

Norske operasjonssykepleieres beskrivelse av sitt ansvar og sin funksjon i operasjonsavdelingen- en kvalitativ studie om operasjonssykepleieres erfaringer fra praksis.



**Universitetet
i Stavanger**

Institutt for helsefag.

Master i sykepleie, spesialisering i operasjonssykepleie

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student: Lena Dypdalen

Veileder: Professor Signe Berit Bentsen

Biveileder: Vivi-Ann Sandersen, Fagsykepleier,

Operasjonsavdelingen AKU, Oslo Universitetssykehus

November 2016

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I SYKEPLEIE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

HØST 2016

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Lena Dypdalen

VEILEDER: Signe Berit Bentsen, Professor/ Operasjonssykepleier

BIVEILEDER: Vivi-Ann Sandersen, Fagutviklingsykepleier, Operasjonsavdelingen Akutt klinikken, OUS

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**Norsk tittel:**

Norske operasjonssykepleieres beskrivelser av sitt ansvar og sin funksjon operasjonsavdelingen- en kvalitativ studie om operasjonssykepleieres erfaringer fra praksis.

Engelsk tittel:

Norwegian theatre nurses' experiences with their responsibilities in the operating theatre- a qualitative research study.

EMNEORD/ STIKKORD: operasjonssykepleie, erfaring, forebygge uønskede hendelser, samarbeid, kunnskap, veiledning og undervisning

ANTALL SIDER: 60/ 17860 ord inklusive referanser

STAVANGER 15.11.16

FORORD

Inspirasjonen til denne oppgaven kommer fra alle pasientene og kollegene jeg har møtt etter flere år i praksis som sykepleier og operasjonssykepleier. Jeg er heldig som får være en del av en praksis som har rom for ulike generasjoner med operasjonssykepleiere og en praksis som endrer seg raskt. Det hadde ikke blitt noen oppgave uten fem velvillige ledere i operasjonsavdelinger og de 11 kunnskapsrike operasjonssykepleierne som ville la seg intervju.

Takk til studiekolleger ved UiO og UiS som bidro med kloke innspill hele veien i de to prosessene.

Oppgaven hadde aldri blitt fullført uten ukuelig støtte fra veileder og professor Signe Berit Bentsen ved UiS, biveileder Vivi-Ann Sandersen og Anne Kari A Bø. Ledergruppen jeg er en del av har også bidratt med støtte og oppmuntring. Takk!!

Egne erfaringer og rolleforståelse har bidratt til at denne oppgaven har blitt slik den har blitt. Ortografiske feil og andre mangler er det kun jeg selv som må ta ansvar for.

Stavanger/ Oslo, 15.11.16

Lena Dypdalen

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Operasjonssykepleieres ansvar og funksjon på operasjonsstua er omfattende på grunn av endringen i utdanningene, den teknologiske utvikling og endringer i befolkningens sykdomsbilde. Forskning fra ulike verdensdeler viser at ansvaret på operasjonsstua handler om innstilling til omsorg, kompetanse, tverrfaglig kunnskapsanvendelse, erfaringer med håndtering av uventede hendelser og operasjonssykepleieres erfaringer med innstillinger til funksjonen. Det finnes få studier om norske forhold før 2011. I praksis er det en utfordring å implementere nyeste forskning i pasientbehandlingen. Det tar ofte lengre tid enn det som er ønskelig for å innføre beste praksis-prinsipper i pasientbehandlingen.

Hensikt: Formålet med denne studien var å undersøke hvilke opplevelser og erfaringer norske operasjonssykepleiere har med sitt ansvar og sin funksjon i operasjonsavdelingen. Studien søkte svaret på problemstillingen: «Hvilke erfaringer og opplevelse har operasjonssykepleier med sitt ansvar og sin funksjon i operasjonsavdelingen?»

Metode: Studien har et kvalitativt utforskende og beskrivende design. Data ble samlet inn ved hjelp av kvalitative individuelle intervju. Elleve intervjuer med operasjonssykepleiere ble gjennomført ved tre universitetssykehus og to private sykehus i Norge. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og omgjort til tekst som ble analysert etter prinsippene i Graneheim & Lundmans (2004) fem-trinns kvalitative innholdsanalyse.

Funn: Operasjonssykepleierne beskriver fire kategorier av ansvarsområder med tre sub-kategorier. Kategori en er forebygging av uønskede hendelser med sub-kategorier hindre skade,; bidra til kort operasjonstid og kvalitet i pasientbehandlingen. Kategori to er samarbeid med sub-kategorier profesjonell og relasjonell kommunikasjon; respekt for kollegene gir godt samarbeidsklima og kultur kan være både inkluderende og ekskluderende. Kategori tre er kunnskapsanvendelse med underkategoriene taus kunnskap; praktisk kunnskap og teoretisk kunnskap. Kategori fire er undervisning og veiledning med sub-kategoriene veiledning av studenter og kolleger; forskning er viktig for operasjonssykepleiefaget og trygge rollemodeller muliggjør læring. Operasjonssykepleiere bidrar til å forebygge uønskede hendelser ved å ta ansvar for leiring, hygiene, riktig bruk av medisinsk-teknisk utstyr (MTU), bidra til kort operasjonstid, bidrar til samarbeidet i teamet rundt operasjons-pasienten, kunnskapsutvikling, undervisning og veiledning av studenter og kolleger.

