

MASTEROPPGAVE

Anestesisykepleie

November 2019

Nyutdannede anestesisykepleieres egenvurdering av kompetanse

En kvantitativ studie

Del 1 Artikkel (2926 ord)

Del 2 Sammenbinding (3284 ord)

Kandidatnummer: 101, 103 og 106

Veileder Alfhild Dihle



OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Forord

Arbeidet med studien har vært lærerikt og inspirerende. Studien har gitt oss ny kunnskap om hvordan nyutdannede anestesisykepleiere vurderer egen kompetanse.

Det har vært lærerikt å jobbe sammen om denne oppgaven. Vi har fått økt kunnskap og forståelse for forskningsmetode og hvordan man gjennomfører en kvantitativ studie. Drøftinger og refleksjoner i fellesskap har vært til stor hjelp i arbeidet med denne studien.

Vi vil rette en takk til Mikael Fjeld som introduserte oss for temaet. I tillegg vil vi takk til avdelingslederne ved de ulike sykehusene og til alle som deltok i studien. Uten dere hadde det ikke vært mulig å gjennomføre studien.

En stor takk til vår veileder, Alfhild Dihle, som har hjulpet og støttet oss gjennom hele prosessen.

Til slutt vil vi rette en vi en takk til våre venner og familier, som har vist forståelse og tålmodighet under arbeidet med oppgaven.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	3
Summary	4
Del 1: Artikkel	
Introduksjon.....	5
Hensikt.....	6
Metode.....	7
Resultater	9
Diskusjon.....	10
Konklusjon	13
Litteraturliste	15
Tabeller og figur.....	18
Del 2: Sammenbinding	
1.0 Anestesisykepleierens funksjon og ansvar	21
2.0 Kunnskapssøk og kildekritikk	24
2.1 Kunnskapssøk.....	24
2.2 Styrker og svakheter ved valgt kunnskap.....	27
3.0 Forskningsmetode.....	29
3.1 Valg av forskningsmetode.....	29
3.2 Valg av spørreskjema	30
3.3 Metodekritikk.....	31
Litteraturliste	33
Del 3: Vedlegg	
Følg brev til redaktør	35
Forfatterveiledning InspirA	36
Spørreskjema	43
Informasjonsskriv	47
Godkjenning NSD	50
Godkjenning Sykehus 1.....	51
Godkjenning Sykehus 2.....	52
Godkjenning Sykehus 3.....	55

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter på norske sykehus blir stadig eldre og har et mer komplekst sykdomsbilde. Derfor er det nødvendig med høy kompetanse hos anestesisykepleierne for å oppnå målene knyttet til kvalitet, pasientsikkerhet og effektivitet. De senere årene har det skjedd en endring i anestesisykepleieutdanningen med innføringen av mastergrad. På tross av dette er det lite kunnskap om hvordan nyutdannede anestesisykepleiere vurderer egen kompetanse.

Hensikt: Studiens hensikt var å få mer kunnskap om hvordan nyutdannede anestesisykepleiere med inntil tre år vurderer sin egen kompetanse i forhold til kravene de møter i jobben, sett opp mot ulike kompetanseområder.

Metode: En kvantitativ tverrsnittstudie hvor det ble benyttet et validert spørreskjema til å kartlegge subjektiv vurdering av nyutdannede anestesisykepleieres kompetanse. Studien ble gjennomført ved tre store sykehus i en tre ukers periode i januar 2019. Det ble anvendt statistiske analyser i studien.

Resultater: 50 nyutdannede anestesisykepleiere deltok i studien. De scoret seg høyest på samarbeidskompetanse og lavest på pedagogikk og fagutviklingskompetanse. Det var ingen signifikante forskjeller i total kompetanse mellom anestesisykepleierne med lengst og kortest erfaring.

Konklusjon: Nyutdannede anestesisykepleiere ved tre store sykehus vurderte sin kompetanse som tilfredsstillende uavhengig av antall års erfaring. Det var ingen kompetanseområder hvor anestesisykepleiere vurderte sin kompetanse som mangelfull. Masterutdanning gir økt evne til å påvirke faglig praksis.

Nøkkelord: Anestesisykepleier, nyutdannet, kompetanse, spørreundersøkelse

Summary

Background: Patients in hospitals are getting older and have a more complicated picture of illness. Therefore, a high level of expertise is required of the anesthesia nurses in order to achieve the goals related to quality, patient safety and efficiency. In recent years, there has been a change in the anesthesia nursing education program with the introduction of a master's degree. Despite this, there is little knowledge about how anesthesia nurses evaluate their own competence.

Purpose: The purpose of the study was to gain more knowledge about how newly graduated nurse anesthetists with up to three years of experience, assess their own competence in relation to job requirements and in different areas of competence.

Method: A quantitative cross-sectional study in which a valid questionnaire was used to examine the self-assessed competence of newly graduated nurse anesthetists. The study was conducted at three major hospitals over a three-week period in January 2019. Statistical analyzes were used in the study.

Result: 50 newly graduated nurse anesthetists participated in the study. They scored highest in the category of collaborative competence and lowest in the pedagogy and professional development category. There were no significant differences in overall competence between the nurse anesthetist with long and short experience in our survey.

Conclusion: Newly graduate nurse anesthetists at three large hospitals considered their competence to be satisfactory regardless of the number of years of experience. There were no areas of expertise where anesthesia nurses rated their competence as inadequate. Master's degree programs increases the ability to influence professional practice.

Keywords: Nurse anesthetist , newly graduate, competence, survey

Introduksjon

Anestesisykepleiere skal ivareta pasienter i et høyteknologisk og hektisk miljø der det stilles strenge krav til kompetanse for å sikre best mulig behandling (1, 2). Samtidig blir pasientene eldre og flere lever med et komplekst sykdomsbilde (3, 4). For å møte denne utviklingen er sykehusene avhengig av høy kompetanse hos sine ansatte (5). Høy kompetanse er nødvendig for å oppnå målene knyttet til kvalitet, pasientsikkerhet, pasienttilfredshet og effektivitet (5).

Anestesisykepleierutdanningen i Norge var tidligere erfaringsbasert og ble utført i regi av sykehusene. I 1998 ble ansvaret for videreutdanningen i anestesisykepleie overført til høyskolene (6, 7). Omtrent halvparten av dagens utdanning er teoretisk undervisning på høyskole eller universitet og resten av tiden er praksisstudier på sykehus (1, 3). Rammeplanen skal sikre at nyutdannede anestesisykepleiere uteksamineres med likeverdig kompetanse uavhengig av hvor i landet utdanningen gjennomføres, for å møte krav til kvalitet og pasientsikkerhet (1, 8). I 2014 ble det for første gang uteksaminert anestesisykepleiere med mastergrad ved enkelte utdanningsinstitusjoner (9). Med ett unntak, tilbys masterutdanning i dag ved alle høyskoler og universiteter som utdanner anestesisykepleiere (10).

Kompetanse

Kompetanse kan defineres som de kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre oppgaver i henhold til fastsatte krav og mål (11). De fire komponentene er nært sammenknyttet, men kan være vanskelig å skille fra hverandre og gir samlet et bilde av den enkeltes kompetanse (11). De ulike komponentene av kompetanse vil ikke alltid være bevisst og synlig (11). Derfor kan kompetanse være vanskelig å måle.

Sykepleieres kompetanseutvikling kan beskrives gjennom Benners femtrinnsmodell (12). De fem trinnene er novise, avansert nybegynner, kompetent, kyndig og ekspert (12). Modellen er dynamisk, og hvilket trinn en sykepleier befinner seg på avhenger av hvilket fagfelt sykepleieren opererer innenfor. En sykepleier som begynner i et nytt fagfelt vil være novise i det nye fagfeltet (12). Sykepleieren vil likevel inneha kompetansen hun har fra tidligere, og kan dermed være ekspert og novise i ulike fagfelt samtidig (12).

Vennligst plasser figur 1 her

Dersom man legger modellen til grunn vil anestesisykepleiere ved start av utdanningen befinne seg på trinnet novise, og ved endt utdanning klassifiseres som avanserte nybegynnere. Avanserte nybegynnere kan jobbe selvstendig innenfor relativt kjente og stabile rammer. Arbeidshverdagen kjennetegnes av at man er oppgavefokuset og følger standardiserte prosedyrer tett. De har redusert evne til å organisere eget arbeid, og vil raskt kunne bli stresset av en høy arbeidsbelastning. Ved raske situasjonsendringer eller pasienter som avviker fra det normale kan en avansert nybegynner ha problemer med å takle situasjonen (12). To år etter endt utdanning oppnås normalt det tredje trinnet, kompetent (12). Sykepleiere på dette trinnet skal i større grad kunne takle raskt skiftende situasjoner og har opparbeidet seg en bedre klinisk forståelse. De tar flere individuelle hensyn og er mindre oppgave- og rutinefokuset. Økte organisatoriske ferdigheter gjør at de er mindre stresset og mestrer en høyere arbeidsbelastning. De siste trinnene, kyndig, og ekspert, oppnås etter mange år i samme fagfelt (12).

En norsk studie fra 2009 fant at nyutdannede anesthesi-, barn-, intensiv- og operasjonssykepleiere vurderte egen kompetanse som god (6). Amerikanske nyutdannede anestesisykepleiere har de påkrevde kunnskapene og ferdighetene til å utføre anesthesi på en trygg og sikker måte (13). Dette ble også bekreftet av arbeidsgiverne (13). Gjennom intervjuer av nyutdannede anestesisykepleiere i Norge fant en at de vurderte egen kompetanse som god, og at de i stor grad mestret sine arbeidsoppgaver (14). Samtidig kan perioden som nyutdannet oppleves som utfordrende for anestesisykepleiere (14, 15). Spesielt ble krav til effektivitet og begrenset forberedelsestid trukket frem som utfordrende (14, 15).

Hensikt

Forskning viser at tiden som nyutdannet er en utfordrende og krevende periode for anestesisykepleiere (14, 15). Til tross for dette har vi funnet lite forskning på hvordan nyutdannede anestesisykepleiere vurderer egen kompetanse. Det tilbys nå mastergradutdanning ved nesten alle utdanningsinstitusjoner som utdanner anestesisykepleiere som et tillegg til, eller erstatning for videreutdanning (10). Det er ikke gjennomført kvantitative studier av nyutdannede anestesisykepleieres kompetanse etter innføring av mastergrad.

Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hvordan nyutdannede anestesisykepleiere med inntil tre års erfaring vurderer egen kompetanse. Det ble utviklet følgende forskningsspørsmål:

- Er det kompetanseområder hvor nyutdannede anestesisykepleiere rapporterer mangelfull kompetanse?
- Hvordan vurderer anestesisykepleiere med over to års erfaring egen kompetanse sammenlignet med anestesisykepleiere med mindre enn ett års erfaring?
- Hvordan vurderer anestesisykepleiere med videreutdanning egen kompetanse sammenlignet med anestesisykepleiere med masterutdanning?

Metode

Studien hadde en kvantitativt tverrsnittdesign hvor det ble benyttet et spørreskjema med faste svaralternativer som datainnsamlingsmetode. Vi benyttet spørreskjema som metode for å nå ut til et større antall nyutdannede anestesisykepleiere. Spørreskjema er velegnet som metode dersom man ønsker å generalisere resultatene fra utvalg til populasjon (16).

Instrument

Studien benyttet et spørreskjema utviklet av Valeberg et al. (6). Spørreskjemaet er vurdert til å være valid og reliabelt for egenvurdering av spesialsykepleieres kompetanse (6). Skjemaet er tidligere benyttet for å vurdere operasjons- og offshoresykepleieres kompetanse (17, 18). Del 1 av spørreskjemaet består av 36 spørsmål fordelt på ulike kompetanseområder; 1) omsorgskompetanse, 2) medisinsk kompetanse, 3) teknisk kompetanse, 4) samarbeidskompetanse, 5) pedagogisk og fagutviklingskompetanse, 6) valg- og improvisasjonskompetanse og 7) pårørendekompetanse (6). Hvert spørsmål har en skala fra 1-10, der 1 på skalaen indikerer et betydelig gap mellom egen kompetanse og kompetansekrav i jobben, og 10 på skalaen indikerer mestring av kompetansekravene på en fullt ut tilfredsstillende måte (6, 19). En vurdering under 5 på skalaen representerer et kompetansegap mellom egen kompetanse og kompetansen som kreves i jobben, altså mangelfull kompetanse (19). Del 2 av spørreskjemaet inneholder bakgrunnsvariablene kjønn, alder, utdanningsgrad, utdanningsår, utdanningsinstitusjon, årstall ferdig som sykepleier og år erfaring fra akuttavdeling. Akuttavdelinger ble definert som postoperativ, intensivavdeling, akuttmottak og sengepost med intermedieæravdeling. Spørsmålene ble lagt inn som et nettbasert

spørreskjema på Universitetet i Oslo sine nettsider. Det ble anslått at det ville ta ca. 10 minutter å besvare spørreskjemaet.

