tenker jeg ikke så mye. Da er jeg fokusert på å handle, samhandle og handle riktig. ... Altså, det påvirker meg etterpå. Vi som har vært involvert snakker jo ofte sammen. Ikke nødvendigvis formalisert, stort sett helt uformelt. ... Det er bra nok. Du snakker gjennom og sånn. Det er vel egentlig at du bare lar det ligge."

Dette sitatet passer for mange av respondentene. Anestesisykepleiere er opptatt av å være best mulig forberedt til enhver tid, men når det oppstår uventede akutte situasjoner bruker de hele sin energi på å løse problemer. De kjenner sterke kroppslige reaksjoner som hjertebank, skjelving på hendene, svetting med mer i situasjonen, men de sier at egne følelser og tanker knyttet til situasjonen "fryses" under arbeidet og ofte kommer frem til bearbeiding etter at situasjonen er over. Flere forteller at uformell prat i etterkant med de andre deltagerne i situasjonen eller med kolleger stort sett er tilstrekkelig for å bearbeide inntrykkene. De fleste dramatiske situasjoner er av relativt kortvarig intens karakter og er påvirkelige av egen og andres innsats. Respondentene i undersøkelsen gir uttrykk for at de har en ganske åpen væremåte i forhold til å ta opp hendelser. De opplever at det er en god måte å bearbeide inntrykk på og at det gjør at man kan legge opplevelsene bak seg relativt raskt. En erfaren anestesisykepleier sier:

R: "Men det har jeg lært meg til, at du må legge det bak i skuffa, og av og til blir den skuffa tatt fram hvis du opplever lignende situasjoner igjen. Da kommer det opp igjen,

men en må legge det tilbake i skuffa igjen. For du glemmer ikke ting som er vonde i dette yrket. Det gjør du ikke. Men en må jo bare bearbeide det.”

Respondentene er entydige på at slike stress-situasjoner er en del av jobben som anestesisykepleier. De sier at det er en ganske sterk stressbelastning der og da, men at slike situasjoner påvirker dem lite over tid hvis de får pratet om det. Ingen av respondentene oppgir at de har vært sykemeldt ved egenmelding eller legeerklæring på grunn av hendelser i pasientarbeidet. Åpenhet, tid til å bearbeide hendelser og støtte fra kolleger og ledelse er faktorer som reduserer belastningene slike opplevelser gir.

Den samme respondenten sier:

R: ”Men noe stress og spenning er det alltid i anestesiyrket. Det hører med til yrket vårt. Bare du kommer ut på den rette sida så anser jeg ikke det som noe negativt stress egentlig.”

En annen svarer slik:

I: ”(Er stress) En helt naturlig del av jobben din?”

R: Helt naturlig del av jobben min. Og nær sagt, hvis du står i stresset og ikke fungerer i situasjonen, da er du jo egentlig ikke egnet.”

At det skal være en del stress i pasientarbeidet er noe som oppfattes som ønsket og forventet. De sier at uforutsigbarheten i pasientarbeidet er en positiv kvalitet som de bevisst oppsøkte da de søkte seg til videreutdanningen i anestesisykepleie. Men det er viktig at en ”kommer ut på den rette sida.”

Noen respondenter uttrykker at det er noen situasjoner de ønsker å unngå; det er gjerne situasjoner som de har lite erfaring med. Noen sier at de forsøker å unngå slike situasjoner, men at de går aktivt inn i dem hvis de ikke har andre muligheter.

Hendelser med uønsket utfall

Hendelser med uønsket utfall kan skape opplevelser av maktesløshet eller utilstrekkelighet.

Maktesløshet: Anestesisykepleiere opplever i sitt yrkesliv en del pasientsituasjoner hvor utfallet ikke blir som ønsket, selv om man gjør sitt beste. Noen respondenter sier at opplevelser av å ikke klare å hjelpe kan utløse sterke følelser. En respondent sier om en situasjon hvor et barn døde i mottagelsen etter et akutt sykdomsforløp:

R: ”Jeg kjenner det enda, 20 år etter at jeg opplevde det, at jeg husker situasjonen og kjenner det stresset jeg hadde inni meg da”.

Det går et skille ved opplevelsen av om en har gjort sitt beste i situasjonen eller om en opplever at en personlig vurdering bidro til å skape situasjonen eller påvirke utfallet av den i negativ retning.

Utilstrekkelighet: En av respondentene forteller om en situasjon hvor hun etter en anestesi får vite at pasienten har hatt en opplevelse av å være våken under narkosen, noe som kalles ”awareness”. ”Awareness” er at pasienten har en bevisst erindring av sanseinntrykk som hørsel, syn eller smerter under generell anestesi, også kalt narkose, under en operasjon eller en

undersøkelse uten å kunne formidle til anestesipersonalet at man er våken (Ræder 2004). Respondenten forteller:

R: "...det verste jeg har opplevd det er "awareness" på en av mine pasienter. Det var traumatisk.Da var jeg knekt. Lenge! Jeg vil gjøre en god jobb og det er jo et tegn på at jeg ikke har gjort en god nok jobb, mener jeg. Og det gjør noe med meg selv. Og da lurte jeg på; har jeg gått ut på dato nå, eller skal jeg slutte med anestesi, eller er det noe jeg ikke har sett, eller hva har skjedd med min bedømmelse av situasjonen....For det at jeg var helt sånn; Nei, nå kommer jeg ikke på jobb. Klarer ikke dette her lenger!"

Respondenten beskriver dette som et "worst case". Hun blir helt skjelven etterpå og tar det opp med den som ga beskjeden. Det er viktig for henne at episoden blir tatt opp med dem som var involvert i episoden slik at man kan komme frem til en felles forståelse av hva som har skjedd. Det er også viktig for henne at hendelsen blir tatt opp i en plenumssammenheng slik at den ikke skal bli grunnlag for "hvissing i krokene". Anestesisykepleiere arbeider ofte alene med en pasient og det er lett å spore feil tilbake. Opplevelsen av å gjøre en personlig feil som rammer en pasient er krevende å bearbeide fordi den inneholder et element av skyld. Opplevelsen av skyldfølelse er tredelt: Man kjenner på egen skyld, man kjenner skyld overfor pasienten og man er bekymret for hvilken skyld andre vil tillegge en. Det er viktig å plassere "hva som forårsaket hva" for å få oversikt over situasjonen og sortere hva som kan gjøres for at det ikke skal skje igjen. Samtidig er det viktig å plassere eget ansvar og andres ansvar for det som skjedde. Tilbakemelding om at en ikke har lyktes i pasientbehandlingen berører anestesisykepleiernes tro på seg selv som yrkesutøvere. Denne respondenten sier at hun ikke ble sykmeldt på grunn av hendelsen, men at den påvirket henne lenge selv om man fant at det ikke var grunnlag for å klandre henne. Kollegenes og ledernes personlige støtte er viktig for å bearbeide en slik hendelse.

Stress i forholdet til medarbeidere

Anestesisykepleierne i undersøkelsen forteller at de har et godt arbeidsmiljø i anesthesiavdelingen. Det er stort sett meget gode relasjoner mellom anestesisykepleierne. Personlige motsetninger forekommer, men er ikke ofte beskrevet. Respondentene sier at de egentlig vet lite om hvordan anestesisykepleiekollegene fungerer i pasientarbeidet siden de ofte er alene anestesisykepleier inne på stuen. De innleder og avslutter en del anestasier sammen på pasienter i ASA gruppe 1 og 2. ASA er risikovurderingsskala utarbeidet av American Society of Anesthetologists, ASA hvor ASA gruppe 1 er pasienter uten systemsykdommer og gruppe 2 er pasienter med mindre alvorlige systemsykdommer (Hovind 2002). Faglig uenighet og usikkerhet om kompetanse hos anestesisykepleiekollegene blir ikke beskrevet av noen av respondentene som en kilde til stress.

Rollekonflikter

Anestesisykepleierne ser på en viss uforutsigelighet i selve pasientarbeidet som en positiv faktor. Det gjelder ikke i forholdet til faglige medarbeidere. Der er manglende forutsigelighet i holdninger, kunnskaper og ferdigheter hos medarbeidere en trussel. Stress i forholdet til medarbeidere er ofte knyttet til rollekonflikter. Disse konfliktene oppstår ved spørsmål om kompetanse og holdninger i arbeidet.

De fleste av stress-situasjonene inneholder elementer av både holdninger, kunnskaper og ferdigheter. Her velges det å samle kunnskaper og ferdigheter i en samlebetegnelse: Fagkompetanse. Den andre hovedbetegnelsen er holdninger. De enkelte stressorer er fordelt på disse to gruppene ut fra hva som preger den enkelte situasjon mest. Usikkerhet om kompetanse, mangel på kompetanse og uklare ansvarsforhold er stressfaktorer knyttet til fagkompetanse. Stress i forholdet til medarbeidere er stort sett av episodisk eller periodisk karakter, knyttet til enkeltpersoner. Respondentene sier at slike hendelser påvirker deres helse og velferd lite over tid.

Fagkompetanse

Anestesilegene beskrives av respondentene som en positiv ressurs. Forholdet til de faste legene ved sykehusene er stort sett godt. Anestesisykepleier og anestesilege kjenner hverandres fagkompetanse og den andres holdninger i arbeidet. Rollefordelingen i arbeidet er som regel tydelig og kjent.

Usikkerhet om kompetanse: Hyppig innleie av nye anestesilegevikarer er ifølge flere av informantene en stressfaktor i arbeidet. Det oppleves særlig som en stressfaktor på aften- og nattevakter. En vikar kan være ukjent med lokalitetene eller være ukjent med utstyret som benyttes i pasientarbeidet. Man kan plutselig være i en akuttsituasjon som krever rask og effektiv samhandling, men man kjenner ikke hverandres kompetanse og erfaringsbakgrunn. Kombinasjonen vikaranestesilege, usikkerhet om dennes kompetanse og uklar oppgavefordeling gir anestesisykepleierne en opplevelse av økt personlig ansvar i pasientsituasjoner, siden de representerer den lokale kunnskapen om prosedyrer, rutiner og utstyr som kan være avgjørende for utfallet av situasjonen. Som regel fungerer samarbeidet med vikarer bra, men manglende forutsigbarhet om kompetanse hos vikaren er en stressfaktor.

Mangel på kompetanse: Forholdet til kirurger, medisiner og andre behandlere er for det meste godt. Mangel på kompetanse hos disse medarbeiderne skaper stress. En respondent sier:

R: "Vi er forskjellige og stress, ja, i forhold til noen av kollegene, det er det. Og da går det på kompetanse, føler jeg. At mangel på kompetanse fører til økt stress hos meg. For eksempel: Mangel på kompetanse hos kirurgen kan føre til at jeg blir stressa. Jeg ser at de gjør noe med min arbeidssituasjon, eller jeg ser at jeg får ut noe annet i min ende."

Anestesisykepleierne sier at det er stressende å delta i akuttsituasjoner hvor lederen i arbeidet, som ofte er en medisinere eller en kirurg, viser usikkerhet og maser på de andre i teamet. Dette skaper en anspent og irritabel stemning blant deltagerne. Man opplever at væremåten hemmer arbeidet. I slike situasjoner foregår arbeidet under sterkt tidspress. Anestesisykepleierne velger da ofte å vente med å ta opp kritiske forhold i situasjonen til etter at den er avsluttet. Situasjonen kan skape frustrasjon og sinne hos anestesisykepleierne. I noen tilfelle velger de å ta opp hendelser i etterkant med den aktuelle personen eller via sine ledere. I andre tilfelle bearbeider de inntrykkene ved å dele dem med sine kolleger eller holder inne med dem. Hendelsene påvirker dem lite over tid da de ofte er knyttet til enkeltepisodes som ikke gjentar seg.

Uklare ansvarsforhold: Situasjoner med en uerfaren anestesilege og en erfaren anestesisykepleier kan gi rollekonflikter. Dette er et tema som flere av respondentene nevner i

forbindelse med stress i arbeidet som anestesisykepleier, selv om de sier at det ikke forekommer ofte. En av respondentene sier:

R: "De fleste som kommer her er smarte nok til å skjønne at vi kan det vi driver med og da er problemet stort sett løst i utgangspunktet."

Men i noen situasjoner kan det bli stressfylt. Spenningen i forholdet er knyttet til vurderingen av den andres faglige kompetanse og holdninger til samarbeid. Noen av respondentene sier at samarbeidet med enkelte anestesileger under utdanning kan være stressfylt fordi noen av dem overvurderer egen kompetanse og har en personlig væremåte som oppleves som "ovenfra og ned". Selv om de har kort faglig erfaring, vil de ikke lytte til erfarne anestesisykepleieres råd og forslag til løsninger. De er bestemte på å utføre arbeidet på sin egen måte. En av respondentene sier det slik:

R: "Hvis jeg ser at det er ting som vi av erfaring vet er uheldig, så tar jeg det opp, da. Noen ganger så hører de på det, noen ganger så hører de ikke på det. Så blir det jo stress, da, hvordan de reagerer på det. Da har jeg en ny situasjon; jeg har ikke bare en dårlig pasient. Jeg har også en anestesilege jeg må forholde meg til som er litt vanskelig. Stressende!"

Den samme respondenten uttrykker en viss forståelse for den unge anestesilegens situasjon og sier:

R: ".....de har jo tryggheten sin der de kommer fra."