Konklusjon: Erfaringer norske operasjonssykepleiere har med sitt ansvar og sin funksjon er sammensatt og komplisert, de ulike ansvarsområdene tas seriøst ved å være nøyaktige og

presise i planleggingen og utføringen av operasjonssykepleie. Evaluering skjer kontinuerlig mellom- og tverrfaglig. Utdanning og praksis underkommuniserer viktigheten av å øve på teamsamarbeid og å være gode rollemodeller. Systematisk bruk av kunnskapsbasert praksis (KBP) krever engasjement fra ledelsen slik at kunnskapen utvikles og implementeres pasientnært. På den måten kan operasjonssykepleiebehandlingen til enhver tid foregår pasientsikkert, og i tråd med beste praksis-prinsipper og operasjonssykepleiefagets normer og verdier.

Nøkkelord: operasjonssykepleie, erfaring, forebygge uønskede hendelser, samarbeid, kunnskap, veiledning og undervisning

ABSTRACT

Background: Norwegian perioperative nursing in the operating theatre is under scrutiny because of changes to the educational system over the last three decades, technological development and changes in complexity of the health of the population needing surgical treatment or interventions. Research indicates that the responsibilities of the theatre nurse around the world concerns attitudes towards care, nursing competencies, inter-professional application of knowledge, experiences regarding handling adverse events and experiences with the role of the nurse in the operating department. Norwegian research of experiences with responsibility is scarce, although the formal individual responsibilities of the theatre nurse outlined in the legislation regarding health services and health professionals.

Purpose and research question: The aim of this study was to investigate Norwegian theatre nurses' experiences with their nursing responsibilities and work in the operating theatre. Research question: What experiences do Norwegian perioperative nurses have with their responsibility-areas in the operating theatre department?

Method: The study was qualitative and exploratory and had a descriptive design. Data was collected as individual interviews with 11 theatre nurses from five different hospitals in Norway. The data was transcribed verbatim and analysis was conducted accordingly with Graneheim & Lundman's (2004) five-step approach to qualitative content analysis.

Findings: Norwegian theatre nurses' experiences with their practice identify four categories and three sub-categories within each category of their experienced responsibility. Category one is preventing adverse events during surgery with sub-categories prevent injury; contribute to short

operating time and quality of care. Category two is inter-professional cooperation with subcategories professional and relational communication; respect for colleagues instigates good teamwork and internal cultures may be perceived as including or excluding. Category three is application of knowledge with sub-categories non-verbalized knowledge, practical knowledge and theoretical knowledge. They manage the responsibilities by taking a holistic approach to patient treatment and take preventative measures towards safe patient positioning, implementing aseptic and antiseptic techniques, take responsibility for use of medical-technical equipment (MTE) and IT solutions, contribute to short operating time, contribute to inter-professional teamwork, application of knowledge, teach students of theatre nursing and give practical guidance to students and colleagues.

Conclusion: Theatre nurses in Norway experience that they contribute to preventing adverse events by positioning patients correctly; applying aseptic and antiseptic techniques in both the scrub nurse and floor nurse roles, and that their contribution to safe use of MTE and IT in the operating theatre is an integral part of perioperative nursing. They also experience the importance of contributing to inter-professional teamwork, application of knowledge and teaching and guiding in practical training of students of theatre nursing and colleagues. The education and practice does not accommodate for teamwork training and simulation. Systematic use of evidence-based practice (EBP) is difficult to follow up and implement without leader support. Contemporary Norwegian theatre nursing demands research and case studies in practice to be able to maintain and develop knowledge and the implementation of EBP at all times to accommodate safe nursing practices for patients receiving theatre nursing services.

Keywords: Theatre nursing/operating room nursing/perioperative nursing, experiences, scrub nurse, floor nurse, patient safety/ preventing adverse events, teamwork, knowledge, teaching/ learning

Innhold

FORORD	3
SAMMENDRAG	4
ABSTRACT	5
Innhold	7
1 INNLEDNING	9
2 DEFINISJONER OG BEGREPER	10
2.1. Operasjonssykepleie	10
2.2. Pasientsikkerhet	11
2.3. Samarbeid	12
2.4. Kunnskap	14
2.5. Undervisning og veiledning	15
2.5.1. Kunnskap i læring	16
3. TIDLIGERE FORSKNING	17
4 METODE OG METODOLOGISKE OVERVEIELSER	19
4.1. Design	20
4.2. Fenomenologisk vitenskapsteoretisk perspektiv	20
4.2.1. Forforståelse	21
4.3. Tilgang til forskningsfeltet	21
4.4. Utvalg	22
4.5. Datainnsamlingen	24
4.5.1. Intervju som metode	25
4.5.2. Intervjuguide	25
4.6. Analyse av transkriberte intervjuer	26
4.6.1 Analyseprosess trinn en	27
4.6.2. Analyseprosess trinn to	27
4.6.3. Analyseprosess trinn tre	27
4.6.4. Analyseprosess trinn fire	28
4.6.5. Analyseprosess trinn fem	28
4.7. Troverdighet	28
4.7.1. Gyldighet	29
4.7.2. Pålitelighet	29
4.7.3. Overførbarhet	30
4.8. Forskningsetikk	30

