



HØGSKULEN I VOLDA

St. 5511

**Masteroppgåve i helse- og sosialfag  
- meistring og myndiggjering**

**AUGEBLIKKETS KUNST**

30 stp.

Norunn Stavø

Juni 2009

MEI304

HØGSKULEN I VOLDA  
BIBLIOTEKET

## FORORD

Denne masteroppgåva inngår som ein del av masterstudiet i meistring og myndiggjering ved Høgskulen i Volda. Ein viktig del av operasjonssjukepleiarane sin jobb er å dempe pasientens peroperative angst og stress. Dette er eit tema som har interessert meg gjennom åra som operasjonssjukepleiar, og som det no har vore spennande å få tid og anledning til å fordjupe meg i. Ein stor takk til informantane mine som var villige til å dele tankar og erfaringar med meg, og som dermed gjorde det mogleg for meg å gjere denne studien.

Takk til min rettleiar professor Kåre Heggen ved Høgskulen i Volda, for god og konstruktiv rettleiing. Takk også til høgskulen for eit spennande og godt masterstudie.

Takk til Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag, for tildelt forskningstid, og for oppmuntring undervegs. Ikkje minst, takk til Sigrid og Ann på biblioteket, utan dykkar hjelp ville eg brukt mykje lenger tid på å komme i mål. Og til min medstudent Linda, takk for denne tida med reising og hybelliv, og for støtte og oppmuntring når eg trengte det.

Takk til NSFLOS for studiestipend.

Til sist, takk til min mann og mine barn for støtte og forståing for at eg ikkje alltid har kunne stilt opp for dykk i denne perioden.

Florø, 28.05.2009

Norunn Stavø

# **INNHALD:**

<b>1.0 KAN OPERASJONSSJUKEPLEIARANE FREMME PASIENTENS MEISTRING?</b> .....	<b>4</b>
1.1 Presentasjon og avgrensing av problemstilling .....	4
1.2 Bakgrunn for studien .....	5
1.3 Operasjonssjuepleiarens historie .....	6
1.4 Operasjonssjuepleiarens arbeids - og funksjonsområde .....	7
1.5 Oppgåvas oppbygging.....	9
<b>2.0 TILLIT OG TERAPEUTISK KOMMUNIKASJON</b> .....	<b>10</b>
2.1 Luhmann om tillit.....	11
2.1.1 Tillit til system og personar .....	11
2.1.2 Tillit som reduksjon av kompleksitet .....	13
2.1.3 Indre og ytre sikkerheit .....	14
2.2 Eikeland om kommunikasjon .....	15
2.2.1 Kommunikasjon som fremjar meistring .....	15
2.2.2 Empati som grunnlag for kommunikasjon .....	16
2.2.3 Pasienten som både subjekt og objekt .....	17
2.3 Tidlegare forskning .....	18
2.3.1 Studiar som omhandlar perioperativ sjukepleie .....	19
2.3.2 Konsekvensane av peroperativt stress hos pasienten.....	21
2.3.3 Studiar som omhandlar peroperativ omsorg sett frå pasienten sin ståstad .....	22
2.3.4 Studiar som omhandlar peroperativ omsorg sett frå operasjonssjuepleiaren sin ståstad .....	23
2.3.5 Studiar som omhandlar peroperativ omsorg sett frå både pasienten og operasjonssjuepleiaren sine ståstadar.....	25
2.4 Oppsummering .....	27
<b>3.0 STUDIENS KVALITATIVE TILNÆRMING OG METODE</b> .....	<b>29</b>
3.1 Vitskapsteoretisk forankring .....	30
3.1.1 Hermeneutikk .....	30
3.1.2 Fenomenologi .....	31
3.2 Utval og rekruttering .....	32
3.3 Gjennomføring av intervju .....	33
3.4 Analyse og tolking .....	35
3.4.1 Analysing av det transkriberte materialet .....	35
3.5 Validitet og reliabilitet .....	37
3.5.1 Validitet.....	38
3.5.2 Reliabilitet .....	39
3.6 Forskar i eige felt.....	39

3.7	<b>Etiske vurderingar .....</b>	<b>42</b>
3.8	<b>Oppsummering.....</b>	<b>43</b>
<b>4.0</b>	<b>KORLEIS FREMMER OPERASJONSSJUKEPLEIARANE PASIENTENS MEISTRING .....</b>	<b>44</b>
4.1	<b>Fagkunnskap som grunnlag for tillit .....</b>	<b>44</b>
4.1.1	Vere trygg på eigen kompetanse .....	44
4.2	<b>Lese pasientens behov .....</b>	<b>46</b>
4.2.1	Beskytte kroppen til pasienten mot skader .....	46
4.2.2	Mange personar på stova .....	48
4.2.3	Det trenar blikket .....	49
4.3	<b>Augeblikkets kunst.....</b>	<b>50</b>
4.3.1	Bruke tida til å skape ein god situasjon .....	50
4.3.2	Kroppen som objekt .....	52
4.3.3	Å eige inngrepet .....	53
4.3.4	Pasientens integritet.....	55
4.3.5	Å vere hos pasienten.....	55
4.3.6	Pasient i lokalbedøving .....	57
4.4	<b>Teamsamarbeid som grunnlag for pasientens oppleving av tryggleik .....</b>	<b>58</b>
4.4.1	Steril rolle .....	58
4.4.2	Vår kvardag .....	59
4.4.3	Å bruke humor .....	61
4.4.4	Teamsamansettinga .....	62
4.5	<b>Kommunikasjon .....</b>	<b>62</b>
4.5.1	Kontinuerleg informasjon.....	62
4.5.2	Å sei dei rette tinga.....	64
4.5.3	Når det haster .....	65
4.6	<b>Oppsummering.....</b>	<b>65</b>
<b>5.0</b>	<b>DISKUSJON AV FORSKINGSSPØRSMÅLA.....</b>	<b>67</b>
5.1	<b>Korleis kan kravet om effektivitet påverke omsorga for operasjonspasienten? .....</b>	<b>67</b>
5.2	<b>Korleis kan ein kombinere den subjektive og objektive delen av pasientomsorga? .....</b>	<b>71</b>
5.3	<b>Korleis vert informasjonen tilpassa den einkilde pasienten? .....</b>	<b>74</b>
<b>6.0</b>	<b>AVSLUTNING .....</b>	<b>78</b>
6.1	<b>Avgrensingar ved studien.....</b>	<b>79</b>
6.2	<b>Tankar om vidare forskning .....</b>	<b>79</b>

## **1.0 Kan operasjonssjukepleiarane fremme pasientens meistring?**

Å vere operasjonssjukepleiar innebere å arbeide med akutt og kritisk sjuke pasientar. Og med pasientar som har venta kortare eller lengre tid for å få gjennomført ein operasjon der ulike plager eller sjukdommar skal rettast på. Arbeidet på operasjonsavdelinga er prega av høgt tempo, mykje instrument og medisinsk teknisk utstyr.

Den nye styringslogikken, New Public Management (NPM) set fokus på resultatstyring og resultatfinansiering og krev behandlingseffektive og kostnadseffektive behandlingsmetodar. Desse krava påverkar drifta av operasjonsavdelingane samt operasjonssjukepleiaryrket som profesjon. Det er samstundes ei rask utvikling innan høgteknologisk medisinsk utstyr, som stiller krav til operasjonssjukepleiarane om å kombinere pasientomsorg med handtering av dette utstyret.

Å gjennomgå ein operasjon er ein stressande oppleving for dei fleste pasientar, enten dei har venta fleire månader eller dei vert operert meir akutt. Dei har liten eller ingen kontroll over situasjonen, og er i stor grad prisgitt operasjonsteamet sin kompetanse. Mykje forskning viser at dersom same operasjonssjukepleiar har kontakt med pasienten både før, under og etter operasjonen så er det ein fordel for begge partar (Rudolfson, von Post & Erikson, 2007, Blomberg, 2000). Denne modellen vert kalla perioperativ sjukepleie men vert av praktiske og økonomiske årsaker ikkje brukt så mykje i Noreg. På dei fleste operasjonsavdelingar møter ikkje operasjonssjukepleiaren pasienten før han kjem til operasjonsavdelinga. Eg ynskjer derfor å fokusere på korleis operasjonssjukepleiarane legg til rette for pasientens meistring av den peroperative perioden, som er frå pasienten kjem til operasjonsavdelinga og til dei vert flytta over til oppvakingsavdelinga.

### ***1.1 Presentasjon og avgrensing av problemstilling***

Forskning visar at konsekvensane dersom pasienten har høgt stressnivå kan vere svært alvorlege. Immunforsvaret svekkast, og som følgje av det vert sår tilhelinga dårleg, infeksjonsfaren aukar, trombosefaren aukar og pasienten vil i langt større grad vere utsett for kvalme og brekningar (Walker 2002). Operasjonssjukepleiaren skal hjelpe pasienten

igjennom den peroperative fasen. Ho må derfor ta utgangspunkt i den enkelte pasient sin situasjon for best mulig å kunne individualisere sjukepleia.

Hensikta med denne studien var å få auka forståing for korleis operasjonssjukepleiarar oppleve kontakta med pasienten den tida dei har i lag. Gjennom å samtale med operasjonssjukepleiarar yngste eg å få tilgong til deira tankar og opplevingar om kva kunnskap og ferdigheitar dei har og brukar i samhandlinga med pasienten. Sidan dei berre treff pasienten den korte perioden på operasjonsavdelinga og ikkje samtaler med han før eller etter operasjonen, ville eg finne svar på korleis dei ser pasientens behov og korleis dei individualiserer omsorga. Kva muligheiter og hinder ligg det i organiseringa av arbeidsoppgåvene på operasjonsavdelinga, og korleis opplever dei si rolle i teamet rundt pasienten? Intensjonen er å få større forståing for faktorar som fremmar eller hindrar at pasienten kjem gjennom det kirurgiske inngrepet på ein god måte. Og kva som eventuelt kan gjerast for å optimalisere forholda og legge til rette for at pasienten skal meistre denne kritiske fasen.

Følgjande problemstilling er utgangspunktet for studien:

### **Peroperativ sjukepleie.**

**Korleis opplever operasjonssjukepleiaren at ho gjennom kommunikasjon og tillit kan fremme pasientens meistring?**

## ***1.2 Bakgrunn for studien***

Denne studien spring ut frå 15 års arbeidserfaring som operasjonssjukepleiar i det offentlege helsevesenet. Og no dei siste åra som lærar for spesialstudentar i operasjonssjukepleie. Gjennom arbeidet mitt har eg vore i mange situasjonar der eg har sett kompleksiteten i arbeidet til operasjonssjukepleiaren. Ho har ansvaret for førebuinga og tryggleiken til pasientens kropp. Han skal ligge godt på det harde operasjonsbordet, utsette kroppsdelar skal vere tilstrekkeleg polstra for å unngå skadar på nervar og muskulatur. Operasjonssjukepleiaren må kle av kroppen til pasienten, vaske den, og leire<sup>1</sup> den i ofte ubehaglige og kanskje audmjukande stillingar. Ho skal passe på at pasienten ikkje vert avkjølt

---

<sup>1</sup> Legge kroppen til pasienten til rette på operasjonsbordet før operasjonen.

eller unødig blotta. Ho er også ansvarleg for hygienen under inngrepet og å sikre at alt forgår etter aseptiske<sup>2</sup> prosedyrar. Samstundes skal ho kommunisere med dei ulike yrkesgruppene på avdelinga for å sikre at alt vert gjort til rett tid, samt handtere det medisinske tekniske utstyret og alle operasjonsinstrumenta.

Opp i alt dette praktiske arbeidet er det pasienten og hans situasjon som skal vere i fokus. Eg yngste å finne svar på korleis operasjonssjukepleiarane sjølv opplever kompleksiteten i eige arbeid, og korleis dei samstundes hjelper pasienten med å meistre stress og angst den tida han er på operasjonsavdelinga.

### ***1.3 Operasjonssjukepleiarens historie***

Operasjonssjukepleier yrket har ein lang tradisjon som eit av dei eldste spesialutdanningane innafør sjukepleie. Kirurgi er kjent frå 3500 f. Kr. gjennom skriftlege kjelder frå India, Egypt og Mesopotamien. Kirurgien vart utvikla gjennom krigskirurgi frå 1500-talet, der amputasjonar og handsaming av sår var det vanlege. Krigsskadane var ofte svært omfattande og dødelegheita etter kirurgiske inngrep var høg. Årsaka var oftast at pasienten fekk ein infeksjon i såret og døde som fylgje av den. 1700-talet var naturvitskapane sitt hundreår, og den levandegjorte anatomien og fysiologien vart skapt. Dei fyrste universiteta innførte klinisk undervisning, og det var store framskritt innan kirurgi. Mangel på anestesi var det største hinderet for kirurgisk verksemd, og dei beste kirurgane var dei som kunne utføre amputasjonar raskast for å spare pasienten for langvarige lidingar. Men då eterbedøvinga kom i første del av 1800-talet fekk ein betre tid under operasjonen og vi fekk ei sterk auke i ulike kirurgiske inngrep. Når ein då på siste halvdel av 1800-talet oppdaga at karbolsyre hadde aseptisk verknad, så tok operasjonspersonalet til med å vaske hendene sine og operasjonsfeltet med dette middelet. Det førte til ein kraftig reduksjon i talet på infeksjonar i sår og overlevingsprosenten etter operasjon auka. Etter den tid har utviklinga eskalert og operasjonsavdelingane er blitt høgteknologiske avdelingar, der ein gjennomfører alt frå komplisert nevro- og karkirurgi til transplantasjonar og kreftkirurgi (Stadil & Hald 1996).

Kirurgien er mennenes historie medan sjukepleie er kvinnenes historie. På 1800-talet fekk vi ein framvekst av sjukehus og dermed kom også kvinnene for å pleie dei sjuke. Dei vart tilsett

---

<sup>2</sup> Bakteriefritt

for å utføre det legane forordna og det var ingen formelle krav for å vere sjukepleiar. Etter kvart vart det oppretta sjukepleiarutdanning for kvinner, og oversjukepleiaren ved sjukehusa var den som vanlegvis assisterte ved kirurgiske inngrep. Kirurgen T. Bilroth skreiv i 1885 at: *”... bare særlig begavede sykepleiere, der pålitelighet og nøyaktighet mange ganger var satt på prøve, kunne benyttes til hjelp ved operasjoner”* (Høyland 1996:15). Først på slutten av 1950-talet vart det oppretta ein eigen spesialutdanning for operasjonssjukepleiarar. Dei første fungerte som både anesthesi - og operasjonssjukepleiarar.

Høyland meiner at psykisk styrke er ein føresetnad for arbeidet som operasjonssjukepleier. Sjølv om arbeidsdagen som oftast består av elektive inngrep, må ein alltid vere forberedt på det uføresette. Samstundes som ein dagleg vert stilt overfor etiske dilemma.

Operasjonssjukepleie har ofte vore sett på som eit teknisk yrke der ein har minimalt med pasientkontakt. Men Høyland seier at: *”... å ivareta pasientens behov for informasjon, veiledning og trygghet i ofte skremmende omgivelser, krever mye erfaring og kunnskap utover det tekniske. Kommunikasjon er derfor et viktig område i operasjonssykepleieres kunnskapsområde”* (Høyland 1996:93).

#### **1.4 Operasjonssjukepleiarens arbeids - og funksjonsområde**

Operasjonspasienten som er akutt og kritisk sjuk, vil ofte vere i ein tilstand der han opplever ein trussel mot liv og helse, og har svært liten moglegheit til å meistre situasjonen aleine. Norsk Sjukepleier Forbund si Landsgruppe av operasjonssjukepleiarar (NSFLOS 2008) sitt temahefte seier at belastningane kan vere både fysiske og psykiske, og prega av angst og smerte. Operasjonssjukepleiarens oppgåve vert å ta utgangspunkt i pasienten sine eigne kunnskar og vilje, og nytte hans eigne krefter i den lækjande prosessen, og til å meistre livssituasjonen.

Dei yrkesetiske retningslinjene krev at sjukepleiaren held kunnskap ved like og stadig held seg fagleg oppdatert (NSFs etiske regler 2007). Det er gjennom å vere kritisk til eigen og andres praksis at operasjonssjukepleie faget vert utvikla. Relasjonen mellom operasjonssjukepleiar og andre i teamet er viktig for best mogleg ivaretaking av pasienten. Rammeplanen for vidareutdanning i operasjonssjukepleie (2006) seier at mange pasientar er i ein livstruande og ustabil situasjon. Ofte har dei svært liten moglegheit til å meistre situasjonen på eiga hand, og opplever tap av kontroll. Det vert operasjonssjukepleiarens



oppgåve å gjere det best mogleg for pasienten. Ho skal ha innsikt og kompetanse til å hjelpe pasienten i ofte livstruande situasjonar. Ho må då ha evne til å sjå kvar pasient sin spesielle situasjon for å kunne tilpasse og individrette sjukepleia.

Dei yrkesetiske retningslinjene seier også at dersom operasjonssjukepleiaren skal kunne imøtekomme pasientens individuelle behov, må ho vurdere hans egne kunnskapar og krefter for å kunne nytte dei i den lækjande prosessen. Retningslinjene fokuserer på samarbeid og kommunikasjon med pasienten som naudsynt for hans eigenmeistring. Samstundes stiller dei krav til operasjonssjukepleiaren om å vere tilstades for pasienten, og gjennom informasjon søke å gje han kognitiv kontroll. God informasjon vert sett som ein føresetnad for å dempe forvirring og angst og gje pasienten ei oppleving av meistring. For å kunne klare å inkludere pasienten vert det stilt krav til operasjonssjukepleiarens kunnskapar, ferdigheitar og holdningar (NSFLOS 2008).

Å jobbe i team på ei operasjonsstove inneberer at alle har si definerte rolle. Men også at rollene er komplementære og går inn i kvarandre. I teamet rundt pasienten, finn ein kirurgar, assistentlegar og turnuskandidatar. Der er også anestesilege og anestesisjukepleiar med. Stundom kan andre yrkesgrupper også vere med, som jordmor ved keisarsnitt, og medisinar ved pacemakerinnlegging. Der er ofte tre operasjonssjukepleiarar med under førebuing og oppstart, og to under inngrepet. Ei ”koordinerande”, som hentar utstyr, leirer pasienten, legg inn blærekateter, desinfiserer operasjonsfeltet og koordinerer arbeidet. Ei er ”steril sjukepleiar” og assisterer under inngrepet. Ho har ansvaret for steriliteten og alle instrumenta som vert brukt og jobbar tett ilag med kirurgen. Den sterile operasjonssjukepleiaren har oftast berre eit kort møte med pasienten der ho handhelsar i slusa eller på stova. Stundom har ho ikkje kontakt med den vakne pasienten, for dersom det er ein stor operasjon med svært mykje instrumenter, så er ho alt kledd sterilt og i gong med å klargjere utstyret når han kjem på stova. Den ”koordinerande” og den ”sterile” operasjonssjukepleiaren jobbar tett ilag, og vekslar oftast mellom å vere i dei to rollene. Under førebuing av pasienten arbeidar anestesisjukepleiar og operasjonssjukepleiar i lag om å klargjere pasienten. Det er mange avgjerder som skal takast, både om best mogleg leiring, og god tilgang til operasjonsfeltet. Er det eit stort inngrep er oftast kirurgen med under leiringa, for å få alt slik han tykkjer er best.

Under inngrepet assisterer den sterile operasjonssjukepleiaren kirurgen, har kontroll på instrumenter som er i bruk og som ein eventuelt vil ha bruk for. Den koordinerande hentar

utstyr som manglar, koplar medisinsk teknisk utstyr og har heile tida pasienten i fokus. Ho er bindeleddet mellom det sterile og usterile feltet. Spjelkavik et al. (2004:45) seier at det er viktig at team samarbeidet fungerer godt: ”... *ikkje minst for å unngå stress hos pasienten og for at de ulike fagpersonane skal kunne utføre en fagleg forsvarleg jobb*”. Ho seier vidare at ei roleg atmosfære vil formidle kompetanse og gje pasienten ein oppleving av tryggleik.

## **1.5 Oppgåvas oppbygging**

Oppgåvas teoretiske del er kapittel 2. Her vert Luhmann (2005) sitt syn på tillit og Ekeland (2008) sin teori om terapeutisk kommunikasjon forklart. Tillit og kommunikasjon vert sett på som grunnleggande i samhandlinga mellom pasient og operasjonssjukepleiar. Informantane sine erfaringar vil derfor verte analysert i lys av desse teoretiske perspektiva. I det same kapitlet vert ein del forskning som omhandlar perioperativ sjukepleie omtala. Det same vert forskning som syner konsekvensane dersom pasienten har høgt stress og angstnivå under den peroperative fasen. Eg presenterar også ein del studiar som omhandlar peroperativ omsorg frå operasjonssjukepleiaren og frå pasienten sin ståstad. I kapittel 3 gjer eg greie for oppgåvas kvalitative tilnærming og vitskapsteoretiske forankring. Her forklarar eg om rekruttering og utveljing av informantar, og om korleis intervjuet vart gjennomført. Analyse og tolkingprosessen vert også diskutert, samt korleis oppgåvas validitet og reliabilitet er ivaretatt. Til sist har eg her ein del etiske vurderingar, og ei drøfting av mi rolle som forskar i eige felt. Det fjerde kapitlet er presentasjon, analyse og tolking av empirien. Eg har valt å sjå informantane sine utsegn i lys av mitt teoretiske perspektiv og i forhold til tidlegare forskning, etter kvart som dei vert presentert. Dette for å bruke den hermeneutiske tenkemåten, gjennom å gå i djupna av dei enkelte delane av empirien og sjå dei opp mot heilskapen og i lys av teoretiske perspektiv. Kapittel 5 er ei oppsummerande drøfting. Her ser eg hovudfunna opp mot overordna strukturelle føringar og dei teoretiske modellane. Sjette og siste kapittel er ein del der eg konkluderer og kritiserer oppgåva. Samstundes ser eg på mogleg vidare forskning.

## 2.0 Tillit og terapeutisk kommunikasjon

Operasjonssjukepleiarane jobbar på ei avdeling prega av høgteknologi, der pasientane møter travle grønkledde personar med masker og hanskar. Arbeidet er rutineprega og samlebandaktig og er retta mot det føreståande inngrepet. Pasienten har ofte ein alvorleg sjukdom og møtar eit komplisert og uoversiktleg medisinsk system. Dei fleste er utan erfaring med denne avdelinga. I analyseprosessen vaks det fram to tydelege funn som vart mitt utgangspunkt for val av teori. Kommunikasjon vert diskutert i lys av i Ekeland sine tilnæringsmetodar til terapeutisk kommunikasjon, slik han forklarar dei i sitt kapittel i boka ”Meistring og myndiggjering” frå 2008. Informantane sine skildringar om tryggleik vert diskutert med utgangspunkt i sosiologen Niklas Luhmann si tillitsanalyse, slik han framstiller den i si kjente bok ”Førtroende – en mekanisme før reduksjon av social kompleksitet” (1968). Eg ser også på Harald Grimen si tolking av profesjonstillit i Molander og Terum (2008) og hans analyse i etterordet av 2005 utgåva av Luhmann si bok.

Ekeland (2008) diskuterer kva som er lækjande kommunikasjon og kva kontekst som fremmar lækning. Gjennom samtale med informantane og under analysen vart det klart at den konteksten som operasjonssjukepleiarane og pasientane samhandlar i er krevjande for begge parter. Ekeland (2008) sin teori er at kommunikasjon kan verke som eit kraftig placebo. Han ser at mellommenneskelege relasjonar prega av forståing og respekt kan påverke mentale prosessar som igjen kan verke styrkande på immunforsvaret, og at ein gjennom terapeutisk samtale kan fremme meining og meistring. Eg vel derfor å ta utgangspunkt i hans teori for å finne svar på korleis informantane bruker kommunikasjonsprosessen for å fremme meistring peroperativt hos pasienten.

For mange av pasientane er dette ein ukjend risikosituasjon og dei er svært sensitive for tillit og mangel på tillit til både helsepersonell og helsevesenet som system. Ein kan derfor tenkje seg at tillit eller mangel på tillit kan vere særskild viktig eller avgjerande for korleis pasienten meistrar opphaldet, eller kva utfall operasjonen får. Utgangspunktet for Luhmann (2005) si tillitsanalyse er at tillit forenkler sosial kompleksitet og gjer livet oversiktleleg ved at ein tek ein risiko. Informantane fortalde om korleis dei opplevde pasientens angst og på kva måtar dei prøvde å hjelpe han til å meistre situasjonen. At dei forsøkte å bruke seg sjølv til å formidle tryggleik var eit gjennomgåande tema. Luhmann ser på tillit til personar og til system, og hans tillitsanalyse viser at det er lettare for pasienten å ha tillit til

operasjonsavdelinga som system enn til enkeltpersonar. Operasjonspasientane har ingen føresetnad for å ha tillit til den enkelte operasjonssjukepleiar som dei ikkje kjenner frå før, så dei er avhengig av å ha tillit til systemet. Eg ser det derfor som eit naturleg val å ta utgangspunkt i Luhmann si tillitsanalyse for å tolke informantane sine eigne opplevingar av korleis dei oppnådde pasientens tillit. Og korleis dei gjennom tillita kunne fremme pasientens meistring. Grimen (2008) sitt hovudfokus er tillit til profesjonar, og at helsepersonell er avhengig av tillit frå pasientane og samfunnet elles for å få gjort jobben sin.

## **2.1 Luhmann om tillit**

Dei siste åra har det vore ei auka interesse for omgrepet tillit innfor fagområde knytt til samfunnsmessige problem. Ei forklaring som Kristiansen (2005:9) held fram er at det er fleire kvinnelege røyster i fagdebatten kring kvardagsfenomen. I dagens samfunn er dei stadige endringane i blant anna helsevesenet med omsyn til økonomi, teknologi og effektivitetskrav, krevjande for samhandlinga både mellom dei ulike yrkesgruppene og i forhold til pasientane. Tillit vert framstilt som ei mekanisme som bind saman ulike personar, og institusjonar og personar. Det kan virke som om det er einigheit om nokre hovudpunkt i definisjonen av tillit. At tillit er ein holdning eller innstilling hos ein person til ein anna person eller eit bestemt sosialt system. Det er ein forventning i denne holdninga om at den andre ein gong i nær eller fjern framtid vil utføre eller avstå frå bestemte handlingar. Tillitsgivaren vil i denne situasjonen lide eit tap dersom forventninga om den andres åtferd ikkje vert innfridd. Ettersom tillitsgivaren ikkje har noko kontroll over den andres framtidige åtferd, er det ein viss risiko for at forventningane ikkje vert innfridd.

### **2.1.1 Tillit til system og personar**

Luhmann (2005) drøfter tillit både som tillit til personar og som tillit til system. Tillit til person er ei forventning om at den andre vil handtere sin handlingsfridom i samsvar med det inntrykket han gjev av seg sjølv. Enten aktøren er det bevisst eller ikkje så svever tillitsspørsmålet over kvar interaksjon, og kva utfall det får er avhengig av korleis aktøren syner seg sjølv. All sosial handling av aktøren vil avsløre om han er verdt tillita, enten aktøren har det for auge eller ikkje, så kan han ikkje unngå at tillit kjem an på måten han framstiller seg sjølv. All kommunikasjon og handling fortel noko om eit menneske, og ein gjev alltid frå seg fleire opplysningar om seg sjølv enn ein ynskjer. Luhmann trur at vi alle har ei aning om kva verknader handlingane våre har, og at vi tilpasser oppførselen vår ut frå ulike motiv. For

operasjonssjukepleiaren vil det handle om å framstå påliteleg, og korleis ho framstiller seg vil danne grunnlag for tillit frå pasienten.