Utvalg, rekruttering og datainnsamling

Anestesisykepleiere ved tre sykehus i to regionale helseforetak ble invitert til å delta i studien. Inklusjonskriteriene var anestesisykepleiere med inntil tre års erfaring fra operasjonsavdeling som hadde en stillingsbrøk på minimum 50 %. Seksjonslederne inkluderte deltagere basert på disse kriteriene. Innsamling av data foregikk i tre uker i januar 2019. Spørreskjemaet og informasjon om studien ble sendt på e-post. Påminnelse ble sendt ut etter to uker til de som ikke hadde besvart undersøkelsen. Seksjonsledere ble oppfordret til å minne om å svare på spørreundersøkelsen. E-post ble sendt til 74 anestesisykepleiere, og 51 returnerte utfylte spørreskjema (svarprosent på 69 %). En besvarelse ble ekskludert fra studien grunnet stillingsbrøk under 50 %. Antall inkluderte svar ble derfor 50.

Etiske hensyn

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (referansenummer: 469182), personvernombudene og avdelingslederne ved de tre respektive sykehusene. Innsending av utfylt spørreskjema ble ansett som samtykke til deltagelse i studien. I informasjonsskrivet som ble sendt ut sammen med spørreskjemaet fikk deltagerne informasjon om studiens hensikt, muligheten til å trekke seg og til å endre besvarelse. Deltagerne ble forsikret om ivaretagelse av konfidensialitet og anonymitet.

Statistiske analyser

De statistiske analysene ble gjort i statistikkprogrammet IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 25. Vi beregnet frekvens, gjennomsnitt, prosent og standardavvik, og sammenlignet gjennomsnitt og gjorde signifikanstesting med T-test. Signifikansnivå ble satt til p-verdi 0,05. Spørreskjemaet ble pålitelighetstestet med Cronbachs alpha. Den varierte fra 0,81 til 0,94 for de ulike kompetanseområdene, og 0,97 for hele spørreskjemaet. Dette samsvarer med tidligere studier (6, 17). Vi kodet om og slo sammen bevarrelsene med mastergrad og de som gikk masterutdanning ved besvarelsestidspunkt, til en gruppe. Kategorien "*Total kompetanse*" ble beregnet ved å legge sammen gjennomsnittet av spørsmålene i del 1 av spørreskjemaet.

Resultater

To tredjedeler av deltagerne er kvinner, noe som er nær kjønnsbalansen blant anestesisykepleiere i Norge (20). Tre av deltagerne ønsket ikke å oppgi kjønn eller alder, og disse bakgrunnsvariablene har derfor et lavere antall besvarelser. En fremstilling av deltageres demografiske data vises i tabell 1.

Vennligst plasser tabell 1 her

Tabell 2 viser hvordan de nyutdannede anestesisykepleierne vurderte egen kompetanse i ulike kompetanseområder og til slutt deres total kompetanse. Samarbeidskompetanse er kompetanseområdet med høyest score, mens pedagogisk og fagutviklingskompetanse er den med lavest score. Gjennomsnittlig total kompetanse vurderes til 7,8 på skalaen blant alle deltagerne.

Vennligst plasser tabell 2 her

Det var ingen signifikant forskjell i hvordan anestesisykepleiere med mer enn to års erfaring, og anestesisykepleiere med mindre enn ett års erfaring vurderte sin totale kompetanse. Likevel viste to spørsmål signifikante forskjeller. På spørsmål om evnen til å ivareta pasientens integritet, selvbestemmelse og rettigheter vurderte anestesisykepleiere med to års erfaring egen kompetanse høyere enn anestesisykepleiere med mindre enn ett års erfaring ($p < 0,01$). Det samme gjaldt spørsmålet om evne til å veilede og undervise studenter, kollegaer og samarbeidspartnere ($p = 0,03$).

Det var ingen signifikant forskjell mellom nyutdannede anestesisykepleiere med masterutdanning, og videreutdanning uten mastergrad i vurdert total kompetanse. På spørsmål om evne til å ta medansvar for å videreutvikle eller endre praksis vurderte de med masterutdanning seg signifikant høyere enn de med videreutdanning uten masterutdanning ($p = 0,01$).

Kvinnelige anestesisykepleiere vurderte egen total kompetanse signifikant høyere enn mannlige anestesisykepleiere ($p=0,04$). Det var signifikante forskjeller mellom kvinner og menn i pårørendekompetanse ($p=0,02$), samarbeidskompetanse ($p<0,01$) og omsorgskompetanse ($p<0,01$). Kvinner vurderte seg selv høyere enn menn i de resterende kompetanseområdene, men forskjellen var ikke signifikant.

Diskusjon

Hensikten med studien var å få kunnskap om hvordan nyutdannede anestesisykepleiere med inntil tre års erfaring vurderer egen kompetanse. I vår studie vurderte de nyutdannede anestesisykepleierne egen totale kompetanse til 7,8 på en skala fra 1 til 10. Dette samsvarer med tidligere studier av spesialsykepleiere (6, 17, 18). Kompetansen var tilfredsstillende uavhengig av videreutdanning med eller uten masterutdanning, erfaring som anestesisykepleier, utdanningsinstitusjon og arbeidssted. Det var ingen kompetanseområder hvor anestesisykepleiere rapporterte mangelfull kompetanse, altså en score under 5 (19). Nyutdannede anestesisykepleiere mener derfor at de har de nødvendige kunnskaper, holdninger, ferdigheter og evner for å inneha tilfredsstillende kompetanse.

Samarbeidskompetanse er kompetanseområdet med høyest gjennomsnittlig score. Dette samsvarer med tidligere studier som er gjort i Norge (6, 17, 18). Det kan skyldes at kompetanseområdet er godt utviklet gjennom grunnutdanningen og fra tiden som sykepleier (6). I kompetanseområdet pedagogikk og fagutviklingskompetanse scorer anestesisykepleierne seg lavest. Kompetanseområdet hadde også lavest score i en tidligere studie (6). Det kan oppleves stressende å være ny i anestesifaget, og man trenger tid på å bli kjent og lære seg rutiner (14). Fokuset vil kanskje derfor ikke være rettet mot pedagogikk og fagutvikling den første tiden.

Erfaring som anestesisykepleier

Anestesisykepleiere med mer enn to års erfaring vurderte egen kompetanse høyere enn de med mindre enn ett års erfaring, men forskjellen var ikke signifikant. En tidligere studie viste en positiv korrelasjon mellom antall års erfaring og kompetanse hos spesialsykepleiere (21). Ifølge modellen til Benner burde de to gruppene befunnet seg på forskjellige kompetansetrinn (12). Det var derfor overraskende at vi ikke fant en slik sammenheng i vår studie. Nyutdannede anestesisykepleiere beskriver en hverdag preget av stress fordi de er uerfarne og ikke har gode nok innarbeidede rutiner (14). Dette kan tyde på at

anestesisykepleiere befinner seg på trinn to, avansert nybegynner, ved endt utdanning. Samtidig scorer anestesisykepleierne i vår studie seg høyt på “*Valg- og improvisasjonskompetanse*”. Dette er nært knyttet opp mot å takle raskt skiftende situasjoner og komplikasjoner som oppstår i forbindelse med anestesi. Ifølge Benner er et slikt handlingsmønster forbeholdt sykepleiere på trinnet kompetent og oppover (12). Modellen til Benner er dynamisk og overgangen mellom de ulike trinnene er en gradvis prosess (12). Modellen understøtter derfor at sykepleiere kan befinne seg på ulike trinn av modellen på en og samme tid. En annen forklaring på at forskjellene mellom de med kort og lengst erfaring i vår studie ikke er større, kan være at anestesisykepleiere mottar ulik grad av tilrettelegging fra arbeidsplassen. Graden av tilrettelegging og miljøet på arbeidsplassen påvirker opplevelsen av mestring (14, 22). Tilrettelegging på arbeidsplassen kan innebære at man gir anestesisykepleierne med minst erfaring enklere arbeidsoppgaver tilpasset kompetansen til den enkelte (6). Dette vil kunne kamuflere forskjeller mellom anestesisykepleierne med kort og lang erfaring. Vår studie ble gjennomført seks måneder etter endt utdanning for en stor andel av anestesisykepleierne som besvarte spørreskjemaet. De kan ha utviklet seg fra avansert nybegynner til å bli kompetent i dette tidsrommet. Det argumenteres for at anestesisykepleiere allerede befinner seg på trinn tre, kompetent, når de er ferdig utdannet (23). Dette kan skyldes at anestesisykepleiere har betydelig erfaring og kompetanse fra tidligere, og dermed avanserer raskere enn det modellen skulle tilsi. De kan inneha ekspertkompetanse på områder som er helt eller delvis overførbare til det å være anestesisykepleier. Omsorgskompetanse og samarbeidskompetanse er tidligere trukket frem som eksempler på dette (6). Samtidig viser anestesisykepleierne med lengst erfaring i vår studie signifikant høyere evne til å ivareta pasientens integritet og selvbestemmelse. En mulig forklaring er at anestesisykepleierne med lengst erfaring har bedre innarbeidede rutiner og mestrer kravene til effektivitet bedre. Dette er områder som er krevende for nyutdannede anestesisykepleiere (14, 15). Ved å disponere tiden sin bedre kan det tenkes at anestesisykepleierne med lengst erfaring frigjør mer tid til å ivareta pasientens integritet og selvbestemmelse.

Masterutdanning

Det er uttrykt bekymring om mastergradsutdanningen i anestesisykepleie vil føre til færre funksjonsdyktige spesialsykepleiere enn ved en videreutdanning (9). I vår studie var det ingen funn som tydet på dette. Det var ingen signifikant forskjell i vurdert kompetanse mellom anestesisykepleiere med masterutdanning og anestesisykepleiere med videreutdanning. Dette

kan skyldes at masterutdanning og videreutdanning flere steder følger det samme studieløpet frem til man skriver masteroppgave(24-26). Det kan tenkes at eventuelle forskjeller vil synliggjøres over tid. Forskjellen vil muligens ligge i at man jobber lenger med metodefag og litteratursøk, og på sikt utvikler en evne til kritisk vurdering av eksisterende forskning og en evne til å utvikle faget.

Anestesisykepleiere med masterutdanning scoret seg signifikant høyere enn anestesisykepleiere med videreutdanning, i evne til å videreutvikle og forbedre praksis. Det var også en forskjell i evne til å oppsøke ny kunnskap og holde seg faglig oppdatert, men forskjellen var ikke signifikant. Hvorvidt forskjellene kun reflekterer en varierende interesse for forskning og fagutvikling, eller er et tegn på at masterutdannede har økte forutsetninger for å oppnå kravet til kunnskapsbasert praksis, er usikkert (9). Vi hadde forventet at det var større forskjeller når det kom til å oppsøke ny kunnskap og holde seg faglig oppdatert. Det at forskjellen ikke er større kan muligens skyldes at videreutdanningen ofte har like mange studiepoeng i metodefag som masterutdanningen (24-27). Det kan tenkes at anestesisykepleiere uten mastergrad opplever at de har den nødvendige kompetansen til å finne faglig oppdatert kunnskap.

Kjønn

Kvinner scoret seg selv høyere i alle kompetanseområdene, og signifikant høyere innen pårørendekompetanse, samarbeidskompetanse og omsorgskompetanse. Studier har vist at menn generelt er mindre kritiske til egne prestasjoner og vurderte seg selv mindre kritisk enn kvinner (28, 29). Kvinner har generelt en tendens til å være mer kritisk til egen mestringsevne og vurderer seg lavere enn menn (29-33). Funnene fra vår studie er derfor overraskende. Vi har ingen god forklaring på hvorfor det er slik, og mer forskning er nødvendig dersom man ønsker å belyse området.