5. FUNN	32
5.1. Forebygge uønskede hendelser	32
5.1.1 Hindre skade.....	32
5.1.2 Bidra til kort operasjonstid	33
5.1.3. Kvalitet i pasientbehandling	34
5.2. Samarbeid	35
5.2.1. Profesjonell og relasjonell kommunikasjon	36
5.2.2. Respekt for kollegene gir godt samarbeidsklima	36
5.2.3. Kultur kan være både inkluderende og ekskluderende	37
5.3. Kunnskapsanvendelse	38
5.3.1. Taus kunnskap	38
5.3.2. Praktisk kunnskap	39
5.3.3. Teoretisk kunnskap	40
5.4. Undervisning og veiledning	40
5.4.1. Veiledning av studenter og kolleger	40
5.4.2. Forskning er viktig for operasjonssykepleiefaget	41
5.4.3. Trygge rollemodeller muliggjør læring.....	42
6 DISKUSJON	43
6.1. Forebygge uønskede hendelser	43
6.2. Samarbeid.....	46
6.3. Kunnskapsanvendelse	50
6.4. Undervisning og veiledning	54
7 KONKLUSJON	57
REFERANSER	59
Vedlegg 1	64
Vedlegg 2	66
Vedlegg 3	66
Vedlegg 4	68

1 INNLEDNING

Moderne sykepleie er preget av både sosial, økonomisk og teknologisk utvikling. Operasjonssykepleieres virksomhet i Norge er regulert gjennom lover og regler i tillegg til det formelle utdanningssystemet (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999; Rammeplan 2005). Praksisen er preget av en høyteknologisk utvikling som i stadig større grad inntar operasjonsstuen. Dessuten er det overordnede føringer om effektivitet og utnyttelse av ressurser. Dette medfører krav til at operasjonssykepleier opparbeider kunnskap og praksiserfaring slik at pasientene får forsvarlig peroperativ behandling.

Operasjonssykepleie har utviklet seg gjennom flere generasjoner; fra sykepleieskole til sykepleierhøyskole, videre fra grunnutdanning til sykehusintern utdanning i høyskolesystemet, og til videreutdanning (Kvangarsnes 2005; Rammeplanen 2005; Dåvøy et al 2009) og til masterutdanning i operasjonssykepleie. Dette gjenspeiler dagens praksis i flere epoker fra en praktisk til en mer vitenskapelig utdanning av operasjonssykepleiere. Når man praktiserer operasjonssykepleie består dette av å inneha en avansert teoretisk utdanning og til å ha en erfaring i operasjonssykepleie. Det er viktig å jobbe selvstendig og å jobbe tett mellom- og tverrfaglig i et team for å utvikle kunnskap i samhandling. I tillegg har man jevnlig studenter som man veileder og utdanner til å bli funksjonsdyktige operasjonssykepleiere. Kompleksiteten i det som foregår på operasjonsstuen gjør det utfordrende å formidle hva yrkesutøvelsen innebærer. Til tross for at det nå i noen år har vært masterutdanning i operasjonssykepleie, publiseres det lite i forhold til klinisk operasjonssykepleie i klinisk praksis i Norge. Eksempler på tema som er presentert av operasjonssykepleiere de siste tiår er faglig skjønn (Dåvøy 2005), humorens ansikt bak munnbind og hette (Jølstad 2008), hvordan erfarne operasjonssykepleiere utøver koordineringen gjennom operasjonsforløpet (Igesund 2013) og operasjonssykepleieres opplevelser av mellommenneskelige aspekter i operasjonsteamet (Kandal, Huset og Kvåle 2014).

I denne masteroppgaven ønsker jeg å se på hva *er* egentlig operasjonssykepleie? Kan det utvikles kunnskap om funksjonen som er universelle? Er det spesielle områder som trenger mer oppmerksomhet? Fokus for denne studien var derfor å undersøke på hvilken måte norske operasjonssykepleiere ser på hva operasjonssykepleie er; hvilke erfaringer fremhever de når de får snakke fritt om sitt ansvar og sin funksjon? Studien er

kvalitativ, utforskende og beskrivende, og har til hensikt å generere ny kunnskap om operasjonssykepleiernes syn på eget fag og funksjon. Samtidig kan undersøkelsen avdekke ny viten om operasjonssykepleiefaget som kan komme pasienter og helsefagene til nytte.

Problemstillingen er som følger:

Hvilke erfaringer og opplevelse har operasjonssykepleier med sitt ansvar og sin funksjon i operasjonsavdelingen?

2 DEFINISJONER OG BEGREPER

Dette kapitlet tar for seg sentrale definisjoner og begreper som illustrerer empirien i de erfaringer og opplevelser operasjonssykepleiere har med sitt ansvar og sin funksjon i operasjonsavdelingen.

2.1. Operasjonssykepleie

I Norge er operasjonssykepleier en offentlig godkjent sykepleier som har gjennomgått videreutdanning eller mastergrad i operasjonssykepleie (Dåvøy et al, 2009).

Utdanningen går over tre eller fire semester og er en kombinasjon av teori og praksis.

Operasjonssykepleiers funksjonsbeskrivelse sier:

Operasjonssykepleier skal utøve individuell og profesjonell sykepleie som bygger på kunnskapsbasert praksis og ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet. Operasjonssykepleier skal fremme helse, forebygge sykdom og skader, lindre lidelse, behandle og utføre rehabiliterende og miljøterapeutiske tiltak (Giskemo et al 2014).