Stor ulikhet i erfaringsmengde mellom anestesileger under utdanning og anestesisykepleier gir anestesisykepleieren et inntrykk av uklare ansvarsforhold. Anestesilegen har det formelt største ansvaret i kraft av sin stilling mens anestesisykepleieren kan oppleve seg faglig og personlig nedvurdert samtidig som han/hun opplever at de må ta ansvar for å beskytte pasientens interesser. Noen kan da opptre som "pasientens advokat" i situasjonen og konfrontere anestesilegen med sin manglende tillit. Dette er en stressfylt situasjon for begge parter. Det hender da at anestesisykepleieren kontakter overordnet anestesilege for å få kompetent hjelp til å sikre pasienten den behandling de mener er nødvendig.

En av respondentene sier at hun opptre "hastig" og "overprøvende" i situasjoner med opplevelse av slike uklare ansvarsforhold. En annen sier:

R: "Hvis det da er en person som er lege og som jeg føler kan mindre enn meg, eller ikke har vært i sånne situasjoner eller gjør noe som jeg synes er galt – da blir jeg stresset. Fordi jeg vet at han/hun har større myndighet enn meg selv og er den som skal avgjøre situasjonen."

Anestesisykepleiernes reaksjoner kan variere fra stille frustrasjon hvor de forsøker å løse oppgavene best mulig til uttalt irritasjon og direkte konflikt. Anestesisykepleiere med lang yrkeserfaring er tydeligere enn yngre kolleger til å formidle faglige og personlige grenser i dette samarbeidet.

Holdninger

Stress i forholdet til medarbeidere kan skyldes holdninger hos en selv eller hos medarbeidere. Manglende respekt, ulikheter i verdier og å bevege seg inn på andres ansvarsområde kan ligge til grunn for stressfylte situasjoner.

Manglende respekt: Respondentene sier at de ikke ønsker diskusjoner med medarbeidere mens pasienten er våken og tilstede. Noen medarbeidere respekterer ikke dette. Det opplever anestesisykepleierne som uprofesjonelt overfor pasienten. De provoseres av det, men de velger da ofte å avvende diskusjonen til de kan gjøre denne på en annen arena.

En av de kvinnelige respondentene forteller at hun har opplevd at hun blir nedvurdert av en fremmedkulturell anestesilege fordi hun er kvinne:

R: "...det gjelder språk og forhold til meg som kvinne, som ikke skal fortelle en mann hva han skal gjøre. Det er vanskelig når jeg ser at de ikke kan det de skal og jeg ser jeg ikke blir godtatt, fordi gutta hadde ikke noen problemer fordi de sa ifra, og da var det på en måte, de var mer på likt nivå, mens jeg som kvinne stiller på et helt annet lag."

Denne typen diskriminerende holdninger er vanskelige å forholde seg til. Man møtes på en negativ måte fordi den andre parten har et syn på hvilken verdi man har som menneske ut fra egen kulturs syn på, i dette tilfellet, kvinner. Her er den andre parten faglig overordnet anestesisykepleieren og har en viss makt gjennom sin stilling. Denne situasjonen ble beskrevet som svært vanskelig av respondenten fordi hun ikke var vant til å bli behandlet slik og fordi det varte over tid. Ifølge respondenten var dette en så sterk belastning at det ville resultert i sykmelding hvis ikke den andre parten hadde skiftet arbeidssted.

Ulikheter i verdier: Respondentene beskriver at det stort sett er en gjensidig faglig anerkjennelse mellom anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere. Stress og konflikter er helst knyttet til ulike verdier og holdninger i situasjonen. For anestesisykepleierne er sikkerhet og kvalitet i behandlingen verdier som er overordnet pasientproduksjonen. Noen sier at operasjonssykepleierne er mer opptatt av pasientproduksjonen enn av sikkerheten ved anestesi. Det kan tidvis skape en interessekonflikt mellom gruppene, spesielt ved avslutning av generell anestesi. Da ønsker operasjonssykepleierne å få avsluttet behandlingen av pasienten så raskt som mulig for å kunne kjøre inn neste pasient, mens anestesisykepleieren kjenner ansvar for at avslutningen av anestesien skal være sikker og pasientvennlig.

Å bevege seg inn på andres ansvarsområde: I tilfelle hvor operasjonssykepleierne uttrykker utålmodighet og forsøker å påvirke avslutningen ved å stimulere pasienten til å våkne, blir det lett konflikt med anestesisykepleier.

En av respondentene sier:

R: "At det står en utålmodig operasjonssykepleier og rister i pasienten; Det gjør de bare én gang, for å si det sånn. Altså, de vet egentlig ikke, de kan ikke min jobb. Jeg legger meg ikke opp i deres jobb, og de skal heller ikke legge seg opp i min, men det er noen som gjør det. Det oppleves som mer enn en irritasjon hvis noen gjør det."

Anestesisykepleierne opplever at en slik måte å handle på er et uttrykk for manglende innsikt i og respekt for deres ansvarsområde. Anestesisykepleierne vil arbeide så raskt og effektivt med pasientene som mulig, men de aksepterer ikke at krav til høy produksjon skal prioriteres foran sikkerhet. Sitatet ovenfor viser at operasjonssykepleiernes ønske om å øke hastigheten i arbeidet påvirker forholdet mellom operasjonssykepleierne og anestesisykepleierne mer enn det påvirker anestesisykepleierne til å forsere arbeidet. Det skaper heller irritasjon når medarbeidere forsøker å påvirke forhold som er utenfor eget ansvarsområde.

Stress i forhold til ledelse og administrasjon

Ledelse og administrasjon defineres her ganske vidt; Til denne kategorien tilhører avdelingsledelse, koordinator samt administrative nivåer over disse i organisasjonen. Det som utløser stress for anestesisykepleierne i forholdet til ledelse og administrasjon er opplevelsen av ”å ikke bli hørt og sett” i spørsmål som angår dem. De opplever at de har lite innflytelse på rammene omkring arbeidet. De mener at det stilles urealistiske forventninger til hva de kan prestere. De opplever store ytre krav samtidig som det er mangel på ressurser. Svakheter i produksjonskjeden bidrar til at det kan være vanskelig å oppfylle omgivelsenes forventninger.

Lav innflytelse

Opplevelsen av lav innflytelse relateres til avstand til ledelsen, prioriteringer av tid og lite tilgang til ressurser.

Avstand til ledelsen: Respondentene opplever at de har lite påvirkning på ledelsen på høyere nivåer og på rammene rundt arbeidet. Noen opplever at det er blitt større avstand til klinikkledelsen etter at det har blitt gjort endringer av ledelsesstrukturen med blant annet enhetlig ledelse. Denne lederen er ofte en lege. En respondent sier at anestesilegene treffer denne lederen daglig, mens anestesisykepleierne treffer lederen svært sjeldent. Respondenten mener at dette gir ulikheter mellom gruppene når det gjelder påvirkningsmuligheter og tilgang til ressurser. En respondent etterlyser funksjonen ”sjefsykepleier” og mener at fjerningen av denne funksjonen har minsket pleiepersonalets muligheter for innflytelse.

Prioriteringer av tid: Noen sier at det ikke er tid til innflytelse på prosesser som angår dem fordi arbeidsgiver prioriterer tidsressursene til pasientproduksjon. Det kommer ikke frem av svarene hva de selv ønsker å prioritere i sin arbeidstid.

Lite tilgang til ressurser: Noen av respondentene sier at de bare kan påvirke faktorer som ikke koster penger. De kan delta ved utarbeidelse av prosedyrer, i utprøving av ny metodologi som del av legers forskning og de kan påvirke arbeidsmiljøet ved å arrangere sosiale arrangementer, men sier at de trekkes lite inn i andre sammenhenger.

Lav innflytelse gir lite engasjement til å være med i arbeid som kan påvirke rammene i arbeidet og gi bedre faglige og sosiale kår.

Økende ytre krav

Opplevelsen av økte ytre krav forbindes med politisk bestemte endringer, ulikheter i holdninger til kvalitet og kvantitet, økt tidspress og mindre tid til omsorg. Noen øker sine anstrengelser for å tilpasse seg kravene, andre gjør bevisste verdivalg og tilpasser arbeidet etter dette.

Politisk bestemte endringer: Anestesisykepleierne i undersøkelsen sier at kravene til høy pasientproduksjon fra politisk og administrativt hold skaper stress blant anestesisykepleierne. Kravene om økning i pasientproduksjonen tidfestes av flere til å være de siste tre til fire årene. En av respondentene relaterer dette direkte til omleggingen til helseforetak, mens flere av respondentene oppgir omtrent samme tidsperiode uten å nevne dette konkret som årsak.

Ulikheter i holdninger til kvalitet og kvantitet: Respondentenes svar viser at det er en holdningsuenighet mellom arbeidsgiver og ansatte. En av respondentene ordlegger seg slik:

R: "Jeg har ikke noe imot at man kan se på driften og hva som kan gjøres mer effektivt, og ting kan gjøres raskere og gå litt mer på skinner. Men jeg føler at på et eller annet tidspunkt så må det stoppe. Jeg føler at du ikke kan løpe 100-meteren på to sekunder noen gang. Og på et eller annet tidspunkt så må det stoppe og man må stoppe og tenke litt igjennom og. Jeg føler at det snart går så fort at det går ut over kvaliteten."

Dette utsagnet representerer holdningen til mange av respondentene. De er positive til å forsøke å forbedre pasientproduksjonen, men de mener at det må stilles krav til kvaliteten i pasientarbeidet. Om forholdet til produksjon som verdi, svarer en respondent:

R: "Ja, produksjon, vi tenker på det. Men: det og det må vi gjøre først, og det og det må vi ta oss tid til å gjøre. Så får vi se hvor mye vi rekker. Og der er jeg i den gruppen. Vi gjør det så fort vi kan."

I: "Det er jo et valg som du tar?"

R: "Ja, jeg skal leve med det her når jeg kommer hjem også!"

Kravene fra overordnet hold med fokus på kvantitet samtidig som det er knapphet på ressurser står i motsetning til anestesisykepleiernes ønske om kvalitet i pasientbehandlingen. Her gjør mange av respondentene et verdivalg. Dette valget gjør de på vegne av pasientene, men også på egne vegne. Utsagnet om at "en skal leve med det når en kommer hjem", viser at det betyr mye for anestesisykepleierne at de oppfyller de faglige kvalitetskrav som stilles i arbeidet.

Forholdet til koordinatorene kan være stressfylt. Koordinatorene personifiserer de økte produksjonskravene fra høyere hold og blir ofte, med rette eller urette, sett på som bidragsyttere til økt stress i arbeidet.

Økt tidspress: Arbeidsmengden oppleves som stadig økende og tidspress beskrives av flere som en hovedårsak til opplevelse av stress i arbeidet. En respondent sier:

R: "Men det er det stadige presset ovenfra, at vi aldri jobber fort nok og får unna nok. Vi opplever at det settes opp store elektive (operasjons-)programmer som egentlig er dømt til å mislykkes i utgangspunktet."

Arbeidsmengden har ifølge respondentene økt mye på dagtid med større elektive operasjonsprogrammer. De har en opplevelse av at det planlagte operasjonsprogrammet er for stort til å la seg gjennomføre innenfor de planlagte tidsrammer. Flere av respondentene sier at de merker en økning i antall anestesier på kvelds- og nattevakter, og at det utføres mer elektiv behandling på kveldsvaktene enn tidligere. Tidspresset oppleves som særlig stort før innledning av anestesi, ved avslutning av anestesi og i tidsperioden mellom to anestesier.

Mindre tid til omsorg: Noen av anestesisykepleierne beskriver at det har blitt mindre tid til omsorg i pasientarbeidet. De opplever at de lar seg påvirke av produksjonspresset fra andre. I situasjoner med tidspress og "mas" fra andre har de mindre fokus på pasientens omsorgsbehov fordi de kjenner seg nødt til å prioritere konkrete pasientoppgaver som fremmer produksjonen. Dette oppleves som en verdikonflikt som påvirker anestesisykepleierens samvittighet og er en stressfaktor.

Anestesisykepleierne reagerer ulikt på dette. Noen opplever at det ikke er så lett å forholde seg til tidspresset. En respondent beskriver hvordan det kan oppleves:

R: "Det er jo det med at det er veldig stor arbeidsbyrde noen ganger, da. For eksempel når du går alene på vakt. Så skal du rydde opp etter deg når du har kjørt inn pasienten og kommer tilbake fra intensiv. Du skal skrive inn hva du har brukt av narkotika og rydde ut vaskemaskinen, og så er det mange pasienter som ligger og venter. Så skal du forberede til neste. Så har du kanskje ikke fått snakke med anestesilegen, vet veldig lite. Og neste pasient er kanskje allerede kjørt inn og du føler at du hele tiden ligger på etterskudd, enda du jobber så svetten siler. Sânt oppleves som voldsomt frustrerende og stressende."

Dette er en situasjon på vakt, men den illustrerer godt hva andre respondenter sier om sin opplevelse av stress, også på dagtid.

Andre, særlig de med lang erfaring, velger å ikke la seg stresse. En respondent sier:

R: "Jeg er egentlig så gammel at jeg ikke lar meg stresse. Da skal det være veldig alvorlig hvis de skal stresse meg opp. Det er klart at de kan jo være konfliktsituasjoner, men ikke sånn hvis du tenker på stress daglig, nei det føler jeg ikke så veldig. Men jeg tror det kanskje er noe med alderen min, for jeg ser at andre kolleger blir stresset av det."

I: "Hvilke andre?"

R: Nei, for eksempel: de har vært ansatt her ett år og får masse beskjeder; gjør ditt og datt, og de føler at de ikke får tid og orden på det. Jeg har levd for lenge til at det er stressende. Jeg gjør en ting av gangen, og så tar jeg det viktigste først og det neste etterpå. Men jeg tror at andre kan la seg stresse av det."