Reliabilitet og validitet

Spørreskjemaet anses å være av god kvalitet da det er reliabilitets- og validitetstestet som et instrument for kompetansevurdering hos spesialsykepleiere. Et nettbasert spørreskjema minimerer faren for feilføringer, og reduserer faren for at besvarelser blir duplisert eller forsvinner. De statistiske analysene ble gjennomført på separate datamaskiner av forskjellige personer, for å redusere muligheten for feil (KILDE). Bruk av selvevaluering kan være problematisk fordi personer med lav kompetanse ikke ser sitt eget kompetansegap og derfor

overvurderer seg selv (29). Personer med høy kompetanse kan ha en tendens til å undervurdere egen kompetanse (29). Dette er en kjent problemstilling ved bruk av selvevaluering som metode (34).

Studiens begrensninger

Studien ble gjennomført ved tre store sykehus, som ble valgt ut for å prøve å sikre et stort utvalg. Sykehusene ble ikke tilfeldig utvalgt, og utvalget kan derfor ikke betegnes som et sannsynlighetsutvalg. Dette svekker studiens validitet (16, 34). Utvalget består av rundt en fjerdedel av den totale populasjonen på rundt 300 (35), og studien har en god svarprosent på 69 % (16). Kjønnsbalanse og alder samsvarer med en tidligere studie (6). Vi antar derfor at de nyutdannede anestesisykepleierne som har svart på denne studien ligner resten av populasjonen. Likevel anser vi manglende tilfeldig utvelgelse som et såpass stort usikkerhetsmoment, at vi ikke generaliserer funnene i denne studien.

Nyutdannede anestesisykepleiere er en forholdsvis liten populasjon. Selv om studien inkluderte en betydelig andel av populasjonen, er antall deltagere isolert sett lavt. Dette gjør at forskjellene må være forholdsvis store for å avdekke statistiske forskjeller (36). En større studie hadde muligens avdekket flere statistisk signifikante forskjeller mellom de ulike bakgrunnsvariablene. Spørsmålet om masterutdanning ble noe uklart formulert, og forskjellen mellom integrert master og ikke integrert master ble misforstått. Dette gjorde at det ikke var mulig å skille de med ferdig mastergrad fra de under pågående masterutdanning, og dette kan ha påvirket resultatet. Feilen kunne muligens vært unngått dersom vi hadde testet spørsmålet på forhånd. Studien har en tversnittsdesign grunnet studiens begrensede omfang, og det var derfor ikke mulig å si noe om deltagerens kompetanseutvikling over tid.

Konklusjon

Resultatet av denne studien viste at nyutdannede anestesisykepleiere ved tre store sykehus vurderte sin kompetanse som tilfredsstillende, uavhengig av antall års erfaring som anestesisykepleier. Det var ingen kompetanseområder hvor anestesisykepleierne rapporterte egen kompetanse som mangelfull. Det var ingen forskjell i vurdert kompetanse mellom nyutdannede anestesisykepleiere med masterutdanning sammenlignet med de uten masterutdanning. Masterutdanning fører til økt evne til å påvirke faglig praksis.

Resultatene av studien kan ha betydning i arbeidet med kompetansekartlegging og kompetanseutvikling for sykehusene og utdanningsinstitusjonene. Det er nødvendig med mer forskning på hvordan nyutdannede anestesisykepleiere vurderer egen kompetanse. En utvidet studie der nyutdannede anestesisykepleiere vurderer egen kompetanse sammen med ledere eller andre kollegaer bør vurderes, da dette kan gi et mer helhetlig bilde av kompetanse.

Interessekonflikter

Artikkelforfatterne oppgir ingen interessekonflikter.

Litteraturliste

1. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie. 2005 Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269383-rammeplan_for_anestesisykepleie_05.pdf. (Nedlastet 22.03.2019)
2. ALNSF. Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere. 2016 Tilgjengelig fra: <https://www.alnsf.no/dokumenter-alnsf/styringsdokumenter/grunnlagsdokumentet/167-grunnlagsdokument-for-anestesisykepleiere-2017/file>. (Nedlastet 14.07.2019)
3. Meld. St. nr. 11 (2015-2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). 2015 Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>. (Nedlastet 01.10.19)
4. Helsedirektoratet. Videreutdanning for sykepleiere - Hvordan sikre at behovet for avansert breddekompetanse blir ivaretatt i fremtiden? . 2017 Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1415/IS-2674%20Videreutdanning%20for%20sykepleiere%20rapport.pdf>. (Nedlastet 12.02.2019)
5. McKinsey & Company Inc. Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge. 2011. Tilgjengelig fra: <https://beta.legeforeningen.no/contentassets/9030375a5fff460ea7c037ef98f90ad2/rapport-ikt-i-spesialisthelsetjenesten-2015.pdf>. (Nedlastet 22.05.2019)
6. Valeberg BT, Grønseth R, Fagermoen MS. Spesialsykepleieres opplevde kompetanse etter endt utdanning. Sykepleien forskning. 2009;2(3):206-13. doi:10.4220/sykepleienf.2009.0101.
7. Finans- og tolldepartementet. Omprioriteringer og tilleggsbevilgninger på statsbudsjettet 1998 (Prop. 65 L 1997-1998). 1998 Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-65-1997-98-/id136930/>. (Nedlastet 15.10.2019)
8. Norsk Sykepleierforbund. Fremtidens spesialsykepleiere. 2016 Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2976737/cache=1465980149000/Fremtidens_spesialsykepleier_pdf.pdf. (Nedlastet 12.03.2019)
9. Skogaas B, Valeberg BT. Hva mastergrads-kompetanse kan bidra med i klinisk praksis. Sykepleien forskning.2017; Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/10/hva-mastergradskompetanse-kan-bidra-med-i-klinisk-praksis> (Nedlastet 05.04.2019).
10. Hernæs N. Vil neppe tjene penger på at jeg ble anestesisykepleier. Sykepleien. 2019. Available from: <https://sykepleien.no/2019/06/vil-neppe-tjene-penger-pa-jeg-ble-anestesisykepleier?cid=sm4565942420>. (Nedlastet 29.06.2019)
11. Lai L. Strategisk kompetanseledelse. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.
12. Benner PE, Chesla CA, Tanner CA. Expertise in nursing practice : caring, clinical judgment & ethics. 2. utg. New York: Springer Publishing; 2009.
13. Cook KA, Marienau MS, Wildgust B, Gerbasi F, Watkins J. Assessment of Recent Graduates Preparedness for Entry into Practice. AANA Journal. 2013;81(5):341-6.
14. Lauvdal C, Omland K, Pham T. "Slitsomt, men gøy!" : en kvalitativ studie om den nyutdannede anestesisykepleieren sin opplevelse av kompetanse av yrkesutøvelsen [Masteroppgave]: Universitet i Agder; 2014. Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/11250/223348>. (Nedlastet 17.08.2018)
15. Mauleon AL, Ekman SL. Newly graduated nurse anesthetists' experiences and views on anesthesia nursing -- a phenomenographic study. Aana Journal. 2002;70(4):281-7.

16. Johannessen A, Christoffersen L, Tufte PA. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 5. Oslo: Abstrakt; 2016.
17. Wevling A, Halstensen T-D, Johansson IS. Operasjonssykepleierens vurdering av egen kompetanse i forhold til arbeidskrav. Sykepleien forskning. 2015. (2):132-41. doi:10.4220/Sykepleienf.2015.54300.
18. Lyngfoss B, Bjørk IT. Slik vurderer offshoresykepleiere egen kompetanse. Sykepleien forskning. 2017. (12):11-. doi:10.4220/Sykepleienf.2017.62873.
19. Havn V, Vedi C. På dypt vann: om nyutdannede sykepleieres kompetanse i møtet med en somatisk sengepost. Trondheim: SINTEF IFIM; 1997.
20. Hernæs N. Anestesisykepleieren: - Pasientene kommer til oss og gir fra seg kontrollen over egen kropp. Sykepleien.2019; Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/2019/02/anestesisykepleieren-pasientene-kommer-til-oss-og-gir-fra-seg-kontrollen-over-egen-kropp> (Nedlastet 22.09.2019).
21. O'Leary J. Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses. J Journal of nursing management. 2012;20(5):607-14. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01394.x.
22. Tracy A. Perceptions of Certified Registered Nurse Anesthetists on Factors Affecting Their Transition From Student. AANA Journal. 2017;85(6):438-44.
23. Tracy A. A phenomenographical study on the perceived factors affecting certified registered nurse anesthetist role transition [Doktorgrad]: University of Wisconsin-Milwaukee; 2016. Tilgjengelig fra: <https://dc.uwm.edu/etd/1214/>. (Nedlastet 27.07.2019)
24. Universitetet i Sørøst-Norge. Studieplan for Master i anestesisykepleie 2019. Tilgjengelig fra https://www.usn.no/studier/studie-og-emneplaner/#/studieplan/MAS_2019_H%C3%98ST. (Lest 22.09.2019)
25. Nord Universitet. Studieplan - Master i spesialsykepleie 2019. Tilgjengelig fra <https://www.nord.no/no/student/studieplaner/2018h/sider/maspsyk.aspx>. (Lest 22.09.2019)
26. OsloMet. Anestesisykepleie - Master 2019. Tilgjengelig fra <https://www.oslomet.no/studier/hv/anestesisykepleie>. (Lest 22.09.2019)
27. Høgskulen på Vestlandet. Klinisk sykepleie - Anestesisykepleie 2019. Tilgjengelig fra <https://www.hvl.no/studier/studieprogram/2019h/ma-ksa/utdanningsplan/> (Lest 22.09.2019)
28. Mayo M. The Gender Gap in Feedback and Self-Perception. Harvard Business Review.2016; Tilgjengelig fra: <https://hbr.org/2016/08/the-gender-gap-in-feedback-and-self-perception> (Nedlastet 15.09.2019).
29. Colthart I, Bagnall G, Evans A, Allbutt H, Haig A, Illing J, et al. The effectiveness of self-assessment on the identification of learner needs, learner activity, and impact on clinical practice: BEME Guide no. 10. Medical teacher. 2008;30(2):124-45. doi:DOI: 10.1080/01421590701881699.
30. Beyer S. Why are women underrepresented in Computer Science? Gender differences in stereotypes, self-efficacy, values, and interests and predictors of future CS course-taking and grades. Computer Science Education. 2014;24(2-3):153-92. doi:10.1080/08993408.2014.963363.
31. Correll SJ. Constraints into Preferences: Gender, Status, and Emerging Career Aspirations. American Sociological Review. 2004;69(1):93-113. doi:10.1177/000312240406900106.
32. Jagacinski C. Women Engineering Students: Competence Perceptions and Achievement Goals in the Freshman Engineering Course. Sex Roles. 2013;69(11):644-57. doi:10.1007/s11199-013-0325-9.
33. Roach D, McGaughey R, Downey J. Gender within the IT major - A retrospective study of factors that lead students to select an IT major. IJBIS. 2011;7(2):149-65. doi:10.1504/IJBIS.2011.038509.

34. Polit DF, Beck CT. Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice. 9th ed. Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer; 2018.
35. Seierstad TØ, Eimot M, Analysesenteret. Rapport : Abio ressurs. Oslo: Analysesenteret; 2015. Tilgjengelig fra:
<https://www.nsf.no/Content/2591005/Rapport%20ABIO%20Ressurs.pdf>. (Nedlastet 28.03.19)
36. Parahoo K. Nursing research : principles, process and issues. 2nd ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2006.