Funksjonen er todelt; sterilt utøvende operasjonssykepleier og koordinerende operasjonssykepleier. Den sterilt utøvende har ansvar for steril oppdekking av instrumenter og pasienten samt ansvar for at instrumentene som benyttes er sterile og at instrumenteringen foregår sikkert og raskt (Rammeplan 2005; Rothrock 2007; Dåvøy et al 2009; Giskemo et al 2014). Koordinerende operasjonssykepleier har ansvar for at pasienten ligger i riktig leie, at operasjonssykepleien blir dokumentert i pasientens journal, og alle som er til stede følger retningslinjer for påkledning og hygiene. I tillegg

til legger koordinerende operasjonssykepleier til rette for at den sterilt utøvende kan utøve sin del av operasjonssykepleiefunksjonen uten avbrytelser. Mange steder er også den koordinerende ansvarlig for at trygg kirurgi sjekkliste blir gjennomført og dokumentert (Dåvøy et al 2009, Hollund 2010; Høyland et al 2013; Haugen et al 2014).

2.2. Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet under kirurgisk behandling er viktig for å få et godt resultat for pasienten (Rothrock 2007; Dåvøy et al 2009; Hjort 2011). I 2004 startet World Health Organization (WHO) sitt program om pasientsikkerhet på bakgrunn av rapporten om uventede dødsfall i sykehus fra Institute of Medicine (IOM) i USA. I følge WHO er pasientsikkerhet alt helsepersonell gjør for å unngå at pasienter som mottar helsetjenester påføres skade (WHO 2004; Rothrock 2007; Hjort 2011; Haugen et al 2014; NOU 2015:11).

Pasientsikkerhet ble satt på dagsorden i Norge ved opprettelsen av kunnskapssenteret for helsetjenesten, og videre arbeid med å utvikle nasjonal strategi for pasientsikkerhet. Her i Norge har forebygging vært et sentralt område innenfor helsetjenesten siden offentlige helsetjenester ble etablert. Pasientsikkerhet blir styrt av lovverket og forskrifter som har til hensikt å sikre pasienters rettigheter til trygg og sikker helsehjelp, i tillegg til å sikre forsvarlig utøvelse av den helsehjelp som leveres (Lov om spesialisthelsetjenesten, Helsepersonelloven, 1999; Helseforskningsloven, 2008; NOU 2015:11).

Begrepet pasientsikkerhet står også sentralt i operasjonssykepleie, og i henhold til Landsgruppen av operasjonssykepleiere (LOS), skal operasjonssykepleier utøve individuell og profesjonell sykepleie som skal bygge på kunnskapsbasert praksis (KBP) for å ivareta den enkeltes pasientsikkerhet under oppholdet i operasjonsavdelingen. Operasjonssykepleier skal videre bidra til å fremme helse, forebygge sykdom og skader, lindre lidelse, og behandle og utføre rehabiliterende og miljøterapeutiske tiltak (Dåvøy et al 2009; Giskemo et al 2014).

Pasientsikkerhetskampanjen i Norge ble iverksatt i 2011 på bakgrunn av initiativet fra WHO. I forhold til kampanjen ble det prioritert allerede i starten å utvikle sjekkliste for trygg kirurgi etter en modell av flyveres sjekkliste før flyvning.

Pasientsikkerhetskampanjen fikk navnet «I trygge hender» og ble omgjort til en nasjonal femårsplan for pasientsikkerhet i helsetjenesten i 2014 (NOU 2015:11). Målet med kampanjen er tredelt:

- *Redusere pasientskader.*
- *Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet.*
- *Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten (NOU 2015:11).*

Alle virksomheter i sykehus er pålagt å etterleve retningslinjene som gjelder for all pasientbehandling. Kampanjen har 12 innsatsområder for å nå målene for en sikrere pasienthelsetjeneste. For operasjonssykepleiere er «Trygg kirurgi sjekklister» ett av innsatsområdene og pasientsikkerhetsverktøyet for operasjonsavdelingen. Det er estimert at implementering og systematisk bruk av denne kan redusere dødelighet med 40 % og komplikasjoner med 60 % (Hjort 2011; Haugen et al 2014; NOU 2015:11). Fire tiltak er implementert for å redusere pasientskader:

1. Bruk av sjekklister for trygg kirurgi og postoperative sårinfeksjoner
2. Sikre at hårfjerning blir gjort korrekt før operasjon
3. Sikre at pasient ikke blir nedkjølt
4. Sikre forsvarlig valg av og administrering av antibiotika som profylakse (NOU 2015:11).

2.3. Samarbeid

Samarbeid er *når to eller flere personer arbeider sammen for å nå et felles mål* (Landrø og Wangenstein, 1993). Samarbeid i tverrfaglige eller profesjonsfaglige grupper defineres gjerne som teamarbeid og kan ikke foregå uten at det foreligger et samarbeid mellom individene i gruppen om et felles enderesultat (Grenness, 1997; Bang og Midelfart, 2004).

En definisjon av team som er mye anvendt er *«en liten gruppe mennesker med utfyllende kompetanse, og med felles mål og tilnærming som de holder hverandre gjensidig ansvarlige for»* (Bang og Midelfart, 2012). Denne definisjonen er dekkende for

samarbeidet som foregår i operasjonsteamet for å ta vare på pasienten.