Mangel på ressurser

Ressursmangel fører til lav bemanning, redusert opplæring, lite tid til egne behov og lite støtte til sosiale tiltak. Dette påvirker opplevelsen av mestring av arbeidet og motivasjonen.

Lav bemanning: Respondentene sier at det ved deres avdelinger er et godt forhold mellom anestesisykepleierne og deres nærmeste administrative sykepleieledere. Turnus og arbeidsfordeling er tilfredsstillende ut fra de rammer lederne har å forholde seg til. Respondentene opplever at grunnbemanningen er marginal i forhold til oppgaver. Ansvar for de manglende ressursene legger respondentene på høyere administrative og politiske nivåer.

Ved sykdomsfravær på dagtid blir det mange ganger ikke leid inn vikar. Dette øker arbeidsbelastningen for de som er på jobb. Man vil unngå å stryke pasienter og da er eneste mulighet å øke hastigheten i arbeidet. De beskriver også at det er få på kveldsvakt i forhold til oppgavene som skal løses. Dette gjelder særlig når elektiv dagvirksomhet videreføres på kveldsvakt.

Redusert opplæring: Det er regelmessig internundervisning ved alle tre sykehusene, men respondentene kritiserer ledelsen for at de nedprioriterer faglig undervisning i forhold til produksjon. De sier at det er mye snakk om sparing på møter som egentlig skal ha et faglig innhold. Anestesisykepleierne har et sterkt ønske om kontinuerlig faglig utvikling og

oppdatering. De synes at det er lite midler til kurs og at det er vanskelig å nå frem med ønsker om hospitering ved andre avdelinger eller institusjoner for å hente nye faglige impulser inn til avdelingen. Dette er tatt opp i medarbeidersamtaler, men de opplever at det ikke følges opp av ledelsen. En av respondentene sier:

R: "Ja, vi har kurs, men ikke så mye av de. Vi må bruke fridager. Vi får ikke tilbake de fridagene."....."Det handler vel mye om økonomi."

Anestesisykepleierne sier at manglende opplæring i nytt utstyr skaper usikkerhet. En av respondentene sier:

R: "Og det å ha stadig nytt utstyr hele tiden, demoralisering at hver gang de får nytt utstyr, så er det ikke fordi at det er bedre enn det du hadde før, men at det er billigere, at de har fått til "bedre" avtaler. Det vil jeg si er en stressfaktor!"

Respondentene mener at kvalitetssikring av at alle ansatte får tilstrekkelig opplæring er et ledelsesansvar som ikke følges godt nok opp. Noen respondenter sier at de i en del tilfelle ikke blir hørt når de rapporterer om svakheter ved nytt utstyr til avdelingsledelsen. Utstyr som etter slik rapportering fortsatt blir liggende rundt om i avdelingen gjør at anestesisykepleieren som har meldt fra bekymrer seg over hvem som vil bli den neste til å få problemer med dette utstyret. Samtidig kjenner de på at de ikke blir tatt alvorlig og at deres innsigelser betyr mindre enn at utstyret kanskje er billig. Anestesisykepleierne opplever dette som en unødvendig kilde til stress.

Lite tid til egne behov: Mange oppgaver i forhold til antall ansatte gjør at det blir lite tid til å dekke egne behov. Respondentene sier at matpausene ofte kan komme sent på dagen og at man ofte ikke vet når man får pause. Det kan også være vanskelig å finne tid til å gå på toalettet eller få dekket andre personlige behov. Dette oppleves som en belastning i arbeidet.

Flere av respondentene gir uttrykk for at det er blitt mindre tid til refleksjon over erfaringer. Samtidig sier noen at det er mindre tid til faglig og personlig dialog med kolleger. Dette gjør at man kan bli mer alene med egne ubearbejdede opplevelser. Noen respondenter forteller at det kan være vanskelig å gjennomføre debriefing etter situasjoner fordi de får signaler fra ledelsen om at dette vil gå ut over produksjonen. Dette kan være et ressursproblem, men det handler også om holdninger. Flere kan fortelle om at de har blitt fulgt godt opp av ledelsen etter belastende situasjoner, men noen av respondentene sier at det ikke er gode rutiner for debriefing ved deres sykehus. De sier at det er viktig for dem å vite at de kan bli ivaretatt på en god måte hvis ikke den uformelle bearbejdingen er tilstrekkelig for dem.

Lite støtte til sosiale tiltak: Noen av respondentene forteller at de er eller har vært delaktige i å lage sosiale arrangementer, men at de savner støtte fra avdelingsledelsen i form av tid og ressurser til forberedelser av dette. De mener at felles sosiale arrangementer er viktige i en tid hvor det blir stadig mindre tid til kollegial dialog. Manglende anerkjennelse fra ledelsen om betydningen av slike arrangementer og lite ressurser til å satse på dette skaper oppgitthet.

Mangelen på ressurser påvirker anestesisykepleiernes motivasjon. En respondent sier:

R: ".....man skal jo spare, og direktøren må snu en hver stein for å spare penger og sånn. Samtidig som vi skal øke produksjonen da. Øk produksjonen, hvert år. 5 – 10 %, stå på! Og det mestrer vi på en eller annen måte, vi får til det da. Det er noen som pusher litt lengre bak kanskje også mestrer vi dette her på en måte. Men stadig vekk, eller hvert år, så er det underskudd da. Kjempeunderskudd! Og det ser vi det at uansett hvor mye du arbeider og sliter og får ting til å gå, og velvillighet og greier, så

blir ikke underskuddene noe særlig mindre.”.. ” Hvilken vits er det da å jobbe enda mer, enda mer?”

Anestesisykepleierne opplever at økt innsats ikke gir forventede positive resultater. Når høye krav fremsettes samtidig som man har lav innflytelse og små ressurser, begynner å sette spørsmålstegn ved meningen av å gjøre en økt innsats. Man belønnes ikke for at man klarer å prestere mer, men blir bare presentert for nye, enda høyere krav. Det oppleves ikke meningsfylt å investere enda mer av egne ressurser når man ikke kan ha forventninger om at det vil føre til en bedre situasjon eller gi noen form for belønning.

Svakheter i produksjonskjeden

Flere av respondentene sier at de som planlegger operasjonsprogrammet ikke er flinke nok til å ta hensyn til at anestesisykepleierne har pre- og postanestetiske oppgaver som krever tid. Disse oppgavene dokumenteres ikke skriftlig på samme måte som andre opplysninger i pasientarbeidet, slik som for eksempel operasjonstid. Denne delen av arbeidet medregnes ofte ikke når operasjonsprogrammet planlegges. Dette oppfattes som en kilde til stress.

Dårlig forberedte pasienter medfører merarbeid for anestesisykepleierne ved at de må bruke tid til å få bekreftet for eksempel prøveresultater, søke informasjon om hvilke pre-anestetiske og pre-operative forberedelser som er gjort når dokumentene ikke er korrekt utfylt fra sengeavdeling eller det mangler beskrivelse av planlagt anestesiform fra anestesilege.

Et annet forhold som påvirker effektiviteten i produksjonen er ønske fra anestesilege om endring i anestesiform etter at pasienten har kommet inn på operasjonsstuen, i forhold til hva som ble planlagt på previsitten. Dette skaper merarbeid og irritasjon blant anestesisykepleierne. De forbereder anesiesiutstyr og –medikamenter ut fra det som står oppgitt fra den anestesilegen eller anestesisykepleieren som har gått pre-visitt. Personlige ønsker fra anestesilegen om annen anestesiform blir vanligvis imøtekommet uten mye diskusjon, men det påvirker egen forberedthet til anestesian og stjeler tid som kunne vært brukt til pasientbehandling.

Etter avsluttet anestesi kjøres pasienten til post-operativ avdeling. Rapporten der innledes ofte med at operasjonssykepleier først gir rapport om det kirurgiske før anestesisykepleier gir sin del av rapporten. Operasjonssykepleierne arbeider to sammen. Den ene kan da forberede seg til neste pasient på operasjonsstuen og den andre kommer ofte tilbake til stuen før anestesisykepleieren. Anestesisykepleierne opplever da at kanskje både operasjonssykepleiere og anestesilege er klare til starte på neste pasient uten at anestesisykepleieren har fått klargjort medikamenter og forberedt og testet anesiesiutstyret. Dette gir en opplevelse av å henge etter i arbeidet og at en forsinker de andre gruppene i pasientarbeidet.

En faktor som skaper stress blant anestesisykepleierne er utilstrekkelig kapasitet på post-operativ avdeling i forhold til det planlagte operasjonsprogrammet. Om ettermiddagen kan post-operativ være en flaskehals i pasientproduksjonen fordi avdelingen ikke har kapasitet til å ta imot flere pasienter. I noen tilfelle fører dette til at pasientene må overvåkes en periode inne på operasjonsstuen etter avsluttet anestesi. Dette hindrer videre pasientproduksjon.

Disse svakhetene i produksjonen skaper opplevelser av tidsnød og utilstrekkelighet. De gir også irritasjon fordi man anser at det er et ledelsesansvar å kvalitetssikre alle ledd i pasientproduksjonen. Det er et ønske om at de ansatte kan delta i dette arbeidet. Noen sier at

de har deltatt i slikt arbeid og at det har vært positivt å bidra til slike forbedringer sammen med lederne.

Stress som senior

Respondentene i gruppen over 50 år beskriver noen stressmomenter som man ikke finner i de andre aldersgruppene. De beskriver at evnen å prestere påvirkes av alder og sykdom og prestasjonsønsket påvirkes. De opplever at lojalitet ikke lønner seg og de møter digitale utfordringer.

Prestasjonsønske

Seniorene blant anestesisykepleierne har lite ønske om å forlate yrket som anestesisykepleier. De trives med arbeidet. Men det er krevende å prestere slik man gjorde i yngre år:

I: "Er det ting som har endret seg i løpet av din yrkeskarriere som du relaterer til stress?"

R: "Nei, det blir alder, altså. Hva skal jeg si, prestasjonsønske kan man si, da. At man på en måte ønsker at det hadde vært kjekt å være like sprek som 40-åringen, selvfølgelig, eller 50-åringene. Og det er jo å betrakte som en form for stress-situasjon, kanskje ikke prestere så bra som dem. ...Men det er klart at det å bli senior nærmest, det er en stress-situasjon."

Forandringer i egen helse påvirker senior-anestesisykepleierens forhold til det å prestere:

R: "Og det jeg har merket på jobben er at jeg blir litt mer fokusert på det at du nå ikke er helt frisk lenger. En sånn slags uvisshet, tror jeg kanskje. Jeg tror at jeg har grei arbeidskapasitet for så vidt, men det er klart det ligger en viss uvisshet, at man da kanskje er litt sjukere enn før."

Redusert fysisk helse påvirker fokus og innstillingen til arbeidet:

I: "Hvordan påvirker det (den nedsatte helsa) deg i arbeidet?"

R: "Før så du jo frem til pensjonsalder; det skal ikke bli så lenge til. Men da var frisk og fungerte. Men å få denne stressituasjonen eller usikkerheten, det bruker man mye energi på. Kanskje man konsentrerer seg litt mindre på jobben."

Ved varig sykdom endres oppfatningen av hva som er viktig. Uvissheten om egen helse påvirker opplevelsen av hvor viktig jobben er i forhold til andre sider av livet. En vurderer hva som er meningsfylt å bruke ressursene sine til; jobb eller andre ting? Vurderingen av egen yteevne i forhold til egen helse blir en mer bevisst prosess enn tidligere i livet.

Flere av seniorene sier at det blir mer fysisk krevende med årene å delta i akuttarbeid. Det gjelder arbeid i situasjoner som for eksempel hjertestans, men også i transporter av alvorlig syke pasienter og i akuttarbeidet. Samtidig sier de at det er en del av jobben, men de er glade for å ha fått tilrettelagt arbeidssituasjon med mindre vakter og akuttarbeid. Respondentene sier at avdelingslederne stort sett er positive til å legge til rette for dem med arbeid på dagtid med hovedsakelig elektivt arbeid.

En respondent sier at det har blitt fysisk tyngre å arbeide fordi man de siste årene har redusert antall portører. Disse har tidligere hjulpet ved tunge løft. Mangel på slik hjelp kan gjøre arbeidsdagen mer slitsom for senioren, særlig hvis de har sykdom som påvirker fysisk prestasjonsevne.

Redusert evne til å prestere i situasjoner på grunn av egen helse påvirker selvbildet. Når man er i et fellesskap hvor evne til å prestere er en sentral faktor, vil senioren kanskje sammenligne seg med de yngre for å vurdere egen kapasitet. Hvis resultatet av sammenligningen er at man ikke presterer, kan det starte en prosess hvor man enten godtar at det er blitt slik og innstiller seg på å gjøre noe med det i samarbeid med ledelsen eller man kan la være å forholde seg til det og la være å dele tankene med andre. Den første måten er en problemløsende innstilling til problemet, den siste vil gjerne bli mer emosjonell uten konkrete løsningsforslag. Respondentene som tok opp disse problemene hadde valgt å ta det opp med sine ledere og var fornøyd med hvordan de ble møtt.

”Lojalitet lønner seg ikke”.