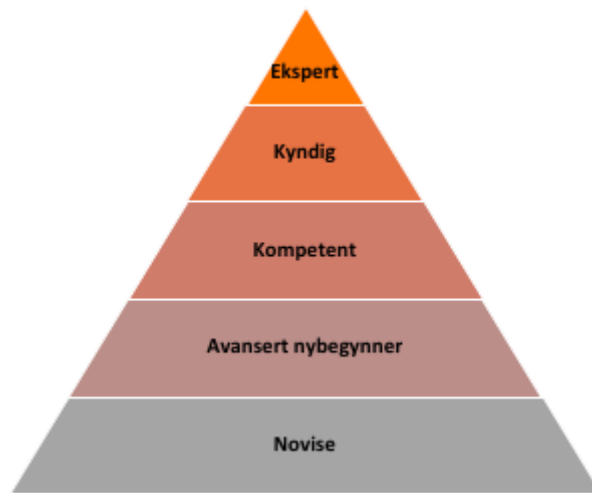
Tabell 1: Beskrivelse av utvalget (n = 50)

	n (%)
Kjønn (n = 47)	
Mann	14 (30)
Kvinne	33 (70)
Utdanningsgrad	
Masterutdanning	21 (42)
Videreutdanning uten mastergrad	29 (58)
Utdanningsår	
2016	17 (34)
2017	4 (8)
2018	29 (58)
Utdanningssted	
Stor utdanningsinstitusjon	31 (62)
Resten i Norge	17 (34)
Utdannet i utlandet	2 (4)
Arbeidsted	
Sykehus 1	31 (62)
Sykehus 2	10 (20)
Sykehus 3	9 (18)
	Gjennomsnitt (SD)
Alder (n = 47)	33,6 (4,9)
Års erfaring som sykepleier	6,8 (4,4)
Års erfaring i akuttavdeling	4,1 (3,4)

SD = standardavvik

Tabell 2: Nyutdannede anestesisykepleieres vurdering av egen kompetanse.

Kompetanseområder	Gjennomsnitt (SD)
Omsorgskompetanse	7,8 (1,1)
Medisinsk kompetanse	8,2 (0,9)
Teknisk kompetanse	7,9 (1,2)
Samarbeidskompetanse	8,5 (1,0)
Pedagogisk og fagutviklingskompetanse	6,8 (1,5)
Valg- og improvisasjonskompetanse	7,5 (1,2)
Pårørendekompetanse	7,5 (1,4)
Total kompetanse	7,8 (0,9)

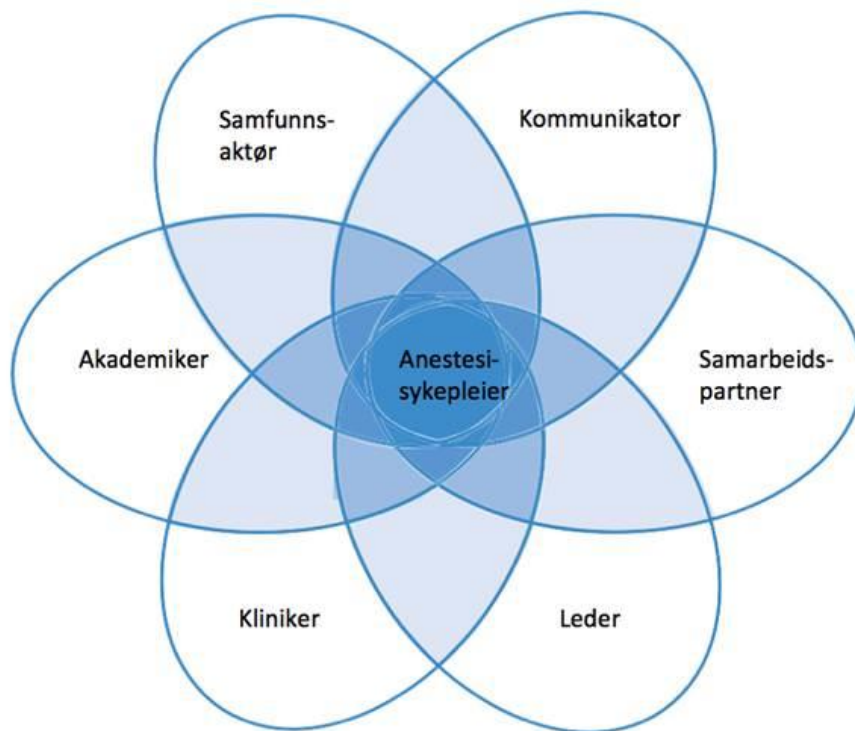


Figur 1: Benners modell for kompetanseutvikling

1.0 ANESTESISYKEPLEIERENS FUNKSJON OG ANSVAR

Det stilles høye krav til kompetanse hos anestesisykepleiere for å kunne oppfylle anestesisykepleierens funksjon og ansvar. Anestesisykepleiere skal arbeide innenfor et rammeverk satt sammen av lover, forskrifter og retningslinjer (ALNSF, 2016).

Grunnlagsdokumentet benytter CanMED-modellen for å belyse anestesisykepleierens komplekse rolle og funksjon. Modellen inneholder seks kompetanseområder. Disse er; kommunikator, samarbeidspartner, leder, samfunnsaktør, akademiker og kliniker. Rollen som anestesisykepleier omfatter alle disse kompetanseområdene. Grunnlagsdokumentet beskriver rollen som anestesisykepleier gjennom de ulike kompetanseområdene, ved å beskrive hvilke arbeidsoppgaver en anestesisykepleier skal utføre. Rollen er også tydeliggjort gjennom oppstilte kompetansemål knyttet til kunnskaper og ferdigheter (ALNSF, 2016).



Figur 1: CanMED-modellen (ALNSF, 2016)

For å gjøre rede for anestesisykepleierens funksjon og ansvar sammenlignet vi de syv kompetanseområdene som benyttes i spørreskjemaet til Valeberg, Grønseth og Fagermoen (2009) med kompetanseområdene som anvendes i grunnlagsdokumentet.

Medisinsk kompetanse inneholder spørsmål om legemiddelhåndtering, gjennomføre forordnet medisinsk behandling og kunnskaper om sykepleiefaglige vurderinger (Valeberg et al., 2009). Dette er godt beskrevet i grunnlagsdokumentet. Her står det at en anestesisykepleier må inneha avansert kunnskap om blant annet anatomi, fysiologi, patofysiologi og farmakologi. Dette samsvarer godt med kompetanseområdet i grunnlagsdokumentet da anestesisykepleieren skal kunne administrere generell anestesi, sedasjon og regional anestesi etter forordning fra anestesilege (ALNSF, 2016).

Teknisk kompetanse handler blant annet om å bruke medisinsk teknisk utstyr på riktig måte og tilpasse bruken til den enkelte situasjon (Valeberg et al., 2009). Dette samsvarer godt med grunnlagsdokumentet, hvor det blant annet står at anestesisykepleieren skal kunne bruke, tolke og vedlikeholde medisinsk teknisk utstyr (ALNSF, 2016). Viktigheten av god hygiene er nevnt i både spørreskjemaet og i grunnlagsdokumentet.

Omsorgskompetanse går ut på å ivareta pasientens fysiske, psykiske og sosiale behov. Anestesisykepleieren skal også ta vare på pasientens integritet, selvbestemmelse og rettigheter (Valeberg et al., 2009). Under rollen som kliniker i grunnlagsdokumentet nevnes det at anestesisykepleieren skal yte sikker og pasientsentrert omsorg. Omsorgsaspektet er i tillegg omtalt under retningslinjer for etisk refleksjon, hvor det står at anestesisykepleieren skal ivareta pasientens og pårørendes rettigheter, verdier og behov (ALNSF, 2016).

Pårørendekompetanse går blant annet ut på å benytte pårørende som en ressurs i arbeidet og håndtere deres tilstedeværelse (Valeberg et al., 2009). I grunnlagsdokumentet er det beskrevet at anestesisykepleieren skal ivareta pårørende i et høyteknologisk miljø. Tilstrekkelig ivaretagelse av pårørende innebærer etter vår vurdering at anestesisykepleieren må håndtere at de er tilstede og samtidig gi dem tilpassede oppgaver, slik at de blir en ressurs og en støtte for pasienten i det perioperative arbeidet (ALNSF, 2016).

Valg- og improvisasjonskompetanse omhandler prioritering av arbeidsoppgaver, håndtering av kaotiske situasjoner og problemløsning. I tillegg skal anestesisykepleieren kunne ta selvstendige beslutninger (Valeberg et al., 2009). Dette samsvarer med grunnlagsdokumentet, hvor det fremgår at anestesisykepleieren skal respondere hensiktsmessig på uventede eller raskt skiftende situasjoner og gjenkjenne komplikasjoner når situasjoner de oppstår.

I grunnlagsdokumentet er det også fremhevet at anestesisykepleieren skal kunne gjennomføre anestesi selvstendig på funksjonsfriske pasienter (ALNSF, 2016), og derfor må kunne ta egne beslutninger.

Pedagogikk og fagutviklingskompetanse går ut på å undervise og veilede kollegaer og oppsøke ny kunnskap for å holde seg faglig oppdatert (Valeberg et al., 2009). Ifølge grunnlagsdokumentet skal anestesisykepleieren holde seg faglig oppdatert og utvise faglig forsvarlighet. I kompetanseområdet akademiker i grunnlagsdokumentet står det at anestesisykepleieren skal formidle kunnskapsbasert praksis til helsepersonell og studenter innenfor eget fagområde (ALNSF, 2016).

Samarbeidskompetanse handler om å kommunisere og samarbeide med pasienter og kollegaer i og utenfor egen yrkesgruppe (Valeberg et al., 2009). Dette kompetanseområdet samsvarer også godt med grunnlagsdokumentet, hvor det fremgår at anestesisykepleieren skal kunne anvende kommunikasjonsferdigheter for å møte pasientens behov, og hjelpe pasienten gjennom det perioperative forløpet. I grunnlagsdokumentet står det også at anestesisykepleieren skal ha gode kommunikasjons- og samarbeidsevner, og kunne samarbeide hensiktsmessig med blant annet operasjonssykepleiere, anestesileger og kirurger (ALNSF, 2016).

Det er relativt mange innholdsmessige likheter mellom kompetanseområdene angitt i spørreskjemaet og kompetanseområdene i CanMed-modellen som benyttes i grunnlagsdokumentet, selv om inndelingen er forskjellig. Etter vår vurdering omfavner kompetanseområdene i spørreskjemaet alle kompetanseområdene i grunnlagsdokumentet. Medisinsk kompetanse, teknisk kompetanse, valg- og improvisasjonskompetanse og samarbeidskompetanse er de kompetanseområdene i spørreskjemaet som kommer tydeligst fram i modellen. Omsorgskompetanse, pårørendekompetanse og pedagogisk- og fagutviklingskompetanse er også omtalt, men i noe mindre grad. Det er naturlig at det vil være forskjeller når man sammenlikner et omfattende grunnlagsdokument med et begrenset og forenklet spørreskjema. Spørreskjemaer har ofte et begrenset omfang for å få flest mulige svar (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016), og gir derfor en mer generell oversikt over kompetanseområdene. Vi mener likevel at spørreskjemaet til Valeberg et al. (2009) er egnet til å belyse de sentrale elementene i anestesisykepleierens funksjon og ansvar.

2.0 KUNNSKAPSSØK OG KILDEKRITIKK

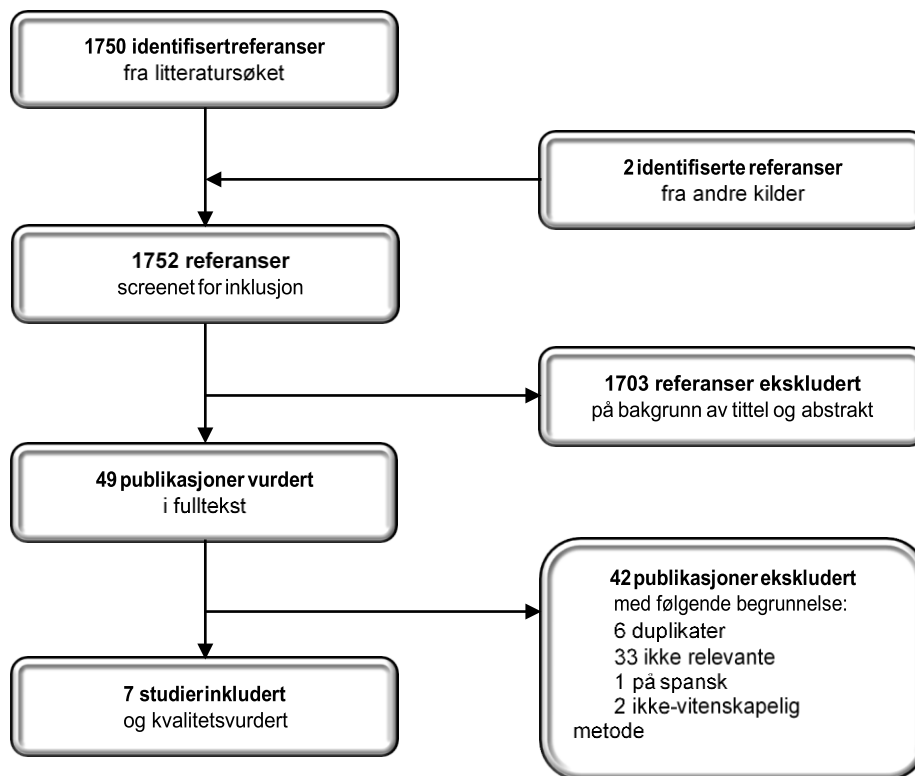
Dette kapittelet inneholder beskrivelse av litteratursøket vi har utført, og beskrivelse av inklusjons- og eksklusjonskriterier vi benyttet. Styrker og svakheter ved valgt kunnskap drøftes til slutt.