Ein antek ofte at personleg tillit gjer interaksjon mellom menneske enklare, samstundes som tillita verken kan kjøpast, krevjast eller påbydast. Men Grimen forklarar at tillit også har ei normativ side, sidan ingen kan krevje tillit, enten får ein det eller så får ein det ikkje. Men når tillit vert gitt setter det eit krav om ei motyting, nemleg at ein viser seg tillita verdig. Tanken er at tillit skaper tillit, innanfor eit system der ein har plikt til å gje, plikt til å ta imot og plikt til å gjere ein motprestasjon (Grimen 2005:169).

Grimen dreg fram at fråvær av forholdsreglar er tillitens viktigaste kjenneteikn. Når ein viser nokon tillit så forventar ein at ein vert ivaretatt og at den som får tillita ikkje misbruker den, samstundes som han er kompetent til å ivareta den. Ein let andre ta avgjerder på sine vegne, og det vert då opptil den andre å vise skjønn i forhold til den tillita som han har fått.

Tillitsgivar gjer seg sjølv sårbar og tek dermed ein risiko, for det kan vere at midlane, instrumenta, kompetansen eller liknande til tillitsmottakaren ikkje held mål (Grimen 2008). Men Luhmann ser på tillitens natur som skrøpelig, tillit kontrollerast gjennom teikn på pålitelegheit, og den som gjev tillit treng samstundes teikn på at den som vert gitt tillit er verdig til å få. Eg ynskjer å sjå informantane sine utsegn om korleis dei opplevde eigen faglege usikkerheit i lys av denne teorien.

Luhmann (2005:69) held systemtillit som lettare å lære, men vanskelegare å kontrollere enn personleg tillit. Tidlegare såg ein på det gitte i naturen som tillitsverdig, men opplysningstida har gjort samfunnet komplisert og uoversiktleg. Dei uendelege moglegheitene føreset derfor ei mengde val, der resultatet av eigne val heng saman med resultatet av andre sine val. Verda er så kompleks at ein vert avhengig av andre sin informasjonsbehandling, og trua på at den er bygd på sanning. Systemtillita gjer menneske i stand til å forholde seg til samanhengen i den kompliserte verda, og gjer det mogleglig å leve med innsikta i at alt kan vere annleis enn slik det vert framstilt.

Grimen (2005:208) ser på dei ulike yrkesprofesjonane som system innafor helsevesenet. Han meiner at tillit til ein profesjon føreset at profesjonen har interne kontrollrutinar som fungerer. All form for systemkontroll er bygd på mistillit, og kontrollrutinar vert såleis ei form for

institusjonalisert upersonleg mistillit til profesjonane. Luhmann (2005:129) seier at i system kan tillit og mistillit vokse samstundes, og at mistillit då vert ein føresetnad for tillit.

Tillit til profesjonar bygger på at ein stolar på deira kompetanse. Grimen (2001) legg vekt på at det er ein epistemisk asymmetri når det gjeld kunnskap mellom helsepersonell og den sjuke tillitsgivaren. Tillitsgivaren kan ikkje utfordre kompetansen og gjev frå seg kontrollen og moglegheita til å definere kva som kan gjerast med situasjonen, noko som gjer han sårbar for korleis tillita han gjev vert forvalta. Grimen illustrerer dette med ein akutt eller alvorleg sjuk person som ikkje har noko anna alternativ enn å lite på helsepersonell. Men dersom dei som får tillita syner seg upålitelege vil tillita forsvinne og kanskje erstattast av mistillit.

Pasientane som skal til operasjon har på førehand ikkje møtt personane som skal ta hand om dei. Derfor avheng deira tillit av trua på at operasjonsavdelinga som system gjer det beste dei kan. Denne tillita kan ein sjå som bygd på det Luhmann (2005) kallar institusjonalisert upersonleg mistillit. For å kunne klare å møte til ein så uoversiktleg og ukjent risikosituasjon må pasienten ha ei forventning til at operasjonsavdelinga og dei handlande aktørane der er til å stole på. Og denne tillita til systemet vil truleg vere bygd på ei bevisst eller ubevisst forvissing om at systemet har ei form for kontroll. Og all form for kontroll seier Luhmann byggjer på mistillit.

Sjølv om pasientane ikkje har føresetnad for å ha tillit til den enkelte operasjonssjukepleiar som dei ikkje har møtt tidlegare, kan han ha tillit til profesjonen som operasjonssjukepleiarane representerer. Det er i møtet med pasienten at operasjonssjukepleiaren treng å oppnå pasientens tillit. I dette møtet vil truleg tillita til systemet kunne verte utvida til også å omfatte tillit til personen som dei møtar, dersom han vert opplevd som truverdig. Konteksten som pasientane og informantane samhandlar i vert derfor vurdert i samheng med systemtillit.

### **2.1.2 Tillit som reduksjon av kompleksitet**

Med Luhmann (2005) kom eit nytt syn på tillit som avvik frå dei fleste andre teoretikarar sitt syn. Han ser både tillit og mistillit som mekanismar for å redusere sosial kompleksitet. Med det meiner han at resultatet vert det same enten ein har tillit eller mistillit. Han hevder at av nettopp den grunn at dei er funksjonelt like så må ein velje, tillit eller mistillit. Men tillit vert sett som meir kompleksitets reduserande og enklare å utvise enn mistillit.

Luhmann legg vekt på at tillit berre kan vinnast og oppretthaldast i notid. Tillitas problem er at framtida inneheld mange fleire moglegheitene enn kva som kan aktualiserast i notida. Det fører til ei uvisse om kva som vil skje, for framtida inneheld alltid meir enn mennesket kan førestille seg. Derfor må ein alltid leve med ei overkompleks framtid. Det inneberer at ein kontinuerlig må redusere kompleksiteten etter notidas målestokk. Tillit står i denne samanheng som eit omgrep som prøver å synleggjere framtida, men den kan aldri verkeleggjere den. Å planlegge framtida vil derfor alltid innebere eit usikkerheitsmoment der tillit gjer det mogleg å forholde seg til usikkerheita i framtida, og handle som om utfallet av ein prosess er temmeleg sikker (Luhmann 2005:24).

### **2.1.3 Indre og ytre sikkerheit**

Tillit inneberer på den eine sida alltid ein usikkerheit, på den andre sida bygger systemet opp ein indre sikkerheit på kostnad av ytre usikkerheit som gjeld omverdas kompleksitet. Noko som inneberer ein generalisering av åtferdsforventingar (Luhmann 2005:35-41).

Luhmann er spesielt opptatt av kva tillit gjer, han forsøker å utvikle tillitas ontologi.

For han er tillit ein av dei suverene livsytringane. Tillit er konstruert for menneskets veren i verden, vi har eit spontant vis å syne kvarandre tillit, utan ville det ikkje ha vore noko sosial verden (Grimen 2005:201). Luhmann ser på tillit som ein avgjerdande faktor for at menneske skal kunne fungere i det sosiale liv. Han seier at utan tillit ville vi ikkje kunne stå opp om morgonen, vi ville bli overmanna av ein ubestemt angst og ein lammande skrekk. Vi ville ikkje eingong kunne vise mistru og ta våre forholdsreglar og handle utifrå det, for mistru føreset tillit i andre enden (Luhmann 2005:9).

Dersom ein manglar tillit til eigne forventningar så leier det til absurd konfrontasjon med verdas ekstreme kompleksitet, og det kan ikkje noko menneske kan holde ut. Utan tillit til eigne forventningar så manglar ein den indre tryggleiken som gjer ein trygg livsførsel mogleg. Som tidlegare sagt så vil tillit gjere det mogleg å forholde seg til usikkerheita i framtida, sjølv om ein må gjere det gjennom den kunnskapen ein har i notida. Den indre sikkerheita gjer at ein kan forholde seg tillitsfull til usikkerheita som framtida inneber. Den indre sikkerheta er bygd opp over lang tid gjennom at forventningar er blitt innfridd, men har i seg ein openheit og sensitivitet for det ukjente og usikre ved eigne val, og ein bevisstheit om at hendingar kan gripe inn og endre på dei ønska resultatene av avgjerdene (Luhmann 2005).

Den ytre sikkerheita er basert på ei tru på system fungerer og vil fortsette å fungere som forventet. Luhmann (2005:89-90) dreg fram pengesystemet som basert på tillit til at pengeverdien vil vere stabil i framtida, som i notida. Det er alltid ein usikkerheit i denne tillita, og den bygger på at internkontrollen fungerer. No er kanskje pengesystemet og samanbrotet i verdsøkonomien eit teikn på kor usikker tillita kan vere. Grimen (2005) forklarar tru på indre kontrollsystem som institusjonalisert mistillit. Ein har vanlegvis tillit til at profesjonelle har kompetanse, vilje og instrument til å gjere rett. Ein stoler på legen sjølv om ein kanskje ikkje treff han meir enn ein gong i livet. Pasienten har ingen kompetanse til å sjå om kunnskapen eller utstyret er på plass. Han må stole på at profesjonane har orden i eige hus.

## **2.2 Eikeland om kommunikasjon**

Kommunikasjonen i møtet mellom operasjonssjuepleiaren og pasienten kan vere både bevisst og ubevisst. Sjukepleiaren kan gjennom å vere observant på pasientens ulike ansiktsuttrykk, kroppsholdning, utsjånad og liknande få mange opplysingar om korleis han har det og kva behov han har. Det er operasjonssjuepleiarens oppgåve å skape ein god relasjon og både forstå og ta utgangspunkt i det som vert kommunisert frå pasienten (Travelbee 1999:45). Ekeland (2008) ser på meiningsskapande og relasjonsorientert kommunikasjon som ein metode til å fremje meistring. Meistring inneberer å forholde seg hensiktsmessig til situasjonen og eigne reaksjonar. Dette kan for eksempel bety å forsøke å få kontroll på følelsane, få ei betre forståing av situasjonen, eller rett og slett få eit praktisk grep om det som kan gjerast for at sjukdommen skal bli minst mulig belastande (Eide og Eide 2007).

### **2.2.1 Kommunikasjon som fremjar meistring**

Ekeland (2008:30) seier at nettopp god og hjelpande kommunikasjon mellom menneske kan verke som medisin som fremjar helse og meistring. Han er opptatt av at kommunikasjon kan verke som eit kraftig placebo, der mellommenneskelege relasjonar prega av forståing og respekt kan påverke mentale prosessar som igjen kan verke styrkande på immunforsvaret. Han ser at helsepersonell som klarar å skape gode relasjonar og formidlar respekt og tillit er dei som best klarar å hjelpe pasienten til å finne meining og samanheng i situasjonen.

Gjennom vår lange naturvitskapelege historie er vi vant til å tenke på kroppen som eit objekt og subjektet som eit forstyrrende element som helst skal ligge i narkose så ein slapp å fortalde



seg til det (Ekeland 2008:31). På operasjonsavdelinga ligg pasientane for så vidt mykje i narkose, men ein har ei tid frå pasienten kjem til avdelinga og fram til narkosen vert innleia, som truleg kan påverke utfallet av operasjonen og korleis pasientens meistrar opphaldet på operasjonsstova. Denne tida er det informantane har til å skape dei gode og hjelpande relasjonane som grunnlag for informasjon og samhandling. Ei terapeutisk samtale må vere målretta, samstundes som den skal vere meiningsskapande og relasjonsorientert. Ekeland ser ei fare for at kommunikasjonen i helsevesenet kan verte for effektiv og fokusert på faktainformasjon. Etter dei nye helselovene er ein pålagt å informere pasienten, men det er ei fare for at dei mellommenneskelege sidene kan verte for lite vektlagt. Informasjon er nødvendig for å kunne meistre situasjonen, men bør kombinerast med gode relasjonar som grunnlag for fellesskap og ei oppleving av meining (Ekeland 2008:31).

Ekeland ser at kommunikasjon handlar om kontekst, og skal ein skape gode relasjonar må ein ta utgangspunkt i konteksten som ein samhandlar i. Den aktuelle konteksten i denne samanheng er situasjonen her og nå. Når det gjeld kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell så er pasienten meir opptatt av gode relasjonar enn helsepersonell er. Pasienten vil bli sett og akseptert, hjelparen er fokusert på informasjonen som skal gjevast. Her ligg det ein fare for at pasienten kan gje uttrykk for at han har oppfatta meir av informasjonen enn han eigentleg har (Ekeland 2008:44). Eg ynskjer å sjå informantane sine tankar og opplevingar om korleis dei informerar og kva dei oppnår med informasjonen i lys av teorien om gode relasjonar som grunnlag for å finne meining i situasjonen.

### **2.2.2 Empati som grunnlag for kommunikasjon**

Ekeland (2008:46) sin strukturelle modell for terapeutisk kommunikasjon legg vekt på ein balanse mellom det like og det ulike, men også mellom relasjon og innhald. Der det like er empati som byggjer på gjenkjenning. Han ser at vi lettare får empati for det som står fram som kjent, for pasientar som vi har noko til felles med, enn der vi ikkje finn noko gjenkjenneleg. Ofte må ein anstrenge seg for å forstå kva situasjon pasienten er i, slik at hjelpa kan byggje på gjenkjenning, dette er hjelparen sitt ansvar for å skape dei gode relasjonane. Men Ekeland ser også at det ulike må vektleggast. Den profesjonelle må ha ei meirforståing for å kunne hjelpe pasienten. Det er denne meirforståinga som også gjev grunnlag for tillita som er nødvendig for at pasienten skal oppleve å vere trygg i situasjonen.

Ekeland ser at pasientane ofte er opptatt av at informasjonen skal vere relasjonsorientert, dei vil bli akseptert og likt. Ein skal vere klar over at pasienten er den som er suveren til tolke korleis kommunikasjonen påverkar den relasjonsmessige sida, og den kommunikasjonen treng ikkje alltid vere verbal (Ekeland 2008:47). Her er han inne på at måten ein kommuniserer på er viktig, det same er dei gjerne ubevisste signala som ein sender. Det kan vere gjennom blikk eller handlag når ein utfører ulike prosedyrar. Kommunikasjonen bør ikkje bli for mekanisk, for det er ikkje berre det ein seier men måten ein seier det på som er viktig i samhandlinga mellom pasient og sjukepleiar. Det må vere ein balanse her for at ikkje pasienten skal oppleve ein undertrykkjande asymmetri. Ekeland dreg her fram omsorg som kan verke undertrykkjande dersom den ikkje byggjer på empati. Dersom relasjonen og innhaldet skal fremje meistring, vektlegg Ekeland at hjelparen må vere ekte, omsorgsfull og engasjert. Pasienten må oppleve at han vert sett og høyrte.

Ekeland (2008:37) tek utgangspunkt i intersubjektivitet og kultur som ein dobbel hermeneutikk. Vi må gjennom kommunikasjon med pasienten forstå det som han forstår og tolke ut frå hans oppfatning av meining i situasjonen, samstundes som ein ser og tolkar den kulturelle konteksten. Utan å ta utgangspunkt her vil vi ikkje kunne bruke vår meirforståing til å hjelpe pasienten til å sjå meining i situasjonen. For å sjå korleis informantane opplever at dei knyt kontakt med pasienten, og korleis dei individrettar si tilnærming vil eg ta utgangspunkt i teorien om å sjå pasientens ståstad. Og knytte det opp mot konteksten for å finne informantane sitt grunnlag for hjelpande kommunikasjon.

### **2.2.3 Pasienten som både subjekt og objekt**

Ekeland (2008:40) ser at ein må forholde seg til pasienten både som eit objekt og eit subjekt. Objektet er sjukdomen eller lidinga som pasienten har og som vi skal hjelpe han med. Ein pasient som kjem til operasjonsavdelinga har enten fått ei diagnose og skal gjere eit kirurgisk inngrep for å bli frisk eller for å lindre ulike plagar. Eller så skal han få utført eit inngrep for å stille ei diagnose. Men ein er ingen god hjelpar dersom ein ser vekk frå pasienten som subjekt og som eit medmenneske som treng hjelp. Skal ein få tilgang til kroppssubjektet føreset det kommunikasjon og dialog. Tekniske ferdigheiter i kommunikasjonsteknikk er ikkje til hjelp dersom ein ikkje viser pasienten godkjenning og respekt.

Ekeland (2005:41) seier at tilgang til subjektet skal komme den objektive behandlinga til gode. Objektet og subjektet er vevd tett saman og hjelparen må ta omsyn til begge. Skal ein

kunne hjelpe må ein sjå eigaren av kroppen som eit kroppssubjekt, som tolkar situasjonen der samhandlinga med hjelparen skjer. Vi har for stor tru på den instrumentelle sida av informasjonen til pasienten meiner Ekeland. I vitenskapar der ein har eit instrumentelt føremål så gjer ein ei handling for å oppnå eit resultat, og ein føreset at dette resultatet vil ein få uansett kven som gjer handlinga. Med andre ord dersom ein informerer pasienten for at han skal bli roligere så kan ein også dra den slutninga at dersom ein ynskjer roleg pasient, så skal ein informere. Dette ser Ekeland som greitt når det gjeld naturvitenskapar, for naturen er til ei viss grad føreseieleg for oss. Men når det gjeld kommunikasjon så er verken avsendar eller mottakar objekt, men begge er fortolkande subjekt. Kva som gjev mening til samtala vil avhenge av dei som samtalar, av konteksten, personane sin historie osv. Det er naturleg at det saksmessige innhaldet i samtala oftast kjem frå sjukdommen, og at informasjon dreier seg om det kunnskapsmessige. Men utgangspunktet for informasjonen må vere pasientens forståing og meiningsverd seier Ekeland (2008:39).

Presset i helsevesenet i dag har ført til ei standardisering som også har tatt med seg informasjonsbiten. Og ein kan sei at informasjon kan til ei viss grad standardiserast, men ein kan ikkje standardisere kommunikasjonsprosessen mellom menneska. Då gjer ein samtale til eit instrumentelt verktøy og til monolog. Her er Ekeland (2008:45) oppteken av tillit som føresetnad for god kommunikasjon. Og han seier at tillit ikkje kan krevjast men ein kan få den gjennom å vise seg verdig.

### ***2.3 Tidlegare forskning***

Det er søkt i databasane Chinal, Pubmed, Svemed og Cochrane, med søkeorda perioperative care, perioperative nursing, qualitative, patient care, peroperative nursing, intraoperative nursing i ulike kombinasjonar. Søka vart i første omgang gjennomført i august, september og oktober 2008. Ein del studiar som hadde fokus på pasientar og operasjonssjukepleiarar sin oppleving av den perioperative fasen vart vurdert som relevante. Men med hovud fokus på den peroperative fasen. Eg fann lite forskning om operasjonssjukepleiaren si oppleving av pasientkontakt i den peroperative fasen, flest studiar var om pasientar og sjukepleiarar sine opplevingar av den perioperative omsorga. Mange av studia såg då på både anestesi - og operasjonssjukepleiarar under eitt som spesialsjukepleiarar på operasjonsavdelinga.

I Chinal fekk eg til saman 246 treff, 20 vart vurdert som aktuelle, etter gjennomlesing av abstracts fann eg 3 av interesse. Det var eit review og to artiklar. Søk i Pubmed gav 353 treff der 21 artiklar var av interesse. Ved nærare vurdering fann eg 12 som relevante.

Søk i Cochrane gav 139 treff. Etter gjennomlesing fant eg 3 som kunne nyttast. To var kvalitative studium og det var ein artikkel. Nytt søk i Svemed gav 60 treff der 11 vart vurdert som aktuelle. Etter grundigare gjennomgang vart berre 4 vurdert som aktuelle og det vart funne 2 nye som begge var litteraturstudiar. Nytt søk i Chinal gav 5 aktuelle treff.

### **2.3.1 Studiar som omhandlar perioperativ sjukepleie**

Det siste ti - åra har det vore eit auka fokus på den perioperative omsorga for pasienten. Operasjonssjukepleiaren har i varierende grad vore aktiv med i denne prosessen. Noko av årsaka kan vere kravet om effektivitet, og problemet med å få til pasientmøta når ein arbeidar turnus. Mykje av forskinga på operasjonssjukepleiaren sin oppleving av pasientkontakt er nettopp om den perioperative dialogen og omsorga for pasienten i pre - per - og postoperativ fase. Eit omgrep som omfattar sjukepleie i den nære tida før, under og etter ein pasient sin operasjon.

Rudolfson, von Post & Erikson (2007) har gjort ei hermeneutisk studie om korleis sjukepleieleiingar ser på sine erfaringar med å implementere den perioperative sjukepleie modellen i sine avdelingar. Studien viste at det var ein krevjande prosess der dei skulle ha pasientens beste i tankane i ein kvardag prega av økonomisk og organisatorisk ansvar. Dei fann at denne modellen var god både for pasientane og for operasjonssjukepleiarane, men ikkje nødvendigvis for økonomien eller organiseringa i helsevesenet. Dei same forfattarane (2006) har også gjort ein kvalitativ studie med hermeneutisk tilnærming gjennom semistrukturerte intervju med både pasientar og sjukepleiarar. Når pasientane fekk samtale med sjukepleiaren på forhand såg dei på ho som ein person som brydde seg om dei, som tok dei på alvor og laga ei roande atmosfære der dei følte at dei kunne slappe av og overlate ansvaret til sjukepleiaren. Samtala knytte også pasienten og operasjonssjukepleiaren saman slik at operasjonssjukepleiaren opplevde at ho tok meir ansvar for pasienten under operasjonen.

Både pasientane og sjukepleiarane opplevde den perioperative omsorga som å dele ei historie. Dei hadde følgje gjennom heile prosessen frå innkomst til operasjonen var over.

Sjukepleiarane opplevde kontinuiteten som ei kjelde til styrke, dei opplevde at dei gikk i lag

med pasienten gjennom hendingane på sjukehuset, og at oppfølginga skapte ein relasjon prega av å bry seg (Lindwall, von Post & Bergbom 2003). Det at operasjonssjukepleiaren møtte pasienten til samtale før operasjonen og så igjen på operasjonsstova gjorde at ho følte ei større grad av tilfredsheit ved arbeidet. Profesjonell omsorg vart synleggjort og opplevinga av kontinuitet gav arbeidet mening (Lindwall et al. 2003). Pasienten uttrykte også ein oppleving av tryggleik og at kroppen var i trygge hender.

Leinonen, Leino-Kilpi, Ståhlberg & Lertola (2003) har sett på kva pasientar og operasjonssjukepleiarar er tilfredse med og misnøgde med når det gjeld kvaliteten på perioperativ omsorg. Pasientane var misfornøgd med at sjukepleiarane tok for lite støttande initiativ, og dei var misfornøgd med at dei ikkje fekk kontinuerlig informasjon under det vakne opphaldet på operasjonsstova. Dei hadde eit konstant behov for å bli fortalt kva som vart gjort og kvifor. Sjukepleiarane var mest kritisk til tidspress og atmosfæren på operasjonsstova. Men dette merka ikkje pasientane noko til.

Blomberg (2000) har gjort ei kvalitativ studie med eit fenomenologisk fokus, der ho ynskte å sjå korleis operasjonssjukepleiarar som gikk gjennom eit kurs i perioperativ omsorg for pasienten, opplevde sin kompetanse i sjukepleie til operasjonspasienten etter avslutta kurs. Informantane meinte dei fekk eit meir reflektert syn på sine handlingar overfor pasienten og at pasienten var blitt eit medmenneske. Dei var blitt meir kritiske til korleis dei handla tidlegare og korleis dei forholdt seg til pasienten. Dei fann at dei var blitt sikrere som operasjonssjukepleiarar gjennom auka kunnskapar. Mange følte seg også viktigare for pasienten og opplevde seg som pasientens forlenga arm og kontakta til lækjaren.

Men Ludvikson & Svenson (2005) fann at sjølv om sjukepleiar pasient relasjonen er kjent for å vere svært viktig, viser det seg at sjukepleiarane på operasjonsavdelinga ikkje ser på den som sentral. Sjølv om dei stundom har god tid ilag med pasienten så nyttar dei ikkje tida til samtale med pasienten, men heller til praktiske gjøremål.

Helberg (2001) diskuterer i sin artikkel omgrepet perioperativ sjukepleie. Ho tek spesielt utgangspunkt i von Post og Lindwall sine publikasjonar om emnet frå 1995 til 2000. I følge Heiberg så er dette eit omgrep som kjem frå amerikansk operasjonssjukepleielitteratur, og som norsk operasjonssjukepleie har fått frå svenske publikasjonar. Von post og Lindwall sine definisjonar som går på at same sjukepleiar har både den pre - per og postoperative kontakten

vert sjeldan konsekvent gjennomført ved operasjonsavdelingar i Noreg, og kan vere vanskeleg å få til i praksis. Helberg meiner augeblikkeleg hjelp pasienten som kanskje er den mest sårbare av operasjonspasientane blir oversett i det meste av litteraturen om perioperativ sjukepleie. Helberg er kritisk til von Post og Lindwall sitt ideal om perioperativ sjukepleie og meiner at det er ein utopi i dagens Noreg. Det presset som er på operasjonsavdelingane med omsyn til store operasjonsprogram, ventelister, stort sjukefråvær og mange augeblikkeleg hjelp pasientar gjer modellen svært vanskeleg å gjennomføre.

### **2.3.2 Konsekvensane av peroperativt stress hos pasienten**

Ein operasjon vil utløyse ein akutt fysiologisk stressrespons, på grunn av skaden som vert påført kroppen, noko som fører til auka utskilling av stresshormonet kortisol. Angst kan også påverke den fysiske stressresponsen, noko som kan resultere i så høgt stressnivå at pasienten ikkje kan klare å tilpasse seg. Dette kan gje auka fare for trombose, dårleg sår tilheling og auka infeksjonsfare, samstundes som pasienten vert meir utsett for kvalme og oppkast (Valeberg 2002).

Ei kvantitativ studie av Caumo et al. (2001) om preoperativ angst, syner at preoperativ angst er rapportert frå mellom 11-80 % av vaksne pasientar. Studien syner at angst er ein gjennomgåande følelse av kroppsleg spenning, angst, nervøsit, bekymring og av ein høg aktivitet i det autonome nervesystem. Angst kan gje aggressive reaksjonar som resulterer i ei auke av negativt stress, og som gjer det vanskeleg for pasienten å beherske og kontrollere postoperativ smerte. Studien fann ulike faktorar ved pasienten som auka risikoen for å utvikle peroperativ angst. Blant anna så var tidlegare kreft pasientar utsett, tankar om framtida, røyking, kva inngrep som skulle gjerast, og høg utdanning, var alt faktorar som auka den peroperative angsten. Dersom pasienten opplevde sterkt stress gjennom heile operasjonsfasen kunne dei utvikle depresjonssyndrom, karakterisert ved negative tankar som inkluderte ein følelse av å vere trist, verdiløyse, håpløyse og tilbakevendande tankar på døden eller sjølv-mord. Pasientar som på førehand var deprimerte viste dobbel så stor risiko for å utvikle preoperativ angst. Dei fann også at angst påverkar pasientar sin komfort, livskvalitet og moglegheiter til å ta passande behandling avgjerder, samstundes som angst gjer behandling vanskeligare vil i tillegg overlevingsmuligheita verte påverka.

Shuldham (1999) har gjort eit review frå tidsrommet 1985 til 1999 over studium som vurderer korleis informasjon og undervisning gitt før operasjonen påverka korleis pasienten

hadde det etter operasjonen. Når det gjaldt frykt og angst så viste det seg at informasjon gitt før store operasjonar var svært nyttig. Informasjonen hadde påverknad på mange ulike områder slik som lengda på sjukehusopphaldet og den subjektive opplevinga av angst, smerte og tilfredsheit.