Operasjonsteamet består av to grupper spesialsykepleiere og to grupper av leger. Henholdsvis en anestesisykepleier og to operasjonssykepleiere, anestesilege(r) og kirurg(er). Den mest brukte definisjonen på samarbeid innenfor helsefagene er formulert av Lauvås og Lauvås i 2004: «*Samarbeid innebærer å tilpasse seg hverandres arbeidsoppgaver, rytme og stil, og på den måten er samarbeid med på å sikre sammenhengende og helhetlig pasientbehandling*». En tredje definisjon på samarbeid er når to eller flere personer løser felles oppgaver i dynamisk interaksjon over tid for å oppnå et felles mål (Grenness, 1999). Felles for disse ulike definisjonene er at man jobber sammen med ulike roller og funksjoner i en gruppe hvor man er gjensidig avhengig av hverandre, og som har samme mål. Rollene i operasjonsteamet er utfyllende og gjensidig avhengige, og innebærer en positiv bruk av maktforskjeller, ledelse og kontroll. Dette utøves ved at teammedlemmene kommuniserer, har tillit til hverandre er enige om hva som er det felles målet. På operasjonsstua foregår kommunikasjonen både verbalt og non-verbalt mellom teammedlemmene. Kommunikasjonen er både relasjonell og profesjonell. For operasjonsteamet er det felles målet en effektiv og god operasjon for pasienten (Rammeplan 2005; Rothrock 2007; Dåvøy et al 2009; NSF-LOS, 2015).

Når en samarbeider i team er det viktig med at det er gjensidig respekt for team medlemmene (Lauvås og Lauvås, 2004; Bang og Midelfart, 2012). Ordet respekt kommer fra de latinske ordene *spici* og *spectare* og som betyr å se foran seg. Respekt er et begrep som har med *vår holdning til «den andre» å gjøre og som viser vår anerkjennelse av at andre er en likeverdige samarbeidspartner* (Landrø og Wangenstein, 1993).

En annen side av respekt er tillit. Jeg har tillit til at min kollega har kunnskaper som utfyller mine egne, derfor har jeg faglig og kollegial respekt for henne (Bang og Midelfart 2004; Lauvås og Lauvås 2004).

Wittgenstein (1889-1951) som var utdannet ingeniør fra Østerrike og mest kjent som filosof om logikk og språk sier om respekt at det er et «familielikhetsbegrep», det vil si at det ikke er en bestemt definisjon som omfatter hele begrepet. Respekt handler om å bli sett på en positiv måte i kraft av sin funksjon eller rolle i et team eller en organisasjon (Åmås, 2000).

Ordet kultur kommer fra latin og betyr å dyrke eller pleie. Begrepet kultur benyttes i en rekke forskjellige sammenhenger med ulike betydninger. Det mest vanlige er å snakke om kultur som: *holdninger, verdier og normer som er rådende hos en viss gruppe mennesker* (Landrø og Wangenstein, 1993). Bang og Midelfart (2004) snakker i utgangspunktet om ledergrupper og hva som er hensiktsmessig gruppekultur. I og med at teamet på operasjonsstua er sammensatt av flere sterke faggrupper og – personligheter og det er viktig at de fungerer effektivt sammen, velger jeg å bruke deres betraktninger om samarbeidskultur. De beskriver samarbeidskulturen som tredelt; at det er en hensiktsmessig gruppekultur, at det er god lagånd og at det er gruppepsykologisk trygghet (Bang og Midelfart 2004).

2.4. Kunnskap

Ordet kunnskap betyr *viten, innsikt erkjennelse* (Landrø og Wangenstein, 1993). Det greske ordet for kunnskap, *epistéme*, benyttes i vitenskapsteoretiske sammenhenger og har gitt oss begrepet epistemologi (Kim, 2012; Ongstad, 2013). Dette refererer til gyldigheten av ulike typer kunnskap og hvordan man oppnår kunnskap. Som operasjonssykepleier må man ha ulike typer kunnskap for å kunne handle målrettet i gitte situasjoner og for kunne handle rasjonelt i samarbeid i teamet på operasjonsstua. I følge Kim (2006) er kunnskapsanvendelse hvordan kunnskapen blir tilegnet, lagret og kumulert slik at den kan bli brukt til handling, og i praksis er kunnskapen spesifikk og situasjonsbetinget (Kim 2006; Kim 2012). Videre påpeker Kim at kunnskapsanvendelse i sykepleiepraksis er essensiell fordi den refererer til bruken av spesialisert profesjonell kunnskap. Kunnskapsbasert sykepleie har kunnskapssyntese og anvendelse som kjernekomponenter. Hun beskriver kunnskapsanvendelse som en prosess hos utøveren der dennes personlige kunnskap er integrert med den allmenne kunnskap innenfor sykepleiedisiplinen (Kim 2012). For operasjonssykepleiere er ulike kunnskapsformer som taus kunnskap, praktisk kunnskap og teoretisk kunnskap viktig.

Taus kunnskap er den *praksiskunnskap vi utøver og tilegner oss gjennom dagliglivets erfaringer i ulike yrkespraksiser og andre områder i livet* (Åsvoll 2009). I følge Kuhn er taus kunnskap *den kunnskap man tilegner seg gjennom praksis og som man ikke entydig kan formulere* (Molander 1996). Taus kunnskap henger nøye sammen med ferdighetskunnskap eller praktisk kunnskap og er derfor ikke bare hvordan denne kunnskapen

anvendes i yrkespraksis, men også hvordan utøveren med personlige erfaringer og ferdigheter skaper ny mening og kunnskap i den profesjonelle utøvelsen (Åsvoll 2009). Ferdighetskunnskap er en annen måte å beskrive praktisk kunnskap på, og illustrerer hvordan noe gjøres eller utføres (Molander 1996).