2.1 Kunnskapssøk

I den innledende fasen av dette studiet gjennomførte vi søk etter litteratur om nyutdannede anestesisykepleieres kompetanse. Kunnskapspyramiden er en modell som illustrerer de ulike nivåene av kunnskap, og ble brukt aktivt i litteratursøket. Forhåndsvurdert og forskningsbasert kunnskap plasseres høyt oppe på pyramiden (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Vi søkte først i de kliniske oppslagsverkene UpToDate og BMJ Best Practice. Deretter prøvde vi å finne kunnskapsbaserte retningslinjer på Helsebiblioteket, og søkte etter systematiske oversiktsartikler i databasen Cochrane Library uten å finne relevant litteratur. Systematiske litteratursøk ble deretter gjennomført i databasene Cinahl, PubMed og SweMed+. Cinahl er en anbefalt database dersom man ønsker å finne forskning knyttet til sykepleiere (Underdal, 2013). De systematiske litteratursøkene ble gjennomført med veiledning av en bibliotekar på OsloMet.

Vi fant få relevante forskningsartikler, og litteratursøket ble derfor utvidet til å omhandle anestesisykepleiere uavhengig av antall års arbeidserfaring og intensivsykepleiere. Intensivsykepleiere ble inkludert da vi tenker de har en lignende arbeidshverdag, og jobber i enheter med høy grad av spesialisering med høye krav til kompetanse. Studier som hadde kompetanse som et sentralt begrep ble inkludert. Studier som fokuserte på delområder av kompetanse eller kompetanse sett opp mot spesifikke oppgaver eller ferdigheter ble ekskludert. Vi inkluderte studier på norsk, dansk, svensk og engelsk.

Søkeordene som ble brukt var i all hovedsak Medical subject headings og Cinahl subject headings. Anestesisykepleie*, sykepleie*, kompetanse*, nurse anesthetists, anesthesia nursing, education nurse anesthesia, critical care nursing, advanced practice nurses, clinical competence, competency assessment, self-assessment, nursing skills, experience. Søkeordene ble også benyttet i et usystematisk søk i Google Scholar.



Figur 2: Flytskjema over identifisert litteratur.

2.2 Styrker og svakheter ved valgt kunnskap

Alle studiene vi inkluderte fra litteratursøket er enkeltstudier. Dette er en potensiell svakhet fordi denne typen studier befinner seg på nederste nivå i kunnskapspyramiden (Nortvedt et al., 2012). Fire av syv forskningsartikler vi har inkludert er fra Norge (Lauvdal, Omland & Pham, 2014; Lyngfoss & Bjørk, 2017; Valeberg et al., 2009; Wevling, Halstensen & Johansson, 2015). Dette styrker sammenligningsgrunnlaget med vår studie ettersom de kulturelle forholdene er like, og helsevesenet og utdanningen organisert på samme måte. Omtrent halvparten av studiene vi har funnet omhandler nyutdannede anestesisykepleiere (Cook, Marienau, Wildgust, Gerbasi & Watkins, 2013; Lauvdal et al., 2014; Mauleon & Ekman, 2002; Valeberg et al., 2009). De resterende studiene kartlegger kompetanse uavhengig av antall år som spesialsykepleier (Lyngfoss & Bjørk, 2017; O'Leary, 2012; Wevling et al., 2015).

Valeberg et al. (2009) har utviklet et spørreskjema for egenvurdering av kompetanse til nyutdannede spesialsykepleiere etter endt utdanning (barn-, operasjon-, intensiv- og anestesisykepleiere). Det ble gjennomført en pilotstudie før selve gjennomføringen. Spørreskjemaet viste å ha tilfredsstillende validitet og pålitelighet. Studien var nokså stor, men svarprosenten var 45,6 %. Forfatteren påpeker at dette gjør det vanskelig å generalisere resultatet. Antallet nyutdannede spesialsykepleiere som deltok var ulikt innenfor de forskjellige spesialitetene. Det var flest intensivsykepleiere, noe som kan prege gjennomsnittsberegningen av resultatene.

I en studie i Sverige ble nyutdannede anestesisykepleiere intervjuet om hvilke erfaringer og opplevelser de har, en måned etter de var ferdig utdannet som anestesisykepleiere (Mauleon & Ekman, 2002). Metoden virker å være godt beskrevet og studien fremstår godt utført. Studien er relevant da den undersøker nyutdannede anestesisykepleiere, men den begynner å bli gammel. Anestesisykepleieutdanningen er ulik i Norge og Sverige. I Sverige er utdanningen på ett år og i Norge på ett og et halvt til to år, og praksistiden er vesentlig kortere i Sverige (ALNSF, 2017; Falk-Brynhildsen, Jaensson, Gillespie & Nilsson, 2019). Organisatoriske forskjeller i utdanningen kan redusere sammenlikningsgrunnlaget med norske anestesisykepleiere.

Lauvdal et al. (2014) gjennomførte en studie hvor de intervjuet nyutdannede anestesisykepleiere i Norge om deres opplevelse av egen kompetanse. Anestesisykepleierne hadde omtrent like lang erfaring som anestesisykepleierne i vår studie. Studien ble gjort på mastergradsnivå, og forfatterne har begrenset med forskningserfaring. I tillegg er ikke studien publisert i et anerkjent tidsskrift hvor studien ville blitt kvalitetssikret og fagfellevurdert før publisering. Studien er likevel relevant fordi den har lignende problemstilling som vår studie.

I en studie fra USA ble nyutdannede anestesisykepleiere spurt om å vurdere sin kompetanse (Cook et al., 2013). I samme studie ble arbeidsgivere som ansatte nyutdannede anestesisykepleiere spurt om hvordan de vurderte kompetansen til de nyutdannede. Dette en stor studie hvor undersøkelsen ble sendt ut til flere tusen anestesisykepleiere og arbeidsgivere. Samtidig hadde studien en lav svarprosent på henholdsvis 24 og 30 % i de respektive gruppene. Anestesisykepleierne hadde omtrent lik lang arbeidserfaring som de vi inkluderte i vår studie. Kulturell kontekst og organisatoriske forskjeller i helsevesen og utdanning kan likevel reduserer overførbarheten til norske forhold. En vesentlig styrke ved studien er at både nyutdannede anestesisykepleiere og arbeidsgivere ble inkludert, slik at man kunne sammenligne selvevaluering opp mot ekstern evaluering. Dette kan gi et bedre bilde på den helhetlige kompetansen. Studien er publisert i et anerkjent tidsskrift, og metoden er godt beskrevet. Spørreskjemaet som er benyttet er ikke validert, og det er heller ikke benyttet i andre studier.

Lyngfoss og Bjørk (2017) undersøkte kompetansen til sykepleiere og spesialsykepleiere som arbeider ved norske oljeplattformer. De brukte en tilpasset utgave av spørreskjemaet til Valeberg et al. (2009), men tilpasningene er ikke validert. Metoden er godt beskrevet. Halvparten av respondentene var anestesisykepleiere. Det kan diskuteres hvorvidt kravene til kompetanse på en oljeplattform er sammenlignbare med kravene anestesisykepleiere møter på sykehus. Det var kun 25 % som besvarte undersøkelsen og forfatterne i studien påpeker selv at resultatene ikke kan generaliseres.

I en norsk studie undersøkte Wevling et al. (2015) hvordan operasjonssykepleiere vurderte sin kompetanse. Studien har i likhet med vår studie anvendt spørreskjemaet til Valeberg et al. (2009), og ble derfor inkludert fra litteratursøket. Det ble gjort noen endringer i spørsmålene for å tilpasse spørreskjemaet til operasjonssykepleiere. Endringene ble testet gjennom en

pilotstudie og ble reliabilitetstestet. Svarprosenten var på 59 % og det anes å være en tilfredsstillende svarprosent i kvantitative studier (Johannessen et al., 2016). Likevel var det en liten studie hvor kun operasjonssykepleiere fra én avdeling ble rekruttert til å delta, noe som gjør det vanskelig å generalisere til populasjon.

O'Leary (2012) gjennomførte en studie i USA hvor formålet var å undersøke hvordan intensivsykepleiere vurderte egen kompetanse. Intensivsykepleierne var rekruttert fra et sykehus og studien hadde en svarprosent på 31 %. Dette gjør det problematisk å generalisere resultatene. Studien anvendte et validert spørreskjema Nurse Competance Scale (NCS) for sykepleiere, og spørreskjemaet ble pålitelighetstestet. I likhet med oss benyttet studie Benners femtrinnsmodell for kompetanseutvikling, for å se om det er sammenheng mellom kompetanse og erfaring. Det kan likevel være vanskelig å sammenligne resultatene i de to studiene fordi helsevesenet og utdanningen er ulik.

Når det gjelder kompetanselitteratur har vi valgt å anvende Lai. Hun definerer kompetanse på en lett oversiktlig måte og beskriver hvordan kompetansekomponeentene kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger henger sammen (Lai, 2013). Ifølge Lai diskuteres det om holdninger skal inngå i kompetansebegrepet (Lai, 2013). Lai mener holdninger er spesielt viktig når man jobber opp mot andre mennesker. Flere tidligere studier har også anvendt Lai noe vi anser som positivt (Lauvdal et al., 2014; Wevling et al., 2015). En svakhet ved utvelgelsen av kompetanselitteratur er at vi har begrenset med erfaring om dette området, og det er vanskelig å vurdere de ulike forfatterne opp mot hverandre. Det er vår oppfatning at det ikke er vesentlige forskjeller i den litteraturen vi har undersøkt.

For å beskrive kompetanseutvikling valgte vi Benners femtrinnsmodell (Benner, Chesla & Tanner, 2009). Modellen er imidlertid utviklet for sykepleiere uten videreutdanning, og vi har ikke funnet versjoner av modellen som tar høyde for hvordan spesialsykepleiere utvikler sin kompetanse. Benner er opptatt av at modellen er dynamisk, og at overgangen mellom de ulike trinnene skjer gradvis (Benner et al., 2009). Vi mener modellen kan fungere som et rammeverk for å diskutere kompetanseutvikling, men det er utfordrende å benytte modellen for å fastslå nøyaktig hvilket trinn spesialsykepleiere ligger på som nyutdannet.

3.0 FORSKNINGSMETODE

Dette kapitlet omhandler vår redegjørelse for valg av forskningsmetode, valg av spørreskjema og metodekritikk.

3.1 Valg av forskningsmetode

Problemstillingen vi ønsket svar på var: “*Hvordan vurderer nyutdannede anestesisykepleiere egen kompetanse?*”. Det finnes lite kunnskap om problemstillingen, men som tidligere nevnt er det gjennomført en kvalitativ studie med en lignende problemstilling. Vi har derfor valgt å gjennomføre en kvantitativ studie for å komplimentere funn fra denne tidligere studien, og for å bidra til økt kunnskap om hvordan nyutdannede vurderer egen kompetanse.

Ved å anvende spørreskjema kunne vi nå ut til mange personer på relativt kort tid (Houser, 2008). Dette gjorde det mulig å undersøke en større andel av populasjonen enn gjennom bruk av intervjuer eller observasjoner. De standardiserte svarene fra spørreskjemaet, gjorde at vi kunne gjennomføre statistiske analyser av tallmaterialet som potensielt muliggjør generalisering av resultatene til populasjonen (Johannessen et al., 2016). Bruk av spørreskjema med faste spørsmål og oppgitte svaralternativer ville gi oss en annen form for kunnskap enn ved bruk av intervjuer. Standardiserte spørsmål er en fordel fordi det gir mindre rom for påvirkning av resultatet (Houser, 2008).