### **2.3.3 Studiar som omhandlar peroperativ omsorg sett frå pasienten sin ståstad**

Jacobsen (2004) har gjort ei beskrivande survey studie som omhandlar kva faktorar som verkar inn på graden av pasientens preoperative angst. Ho ser spesielt på korleis ulike faktorar i omgjevnadene til operasjonsavdelinga påverkar angsten, og på om det er forskjell på graden av angst ved framkomst til operasjonsavdelinga og rett før innsovning av narkosen. Ho fann at alle vart roligere i løpet av mottakssituasjonen. Det som var av størst betydning var den menneskelege kontakta, at personalet var rolige, venlege og inkluderande. Å få fortløpande informasjon og anledning til å stille spørsmål var også viktig. Pasientane vart mindre engstelege av å bli snakka til og informert av mange menneske, og av at det var mange personar tilstades på operasjonsstova. Det som gjorde pasienten meir engsteleg var å sjå og høyre utpakkingen av kirurgiske instrument, og å ikkje få forklaring når dei opplevde at det var noko som svikta med det medisinsk tekniske utstyret. Dersom dei vart liggande å vente utanfor operasjonsavdelinga eller dei vart kalde og fraus under førebuingane, vart dei også meir engstelege.

Von Post & Lindwall (2006) beskriv kulturen på ei operasjonsavdeling som beståande av eit ytre og eit indre miljø. Det ytre miljøet er alt det tekniske utstyret som er så viktig for å ivareta pasienten, men som ikkje skal ta merksemda bort frå pasienten. Det indre miljøet beskriv dei som atmosfæren i operasjonsavdelinga. Den felles verden som personalet og pasienten deler. Det som aukar pasientens angst er dersom han må ligge å vente på å få komme inn på stova. Angsten aukar også dersom ein behandlar pasienten som eit inngrep, og møter han med nonsjalanse, snakkar over hovudet på han om private ting og ikkje møter han med omsorg og venlegheit. Pasienten vert då lett ei oppgåve som det skal gjerast noko med. Forfattarane fann at det som fremma god omsorg for pasienten på operasjonsstova var å innlemme pasienten i vennskapet på stova. Det vart samanlikna med eit tilfeldig vennskap der pasienten vart losa gjennom operasjonen med humor, varme og nærhet. Og der han fekk vere deltakar i fellesskapet på stua.

Rhodes, Miles & Pearson (2006) har gjort eit systematisk review over dagkirurgi pasientar sine subjektive opplevingar og tilfredsheit med heile den perioperative perioden. Fokus var på pasientanes oppleving av sjukepleier handlingar og omsorg under dagkirurgisk opphald. Dei fann at utilstrekkelig informasjon påverka pasientens moglegheit til å meistre utskrivning og heimreise. Dersom pasientens forventning om omsorg ikkje vart møtt, var det negativt, og då spesielt når det gjaldt kommunikasjon med helsepersonell. At sjukepleiaren tok seg tid til å lytte og vere genuint opptatt av pasientens behov var viktig for pasientens oppleving av tryggleik og oppleving av å bli tatt vare på. Pasientane var også opptatt av at privatlivet vart respektert. Dei opplevde seg som sårbare og engstelige når deira verdigheit og blygsemnd vart kompromittert. Det gjaldt spesielt når dei føle seg avkledd og når dei var kvalme og kasta opp.

#### **2.3.4 Studiar som omhandlar peroperativ omsorg sett frå operasjonssjukepleiaren sin ståstad**

Spjelkavik, Nerdahl, Rønningen, Lia & Kjeldberg (2004) har gjennom feltarbeid og spørjeundersøking sett på operasjonssjukepleiarens observasjonar, vurderingar og handlingar i møtet med operasjonspasienten. Dei fann at operasjonssjukepleiaren prøver å skape kontakt ved det første møtet gjennom smil og venlege ord. Men dersom det var for mange som helst så kunne det føre til forvirring hos pasienten. Operasjonssjukepleiarane var opptatt av å formidle tryggleik gjennom både verbal og non verbal kommunikasjon. Tilstrekkeleg informasjon var ein føresetnad for at pasienten kunne slappe av og ha tillit til at inngrepet ville gå bra, men det vart også rapportert at informasjon i enkelte tilfelle kunne gjere pasienten meir nervøs. Dei fann at bruk av humor kunne hjelpe pasientar til å meistre vanskelege situasjonar og at det var viktig å skjerme pasienten mot støy og unødvendig prat.

Stenhaug (2002) har gjort ei kvalitativ studie om kva operasjonssjukepleiarar opplever som god operasjonssjukepleie og kva vanskar dei møter i utføring av arbeidet sitt. Ho fann at dersom operasjonssjukepleiaren var utrygg på sine faglege kunnskapar og med omsyn til det tekniske utstyret, så klarte ho ikkje å formidle ro og tryggleik til pasienten. Nyutdanna var fokusert på det tekniske men etter kvart som dei vart tryggare klarte dei å løfte blikket og vart meir opptatt av at pasienten hadde det bra.

Kingdom & Halvorsen (2006) har gjort ei survey studie over kva som er stressutløyande for operasjonssjukepleiarar. Dei finn at operasjonssjukepleiarane sin arbeidsplass og jobb må



betraktast som unik stressande. Pasientsikkerheita på operasjonsavdelinga er avhengig av sjukepleiarens kliniske kompetanse, dømmekraft, og kritiske vurdering. Kirurgi er eit av dei mest hasardiøse av alle kliniske settingar, og er regulert gjennom strenge guidelines og standardar for å ivareta pasientsikkerheita. Dei fann at presset som sjukepleiarane hadde kunne resultere i angst, depresjon, frykt og sinne. Operasjonssjukepleiarane opplevde det som stressande når pasienten døde, når dei vart pressa til å arbeide raskare, og når utstyr ikkje virka. Dårlig kommunikasjon mellom medlemmar i teamet var også stressande. Til dømes dersom det oppstod endringar i dei siste minutta under førebuingane av pasienten, så var det stressande og innebar ein risiko for pasienten. Dei fann at dersom operasjonssjukepleiaren opplevde langvarig stress kunne det gje seg utslag i fiendskap og aggresjon. Noko som kunne føre til nedsett effektivitet og produktivitet og kunne gå utover pasientens sikkerheit.

Bull & Fitzgerald (2006) har i sin studie observert operasjonssjukepleiarar i arbeid på operasjonsavdelinga og gjort kvalitative intervju i tillegg. Dei har som utgangspunkt at operasjonssjukepleiarens rolle er i stadig endring, ny teknologi eskalerer og det er stadig nye krav om å beherske sjukdom og plagar hos pasienten og kombinere det med den auka mengda av teknisk utstyr. Dei finn at kritikk utanfrå om at sjukepleiarane på operasjonsstova har mest ein teknologisk funksjon og ikkje ein sjukepleiefunksjon, er negativt og ein belastning for spesialsjukepleiarane. Studien ser på korleis omsorg for pasienten vert kombinert med ansvar for høgteknologisk medisinsk utstyr. Det viser seg at høgteknologisk kompetanse gjev høg status. Men gjennom all teknologien er operasjonssjukepleiarane svært pasient fokusert og har eit sterkt ønske om å hjelpe sårbare pasientar. Operasjonssjukepleiaren er ein viktig del av teamet når det gjeld å ivareta pasientens omsorg og å halde eit pasientfokus på operasjonsstova. Når sjukepleiaren anvende ei mjuk tilnærming og kombinerer teknologi med omsorg er det lettare for pasienten å akseptere all teknologien.

I følge Richardson-Tench, Brookers & Hardley (2007) såg operasjonssjukepleiarane det som svært viktig å "snakke igjennom" prosedyrane som vart gjort på operasjonsstova, for at pasienten skulle vere forberedt og einig i det som vart gjort. *"So you've always got to tell the patient what you are doing and ask if you can do it and that involves communication skills and establishing trust as well"* (Richardson-Tench et al. 2006:142). Ofte måtte ein tolke kroppsspråket til pasienten for å finne ut om han hadde forstått informasjonen. Dei fann også at operasjonssjukepleiarane følte at dei gjennom sitt yrke hadde pasienten sin tillit og dermed plikt til å ivareta den.

Lipponen, Tossavainen, Terunen, Smith & Burdett (2004) har gjort ein studie av teamarbeid på operasjonsstova slik det vert opplevd av finske, britiske og amerikanske sjukepleiarar. Dei beskriv at målet for teamarbeid på operasjonsavdelinga er å oppretthalde eit optimalt nivå av velvere for pasienten. Dei fann at samansetninga inne i teamet varierte frå operasjon til operasjon og at det var krevjande å stadig forholda seg til nye personar. Dyktigheit og gode samarbeidsevner vart høgt verdsett i teamet. Men redselen for å gjere feil vart opplevd som stressande.

Saunders (2004) har gjennom ei litteraturstudie sett på betydinga av at operasjonssjukepleiaren har gode kommunikasjons eigenskapar. Det viser seg at pasientane etter kvart vert meir opptatt av å vere med på avgjerder som gjeld dei sjølv. Dette krev at dei får presis informasjon. Pasientane var mest engstelege rett før dei fekk narkose. Ei trøstande berøring av til dømes armen kunne gje pasientane mot i slike angstfylte situasjonar. God kommunikasjon, spesielt bruk av opne spørsmål og aktiv lytting kunne hjelpe pasienten til å sette ord på angsten og lette spenningar.

Von Post & Lindwall (2006) har sett på korleis sjukepleiaren sin etiske grunnholdning, vurderingar, moral og kunnskapar kjem til uttrykk gjennom korleis ho møter pasienten. Møtet vert påverka av pasientens angst og uro for livet og kroppen sin. Dersom operasjonssjukepleiaren er trygg på sine fagkunnskapar er ho betre i stand til å løfte blikket og sjå pasienten som eit heilt menneske og vise respekt for hans integritet gjennom arbeidet sitt. I ein omsorgsfull atmosfære viser personalet omsorg og respekt for pasienten og for kvarandre. Dersom atmosfæren på operasjonsavdelinga er god, gir den ein følelse av varme og ro der sjukepleiarane skapar ein god relasjon med pasienten. Dei fann også at det er viktig for miljøet på avdelinga at sjukepleiarane får tid til å diskutere avdelingas etiske grunnlag med kvarandre, og skape felles mål for pleia på avdelinga

### **2.3.5 Studiar som omhandlar peroperativ omsorg sett frå både pasienten og operasjonssjukepleiaren sine ståadar**

Leninonen & Leino-Kilpi (1999) ser i eit review over 97 forskingsrapporter på korleis operasjonspasienten opplever den perioperative omsorga. Dei studia som konsentrerte seg om stress og angst tok for seg sjukepleiarens evne til å identifisere angst og samanlikna med pasientens evaluering. Pasientens oppleving av angst kunne reduserast med humor, musikk og

undervisning. Pasientar er opptatt av korleis dei skal meistre den per-operative fasen, og mange opplever fortløpande tilgang på informasjon som viktig for å kunne takle stress og angst. Eg forstår dei slik at dei finn få rapportar som fokuserer på den peroperative fasen, berre nokre som vurderer konkrete operasjonssjukepleie oppgåver, slik som leiring og å holde pasienten varm. Dei fann at angst knytt til kirurgi er eit utfordrande felt, og meir forskning er naudsynt for å finne både kvantiteten og kvaliteten på angsten og kor mykje det plager pasienten. Ein treng også forskning for å finne om kvaliteten på omsorga vert redusert av økonomiske årsaker. Dei konkluderer med at der burde vere fleire studium som fokuserer på peroperativ smerte, angst og informasjon.

Paulson (2004) ser i sitt review på korleis krava om økonomisk og effektiv drift påverkar pasientomsorga. Ho tar utgangspunkt i både pasientane og sjukepleiarane sine opplevingar og meiner at kravet om effektivitet ser ut til å ha påverka omsorga for pasienten. Dei opplever seg ofte som eit case som skal behandlast effektivt. Pasientane ynskte at sjukepleiaren skulle sjå dei som eit menneske ikkje berre som pasient. Det innebar ei subjektiv samhandling der sjukepleiaren viste ekte omsorg. Deira beskriving av ekte omsorg innebar at sjukepleiaren var lyttande til individuelle behov, at dei var støttande med omsyn til pasientens bekymringar, at dei hadde direkte augekontakt når dei samtala og at dei følte seg verdsett som menneske. Det som kjenneteikna ein sjukepleiar som ikkje utviste omsorg var at dei alltid hadde det travelt. At dei mangla interesse i pasienten som menneske og at dei unngikk augekontakt. Mange sjukepleiarar var overraska over tilbakemeldingane frå pasienten. Dei opplevde at dei gjorde det dei var opplærte til når det gjaldt pasientomsorg. Dei såg sjukepleie som objektiv fysisk omsorg, med diagnostisering, planlegging, implementering og evaluering. Men dei meinte at sjukepleia også inkluderte psykisk støtte der dei lærte pasientane å leve med sine sjukdommar. Paulson ser også omsorg som det å vere open, lydhør og empatisk. Dersom samkjensle og meining forsvinn så forsvinn også den personlege meininga. Sjukepleiarar kan ha ei positiv samhandling med pasientar for å styrke eit delt fellesskap, om så eit kort eit. Ho ser at operasjonssjukepleiarane ikkje kan vere hovudomsorgsgivaren for pasienten, men dei kan dele eit viktig subjektivt fellesskap med dei, medan ein utfører dei objektive sjukepleieoppgåvene. Ho meiner at dei ikkje treng å ha ekstra tid til rådigheit, men at det krev at sjukepleiaren bruker sin medmenneskelig heit på ein riktig måte. Dette vil også vere bra for operasjonssjukepleiarens oppfatning av eige arbeid.

## **2.4 Oppsummering**

Gjennomgang av forskning syner at hovudtyngda av studiane omhandlar perioperativ omsorg. Eg fann lite om den spesielle peroperative fasen, og kva tiltak operasjonssjukepleiaren set i verk for å hjelpe pasienten til å meistre opphaldet på operasjonsavdelinga. Dei studiane som eg fann fokuserte på kva som er god operasjonssjukepleie, og korleis ein kan skape ei god atmosfære på operasjonsstova. Kva operasjonssjukepleiarane opplevde som stressutløyssande og korleis dei meistra å kombinere teknologi og omsorg for pasienten fann eg også ein del artiklar om. At god og grundig informasjon er viktig såg eg vart mykje vektlagt.

Når det gjeld pasienten si oppleving av peroperativ omsorg så syner det seg at det er størst fokus på objektiv kroppslege omsorg. Og pasienten meiner han vert for lite sett som menneske. Det vert fokusert på korleis pasienten opplever kommunikasjonen og kva faktorar som påverkar den peroperative angsten. Forskning syner også at det kan få alvorlege konsekvensar for pasienten dersom angst- og stressnivået er svært høgt.

Det ser ut som studia som omhandlar perioperativ omsorg er nesten eintydig positiv til at same operasjonssjukepleiar bør ha kontakt med pasienten gjennom heile operasjonsprosessen. Kritikken er at det vanskeleg lar seg konsekvent gjennomføre i dagens helsevesen i Noreg der fokuset er retta mot resultatstyring og resultatfinansiering. Kvardagen er prega av krav om kostnadseffektive behandlingsmetodar.

Gjennom denne studien har eg forsøkt å finne svar på problemstillinga om kva operasjonssjukepleiarar vektlegg for å fremme pasientens peroperative meistring. Kva tiltak dei ser som viktige og korleis dei sjølv meiner at dei gjennomfører desse tiltaka. Det vart tidleg i studien klart at informantane såg tillit og kommunikasjon som viktige element for å fremme meistring, og data vil derfor verte analysert opp mot desse teoriane.

Når eg med utgangspunkt i teorien skal drøfte problemstillinga opp mot analysen av data, legg eg vekt på tillita sin eigenskap til å redusere kompleksitet og å gjere situasjonen oversiktleg. Operasjonsavdelinga er så kompleks og framand for pasienten at utan tillit til både fagpersonar og operasjonsavdelinga som system, vil det truleg vere svært vanskeleg og angstfullt å gå igjennom eit kirurgisk inngrep. Gjennomgang av forskning syner også at dersom

pasienten er sterkt prega av angst og manglar meining i situasjonen, så kan det føre til ulike komplikasjonar. Eg vil også sjå korleis tillit til operasjonsavdelinga som system kan påverke pasientens meistring. Og kva krav om motyting informantane opplevde når pasientane synte tillit. Eg ser også dataa i lys at indre og ytre tillit og korleis desse elementa påverkar pasientens meistring.

Utgangspunktet i kommunikasjonsteorien vert terapeutisk kommunikasjon som meiningsskapande og relasjonsorientert, og korleis empati og tillit er ein føresetnad for at kommunikasjon skal kunne skape meining.

Eg har analysert med utgangspunkt i det som informantane uttrykte og som dei var opptatt av, for å la deira stemme vere det som vert vektlagt. Kravet om effektivitet vart ofte drege fram, det same var akutte situasjonar som førte til at ein måtte gjere klare prioriteringar av dei tiltaka som ein hadde tid til. Informantane var også opptatt av det sterke fokuset dei hadde på pasientens sikkerheit og kroppslege tryggleik, og korleis dei samstundes skulle skape ein god relasjon. Hovudfokuset i analysen vert derfor følgjande forskingsspørsmål utleda frå problemstillingen:

**Korleis kan kravet om effektivitet påverke omsorga for operasjonspasienten?**

**Korleis kan ein kombinere den subjektive og objektive delen av pasientomsorga?**

**Korleis vert informasjonen tilpassa den einskilde pasienten?**

### 3.0 Studiens kvalitative tilnærming og metode

I dette kapittelet vert forskingsmetodiske problemstillingar presentert. Metode handlar om kva veg ein tar fram mot målet. Kva metode ein velgjer vil avhenge av kva ein skal finne ut.

Kvalitativ metode egner seg der ein har nærhet mellom forskaren og informantane. Og der ein forsøker å finne ein forståing i staden for å forklare. I følgje Malterud (2003:31) vil forskarens ståstad ha betydning for kva kunnskap som kjem frå ein kvalitativ metode, fordi same røyndom alltid kan belyst frå ulike vinklar.

Under planlegginga av studien fann eg mange studiar som synte kor nyttig det er med perioperativ sjukepleie for å fremme pasientens meistring av det kirurgiske inngrepet. Der ein gjennomfører denne modellen har den same operasjonssjukepleiaren samtale med pasienten før operasjonen, ho møtar pasienten på operasjonsstova og ho har ei samtale med han etter inngrepet. For å finne svar på om denne modellen vart gjennomført ved norske sjukehus tok eg kontakt gjennom e-post med dei fleste operasjonsavdelingane ved norske sjukehus. Av dei ti svara som eg fekk viste det seg at ingen så langt brukte den. Nokre sjukehus hadde brukt modellen for ti-femten år sidan. Men dei organisatoriske utfordringane med omsyn til tilrettelegging vart for krevjande. Ein del avdelingar hadde ynskje om å implementere modellen, men knappe resursar og vanskar med å tilpasse turnusar, samt mykje augeblikkeleg hjelp pasientar synte seg å vere dei største hindringane.

Eg vil derfor fokusere på kvardagen slik den er for operasjonssjukepleiarane. Dei har ein ofte korte periode i lag med pasienten, ifrå han kjem til operasjonsstova og til han vert flytta til post operativ avdeling. Tida varierer alt etter kva inngrep som skal gjerast og kor mykje førebuing det er. Korleis opplever dei å kunne hjelpe pasienten under den peroperative fasen, og korleis nyttar dei den tida dei har best mogleg? For å skildre informantane sine egne opplevingar og auke mi forståing for temaet valte eg ei kvalitativ tilnærming. Den er eigna til forskning på felt der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, der problemstillinga er samansatt og kompleks og der vi stillar oss opne for eit mangfald av moglege svar (Malterud 2003).

### **3.1 Vitskapsteoretisk forankring**

Kvalitativ forskning har sitt utspring i hermeneutikk og fenomenologi. Martinsen (2003:101) ser på fenomenologi som det å ta utgangspunkt i og beskrive informantane si meningsverd, samstundes som ein heile tida vurderer sine egne verdiar. Når ein bruker ei hermeneutisk tilnærming til analysen av intervju så tyder det at ein tolkar og ser utsegner i lys av dei teoretiske perspektiva, og prøver å forstå informantane si livsverd (Thornquist 2003). Denne studien har ei hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming til forskingsspørsmålet. Hensikta er gjennom tolking av informantane sine utsegn å finne forståing for kva tiltak operasjonssjukepleiaren utfører for å hjelpe dei ulike pasientane. Kva vanskar dei møter og i kva grad dei opplever å kunne løyse problema knytt til fremming av per operativ meistring innafor deira kontekst og handlings rom.

#### **3.1.1 Hermeneutikk**

Når ein bruker ei hermeneutisk tilnærming til analysen av intervju så tyder det at ein tolkar og prøver å forstå informantane si livsverd. Thornquist (2003) meiner at det er ei aukande interesse for hermeneutikk som ein filosofisk tradisjon, og at det knyt seg utfordringar til å nytte hermeneutisk tekstforståing i forhold til menneskelege handlingar. Når vi skal tolke og forstå gjer vi det alltid gjennom den erfaring som vi har med oss, dette er ein føresetnad for å forstå i det heile taket.

Gilje og Grimen (1995) seier at forskaren er avhengig av å forstå korleis aktørane tolkar verden for å forklare deira handlingar. Forskaren må med andre ord tolke ein verkelegheit som alt er tolka av informantane. Det er ikkje semje om korleis ein skal forholde seg til aktørane sin beskriving av seg sjølv. Ein tradisjon er å sjå vekk frå den fordi den ikkje er vitskapleg. Ein anna er å bygge på desse beskrivingane fordi dei gjev aktørane handlungar meining. Giddens (1994) seier at ein må ta omsyn til begge sider og bygge forskinga på aktørane sin tolking, men også rekonstruere aktørane si oppfatning ved hjelp av teoretiske omgrep og eit samfunnsvitskapleg språk. Dette kallar han dobbel hermeneutikk. I følge Thornquist (2003) så forkastar den filosofiske hermeneutikken tanken om ein objektiv tolking. Vår måte som menneske å eksistere på er hermeneutisk. Vi er i verden: ”... *som forståande og fortolkande historiske vesen...*” (Thornquist 2003:151). Eg ynskte å få tak i opplevingane til operasjonssjukepleiarane, og å forstå korleis og kvifor dei handlar som dei gjere. Når eg skulle bruke ei hermeneutisk tilnærming til forteljingane frå informantane så

måtte eg gå inn i opplevingane som vart formidla til meg, og forsøke å forstå deira erfaringar og deira tolkingar av pasientens behov. Eg måtte deretter sjå tolkingane deira i lys av mitt teoretiske perspektiv.

Thornquist forklarar det kjente omgrepet ”den hermeneutiske sirkel”, som eit fortolkingssprinsipp som seier at vi forstår delane ut frå heilskapen og heilskapen ut frå delane. Vi får stadig ny forståing for delane som vi fordjupar oss i, noko som igjen fører til auka forståing for heilskapen. Denne nye forståinga vil igjen belyse vår forståing for delane og vidare påverke vår oppfatning av heilskapen. Denne tolkingsspiralen bidreg til auka forståing og djupare innsikt i det vi studerer. For å få tak i verkelegheita som informantane fortalte om måtte eg inn i djupna av forteljingane og sjå informasjonen opp mot overordna system og teoriar.

Når eg brukte den hermeneutiske sirkel til å tolke dei transkriberte intervju, så såg eg på setningar og små meiningsberande einingar, som teksten fortel om (Malterud 2003). Delte opp i tema og fann likskapar og ulikskap i informantane sine opplevingar og tolkingar. Eg yngste at dette arbeidet skulle gje meg forståing og innsikt i operasjonssjukepleiarane sine tankar og opplevingar om problemstillinga. Eg var klar over at eg som forskar i eige felt ville stå med begge beina i informantane si verd. Og at det ville vere ei utfordring for meg å sjå fenomenen mest mogleg utanfrå. Gjennom å stille meg undrande til beskrivingar som eg kjende igjen, og stille spørsmål ved om ein kunne sjå ei anna forklaring enn den som tilsynelatande var den rådande, opplevde eg det mulig stille meg litt på utsida og kikke inn. Forskarrolla vert meir inngåande diskutert seinare i dette kapittelet.

### **3.1.2 Fenomenologi**

Fenomenologi er ei av dei dominerande filosofiske retningane i det 20. århundre. Den vert ofte omtala som ein erfaringsfilosofi, av di den er oppteken av korleis fenomen står fram for subjektet og ser på korleis erfaring vert etablert. Edmund Husserl (1859-1938) vert rekna som fenomenologien sin grunnleggjar. Han beskriv fenomenologi både som vitenskap og metode (Husserl 1997: 94). Han såg det som fenomenologiens oppgåve å finne menneskets felles livsverden. Mennesket er ikkje noko i seg sjølv men gjennom samhandling med andre. Naturleg sanseleg erfaring vert då naudsynt dersom vi skal forstå kvarandre. Vår felles livsverden er knytt til ”intersubjektiviteten” der fellesskap, mellom menneskelig heit, omsorg og samhandling med andre inngår (Martinsen 2003:104).



Thornquist (2003:84-87) seier at ein i fenomenologien er opptatt av korleis menneska skapar sin verden, og nettopp derfor ynskjer å beskrive deira erfarings- og meningsverd. Den søker å forstå ut frå aktørane sitt subjektive perspektiv. Vår tidlegare erfaring og føreforståing, men også evne til openheit og til å vere tilbakehalden er viktig for korleis vi forstår. Ei fenomenologisk analyse vil prøve å få fram det viktigaste i samanhengen som vi er i, det som vi i dagliglivets travelheit overser men som viser seg i den situasjonen vi er.

Gjennom ei fenomenologisk tilnærming ynskte eg å finne sjukepleiarane sine individuelle opplevingar og erfaringar om korleis dei hjelper pasienten til å meistre operasjonen. Eg ynskte å forstå korleis informantane arbeider, kva dei legg til grunn for sine handlingar og korleis deira erfaring vert etablert. Har informantane felles erfaringar og tankar om korleis dei observerer og ser på pasientens behov, eller var det ulikskapar som kan lede meg fram til ny kunnskap? Eg ville sjå informantane si livsverden slik dei beskreiv den, og la deira stemme komme til syne i analysen. Gjennom å bruke både ein hermeneutisk og ein fenomenologisk tilnærming, ynskte eg å bygge på beskrivingane av informantane si livsverden, samstundes som eg tolka i lys av dei valte teoriane.

### ***3.2 Utval og rekruttering***

I første omgang vart det sendt førespurnad via e-post til avdelingsleiarane ved tre ulike sjukehus i to fylker. Der informerte eg om prosjektet og ynskte namn på operasjonssjukepleiarar som kunne tenke seg å vere med. Ved to av sjukehusa fekk eg raskt tilbakemelding med positivt svar. Det siste fekk eg inga tilbakemelding frå til tross for gjentekne puringar, og eg valte derfor å ta kontakt med endå eit sjukehus i eige fylke.

Eg fekk tilsendt til saman tjuefire namn på operasjonssjukepleiarar, med alder frå tretti til i underkant av seksti år, deriblant tre menn. Dei hadde ei yrkeserfaring som operasjonssjukepleiar på mellom seks og tretti år. I følge Malterud (2006) skal utvalet i ei kvalitativ studie representere informasjonsrikdom. Eg valte derfor ut fjorten aktuelle med ulik alder og yrkeserfaring, deriblant alle tre mennene. Førespurnad om deltaking i prosjektet (vedlegg 1) vart sendt ut hausten 2008, saman med samtykkeerklæring (vedlegg 2). Der informerte eg om prosjektet og korleis eg tenkte å gjennomføre intervju. Etter ei tid fekk eg positivt svar frå til saman sju informantar ved dei ulike sjukehusa. Der hadde tre informantar

seks-sju års yrkeserfaring og fire hadde mellom tjue og tretti år. Aldersfordelinga var også frå tretti til vel femti år, og der var fem kvinner og to menn. På landsbasis er det ei klar overvekt av kvinnelege operasjonssjukepleiarar så eg vurderte det som greitt at eg hadde to mannlege. Spreiinga i alder og yrkeserfaring vart også vurdert til å vere tilstrekkeleg variert.