En av respondentene sier at det er en stressfaktor at man må gå ned i lønn fordi man ikke lenger orker å arbeide vakter. En annen trekker frem at det er lite lønnsomt å være lojal mot arbeidsgiver over mange år. Respondenten sier:

R: ”...noe av det dumme man kan være i helsevesenet, det er å være lojal. Lojalitet, det elsker jo sjefen. Så kommer den yngre garde inn og søker nye stillinger, så får de høyere lønn enn meg, selv om jeg har vært her i 20 år. Men jeg er jo her, ikke sant. Hvis jeg begynte å forhandle lønn, så ville jeg få avslag med en gang fordi de vet at jeg jobber allikevel ,men for den og den så må de betale.”

Opplevelsen av å bli tatt som en selvfølge som arbeidstager og at lojalitet ikke lønner seg gjør at noen av seniorsykepleierne kjenner at de blir nedvurdert som medarbeidere.

Digitale utfordringer

Arbeid med data og den stadige økningen i elektronisk overvåkning er en utfordring som noen av seniorrespondentene trekker frem. En sier:

R: ”Og det som stresser meg, det er den databiten. Bøygen! ... Jeg er fra den tiden hvor man hørte om på radioen at det kanskje kom et kort som man kunne trekke i butikker, så fikk man betalt og slippe å ha med seg penger i butikken. Det er liksom min generasjon, ikke sant? Og fra det til denne ekstreme dataverdenen som vi har nå. Og det er klart at det hemmer meg litt.Men det er alt det der å bruke det utstyret, det synes jeg er vanskelig. Rett og slett. Og før så fikk man hjelp til det, men nå så har det blitt en selvfølge at du kan det.”

Det siste utsagnet beskriver at terskelen for å spørre om det man ikke behersker innen data kan stige fordi man selv opplever at man burde kunne dette. Dette innebærer en begrensning i arbeidsfunksjonen.

En annen sier om den stadig mer omfattende elektroniske monitoreringen:

R: "...Men så er det flere skjermer. Det tror jeg er et problem. Og nå kommer det enda en skjerm til. Nå skal vi begynne med elektronisk journal ... Da har du altså en stor skjerm der, så har du to skjermer, og så er det pasienten, ikke sant. Så det blir veldig vanskelig å følge med på alt. Og det er klart at det blir svært stressende og farlig, for det blir kanskje kvalitetsforringelse fordi at du ikke klarer å følge med på alle samtidig."

Senioranestesisykepleierne beskriver ikke den elektroniske monitoreringen som et problem i seg selv, men at det er krevende når parametrene som skal overvåkes spres på flere skjermer.

De misliker å ikke strekke til på dette feltet. Resultatet er at noen vegrer seg for å bruke datautstyr. Dette utgjør en stressor for dem fordi stadig mer av pasientregistreringen utføres med datamaskiner og aktuell informasjon gis via sykehusenes intern-nett. Ved noen sykehus legges reviderte prosedyrer ut som nettsider. Det er derfor viktig å registrere at noen seniorer opplever at dette kan ekskludere dem. Det gir en opplevelse av å være utenfor arbeidsfellesskapet på et felt som blir en stadig større del av arbeidshverdagen.

Stress i det fysiske arbeidsmiljøet

En av respondentene beskriver støy i fellesarealene i avdelingen som en stressfaktor. Her kan det være mange mennesker med ulike gjøremål samtidig. Det er når anestesisykepleier har servicefunksjon overfor flere stuer og er såkalt "løsarbeider" eller "løsgjenger" at støy oppleves som en kilde til stress. Støyen skaper tretthet.

DISKUSJON

I diskusjonen vurderes resultatene i lys av anvendt teori. Det er momentene i Kristensens (2004) "COPSOQ-modell", hovedelementene i Antonovskys (2000) "sense of coherence"; begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet samt i forhold til tidligere forskning. Å se resultatene opp mot den anvendte teorikunnskapen er nyttig for å skape en dypere forståelse. Kvale (1997) sier at når utsagn fortolkes i en teoretisk kontekst vil fortolkningens validitet avhenge av om teorien gjelder for det studerte området og om de spesifikke fortolkninger følger logisk av teorien. Annen relevant teori trekkes inn for å utdype analysen og å løfte den opp til et høyere nivå. Til slutt i diskusjonen granskes forskningsmetodens pålitelighet og gyldighet, og hvilke lærdommer en har gjort ved å gjennomføre undersøkelsen.

Resultatene i lys av anvendt teori

Krav og innflytelse

Respondentene mener at de har mye innflytelse i det direkte pasientarbeidet. Kravene i arbeidet er "begripelige" og "håndterbare", jamfør Antonovsky (2000). De frykter imidlertid at redusert faglig oppdatering på sikt kan påvirke deres funksjonsdyktighet. Helselovene (HOD 1999:61 Lov om spesialisthelsetjenesten, HOD 1999:63 Lov om pasientrettigheter,

HOD 1999:64 Lov om helsepersonell) stiller nye krav til personlig ansvar i pasientbehandlingen. Mangel på tid og reduserte muligheter for faglig oppdatering samtidig med økt personlig ansvar og økte ytre krav skaper en opplevelse av at man er under stadig sterkere press. Dette presset er vedvarende og kan over tid skape et misforhold mellom opplevelsen av egne ressurser og oppgavene man er satt til å løse.

Koordinator av operasjonsprogrammet har en nøkkelrolle når det gjelder å stille krav. Koordinatorens evne til å ha en god dialog med de ansatte påvirker de ansattes opplevelse av stress og mulighet for innflytelse.

Krav og innflytelse i forhold til de andre medarbeidergruppene er mest bestemt av at man kjenner sin egen rolle og medarbeidernes roller, og at disse rollene fylles på en forventet tilfredsstillende måte. Manglende anerkjennelse av faglig kompetanse og negative holdninger til samarbeid er en kombinasjon som kan skape stress. Den manglende viljen enkelte viser til å anerkjenne anestesisykepleiernes faglige kompetanse provoserer anestesisykepleierne. De misliker å bli nedvurdert, men først og fremst er de provosert på pasientens vegne. De kjenner medansvar og krever innflytelse på det som blir gjort med pasienten. Dette er gjerne kortvarige problemer, men de er intense mens de pågår.

Det er i forholdet til politiske og administrative rammer for arbeidet at respondentene opplever størst krav og minst innflytelse. Stadig større vektlegging av effektivitet og belønning av kvantitet fra lederhold kan over tid gi endring av holdninger i arbeidet. Währborg (2002) sier at den overgripende reaksjon ved stress kan beskrives som individets forsøk på å tilpasse seg situasjonen for å beskytte seg selv. Han sier at langvarig stress kan gi en primitivisering av atferd. En slik primitivisering kan vise seg ved sinne og aggressivitet, men også gjennom de-personalisering med "tingliggjøring" av mennesker og distansering slik at man beskytter seg selv mot de ytre stimuli (Ogden 2004). Det kan beskytte organismen mot overstimulering og utmatting ved at man ikke responderer på visse stimuli. Man kan tilpasse sin respons til det som belønnes fra miljøet rundt.

Skau (2005) sier at for å kunne lykkes i dagens samfunn er man avhengig av smidighet og omstillingsevne, evnen til å ta gode valg, kunnskapstørst og vilje til nytenking. Hun skriver at det i helsevesenet i dag stilles helt andre krav enn det man har vært vant til. Hun sier at store forandringer tvinger seg frem i raskt tempo, men at de ansatte har for lite kunnskaper om hvordan man kan lede og delta i forandringsprosesser. Dette kan gi improvisasjoner og nødløsninger som resultat av høye krav og lite innflytelse. Dette kan vise seg ved "stille avvik" fra vedtatte kvalitetskriterier ved for eksempel å være mindre nøye ved kontroll av utstyr, unnlate å ta seg tid til å gjennomgå pasientens papirer før innledning av anestesi, være mindre nøye med håndhygiene med mer for å tilfredsstille andres krav til måloppnåelse. Slike avvik kan redusere anestesisykepleierens opplevelse av stress, men kan bli kilde til "snarveier" i arbeidet som kan bli farlige når de får negative konsekvenser. Det kan føre til situasjoner som kan være en sikkerhetsrisiko for pasienten og som kan føre til juridiske konsekvenser for anestesisykepleieren.

Krav til effektivisering kan være en faktor som kan føre til at hygiene, og kanskje spesielt håndhygien, nedprioriteres i pasientarbeidet:

På grunn av tidsnød, personalmangel, stor aktivitet, intensiv og stresset arbeidssituasjon, går «pasientens liv og helse» foran håndhygien. De største brudd på hygien skjer i de tilfeller der belastningen er stor, aktiviteten meget høy og antall pasienter per personale er stort.
Andersen (1999, s.54)

Folkehelseinstituttet (2004) sier at det er lederens plikt å sørge for et system som sikrer at rutinene for håndhygiene tilrettelegges, forbedres og vedlikeholdes ved systematisk kvalitetssikring, intern-revisjon og motiverende undervisning.

Aadland (1998) skriver at hjelpearbeidere ofte har et solidaritetshierarki: Først kommer hensynet til pasienten, deretter hensynet til egen profesjon, så følger hensynet til profesjoner man samarbeider med og til sist hensynet til arbeidsgiver, myndigheter og samfunn. Svarene fra respondentene er i samsvar med dette hierarkiet. De fleste erfarne anestesisykepleierne er bevisste på hvilke krav de stiller til forsvarlighet i arbeidet og tilpasser sin atferd etter disse kravene. Noen forsøker å tilfredsstille andres ønsker ved å redusere kravene til kvalitet i arbeidet. Ulikheten i dette gjør det naturlig å stille spørsmålet om noen av anestesisykepleiernes kvalitetskrav er for høye i forhold til tilgjengelige ressurser.

Det er enighet blant respondentene om at anestesisykepleiernes felles mål er å oppnå en best mulig kvalitet i det direkte pasientarbeidet og at andre mål er underordnet dette. Anestesisykepleierne i Norge er underlagt en forskrift (ALNSF 2006b) som beskriver hvilke kriterier som til enhver tid skal oppfylles for at behandlingen skal være forsvarlig. En slik forskrift er laget fordi anestesi er forbundet med risiko og den skal være en sikkerhet for pasienten. Det er derfor faglig belegg for å stille krav til kvalitet i pasientbehandlingen. Ingen av respondentene nevner at helselover og forskrifter danner grunnlaget for kvaliteten i arbeidet. Det synes å være en varierende bevissthet om dette blant respondentene. Noen markerer tydelig grenser for hva de mener er faglig forsvarlig, mens andre forsøker å tilpasse arbeidet til de ytre kravene, selv om det kan bety at man reduserer kvaliteten på deler av arbeidet.

Ifølge Karasek og Theorell (1990) vil tolkningen av krav i forhold til kontroll ha betydning for hvordan man opplever arbeidssituasjonen. En opplevelse av høye krav og tilfredsstillende innflytelse gir en aktiv arbeidssituasjon. God sosial støtte forsterker denne gode opplevelsen. Høye krav og lav innflytelse skaper forutsetninger for spenning og stressreaksjoner. God sosial støtte kan redusere disse problemene. Den sosiale støtten er derfor sentral når man opplever høye krav, enten man opplever at man har innflytelse eller ei.

Man får et inntrykk av at anestesisykepleierne er lite aktive til påvirke prosesser som foregår utenfor avdelingen. Dette kan skyldes at man ikke har interesse og tradisjon for å delta i slike prosesser fordi anestesiavdelinger er "lukket" kulturer med hovedfokus på indre forhold. Det kan også skyldes en passivisering fordi man ved nye ledelsesstrukturer opplever at det er vanskelig å nå frem til de nivåer som har myndighet til å endre på forholdene. En ytterligere faktor kan være at man på grunn av stort arbeidspress ikke orker å engasjere seg. For å engasjere anestesisykepleierne til å delta mer aktivt i arbeidet med rammeverk og forbedring av produksjonskjeden kan arbeidsgiver legge til rette for og oppmuntre til innsats. Det kan skape en mer aktiv og positiv holdning til endringer samtidig som det gir en opplevelse av innflytelse. Det kan redusere opplevelsen av stress.

Krav om datakyndighet oppleves som en belastning for en del, spesielt senioren. De utgjør nå en stor andel av norske anestesisykepleiere. Det er viktig å registrere disse signalene og følge opp med tiltak for å redusere stresset dette utgjør.

Belønning

Respondentene sier at den største belønningen i arbeidet er vissheten om at man har gjort sitt beste overfor pasienten. Belønningen i arbeidet består også av god respons fra pasienter, å være del av et godt arbeidsmiljø og å få spennende faglige utfordringer.

Anerkjennelse og ros fra kolleger i det faglige arbeidet forekommer ikke så ofte, men blir satt stor pris på når det skjer. Belønning i form av ros fra ledelsen på avdelings-/koordinator-nivå er ofte knyttet til prestasjoner i forhold til effektivitet i pasientproduksjonen. Ingen av respondentene nevnte at de hadde fått ros fra ledelsen for god kvalitet i arbeidet. Dette er et tankekors.

Belønningen for måloppnåelse fra høyere administrativt og politisk hold er liten. Ingen av respondentene forteller om belønning i form av økonomisk uttelling, verken på person- eller avdelingsnivå, for eksempel i form av økte kursmidler som kan stimulere til ytterligere innsats og utvikling. "Belønningen" kan ligge i at måloppnåelse kan gjøre at reduksjonene neste år kan bli mindre, men ingen av respondentene fortalte om at den økte innsatsen hadde kommet dem til gode. En slik form for "negativ belønning" hvor fokus er å begrense tap i stedet for å oppnå en gevinst kan over tid påvirke motivasjon og innsats. Svarene fra respondentene viser at opplevelsen av å bli verdsatt og belønnet er en delt opplevelse. Hvor mye det ene betyr i forhold til det andre vil være det være individuelle tolkninger av og det kan påvirke helsen ulikt hos de enkelte.