Spørreskjema med standardiserte spørsmål har begrenset evne til å fange opp nyanser og motsetninger hos respondentene (Polit & Beck, 2018). Det er ikke mulig å forklare hvorfor respondentene har svart som de har svart (Houser, 2008). Spørsmål kan misforstås, og det er ikke mulig å kontrollere at respondentene svarer ærlig (Houser, 2008). Spørreskjema i kombinasjon med anonymitet kan imidlertid bidra til at flere svarer ærlig (Houser, 2008). Dette kan muligens være en fordel når man vil undersøke kompetanse, da det kan være ubehagelig å oppgi at man har mangelfull kompetanse. Til tross for begrensninger ved bruk av spørreskjema mener vi at metoden er egnet for å besvare problemstillingen, og den vil gi ny kunnskap om hvordan nyutdannede anestesisykepleierne vurderer sin egen kompetanse. Studien hadde et tverrsnittsdesign. Designet var velegnet ettersom studien skulle gjennomføres innenfor en begrenset tidsperiode, og ville være relativt enkel å utføre ved bruk av nettskjemaet til Universitetet i Oslo. En fordel med en tverrsnittsstudie er at deltagerne

ikke faller av underveis, slik at det er lettere å oppnå en høy svarprosent (Houser, 2008). Tverrsnittstudier er lite egnet dersom man ønsker å undersøke hvordan fenomener endrer seg over tid (Houser, 2008). Å undersøke kompetanseutviklingen over tid var ikke mulig å gjennomføre grunnet oppgavens begrensede omfang.

3.2 Valg av spørreskjema

Utvikling og validitetstesting av et spørreskjema er en tidkrevende prosess (Houser, 2008), og tilgangen på et eksisterende skjema av god kvalitet var derfor en forutsetning for valget av spørreskjema som metode. Vi innhentet tillatelse til å bruke spørreskjemaet til Valeberg et al. (2009). Vi fant også to andre spørreskjemaer som vi vurderte å benytte.

Spørreskjemaet i den amerikanske studien til Cook et al. (2013) inneholder både spesifikke og generelle spørsmål om anestesisykepleierens kompetanse. Flere av spørsmålene er likevel ikke relevante for anestesisykepleiere i Norge, da de amerikanske anestesisykepleierne i studien har utvidede arbeidsoppgaver sammenlignet med de norske. Spørreskjemaet inkluderer blant annet spørsmål om hvor gode respondentene er til å legge inn sentralt venekateter og epiduralkater. Spørreskjemaet er ikke validert, det finnes ikke i en norsk versjon og skjemaet er kun delvis relevant for norske forhold. Spørreskjemaet var derfor ikke et reelt alternativ for vår studie.

NCS er et spørreskjema basert på Benners teori for kompetanseutvikling, som er validert til bruk på sykepleiere (Meretoja, Isoaho & Leino-Kilpi, 2004). Da studien vår også tok utgangspunkt i Benners teori, kunne det vært aktuelt å benytte skjemaet. Spørreskjemaet er imidlertid ikke validert for spesialsykepleiere og finnes kun i en forkortet norsk utgave (Wangensteen, Johansson & Nordstrom, 2015). Spørreskjemaet ble derfor valgt bort.

Spørreskjemaet til Valeberg et al. (2009) er en videreutvikling av et spørreskjema for kartlegging av kompetansen hos nyutdannede sykepleiere uten videreutdanning (Valeberg et al., 2009). Det ble pilottestet i en gruppe av erfarne spesialsykepleiere, og er utviklet for å måle nyutdannede spesialsykepleieres funksjonsdyktighet. Vi har valgt å benytte spørreskjemaet fordi det er ansett som et valid og reliabelt instrument til egenvurdering av kompetanse hos spesialsykepleiere (Valeberg et al., 2009). I tillegg er spørreskjemaet tilpasset norske forhold.

To norske studier har anvendt spørreskjema etter det ble utviklet (Lyngfoss & Bjørk, 2017; Wevling et al., 2015), hvilket gjør at vi også har mulighet til å sammenligne våre resultater med disse studiene.

I det valgte spørreskjemaet skal deltakerne vurdere spørsmål om egen kompetanse på en skala fra 1-10. Det er ikke definert hva tallene på skalaen representerer, med unntak av ytterpunktene 1 og 10. Hvilken vurdering på skalaen som representerer at deltakeren innehar den kompetansen som er forventet eller tilstrekkelig for å jobbe som spesialsykepleier er uvisst (Valeberg et al., 2009). NCS har en oversikt over hvordan de ulike verdiene kan omtales (Meretoja et al., 2004). En slik oversikt hadde gjort det lettere å formidle resultatet.

3.3 Metodekritikk

I vår studie er populasjonen alle nyutdannede anestesisykepleiere med inntil tre års erfaring fra operasjonsavdeling. Vi inkluderte anestesisykepleiere med inntil tre års erfaring for å øke antallet respondenter. Det kan diskuteres hvor lenge man regnes som nyutdannet. Tidligere studier har inkludert nyutdannede anestesisykepleiere med to og tre års erfaring (Cook et al., 2013; Lauvdal et al., 2014). I følge Benner sin teori kan man avansere til trinnet kompetent etter rundt to års praksis (Benner et al., 2009). Ved å inkludere nyutdannede med erfaring helt opp til tre år, kunne vi også fange opp denne avanseringen. Deltagerne måtte jobbe i minimum 50 % stilling, for å sikre at de hadde tilstrekkelig med erfaring til å vurdere egen kompetanse.

Utvalgsstrategien var å velge store enheter for å sikre et tilstrekkelig antall respondenter til studien. Dette var gunstig fordi det reduserte antall søknader og godkjenninger som måtte på plass før studien kunne starte. Det medførte også at vi kunne ha en dialog med enhetene underveis, og dette bidro trolig til at svarprosenten ble forholdsvis høy. Alle som jobbet ved de utvalgte enhetene, og oppfylte inklusjonskriteriene, ble inkludert i studien. At sykehusene ble valgt ut og ikke trukket, medfører at det ikke kan kalles et tilfeldig utvalg. Dette er en svakhet ved studien som reduserer reliabiliteten. Et tilfeldig utvalg reduserer sjansen for skjevheter i utvalget og øker sannsynligheten for at utvalget blir representativt (Polit & Beck, 2018). En annen svakhet ved vår studie er at små lokalsykehus ikke er inkludert, slik at eventuelle nyanser mellom store og små enheter ikke fanges opp av utvalget. Det er også knyttet usikkerhet til hvorvidt deltagerne som valgte å ikke besvare undersøkelsen skiller seg fra respondentene som valgte å svare.

Etter vår vurdering kan det likevel argumenteres for at utvalget i vår studie likner resten av populasjonen. Aldersgjennomsnittet og kjønnsbalansen likner på snittet fra en tidligere studie (Valeberg et al., 2009). I tillegg skal rammeplanen sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå og anestesisykepleiere skal derfor i teorien inneha lignende kompetanse (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Utvalget i vår studie er rundt en fjerdedel av hele populasjonen, basert på en estimert populasjon på 300 (Seierstad, Eimot & Analysesenteret, 2015). I vår studie er det heller ikke funnet signifikante forskjeller i vurdert kompetanse hos nyutdannede ved de ulike sykehusene. Samlet sett mener vi derfor at utvalget vårt har lignende egenskaper som resten av populasjonen. Det er likevel viktig å påpeke at vi ikke kan hevde utvalget vårt å være et representativt utvalg, hvis egenvurdering kan generaliseres til hele populasjonen.

Litteraturliste

- ALNSF. (2016). *Grunnlagsdokument for anestesisykepleiere*. Hentet fra <https://www.alnsf.no/dokumenter-alnsf/styringsdokumenter/grunnlagsdokumentet/167-grunnlagsdokument-for-anestesisykepleiere-2017/file>
- ALNSF. (2017). Bli anestesisykepleier. Hentet fra <https://www.alnsf.no/fag-og-utdanning/bli-anestesisykepleier>
- Benner, P. E., Chesla, C. A. & Tanner, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice : caring, clinical judgment & ethics* (2. utg. utg.). New York: Springer Publishing.
- Cook, K. A., Marienau, M. S., Wildgust, B., Gerbasi, F. & Watkins, J. (2013). Assessment of Recent Graduates Preparedness for Entry into Practice. *AANA Journal*, 81(5), 341-346.
- Falk-Brynhildsen, K., Jaensson, M., Gillespie, B. M. & Nilsson, U. (2019). Swedish Operating Room Nurses and Nurse Anesthetists' Perceptions of Competence and Self-Efficacy. *J Perianesth Nurs*. doi: 10.1016/j.jopan.2018.09.015
- Houser, J. (2008). *Nursing research : reading, using and creating evidence*. Sudbury, Mass: Jones & Bartlett.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tuft, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lauvdal, C., Omland, K. & Pham, T. (2014). "Slitsomt, men gøy!" : en kvalitativ studie om den nyutdannede anestesisykepleieren sin opplevelse av kompetanse av yrkesutøvelsen (Masteroppgave). Universitet i Agder. Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/223348>
- Lyngfoss, B. & Bjørk, I. T. (2017). Slik vurderer offshoresykepleiere egen kompetanse. *Sykepleien forskning*(12), 11-11. doi: 10.4220/Sykepleienf.2017.62873
- Mauleon, A. L. & Ekman, S. L. (2002). Newly graduated nurse anesthetists' experiences and views on anesthesia nursing -- a phenomenographic study. *AANA Journal*, 70(4), 281-287.
- Meretoja, R., Isoaho, H. & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse Competence Scale: development and psychometric testing (s. 124-133).
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! : en arbeidsbok* (2. utg. utg.). Oslo: Akribe.
- O'Leary, J. (2012). Comparison of self-assessed competence and experience among critical care nurses. *J Journal of nursing management*, 20(5), 607-614. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01394.x
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed. utg.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer.
- Seierstad, T. Ø., Eimot, M. & Analysesenteret. (2015). *Rapport : Abio ressurs*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2591005/Rapport%20ABIO%20Ressurs.pdf>
- Underdal, H. (2013). CINAHL tilgjengelig i Helsebiblioteket.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i anestesisykepleie*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269383-rammeplan_for_anestesisykepleie_05.pdf
- Valeberg, B. T., Grønseth, R. & Fagermoen, M. S. (2009). Spesialsykepleieres opplevde kompetanse etter endt utdanning. *Sykepleien forskning*, 2(3), 206-213. doi: 10.4220/sykepleienf.2009.0101
- Wangsten, S., Johansson, I. & Nordstrom, G. (2015). Nurse Competence Scale - Psychometric testing in a Norwegian context *Nurse Educ. Pract.* (s. 22-29).

Wevling, A., Halstensen, T.-D. & Johansson, I. S. (2015). Operasjonssykepleierens vurdering av egen kompetanse i forhold til arbeidskrav. *Sykepleien forskning*(2), 132-141. doi: 10.4220/Sykepleienf.2015.54300

Redaktørbrev

Vedlagt følger et artikkelmanuskript som omhandler en studie om nyutdannede anestesisykepleieres egenvurdering av kompetanse.

Bakgrunnen for studien er at det for tiden er en endring i anestesisykepleierutdanningen, hvor man ser en gradvis dreining mot en mastergradsutdanning. Tiden som nyutdannet anestesisykepleier blir trukket frem som utfordrende og krevende. Hvordan opplever de nyutdannede selv sin kompetanse i møte med et arbeidsmiljø hvor det stilles strenge krav til at effektiv pasientbehandling ikke skal gå på akkord med kvalitet eller pasientsikkerhet? Det er ikke gjennomført kvantitative studier på hvordan nyutdannede anestesisykepleiere vurderer sin egen kompetanse. Studien gir leseren ny kunnskap om hvordan nyutdannede anestesisykepleiere vurderer sin egen kompetanse og diskuterer hvilke utfordringer de møter den første tiden i praksis. Studien tar også opp om mastergradutdanning bidrar til økt kompetanse. Teamet er derfor relevant for Inspirias lesere.

I studien ble nyutdannede ved tre universitetssykehus i to regionale helseforetak tilbudt å delta i studien, og nesten 70 prosent responderte. Det inkluderte utvalget vårt er antatt å bestå av en fjerdedel av hele populasjonen, som er beregnet til 300. Populasjonen er anestesisykepleiere ferdig utdannet i løpet av de siste tre år, som jobber i en operasjonsavdeling i minst 50% stilling. Studien ble gjennomført som en nettbasert undersøkelse. Deltakerne oppga en gjennomsnittlig score på 7,8 på en skala fra 1 til 10. I de sju ulike kompetanseområdene var det likevel seks kompetanseområder som inneholdt enkeltspørsmål hvor en eller flere rapporterte sin kompetanse som mangelfull, med en score under 5.