Kim (2012) sier at teoriens rolle i sykepleiefaget er sammensatt fordi den har til hensikt å bedre enkeltmenneskers helseutfordringer samtidig som man må bruke spesialisert kunnskap i gitte situasjoner. Dersom pasienten for eksempel skal kunne legges i riktig leie, må operasjonssykepleieren vite hvilke nerver som kan være utsatt for trykk i de ulike leier og forstå konsekvensene av mangelfull oppfølging av leiringen. Skal hun kunne forebygge hypotermi¹, må hun ha kunnskap om at hypotermi før og under operasjonen kan bety økt blødnings- og komplikasjonsfare under kirurgi og økt fare for postoperative sårinfeksjoner og utvikling av trykksår etter kirurgi (Rothrock 2007; Dåvøy et al 2009).

Kant (1724-1804) var en tysk moralfilosof som formulerte i 1785 det som innen filosofi blir betegnet som det kategoriske imperativ. Det som ligger i det kategoriske imperativ er at det er en universell gyldighet i de moralske pliktene, og dette kan overføres til å gjelde alle arenaer der mennesket handler og tenker (Storheim, 1970). Det er fra det kategoriske imperativ han utledet blant annet setningen *teori uten praksis er tom, mens praksis uten teori er blind* (Storheim, 1970). Operasjonssykepleie er i tråd med dette, fordi for å kunne utøve profesjonell og sikker operasjonssykepleie må man i tillegg til å ha en inngående teoretisk kunnskap i medisinske og sykepleiefaglige områder, oppøve og vedlikeholde avanserte praktiske ferdigheter i klinisk praksis.

2.5. Undervisning og veiledning

Ontologi stammer fra gresk *ontos*, som betyr væren, eller det som er, og *logia*, som betyr studie eller vitenskap (Landrø og Wangenstein, 1993). Ontologi er læren om tingenes eksistens, vesen og egenskaper, og jeg oppfatter ontologi som den ene siden av mynten der epistemologi er den andre siden. For operasjonssykepleiefaget kan ontologien være praksiskunnskapen og det å formidle praksiskunnskap (Kim, 2012).

¹ Hypotermi defineres som kjernetemperatur under 36 °C; det graderes i mild hypotermi, 36-34°C; moderat 33-28°C; og alvorlig lavere eller lik 28°C (Dåvøy et al, 2009).

Didaktikk er et annet ord for undervisnings-kunst/ undervisningslære (Landrø og Wangenstein, 1993). Fagdidaktikk retter seg mot det som er spesifikt for formidling av kunnskap om et bestemt fag eller en gruppe av fag. I sykepleie snakker man gjerne om fagutvikling. Dette begrepet er sammensatt og det er vanskelig å finne en ensartet definisjon i litteraturen. Rammeplanen for videreutdanning i operasjonssykepleie gir føringer for at utdanningen skal: *Drive utviklings- og forskningsarbeid knyttet til fag, undervisning og yrkesutøvelse i operasjonssykepleie* (Rammeplanen, 2005:7).

Legeforeningen (2012) sier om fagutvikling at det *handler om planlegging, oppfølging og implementering av ny kunnskap* (www.dnl.no, 2012). Denne forståelsen av begrepet kan også overføres til operasjonssykepleiefaget. En operasjonalisering av begrepet oppfatter jeg at kan gjelde både studenter og etablerte praktikere. Undervisning og veiledning foregår når sykepleiere i videreutdanning er i praksis, og jeg oppfatter det som en toveis prosess, der den erfarne operasjonssykepleier videreformidler prosedyrer og teori i praksis og studenten absorberer og reflekterer sammen med praksisveileder. Dessuten foregår dette mellomkollegialt og kontinuerlig i praksis.

2.5.1. Kunnskap i læring

Bengt Molander er professor ved NTNU og har utgitt en rekke bøker og artikler om kunnskap i det vitenskapsfilosofiske paradigme. Han er spesielt opptatt av hvordan ulike typer kunnskap formidles i praksiskunnskapen, og hvordan man kan forstå kunnskap i praktiske handlinger. Han kaller det *den levende kunnskapen* (Molander, 1996). Når man skal formidle operasjonssykepleie i praksis kan det for eksempel være en utfordring å forklare den tause kunnskapen.

Formidling av faget i operasjonssykepleie er således sammensatt fordi det er ulike måter å løse en praktisk utfordring på mens prinsippene bak og teorien som ligger til grunn er ganske konstante. En pedagogisk tilnærming når man skal videreformidle operasjonssykepleie er avgjørende for læringsresultatet. Når en student har lært (de teoretiske) prinsippene for desinfeksjon av operasjonsfelt, må de få prøve seg i praksis. Den beste måten er å illustrere ved å vise hvordan det skal desinfiseres samtidig som du gjenforteller prinsippene (Rothrock, 2007; Dåvøy et al 2009). Enten kan du la studenten ta over sykepleiehandlingen, eller du kan vente til neste gang et operasjonsfelt skal

desinfiseres. Således er kunnskap i læring i operasjonssykepleie en syntese av kunnskapsformene taus kunnskap, praktisk kunnskap og teoretisk kunnskap.