Utvalet mitt på sju informantar er lite men ikkje uvanleg i kvalitativ forskning. Kvale (2008) seier at tal intervjupersonar avheng av studien sitt formål og at ein skal intervju så mange personar som er naudsynt for å finne det ein vil vite. Fleire av informantane var opptekne av det same og sjølv om det var motstridande meiningar om fleire tema så kom det etter kvart fram færre ”nye” opplysningar. Eg meiner å finne vesentlege og typiske trekk gjennom desse intervjuar i og med at mange skildrar same type utfordringar og same type svar. I kvalitative studium kan det å ha for mange informantar også gjere til at materialet vert uoversiktleg og analysen overflatisk (Malterud 2006:62).

Under planlegginga av studien og under rekruttering av informantar var fokuset for studien korleis operasjonssjukepleiarane opplever eigen kompetanse i forhold til pasientens behov for stressmeistring. Etter kvart som eg kom lenger ut i førebuingane vart fokuset endra til korleis operasjonssjukepleiaren gjennom kommunikasjon og tillit fremmer pasientens meistring. Det var tydeleg at kommunikasjon og tillit var grunnleggande for pasienten i den peroperative fasen, og det var nyttig for meg å bruke denne teorien til å analysere funna.

### ***3.3 Gjennomføring av intervju***

I følgje Kvale (2008) er det kvalitative forskingsintervjuet ein metode som primært ligg innafør ei fenomenologisk tilnærming, sjølv om det kan knytast til fleire andre filosofiske retningar. I og med at fenomenologi vert definert både som filosofi og metode vert studiet knytt opp til eit overordna vitskapsteoretisk nivå. Med eit hermeneutisk og fenomenologisk perspektiv vert det sentrale meiningstolkinga og beskrivingane av informantane si livsverden.

Kunnskapen vert produsert gjennom samtala og den menneskelege interaksjonen i intervjuet, men har også føremål og struktur som er fagleg forankra. I følgje Kvale (2008) kan systematisk refleksjon over intervjuar gi ei ny forståing av menneskets livsverden. Eg er i mitt prosjekt ute etter å finne opplevingane til relativt erfarne operasjonssjukepleiarar når det gjeld

kva behov dei meiner pasienten har peroperativt. Og gjennom fagleg forståing, tolking og analyse, presentere kanskje ny kunnskap om kva ein gjer for å møte desse behova.

Innsamlinga av empiri vart gjort gjennom djupne intervju. Spørsmåla fokuserte derfor på informantanes meiningar og deira erfaringar, og søkte å vere deskriptivt orientert for å oppnå eit innhaldsrikt materiale. Ein skal som forskar vere lojal til informantanes versjon då ein ynskjer å opne for kunnskap forankra i deira verden (Malterud 2003). Eg var opptatt av at intervjusituasjonen skulle opplevast som positiv for informanten. Det at eg hadde mykje kunnskap om forskingsfeltet gjorde at eg kunne styre intervjuet strukturert og retta mot dei områda eg yngste informasjon om. Intervjusituasjonen skal vere ein dynamisk prosess der endringar kan komme undervegs og der ein kan oppleve både motseiingar og ulike meiningar (Malterud 2003). Eg opplevde det også som nødvendig å stille mange oppklarande spørsmål undervegs, for innafor mitt utval var det ulike meiningar om fleire tema. Mi erfaring frå arbeid og samtalar med studentar ved bachelor- og vidareutdanning i sjukepleie, var nyttig for å kunne lytte og skape eit trygt og positivt klima for informantane under samtalanane.

Intervjuguiden (vedlegg 3) vart meir ei tema liste over område som eg ynskte vi skulle snakke om. Eg følgde ikkje rekkjefølgja på spørsmåla men såg at vi var innom alle punkta i løpet av samtala. Til slutt brukte eg den som ei sjekklister under oppsummeringa, der informantane ofte utdjupa og konkretiserte ein del av opplysningane, noko som var svært nyttig for meg. Eg hadde eit prøveintervju med ein tidlegare kollega heime hos meg sjølv, og intervjuguiden vart vurdert og endra litt etter det. Den vart også vurdert etter dei første intervjuane, men eg fann ikkje trong til noko meir endring då den fungerte etter føremålet.

Dei to første intervjuane vart gjennomført same dagen. Dei varde begge i om lag ein time pluss litt tid til før og etter informasjon og bli kjent samtale, og forgikk på eit lite rom på operasjonsavdelinga i arbeidstida til informantane. Dei to neste intervjuane vart gjennomført ved eit lokalsjukehus. Eit heime ved kjøkkenbordet til informantane, og eit på eit lite rom ved operasjonsavdelinga. Deretter gjennomførte eg to ved det første sjukehuset igjen, og til slutt det siste ved det tredje sjukehuset. Eg nytta Mp3-spillar og ein bandopptakar som ekstra sikkerheit. Dette var avklart på førehand, og ingen reservert seg mot det. Før bandopptakaren vart slått på informerte eg litt meir om prosjektet. Eg gjentok ein del av den tidlegare informasjon som var gitt skriftleg under førespurnad om deltaking i prosjektet, og klargjorde at dei til ei kvar tid kunne trekke seg og ikkje svare meir.

### **3.4 Analyse og tolking**

Når ein skal tolke og analysere intervjua krev det at ein tek utgangspunkt i problemstillinga. Gjennom systematisk tolking skal eg søke å belyse dei svara som eg fann og sette dei opp mot dei overordna teoretiske omgrepa, samt drøfte opp imot relevant teori. Eg ynskte å finne svar på korleis informantane opplevde at dei hjelpte pasienten gjennom den peroperative fasen. Og om mogleg finne og sette ord på ny kunnskap som kan vere til hjelp for pasientar som skal gjennomgå eit kirurgisk inngrep. Og for operasjonssjukepleiarar som gjennom si yrkesutøving skal hjelpe pasienten med å meistre fasen på operasjonsstova.

Kvale (2008:122) syner ein veg på seks trinn gjennom analysen av dataa. Han ser at ein må ha analysen i tankane både under førebuinga og gjennomføringa av prosjektet. Det første trinnet som Kvale beskriv er sjølve intervjusamtala der informantane fortel om si livsverden. Her er det viktig at forskaren set si føreforståing til sides for å få tak i det informanten vil fortelje. Den andre fasen er under intervjuet når informanten sjølv oppdagar samanhengar som han kanskje ikkje har sett før. Under den tredje fasen tolkar intervjuaren utsegner og spør om meiningen er rett oppfatta. Slik får ein umiddelbart ei korrigering og tolking som kan gje det Kvale kallar ”sjølvkorrigerande” intervju. Eg nytta denne metoden gjennom oppklarande spørsmål undervegs og oppsummering mot slutten av intervjuet. I den fjerde fasen vert intervju materialet gjort klart for analyse gjennom transkribering og strukturering, her vert det uvesentlege skilt frå det vesentlege, avhengig av studiens formål og teoretiske føresetnader. Dei to siste fasane som er gjenintervjuing og handling på bakgrunn av den nye innsikta var ikkje aktuelt her.

I teksten vil eg kalle operasjonssjukepleiaren for ho, og pasienten for han, for å gjere det enklare å skilje dei frå kvarandre.

#### **3.4.1 Analysering av det transkriberte materialet**

I analysen av det transkriberte materialet har eg teke utgangspunkt i metoden systematisk tekstkondensering slik den er beskrive av Malterud (2003). Sidan eg er uerfaren som forskar var det både naudsynt og nyttig å støtte meg til denne metoden. Den bygger på Giorgi (1985) sine fire trinn og er inspirert av fenomenologisk filosofi. Systematisk tekstkondensering er eit analytisk reiskap spesielt egna for utvikling av beskrivingar. Ein gjer seg då eit

heilskapsinntrykk av teksten, og går så vidare til å stykke opp i meiningsberande einingar som ein systematiserar inn i overordna tema (Malterud 2003). I denne analyseprosessen gjer ein ei dekontekstualisering av materialet som inneber at ein tek uttaler ut av samanhengen i teksten. Eg måtte her gjere nokre val og stole på eigen tolking då dei fleste samtalanane gjekk frå eit tema til eit anna. Under transkriberinga merka eg mine spørsmål og utsegn med kursiv for lettare å skilje mellom mine kommentarar og informantane sine.

Alt under første gjennomlesing festa eg meg med fleire ulike tema. Dei som eg umiddelbart vart merksam på var: *den korte tida, den første kontakta, lese pasienten, kroppsspråk, inkludere, praktisk tilrettelegging, eigen tryggleik.*

Eg brukte desse kategoriane for å systematisere stoffet i første omgang. Samstundes som eg gjekk nøye gjennom teksten fargekoda eg det som passa under kvart tema. Kvart sitat eller avsnitt vart merka med informantens kode og sida i den samla teksten som det var henta frå. Dette gjorde det lett å gå tilbake seinare å finne kvar i samanhengen det var henta frå. Gjennom å plassere informantane sine utsegner under desse ulike kodane vart materialet meir oversiktleg og presis. Ein del tekst som eg ikkje fann av interesse for å belyse problemstillinga vart no utelate, men lagt inn i eit eige dokument som vart tatt fram til slutt i analysinga. Eg fann då at ein del av dette også omhandla dei aktuelle emna.

Eg prøvde no å organisere teksten som omhandla kva operasjonssjukepleiaren gjer for å hjelpe pasienten gjennom den peroperative fasen. Eg tok med både praktiske handlingar, som eg opplevde som omsorg, og handlingar for at resultatet av operasjonen skulle bli best mogleg. Tankar om korleis dei kommuniserte for å oppnå pasientens tillit og for å informere han, vart også tatt med og lagt under den kategorien som eg tykte det passa. Dette var ein nyttig prosess fordi eg heile tida måtte stille spørsmål til meg sjølv om kvifor eg organiserte teksten slik eg gjorde.

Innafor kvar kodegruppe var det ulike fokus og ulike meiningar. Kvar kodegruppe vart dermed delt opp i subgrupper, etter Malterud sin metode, for å skilje mellom alle dei ulike meiningane innafor kvar kodegruppe. Malterud (2003) meiner at kva subgrupper vi festar oss ved vil vise vårt teoretiske perspektiv. Ho arbeider deretter med kvar subgruppe og trekk ut meiningsinnhaldet ved å skrive kunstige sitat, eller samanfatningar, for å gjenfortelje innhaldet. Dette arbeidet hjelpte meg med å forstå uttaler og i prosessen med tolking av

meninga bak. Kvar gruppe vart lese nøye gjennom, og eg brukte informantane sine egne ord mest mogleg i sitatet. Eg måtte heile tida kontrollere meg sjølv og mine tankar opp mot kva informanten hadde sagt, slik at sitatet uttrykte informantane sine tankar og ikkje mine oppfatningar. Det var også her at dei endelege kategoriane voks fram: *Fagkunnskap som grunnlag for tillit, lese pasientens behov, augeblikkets kunst, teamsamarbeid som grunnlag for pasientens oppleving av tryggleik, kontinuerleg informasjon.*

Siste steg i analysen var å lage ei samanfating av kvar undergruppe ved å rekontekstualisere, å setje saman bitane att. I følgje Malterud (2003) skal denne samanfatinga, som vert som ei gjenforteljing, legge grunnlaget for nye beskrivingar som eg kan dele med andre. Eg måtte no passe på å vere lojal mot informantane og deira mening, og gå tilbake til den opphavlege teksten for å sjekke. Så eg jobba heile tida mellom heilheita og delane. Til slutt i denne fasen tolka eg beskrivingane i lys av dei valte teoriane. Eg stilte spørsmål ved om ein kunne sjå ei anna forklaring og brukte tidlegare forskning og dei teoretiske perspektiva til å belyse forklaringar og handlingar. Til sist satt eg inn sitat frå informantane for å belyse tolkinga.

### ***3.5 Validitet og reliabilitet***

Verdien av kunnskap vert ofte sett i høve til omgrepa validitet, reliabilitet og generaliseringsverdi. Forståing og kunnskap om sosiale samanhengar og menneskelege opplevingar vert vektlagt i kvalitativ forskning. Men det er naudsynt å stille krav til vitskap i kvalitative studium også. Malterud (2003) seier at metoden ein brukar til innhenting, og korleis ein handterer kunnskapen, er det som avgjer om den held mål vitskapleg. Vitskapleg kunnskap skal vere bygd på systematisk kritisk refleksjon.

I eit fenomenologisk perspektiv er det viktig at intervjuet vert gjennomført på ein måte som i størst mogleg grad gjenspeglar informanten si oppleving. Thornquist (2003) seier at forskarens føresetnadar og perspektiv vert tatt med i forskinga når ein ser at kunnskapsproduksjonen er eit resultat av interaksjonen mellom forskar og aktør, og at forskning er ein form for skapande verksemd. Men Kvale (2008) seier her at ein må vere bevisst på at den kunnskapen ein har frå før ikkje blir ledande og fører til at ein ikkje får tak i det informanten seier. Men samstundes er god kjennskap til forskingstemaet når det gjeld både praktisk og teoretisk kunnskap av betydning for validiteten av funna.

Når det gjeld generalisering så kan ein ikkje gjere noko statistisk generalisering med eit strategisk utval. Men eg har valt ut informantar med lang erfaring, og finn at det dei uttrykker sannsynlegvis også gjeld fleire.

### **3.5.1 Validitet**

Å validere vil sei å stille spørsmål til gyldigheita av kunnskapen, og om metoden vi har brukt er relevant i høve til å belyse den problemstillinga som vi vil ha svar på. Det kan vere vanskeleg å gje konkrete svar på om funna våre er sanne eller ikkje (Malterud 2003), men Kvale (2008) viser til at godt utført handverk, og korleis forskaren klarer å kommunisere forskinga si, vil påverke gyldigheita.

Med handverket viser Kvale til forskaren si evne til å sjekke ut, kontrollere og stille spørsmål. At han heile tida er kritisk til eigne tolkingar, og heile tida klart tilkjennegeiv sitt syn for å unngå feil og selektiv forståing av utsegner. Som forskar må ein også vere klar over at ein ubevisst kan styre samtala slik at ein får underbygd eige forventningar og bekrefte eigne synspunkt. Det at eg har grundig kjennskap til forskingsfeltet kan såleis seiast å vere negativt for validiteten til studien. Derfor var eg under intervju opptatt av å verifisere mi tolking av informantane sine opplysningar. Det vart gjort gjennom oppklarande spørsmål, for at eg ikkje skulle legge mi meining i deira utsegner. Kvale (2008:169) viser også til at i ei hermeneutisk tolking av intervju er det avgjerande kva spørsmål ein stiller til teksten. Ein må også ha ei teoretisk oppfatning av det som skal undersøkast. Eg søkte derfor etter kva informantane la til grunn for sine handlingar og deira erfaringar om kva som best hjelpte pasienten gjennom den per operative fasen.

Kvale (2003) seier at forskaren si evne til å formidle forskinga på ein måte som andre forstår, er ei styrke for den kommunikative validiteten. Ein må forenkle funna for at ikkje kompleksiteten skal forvirre lesaren. Forskaren kan velje kva han vil utelate, men ifølge Denscombe (2002) så rettferdiggjir ikkje det at han berre tek med sine preferansar. Eg har prøvd å ta med det som belyser problemstilling og forskingsspørsmåla, og lagt vekt på det informantane drog fram som vesentleg.

### **3.5.2 Reliabilitet**

Med reliabilitet viser ein til kor pålitelege forskingsresultata er og kor nøyaktige dei ulike operasjonane i forskingsprosessen har vore. Reliabiliteten vil avhenge av om undersøkinga er klart utforma og fungerer eintydig, og om datasamlinga er grundig og systematisk (Kvale 2008). Forskaren må vere bevisst på korleis han kan påverke resultatet, og stille seg open overfor svara, slik at intervjuja avspeglar informantane sine meiningar.

Det var ei god atmosfære under intervjuja, og informantane verka avslappa og prata lett. Eg stilte heile tida oppfølgingsspørsmål for å klargjere om eg forstod deira meiningar rett. På bakgrunn av mitt kjennskap til feltet var dette viktig slik at det vart informantane sine meiningar som vart vektlagt og ikkje mine. Eg nytta Mp3 spillar og diktafon som ekstra sikkerheit. I tillegg noterte eg stemning og andre inntrykk, dette vart helst gjort like etter avslutta intervju. Eg transkriberte materialet sjølv så tett opptil intervjuja som mogleg. For å få med stemning og tonefall, og for å få eit nyansert bilete av informasjonen tok eg med stikkord etter kvart om latter, sukk, irritasjon og liknande. Malterud (2003:77) påpeiker at meining alltid vil gå tapt eller verte endra gjennom transkripsjonsarbeidet. Det er derfor særst viktig å utføre transkripsjonen sjølv og så tett opptil intervjuet at ein husker tonefall, og kva meining som vart tillagt utsegnene. Den vidare analysen vart gjort systematisk og likt for alle intervjuja. Eg har skildra heile prosessen slik at det skal vere lett å følgje korleis eg har kome fram til resultata.

### **3.6 Forskar i eige felt**

Heilt frå starten av dette prosjektet har eg vore bevisst på at mi forholdsviss lange erfaring frå feltet som eg har studert, truleg kan ha påverka både innsamlinga av empirien og analyseprosessen. Malterud (2003) ser at nærhet til stoffet kan vanskeleg gjere kritisk refleksjon. Forskaren kan først klare å vurdere eigen påverknad når han ser kva briller han sjølv har på seg. Det kan vere umulig å fjerne all slik bias. Men i mange prosjekt kan forskarens kunnskap også vere ei hjelp til å få fram spesiell innsikt og forståing.

Mi erfaring er frå eit lokalsjukehus, der vi gradvis i løpet av dei åra eg var tilsett gjekk frå relativt store operasjonar til meir dagkirurgi. Eg har arbeidd ilag med informantane på det store sjukehuset i eit par månader. Men har ikkje noko personleg kjennskap til dei. Dei andre



har eg ikkje arbeidd ilag med. Eg er no lærar for mitt andre kull operasjonsstudentar, og sjukehusa som studentane har praksis i, er dei sjukehusa som eg har henta informantane frå. Ein del av informantane har derfor vore kontaktsjukepleiarar for studentane mine. Repstad (2007) hevdar at når ein studerer venner og kjente er ein tilbøyeleg til å miste den akademiske distansen til forskingsfeltet. Han ser ein fare for at ein kan pålegge seg sjølv sensur, sidan ein skal treffe igjen folk etter avslutta forskning. Ein del av informantane er aktuelle også som framtidige kontaktsjukepleiarar til studentane mine. For å sikre meg mest mogleg mot denne påverkinga forsøkte eg heile tida å vere bevisst på mine vurderingar, og reflektere kritisk over korleis eg konkluderte gjennom analyseprosessen.

Wadel (1991) seier at ein skal vere bevisst på kva rolle ein går inn i som forskar. Klarer ein å vere utanforståande eller vert ein kollegar som samtalar med kvarandre? Truleg var det lett for dei informantane som eg hadde jobba ilag med å tilegge meg kollegarolla, sjølv om vi berre hadde jobba ilag ein kort periode. Eg opplevde også sjølv at eg vart meir utanforståande på dei små sjukehusa. Wadel seier at studerer ein sin eigen kultur vert ein til dels sin eigen informant. Ein har god kjennskap til rollene som ein studerer. Men vanskaner er at ein tek sosiale og kulturelle forhold for gitt. Og at ein har vanskar med å komme djupt nok ned i fenomen som ein studerer. Paulgaard (1997) meiner at dersom ein er innafor forskingsområdet så vil ein ha problem med å oppnå den distansen som er nødvendig for å analysere og tolke data. Ein kan bli blind for problemstillinga og ikkje få godt nok fram viktige tema. På den andre sida kan ein som kjem utanfrå ha problem med å komme innafor feltet når det gjeld forståing. Det at eg har jobba i dette feltet inneberer at eg kjenner uttrykk, kulturelle kodar, førebuingane til dei ulike inngrepa og kompleksiteten i teamsamarbeidet. Eg har sjølv vore i mange av situasjonane som informantane beskreiv, og kjenner på same opplevingar som dei. Eg hadde ei intuitiv forståing av mange situasjonar som vart fortalt og forklart. Ofte så skjønnte eg kva dei mente nesten før dei hadde sagt det. Men etterkvart som eg stilte spørsmål og forfølgde tankegangen deira, så var det ikkje alltid samsvar med mine opplevingar. Eg vart fleire gongar forundra over heilt anna syn enn mitt eige. Det gjorde også at det vart spennande for meg å gå i djupna under analysinga av materialet. Det opna seg dører som eg aldri hadde lagt merke til.

Aase & Fossaskåret (2007:87) seier også at den som studerer eigen kultur er fortruleg med lokale kodar og kategoriar. Den moderne hermeneutiske metoden inneberer at ein skal få tak i andre menneskes oppfatning, samstundes som ein skal sjå sin eigen kontekst og korleis den

kan påverke forståinga av informantane. Då vert forskarens føreforståing både ei styrke og ein føresetnad for innsikt. Dersom forskaren er fjern frå feltet så vil det verte eit hinder for forståing av informantane sine erfaringar (Paulgaard 1997). Uansett om forskaren er deltakar i feltet eller ikkje så vil tidlegare erfaring og kunnskap ha betydning for kva han ser eller ikkje ser. Er ein innafor må ein ut av heimeblindheita, og er ein utanfor må ein jobbe for å komme inn.

Kalleberg (1996) seier også at forskarens føreforståing vil prege tolkinga samstundes som ein gjennom arbeidet med å forstå vil endre sin opphavlege føreforståing. Under analyseringa av materialet mitt brukte eg også dei teoretiske omgrepa og forståinga til å etablere ein analytisk avstand til empirien. Nye perspektiv opna seg, eg kunne stille spørsmål ved utsegn og prøve å sjå bakom dei ulike forklaringane. Kanskje var det ikkje slik som eg fekk forklart og heller ikkje slik som eg oppfatta det. Det kunne vere andre meiningar bak. Eg såg at mykje var kjent, men også mykje ukjent i mitt eige felt. Det å gjere ein studie der ein har mykje empirisk materiale kan stundom oppvege dei ulempene det er å vere deltakar seier Aase & Fossåskaret (2007). Repstad (2007) meiner at fordelane ved å vere kjent i feltet er ein motivasjon til uthaldande fordi ein vert engasjert og kjensleg involvert. Men samstundes skal ein som forskar undre seg, og det kan vere vanskeleg dersom ein er for nær feltet og har hatt same opplevingar sjølv. Det er lett at ein tek mykje for gitt. Slik opplevde eg det også i starten. Og sjølv sagt utan at eg er klar over det, så er det truleg mykje som eg ikkje er nok distansert ifrå til at eg kan sjå nye løysingar. Kanskje vil min nærleik til feltet uansett påverke den evna og moglegheita eg har til å reflektere kritisk over ulike fenomen. Thornquist (2003) seier at mange trur at ein kan gjere fullstendig greie for sin føreforståing. Men dette kan ein aldri. Denscombe (2002) hevdar også at ein kan ikkje vere heilt upåverka av den kultur som ein er ein del av, den sosialiseringa som ein har hatt og omgrepa som ein brukar for å skape meining i verda rundt seg. Ein kan aldri stå utanfor og sjå dei ulike fenomena objektivt. Men ein kan så langt som mogleg forsøke å verte seg si føreforståing og eigne verdiar bevisst.

Men Paulgaard (1997) ser også at andre sider kan vere avgjerande for kva område ein vel å forske i. Tid, pengar og resursar er også viktige moment. Det har også spelt ei rolle i mi forskning. Som arbeidstakar i full stilling, familie og andre krav, har det avgrensa kvar eg kunne hente informantar frå. For meg vart det då nødvendig å hente informantar der avstandane ikkje vart for lange. Eg ser det som uheldig at eg har kjennskap til nokre av informantane. Men dersom eg henta informantar frå sjukehus i andre delar av landet så ville

eg også ha grundig kjennskap til konteksten på operasjonsavdelingane. Rammene er dei same stort sett kvar ein jobbar. Men då ville eg ikkje hatt kjennskap til informantane og det ser eg hadde vore ein fordel.

Eg håpar at mitt kjennskap til forskingsfeltet har hjelpt meg med å ha eit opent sinn og vere sjølvreflekterande, og leite etter det som både utfordrar og motseier mi oppfatning.

Thornquist (2003) seier at dersom ein klarer det, då vil ein utvide si forståing og kanskje også endre si oppfatning av fenomen, og på den måten vil også føreforståinga verte endra.

### ***3.7 Etiske vurderingar***

Kvale (2008:66) omtaler etiske reglar for forskning på menneske. Han held fram informert samtykke, konfidensielle utfordringar og konsekvensar som særst viktige. Vi skal informere tilstrekkeleg om prosjektet for at informanten skal ha godt nok grunnlag til å vurdere om han vil samtykke til å vere med eller ikkje. Kvale (2008:67) seier at eit informert samtykke frå informanten inneberer at deltakinga er heilt frivillig og at informanten veit at han kan trekke seg kor tid som helst. Dette vart ivaretatt gjennom informasjonen eg sendte til informantane og som dei skreiv under og returnerte før gjennomføringa av intervjuet. I skrevet vart det presisert at deltaking var frivillig, at anonymiteten ville verte ivaretatt og at det var høve til å trekke seg kor tid som helst.

Ei kvalitativ datasamling vert gjort for å få tilgang til informantane si livsverden, og opplysningane er ofte personlege og gjerne sensitive. Malterud (2003) seier at den største utfordringa når det gjeld anonymitet er gjennom formidling av sitat. Storleiken på området eg forska i gjer at mine informantar kan verte gjenkjent, eg har derfor vore svært selektiv i bruken av sitat til illustrasjon for å unngå at enkelte skulle kunne identifiserast. Eg sikra også anonymiteten gjennom at eg sjølv transkriberte intervju

Når datasamlinga vert gjort gjennom eit kvalitativt forskingsintervju, og ein er avhengig av eit godt datamateriale, er det viktig at forskaren arbeider grundig med å opparbeide seg nærhet til informantane. Informanten må då kunne stole på at denne tillita ikkje vert misbrukt (Malterud 2003).

Avdelingssjuepleiarane som gav meg innpass til forskingsfeltet, vart spurt om dei yngste godkjenning frå Norsk samfunnsvitskapleg datatilsyn, noko ingen tykte var nødvendig. Det vart vurdert til ikkje naudsynt å søke godkjenning frå Regional komité for medisinsk forskingsetikk, då informantane var vaksne arbeidstakarar som gav informert samtykke til studien.

### ***3.8 Oppsummering***

Hensikta med denne studien er å få forståing for korleis operasjonssjuepleiarane sjølv opplever kontakta med pasienten og korleis dei hjelp han til å meistre det kirurgiske inngrepet best mogleg. Eg ynskte å gå i djupna for å finne svar på problemstillingen og har derfor brukt ein kvalitativ metode med semistrukturerte intervju. Gjennom hermeneutisk og fenomenologisk tolking har eg tatt utgangspunkt i informantane si livsverden og forståing, og tolka i lys av teoretiske omgrep. Analyseringa av det transkriberte materialet er gjort etter Malterud (2003) si framstilling, som er bygd på Giorgi (1985) sine fire trinn. Eg har gjennom denne analyseprosessen komen fram til fem ulike kategoriar som eg no vil presentere.

## **4.0 Korleis fremmer operasjonssjukepleiarane pasientens meistring**

Ved dei sjukehusa som informantane jobba hadde operasjonssjukepleiarane ingen kontakt med pasienten før han kom til operasjonsavdelinga. Analysen vil derfor søke å finne svar på korleis operasjonssjukepleiarane opplevde å hjelpe pasienten til å meistre den peroperative fasen. Korleis klarar dei å knytte den nødvendige kontakta med pasienten den korte tida dei har til rådvelde, og korleis brukar dei seg sjølv til å formidle tillit og tryggleik. Opplever dei at dei klarer å hjelpe pasienten til å finne oversikt og mening i situasjonen?