Resultatene fra studien er ikke publisert tidligere. Forfatterne har ingen økonomiske eller andre interessekonflikter knyttet til gjennomføringen av studien.

Vedlegg 2

FORFATTERVEILEDNING INSPIRA

SKREVET AV ALNSF 03. NOVEMBER 2018. PUBLISERT I
INFORMASJON

Innsending av artikler til skjer via mail til ansvarlig redaktør Ann-Chatrin Leonardsen på dleo@online.no eller inspira789@gmail.com . Ansvarlig redaktør blinder manus før utsending til fagfeller.

OM TIDSSKRIFTET

InspirA sitt formål er å formidle forskning og systematiske kunnskapsopsummeringer (reviewer) av spesiell relevans for anesthesi- og intensivsykepleiere. Utgangspunktet er økt fokus på og krav til å drive forskning i helsevesenet, på evidensbasert praksis og en økende akademisering av fagene.

Det forutsettes at artikkelen ikke er sendt til andre vitenskapelige tidsskrift samtidig. Artikkelen skal heller ikke være tidligere publisert. Deler av artikkelen kan ha vært publisert som abstract eller poster på konferanser.

GENERELT

Artikkelmanuskript med vedlegg sendes inn som Word-dokument (.doc).

Teksttypen skal være enten Cambria eller Times New Roman, skriftstørrelse 12. Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Overskriftene markeres med fete bokstaver, underoverskrifter i kursiv. Unngå for mange underoverskrifter.

Det anbefales også ren tekst med minst mulig fet eller kursiv tekst, understreking, innrykk, deling av ord og lignende.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten- på samme dokument som selve artikkelteksten (se under Figurer og tabeller).

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort (maks 20 ord), informativ og vekke interesse. Det skal ikke benyttes forkortelser i selve tittelen.

Fremmedord og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptet skal følge Vancouver systemet (se under Referanser).

Redaksjonen språkvasker antatte artikler, men forfatterne må sørge for at manuskriptet er korrekturlest før innsending.

Antall ord er maksimalt 3000 for kvantitative artikler, maksimalt 5000 ord for kvalitative artikler og kunnskapsoppsummeringer/reviewer (sammendrag, figurer, tabeller og referanser ikke inkludert).

MANUSKRIFTETS INNHOLD

FØLGEBREV TIL REDAKTØR

I følgebrevet må forfatterne oppgi hva artikkelen tilfører av ny kunnskap, om tematikken er interessant for anesthesi- og intensivsykepleiere, samt en redegjøring for hvorvidt resultatene er publisert tidligere (for eksempel som poster eller foredrag/abstract på en vitenskapelig konferanse). Videre skal eventuelle økonomiske interesser eller andre interessekonflikter oppgis. Følgebrevet bør ikke overskride en A4 side.

TITTELSIDE

Tittel på manuskriptet

Forfatterens (forfatternes) navn, tittel, arbeidssted og adresse til arbeidssted

Hvis det er flere forfattere presenteres i tillegg kontaktpersonens

For- og etternavn, tittel (RN, MNSc, PhD el) Postadresse, E-postadresse Telefonnummer Antall ord (ikke medregnet tittel, sammendrag eller referanser) Antall figurer og tabeller

SAMMENDRAG

Sammendraget struktureres etter følgende overskrifter:

Bakgrunn Hensikt Metode Resultater Konklusjon

Lengde: maksimalt 300 ord.

3–5 nøkkelord oppgis direkte etter sammendraget

SELVE ARTIKKELEN

Tekst

Artikler som bygger på empiriske studier struktureres etter IMRAD prinsippet som Introduksjon, hensikt, metode, resultater, diskusjon, konklusjon, kliniske implikasjoner og referanser:

Introduksjon/Bakgrunn-bakgrunn for valg av emne/tematikk. Start generelt og spisse deretter mer inn mot studiens hensikt

Hensikt-med studien/problemstilling(er)/forskningsspørsmål/hypoteser.

Metode-forskningsdesign, datainnsamlingsmetode, gjennomføring/prosedyre (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), analyse. Eventuelle godkjenninger (REK/Personvernombudet/andre relevante instanser) inkluderes under metodekapittelet. Dersom godkjenning(er) ikke er innhentet bør det beskrives hvorfor ikke. Det samme gjelder eventuelle etiske betraktninger.

Resultater- beskrivelse av resultatene, uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller, skal ikke gjentas i teksten. Hver tabell/figur skal ha en henvisning i teksten som viser til tabellen/figuren. Det er en fordel for forfattere som bruker kvantitativ metode, at de får

studien vurdert av statistiker før den sendes inn. Tabeller og figurer må være lett lesbare, selvforklarende, og ikke strekke seg over ½ side.

Diskusjon- studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Validitets/reliabilitetsdiskusjon kan inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat (evt under metodekapittel), men gjerne under egen underoverskrift. Studiens begrensinger/svakheter settes til slutt i kapittelet, og angir hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene, i tillegg til hva som evt er gjort for å utjevne disse.

Konklusjon-kort oppsummering av artikkelen, implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

FIGURER OG TABELLER

Artikkelen kan inneholde maksimalt 5 figurer og tabeller til sammen. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og enkle å forstå.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Figurene og tabellene skal ha en kort og informativ overskrift. Overskriften plasseres over tabellen og under figuren. Mer spesifikk informasjon skrives under figuren/tabellen. Ønsket plassering av figurer/tabeller markeres i fortløpende tekst med fet skrift, eksempel: (Vennligst plasser tabell 1 her). Endelig vurdering av plassering gjøres av redaktør.

REFERANSER

Referanser angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i referanselisten. Det angis opptil fem forfattere, deretter "et al." Alle referanser som finnes på internett, skal ha oppgitt korrekt nettadresse samt nedlastingsdato. Referanser skal anføres med DOI (digital object identifier) der dette er tilgjengelig.

Eksempler på korrekt føring av referanser i referanselisten:

de Witt L, Ploeg J. Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. *J Adv Nurs* 2006;55:215–29. Fraser DM, Cooper MA. *Myles Textbook for Midwives*. London: Churchill Livingstone; 2003.

3. Dahl K, Heggdal K, Standal S. Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ, Nortvedt F, Skaug E-A. (red). *Grunnleggende Sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2005.

Foucault M. Truth and power. I: Gordon C. (red). *Power/Knowledge: Michel Foucault*. New York: Pantheon Books; 1980 (s. 78–101). Sosialdepartementet. Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003. Lov av 2. juli 1999 nr. 4 om helsepersonell (helsepersonelloven). Tilgjengelig fra: <https://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html> (nedlastet 15.11.2007). Karterud D. Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art (doktoravhandling). Åbo: Åbo Akademis Förlag; 2006. Leonardsen ACL, Grøndahl VA, Ghanima W, Storeheier E, Løken TA, et al. Evaluating patient experiences in decentralised acute care using the Picker Patient Experience Questionnaire; methodological and clinical findings. *BMC Health Services Research* 2017; 17:685. Doi: 10.1186/s12913-017-2614-4.

Eksempler på korrekt føring av referanser i teksten:

Ved henvisninger i selve teksten skrives forfatterens navn og referanse nummer i rund parentes etter forfatter, eksempel: Morse (1) eller Redmond (2) asserts that the [...] Henvisninger til flere verk føres i nummerert rekkefølge på følgende måte: (1-5) Eller hvis rekkefølgen brytes adskilles med komma, for eksempel: (1,3,8) eller (2-5,8,10) Flere studier (2-4,9) viser

INNSENDING AV MANUSKRIFT

FORSLAG TIL HABILE FAGFELLER

Artikkelforfatterne kan oppgi forslag til minst to habile fagfeller. For å unngå tvil om habilitet kan ikke fagfeller arbeide ved samme institusjon som artikkelforfatter(ne). Fagfeller kan

heller ikke ha profesjonelle eller personlige bånd til artikkelforfatter(ne) som kan innebære tvil om habilitet.

VURDERINGSPROESSEN

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes inn. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees/reviewers) for nærmere vurdering. InspirA bruker blindet fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er ukjent for hverandre. Det er likevel en viss mulighet for gjenkjenning av forfattere siden fagmiljøene er relativt små.

Forfattere holdes fortløpende informert om prosessen via mail fra ansvarlig redaktør.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell? Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil? Holder manuskriptet ønsket kvalitet for en forskningsartikkel?

Redaktøren og/eller redaksjonen kan forkaste artikkelmanuskriptet på innsendingstidspunktet. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle, sendes til fagfellevurdering. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen, må følge denne veiledningen. Manuskripter som ikke følger forfatterveiledningen, blir returnert til forfatterne selv om innholdet er relevant for tidsskriftet.

INNSENDING AV REVIDERT MANUSKRIFT

Etter fagfellevurdering blir artikkelen sendt tilbake til forfatter(e) med kommentarer fra både fagfeller og redaktør. Endringer markeres av forfatter med “spor endringer” eller annen tydelig markering i et dokument markert “Artikkel med spor endringer”. Det sendes også inn et renskrevet dokument av forfatter, markert “Revidert artikkel” Revidert artikkel skal følges

av et brev til fagfeller og redaktør som nøye beskriver endringene og besvarer eventuelle kommentarer fra fagfellene/redaktør.

GODKJENNING AV MANUSKRIFT

Forfatter får beskjed fra redaktøren om og når artikkelen er godkjent for publisering.

KRAV TIL MEDFORFATTERSKAP

For medforfatterskap kreves at samtlige forfattere oppfyller Vancouverreglene. Det vil si at de har bidratt med idé, planlegging og utforming eller analyse og innsamling eller fortolkning av data, har medvirket ved utarbeidelse eller kritisk innholdsmessig revidering av manuskriptet og godkjenning av det endelige manuskriptet.

Hvordan den enkelte medforfatter har bidratt bør presiseres. Personer som ikke oppfyller Vancouver reglene kan nevnes under et “Takk til” eller “Bidragsytere” kapittel rett før referanselisten.

ERKLÆRING OM INTERESSEKONFLIKTER

Erklæring om interessekonflikter inneholder opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Hvis noen av forfatterne har interessekonflikter, må dette oppgis når manuskriptet sendes inn. Økonomisk støtte til gjennomføring av studien må oppgis.