3. TIDLIGERE FORSKNING

Det er utført systematiske søk i Medline, Cinahl og tilgjengelige databaser i Helsebiblioteket for å få en oversikt over tidligere forskning. Det er søkt i perioden 1980-2008 i første søk og perioden 2000-2016 i senere søk. Emneord som er benyttet er *operating room/ perioerative/ theatre nurse/-ing og scrub/ floor nurse* i ulike kombinasjoner med *role / experiences* før analysen var gjennomført. Etter analysen var ferdigstilt ble emneordene *operating room/ perioerative/ theatre nurse/-ing og scrub/ floor nurse* kombinert med *patient safety/ positioning of patient/ technical/ teamwork/ knowledge*. Jeg fant seks kvalitative studier fra perioden 1999-2016. Disse var fra ulike verdensdeler og omhandler operasjonssykepleieres erfaringer og opplevelser med sitt ansvar og sin funksjon.

Blomberg, Bisholt, Nilsson og Lindwall (2014) beskriver operasjonssykepleieres innstilling til omsorg i operasjonssykepleieutøvelsen. De gjorde en kvalitativ fenomenografisk studie med 15 individuelle intervjuer. Studien konkluderer med at operasjonssykepleierne mener at omsorgsaspektet i operasjonssykepleie er fremtredende, og møtet før pasienten sovner legger grunnlaget for dette. Etter at pasienten har sovnet har de omsorg for pasienten gjennom å bidra som teammedlem og god teknisk utøvelse av operasjonssykepleie. Dette gjør de ved å ta ansvar, følge med og ivareta pasientens verdighet.

Kelvered, Öhlén og Gustafsson (2012) har gjort en kvalitativ studie i Sverige der de undersøkte operasjonssykepleieres erfaringer med pasientrelaterte intraoperative prosedyrer. Utvalget var seks par-intervjuer og fire individuelle intervjuer. I analysen

benyttet de kvalitative deskriptive analyse inspirert av Thorne, samt Graneheim og Lundman. Studien identifiserer 15 operasjonssykepleietiltak som de kaller *procedures* og tre overordnede begrunnelser for gjennomføring/ implementering av tiltakene. Videre karakteriseres operasjonssykepleie at operasjonssykepleieren har en konstant tilstedeværelse under operasjonen og i hver situasjon som krever sykepleietiltak. I tillegg garanterer den individuelt tilpassede sykepleie-omsorgen pasientsikkerheten og sårtilheling, slik at pasientene etter inngrepet gjenoppretter velvære.

Rasmussen og Torjuul (2012) gjorde en kvalitativ studie i Norge der de undersøkte operasjonssykepleieres erfaringer med å håndtere uventede hendelser på operasjonsstua. De gjennomførte til sammen fire fokusgruppeintervjuer ved to norske lokalsykehus, det totale antall deltakere var 23 operasjonssykepleiere. Analysen var en systematisk tekstkondensering. Studien identifiserer ett hovedtema; å være forberedt på det uventede og fire undertema; kontroll, fleksibilitet og improvisasjon, teamsamarbeid og faglig trygghet. Funnene viser at operasjonssykepleierne forsøker å være best mulig forberedt på uventede situasjoner, og for å klare dette trenger de nok forhåndsinformasjon. Skal de handle adekvat når det oppstår uforutsette endringer, må de ha faglig trygghet og erfaring. Det er også viktig at teamsamarbeidet er godt.

Høyland, Aase og Hollund (2011) gjorde en etnografisk studie i Norge av kirurgiske team der de så på kunnskapsanvendelse og- variasjon for trygt teamsamarbeid under 27 operasjoner. Datasamlingen bestod av en kombinasjon av observasjoner og individuelle intervjuer. Av 91 observerte personer hadde 50 gitt informert samtykke og 11 av disse ble intervjuet. Det var både anestesileger, kirurger, anesthesi- og operasjonssykepleiere som ble observert og intervjuet. Analysen foregikk ved en triangulering av funnene fra observasjonene i form av notater og transkriberte data sett opp mot transkripsjonene av de individuelle intervjuene og samtaler om de ulike observerte operasjonene. Det ble identifisert tre tema; variasjonen i håndtering av multiple informasjonskilder før det tas en beslutning, variasjonen i oppmerksomhet og hvordan planlegging forover i tid uttrykkes og de ulike måtene uventede hendelser håndteres på av teamet. Studien illustrerer identifiseringen av temaene med beskrivelse av seks episoder fra observerte operasjoner. Ulike typer kunnskap kombineres tverrfaglig for å oppnå pasientsikkerhet under kirurgi. Det anbefales at denne kunnskapen benyttes til å samle teamene regelmessig for å dele erfaringene og belyse de ulike typer kunnskap som er i spill. Et

annet forslag er å inkludere tidligere erfaringer som en del av sjekklisten i trygg kirurgi; spørre om man har erfart liknende tidligere og hva man gjorde/ lærte av det som denne situasjonen kan ha nytte av.

Gillespie, Chaboyer, Wallis, Chang og Werder (2009) har gjennomført en studie i Australia om operasjonssykepleieres innstilling til kompetanse på operasjonsstua. Det var en kvalitativ studie med tre fokusgruppeintervju der de foretok en innholdsanalyse. De identifiserte tre tema som operasjonssykepleierne mente var avgjørende for god praksis: sammensmelting av teoretisk, praktisk, situasjons- og estetisk kunnskap, høyt utviklede kommunikasjonsevner og administrering og koordinering av pasientlistene. Det første temaet og tema tre henger sammen da de mente at handlingskompetansen til å håndtere komplekse situasjoner er avhengig av hva slags praksis de har vært eksponert for i løpet av studiet. Tema to handler om at team-arbeidet, og viser at en er helt avhengig av en god og åpen kommunikasjon for å få gjennomført arbeidsoppgavene. De påpeker også at den sammensatte kompetansen som operasjonssykepleiere innehar kan benyttes til å utvikle strategier for å bedre opplæringen av studenter og nyansatte.