### ***4.1 Fagkunnskap som grunnlag for tillit***

#### **4.1.1 Vere trygg på eigen kompetanse**

Informantane var opptekne av at deira eigen kompetanse påverka korleis dei tok vare på pasienten. Dersom dei sjølv var utrygge i situasjonen opplevde dei at det smitta over på pasienten. Var det nye inngrep eller nytt og ukjent instrumentarie, følte dei seg så utrygge at det førte til redusert fokus på pasientens behov. Slike situasjonar utfordra deira faglege kompetanse og dei opplevde det som uheldig dersom pasienten skulle overhøyre kommentarar som viste at dei var usikre på instrumenta og korleis dei skulle setjast saman. Ein sa det slik: *”Pasienten skal ikkje oppleve å høyre nødvendigvis, kva er dette for noko, og kva brukar vi det til? Og korleis skrur eg i hop den, ja men eg får den ikkje i hop...”*.

Det er ei rask utvikling innan kirurgi, både med omsyn til nye utfordrande inngrep og høgteknologisk medisinsk utstyr. Rammeplana for vidareutdanning i operasjonssjukepleie (2005) set krav til at operasjonssjukepleiaren skal ha inngåande kunnskap om behandlingmetodar og kirurgiske inngrep. Samt grundige kunnskapar i medisinsk teknisk utstyr og om korleis inngrepet kan gjerast tryggast mogleg for pasienten. Eg forstod at å ta seg av det tekniske og samstundes dekke pasientens behov for tryggleik var krevjande, og stundom opplevde dei å komme til kort. Det var nesten umogleg å formidle tillit i situasjonar der ein ikkje var trygg sjølv. Stenhaug (2002) sin studie viser også at operasjonssjukepleiaren sin kompetanse inneberer ein kombinasjon av omsorgsferdigheit og tekniske ferdigheit. Og at ein må kombinere rollene for å kunne vise den tryggleiken som trengs for at pasienten skal ha tillit til ein som profesjonell hjelpar.

Der informantane var seksjonert på dagtid, vart vaktene ein utfordring dersom eigen kunnskap ikkje vart komplettert av den andre ein gjekk ilag med. Instrument og medisinsk teknisk utstyr som ein sjeldan var borti vart ei utfordring. Dette var særskilt krevjande og fagleg utfordrande dersom det var ulukker og ustabile traumepasientar med raske endringar i tilstanda. Ein sa: *”Og på vakter når vi får inn store trafikkulykker, og det kanskje er alvorleg skada menneske som kjem inn, og det er mange ting som skal gjerast i ein og same seanse, då kjenner eg at det vert stress.”* Etter mi oppfatning så ynskte dei alltid å vere på høgde med situasjonen, men sjølv dei med tretti års erfaring opplevde stundom situasjonar som dei tykte var stressande og svært utfordrande.

Cowan (1997) og Vincent (1997) fann at operasjonssjukepleiarens rolle vart endra i takt med ny teknologi som mogleggjer stadig nye og meir kompliserte inngrep. Samstundes er pasientens meistring avhengig av operasjonssjukepleiarens evne til å kombinere teknologi med pasientomsorg. Eg såg at stundom vart krava om å meistre teknologien opplevd som nesten for høge. Sjølv om dei yrkesetisk retningslinjene krev at ein held seg fagleg oppdatert, så er ikkje informantane teknikarar. Dette har ein til ei viss grad tatt konsekvensane av på store sjukehus, der ein har tilsett teknikarar som tar hand om det kompliserte medisinsk tekniske utstyret (Poulson 2004).

Mange av informantane drog fram utryggleiken dei opplevde første åra etter avslutta utdanning. Dei meinte det var for lite praksis i utdanninga, og det tok veldig mykje energi at ein aldri følte seg på høgde med situasjonen. Ein del hevda at det tok gjerne fleire år før ein var så pass trygg på dei grunnleggjande ferdigheitene at ein kunne ta dei med seg i nye situasjonar. Mange følte at dei ikkje var til god nok hjelp for kirurgane dersom dei ikkje kunne utstyret og gangen i operasjonen godt nok. Det kunne føre til at kirurgen kommenterte feil eller manglar slik at pasienten høyrde det, noko som dei meinte førte til utryggleik hos pasienten. Dette samsvarer med Spjelkavik et al. (2004) som fann at kirurgens avgjerder er styrande for operasjonssjukepleiarens arbeid. Han er avhengig av at ho på bakgrunn av sin faglege kompetanse kan vurdere situasjonen og arbeide sjølvstendig. Når operasjonssjukepleiaren er uerfaren eller fagleg utrygg vil det påverke samhandlinga både med kirurgen og pasienten. Ei fortalte at ho som nyutdanna var: *”... veldig utrygg på det eg skulle gjere og eg hadde meir enn nok med meg sjølv.”* Dersom ein erfaren operasjonssjukepleiar var med på stova så vart det meir ro i vanskelege situasjonar. Det var

ikkje så mykje som skulle til, men ei lita påminning eller eit lite hint om kva som var neste steg. Berre vissa om at der var ein person tilstades med den nødvendige kunnskapen var ofte tilstrekkeleg. Når ein del prosedyrar etter kvart var blitt rutine og dei fleste inngrepa kjende opplevde operasjonssjukepleiarane sin eigen tryggleik som ei lette. Det vart då enklare å løfte blikket og sjå korleis pasienten hadde det.

Kanskje kan ein tolke informantane sitt fokus på eigen kompetanse som eit behov for å vere verdt den tillita dei har i kraft av sin yrkesprofesjon. Ingen av informantane sa noko eksplisitt om dette, men ut frå Luhmann (2005) kan ein sjå at dei er avhengige av å vise seg verdt både den tillita som kjem frå leiinga ved institusjonen og frå forventningane i samfunnet for å kunne behalde tillita. Både rammeplana og dei yrkesetiske retningslinjene stillar klare krav til kompetansen og operasjonssjukepleiarens sjølvstendige ansvar for si utøving av sjukepleie. At ein oppfyller desse krava er ein føresetnad for at tillita ikkje skal gå over til mistillit (Luhmann). Samstundes er ein avhengig av å kunne ivareta den tillita og forventninga som pasientane har til avdelinga som system. Eg vil også tru at den tillita ein vert gitt som person i møtet med pasienten er viktig både å ivareta og å vise at ein er verdt å få den.

## ***4.2 Lese pasientens behov***

### **4.2.1 Beskytte kroppen til pasienten mot skader**

Før pasienten var komen ned til operasjonsavdelinga var informantane i gong med å planlegge korleis dei skulle leire pasienten best mogleg. Dei opplevde det som stressande dersom dei ikkje hadde fått skikkeleg operasjonsmelding og ikkje var heilt sikre på kva ekstrautstyr som skulle brukast. Då måtte kanskje leiet til pasienten endrast undervegs, og det vart gjerne mykje springing inn og ut av stova for å hente utstyr. Ei opplevde det slik: ”... *fordi vi må hente ting, og forandre ting, på utstyr og kanskje på leie og alt mulig. Og då kanskje det fører til ein utrygg situasjon for pasientane, og frustrerande situasjon for oss...*”. Dette kan tyde på at slike situasjonar pressar operasjonssjukepleiarane til å arbeide raskare, og at samhandlinga med pasienten vil bere preg av stress og mangel på ro og oversikt. Kingdom & Halvorsen (2006) sin studie der dei ser på kva som er stressutløysande for operasjonssjukepleiarane, viser også at endringar i slutten av førebuingssfasen er særskild uheldig.

Alle var svært opptatt av at jobben deira var å passe på og vere tilstades for pasienten når han ikkje var i stand til å ta vare på seg sjølv. Dei hadde hovudansvaret for leiring av pasienten, og: ” ... å ikkje påføra han noko ekstra skade, at han er like heil når han kjem ut igjen, bortsett frå det dei har skåre, at ikkje han får trykk sår, at ikkje han får nerveskadar, sant. At ikkje han får skade av det medisinsk tekniske utstyret.” Ein del meinte at det kanskje ikkje var så synleg alt dei gjorde, men at dei passa veldig på, og hadde eit blick for alt som kunne skade pasienten. All denne omsorga for pasientens tryggleik vart forklart som operasjonssjukesleie. Og truleg er desse oppgåvene viktige både for at pasienten skal komme frå operasjonen utan komplikasjonar, og for å ivareta tillita til yrkesprofesjonen frå pasienten si side (Luhmann 2005). Når dei har alt utstyret klart og er trygge på korleis dei skal gå fram for å førebu akkurat denne pasienten, vil informantane oppleve at dei står fram som pålitelege. For som Luhmann seier vil handling avsløre om ein er tillitsverdig eller ikkje. Luhmann hevdar også at vi har alle ei aning om vi står fram som verdt tillit eller ikkje, og at vi vil prøve å tilpasse vår oppførsel for å oppnå det vi ynskjer. Det kan tyde på at når førebuinga av pasienten vert prega av rot og endringar så ser operasjonssjukesleiarane at dei kan framstå som lite tillitsverdige.

Utan at ordet tillit vart nemnd så var informantane opptekne av å uttrykkje tryggleik. Dei opplevde at pasientane sin angst og redsel var til hinder for meistring av situasjonen, og viste til ulike metodar for å formidle tillit. Nokre informantar meinte at kroppsleg velvere ville dempe stressnivået til pasienten, slik at han vart betre i stand til å tole operasjonen. Det ville også bidra til ein følelse av tryggleik. Det var lett å sjå dersom pasienten ikkje låg godt, og då burde ein bruke den tida som var nødvendig til kroppen hans slappa av: ”... ja vi ser ei pute under der og sånn, ja av og til det skal ikkje så mykje til, berre du puttar ei pute under kneet, det syns jo dei fleste er godt. Og ekstra varmt teppe, og litt sånn nært rundt der, sånn at ein slappar litt av.” Eg såg at den omsorga som dei gav pasienten gjennom å putte på tepper og puter var viktig. Kanskje både for at pasienten skulle føle seg ivaretatt og for at operasjonssjukesleiararen skulle vise pasienten at ho brydde seg om at han hadde det bra. Truleg er det også enklare å vise omsorg gjennom praktiske handlingar, enn gjennom ord. Den praktiske omsorga som informantane gjev kan vere det teiknet som pasientane treng for at operasjonssjukesleiarane er verdig den tillita som dei får (Luhmann 2005). Informantane hadde kanskje også ei ubevisst kjensle av at denne omsorga vart satt pris på av pasienten. Eg ser at truleg gjev dette pasienten ei oppleving av at operasjonssjukesleiarane verkeleg bryr seg om korleis dei har det. Paulson (2004) fann også at handlingar direkte retta mot



sjukdomen, som måling av BT og liknande ikkje vart oppfatta som omsorg av pasienten. Men at dei yngste ei relasjonell subjektiv samhandling noko som dei truleg opplevde gjennom omsorga med dei varme teppene og putene.

Alle informantane såg betydinga av å gjere mottaket på operasjonsstova til ei så trygg oppleving som mogleg for pasienten: ”... og idet pasienten kjem syns eg det er viktig å ha kontakt og at ein prøver å formidle tryggleik på den korte tida.” Dei opplevde det som at pasientane overlèt seg til dei og at dei då måtte syte for at han følte seg trygg i situasjonen. Ei forklarte:

*”... eg er der for å gjere det best mulig og i ein sånn situasjon så kan eg ikkje gjere anna enn å vise at det eg skal gjere no, det kan eg, det er eg trygge på og det kan vi som team. Eg trur ... eg kan ikkje ta pasienten ut av situasjonen, den må han jo igjennom. Men eg skal ikkje påføre pasienten meir traume, og det er veldig viktig at ein er rolig og trygge då, trur eg altså.”*

Det samsvarer med Richardson-Tench et al. (2006) sine funn, der operasjonssjukepleiarane opplevde at dei gjennom sitt yrke hadde pasienten sin tillit og dermed også plikt til å ivareta den. Pasienten har truleg tillit til profesjonen, for dei har ingen føresetnad for å ha tillit til den enkelte operasjonssjukepleiar som dei ikkje har møtt før. Etter mi oppfatning så vil pasientens tillit vere avhengig av at operasjonsavdelinga som system gjer det beste for han. Luhmann (2005) seier også at når ein vert gitt tillit så stiller det eit krav om ei motyting, nemlig at ein viser seg tillita verdig. Det samsvarer med at informantane følte seg forplikta til å syte for pasientens tryggleik som ei motyting til at han overlèt seg til dei.

#### **4.2.2 Mange personar på stova**

Ein del informantar fortalte at ved store inngrep er det som regel anestesipersonalet som tar imot pasienten og har den første kontakta. Sjølv arbeidar dei ofte med praktiske førebuingar og ventar med å helse til det har roa seg litt, for dei opplever det som belastande for pasienten å bli presentert for 6-7 personar på ein gong. Men ikkje alle var einige i dette, fleire såg det som svært viktig å møte pasienten i slusa for å få eit første inntrykk av behova hans. Det vart også sagt at ein alltid burde ta av seg munnbindet når ein helsa og snakka med pasienten, for at ein dekkja til ansiktet meinte dei kunne verke upersonleg. Når ein helsa så sjekka ein samstundes namnet og fødselsnummeret, men ein burde passe på så det ikkje vart spurt fleire gonger fordi det kunne gje inntrykk av at ein ikkje hadde kontroll. Ein sa det slik: *” Viss vi er mange inne på stova så er det veldig unaturleg viss alle skal stå i kø for å helse på pasienten.*

*Då trekke eg meg tilbake, om det er rett eller feil det skal eg ikkje sei, men eg oppleve av og til at pasientane får nok av denne helsinga. Utan at eg veit det, men eg føle det sånn.”*

Fleire fortel at studentar må halde seg i bakgrunnen til ein er komen i gong med inngrepet, dei vurderer det til å vere belastande for pasienten med mange personar på stova. Spjelkavik et al. (2004) som har sett på operasjonssjukepleiarane sine vurderingar, fann også at det var forvirrande for pasienten dersom mange helsa. Dette er det motsette av kva Jacobsen (2004) fann i si studie, der pasientane opplevde det som trygt at mange personar var tilstades under operasjonen og at dei vart snakka til og informert av mange. Luhmann (2005) hevdar at i ein uoversiktleg og ukjent situasjon må ein ha tru på at systema har ein indre kontroll for å kunne utvise tillit i situasjonen. Kanskje vil pasienten sjå at mange tilstades vil føre til at ein har kontroll med kvarandre og dermed vert også risikoen for å gjere feil redusert. Denne vissheita om kontroll fører til oppleving av tillit og tryggleik for pasienten. Det vert då lettare å forholde seg til usikkerheita omkring utfallet av inngrepet. Og som Luhmann ser det, vil kompleksiteten om kva utfall ein vil få i framtida verte redusert, og ein kan forholde seg roleg i notida. Men det er mulig at ein kan sjå ulike sider ved dette, kanskje kan informantane sin oppleving knytast til at mange personar kan vere til hinder for gode relasjonar som grunnlag for støttande kommunikasjon (Ekeland 2005). Dersom ein ikkje får tilgang til pasienten og moglegheit til å verte kjent, vil ein heller ikkje kunne knytte den kontakta som er naudsynt for å individrette informasjonen som pasienten treng.

### **4.2.3 Det trenna blikket**

Mange av informantane såg seg sjølv som svært observante på pasientens behov. Dei hadde i løpet av åra som operasjonssjukepleiarar utvikla høg kompetanse i å ”lese” kva tilstand pasienten var i og kva behov han hadde. Fleire snakka om ”det trenna blikket”, og at ein kunne få mange opplysningar på kort tid gjennom å tolke inntrykka ein fekk. Dei kunne sjå at pasienten var engsteleg, men heilt kva dei såg hadde dei fleste problem med å sette ord på: *”Du ser ganske tydeleg etter kvart korleis pasienten har det, når du har litt erfaring. Du ser på blikket og på søking og ja, om han har behov for meir at eg snakkar med han, eller at han har behov for at eg berre står der og helde han i handa.”* Dei fekk eit godt inntrykk når dei tok pasienten i handa, for sveitte hender, klamme og urolige kroppar, og eit søkande blick vart drege fram som eksempel på at pasienten var engsteleg. Dei fleste hadde ein kommentar om at dei følte seg litt fram for å finne korleis dei best kunne hjelpe pasienten med å meistre

situasjonen. Mange kommenterte at dei jobba under krav om effektivitet, og at dei hadde kort tid til å kartlegge behova til pasienten.

Dei opplevde sjølv at dei hadde velutvikla evner til å lese pasientens behov. Eide og Eide (2007:199) meiner at nokre har ei slik velutvikla evne og at denne evna vert utvikla gjennom trening. På ei operasjonsavdeling er personalet så tildekkka at berre auga er synlege, og signal vert ofte kommunisert gjennom blikk. Ein vert truleg god til å tolke andre menneske når ein ofte må kommunisere nonverbalt. Informantane tolka signala frå pasienten, og stundom stod dei berre der og haldt handa hans utan å snakke noko særleg. Dette kallar Eide og Eide for nonverbal bekreftande kommunikasjon, og ser denne eigenskapen som vesentleg for å bygge opp eit tillitsforhold mellom hjelpar og pasient. Eg ser at gjennom måten ein tek på pasienten når ein førebur kroppen hans til operasjon, så sender ein også signal om ein er tillitsverdig eller ikkje. Ein kan kommunisere respekt og forståing gjennom måten ein utfører ulike prosedyrar på. Det er viktig at atmosfæren på operasjonsavdelinga er prega av varme og omsorg, noko som vil verke roande på pasienten (von Post & Lindwall 2006).

### **4.3 Augeblikkets kunst**

#### **4.3.1 Bruke tida til å skape ein god situasjon**

Dei fleste informantane snakka om den korte tida dei hadde ilag med pasienten. Det var ikkje tid til meir enn enkel informasjon, for det var mange i teamet som skulle gjere sine førebuingar med pasienten. Det vart også nemnt at neste pasient låg og venta. Men fleire meinte at dei var blitt gode til å dekke pasientens behov på kort tid. Dei kunne ikkje gjere noko med det psykiske stresset pasienten hadde på grunn av ei alvorleg diagnose, det var det andre som måtte ta seg av, før og etter inngrepet. Men det vart sagt at dei kunne forholde seg til angsten hans. Det dei såg som si oppgåve var å gjere situasjonen bra for pasienten den korte tida han var på operasjonsstova, og gjennom handlingane sine la pasienten oppleve at han vart ivaretatt. På spørsmål om dei hadde for kort tid var det ulike svar men ein sa:

*” Vi skal gå inn i akkurat dette her og no vi, det er det som er vår kunst, det er det som er kunsten med å vere operasjonssjukepleiar, det å greie augeblikket, ... altså det å hjelpe pasienten akkurat her og no, for etterpå så ser han ikkje oss, han har sikkert gløymt oss og pga. alle medikamenta og sant... det er ikkje det som er viktig i vår jobb. Det er at han skal ha det bra akkurat i det augeblikket han er hos oss.”*

Mykje forskning har som sagt vist at perioperativ sjukepleie er bra både for pasientens meistring av det kirurgiske inngrepet, og for at operasjonssjukepleiaren skal oppleve kontinuitet i arbeidet sitt (Lindwall et al. 2003, Rudolfsen et al.2003). Å møte pasienten til samtale dagen før inngrepet knytte sjukepleiaren og pasienten saman. Men ingen av informantane var opptekne av at dei yngste denne modellen. Dei såg det som si oppgåve å gjere det beste ut av situasjonen som var her og nå. Dei hadde kort tid, men det såg dei som ei utfordring og la arbeidet sitt opp etter den tida dei hadde. På spørsmål om dei hadde for kort tid, viste ein del til at operasjonssjukepleiaren sitt arbeid var å ta seg av pasienten under opphaldet på operasjonsstova og ikkje før eller etter. Dette samsvarar med det Poulson (2004) fann i sitt review om at ein ikkje treng å ha så mykje ekstra tid til rådigheit, men operasjonssjukepleiaren må bruke sin medmenneskeleg heit på riktig måte til å skape ein god relasjon med pasienten den tida dei har ilag. Han fann også at operasjonssjukepleiaren ikkje kan vere nokon hovudomsorgsgivar, men når ein gjer dei objektive oppgåvene så må ein dele eit subjektivt fellesskap. Dette samsvarer med Ekeland (2008) som held empati som føresetnad for å kunne skape gode relasjonar som grunnlag for å fremje pasientens meistring. På den andre sida så seier Ekeland at ein ofte må anstrenge seg for verkeleg å forstå kva situasjon pasienten er i, og at det er lettare når ein kan byggje på gjenkjenning. Etter min oppfatning så vil det vere lettare å hjelpe pasienten dersom ein har samtala med han på førehand og har fått eit innblikk i kva behov han har. Det vil då vere enklare å individualisere sjukepleia og ein vil allereie ha oppretta den kontakta som ein skal bygge den hjelpande relasjonen på. Blomberg (2000) fann også at perioperativ omsorg gav eit auka pasientfokus.

Sidan informantane ikkje har møtt pasienten på førehand har dei berre medisinske opplysningar å forholde seg til. Dei har ingen kunnskap om dei ulike pasientane sin angst og uro. Dei er bundne til å tolke pasientens behov i den konteksten der dei møtast. Eg ser at dei fysiske rammene rundt er skremmande i seg sjølv, i tillegg til angsten for framtida og for sjølve inngrepet. På spørsmål om dei sjølv vart stressa av redde og engstelege pasientar så var det ingen som vart det. Dei var heller opptekne med at deira ro ville hjelpe pasienten til å bli rolig. Dei gikk inn i kvar situasjon og støtta så godt dei kunne. Nokon stod ein og haldt rundt og let dei gråte, eller prata inntil dei hadde roa seg. I andre situasjonar innleia ein narkosen så raskt som mogleg. Ekeland (2008) peikar på at for å få ein terapeutisk kommunikasjon må ein legge vekt på dei mellommenneskelege relasjonane. Kanskje er det ikkje viktig for pasientens meistring av situasjonen på operasjonsstova at ein går inn i djupe samtalar. Men at ein viser ekte varme og omtanke og syner at ein vil gjere det beste for pasienten.

At nokre av respondentane held samhandlinga med pasienten for å vere augeblikkets kunst samsvarer med Luhmanns (2005) teori om tillit i notida, der ein ikkje har noko garanti for korleis framtida vert. Tillit må ein alltid få og oppretthalde i notid. Eg ser at informantane kan gjere notida god og hjelpe pasienten til å klare situasjonen på operasjonsstova. Dei kan ikkje garantere utfallet av inngrepet for det avheng av så mange faktorar, det som Luhmann kallar ei overkompleks framtid. Men gjennom å hjelpe pasienten til å meistre notida ligg det ein slags garanti om framtida. For i følgje Luhmann vert tilveret mindre komplisert dersom ein kan utvise tillit, det vil også redusere stressnivået til pasienten og dermed vert også faren for komplikasjonar redusert.

### 4.3.2 Kroppen som objekt

Informantane var svært opptatt av at dei ikkje kunne sette i gong med dei ulike, gjerne intime prosedyrane før dei hadde knytt kontakt med pasienten. Dei ynskte ikkje å kle av pasienten og starte å barbere og vaske operasjonsfeltet utan at dei hadde oppnådd ein god relasjon. Det var den sjukepleiaren som hadde ansvaret for desse oppgåvene som måtte knytte denne kontakta. Det vart ikkje sett på som så viktig for dei som eventuelt kom for å hjelpe til. Ei sa det slik: *”Ein må etablere kontakt når ein er den personen som skal gjere dei tinga, elles vert det som eit overgrep, det kjem eit vilt framand menneske og berre lesja av kleda og gjere sånne ting.”* Dei ulike prosedyrane der dei gjorde kroppen til pasienten klar til inngrepet var rutinearbeid for operasjonssjukepleiarane. Dei såg faren for at dei kunne vere så effektive at dei handsama kroppen til pasienten som eit objekt. Eg fekk inntrykk av at det var lett å gløyme personen bak den kroppen som skulle reparerast. Det kan tyde på at operasjonssjukepleiarane er klar over faren for objektivisering, men at dei ikkje alltid klarer å inkludere pasienten. Ekeland (2008) er opptatt av at ein må sjå kroppssubjektet for å kunne vere ein god hjelpar. Skal ein oppnå pasientens tillit må ein vise godkjenning og respekt. Von Post & Lindwall (2006) si studie syner også at det er lett at pasienten vert ei oppgåve som det skal gjerast noko med.

Dei fleste sa at førebuingane vart lagt opp etter korleis pasienten hadde det, det var inga fast rutine på det. Tolka dei han til å vere svært engsteleg så gjorde ein lite direkte operasjonsførebuande prosedyrar. Då vente ein til anestesian hadde lagt pasienten i narkose med til dømes å vaske operasjonsfeltet og dekke. Det å spør pasienten sjølv om det var greitt at ein gjorde ulike førebuingar var ikkje alltid så enkelt. Ei sa det slik: *”... ja vi både spør, og viss vi merker at han er kaldsveitte så venter vi, då veit vi ikkje kva som er normalen sant.*

*Spør du så har du lagt ut eit val, men viss du ikkje spør så ...* ". Eg forstod det slik at dei var redd for at pasienten skulle samtykke, sjølv om han helst ikkje ynskje desse prosedyrane gjort i vaken tilstand. I ein del tilfelle let dei derfor vere å spør, dei berre venta. Ekeland (2008) ser også faren for at pasienten kan samtykke dersom han trur det er dette vi ynskjer ut frå eit behov om å verte akseptert. Truleg vil pasienten også ha vanskar med å sjå kva dei ulike prosedyrane inneberer sjølv om han vert informert på førehand. Er pasienten svært engsteleg vil evna til å oppfatte og forstå informasjon vere redusert, det same gjeld evna til å ta avgjerder (Travelbee 2001).

Eg ser at operasjonssjukepleie er svært konsentrert om objektiv fysisk omsorg, og at desse praktiske prosedyrane skal utførast umiddelbart etter at pasienten kjem til operasjonsstova, vanskeleg gjer den psykiske omsorga. Pasienten har tatt ein risiko og gått inn i ein slik uoversiktleg situasjon som eit kirurgisk inngrep er, og forventar å verte ivaretatt på beste måte. At operasjonssjukepleiaren har ei forsiktig tilnærming til desse prosedyrane vert såleis avgjerande for at pasienten skal føle seg ivaretatt og ikkje miste kontrollen over situasjonen.

Nokre informantar ynskje ikkje å legge opp, vaske og gjere klar gynekologiske pasientar når dei var vakne. Dei opplevde at dette kunne vere ubehagleg for kvinna. Men ofte ynskje anestesipersonalet kortast mogleg narkosetid, og då måtte alt vere klart til inngrepet før pasienten fekk sove. Ein informant sa det slik:

*"Eg syns ikkje alle skal opp i beinhaldarar nødvendigvis før dei er sovna. Det her er litt sånn, då må vi vere einige vi som er inne på ein måte. For eg opplever at det skal vere så effektivt, dei skal sove så lite og dei skal ha så lite, og det skal vere så lite medisin, og så kanskje dei omsyna som er gjennomtrengande og veldig sterke..."*

Forskning viser også at pasientane opplever seg sær sårbare og engstelege når deira verdigheit og blygsemd vert kompromittert (Rhodes et al. 2006). Eg ser at informantane ikkje ville utsette pasienten for påkjenningar som kunne gjere situasjonen enda vanskelegare.