Seniorene opplever lite anerkjennelse fra arbeidsgiver for sin lojalitet. Siegrist (1996) sier at den som har anstrengt seg mye over tid uten å få tilstrekkelig belønning utvikler en følelse av frustrasjon som kan komme til uttrykk i en negativ væremåte, men også som kroppslige reaksjoner og sykdom.

Meningsfullhet.

Det motiverende elementet som meningsfullheten bidrar med er sentralt i "sense of coherence". Meningsfullhet skaper engasjement og er veien til større forståelse (Antonovsky 2000). Selv om det finnes mange faktorer som bidrar til opplevelse av stress i arbeidet som anestesisykepleier, oppgir nesten alle av de ti respondentene at de synes det er et meget meningsfylt arbeid.

Det direkte pasientarbeidet trekkes frem som svært meningsfylt. Respondentene er tilfreds med de faglige utfordringene i arbeidet og synes de har et spennende yrkesliv. En respondent sier:

R: "... Jeg synes det er veldig givende å møte nye personer, få tillit, vite at jeg har laget et opplegg som jeg kan stå inne for. Så kan alle andre mene hva de vil, men dette vet jeg funker, det synes jeg er veldig givende. Regissere en dag."

En annen respondent sier:

R: " Det som gjør at jeg synes det er så alright å holde på med dette, er at jeg er så privilegert som får lov å holde på med en pasient om gangen. Jeg kan gjøre det beste hver eneste gang."

Respondentene sier at de verdsetter å arbeide selvstendig. De liker å ha et stort personlig ansvar hvor de får rask, konkret respons på hvordan de utfører arbeidet. De føler at de gjør en

god jobb med pasientene og at de får sin egen innsats bekreftet når de ser at det går bra med pasientene post-anestetisk. Denne umiddelbare, konkrete tilbakemeldingen beskrives av en av respondentene som ”stimulerende” og er en viktig faktor som bidrar til mening i arbeidet. Anestesisykepleierne sier at det er interessant og spennende å arbeide med medisinske krevende oppgaver samtidig som de skal utføre godt omsorgsarbeid med pasientene. Det krever et blikk for helheten i pasientbehandlingen.

Sosial støtte

Sosial støtte kan fungere som beskyttelse mot stress (Siegrist 1996). Ved problemer betyr det mye å ha noen å henvende seg til for å få støtte, men også for å få andres råd og forslag til løsninger. Sosial støtte demper mange stressorer av både emosjonell og kognitiv karakter. Den har en buffereffekt og kan nøytralisere effekten av andre potensielt stressende faktorer. God sosial støtte i et arbeidsmiljø reduserer sykkeligheten blant de ansatte og virker forebyggende mot sykdomsutvikling (Währborg 2002).

Wills (1985) definerer flere typer sosial støtte:

- anerkjennende støtte: når andre uttrykker sin anerkjennelse overfor deg
- informasjonsstøtte: når andre tilbyr råd og veiledning
- sosialt fellesskap: når man får støtte gjennom aktiviteter
- instrumentell støtte: når man får praktisk hjelp.

Respondentene oppgir at de har gode relasjoner til de fleste av sine medarbeidere, spesielt til kolleger i egen yrkesgruppe. Det positive forholdet til de fleste medarbeiderne er en faktor som gjør at arbeidsdagen oppleves som positiv. Respondentene beskriver de fleste av sine kolleger som hyggelige, kunnskapsrike, dyktige og noen ganger morsomme. Gjensidig respekt og humor er faktorer som skaper gode fellesopplevelser. Støtten de får fra kollegene er både informasjonsstøtte, sosialt fellesskap og instrumentell støtte, samt anerkjennende støtte i form av positiv bekreftelse på egen person fra kollegene. Muligheten for informasjonsstøtte og sosialt fellesskap er under press på grunn av prioriteringen av produksjon som øverste verdi. Den anerkjennende støtten i forhold til det faglige arbeidet er det mindre av fordi man arbeider ofte alene på en stue og ikke kjenner så godt til hvordan kollegene fungerer i arbeidet. Det hender allikevel at man får anerkjennelse fra kolleger og andre grupper man samarbeider med. Respondentene oppgir at god sosial støtte bidrar til at de trives med arbeidet.

Forutsigbarhet

Respondentene sier at det var et bevisst valg å bli anestesisykepleier ut fra et ønske om faglig krevende utfordringer, variasjon i arbeidet og ønske om å utføre arbeid som stiller krav til kvalitet. Mange ser på en viss uforutsigbarhet i pasientarbeidet som en positiv kvalitet ved det å være anestesisykepleier. En slik grunnholdning med ønske om utfordringer og tro på egen mestringsevne trekkes av flere respondenter frem som grunnleggende for å fungere i arbeidet som anestesisykepleier. Antonovsky (2000) sier at hvis den sosiale struktur og kulturelle kontekst fremmer identiteten vil man være tilfreds med sitt arbeid. Anestesisykepleiernes

ønsker i forhold til arbeidet og den varierende forutsigbarheten som er i arbeidet er sammenfallende, noe som skaper tilfredshet.

Alle respondentene beskriver mange lite forutsigbare situasjoner i pasientarbeidet og i samarbeidet med andre grupper som skaper stress. Respondentene forventer at slike situasjoner oppstår i arbeidet som anestesisykepleier. De har en forberedthet til å møte slike situasjoner. Fellestrekk er at det skaper stort stress i øyeblikket og at bearbeidingen av hendelsen starter etter at hendelsen er over. Bearbeidingen er ifølge respondentene som regel åpen ved at man deler opplevelsen og reaksjonene på dem med kolleger, eventuelt med ledelsen. Den åpne måten å bearbeide hendelser på gjør at man får respons på egne reaksjoner, noe som stimulerer bearbeidingen videre. Egen åpenhet og akseptasjonen i miljøet for å ta opp hendelser gjør at mange bearbeider hendelser ganske raskt og at de legger dem bak seg. De sier at de ikke glemmer hendelsene, men at de klarer å bearbeide dem slik at de i ettertid ofte oppfattes som "en erfaring rikere". Uforutsigbarheten kan da bli en kilde til vekst og økt funksjonsdyktighet. Slike sterke, men kortvarige stress-situasjoner ser ut til å gi lite helseproblemer over tid for anestesisykepleierne. Et unntak fra dette er situasjoner hvor man opplever personlig ansvar for at en situasjon fikk et dårlig utfall for pasienten. Da trues selvbildet og troen på egne ferdigheter.

Det er imidlertid usikkert om alle anestesisykepleiere velger denne åpne væremåten. Selv om respondentene i denne undersøkelsen oppgir at de selv gjør det, kan det være at denne åpne innstillingen bidro til at de valgte å bli med i undersøkelsen. Det kan derfor være at undersøkelsen ikke fanger opp de som har en mer lukket måte å møte stress med.

Sense of coherence (opplevelse av sammenheng)

Det motiverende element som meningsfullheten bidrar med vektlegges som sentral av Antonovsky (2000). Uten denne faktor vil det være vanskelig å ha en varig opplevelse av begripelighet og håndterbarhet. Motivasjonen og meningsfullheten er veien og grunnlaget til større forståelse og større personlige ressurser. Begripelighet ser ifølge Antonovsky ut til å være de nest viktigste fordi håndterbarheten er avhengig av forståelsen.

"Sense of coherence" beskrives som en individuell global holdning av Antonovsky (2000). Det kan være betydelige forskjeller mellom individer, også i anestesisykepleiergruppen, i opplevelsen av "sense of coherence" i arbeidet. Ulike erfaringer med stressfylte situasjoner gir ulike opplevelser av hva som er "begripelig", "håndterbart" og "meningsfullt".

Respondentene uttrykker at de synes arbeidet som anestesisykepleier er *meningsfullt*. De opplever mange situasjoner hvor de utfordres på *begripelighet*, særlig i akutsituasjoner og når utstyr svikter, men gir uttrykk for at de i de fleste situasjoner evner å *håndtere* disse situasjonene og andre stressfylte opplevelser slik at de "kommer ut på den rette siden". En sterk "sense of coherence" gjør at man oppfatter problemer med større klarhet og mer differensiert, slik at de tolkes som mer *begripelige* og *håndterbare*, samtidig som de oppleves mer som utfordringer enn som byrder (Antonovsky 2000). Respondentenes utsagn om konkrete situasjoner hvor de beskriver det som stress, tolkes i noen tilfelle mer som uttrykk for "spenning" hvor resultatet av situasjonen ble bra, enn at det er en varig opplevelse av underskudd på ressurser til å møte utfordringene. Antonovsky (2000) sier at en grunnleggende tillit som skal til for å *håndtere* situasjonen som i øyeblikket virker forvirrende, er at man tror at man har tilgjengelig ressursene som skal gjøre situasjonen begripelig. Respondentenes svar

viser at de har denne tilliten i veldig mange situasjoner. Dette gjør at man er motivert for å handle og de fokuserte følelsene aktiverer bevisste mestringsmekanismer.

Disse salutogene faktorer kan bidra til å styrke de generelle motstandsressurser hos anestesisykepleierne. Dette kan bidra til å forklare lav sykелighet og lavt sykefravær relatert til selve arbeidet, og at mange blir værende i yrket i mange år.

Det er imidlertid faktorer som kan virke i motsatt retning. Kontinuerlig høyt produksjonspress påvirker egen opplevelse av å ikke ha mulighet til å gjøre det beste for pasienten. Da trues en av de viktigste belønningsfaktorene i arbeidet. Dette kan føre til at en stiller spørsmålstegn ved om det er *meningsfullt* å satse egne ressurser på å forbedre en situasjon som kanskje ikke lar seg påvirke av egen innsats.

Mangel på ressurser til faglig oppdatering kan bidra til at opplevelsen av *begripelighet* og *håndterbarhet* over tid svekkes fordi man ikke kjenner seg faglig à jour og blir utrygg i arbeidet. Funksjonsbeskrivelsen for anestesisykepleiere (ALNSF 2006a) sier at anestesisykepleiere skal holde seg faglig oppdatert, men de opplever at mulighetene for dette stadig reduseres.

Økte krav gjør at det er vanskeligere enn før å finne tid til refleksjon og avspenning etter situasjoner på grunn av produksjonspresset. Det er svært viktig for helsen at avspenningsmekanismene virker. Kroppen er avhengig av at det er en balanse mellom aktivitet og hvile. Manglende avspenning og hvile gjør at kroppen utsettes for en allostatisk belastning som over tid kan gi somatiske helseproblemer som nedsatt immunforsvar, gastrointestinale problemer, økt aterosklerose med mer og kan lede frem til psykiske problemer som aggressivitetsstress, oppgitthetsreaksjoner og utbrenthet (Lundberg 2004). Tid til refleksjon er viktig for å sortere inntrykk og for å *håndtere* disse inntrykkene. Antonovsky (2000, s.153) skriver at ”det er den generelle forventning om at stressfaktorer er meningsfylte og begripelige som utgjør det motivasjonsmessige og kognitive grunnlag for mestring, og at det kan forhindre spenning i å forvandles til stress.”

Respondentene viser at de i pasientarbeidet har en stor grad av internt ”locus of control”. De mener at de selv i stor grad kan påvirke begivenhetene de er deltagere i, selv om de i noen situasjoner har behov for faglig og emosjonell støtte. Når det gjelder å påvirke rammefaktorene i arbeidet har de imidlertid et klart eksternt ”locus of control”. Funksjonsbeskrivelsen (ALNSF 2006a) sier at anestesisykepleierne har medansvar for ressursforvaltning innen gitte økonomiske rammer og dokumenterer økonomiske behov for å sikre kvaliteten på den anestesisykepleie som ytes til pasientene. De opplever imidlertid at de har liten innflytelse på dette og at det er andre som har makt til å gjøre endringer. Dette skaper oppgitthet og påvirker motivasjonen; *meningen* med det du gjør reduseres når økt innsats ikke gir forventede positive resultater.

I denne undersøkelsen er stress knyttet til rammene i arbeidet som anestesisykepleier mest fremtredende. Dette synes å være en faktor som over tid kan påvirke balansen mellom innsats og hvile, og derfor kan bli en varig stressfaktor som kan gi helseeffekter. Stress i pasientarbeidet og i forhold til medarbeidere synes å være av en mer midlertidig karakter som påvirker egen helse mindre over tid.

Resultatene sett i forhold til tidligere forskning

Anestesisykepleierne beskriver seg selv ifølge Jameson (2003) som kvalifiserte, kompetente, engasjerte og kostnadseffektive arbeidstagere. Respondentene i denne undersøkelsen bekrefter langt på vei disse beskrivelsene gjennom sine utsagn. Mange av stressorene som respondentene oppgir har fellestrekk med tidligere funn i forskning om stress blant anestesisykepleiere. Lav bemanning i forhold til antall pasienter, dårlig forberedte pasienter, arbeid som man ikke utfører så ofte samt komplikasjoner og dødsfall knyttet til anestesi er momenter som både Cavagnaro (1983) og Perry (2002) beskriver.

I Cavagnaro (1983) og Perry (2002, 2005) sine undersøkelser trekker man frem interpersonelle konflikter som hovedårsaker til stress. Det samme finner en svensk undersøkelse om belastninger i arbeidet som anestesisykepleier (Welander 1994). Det beskrives også i denne studien, men konfliktene oppfattes ikke som så fremtredende og dyptgående som man får inntrykk av i de nevnte studiene. De fleste personkonflikter er av temporær karakter og de fleste respondentene oppgir at dette påvirker deres helse lite over tid. Unntaket er når en opplever varig nedvurdering som person fra en medarbeider, slik det er beskrevet i resultatdelen.