Vedlegg 3

Spørreskjema

Del 1:

Du bes vurdere på en skala fra 1-10:

Hvilket samsvar du opplever mellom din nåværende kompetanse og den kompetansen som kreves i jobben (jobbkrav)

1= betydelig gap mellom egen kompetanse og kompetansekrav i jobben

10 = mestrer kompetansekravene på en fullt ut tilfredsstillende måte

I. OMSORGSKOMPETANSE

1. Evne til å fokusere på og forstå den enkeltes pasientens (pårørendes) situasjon og opplevelser ved sykdom
2. Evne til å ivareta pasientens fysiske behov
3. Evne til å ivareta pasientens psykiske, sosiale og åndelige behov
4. Evne til å ivareta eller styrke pasientens (pårørendes) egne ressurser
5. Evne til å planlegge og prioritere pasientens behov for sykepleie
6. Evne til å ivareta pasientens integritet, selvbestemmelse og rettigheter
7. Evne til å reflektere over og begrunne egne handlinger

II. MEDISINSK KOMPETANSE

8. Evne til å gjennomføre gjeldende rutiner for legemiddelhåndtering
9. Evne til å vurdere virkning og bivirkning av aktuelle medikamenter

10. Evne til å gjennomføre forordnet medisinsk behandling
11. Evne til å bruke medisinske kunnskaper i sykepleiefaglige vurderinger
12. Evne til å være forberedt på og forebygge komplikasjoner før de oppstår
13. Evne til å vurdere når legen bør tilkalles for hjelp eller konsultasjon
14. Evne til å ta selvstendige avgjørelser når det er nødvendig

III. TEKNISK KOMPETANSE

15. Evne til å kontrollere og bruke medisinsk utstyr på en sikker måte
16. Evne til å tilpasse bruken av medisinsk utstyr i den enkelte situasjon
17. Evne til å utføre medisinske/ tekniske prosedyrer på en hygienisk riktig og sikker måte

IV. SAMARBEIDSKOMPETANSE

18. Evne til å kommunisere og samhandle med pasient (pårørende)
19. Evne til å samarbeide med egen yrkesgruppe
20. Evne til å samarbeide med andre yrkesgruppe
21. Evne til å skille mellom eget og andre yrkesgruppers ansvarsområder

V. PEDAGOGISK OG FAGUTVIKLINGSKOMPETANSE

22. Evne til å veilede og undervise studenter, kollegaer og samarbeidspartnere
23. Evne til å oppsøke ny kunnskap når situasjonen krever det og holde deg faglig oppdatert
24. Evne til ta medansvar for å videreutvikle eller endre praksis
25. Evne til å forvalte avdelingens ressurser på en hensiktsmessig måte

VI. VALG OG IMPROVISASJONSKOMPETANSE

26. Evne til å prioritere egne arbeidsoppgaver i en hektisk hverdag
27. Evne til å forvalte egen og andres kompetanse på en hensiktsmessig måte
28. Evne til å ta selvstendige beslutninger
29. Evne til å ta selvstendig sykepleiefaglig ansvar for pasienten
30. Evne til å prioritere og omprioritere oppgaver raskt når situasjonen krever det
31. Evne til å sette faste rutiner til side og improvisere når det er nødvendig
32. Evne til å takle uforutsette og kaotiske situasjoner
33. Evne til å løse problemer som oppstår

VII. PÅRØRENDE KOMPETANSE

34. Evne til å takle at pårørende er tilstede når du arbeider
35. Evne til å benytte pårørende som en ressurs i arbeidet
36. Evne til å takle sterke følelsesmessige inntrykk og opplevelser

FORVENTET KOMPETANSE ETTER ENDT VIDEREUTDANNING

37. Hvilket samsvar er det mellom kollegers/avdelingens forventninger til din kompetanse og opplevd kompetanse etter endt videreutdanning?
38. Hvilket samsvar er det mellom egne forventninger før videreutdanning og opplevd kompetanse etter endt videreutdanning?

Del 2:

BAKGRUNNSDATA

- *Kjønn:*
- *Alder:*
- *År ferdig utdannet sykepleier:*

(Hvilket år var du ferdig med grunnutdanningen?)

- *Angi totalt antall års erfaring før videreutdanning fra akuttavdeling omregnet til 100% stilling:*

Akuttavdeling regnes som: intensivavdeling, intermediæravdeling, postoperativ avdeling og akuttmottak

- *Uteksaminert anestesisykepleier:*

Hvilket semester var du ferdig med din videreutdanning?:

- *Utdanningssted:*
- *Tok du mastergrad i forbindelse med videreutdanningen?*

Ja, jeg gikk et integrert masterløp (fulltid)

Ja, men jeg har tatt det i ettertid

Jeg går master nå

Nei, jeg har ikke tatt mastergrad.

- *Hvor mange prosents stilling jobber du i nå?*

50% eller mindre 51 - 74% 75-100%

- *Nåværende arbeidssted:*

Vil du delta i forskningsprosjektet ”Nyutdannede anestesisykepleieres vurdering av egen kompetanse - en kvantitativ studie”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å kartlegge nyutdannede anestesisykepleieres vurdering av egen kompetanse. Datainnsamlingen skjer ved bruk av et nettbasert spørreskjema. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva det vil innebære for deg å delta.

Formål

Studien inngår i en masteroppgave hvor formålet er å kartlegge hvordan nyutdannede anestesisykepleiere vurderer sin egen kompetanse i møte med arbeidshverdagen etter endt utdanning. Dette kan gi oss svar på om nyutdannede anestesisykepleiere opplever å ha den nødvendige kompetansen som kreves på arbeidsplassen. I tillegg kan vi få nyttig informasjon som utdanningsinstitusjonene kan bruke for å forbedre utdanningen. Studien inkluderer nyutdannede anestesisykepleiere med inntil tre års erfaring. Dermed vil vi kunne se en eventuell progresjon innenfor de ulike kompetanseområdene over tid. Dette kan si noe om hvorvidt sykehusene legger til rette for nødvendig opplæring og kompetanseutvikling for nyutdannede anestesisykepleiere.

Vår problemstilling er: «*Hvordan vurderer nyutdannede anestesisykepleiere sin kompetanse etter endt utdanning?*»

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Vi er tre masterstudenter ved OsloMet som nylig er utdannet anestesisykepleiere. Prosjektansvarlig er Alfhild Dihle, førsteamanuensis ved OsloMet – Storbyuniversitet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har valgt å inkludere anestesisykepleiere med inntil tre års erfaring som jobber i operasjonsavdeling. Studien skal gjennomføres på flere sykehus i Norge. Du har mottatt dette skrivet fordi din leder mener du oppfyller inklusjonskriteriene til studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du vil motta en e-post med en link til et nettbasert spørreskjema. I skjemaet vil du få totalt 38 spørsmål der du skal vurdere din egen kompetanse på en skala fra 1 – 10. Vi ønsker også å samle inn bakgrunnsdata som blant annet alder, kjønn og antall år relevant erfaring før videreutdanningen. Spørreskjemaet vil ta omtrent 10 minutter å fylle ut. Dine svar fra spørreskjema blir registrert elektronisk.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Velger du å fylle ut spørreskjemaet, oppfatter vi det som et samtykke til å delta i studien. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. En påminnelse vil bli sendt ut per e-post to uker etter den første invitasjonen. Det er mulig å trekke seg fra studien, så sant dine data ikke allerede inngår i statistikk eller publisert materiale.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Ingen utenforstående vil ha tilgang til forskningsmaterialet og forskningsmaterialet vil bli anonymisert før det benyttes i forskningen. Kodenøkkelen vil lagres på en kryptert minnepenn og oppbevares adskilt fra øvrige data. Svarene fra spørreundersøkelsen vil være lagret hos Universitetet i Oslo før det oversendes til en kryptert minnepenn. Databehandlingen vil foregå på en måte som gjør at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes i datamaterialet.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 15.05.2019. Dine personopplysninger blir slettet ved prosjektslutt.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg
- å få rettet personopplysninger om deg
- få slettet personopplysninger om deg
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet - Storbyuniversitetet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- OsloMet ved Alfild Dihle, alfild@oslomet.no,
- Masterstudenter [redacted]
- Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Utfyllelse av spørreskjema blir ansett som samtykke til studien.

Med vennlig hilsen

Alfild Dihle
Prosjektansvarlig

[redacted]
Masterstudent

[redacted]
Masterstudent

[redacted]
Masterstudent

Vedlegg 5

Godkjenning fra NSD

NSD Personvern

15.11.2018 16:31

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 469182 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 15.11.2018. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.9.2019.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte og deres foreldre til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD finner at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare status på behandlingen av personopplysninger.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD:

Tlf. personverntjenesten:

Vedlegg 6

Godkjenning personvern og avdelingsleder sykehus 1.

OP [Redacted] PB Personvern <personvern@[Redacted]>
on. 21.11.2018 09:35

[Redacted] Alfhild Dihle: [Redacted]

Heil!

Takk for kvittering fra NSD og bekreftelse fra avdelingsleder.

Ønsker dere lykke til med masteroppgaven!

mvh
[Redacted]
Personvernrådgiver
Avdeling for informasjonssikkerhet og personvern | Stab pasientsikkerhet og kvalitet
[Redacted]
Telefonnummer: [Redacted]
Besøk: [Redacted]

ⓘ Denne meldingen ble sendt med høy viktighetsgrad.

BL [Redacted]
to. 22.11.2018 21:36

[Redacted] + 9 andre ↕

Hei, alle sammen!

Tre anestesisykepleiere ansatt hos oss, [Redacted] ønsker å gjennomføre en studie i vår avdeling blant anestesisykepleiere utdannet de siste tre årene. Studien er godkjent, se under. Kan dere være behjelpelig når dere får en egen e-post fra dem?

[Redacted]

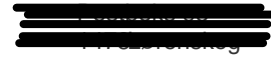
...

Vedlegg 7

Godkjenning personvern og seksjonsledere sykehus 2.



Postadresse:



TILRÅDNING PERSONVERN

Sentralbord:



Til:



Org.nr:
NO

www.ahus.no

Kopi:



Fra:

Personvernombudet ved



Dato:

02.01.2019

Offentlighet:

Ikke unntatt offentlighet

Sak:

Personvernombudets uttalelse til innsamling og
behandling av personopplysninger



Saksnummer/

Personvernnummer:

Personvernombudets uttalelse til innsamling og behandling av personopplysninger for forskning i prosjektet

”Nyutdannede anestesisykepleieres vurdering av egen kompetanse”

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger. Det følgende er et formelt svar på meldingen. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før rekruttering av pasienter og behandling av personopplysninger i prosjektet kan starte.

Med hjemmel i forordning (EU) nr. 2016/679 (generell personvernforordning) artikkel 37, er det oppnevnt personvernombud 


Den behandlingsansvarlige skal sikre at personvernombudet på riktig måte og i rett tid involveres i alle spørsmål som gjelder vern av personopplysninger, jf. artikkel 38. Artikkel

30 pålegger [redacted] å føre oversikt over hvilke behandlinger av personopplysninger virksomheten har. Behandling av personopplysninger meldes derfor til sykehusets personvernombud.

Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger tilfredsstiller de krav som stilles i personopplysningsloven. Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / dataansvarlig er Oslo Met.
2. Avdelingsleder og forskningsansvarlig i divisjonen/klinikken har godkjent gjennomføringen av prosjektet.
3. Prosjektet er vurdert og godkjent av NSD.
4. Rettslig grunnlag for behandlingen er personvernsforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a).
5. Deltagerne samtykker skriftlig til databehandlingen.
6. Samtykkeskrivet er utformet i tråd med vilkårene i NSDs tilrådning.
7. Behandling av personopplysningene i prosjektet skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
8. Deltagerne er kun ansatte ved sykehuset, og det lagres ingen særlige personopplysninger.
9. Prosjektsslutt er 15.09.2019.
10. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette i likhet med REK.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning og kvalitetsprosjekter som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Lykke til med studien!

Med vennlig hilsen

for personvernombudet

[redacted]

Jurist/ personvernrådgiver

[redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Fra: [Redacted]

Sendt: torsdag 4. oktober 2018 15.15

Til: [Redacted]

Emne: SV: Søknad angående en kvantitativ studie

Hei.

Det er helt greit for meg.

Jeg sender skjemaet til den som er ny utdanna her på [Redacted] nå visst det er sånn dere har tenkt det?

Mvh

[Redacted]

[Redacted]

seksjonssleder (spl/jordmor)

MH

on. 17.10.2018 15:41

Hei!

Beklager uteblitt tilbakemelding på denne.

Ja, dere må gjerne inkludere anestesisykepleiere fra [Redacted]
I forkant må dere avklare det hele med [Redacted]

Ta kontakt med meg så snart dette er ok!

Mvh

[Redacted]

[Redacted]

seksjonssleder

Vedlegg 8

Godkjenning personvern og avdelingsleder sykehus 3.

PS [Redacted] på vegne av
Personvernombudet [Redacted] <personvernombudet [Redacted]>
ti. 04.12.2018 15:03

[Redacted] : Alfhild Dihle [Redacted]

Hei
NSD fungerer som personvernrådsgiver for [Redacted]
Jeg har gått gjennom deres vurdering og finner som dem at prosjektet har lovlig behandlingsgrunnlag ved at man vil innhente samtykke fra de involverte og at prinsipper for personvern er ivaretatt ved planlagt gjennomføring av prosjektet.
Fra personvernombudets side, kan prosjektet starte.

Minner om at det er ansvarlig leder ved [Redacted] som er ansvarlig for å følge opp at prosjektet gjennomføres ihht til de forutsetninger og formål som er beskrevet.

Fra [Redacted]
[Redacted] personvernombud
Mob [Redacted]
...

Fra: [Redacted]
Sendt: onsdag 17. oktober 2018 12.45.57
Til: [Redacted]
Emne: RE: Angående en kvantitativ studie

Hei.
Dette skal jeg hjelpe dere med, men jeg fikk ikke opp linken til spørreskjema.
[Redacted]
Jeg skal « [framsnakke](#) » oppgaven, og håper jeg får lese den når dere er ferdige.

Med vennlig hilsen
[Redacted]