### **4.3.3 Å eige inngrepet**

Men sjølv om dei fleste informantane meinte at pasienten burde skånast mest mogleg for førebuingane til operasjonen så var ikkje alle einig. Det var ulike meiningar blant informantane og ein del såg det frå anestesian sitt synspunkt, der ei kortast mogleg narkose er det beste for pasienten. Men nokre informantar ynskje å involvere pasienten i førebuingane for å gje han eit eigeforhold til operasjonen. Det er hans operasjon, det er han som eig

inngrepet og vi bør ikkje gjere han til ein hjelpelaus ting som ligg der. Pasienten skulle føle seg delaktig og få innsikt i kva som skulle gjerast med han, og sjølvstendig få ivareta dei oppgåvene som han sjølv kunne. Ein sa det slik;

*”Det er mange som seier sånn, vi kan ikkje plaga pasientane med å barbere dei før dei er sovna, vi kan ikkje plaga pasientane med å vaska dei, vi kan ikkje plaga dei med ditt og datt. Men eg trur vi akkurat skal gjere det, fordi som eg sa, dette her med at det er deira happening på ein måte, og eg trur att dei skal sjå alt dette som vi gjere. Det trur eg er veldig bra for pasientane for då får dei innsikt på ein måte. Og føler seg involvert i det som føregår. Å drive å gjere masse mystiske ting etter dei er sovna det trur eg ikkje er lurt.”*

Eg undra meg litt over kvifor det var så ulike oppfatningar omkring dette. Nokre sa at dei som oftast tok utgangspunkt i situasjonen, var det ein abratis<sup>3</sup> pasient så venta dei gjerne med førebuingane til pasienten sov, dersom dei opplevde han som stressa. Etter mi oppfatning så ynskte dei fleste å skåne pasienten mest mogleg for alle prosedyrane som skulle gjerast med kroppen hans. Den omsorga som eg opplever at dei prøvde å vise gjennom å la pasienten sleppe gjerne ubehaglege detaljar kring førebuingane, kan kanskje også vere ei undertrykkjande omsorg (Ekeland 2005). Eg ser at gjennom å gjere pasienten hjelpelaus og kunnskapslaus så utviser ein ei paternalistisk haldning. Det kan også vere eit uttrykk for ei objektivisering av kroppen til pasienten. Ekeland ser at ei slik objektivisering hindrar kommunikasjon og avslår intersubjektiviteten som er knytt til fellesskap og samhandling med andre menneske, og som kan vere eit utgangspunkt for å sjå mening i situasjonen. Men på den andre sida kan det at ein vil skåne pasienten vere eit uttrykk for at ein ser pasientens angst og sårbarheit, og at ein berre vil hjelpe han raskt gjennom det som er ubehagelig.

I funksjonsbeskrivinga for operasjonssjukepleiarar vert det sagt at ein gjennom å la pasienten ta del i førebuingane kan fremme meistring ved å gje han kognitiv kontroll. Det vert sagt at deltaking vil dempe forvirring, usikkerheit og angst, og gjere pasienten førebudd på kva som skal skje (NSFLOS 2008). Det er mogleg at når ein involverer pasienten så tyder det på at ein ser han meir som eit subjekt. Informanten såg at innsikt kan gje mening til situasjonen og at pasienten vil oppleve meistring gjennom sjølv å få ivareta og vere delaktig i førebuingane. Ein vil få ei avmystifisering av kva som skjer på operasjonsstova, noko som kan dempe angst og usikkerheit og gjere situasjonen mindre komplisert.

---

<sup>3</sup> Utskraping av livmorslimhinna.

#### 4.3.4 Pasientens integritet

Når eg spurte om situasjonar som dei opplevde som spesielt krevjande og stressande, var det mange som drog fram eksempel med redde barn. Når barna var redde og ikkje ville, så vart det nesten ein tvangssituasjon, for då måtte dei haldast. Dette vart opplevd som svært ubehageleg, og mange stilte spørsmål ved om dei i det heilt tatt hadde lov til det. Ein informant fortalte om ein episode der ungen var så redd at han sparka og slo rundt seg, han kjempa verkeleg for livet. Dei måtte vere fleire å halde han ilag med mora for å klare å legge han i narkose. Det vart stilt spørsmål ved det etiske bak slik tvangsbruk. Informanten opplevde det som eit overgrep mot dette barnet, og hadde vanskar med å legge det frå seg etter arbeidsdagens slutt. Fleire andre fortalte også om liknande situasjonar med barn der dei var med og brukte makt, og dette var noko som dei ikkje yngste å vere med på, men som var ein del av arbeidsdagen. Ei sa:

*”Og eg syns det var ein vanskeleg situasjon for har vi verkeleg lov, skal vi verkeleg gjere dette. Det var eit overgrep mot denne ungen. Å true slik noko som ikkje var heilt livsnødvendig, ein kunne ha venta litt, men det var absolutt behov for at det inngrepet skulle gjerast, det såg ein no. Men det var ingen god oppleving, det var ein ubehagleg oppleving, eg begynte å lure på min egen deltaking i ei slik gjennomføring av prosedyrar.”*

Desse barna har ingen som helst føresetnad for å kunne ha tillit til verken sjukehuset som system eller personane som er der. Nokre informantar såg at barnet oftast vart rolegare dersom den av foreldra som var med virka rolig. Det er truleg tillit til det kjente og trygge som kan få barnet til å vise tillit. Dersom foreldra utvise tillit vil barnet ha muligheit til å meistre og få meir oversikt over situasjonen gjennom tillita til at foreldra vil han vel. Men utan denne indre tryggleiken vil barnet mangle tillit til eigne forventningar, og situasjonen vert så kompleks at den ikkje er til å holde ut (Luhmann 2005). Noko som desse svært redde barna truleg opplevde. Slike hendingar såg informantane som problem for meistring av eige arbeid. Dei ynskte ikkje vere med på å bruke tvang overfor barna, men dei såg også at slike situasjonar var ein del av arbeidet.

#### 4.3.5 Å vere hos pasienten

Nokre av informantane fortalte spontant om situasjonar som dei opplevde som vanskelege. Spesielt vart det drege fram triste situasjonar med eldre og dårlege pasientar, som kanskje begynne å bli litt forvirra, og som ikkje skjønnte kva situasjon dei var i. Fleire viste til



erfaringar med at desse pasientane kanskje ikkje levde så lenge etter inngrepet, for mange tålte det ikkje. Desse pasientane trong mykje omsorg og kontakt, og gjerne at dei berre stod der og haldt dei i handa. Spjelkavik et al. (2004) kallar det for å ”vere hos pasienten”. Då vurderer operasjonssjukepleiaren situasjonen slik at dei berre står hos pasienten og prøver å gjer han trygg på den måten inntil han sovnar. Sjølv om dei då ikkje fikk gjort dei nødvendige førebuingane, så vart det sett som viktigare at dei prøvde å hjelpe pasienten med å meistre situasjonen. Ekeland (2008) seier også at ein gjennom målretta samtale kan bidra til endring av meiningstap og forvirring, og leie pasienten fram mot meistring. Eg fekk inntrykk av at informantane ikkje klarte å formidle tryggleik gjennom verbal informasjon til desse eldre uklare pasientane, men at dei prøvde å gjere pasienten trygg gjennom å vere der med han og gjennom kroppskontakt. Fleire av forskingsartiklane viste til ein samanheng mellom angst og stress hos pasienten og komplikasjonar etter operasjonen, som påverka pasientens moglegheit til å overleve (Valeberg 2002, Jakobsen 2005). Informantane sin oppleving av at dei eldre pasientane som hadde ein særdeles uoversiktleg situasjonen ofte ikkje levde så lenge etter inngrepet, kan sjåast i samanheng med Luhmanns (2005) teori om tillit og meining som grunnlag for å redusere kompleksitet og oppnå meistring. Dersom pasienten ikkje skjønar kva som skjer har dei ikkje noko grunnlag for å vise tillit, og gjennom tillit redusere kompleksiteten i situasjonen. Eg vil tru at informantane si oppleving av at desse pasientane vart tryggast gjennom mellommenneskeleg kontakt, samsvarer med Ekeland sin teori om gode relasjonar som hjelp til å finne meining i ein vanskeleg situasjon.

Stundom opplevde informantane at nokre pasientar var reserverte og tilbaketrekt. Desse pasientane gav signal om at dei ikkje yngste å snakke så mykje, men informantane prøvde likevel å formidle at dei var der for å ta vare på dei. Sjølv om pasienten var reservert såg dei det som viktig at han ikkje vart liggande aleine men: ”... at nokon er der.” Kvifor pasienten er tilbaketrekt og ikkje ynskjer noko særleg kontakt kan ein undre seg over. Kanskje kan det vere eit uttrykk for ei sterk tillit til at det går bra, eller innsikt i at informasjon uansett ikkje kan ta bort usikkerheita ved situasjonen (Luhmann 2005). Dersom pasienten har ei indre sikkerheit seier Luhmann at det innebere ei tru på at andre vil handle slik som det vert forventa av dei. Gjennom ei slik generalisering av åtferdsforventningar kan pasienten roleg forholde seg til uvissa som framtida inneheld.

### 4.3.6 Pasient i lokalbedøving

Mange var opptatt av at når pasientane vart operert i lokalbedøving, så vart det ein litt annan kommunikasjon. Ofte vart til dels store inngrep utført medan dei var vakne, men størrelsen på inngrepet var ikkje avgjerande for pasientens behov. For han var det uansett ein stor ting, same kor lite inngrepet var. Nokre meinte at høg bøyel<sup>4</sup> som hindra dei frå å sjå ansiktet til pasienten førte til at dei lett gløyme at han låg der vaken. Då var det fort at det sterile teamet prata seg imellom. Dei prøvde derfor å ha eit blick på hudfarge og ansiktsuttrykk, og gje fortløpande informasjon om eventuelle drag eller stikk som han kunne kjenne. Pasienten ville då vere førebudd og kunne kommunisere om behov for meir lokalbedøving. Ein kommenterte det slik:

*”Uansett om det er berre ei nagl som skal fjernast så er det faktisk for den som ligge der kanskje noko som pasienten har grua seg til i lenger tid, det er kjempetøft å berre vere her, han er kanskje redde stikk og alt. Og det er litt viktig at vi husker på, at vi minner kvarandre på, at no har vi ein våken pasient og tenker over kva vi seier.”*

Å vere vaken under inngrepet kunne vere krevjande for pasienten, og mange av informantane hadde oppdaga at pasienten var gjennomvåt av sveitte etter inngrepet, utan at han hadde gitt verbalt uttrykk for ubehag undervegs. Eg vel å tolke dette som eit uttrykk for at pasienten ikkje vil ”plage” kirurgen og vere til bry, at dei prøver å verte akseptert og likt (Ekeland 2008). Sjølv om informantane meinte at dei var observante på teikn frå pasienten så såg dei etterpå at inngrepet hadde vore ei påkjenning. At informantane var opptekne av å minne kvarandre på at pasienten var vaken, kan truleg tyde på at det ofte vart kommunisert over hovudet hans. Ekeland (2008) meiner at det er hjelparen sitt ansvar å skape gode relasjonar gjennom å sjå korleis pasienten har det. At desse vakne pasientane stundom kan ha høgt stressnivå gjennom heile inngrepet, kan kanskje gjere dei ekstra utsett for ulike komplikasjonar etterpå.

Truleg er det innan kirurgien vi finn den største faren for ei objektivisering av pasienten. Men etter kvart som stadig fleire inngrep vert utført i lokalanestesi vil det krevje ei endring til meir heilskapleg omsorg peroperativt. Informantane såg at når pasienten var vaken så hadde dei ikkje tilgang til pasientens kropp på same måte som når han sov. Dei måtte ta med den subjektive omsorga under heile inngrepet (Grimen 2008). Subjektet kan vere eit forstyrrende

---

<sup>4</sup> For å lage eit skilje mellom sterilt og usterilt område set ein opp bøyel der det sterile oppdekningspapiret vert hengt opp. På den måten vert det ein ”vegg” mellom pasientens ansikt og operasjonsfeltet.

element for naturvitskapane å forholde seg til, når ein helst vil fokusere på å reparere det som er defekt, seier Ekeland (2008).

Mange inngrep vert etter kvart utført som dag kirurgi. Då kjem pasienten til sjukehuset, vert operert og reiser heim same dagen. Når ein hadde dag pasientar som skulle rett heim etterpå var den informasjonen som dei gav på operasjonstova svært viktig for pasientens meistring av inngrepet og heimreisa. Dersom pasienten var engsteleg så prata dei lett med han, og prøvde så å flette innimellom praktisk informasjon om korleis han skulle forholde seg med såret og liknande. Ein del pasientar hadde lest på nettet om operasjonen og hadde mykje kunnskap om inngrepet som dei skulle igjennom. Dette vart for det meste opplevd som positivt for då tok pasienten meir initiativ til å spør sjølv. Ein sa: ”... nokon kan vere veldig sånn, ja kan eg stå på foten, kan eg gå, kan eg begynne å jobbe igjen, kva skal eg gjere når eg kjem heim ...”. Studiar på dag kirurgi pasientar sine opplevingar viser at manglande informasjon fører til nedsett evne til å meistre utskrivning og heimreise (Rhodes et al. 2006). Vidare viser studien at lyttande og empatiske operasjonssjukepleiarar er avgjerande for pasientens oppleving av tryggleik. Sjølv om ein prøvde å få gitt praktisk informasjon innimellom, så kan eg sjå at det vil vere ei utfordring å få tatt utgangspunkt i pasientens meiningsverd og forståing. For tida ilag med pasienten er kort og det tek tid å kartlegge kor mykje pasienten kan og forstår. Informantane fann det både krevjande og positivt at pasientane hadde skaffa seg kunnskap sjølv. Kanskje er det positivt at pasienten har konkrete spørsmål, men pasientens kunnskap krev at ein sjølv har kompetanse til å svare.

#### ***4.4 Teamsamarbeid som grunnlag for pasientens oppleving av tryggleik***

##### **4.4.1 Steril rolle**

Informantane meinte det var ulike forventningar til dei alt etter kva rolle dei hadde under inngrepet. Ei sa: ” Eg føler at i den sterile rolla så er det instrumenta eg skal passe på for at pasienten skal ha det trygt og godt. Du skal sjekke kanskje at skruane er til stede, du skal ha eit blikk for det om det er vekke biter av eit utstyr eller noko sånt. ” Rolla som steril operasjonssjukepleiar føreset god kontroll under assistering og over instrument. Ein skal kjenne inngrepa så godt at ein alltid kan vere i forkant med kva kirurgen treng. Operasjonssjukepleiarane likte ikkje å bli avbrote eller forstyrra i arbeidet med instrumenta. Dei meinte at pasienten sin sikkerheit var avhengig av om dei hadde kontroll. Dei fleste hevda

at når dei hadde denne rolla så kunne dei ikkje samstundes snakke med pasienten. Ofte så var ein så konsentrert om førebuing av instrument at ein gløymde pasienten. Truleg må ein akseptere at fokus til tider vil vere på praktiske og tekniske oppgåver. Og Stenhaug (2002) ser også at det er omsorga for pasienten som ligg til grunn for den presise handteringa av instrumenta. Men det er mange med i teamet og det vart sagt at når ein sjølv ikkje kunne prate eller vere med pasienten, så forventta ein at det var andre som gjorde det.

#### **4.4.2 Vår kvardag**

Både anesthesi- og operasjonspersonalet hadde mykje medisinsk teknisk utstyr som skulle klargjerast. Stundom stolte ein for mykje på kvarandre med omsyn til å kommunisere med pasienten, slik at det hendte han vart liggande aleine mellom alle som var opptatt av sitt. Ein informant sa: *"... eg føler at vi har våre oppgåver der inne vi er, og pasienten er jo i botn og grunn også interessert i at vi gjere jobben vår, men at vi tar han med langs med."* Arbeidet måtte gjerast, og pasienten skulle inkluderast, sjølv om det kunne vere lett å gløyme. Men eg fekk inntrykk av at ein hadde eit auge med at nokon var hos pasienten når ein ikkje kunne vere der sjølv. Ei sa: *"Då trur eg det er viktig at det er nokon som høyrer og er vakne. For kvar og ein er opptatt av sitt. Eg tar meg i det nokre gonger at eg er så opptatt av mine ting at eg har stått med ryggen til pasienten lenge."* Jacobsen (2004) sin studie synte at det pasienten satt mest pris på under den peroperative fasen var den gode mellommenneskelege kontakta der dei vart inkludert i samtala. Ei forklaring på at pasienten vert overlate til seg sjølv i periodar kan vere alle kontrollrutinane som skal utførast. Det vart gjerne prata om det medisinske utstyret: *"... kva skal vi gjere, har vi sjekka den og virke den, og er den testa?"* Slike situasjonar vart ofte drøfta uformelt med kollegar men viste seg vanskeleg å få retta på. Ein kan undre seg på kvifor, kanskje er førsteprioritet pasientens sin sikkerheit og at alt utstyr fungerer som det skal. Eg ser at slike hendingar ikkje er bra for pasienten, og at han truleg vert engsteleg av manglande forklaring på førebuingane på stova. Noko som Jacobsen (2004) også fann i si studie.

Det vere forskjell mellom private samtalar og fagleg prat. Å vere opptatt av det faglege kan opplevast tillitsvekkande, men føresetnaden er at pasienten vert inkludert. Von Post & Lindwall (2006) fann at dersom pasienten opplevde å bli behandla som eit inngrep og ikkje vart inkludert i samtala så førte det til auka angst. Kanskje vert han ikkje redd men roleg av at alt vert sjekka mange gongar, dersom han får forklaring og er med i samtala. Pasienten er klar over asymmetrien i kunnskapane og det er også på basis av den epistemologiske ulikskapen

han har grunn til å utvise tillit (Grimen 2001). Rhodes et al. (2006) fann også at det var negativt dersom pasienten ikkje vart møtt av omsorgsfulle sjukepleiarar. Samstundes viser det seg at pasientane etter kvart vert meir opptatt av å vere delaktig i avgjerder om eigen behandling (Saunders 2004).

Eg forstod at informantane kanskje hadde eit ambivalent forhold til prating på stova. Dei ynskte sjølv å prate med kollegaer men samstundes så hadde dei opplevd at andre si prating over hovudet til pasienten ikkje var bra. Ein del av informantane var opptatt av at livet på operasjonsstova var deira kvardag. Dei jobba i team og det var lett at ein tok til å prate om helgeturen eller fjellturen over hovudet til pasienten. Det var kanskje den stunda ilag på stova at dei prata med kollegaer som ofte også var vener. Ein informant hadde fått dette inntrykket frå ein pasient etter operasjonen : ”... *kva dei pratar om når han sove var greitt, men når dei pratar om alle sånne kvardagslege ting før han fekk sove, det var eit sånt irritasjonsmoment. Og når du blir irritert på nokken så stoler du heller ikkje på nokken...*”. I dette tilfelle opplevde informanten at pasienten si tillit til personalet vart erstatta av irritasjon. Von Post & Lindwall (2006) fann også at dersom ein møter pasienten med nonsjalanse, snakkar over hovudet på han om private ting og ikkje møter han med omsorg og venlegheit, så opplever pasienten seg som ei oppgåve det skal gjerast noko med. Det illustrerast også av Luhmann (2005) som seier at tillitens natur er skrøpelig, tillit kontrollerast gjennom teikn på pålitelegheit, og den som gjev tillit treng teikn på at den som får er verdig til å få. Veggen frå tillit til mistillit er kort og berre ein liten merknad er nok til at tillita forsvinn. Det er også så mykje vanskelegare å gå frå mistillit til tillit.

Truleg vil pasienten oppleve det utrygt dersom teamet diskuteter over hovudet på han. Slike interne diskusjonar kan vere ei ulempe når det gjeld pasientens tillit til profesjonen og dermed også påverke hans evne til å sjå samanheng og meining i situasjonen. Kanskje kan pasienten oppleve det som særskilt objektiverande å verte diskutert som ein kropp som skal reparerast utan at han vert sett som person. At ein prata over hovudet til pasienten var spesielt uheldig med vakne pasientar som vart operert i lokalbedøving. Men også noko som kunne førekomme under førebuingane av pasienten og då spesielt dersom det var med personar på opplæring, og det var det nesten alltid. Mange var redd at dette kunne opplevast utrygt for pasienten. Dei kunne lett få den trua at ein ikkje hadde kontroll på alt. Ei sa det slik: ”... *nokre gonger snakkar vi for høgt, nokre gonger er vi for mange personar som snakkar på ein gong, sånn at pasienten forsvinn som ein liten dott ned i der, og elles kan det vere mange folk som driv og*

*snakkar over hovudet på han. Og det er ofte på dei dårlegaste pasientane, dei som absolutt ikkje skal ha det sånn.”*

Kommunikasjon med pasienten, prega av mellommenneskelege relasjonar som forståing og respekt kan påverke mentale prosessar og verke som eit kraftig placebo seier Ekeland (2008). Informantane var klar over betydninga av at pasienten var med i samtala, men eg fekk inntrykk av at det var så lett å gløyme dette i kvardagens rutine. Gilje & Grimen (1995) seier også at mennesket ikkje alltid handlar slik dei veit er best, og kallar dette fenomenet for viljesvakheit, og forklarar det med ein menneskeleg hang til å velje lettaste utvegen. Noko som dei ser er ganske utbredt i vårt moderne samfunn. Og som i slike tilfelle truleg vil påverke pasientens tillit til personalet. Tillit føreset at ein viser pasienten respekt og den tillita får ein gjennom å vise seg verdig seier Ekeland (2008).

#### **4.4.3 Å bruke humor**

Mange fortalte om at det var mykje spøk og latter på stova, og at dei brukte humor i ulike situasjonar. Fleire meinte at ein lett stemning kunne ufarleggjere situasjonen. Det vart på eit vis litt meir kvardagsleg for pasienten, og kanskje vart det lettare å spør dersom ein lurte på noko. Informantane peika på at ein skal vere forsiktig så den lette samtala ikkje vert til noko som kan såre, men sjå an kvar situasjon og kvar pasient. Ei sa det slik: *”... og viss det hender at vi tøyser med kvarandre, så må vi fortelje pasienten at vi har det litt sånn på jobb, då må han få lov å delta på det, vi kan ikkje sette pasienten på sida av det, og snu ryggen til og så stå der å flire for eit eller anna, og syns at det er greitt.”*

Eg finn støtte i ein del forskingsartiklar for informantane sitt syn på at humor kan brukast som eit middel til å redusere angst. Leninonen & Leino-Kilpi (1999) fann at pasientens oppleving av angst kunne reduserast med humor, musikk og undervisning. Ei beskrivande survey studie av Jacobsen (2004), om pasientar sin preoperative angst syner også at dersom pasienten fekk anledning til å stille spørsmål så reduserte det angsten. Opplevde pasientane ein lett stemning på stova så kunne det vere enklare å stille spørsmål. Humor kunne også gje ei oppleving av fellesskap og samkjensle, og nettopp samkjensle kan gje meining i vanskelege situasjonar, noko som Paulson (2004) også fann. At det er mange funn på at humor og latter verkar angstreduserande kan tyde på at pasienten då slappar av og opplever at han ikkje er i nokon farleg situasjon.

Det indre miljøet på operasjonsstova som informantane her ser er viktig for å fremme pasientens tillit, beskriv von Post & Lindwall (2006) som den felles verden som pasienten og personalet delar. Informantane såg betydninga av å innlemme pasienten i fellesskapen på stova, noko som kan samanliknast med eit tilfeldig vennskap der pasienten vart losa gjennom operasjonen med humor, varme og nærhet. Eg tolka informantane slik at dei såg den relasjonelle sida av samhandlinga med pasienten som viktig. Noko som pasientane også er opptatt av, dei ynskjer å bli akseptert og likt (Ekeland 2008).

#### **4.4.4 Teamsamansettinga**

Alle informantane såg team samansetninga som viktig for korleis samarbeidet på stova gikk. Nokon jobbar ein lett ilag med, ein slepp å sei så mykje, eit ord i forbifarten, og så er alle innforstått med det. Medan andre tenkjer heilt annleis, og denne draginga i kvardagen kunne vere litt utfordrande. Spjelkavik et al. (2004) fann også at teamfunksjonen er viktig både for at dei ulike yrkesgruppene skal kunne utføre ein fagleg forsvarleg jobb og for å unngå stress hos pasienten. Det er også funne at stor variasjon i teamsamansetninga der ein stadig må forholde seg til nye personar er svært krevjande (Lipponen et al. 2004). Ein kan kanskje stille spørsmål ved om det kan vere ein samanheng mellom dårleg teamsamarbeid og resultatet av operasjonen. Kingdom & Halvorsen (2006) fann at pasientsikkerheita på operasjonsavdelinga er avhengig av sjukepleiarens kliniske kompetanse, dømmekraft, og kritiske vurdering og at dårleg kommunikasjon mellom medlemmar i teamet var stressande. Dette kan tyde på at eit dårleg fungerande team utgjer ei fare for pasientens sikkerheit.

### **4.5 Kommunikasjon**

#### **4.5.1 Kontinuerleg informasjon**

Mange forklarte kommunikasjonen som dei hadde med pasienten som ein prosess der dei informerte kontinuerlig om kva dei gjorde og kvifor. Fleire av informantane drog fram at når dei henta pasienten i slusa, noko som dei helst gjorde på vakter når portøren ikkje var tilstades, så tok dei til med konkret informasjon med ein gong. Det var ikkje noko ekstra tid til denne informasjonen, det var noko som vart gjort samstundes som dei arbeidde. Og ved vanlege rutine inngrep gjekk det raskt og greitt å informere. Ein del meinte at dei berre hadde tid til å gje pasienten enkel og konkret informasjon: ”... så det går mest på sånne enkle ting, og viss det er ting dei lurar på. Men elles så kan du ikkje gå inn i noko sånn veldig djupe samtaler, det har vi ikkje tid til, det må gå på enkle ting og enkle informasjonar og sånne ting

... ”. Eg forstod informantane slik at dei snakka seg gjennom prosedyrane etterkvart som dei vart utført. Det at operasjonssjukepleiarane meiner der er viktig å informere fortløpande kan også sjåast på som at dei ikkje ynskjer å utføre prosedyrar med kroppen til pasienten utan at han er førebudd. Richardson-Tench et al. (2006) sin studie støttar mine informantar i at det er viktig å ”snakke igjennom” prosedyrane som vert gjort på operasjonsstova, slik at pasienten er førebudd og samtykkjer. Dette såg dei også på som ein metode til å oppnå tillitsrelasjonar. Andre studium viser at informasjon gitt før operasjonen påverkar pasientens subjektive oppleving av angst og smerte etter operasjonen, samt liggetida på sjukehuset. Det er også vist at fortløpande tilgang på informasjon er viktig for å kunne takle stress og angst i den per operative fasen (Leinonen et al. 1999).

Det kan klart vere ei fare for at måten ein kommuniserer på når ein gjev informasjonen vert for mekanisk. Informantane fokuserte på den kontinuerlege informasjonen som eit middel til å fremje meistring peroperativt. Men Ekeland (2008) legg vekt på at kommunikasjon skal vere meiningsskapande og relasjonsorientert og ikkje primært informasjonsorientert. Han stiller spørsmål ved om helsevesenet er for opptatt av mekanisk fakta informasjon og for lite opptatt av dei mellommenneskelege sidene ved kommunikasjonen. Faren er at kravet om effektivitet i helsevesenet har ført til ei for stor grad av standardisering, noko som gjer at samtala der ein informerer er blitt ein instrumentell monolog. Informantane uttrykte ikkje noko behov for meir tid til informasjon. Eg kan sjå at det er ein moglegheit for at dei er fanga i kravet om å produsere. Dei var opptatt av at operasjonsprogrammet skulle gjennom og at ingen pasientar skulle strykast. Det kunne virke som enkelte opplevde tilfredsheit med jobben dersom dei klarte å vere så effektive at dei kom igjennom dagens operasjonsprogram. Dette kan tyde på at krava om kostnadseffektiv produksjon i for stor grad er blitt ein del av kvardagen, slik at det mellommenneskelege aspektet forsvinn.