Koordinators væremåte og holdninger ser ut til å være en viktig faktor i forhold til stress hos de ansatte. Respondentene plasserer ansvaret for økte krav og manglende ressurser på høyere administrative og politiske nivåer. Dette fremgår ikke så tydelig av Perry's (2002, 2005) og Cavagnaro's (1983) undersøkelser. Lundberg (2004) sier at individets muligheter til å balansere situasjonen mellom omgivelsenes krav og individets evne til å møte disse kravene er avgjørende for hvor stor stressbelastningen for individet blir. En kontinuerlig konflikt mellom arbeidstagers verdier og kravene fra arbeidsgiver kan utgjøre en helserisiko når dette blir langvarig.

I denne undersøkelsen synes det som om lang yrkeserfaring er en fordel når en skal respondere på ytre krav om effektivitet. Det synes lettere å gjøre faglige og etiske valg om hva som er viktig og mindre viktig i øyeblikket, og ta konsekvensene av dette når man er erfaren. Mauleon & Ekman (2002) sier at nyutdannede anestesisykepleiere har vanskelig for å velge lojalitet når pasientens behov står i motsetning til behovet for en effektiv pasientproduksjon, og at dette skaper stress. Denne undersøkelsen kan ikke bidra til mer kunnskap om dette, men én respondent bekrefter at det er hennes inntrykk og andre antyder det.

Jameson (2003) beskriver at anestesisykepleiere er defensive i forhold til egen faglig autonomi. I denne studien kommer det mest frem i situasjoner hvor man opplever uklare ansvarsforhold. Da er det problematisk at formell kompetanse hos uerfarne anestesileger går foran anestesisykepleierens realkompetanse for å løse situasjonen. Hvordan slike situasjoner løses varierer mellom respondentene; noen aksepterer dette ganske passivt, andre er mer aktive til å si tydelig i fra om egne vurderinger. Egne tolkninger og reaksjoner vil påvirke hvor stressbelastende den enkelte opplever dette.

Ingen av respondentene tar opp at de opplever urettferdig arbeidsbelastning mellom de ansatte. Perry (2002) beskriver dette som en kilde til stress og konflikter i sin undersøkelse, men det synes å være lite relevant her. Perry (2002) skriver også at mannlige anestesisykepleiere behandles mer likeverdig av anestesilegene. I denne studien ble dette beskrevet av kun én av seks kvinnelige respondenter, men det ble da beskrevet som en meget vanskelig situasjon. Stigmatisering ut fra kjønn eller andre personlige trekk kan være en sterk belastning som kan gi stressreaksjoner psykisk og somatisk.

De som i denne studien oppgaven blir benevnt som ”seniorer”, beskriver at de kan ha mindre fysiske ressurser enn før og at det kan være krevende å imøtekomme egne og andres ønsker om prestasjoner i arbeidet. Lojalitet mot arbeidsgiver og utfordringer med data er emner som også tas opp som forbindes med stress. Dette beskrives ikke i undersøkelsene som er nevnt under kapitlet om tidligere forskning.

Antonovsky (2000) refererer til Koestler (1967) for å beskrive hemmeligheten bak hierarkiske organisasjoners vellykkete tilpasning og overlevelse. Koestler (1967, s. 42) beskriver at det er ”faste regler som imidlertid gir plass til fleksible strategier som styres av feed-back”. Flere av respondentene kritiserer ledelsen for at signalene de gir ikke blir formidlet videre oppover i organisasjonen. Manglende formidling av ”feed-back” kan gjøre organisasjonen mindre fleksibel til å tilpasse seg utfordringer når kommunikasjonen blir for enveis mellom nivåene i bedriften. Anestesisykepleiernes opplevelse av innflytelse kan øke ved at de de formidler til sine ledere blir brakt videre slik at de får respons fra høyere nivåer i organisasjonen på sine innspill. Samtidig gir det administrasjonen i bedriften innsikt i hva de ansatte opplever som belastende og hva som kan gjøres for å bedre situasjonen.

De siste årene har det ifølge respondentene skjedd en utvikling når det gjelder opplevelsen av arbeidspress og tidspress blant anestesisykepleierne. Flere sier at de nærmer seg en grense for hva de kan makte før de får stressreaksjoner som kan utløse sykdom. Disse signalene bør fanges opp av lederne slik at man kan analysere situasjonen og iverksette tiltak før det gir sykefravær. Samtidig kan en undre seg over hvorfor mange av respondentene svarer at stress i arbeidet til nå ikke har gitt sykdom og fravær. Det kan være at dette er reelt, men det kan også hende at undersøkelsen ikke har fanget opp respondenter som bruker fravær fra arbeid som en mestringsmåte ved arbeidsrelatert stress. Holdninger til forventet mestring hos den enkelte og i arbeidsmiljøet kan gjøre at man forsøker å neglisjere egne stressopplevelser. Det kan også være at man ikke forbinder egen sykdom som for eksempel luftveisinfeksjoner og mageproblemer med at dette kan være kroppens reaksjon på stress. Perry (2002, 2005) sier at anestesisykepleierne ikke tar fravær fra arbeid fordi de kjenner ansvarsfølelse overfor kollegene som da får merarbeid. Ingen av respondentene nevner dette i sine svar, men de sier at kollegers fravær gir stress i arbeidet når det ikke leies inn vikarer. Plikt- og ansvarsfølelsen kommer frem indirekte ved at det er bevissthet om dette, selv om det ikke sies.

Pålitelighet og gyldighet

Pålitelighet

Vurdering av *påliteligheten* bygger på Kvaales (1997) beskrivelse av metode som er gjengitt i metodekapitlet tidligere i besvarelsen. I prosessen med intervjuer, transkribering og analyse av materialet i denne undersøkelsen er disse kravene til det kvalitative forskningsintervjuet som forskningsmetode gjennomført så samvittighetsfullt og korrekt som mulig. At man gjennom hele forskningsprosessen er bevisst på disse forholdene vil styrke besvarelsens pålitelighet ifølge Kvale (1997). Det er gjort forberedelser gjennom litteraturstudier, prøveintervjuer og dialog med veileder samt kolleger ved Høgskolen i Agder. I intervjuene har fokus vært på respondentenes livsverden og deres erfaringer om emnet. Utydelighet eller flertydighet i svarene har blitt fulgt opp med spørsmål om respondenten kan utdype sine utsagn ytterligere. I etterkant kan man se at det kunne ha vært stilt flere oppfølgingsspørsmål for å få frem enda bedre forskningsdata. Dette skyldes forskerens manglende erfaring med å

gjøre forskningsintervjuer. Påliteligheten i denne undersøkelsen kan påvirkes av at respondentene selv ønsket å bli intervjuet. Det kan være positivt fordi respondentene har anledning til å forberede seg og har en positiv forventning til å dele sine tanker med den som intervjuer. Det kan også være negativt fordi man kan få en gruppe av respondenter som har personlige holdninger eller motiver knyttet til emnet som de ønsker skal løftes frem i undersøkelsen. Det er brukt åpne spørsmål for å få frem respondentenes egne oppfatninger. Man har unngått ledende spørsmål som kan påvirke respondentenes svar. Språket under intervjuene har vært dagligspråk iblandet kjente faguttrykk og intervjuerens kroppsspråk var mest mulig nøytralt under intervjuene. Forholdet mellom forsker og respondent var preget av likeverdighet og maktfrihet under samtale. Intervjuerens subjektivitet og forforståelse har vært forsøkt tonet ned til en mest mulig åpen og nøytral innstilling til emnet. Forskerens forforståelse for faglige ord og uttrykk gjorde at dialogen ble opplevd som tydelig.

Påliteligheten er avhengig av respondentenes vilje til å gi riktig informasjon. Respondentene kan ha motiver for å holde tilbake informasjon eller fortegne virkeligheten til å fremstå på en sosialt akseptabel måte. Respondentenes svar var ofte spontane uten lange tankepauser før spørsmål ble besvart. Det er viktig å unngå at konteksteffekter påvirker respondentens svar. I denne undersøkelsen ble intervjuene foretatt uten at andre kunne høre det som ble sagt og uten tidspress. Transkriberingen er gjort ordrett så langt det har latt seg gjøre ut fra lydkvaliteten på opptakene for å gjengi respondentenes utsagn mest mulig korrekt. Ordrett transkribering ble valgt for å sikre at materiale som først kunne synes uvesentlig ikke skulle gå tapt, men være tilgjengelig under bearbeidingen av materialet. I presentasjonen av resultatene er sitater fra respondentene brukt til å belyse teksten. Kategoriseringen er gjort ut fra en forståelse av hovedbudskapet i respondentens svar. Gjennom hele arbeidet har det vært en prosess med å se helheten ut fra enkeltdelene og enkeltdelene i forhold til helheten; en hermeneutisk tilnærming. Kategoriene er forsøkt endret for å se om resultatene forandrer seg og om nye konklusjoner må gjøres. Denne delen av arbeidet var krevende for en uerfaren forsker, og det tok tid før man opplevde at resultatene var logiske og stabile.

Gyldighet

Den interne gyldigheten bestemmes av om man undersøker det man skal ifølge problemformuleringen og forskningsspørsmålene, samt at observasjonene faktisk avspeiler de fenomener vi undersøker (Kvale 1997). Forskeren mener at det er en logisk sammenheng mellom teori, forskningsspørsmål og resultater. Designet med en kvalitativ undersøkelse bygget på andres tidligere forskning om emnet kombinert med Kristensens (2004) ”six golden nuggets” om kilder til stress ble opplevd som hensiktsmessig for å få frem rikelig informasjon fra respondentene. På forespørsel til deltagerne etter intervjuene om de opplevde at spørsmålene som ble stilt var relevante for emnet, svarte respondentene bekræftende på dette. Respondentene er av begge kjønn med en variasjon i yrkeserfaring og alder som er relativt nær sammensetningen av ALNSF’s medlemsmasse. Respondentene viser gjennom sine svar en stor grad av nærhet til emnet og beskriver egne opplevelser, ikke andres. Det er en betydelig intersubjektivitet mellom respondentene på mange områder. Et eksempel på dette er at betydningen av sosial støtte er noe alle respondentene nevner. Det er også noen enkeltstående svar som er tatt med fordi de viser variasjonen i opplevelser. Et eksempel på dette er beskrivelsen av å bli nedvurdert, slik en respondent forteller.

Den eksterne gyldigheten styrkes av at funn i undersøkelsen er i overensstemmelse med tidligere forskning om emnet, men det betyr ikke at funnene er absolutt sanne (Kvale 1997). Det er utilstrekkelig med ti respondenter for å kunne generalisere funn i tradisjonell

kvantitativ betydning ved statistikk, men funnene kan sannsynliggjøres. Kvale (1997) drøfter ulike former for generaliserbarhet. Han løfter frem den analytiske generaliseringen i kvalitativ forskning som innebærer at man betrakter resultatene i lys av tidligere studier og relevant kunnskap. En slik analyse kan vise om resultatene har bærekraft og kan anvendes i en andre situasjoner. Hvis de kan det, har de en pragmatisk validitet og generaliserbarhet ifølge Kvale (1997). Mange av funnene i denne undersøkelsen er samsvarende med funn gjort i andre undersøkelser, og dette samsvaret sannsynliggjør og styrker disse funnene.

Gyldigheten i undersøkelsen begrenses av at man ikke har intervjuet dem som er ute av arbeid på grunn av sykmelding eller har valgt seg bort fra yrket. Det har heller ikke vært utført en respondentvalidering for å kontrollere sentrale funn.

Det har vært mange store endringer innen arbeidslivet og helsevesenene i de nordiske land de senere år. Felles for disse er at det har blitt foretatt strukturelle og organisatoriske endringer som har påvirket arbeidsforholdene for de ansatte (Währborg 2000, Roness & Matthiesen 2002). Funnene i denne undersøkelsen beskriver hvordan dette påvirker norske anestesisykepleiere, men det er grunn til å tro at de også kan være relevante for anestesisykepleiere i andre nordiske land. Anestesisykepleiernes funksjoner er relativt like i de nordiske land og endringene i arbeidslivet i de nordiske land har vært påvirket av mange av de samme faktorene, som for eksempel den økte globaliseringen. Kunnskapen som undersøkelsen genererer kan gi innsikt blant anestesisykepleiere samt deres ledere på ulike nivåer om hva som kan utløse stressreaksjoner og hvilke følger dette har for anestesisykepleiernes helse og funksjon. Funnene kan være et grunnlag for å skape en debatt om hvordan en kan ivareta og fremme helse blant anestesisykepleierne i en tid med raske endringer i helsevesenet.

Denne studien viser at muligheter for faglig oppdatering, oppvurdering av betydningen av sosial støtte, tilrettelegging for deltagelse i arbeidet med rammene omkring driften og tilførsel av kompetanse om hvordan man deltar i forandringsprosesser kan være vesentlige momenter for å redusere stress blant anestesisykepleiere.

En annen form for lærdom er egne erfaringer med å forske. Når man er ny som forsker er analyseprosessen i en kvalitativ undersøkelse meget krevende. Som student ser man behovet for at metodekurs bør inneholde konkrete øvelser om hvordan man kan utføre ulike intervjuanalyser i samarbeid med erfarne forskere. Dette kan for eksempel gjøres interaktivt via datamaskiner med analyseprogrammer, enten lokalt ved studiestedet eller som hjemmeoppgaver. Tilbakemelding fra erfarne forskere om kvaliteten på egen analyse er viktig for å utvikle kompetanse hos studentene. Hvis studien skulle vært gjort om igjen ville det vært ønskelig å gjøre den sammen med en annen forsker som kunne komme med verdifulle ideer og innspill. Det ville også være ønskelig at en annen uavhengig forsker kunne foreta en ny kategorisering for å vurdere den opp mot forskerens egen kategorisering.