Fleire var opptatt av å informere før ulike prosedyrar. Ei sa det slik: ”... så det er klart at dersom du begynner å bandasjere føtene utan at pasienten har fått noko informasjon, så er dei bandasjane på feil plass.” Eg forstod at informasjonen ofte var prosedyrerelatert, og desse prosedyrane gjaldt kva dei reint praktisk skulle gjere med kroppen til pasienten. Denne informasjonen var eit ledd i å førebu pasienten til operasjonen. Ekeland (2008) meiner at helsepersonell har for stor tru på den instrumentelle sida av informasjon. Han ser at i naturvitskapar der ein gjer ei handling for å oppnå eit resultat så er det greitt, men når det gjeld kommunikasjon så er både avsendaren og mottakaren fortolkande subjekt. Og her er ei



fare for at ein gløymer subjektet. Ein må ta utgangspunkt i kva pasienten forstår og kva som er hans meiningsverd. Ekeland dreg her fram at det å bli lytta til og god kommunikasjon er nettopp det pasientar ynskjer. Og det å ikkje bli høyrd er ein dårleg erfaring som ein del pasientar har. Her vert han støtta av funna i studien til Paulson (2004), som finn at pasientane ofte klaga over at dei følte seg som eit tilfelle som skulle behandlast effektivt. Det kan kanskje tenkast at informasjonen som vert gitt kontinuerlig i nokre høve kan vere ei hindring for gode relasjonar. Med utgangspunkt i Ekeland sine teoriar så kan det vere viktigare for pasienten at han vert sett og høyrte.

#### **4.5.2 Å sei dei rette tinga.**

Mange informantar meinte at deira oppgåve var å gjere det lett for pasienten. Det vart sagt at ein prøvde å invitere til spørsmål, men at det kanskje var noko ved situasjonen som gjorde at så få spurde om noko. Derfor så prøvde ein å prate og lage ein god stemning. Av og til så kunne ein sjå på pasienten at no har eg sagt noko som han har misoppfatta. Og då er det ikkje alltid like lett å ta seg inn igjen. Ein sa: *”... eg har vore opp i ein del situasjonar som eg kanskje for meg sjølv kan evaluere at det skulle eg kanskje ikkje ha sagt, men det er så vanskeleg å gjere ting usagt, og det får eg berre lære av.”* Eg forstod det slik at når ein prøvde å spøke og lage ein lett stemning, så kunne det i nokre tilfelle føre til at pasienten misforstod.

Nokre informantar opplevde det som uheldig å sei til pasienten at ”dette her går så bra”. For dei meinte at vi kunne ikkje garantere noko som helst, og då burde ein ikkje sei det heller. Ein informant fortalte om ein episode der pasienten var svært engsteleg, og der ein prøvde å roe han ned med desse orda. Men denne pasienten fekk ein alvorleg allergisk reaksjon under innleiinga av narkosen, noko som førte til multiorgansvikt. Informanten uttrykte det slik: *”... så det var litt av ein oppleving, og aldri meir om eg skal sei at dette skal gå så bra.”*

Eg såg at informantane prøvde å lage ei god stemning for at pasienten skulle slappe av, og føle seg trygg. Eg ser at dette er i tråd med Ekelands (2008) teori om at god kommunikasjon bygd på gode relasjonar vil fremje meistring. Men han meiner at samtale for samtala si skuld ikkje er nok, den må vere målretta for å oppnå det ein ynskjer. Her er det kanskje problemet kan vere, ein pratar lett utan å ta utgangspunkt i pasientens situasjon. Og den skrøpelege tillita som pasienten har, kan forsvinne på eit blunk dersom ein er uheldig og seier noko feil. Ein bør også sjå at det er pasienten som er den suverene til å tolke kommunikasjonen, og tolkinga

kan vere annleis enn den budskapet som ein ynskte å sende. Den risikoen som tillitsgivaren tek for å kunne gå gjennom eit operativt inngrep gjer han svært sårbar, og informantane som var opptatt av å sei dei rette tinga var klar over pasientens uro. Dei prøvde å roe gjennom venleg prat, men opplevde at dei kunne verte feiltolka. Informanten som garanterte at inngrepet ville gå bra, prøvde å roe ein engsteleg pasient med vanlege ord. Ho opplevde seg truleg ikkje verdt tillita frå pasienten, sidan ho ikkje haldt det ho lova, sjølv om ho på ingen måte kunne lastast.

### **4.5.3 Når det haster**

Når ein har augeblikkelig hjelp pasientar og traumepasientar så vert det lite verbal kommunikasjon med pasienten. Nokre sa at dei ikkje tykte det gjorde noko for då hasta det og dei måtte fokusere på konkrete oppgåver. Då var ein opptatt av at pasienten skulle komme best mogleg ut av situasjonen og så fekk kommunikasjonen komme i andre rekke. Ein del sa at det kanskje var lett at ein snakka seg imellom og var lite observant på at pasienten kunne høyre det som vart sagt. Dette kom av at slike situasjonar opplevast som stressande, og at ein vart svært fokusert på konkrete oppgåver. Ein sa: *”Ja viss ein ser på augeblikkelig hjelp pasientar og type traume, så forsvinne det ein del av kommunikasjonen viss det er ein alvorleg ting, altså viss du då på ein måte berre må sentrere deg om oppgåvene dine.”* I slike høve var situasjonen uoversiktleg for både pasienten og operasjonssjuepleiaren. Informantane måtte sjølv prøve å få oversikt over kva som skulle gjerast og konsentrere seg om dei instrumentelle oppgåvene. Pasienten har då ikkje noko val, han må berre stole på at dei profesjonelle har den kompetansen som skal til for å hjelpe han. Grimen (2001) ser at akutt eller alvorleg sjuke pasientar er tvungne til å stole på helsepersonell, ein situasjon som gjer han svært sårbar. Når informantane då opplever at dei ikkje har tid eller oversikt nok til å samtale med pasienten, så fell også pasientens moglegheit til å finne meining gjennom informasjon bort. Ein vert i slike situasjonar avhengig av at pasienten har ei indre sikkerheit som kan fremme meistring. Har han det så vil han også ha moglegheit til å forholde seg tillitsfull til usikkerheita som framtida inneber (Luhmann 2005).

## **4.6 Oppsummering**

Funna i denne studien viser at informantane er opptatt av at pasientane skal føle seg trygge under opphaldet på operasjonsstova. Dei dreg fram ulike måtar som dei prøver å hjelpe pasienten til å finne oversikt og meining i situasjonen. Informantane legg eigen faglege

tryggleik til grunn for å kunne gjere opphaldet trygt for pasienten. Mange opplevde derfor den første tida som nyutdanna som spesielt krevjande, det same var vakter med ukjente og akutte inngrep. Informantane karakteriserte møtet med pasienten som ein situasjon der dei gjennom sine tidlegare erfaringar kunne sjå kva behov pasienten hadde.

At dei ikkje hadde kontakt med pasienten før og etter inngrepet vart ikkje sett på som viktig. Det som var viktig var å gjere notida trygg for pasienten og nytte den fullt ut. Alle var svært opptatt av informasjon, noko som dei såg på som grunnleggande for at pasienten skulle føle seg trygg. Samstundes meinte dei at i nokre situasjonar så var ikkje verbal kommunikasjon det beste, men at ein berre stod med pasienten.

Dei var også opptatt av at operasjonsstova var deira kvardag og at teamsamarbeidet kunne påverke korleis pasienten opplevde opphaldet. Eg såg også at informantane hadde ulike meiningar om kor mykje pasientane skulle involverast og sjølv delta i førebuingane til inngrepet. Dei grunna dei ulike oppfatningane ut frå ulike teoretiske syn.

## 5.0 Diskusjon av forskingsspørsmåla

Eg ynskjer i dette kapittelet å gjere ei oppsummerande drøfting av analysen med utgangspunkt i dei tre forskingsspørsmåla. Intervjuguiden vart laga utifrå desse spørsmåla, og følgeleg dreier det meste av materialet seg om desse områda. Under analysen av empirien var det også tre funn som skilte seg tydelig ut. Det første var kravet om effektivitet. Informantane fortalte om ein kvardag der dei hadde kort tid til kvar pasient. Dei hadde eit operasjonsprogram å forholde seg til, og dei ynskte ikkje at pasientar måtte strykast eller at dei vart liggande lenge å vente på sin tur. Det andre var korleis dei klarte å ta vare på både den subjektive og objektive delen av omsorga for pasienten. Ein føresetnad for å kunne utføre kirurgi er at ein treng å sjå på pasientens kropp som eit objekt. Men før og etter må ein ta med subjektet, noko som har vist seg svært viktig for utfallet av operasjonen. Det heng også saman med det tredje funnet, som var ynsket om å informere pasienten kontinuerleg, noko som dei såg som ein føresetnad for pasientens meistring. Informasjon har to sider, den eine er innhald, den andre er relasjon, det vert såleis ikkje likegyldig korleis ein gjev denne informasjonen. Ekeland (2008) seier at i dagens helsevesen er ikkje problemet at det vert informert for lite, men at kommunikasjonen er for dårleg. Ofte måtte relasjonen vektleggast føre den konkrete informasjonen noko som vart styrt av dei ulike kontekstane.

Desse funna vert sett opp mot overordna strukturelle rammer og i lys av teoretiske perspektiv. Drøftinga heng saman med analysen av empirien og noko overlapping i diskusjonen er derfor vanskeleg å unngå.

### ***5.1 Korleis kan kravet om effektivitet påverke omsorga for operasjonspasienten?***

Etter den nye styringsforma i helsevesenet (NPM) er tanken at ei større grad av marknadorientering vil føre til ei meir kostnadseffektiv drift av helsevesenet. Blant anna har stykkprisfinansiering av ulike kirurgiske inngrep blitt innført for å sikre større samsvar mellom behov og resursbruk. Det har igjen ført til auka krav om produktivitet for å sikre ei kostnadseffektiv sjukehusdrift. Ekeland (2004) ser at dette auka kravet om effektivitet vil påverke dei ulike profesjonane og arbeidsmetodane deira. Kravet om å produsere har også nådd operasjonsavdelinga, ein skal arbeide effektivt men på same tid skal det ikkje gå på

kostnad av pasientsikkerheita. Informantane var opptatt av at dei skulle vere effektive og nytte den tida dei hadde godt. Dersom dei brukte for lang tid til førebuingar ville det gå utover neste pasient som låg og venta på sin tur. Og kanskje ville nokon verte strokne av operasjonsprogrammet ved slutten av dagen. Ofte kan uføresette hendingar under inngrepet føre til at det tek betydeleg lenger tid enn planlagt, slik at resten av operasjonsprogrammet vert utsett. Men det er ein uheldig situasjon for pasientar som var klargjort og ligg og ventar. Det har også vist seg at venting er noko som fører til auka angst hos pasienten (Jacobsen 2004, von Post & Lindwall 2006).

Informantane var av ulik oppfatning med omsyn til om dei hadde for lita tid til pasienten eller om dei hadde nok tid. Dei som meinte at dei hadde nok tid fokuserte på at dei ikkje kunne gå inn i pasientens problem med omsyn til ei eventuell alvorleg diagnose. Men at dei kunne forholde seg til pasientens angst for situasjonen på operasjonsstova og det føreståande inngrepet. Dei fleste meinte dei hadde kort tid, men ikkje for kort tid til å gjere arbeidet sitt. Sidan dei ikkje hadde kontakt med pasienten før og etter inngrepet, såg dei ikkje noko grunn til å gå inn i pasientens psykiske stress på grunn av ei alvorleg diagnose. Det var deira oppgåve å gjere det bra for pasienten den stunda han var på operasjonsavdelinga. Pasienten måtte igjennom inngrepet, dei kunne ikkje ta han ut av den vanskelege situasjonen, men gjere den best mogleg for han. Eg fekk inntrykk av at operasjonssjukepleiarane var fornøgd med korleis arbeidsdagen var organisert sidan dei ikkje gav utrykk for at dei yngste modellen med perioperativ sjukepleie. Ein kan gjerne sjå denne oppfatninga også i lys av effektivitetskravet, der kvar gruppe har sitt område dei skal ta seg av for å få flyt i pasienthandsaminga. Operasjonssjukepleiarane såg pasientens opphald på operasjonsstova som sitt område. Sidan så mykje forskning viser at den perioperative modellen er det ideelle både for pasienten og operasjonssjukepleiaren, så finn eg det vanskeleg å forstå at dei ikkje fokuserte meir på eit ynskje om å prøve ut denne modellen. Det kan kanskje samsvare med Ludvikson & Svenson (2005) sine funn, at operasjonssjukepleiarane ikkje nyttar ledig tid i lag med pasienten, men heller til praktiske gjeremål. Det er mulig at det kan tyde på at nokre finn det praktiske som både det som tek mest tid, og at det er viktigast å få unnagjort.

Luhmann (2005) meiner at ein aldri kan gje noko garanti om framtida, eit menneske har berre notida å forholde seg til. I samsvar med Luhmanns tankar kan det kanskje vere nok at operasjonspersonalet oppnår pasientens tillit i notida, og at det kan vere tilstrekkeleg til at

pasienten kan meistre usikkerheita som ligg i utfallet av inngrepet. For kva som vil skje i framtida inneber alltid ein usikkerheit, og alle moglege utfall gjer at kompleksiteten vert uhandterleg. Dersom ein kan oppleve tryggleik i notida, i den situasjonen ein er i, så kan ein etter Luhmann sine tankar klare å forholde seg til den usikkerheita som framtida inneber. Dei som meinte at tida var for kort såg truleg at det kunne ta tid å oppnå pasientens tillit, og at dei var avhengig av å få litt tid til å skape ein relasjon med pasienten.

Ein kan stille spørsmål ved om NPM modellen er så sterkt implementert i operasjonssjukepleiarane sin tankegang at dei ikkje klarer å sjå arbeidet annleis. Dei kan vere så prega av krava om å produsere, at dei opplever det som tilfredstillande at ingen pasientar vert strokne, og at dei dermed har oppnådd målet for arbeidet sitt. Men kravet om å vere effektiv kan også ha uheldige verknadar på operasjonssjukepleiarane si helse, og til sist også gå ut over sikkerheita til pasienten. Truleg er det først når presset om produktivitet vert uoverkommeleg og ein ikkje klarer å oppfylle forventningane som pasientane og systemet har, at det vil gå ut over helsa (Kingdom & Halvorsen 2006).

Informantane var svært opptatt av at pasienten skulle vere trygge og gjorde alt dei kunne for sikkerheita hans, samstundes som dei jobba raskt for at neste pasient skulle få komme ned til førespegla tid. Gjennom å utføre dei ulike prosedyrane med respekt og varsemnd så ynskte dei at pasienten skulle føle seg ivaretatt og trygg. Det er også i samsvar med Luhmann (2005) sine tankar om at ein vert avslørt som tillitsverdige eller ikkje i interaksjonen med pasienten. Måten ein handlar og uttrykker seg på vil påverke pasientens oppfatning av oss. Informantane la opp arbeidet sitt etter tida dei hadde til rådvelde, og det var ”her og no” situasjonen som var det viktige. Samhandlinga med pasienten skjedde innafor ein så, for pasienten, uoversiktleg kontekst, at deira oppgåve var å framstå som tillitsverdige i augeblikket. Det er mogleg at tillit til at dei profesjonelle kan sine oppgåver og vil han vel, er den måten pasienten må meistre på. Og at den tillita kan formidlast i augeblikket gjennom at operasjonssjukepleiaren framstiller seg som tillitsverdige.

Kravet om effektivitet var særleg utfordrande når ein var relativt nyutdanna. Då vart det opplevd som så krevjande med alle dei ulike instrumenta og all teknologien at det var vanskeleg å få auga på pasienten. Samstundes var nytt utstyr og akutte situasjonar krevjande sjølv om ein hadde lang erfaring. Forsking viser også at operasjonssjukepleiaren si rolle vert stadig meir teknisk krevjande i takt med utviklinga av ny teknologi og meir kompliserte

inngrep (Covan 1997, Vincent 1997). Det krev at operasjonssjukepleiaren si tilnærming til pasienten er prega av både omsorg og teknologi. Informantane ville stå fram som trygge og pålitelege, samt fagleg kompetente, for dei opplevde at det medvirka til at pasienten vart rolegare. Dei trudde også at pasienten ynskte at dei var omsorgsfulle, og at dei synta at dei var der for å passe på når han ikkje lenger kunne ta vare på seg sjølv. Gjennom å formidle respekt og forståing prøvde dei å vise seg tillitsverdige. Dei var klare på at dei jobba med krav om å produsere og å vere effektive, men at det aldri skulle gå på kostnad av pasientens tryggleik. Poulson (2004) fann likevel at effektivitetskravet hadde gått på kostnad av omsorga til pasienten.

Ekeland (2008) ser dei mellommenneskelege relasjonane som avgjerande for korleis pasienten skal meistre inngrepet. Han er klar på at kommunikasjonen må ta utgangspunkt i konteksten som samhandlinga føregår i. Den korte tida som ein har til rådvelde kan vere til hinder for å oppnå ei god kontakt med pasienten. Det er her empati, eller innleving i pasientens situasjon kan vere ei hjelp til å forstå korleis han har det. Informantane opplevde seg sjølv som dyktige til å lese pasientens behov. Dei hadde kort tid, men gjennom kroppsspråket til pasienten kunne dei sjå og tolke hans behov. Truleg har operasjonssjukepleiaren utvikla gode evner til å vere rask til å lese og forstå situasjonar gjennom arbeidet sitt. Sjølv om dei hadde kravet om effektivitet over seg, så var det nokre situasjonar der dei måtte berre stå i ro ved pasienten. Det kunne vere det tiltaket som var naudsynt i den aktuelle situasjonen. Inntrykket eg fekk var at dei var observante på korleis pasienten hadde det og så vurderte dei fortløpande løysingar som ville hjelpe pasienten til å meistre situasjonen. Eg forstod det slik at kravde situasjonen ekstra tid, så tok dei den tida. Då var pasienten sitt behov det viktigaste. Rammeplanen for vidareutdanning i operasjonssjukepleie (2006), seier også at pasienten opplever ei reell trussel mot liv og helse, som kan føre til tap av kontroll, og som gjev liten eller ingen moglegheit til meistring aleine. Informantane prøvde å gje pasienten kontroll over situasjonen gjennom å vere støttande og tilgjengelege. Dei fleste opplevde ikkje noko konflikt her mellom tida dei hadde til rådvelde og i kva grad dei kunne hjelpe.

## ***5.2 Korleis kan ein kombinere den subjektive og objektive delen av pasientomsorga?***

Operasjonssjukepleiaren er opplært til å beskytte kroppen til pasienten mot leiringsskader som følgje av at ein tek frå pasienten bevisstheita under inngrepet. Dei skal også passe på så det medisinsk tekniske utstyret ikkje påfører kroppen til pasienten skader. Og dei skal passe på steriliteten så ikkje pasienten får ein postoperativ sårinfeksjon, noko som kan føre til store komplikasjonar. Informantane meinte at det ikkje alltid var så synleg alt dei gjorde, men at dei passa veldig på. Truleg kan alt dette fokuset på kroppsleg tryggleik innebere ei fare for objektivisering av pasienten. Når ein har så omfattande krav til sikkerheit og førebuing av kroppen er det kanskje lett å gløyme å sjå heile pasienten. Eg forstod at informantane la mykje omsorg og omtanke i å førebu kroppen til pasienten. Og dei ynskte å formidle til pasienten at dei var der for han. Dei ynskte at pasienten skulle få tillit til dei gjennom førebuingssfasen. Skal ein oppnå det så føreset det at ein inkluderer subjektet i førebuinga av kroppen, dei er så tett samanvevd at ein kan ikkje skilje det eine frå det andre (Ekeland 2008).

Men det kunne virke som informantane hadde litt ulike oppfatningar omkring kor mykje pasienten sjølv skulle vere med i førebuingane til inngrepet. Nokre ville skåne pasienten mest mogleg. Dei meinte det ville vere ubehagleg for pasienten dersom intime prosedyrar vart gjennomført når han var vaken og med mange tilstades på stova. Medan andre meinte at det var pasienten som eigde inngrepet, og dermed måtte han vere mest mogleg deltakande. Begge syna representerer eit ynskje om å gjere det best mogleg for pasienten. På spørsmål om pasienten fekk velje sjølv, så vart ikkje pasienten alltid stilt fram for dette spørsmålet. Stundom vurderte dei at han var så stressa at dei ikkje ville spørje. For dersom dei spurde kunne pasienten samtykke eller avslå alt ut frå kva han trudde dei yngste, og ikkje ut frå kva han ynskte sjølv. Dette synet finn eg støtte i hos Ekeland (2008) og Løchen (1998) som meiner at pasienten har eit underdanig forhold til helsepersonell og vil prøve å svare det han trur vi ynskjer for å gjere oss til lags. Han er prisgitt oss og ynskjer å bli likt, og vil ikkje stå fram som ein ”vanskeleg” pasient. Ein kan også tenkje at dei ikkje vil komme med ynskje som kan påverke den behandlinga som dei får. Pasienten er i ein svært sårbar situasjon og er avhengig av at vi tek dei rette vala for han. Han har ikkje sjølv kunnskap til å utfordre kompetansen vår. Informantane prøvde sjølv å ta valet for pasienten, ut frå korleis dei meinte det var best for han. Kanskje bør ikkje pasienten stillast overfor eit slikt val. Dei treng å stole på at helsepersonell uansett gjer dei vala som er rette for han. Informantane påpeika at det



ikkje alltid var like lett å vite korleis dei skulle legge opp førebuingane, sidan det varierte ut frå korleis dei las pasienten sine behov. Travelbee (2001) seier også at når pasienten er stressa vil han ha redusert evne til å ta avgjerder. Det at informantane har sett dette kan også vere grunnen til at dei ofte ikkje spurte pasienten om kva som var hans ynskje.

På den andre sida så set Pasientrettighetslova fokus på brukarmedverknad og deltaking (LOV 1999-07-02 nr. 63: §3-1). Lova vart ikkje drege inn i samtala, men nokre såg det som ei umyndiggjerande prosess dersom pasienten ikkje fekk delta og gjere mest mogleg av førebuingane sjølv. Dei fokuserte på at det var pasienten sin kropp og at mest mogleg deltaking i førebuingane gav innsikt og forståing. Noko som ville føre til ei avmystifisering av handlingar og prosedyrar. Det kan tyde på at dei meiner at pasienten har for lite kunnskap om kva som skjer på operasjonsstova og kva som vert gjort med kroppen hans i forkant av operasjonen. Eg forstod dei slik at dei gjennom å gjere pasienten delaktig ville gje han ei form for kontroll over situasjonen. Dei som står for dette synet har støtte i Pasientrettighetslova og i funksjonsbeskrivinga for operasjonssjukepleiarar (NSFLOS 2008), som seier at deltaking vil fremme meistring, innsikt og kontroll og gje grunnlag for tillit. Pasienten har også rett til å ta del i avgjerder om behandling og undersøkingsmetodar. Sjølv om ein skal tilpasse slike avgjerder til om pasienten er i stand til å forstå kva det vil innebære, så vil truleg enkle val om kor tid dei enkelte prosedyrane skal gjerast kunne takast av pasienten sjølv.

Ekeland (2008) ser at pasientane ynskjer å verte akseptert og likt. Dei er opptatt av dei relasjonelle sidene ved samhandlinga, og vil neppe ta til motmæle dersom dei vert behandla som eit kasus. Informantane såg også denne faren for objektivisering, og å ta seg til rette og utføre prosedyrar med kroppen til pasienten, utan at ein var blitt "kjent", vart sett på som overgrep. Løchen (1998) formidlar egne opplevingar som pasient, og er klar på at ein har ei underlegen rolle der ein lett aksepterer hendingar som ein kanskje ikkje burde akseptere. Han ser at ekte innleving i pasientens situasjon frå helsepersonell si side er vanskeleg. Og at pasienten som er i ein underlegen posisjon, heilt avhengig av helsepersonell, vil vere audmjuk og innstilt på å like personalet som tek hand om han. Denne avhengigheita ser også Ekeland som hevdar at som menneske er pasient og hjelpar likeverdige, og at dette likeverdet er viktig å formidle for at pasienten ikkje skal føle ein undertrykkjande asymmetri. Den faglege meirkunnskapen til hjelparen er ei føresetnad for å kunne hjelpe, og sjølv sagt også for at pasienten skal ha tillit til oss som profesjonelle (Ekeland 2008). Men denne meirkunnskapen

er gitt oss frå samfunnet si side for å hjelpe medmenneske som treng den, og set oss ikkje på noko måte over pasienten.

Luhmann (2005) ser at tillit til systemet er ein føresetnad for å kunne ta val i vanskelege situasjonar. Ein situasjon så komplisert og i utgangspunktet så uoversiktleg som eit kirurgisk inngrep krev at pasienten har tillit til organisasjonen som ei operasjonsavdeling representerer. Sjølv om dei ikkje deltek i avgjerder og prosedyrar er dei avhengig av å ha tillit til yrkesprofesjonane sin kompetanse. Kanskje er ikkje deltaking naudsynt for å beherske situasjonen dersom ein har tillit til behandlarar og deira kompetanse og vilje til å gjere det beste for han som pasient. Den epistemiske asymmetrien som pasienten opplever vil truleg vere grunnlag for tillit dersom operasjonssjukepleiaren framstiller seg tillitsverdige. Luhmann (2005) hevdar at den indre sikkerheita som er ein føresetnad for å gå inn i uoversiktlege situasjonar bygger på ei generalisering av åtferdsforventningar. Pasienten må for å kunne takle kompleksiteten i situasjonen ha tru på at den tillita som han utviser vil gjere at operasjonssjukepleiaren sine handlingar er til det beste for pasienten.

Ofte var det svært mange personar tilstades på stova under førebuingane. Då kunne det bli mykje fagprat og diskusjonar over hovudet til pasienten. Informantane ynskte ikkje slike situasjonar, truleg hadde deira lange erfaring synt at det lett kunne føre til ei objektivisering av pasientens kropp. Jacobsen (2004) fann at pasienten vart rolegare av mange tilstades og at dei likte å verte snakka til av mange. Von Post og Lindwall (2006) beskriv derimot at pasienten sin angst aukar dersom det vert snakka over hovudet hans, og han vert behandla som eit inngrep. Men det treng ikkje vere noko motsetning i desse funna. Det vil truleg vere avgjerande korleis ein klarer å involvere pasienten i fellesskapen. Er det mange tilstades og pasienten opplever at dei er der for han, og for å gjere det best mogleg for han, vil det sjølv sagt gje ei oppleving av tryggleik. Dersom ein derimot berre har pasienten for auga som eit kasus som skal reparerast, og metoden ein skal bruke vert diskutert utan at pasienten som subjekt vert tatt med, vil det truleg vere både nedverdige og angstskapande for pasienten. Det er kanskje dette informantene meinte som såg pasienten forsvinne ”som ein dott” ned på operasjonsbordet, mellom alle som stod rundt og prata. Dei ynskte å gjennomføre dei ulike prosedyrane med respekt, og signalisere at ein var tillitsverdige. Derfor var dei også opptatt av at pasienten skulle vere med i samtala. Dei prøvde heile tida å tolke pasientens behov, for truleg var det få pasientar som konkret uttrykte korleis dei yngste førebuingane. Kva signal dei tok når dei las pasienten var vanskeleg å sette ord på, truleg er det store mengder taus

kunnskap blant gruppa med erfarne operasjonssjukepleiarar. Dei opplevde å dekke pasientens behov, men korleis dei heilt såg behova var dei uklare på. Det var noko dei berre såg, noko som kroppen til pasienten signaliserte.