Videre forskning kan være å kvantifisere funnene i denne undersøkelsen. Det vil og være interessant å undersøke nærmere hvilke mestringsstrategier anestesisykepleierne anvender for å takle arbeidsrelatert stress. Det kan også være verdt å undersøke om "stille avvik" er et problem i vekst.

KONKLUSJON

Anestesisykepleiere opplever arbeidsrelatert stress i mange sammenhenger. Det aksepteres av mange som en del av yrket, men det er viktig med god sosial støtte for å bearbeide opplevelser. Stressende hendelser i pasientarbeidet og i samarbeidet med andre medarbeidere har ofte en temporær natur som påvirker deres helse lite hvis det er tid og anledning til å bearbeide opplevelsene. Stress på grunn av mangel på ressurser, økte krav og opplevelse av lite innflytelse på rammene i arbeidet utgjør en potensiell trussel mot anestesisykepleiernes helse. Seniorer blant anestesisykepleierne kan oppleve stress i forhold til prestasjon, lojalitet og datakyndighet.

Referanser

- ALNSF (2006a) *Idegrunnlag og funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere*. Anestesisykepleiernes Landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund, Oslo.
<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Faggrupper/Anestesisykepleiere/Informasjonsmateriell/Funksjonsbeskrivelse%20%20for%20anestesisykepleiere%2C%20revidert%2006.pdf>
- ALNSF (2006b) *Standard for anestesi i Norge*. Anestesisykepleiernes Landsforening av Norsk Sykepleierforbund, Oslo.
<http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Faggrupper/Anestesisykepleiere/Dokumenter/Standard%20for%20anestesi%20i%20Norge2005.pdf>
- Alves S. L. (2005) A study of occupational stress, scope of practice, and collaboration in nurse anesthetists practicing in anesthesia care team settings. *AANA Journal*, **73** (6): 443-52.
- Andersen B.M. (1999) En skremmende utvikling: Problemmikrober. *Tidsskriftet Sykepleien*, **3**, 54-57.
- Antonovsky A. (1979) *Health, stress and coping*. In The Jossey-Bass social and behavioral science series. Jossey-Bass, San Fransisco.
- Antonovsky A. (2000) *Helbredets mysterium*. (Oversettelse av Amnon Lev). Hans Retzels Forlag, København.
- Arbeids- og Velferdsetaten (2007) <http://nav.no/1073747016.cms> (Lastet ned 15.06.07)
- Arbetsmiljøverket (2007) <http://www.av.se/teman/stress> (Lastet ned 15.06.2007)
- Boorse C. (1977) Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* **44**, 542-573.
- Buijssen H. (1998) *Sjuksköterskans utsatthet: att handtera traumatiska upplevelser i arbetet*. (översättning Katarina Wesslén-Lindahl). Natur och kultur, Stockholm.
- Cannon W.B. (1949) *Kroppens visdom. Människokroppens underbara anpassningsförmåga*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Cavagnaro M.N. (1983) A comparison study of stress factors as they affect CRNAs. ...certified registered nurse anesthetists and RNs working in critical care units. *AANA Journal*, **51**(3), 290-4

- Downie R, Fyfe C, Tannahill A (1990) *Health promotion – models and values*. Oxford University Press, Oxford.
- Folkehelseinstituttet. (2004) *Nasjonal veileder for håndhygiene*. Oslo.
- Folkman S. & Lazarus R.S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. Springer, New York.
- Folkow B. (1982) Physiological aspects of primary hypertension. *Physiological Review* **62** (2), 347-504
- HOD (1999) *Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. HOD (Helse- og omsorgsdepartementet) 1999:64. Oslo.
- HOD (1999) *Lov om pasientrettigheter*. HOD (Helse- og omsorgsdepartementet) 1999:63. Oslo.
- HOD (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.*. HOD (Helse- og omsorgsdepartementet) 1999:61. Oslo.
- Hovind I.L. (red.) (2002) *Anestesisykepleie*. Akribe, Oslo.
- Jacobsen D.I. (2003) *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Høyskoleforlaget, Kristiansand.
- James P.R., Taggart P., McNally S.T., Newman S.P., Sporton S.C., Hardman S.M.C. (2000) Acute physiological stress and the propensity to ventricular arrhythmias. *European Heart Journal* **2**, 1023-1028.
- Jameson J. K. (2003) Transcending intractable conflict in health care: an exploratory study of communication and conflict management among anesthesia providers. *Journal of Health Communication*, **8** (6), 563-81.
- Kaplan J.R., Manuck S.B., Clarkson T.B., Lusso F.M., Taub D.M. (1982) Social status environment and atherosclerosis in Cynomolgus monkeys. *Arteriosclerosis* **2**, 359-368
- Karasek R., Theorell T. (1990) *Health Works*. Basic Books, New York.
- Kirkevold M. (1997) *Vitenskap for praksis*. Ad Notam Gyldendal, Oslo.
- Koestler A. (1967) *The Ghost in the Machine*. Macmillan, New York.
- Kristensen T.S. (2004) *The Copenhagen Stress Model. The “Six Golden Nuggets”*. (Presentation on the 8th International Congress of Behavioral Medicine, Mainz 2004) NIOH, København.
- Kristensen T.S. et al. (2005) The Copenhagen Psychosocial Questionnaire—a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scandinavian Journal of Work Environment Health* **31** (6), 438-449.
- Kvale S. (1997) *Interview. En introduksjon til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels forlag, København.
- Lazarus R.S. (1991) *Emotion and Adaption*. Oxford University Press, New York.
- Lazarus R.S. (1999) *Stress and emotion : a new synthesis*. Springer, New York.

- Levi L. & Levi I. (2000) *Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death?* European Commission, Luxemburg.
- Ljung T. (2001) *Stress system function in abdominal obesity. The hypothalamic-pituitary-adrenal axis and the sympathetic nervous system in middle-aged men.* Thesis. Sahlgrenska Universitetshospital, Göteborg.
- Lorensen M. (1998) *Spørsmålet bestemmer metoden. Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Lundberg U. & Wentz G. (2004) *Stressad hjärna, stressad kropp. Om sambanden mellan psykisk stress och kroppslig ohälsa.* Wahlström & Widstrand, Stockholm.
- Mason P. (1999) Central mechanisms of pain modulation. *Current Opinion Neurobiological* **9**, 436-441.
- Matthiesen S.B. & Roness A. (2002) *Utbrent : krevende jobber - gode liv.* Fagbokforlaget, Bergen.
- Mauleon A.L. & Ekman S. (2002) Newly graduated nurse anesthetists' experiences and views on anesthesia nursing - a phenomenographic study. *AANA Journal*, **70** (4), 281-7.
- McEwen B.S. (1998) Protective and damaging effects of stressmediators. *New England Journal of Medicine* **3**, 171-179.
- Medin J. & Alexanderson K. (2000) *Begreppen Hälsa och Hälsofrämjande – en litteraturstudie.* Studentlitteratur, Lund
- Norsk Sykepleierforbund (2006) Rapporter rapporter@sykepleierforbundet.no ved Simen N. Kristensen, NSF. (Lastet ned 25.09.2006)
- NOU (1998) *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene.* NOU 1998:18. Norges offentlige utredninger, Oslo.
- Ogden J. (2004) *Health Psychology. A Textbook.* 3rd ed. McGraw-Hill Education, Berkshire.
- Perry T.R. (2002) *The Certified Registered Nurse Anesthetist: Occupational Responsibilities, Perceived Stressors, Coping Strategies and Work relationships.* (Doctoral dissertation) Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, Virginia.
- Perry T.R. (2005) The Certified Registered Nurse Anesthetist: occupational responsibilities, perceived stressors, coping strategies, and work relationships. *AANA Journal*, **73** (5): 351-6.
- Repstad P. (1998) *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Rome II (1999) A multinational consensus document on functional gastro-intestinal disorders. *Gut* **45** (suppl.2).
- Roness A. (1995) *Utbrent? : arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker.* Universitetsforlaget, Oslo.
- Rooth P. (2000) Depression och ångest vanliga symptom hos pasienter med övervikt. *Medikament* **6**, 54-60.

- Ræder J. (2004) *Hvordan monitorere awareness?*
<http://www.anestesi.no/download.php?iD=35> (Lastet ned 12.03.2007)
- Selye H. (1956) *The Stress of Life*. 2nd edn. McGraw-Hill, New York.
- Selye H. (1975) *Stress without Distress*. Cygnet Books, New York.
- Selye H. (1976) *Stress in Health and Disease*. Butterworth, London.
- Siegrist J. (1996) Adverse health effects of high effort/low reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1(1), 27-41.
- Skau G.M. (2005) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Cappelen Akademisk Forlag, Oslo.
- Statistisk Sentralbyrå (2006a) <http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefratot/> (Lastet ned 19.05.2007)
- Statistisk Sentralbyrå (2006b) <http://www.ssb.no/emner/06/02/sykefratot/tab-2007-03-22-33.html> (Lastet ned 19.05.07)
- Sterling P., Eyer J. (1988) Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In Fisher S., Reason J. *Handbook of life stress, cognition and health*. Wiley, New York
- Sternberg E.M., Chrousos G.P., Wilder R.L., Gold P.W. (1992) The stressresponse and the regulation of inflammatory disease. *Annual of Internal Medicine* 117, 854-866.
- Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) ”Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Det kongelige helsedepartement, Oslo.
- Tamm M. (1994) *Modeller för hälsa och sjukdom*. Liber AB, Malmö.
- Tidningen Arbetsliv (2002) <http://www.prevent.se/arbetsliv/artiklar/artikel.asp?id=1315> (Lastet ned 26.05.2007)
- Tveråmo A, Dalgard O.S., Claussen B. (2003) Økende psykisk stress blant unge voksne i Norge 1990-2000. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 15, 2011-5
- WHO (1948) *Constitution*. World Health Organisation (WHO), New York.
- WHO (1986) *Ottawa-charter for health promotion*. World Health Organisation (WHO), Europe, Copenhagen.
- Wills T.A. (1985) Supportive functions of interpersonal relationships. In S.Cohen and S.L.Syme (eds.), *Social Support and Health*. Academic Press, Orlando.
- Wolman B. (1988) Gastrointestinal diseases. In *Psychosomatic Disorders*. Plenum Medical Book Company, New York.
- Währborg P. (2001) Smärta – livets fruktade följeslagare. Algologins kulturhistoria och de viktigaste landvinningarna. *Läkartidningen* 14, 1642-1646.
- Währborg P. (2002) *Stress och den nya ohälsan*. Natur och Kultur, Stockholm.

Waagsbø B., Midttun M., Ellingsen S (1999) *Arbeidsfunksjon og arbeidsforhold. En undersøkelse foretatt blant medlemmer av ALNSF*. Anestesisykepleiernes Landsforening av Norsk Sykepleierforbund (ALNSF), Oslo.

Welander E. (1994) *Anestesisjuksköterskors upplevelser av tillfredsställande och påfrestande situationer i yrkesutövningen*. Göteborg Universitet, Göteborg.

Aadland E. (1998) *Etikk for helse- og sosialarbeidarar*. 3.utgave. Det Norske Samlaget, Oslo.

Jørn Hustad
Høgskolen i Agder
Fak for helse- og idrettsfag
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Deres ref.: 5.2006.1792

Vår ref.: 200603570-4/1AY/400

Dato: 23.06.2006

P REK NORD 77/2006 - HVA OPPLEVER ANESTESISYKEPLEIERE SOM STRESSFYLT I SITT ARBEID OG HVORDAN PÅVIRKER DETTE DEM? - PROSJEKTET FALLER UTENFOR KOMITEENS MANDAT

Prosjektet ble lagt fram for Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK NORD) i møtet 15.6.2006. I referatet heter det:

I tilknytning til en mastergradsoppgave i folkehelse skal det gjennomføres en undersøkelse om hvordan anestesisykepleiere opplever arbeidsstress. Målet for undersøkelsen er å frembringe kunnskap som kan bidra til bedre helse og mindre stressbelastning blant anestesisykepleiere. Det benyttes kvalitativ metode, med intervju av 10-15 aktive anestesisykepleiere.

Vedtak:

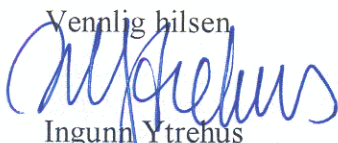
Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) finner at prosjektet faller utenfor komiteens mandat, da det ikke vurderes som biomedisinsk forskning. Intervjuguiden inneholder ikke helserelaterte tema som definert i komiteens mandat.

Vi beklager at det ble en del fram og tilbake med registrering og innsending av dokumenter for dette prosjektet.

Dessuten må vi informere om at prosjektet ditt ved en feil på nytt har blitt tilbakeført til utkastversjon i databasen på <http://prosjekt.etikkom.no/login.aspx>

Vi må derfor dessverre be deg om å logge deg inn og legge skjemaet inn elektronisk en siste gang. Det er fint om du gjør det så snart som mulig. Tusen takk.

Vennlig hilsen



Ingunn Ytrehus
førstekonsulent

REGIONAL KOMITÉ FOR MEDISINSK FORSKNINGSETIKK, NORD-NORGE

Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord

Universitetet i Tromsø, No-9037 Tromsø, tlf 77 64 40 00, e-post postmottak@uit.no, <http://uit.no>
førstekonsulent Ingunn Ytrehus, tlf 77 64 48 76, faks 77 64 53 00, e-post rek-nord@fagmed.uit.no

Jørn Hustad
Høgskolen i Agder, Kristiansand
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 02.08.2006

Vår ref: 14897/GT

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.05.2006. Meldingen gjelder prosjektet:

14897	<i>Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid og hvordan påvirker det dem?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Jørn Hustad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

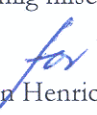
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldingen, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

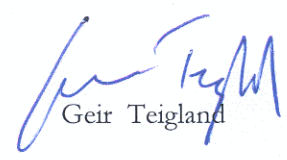
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/endingsskjema>. Det skal også gis melding etter tre år dersom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

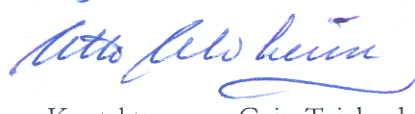
Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/register/>

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2007 rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Bjørn Henrichsen


Geir Teigland


Kontaktperson: Geir Teigland tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering



Personvernombudet for forskning, NSD

Prosjektvurdering - Kommentar

14897

Personvernombudet finner at behandlingen kan finne sted med hjemmel i personopplysningsloven §§ 8 første ledd og 9 a.

Informasjonsskrivet, slik det forelå 02.08.2006, anses som tilfredsstillende.

Det forutsettes at Regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK) tilrår prosjektet, ombudet ber om å få tilsendt kopi av REKs tilbakemelding.

Datamaterialet skal slettes ved prosjektslutt 31.07.2007.

INTERVJU-GUIDE (semi-strukturert)

INNLEDNING:

KAN DU HUSKE EN SITUASJON HVOR DU BLE STRESSET?

HVA SKJEDDE?

HVORDAN PÅVIRKET DET DEG?

KAN DU BESKRIVE ANDRE SITUASJONER SOM HAR VÆRT STRESSFYLT?

Jeg ønsker å belyse de 6 basale dimensjoner av stress med åpne spørsmål i forhold til:

- | | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|
| 1. KRAV
(Demands) | | |
| 2. INNFLYTELSE
(influence) | -Påvirkningsmuligheter
-Utviklingsmuligheter | A. I PASIENTARBEIDET |
| 3. SOSIAL STØTTE
(social support) | | B. I FHT. KOLLEGER |
| 4. FORUTSIGBARHET
(predictability) | | C. I FHT. LEDELSEN |
| | | D. FYSISKE
RAMMEFAKTORER |
| 5. MENING
(meaning) | | |
| 6. BELØNNING
(rewards) | | |

Punktene 1-6 belyses i forhold til kategoriene A-D.

SPØRSMÅL IFHT. HELSE:

ER DET NOEN FORHOLD SOM DU HAR OPPLEVD STRESSENDE OVER LANG TID?

HAR NOEN STRESSOPPLEVELSER PÅVIRKET HELSEN DIN?

HAR STRESS I ARBEIDET PÅVIRKET DEG PÅ ANDRE MÅTER?

Til

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 16. april 2007

Forespørsel om deltagelse i undersøkelsen "Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid og hvordan påvirker det dem?"

I forbindelse med min mastergradsoppgave i folkehelse ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) i Göteborg skal jeg gjennomføre en undersøkelse om hva anestesisykepleiere opplever som stressfylt i sitt arbeid og hvordan dette påvirker dem.

Jeg er utdannet anestesisykepleier og arbeider som høgskolelærer i anestesisykepleie ved Høgskolen i Agder.

Hensikten med undersøkelsen er å få førstehåndskunnskap om hva anestesisykepleiere opplever som stressfylt i sitt arbeid og hvordan dette påvirker dem. Det er anestesisykepleiernes egne opplevelser av arbeidsrelatert stress som skal belyses.

Kunnskapen som oppgaven genererer kan benyttes som undervisningsgrunnlag til anestesisykepleiestudenter og bevisstgjøring blant anestesisykepleiere samt deres ledere på ulike nivåer om hva som kan utløse stressreaksjoner i dette arbeidet og hvilke følger dette har for anestesisykepleierne. Målet for undersøkelsen er å utvikle kunnskap som kan bidra til bedre helse og mindre stressbelastninger blant anestesisykepleiere.

Jeg tillater meg å spørre omvil forespørre avdelingsledelsen ved sykehusets anesthesiavdeling om å informere anesthesi-sykepleierne i avdelingen om undersøkelsen og å dele ut informasjonsmateriale. Jeg ønsker deretter å intervju et strategisk utvalg blant de som svarer at de kan tenke seg å delta. Intervjuene er planlagt utført i august – oktober 2006.

Undersøkelsen er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

Vedlagt er informasjonsmateriell om undersøkelsen, svarslipp / samtykkeerklæring og frankerte konvolutter til å returnere svarslippene med.

Mvh.



Jørn Hustad

Høgskolelærer anestesisykepleie,
Høgskolen i Agder (HiA)

Forespørsel om deltagelse i undersøkelsen:

"Hva opplever anestesisykepleiere som stressfylt i sitt arbeid og hvordan påvirker dette dem?"

Jeg er utdannet anestesisykepleier og arbeider som høgskolelærer i anestesisykepleie ved Høgskolen i Agder. I forbindelse med min mastergradsoppgave i folkehelse ved Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) i Göteborg skal jeg gjennomføre en undersøkelse om hva anestesisykepleiere opplever som stressfylt i sitt arbeid og hvordan dette påvirker dem og deres arbeidssituasjon.

Hensikten med undersøkelsen er å få førstehånds kunnskap om hva anestesisykepleiere opplever som stressfylt i sitt arbeid og hvordan dette påvirker dem. Kunnskap denne studien genererer kan benyttes som undervisningsgrunnlag for studenter og bevisstgjøring blant anestesisykepleiere samt deres ledere på ulike nivåer om hva som kan utløse stressreaksjoner i dette arbeidet og hvilke følger dette har for anestesisykepleierne.

Som yrkesaktiv anestesisykepleier forespørres du om deltakelse i studien. Velger du å delta i studien innebærer det gjennomføring av et intervju/ en samtale (ca. 1 times varighet). Jeg ønsker å snakke med deg om hva du opplever som stressfylt i arbeidet som anestesisykepleier og hvordan dette påvirker deg. Jeg ønsker at du fritt kan fortelle om dine opplevelser, men du bestemmer selv hva du vil fortelle og hvor mye du vil fortelle. Jeg håper det er i orden at jeg kontakter deg igjen etter intervjuet dersom jeg har behov for utfyllende opplysninger.

Sted for intervjuet kan være på din arbeidsplass, hjemme hos deg eller et annet egnet sted som du ønsker å gjennomføre intervjuet. Under intervjuene vil jeg benytte lydopptak for å sikre meg at all informasjon blir korrekt registrert. Intervjuet vil etterpå bli skrevet ut og analysert sammen med andre intervjuer. Som forsker har jeg taushetsplikt og alle opplysninger som fremkommer vil bli behandlet konfidensielt. Det vil ikke være mulig å kjenne igjen enkeltpersoner masteroppgaven. Ved prosjektslutt 31.12.2007 vil datamaterialet anonymiseres og lydopptakene destrueres.

Deltagelse i undersøkelsen er frivillig. Du kan velge å trekke deg fra undersøkelsen på ethvert tidspunkt uten å oppgi begrunnelse og uten at dette har noen konsekvenser for deg.

Prosjektet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk som ikke søknadspliktig og Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Dersom du ønsker å delta må jeg få opplysninger om hvordan jeg kan komme i kontakt med deg. Jeg ber om at du fyller ut vedlagte svarslipp og sender den i vedlagte frankerte konvolutt til meg.

Med vennlig hilsen

Jørn Hustad *Jørn Hustad*

Høgskolelærer i anestesisykepleie ved Høgskolen i Agder

Jeg kan kontaktes via post, telefon eller email:

Adresse:

Høgskolelærer Jørn Hustad
Fakultet for helse- og idrettsfag, I-bygget
Høgskolen i Agder
Serviceboks 422
4604 KRISTIANSAND

Tlf. 38141873 eller mobil 970 36 418

Email: jorn.hustad@hia.no

Funksjonsbeskrivelse for anestesisykepleiere

(Revidert og vedtatt på ALNSF's Generalforsamling september 2006)

1. Plass i organisasjonen

Anestesisykepleier:

- har et selvstendig sykepleiefaglig ansvar i forhold til sin kliniske yrkesutøvelse
- er ansvarlig overfor nærmeste sykepleiefaglige leder
- gjennomfører anestesi etter enhetens retningslinjer, på generell skriftlig direktiv eller etter ordinasjon fra ansvarlig lege og i overensstemmelse med "Standard for anestesi i Norge"

2. Stillingens formål

Anestesisykepleieren skal ved hjelp av relevant kunnskap og sin kliniske kompetanse ivareta pasientens behov for sykepleie og anestesi:

- i den pre-, per- og post- operative periode
- ved spesielle undersøkelser/behandlinger
- i akutte livstruende situasjoner
- ved akutt eller kronisk smerte

Anestesisykepleieren anvender spesialisert medisinsk utstyr og bidrar ved sin spesialkompetanse til at medisinsk behandling gjennomføres på en forsvarlig måte.

3. Kvalifikasjonskrav

Anestesisykepleier har:

- autorisasjon som sykepleier i Norge
- videreutdanning i anestesisykepleie i overensstemmelse med nasjonal rammeplan eller tilsvarende

4. Ansvars- og funksjonsområder

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

4.1. Pasientbehandling

Anestesisykepleiernes forebyggende, behandlende og lindrende funksjon innebærer at anestesisykepleier:

- ivaretar pasientens krav til sikkerhet og kvalitet og beskytter mot uforsvarlig praksis
- utøver sykepleie og anesthesiologisk virksomhet på en forsvarlig og målrettet måte for å tilrettelegge for kirurgi og annen behandling eller undersøkelse
- er ansvarlig for å forebygge, observere og bedømme komplikasjoner, samt prioritere og iverksette sykepleietiltak og delegerte medisinske oppgaver i den pre-, per- og postanestetiske periode og ved behov kontakte annen ekspertise
- ved anestesisforløp som avviker fra det forventede, har plikt til snarest å varsle ansvarshavende lege
- skal sikre kontinuitet i sykepleien gjennom dokumentasjon og rapport av

observasjoner, sykepleietiltak og delegerte medisinske tiltak. All dokumentasjon skal ha godkjent signatur

- er ansvarlig for å holde høy hygienisk standard
- deltar i akuttmedisinsk arbeid i og utenfor sykehus
- inngår i katastrofemedisinsk beredskap
- skal medvirke til å redusere eller eliminere stressfaktorer som angst, usikkerhet og smerteopplevelse
- har ansvar for å ivareta pasientens integritet og medbestemmelsesrett
- kommuniserer med pasient og pårørende og øvrige medlemmer av behandlingsteamet i og utenfor sykehus
- anvender relevant medisinsk teknisk utstyr
- følger krav til melding av pasientskader, nestenuhell, uhell og ulykker
- er kjent med pasientrettigheter og klageadgang
- skal bistå pasienter som ønsker hjelp til å fremme klage

4.2 Undervisning

Anestesisykepleierens veiledende og undervisende funksjon innebærer at anestesisykepleier:

- har ansvar for undervisning og veiledning av egen faggruppe og tar ansvar for undervisning av studenter og andre i helseteamet
- deltar i undervisningsopplegg i forebyggende og helsefremmende arbeid i og utenfor sykehus

4.3 Forskning og fagutvikling

Anestesisykepleierens forsknings- og fagutviklende funksjon innebærer at anestesisykepleier:

- skal holde seg kontinuerlig oppdatert innen spesialiteten og tilegne seg ny forsknings- og erfaringsbasert kunnskap ved .:
 - o delta på kurs
 - o følge ALNSF's etterutdanningsprogram
 - o arrangere og delta i undervisningsopplegg som er relevant for fag- og funksjonsområde
 - o delta i utarbeidelse og gjennomføring av kvalitetssikringsrutiner
 - o kontinuerlig evaluere eget og andres arbeid
 - o stimulere til og arbeide med fagutvikling og forskningsprosjekter i henhold til forskningsetiske retningslinjer

4.4 Ledelse og personalforvaltning

Anestesisykepleierens administrative funksjon innebærer at anestesisykepleier i samarbeid med avdelingsledelsen:

- er ansvarlig for at den sykepleien som utøves er i overensstemmelse med avdelingens og institusjonens målsetting
- planlegger og tilrettelegger egne og avdelingens arbeidsoppgaver
- deltar i utarbeidelse av pre-, per- og postanestetiske prosedyrer og retningslinjer
- koordinerer egen virksomhet og samarbeider med øvrige faggrupper

- medvirker i utvikling av planer for akutt- og katastrofeberedskap
- har medansvar for ressursforvaltning innen gitte økonomiske rammer og dokumenterer økonomiske behov for å sikre kvaliteten på den anestesisykepleie som ytes til pasienten
- fremmer helse, miljø og sikkerhet
- medvirker til at den enkelte gis anledning til individuell faglig utvikling
- samarbeider med utdanningsinstitusjoner om undervisningsopplegg, veiledning og evaluering

”Och ur kaoset talade en röst till mig som sade:

Le och var glad – ty det kunde varit värre!

Och jag log och var glad –

Och det blev värre.....”

(Ukjent svensk kilde)