Ekeland (2004) forklarar at ein må forholde seg til pasienten både som eit objekt og eit subjekt. Eg forstod at informantane gjennom si omsorg for kroppen til pasienten hadde ein tanke om at dei også tok vare på heile pasienten. Dei nytta dei nonverbale signala som pasienten uttrykte til å sjå behova, og forsøkte gjennom praktisk omsorg å dekke desse. Det treng ikkje vere motsetning mellom informantane sine praktiske handlingar og Ekeland sin meining om at tilgang til subjektet fordrar dialog og kommunikasjon. Det kan vere at den nonverbale kommunikasjonen kan fungere vel så bra som verbal kommunikasjon i situasjonar der ein er avhengig av å signalisere at ein er tillitsverdig, og ynskjer å uttrykke omsorg og tryggleik på ei tilmålt og kort tid. Gjennom varme tepper og liknande som ein pakker godt rundt pasienten så veit operasjonssjukepleiaren at dette gjer ho for at kroppen til pasienten ikkje skal verte for nedkjølt under inngrepet. Men ho signaliserer også omtanke og varme til pasienten som truleg vil føle seg både sett og ivaretatt gjennom slike små handlingar. Ekeland ser at gode kommunikasjonsteknikkar kan lærast, men vil ikkje vere til stor nytte dersom ein ikkje klarer å formidle godkjenning og respekt til pasienten. For føresetnaden for ein god kommunikasjon er tillit, og tillit er subjektets suverenitet. Informantane ynskje å oppnå denne tillita og er dermed avhengig av korleis pasientens kroppssubjekt med sine eigne verdiar og preferansar tolkar situasjonen som dei er ei lag i, og korleis den fungerer (Ekeland 2004).

### ***5.3 Korleis vert informasjonen tilpassa den einskilde pasienten?***

Pasientrolla er no definert som ei rolle der pasienten har status som likeverdig, kompetent og som deltakar i avgjerder som gjeld seg sjølv. Dette er nedfelt i lovverket og skal vere implementert også i helsepersonell si utøving av omsorg til pasienten (LOV 1999-07-02 nr. 63: Lov om pasientrettigheter og LOV 1999-07-02-64: Helsepersonellova).

Pasientrettighetslova (§ 3-2) seier blant anna at pasienten har rett til nødvendig informasjon for å få innsikt i risikoar og biverknadar ved behandlinga han får. Samstundes skal informasjonen tilpassast pasientens føresetnadar og gjevast på ein omsynsfull måte. Ein skal også så langt det let seg gjere sikre seg at pasienten har forstått informasjonen, og at han er med og tek avgjerder som gjeld han sjølv.

Pasientrolla blir ofte oppfatta som at personen har eit problem som han sjølv ikkje er i stand til å løyse. Enten fordi han ikkje er kompetent til å finne løysningar, eller fordi han ikkje har kompetanse til å utøve og sette i verk løysningane. Denne mangelen på kompetanse er eit område som vi har hatt tendens til å overføre også til andre område hos pasienten. Han har ofte ikkje teke del i oppgåver og avgjerder som han bør få ta sjølv. Pasientrettighetslova (§ 3-2) seier klart at pasienten har krav på informasjon. Alle informantane var også opptekne av kor viktig informasjon er. Leinonen et al.(2003) fann at både pasientane og operasjonssjukepleiarane ser informasjon og kommunikasjon som særvesentleg for meistring av opphaldet på operasjonsavdelinga. Kontinuerlig informasjon er viktig for at pasienten skal finne oversikt og sjå mening i situasjonen. Richardson-Tench et al. (2006) si studie syntte at operasjonssjukepleiarane var opptatt av å gje fortløpande forklaringar på prosedyrar, og kontinuerlig informasjon om alle hendingar undervegs. Dette samsvarer også med den oppfatninga eg fekk om at operasjonssjukepleiarane prøvde å informere kontinuerleg, for på den måten gje pasienten ei oppleving av tryggleik. Informasjon er nødvendig for at situasjonen og ulike hendingar skal vere føreseielege for pasienten, men det er måten ein gjev informasjonen på som er avgjerande for om pasienten har nytte av den. Dersom informasjonen vert for effektiv og faktaorientert er det fare for at den relasjonelle delen vert borte. Og det er dei gode relasjonane som er grunnlaget for pasientens oppleving av mening og for meistring av situasjonen, meiner Ekeland (2008).

Informasjonen skal også tilpassast pasientens føresetnader. Informantane individretta sjukepleia ut frå korleis dei opplevde behova til dei einskilde pasientane. Pasientane var ulike og hadde sjølv sagt ulike behov alt etter kva situasjon dei var i. Når uklare og eldre pasientar kom til operasjonsavdelinga så var dei ofte lite mottakeleg for praktisk informasjon. Dei hadde ofte redusert moglegheit til å oppfatte og forstå kva situasjon dei var i. Ofte kom dei inn på grunn av brotskadar og førebuingstida kunne vere kort. Det som informantane då gjorde var å "stå hos" pasienten og gjerne halde i han. Denne måten å kommunisere tryggleik og tillit på kan vere like verksam som ord. Det er ein informasjon som er universell og som alle kan forstå. Både dei yrkesetiske retningslinjene for sjukepleiarar (NSF 2007) og Rammeplana for vidareutdanning i operasjonssjukepleie (2005) stiller krav om at ein skal ta utgangspunkt i pasientens situasjon, og gjennom eigen kompetanse hjelpe han til meistring. Pasientrettighetslova (§ 3-2) seier også at informasjonen skal tilpassast pasientens evne til å forstå.

Jacobsen (2004) og Rhodes et al. (2006) fann at pasientane ynskte sjukepleiarar som var lyttande til deira bekymringar og som gav forklaringar på spørsmål og god informasjon slik at dei sjølv kunne delta i avgjerder. Informantane fortalte om pasientar med ulike behov. Nokre hadde svært alvorlege diagnosar medan andre skulle få utført mindre inngrep. Det var ikkje pasientane som verbalt uttrykte ulike behov, det var operasjonssjukepleiarane som tolka pasientens behov ut frå den situasjonen han var i. Dette vart gjort gjennom eit handtrykk og gjennom observasjon av pasientens nonverbale kroppsspråk. Ut frå korleis dei såg pasientens situasjon individretta dei så samtala med pasienten.

Pasientrettighetslova § 3-1 (1999) seier at pasienten skal ta del i avgjerder som gjeld eiga behandling. Dette føreset at pasienten har forstått innhaldet og meininga med informasjonen. God kommunikasjon og samarbeid mellom pasient og operasjonssjukepleiar vil gje pasienten kognitiv kontroll, og fremme meistring peroperativt (NSFLOS 2008). På operasjonsavdelinga betyr det at pasienten er informert om kva dei ulike prosedyrane innebere, slik at han kan ta avgjerder om korleis og når han ynskjer at dei skal utførast. Her hadde informantane ulike oppfatningar om kor mykje dei ynskte å involvere pasienten i førebuingane. Nokre ville skåne pasienten for ubehaglege prosedyrar og utføre det meste etter at pasienten var lagt i narkose, andre ville involvere pasienten mest mogleg, og la han oppleve meistring gjennom å ta del i førebuingane. Eg ser at begge syna er uttrykk for eit ynskje om å gjere det best mogleg for pasienten. Men holdningane representerer to ulike syn på kva som vil fremme pasientens meistring.

Det kan vere ei spenning her mellom å få gitt viktig informasjon og skape gode relasjonar, samstundes som ein skal utføre praktiske prosedyrar. Eg hadde inntrykk av at kravet om effektivitet var ein av dei faktorane som mest påverka korleis oppgåvene vart gjennomført og kva som vart mest vektlagt. Når pasienten vart operert i lokalbedøving måtte ein ha augekontakt og jamn kommunikasjon. Det var ikkje nok å informere før og etter inngrepet. Ein kan undre seg over kvifor nokre pasientar ikkje gjev uttrykk for ubehag under inngrepet, når det etterpå viser seg at dei er klissvåte av sveitte. Har operasjonssjukepleiaren vert for lite klar på at han sjølv må gje beskjed ved smerter, eller ynskjer ikkje pasienten å plage personalet her heller? Det vart sagt at ein ikkje hadde tid til ”djupe samtaler” men berre kort informasjon, noko som eg tolka til at informasjonen ofte vart rask og konkret. Ekeland (2008) ser også informasjonen som viktig for at pasienten skal meistre inngrepet, men han ser at berre informasjon er ikkje nok. Ein må samstundes vise empati, vere lydhør og sjå kva

pasienten oppfattar av situasjonen. Men skal ein oppnå dette vil det truleg krevje at ein bruker litt tid.

Operasjonsyrket inneber ulike dagar. Stundom er det langvarige inngrep og ein har kanskje berre ein eller to pasientar gjennom ein heil dag. Andre dagar er det kortare inngrep der ein kan ha mange pasientar å forholde seg til i løpet av dagen. Desse dagane er travle og det er krevjande å forholde seg til mange pasientar. Informasjonen som er standard vert ofte den same til alle. Ikkje minst dersom ein ikkje har tid å bli kjent med pasienten slik at ein får innblikk i kva pasienten veit og kan frå før. Studien til Poulson (2004) viser at pasientane stundom opplever seg sjølv som ei sak som skal behandlast effektivt. Og at operasjonssjukepleiarane sine reint prosedyreretta handlingar ikkje vart oppfatta som omsorg. At sjukepleiarane vart overraska over denne tilbakemeldinga, tyder på at dei kanskje ikkje er heilt bevisst eigen kommunikasjon. Dei ser at dersom ein gjennomfører prosedyrar raskt og effektivt, samstundes som ein snakkar og forklarar, så vil pasienten få den informasjonen som han har krav på. Men korleis situasjonen er for pasienten vil truleg ikkje operasjonssjukepleiaren vere klar over. Ho informerar som ho skal og opplever kanskje at ho gjer ein god jobb. Truleg kan pasienten føle seg liten og ubetydeleg og overgitt i hendene til dei profesjonelle. Her ser Ekeland (2008) faren for at det instrumentelle vert for mykje vektlagt. Ein har tru på at informasjon gjev roleg pasient og for å nå dette målet så informerar ein det ein kan. Eg fekk inntrykk av at samtale om dei ulike prosedyrane og førebuingane samstundes var ein måte å knytte kontakt med pasienten. Dei brukte informasjonen for å ha eit utgangspunkt til samtale.

## 6.0 Avslutning

Denne studien har sett på korleis operasjonssjukepleiarane sjølv opplever at dei hjelper pasienten gjennom den peroperative fasen, for dermed å kunne svare på problemstillinga:

### **Korleis opplever operasjonssjukepleiaren at ho gjennom kommunikasjon og tillit kan fremme pasientens meistring?**

Operasjonssjukepleiarane var einige i at dei hadde kort tid til å dekke pasientens behov. Men det var ueinigheit om dei hadde for kort tid. Det var overraskande at ein del meinte dei hadde den tida dei trong, sjølv om den var kort, og at operasjonssjukepleie var ”augeblikkets kunst”. Dei opplevde nok effektivitetskravet, men kunne likevel dekke behova til pasienten under det korte møtet. Det kom nok av at dei hadde eit avklara forhold til si rolle. Dei såg på seg sjølv som ein som skulle hjelpe pasienten gjennom ei kort og konkret hending. Og at dei kunne både oppnå tillit og fremme meistring utan å ha meir tid til rådvelde. Deira oppgåve var å hjelpe pasienten den tida han var operasjonsavdelinga. Gjennom å gjere den best mogleg inkluderte ein også ei tru på eit framtidig godt resultat. Dei brukte seg sjølv til å formidle tryggleik og vise at dei brydde seg gjennom måten dei utførte praktiske handlingar på. Utan å gå inn på pasientens eventuelle angst for ei alvorleg diagnose, så var deira utgangspunkt samhandlinga med pasienten den tida han var på operasjonsavdelinga.

Det viktigaste for operasjonssjukepleiaren var å ivareta den kroppslege sikkerheita til pasienten. Å forhindre ulike kroppslege komplikasjonar som følgje av at ein tok frå pasienten bevisstheita, var ei grunnleggande operasjonssjukepleieoppgåve. Eg fann at kommunikasjon og informasjon vart tatt ”langs med” utføringa av desse praktiske oppgåvene. Ikkje for at relasjonen med pasienten vart sett på som mindre viktig, men for at arbeidet som operasjonssjukepleiar innebar ei slik prioritering av oppgåvene.

Dei teoretiske perspektiva som er brukt i denne studien har gjort det mogleg å sjå operasjonssjukepleiarane sine opplevingar i lys av nye tankar. Og har hjelpt meg å komme ut av ”heimeblindheita” som eg var redd ville bli eit problem for meg som forskar på eige felt.

## ***6.1 Avgrensingar ved studien***

I kvalitative studiar med mindre utval er det viktig med variasjon i deltakarane sine opplevingar. I denne studien er rekrutteringa frå sjukehus i eit snevert geografisk område og innafor eit helseføretak, noko som kan ha påverka funna. Resultata gjenspegla i stor grad det som var av tidlegare forskning på dette området, og informantane gav gode og reflekterte skildringar som verka både truverdige og pålitelege. Men det snevre geografiske området informantane er henta frå og mi tilknytning til forskingsfeltet er ei mogleg svakheit ved studiet og kan ha hatt innverknad på resultatet.

## ***6.2 Tankar om vidare forskning***

Gjennomgang av tidlegare forskning viste ein del svensk og amerikansk litteratur med sterkt fokus på perioperativ sjukepleie og kva fordelar ein slik modell har. Eg fann få studium som omtala den mest brukte modellen i Noreg der operasjonssjukepleiar og pasient har kontakt berre i den peroperative fasen. Det kunne vore nyttig med forskning der ein hadde eit større utval, både med omsyn til sjukehus og mengda med informantar. Ei samanliknande studie der ein samtala både med operasjonssjukepleiarar og pasientar hadde vore nyttig for å sjå om det er samsvar mellom det operasjonssjukepleiarane vektlegg, og korleis pasientane opplever opphaldet på operasjonsavdelinga.



## LITTERATURLISTE

- Blomberg, A.C. (2000). Operasjonssjukskøterskans behov av vårdvetenskap. *Uppdukat/Riksføringen før operasjonssjukvård*, 12 (2), 10-14.
- Bull, R. & Fitzgerald, M. (2006). Nursing in a technological environment: Nursing care in the operating room. *International Journal of Nursing Practice*, 12, 3-7.
- Caumo, W., Schmidt, A.P., Schneider, C. N., Bergmann, J., Iwamoto, C.W., Bandeira, D. & Ferreira, M. B. C. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiol Scand*, 45, 298-307.
- Couzens, S. (2004). The perioperative practitioner. The way perioperative roles fulfil our patient's needs. *British Journal of Perioperative Nursing*, 14 (7), 318-323.
- Ekeland, T.J., & Heggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjering. Reform eller retorikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ekeland, T.J. (2004). Autonomi og evidensbasert praksis. Arbeidsnotat 06/04, Senter for profesjonsstudier: Høgskulen i Oslo. Henta 20. januar 2008 frå <http://www.hio.no/content/view/full/22205>
- Fonn, M. (2005). Operasjon bak lukkede dører. *Uppdukad / Riksføringen før operasjonssjukvård*, 17 (1), 28-31.
- Giddens, A. (1994). *Modernitetens konsekvenser*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskaplege forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Giorgi, A. (1985). *Sketch of a psychological phenomenological method. Phenomenological and psychological research*. Giorgio A. (ed.) Pittsburg: Duquesne University Press.

Grimen, H. (2001). Tillit og makt – tre sammenhengar. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 121 (30), 3617-3619.

Grimen, H. (2005). Luhman om fortroende. Etterskrift i Luhman, N. *Førtroende en mekanism før reduksjon av social kompleksitet*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB.

Grimen, H. (2006). Profesjon og profesjonsmoral. Arbeidsnotat nr. 04/2006, Senter for profesjonsstudier, Høgskulen i Oslo. Henta 10. mai 2008, frå [www.hio.no/sps](http://www.hio.no/sps)

Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I Molander, A & Terum, L. I. (red.) *Profesjonskunnskap*. Oslo: Universitetsforlaget. s. 197-215.

Helberg, O.S. (2003). Den perioperative dialogen - en ny organisasjonsmodell for operasjonsavdelingar. *Overblikk*, 22 (1), 18-19.

Husserl, E. (1997). *Fænomenologiens ide*. København: Hans Reitzels Forlag.

Høiland, M. (1996). *Operasjonssykepleie i over 40 år*. Oslo: Norsk Sykepleier Forbund, Landsgruppe av Operasjonssykepleiere.

Jakobsen, V.H. (2005). Pasientens møte med operasjonsavdelingen. *Fagoscopet*, 2, 17-19.

Jørgensen, H. (1992). *Hovedoppgaven, Skikk og bruk i oppgavearbeidet*. Oslo: Novus Forlag.

Kalleberg, R. (1996). Forskningsopplegget og samfunnsforskningens dobbeltdialog. I Holter, H. & Kalleberg, R. *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kingdom, B. & Halvorsen, F. (2006). Perioperative Nurses` Perception of Stress in the workplace. *Association of operating Room Nurses. AORN Journal*. 84 (4), 607-614.

Kristiansen, A. (2005). *Tillit og tillitsrelasjoner i en undervisningssammenheng*. Oslo: Unipub forlag.

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Leinonen, T. & Leino-Kilpi, H. (1999). Research in peri-operative nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 123-138.

Leinonen, T., Leino-Kilpi, H., Ståhlberg, M-R. & Lertola, K. (2003). Comparing patient and nurse perceptions of perioperative quality. *Applied Nursing Research*, 16 (1), 29-37.

Lindwall, L., von Post, I. & Bergbom, I. (2003). Patients' and nurses' experiences of perioperative dialogues. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (3), 246-253.

Lipponen, S.M., Tossavainen, K., Terunen, H., Smith, A. & Burdett, K. (2004). *Teamwork in operating room nursing as experienced by Finnish, British and American nurses*. *Diversity in health and Social Care* 1 (2), 127-137.

Ludviksen, E. & Svensson, E. (2005). Sjuksjoterskors opplevelser av pasientsamtal i perioperativ omvårdnad – en litteraturstudie. *Uppdukat/ Riksföreningen for operasjonssjukvård*, 17 (3), 30-35.

Luhmann, N. (2005). *Førtroende, en mekanism før reduksjon av social kompleksitet*. Gøteborg: Bokforlaget Daidalos AB.

Løchen, Y. (1998). *Det gjenstridige livet*. Oslo: Tiden.

Løgstrup, K.E. (1997). *System og symbol*. Copenhagen: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A. S.

Mackintosh, C. (2005). Making patients better: a qualitative study of registered nurses' reason for working in surgical areas. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1134-1140.

- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Fenomenologi og omsorg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe as.
- Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax Forlag AS.
- NSF. (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Henta 10. November 2008, frå NSF <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Etikk/NSF%20yrkesetisk%20nettversjon.pdf>
- NSFLOS (2008). NSF`s Landsgruppe av Operasjonssykepleiere. *Temahefte*. Henta 10. November, 2008 frå <http://www.sykepleierforbundet.no/getfile.php/www.sykepleierforbundet.no/Faggrupper/Operasjonssykepleiere/dokumenter/Temahefte.pdf>
- Paulgaard, G. (1997). Feltarbeid i egen kultur - innenfra, utenfra eller begge deler? I Fossåskaret, E., Fuglestad, O.L. & Aase, T. H. (red.) *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolking av kvalitative data*. (s. 70-93) Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Paulson, D. (2004). Taking care of patients and caring for patients are not the same. *Association of Operating Room Nurses. AORN Journal* 79 (23), 359-366.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Rhodes, L., Miles, G. & Pearson, A. (2006). Patient subjective experience and satisfaction during the perioperative period in the day surgery setting. A systematic review. *International journal of nursing Practice*, 12, 178-192.
- Richardson-Tench, M., Brookers, A. & Hardley, A. (2007). Nursing ethics in practice: issues for perioperative nursing. *The Journal of perioperative practice*, 16 (3), 138-143.

Rienecker, L. & Jørgensen, P.S. (2006). *Den gode oppgaven - håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Bergen: Fagbokforlaget.

Riley, R. & Manias, E. (2002). Foucault could have been an operating room nurse. *Journal of advanced Nursing*, 39 (4), 316-324.

Rudolfson, G., von Post, I. & Erikson, K. (2007). The development of caring in the perioperative culture. *Nursing Administration Quarterly*, 31 (4), 312-324.

Rudolfson, G., von Post, I. & Erikson, K. (2006). The expression of caring within the perioperative dialogue: A hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 905-915.

Rudolfson, G., Ringsberg, K. & von Post, I. (2003). A source of strength - nurse perspectives of the perioperative dialogue. *Journal of Nursing Management* 11, 250-257.

Sallstrøm, C. (2001). Vård eller omvård i operasjonssjukvård. *Uppdukat / Riksföreningen för operasjonssjukvård*, 13 (1), 14-19.

Sandelin, A. (2006). Att vara självklar – att tillhöra en profession i praktiken, att vara operationsjukskoterska. *Uppdukat / Riksföreningen för operasjonssjukvård*, 18 (4), 28-31.

Saunders, S. (2004). Why good communication skills are important for theatre nurse. *Macmillan Journals*, 100 (14), 42-44.

Shewchuk, M. (2007). Pearls of wisdom - CORL corral. *Canadian Operating Room Nursing Journal*. 25 (4), 38-46.

Shuldham, C. (1999). A review of the impact of pre-operative education on recovery from surgery. *International journal of Nursing Studies*, 36, 171-177.

Skjervheim, H. (2000). *Objektivismen – og studiet av mennesket*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Spjelkevik, M.J., Nerdahl, E., Rønningen, K., Lia, I. & Kjeldberg, E. (2004). Operasjonssykepleierenes observasjoner, vurderingar og handlingar i møte med operasjonspasienten, og hvordan dette blir dokumentert i pasientjournalen. Prosjektrapport. Høgskulen i Telemark.

Stenhaug, G.K. (2002). *Omsorgens uttrykk i operasjonssjukepleie*. Akademisk avhandling, Høgskulen i Harstad, Harstad.

Stirrat, G.M. & Giil, R. (2004). Autonomy in medical ethics after O`Neill. *J. Med Ethics* 2005 (31) 127-130. Henta 10.mai 2008, frå <http://www.jmedethics.com>

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.

Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*. Henta 10. November 2008, frå [http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan\\_for\\_videreutdanning\\_i\\_operasjonssykepleie\\_05.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf).

Valeberg, B. (2002). Emotional and psychological preoperative preparation in adults. *British journal of nursing*, 11 (8), 567-575.

Von Post, I. & Lindwall, L. (2006). Den perioperative vårdens kulturur anesthesi- och operasjonssjukskøterskors perspektiv. *Ventilen/ Riksföreningen för anesthesi och intensivvård*, 41 (1), 13-16.

Vincent, S. (1997). The changing roole of perioperative nurseing. *Nursing times*, 93(40) 56-57.

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Hegland Trykkeri A/S.

Walker, J.A. (2007). What is the effect of preoperative information on patient satisfaction?  
*British Journal of Nursing*, 16 (1), 27-32.

Aase, T.H. & Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg 1

## **FØRESPØRSEL OM DELTAKING I FORSKINGSPROSJEKT ( INTERVJU)**

I forbindelse med min mastergrad i helse- og sosialarbeid, meistring og myndiggjering ved Høgskulen i Volda skal eg gjennomføre ei undersøking om korleis operasjonssjukepleiaren opplever eigen kompetanse i møtet med ein stressa pasient.

Eg er utdanna operasjonssjukepleiar og arbeider som høgskulelærer i operasjonssjukepleie ved Høgskulen i Førde.

Hensikta med studien er å få innsikt i korleis operasjonssjukepleiarane opplever møtet med ein engsteleg og stressa pasient. Og korleis dei opplever eigen kompetanse til å hjelpe pasienten med å meistre situasjonen under det peroperative møtet.

Kunnskapen som kjem fram under studiet vil verte brukt som grunnlag i undervisninga av operasjonssjukepleiestudentar og som ei bevisstgjerung av operasjonssjukepleiarar og leiarar på ulike nivå om korleis operasjonssjukepleiarane opplever møtet med den stressa, akutt og kritisk sjuke pasienten. Målet er å få innsikt i kva kompetanse operasjonssjukepleiarane meiner dei har og kva dei eventuelt opplever at dei manglar.

Eg har fått namnet ditt frå oversjukepleiar på din avdeling, og håper du er interessert i å delta i prosjektet mitt: ” **Peroperativ sjukepleie**”. ”*Operasjonssjukepleiarens oppleving av eigen kompetanse i forhold til pasientens behov for stressmeistring*”. Eg ynskjer å få innblikk i korleis operasjonssjukepleiaren opplever møtet med pasienten på operasjonsstova. Kva erfaringar du har når det gjeld pasienten sine behov peroperativt. Og kva krav du tykkjer det stiller til deg som operasjonssjukepleiar. Intervjuet har form av ei samtale som vil vare ca. 1 time. Eg har nokre spørsmål omkring tema som eg ynskjer du skal snakke fritt rundt. Samtala vil eg ta opp på band som eg seinare vil skrive ut til tekst. Eg håper det vil vere mulig å gjennomføre samtala på operasjonsavdelinga, helst i arbeidstida, eller ein anna stad dersom du ynskjer. Vi bør også ha eit rom der vi kan samtale uforstyrta.

Alt materiale som vert offentleggjort i den skriftlege oppgåva vil verte anonymisert, slik at ingen vil kunne identifisere person eller stad. Når prosjektet er ferdig og godkjent vil alle opplysningar som kan knytte namnet ditt til informasjonen bli sletta. Lydbandopptaket vil verte destruert.

Det er sjølvsagt frivillig å delta og du kan også trekke deg undervegs. Studien er eit masterprosjekt ved Høgskulen i Volda. Rettleiaren min, som også har det overordna ansvaret for prosjektet er professor Kåre Heggen ved Høgskulen i Volda.

Eg planlegg å gjennomføre intervjuet i desember, og avslutte prosjektet i juni 2009. Ta gjerne kontakt for eventuelle spørsmål. Dersom du vil delta i prosjektet håper eg du vil skrive under vedlagte samtykkeerklæring og returnere i den frankerte svarkonvolutten.

Vennleg helsing  
Norunn Stavø

Tlf.47328436  
E-post: norunn.stavo@hisf.no



Vedlegg 2

## Samtykkeerklæring

Namn .....

Adresse.....

Postnr./stad.....

---

Eg har lest informasjonsskrivet om deltaking i forskingsprosjektet ” *Peroperativ sjukepleie. Operasjonssjukepleiarens oppleving av egen kompetanse i forhold til pasientens behov*”.  
Eg ynskjer å delta i prosjektet og samtykkjer til at intervjuetekstar kan publiserast i anonymisert form.

Sted.....Dato.....Underskrift.....

## **Intervjuguide**

Intervjuet vil vere som ei samtale, der informantane vil få snakke fritt om korleis dei opplever den peroperative fasen. Guiden vert å sjå på som ei liste over tema som eg ynskjer å komme innom i intervjuet.

Spørsmåla er ikkje i kronologisk rekkjefølgje, då dei ofte kan komme fram under samtalen og vil då verte utdjupa etter kvart.

### **1. Innleiing av samtale.**

- Alder, når utdanna, ulik yrkeserfaring
- Kor lenge operasjonssjukepleiar?
- Ulike arbeidsstader?

### **2. Kan du beskrive litt korleis det er her på avdelinga m.o.t. peroperativ sjukepleie?**

- Oppgåvefordeling/roller, anestesi, - operasjon.
- Kontakt, informasjon, omsorg til pasienten.
- Kva fungerer godt, - dårleg.
- Operasjonssjukepleiarens ulike roller/oppgåver.

### **3. Kva kompetanse er det viktig at operasjonssjukepleiaren har?**

- Kva beherskar du godt/ mindre godt.
- Er det noko du saknar i utdanninga.

### **4. Kva oppgåver er viktige i din relasjon med pasienten?**

- Tid, - rom nok.
- Pasientens meistringsbehov.
- Eigne tankar om korleis hjelpe pasienten til å meistre.
- Korleis roe ein engsteleg pasient/eigne erfaringar.
- Spesielle pasientar som er meir krevjande enn andre.
- 

### **5. Kva forventningar trur du pasienten har til deg?**

- Kjenner dei til yrkesgruppa

### **6. Har du døme på når arbeidet på operasjonsstova er stressande?**

- Spesielle pasienttilfelle.
- Spesielle situasjonar.

## **Oppsummering:**

Har eg forstått deg rett når...

Noko meir du vil legge til..