McGarvey, Chambers og Boore (1999) gjorde en undersøkelse der de tok for seg sykepleierollen i operasjonsavdelingen og så på hvordan sykepleie ble ansett og praktisert. Studien er utforskende og datainnsamlingen består av observasjon, intervju og dokumentanalyse. Funnene indikerer at operasjonssykepleierne relaterte rollen sin til de funksjonene de utførte, heller enn å beskrive hva operasjonssykepleie er.

4 METODE OG METODOLOGISKE OVERVEIELSER

Dette kapitlet vil ta for seg studiens design og gjennomføring, samt refleksjoner rundt metodevalgene som er gjort under planleggingen og gjennomføringen? av denne undersøkelsen.

4.1. Design

I denne studien benyttes kvalitativ metode med et utforskende og beskrivende design (Polit og Beck 2014). I studien ble det undersøkt hvordan operasjonssykepleiere beskrev sitt ansvar og sin funksjon i operasjonsavdelingen. Studien hadde en induktiv tilnærming der man skulle undersøke noe uten forutinntatt antakelse eller teori (Kvale og Brinkmann, 2009; Malterud, 2011; Polit og Beck, 2014). Studien ble gjennomført som en intervjustudie med individuelle intervjuer.

4.2. Fenomenologisk vitenskapsteoretisk perspektiv

Innen kvalitativ forskning blir det benyttet ulike vitenskapsteoretiske tilnærminger. De mest vanlige til en intervjustudie er hermeneutikk eller fenomenologi, der hermeneutikk er tolkningslære og fenomenologi er erfaringslære (Malterud, 2011). Ettersom denne studiens fokus var erfaringer og opplevelser med det å være operasjonssykepleier har jeg valgt et fenomenologisk vitenskapsteoretisk perspektiv. Husserl (1859-1938) regnes som fenomenologiens far og har inspirert filosofer som Heidegger (1889-1976), Sartre (1905-1980) og de Beauvoir (1908-1976). I litteraturen er fenomenologi beskrevet som den enkeltes livsverden (Rice og Ezzy, 1999; Malterud, 2011; Polit og Beck, 2014). I helsetjenesteforskning undersøkes blant annet pasientfenomener (opplevelse av sykdom) og fenomener knyttet til utøvelsen av helsepersonellens oppgaver. Hensikten med denne studien var å gi en presis og åpen beskrivelse av operasjonssykepleieres opplevelser og erfaring med sitt ansvar og sin funksjon i operasjonsavdelingen. En fenomenologisk tilnærming har til hensikt å yte rettferdighet til den naturlige erfaringen og få frem de individuelle særpreg. Den enkelte operasjonssykepleiers subjektive erfaringer ønskes belyst. Selve fenomenet operasjonssykepleie ble undersøkt ut i fra den enkeltes livserfaring med yrkesutøvelsen.

4.2.1. Forforståelse

Jeg er utdannet operasjonssykepleier med mange års erfaring som operasjonssykepleier, og hadde egne opplevelser og erfaringer med operasjonssykepleier sitt ansvar og funksjon over mange år i praksis. For denne studien hadde jeg derfor som forsker allerede en forforståelse. Når forforståelsen er kjent kan denne benyttes til å plassere forskeren i konteksten slik at tekstmaterialet analyseres ut i fra det respondentene ønsker å formidle (Malterud 2011). Samtidig bød dette på utfordringer fordi jeg var redd for å skape bias. I følge Malterud (2011) kan det også være en utfordring å forske på kollegaer fordi det kan oppstå etiske utfordringer som i negativ grad kan påvirke datasamlingen og fremstillingen av resultatene.

Malterud (2011) sier om bias og forforståelse at: «...forutsetter vi at forskeren gir oss innsikt i kontekstuelle forutsetninger som har hatt betydning for tolkninger av problemstillinger og materiale.» (s 17). Hensikten med at forforståelsen blir klarlagt er for å unngå at denne påvirker behandlingen av det empiriske materialet negativt. Kvale og Brinkmann(2009) beskriver dette som den objektive produksjon av kunnskap (s 242) der begrepet objektivitet handler om forebygging av bias, refleksivitet rundt egen forforståelse, intersubjektiv konsensus (at de som blir intervjuet svarer på det samme) og at det er frihet til å la være å delta i studien.

4.3. Tilgang til forskningsfeltet

I litteraturen refereres kontaktpersonene til forskningsfeltet som «gate keepers»² (Rice og Ezzy, 1999 s 62). En gate keeper kan være både formell og uformell. Formelle gate keepers var Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, Personvernombudet og de respektive avdelingslederne. Uformelle gate keepers kan være den eller de som opplever seg som ansvarlig for tjenesten eller har siste ordet når det gjelder å la en forsker komme inn i deres hverdag.

Etter at nødvendige tillatelser var innhentet ble det sendt henvendelse til aktuelle sykehus. I studien var forskeren ukjent for tre av de fem sykehusene, noe som gjorde det vanskelig å finne rette person å henvende seg til slik at jeg kunne få tilgang til

² Gate keeper er et engelsk begrep som direkte kan oversettes med port-/dørvokter. Jeg velger å beholde den engelske betegnelsen da det er denne som forekommer i litteraturen.

forskningsfeltet. Avdelingsleder ble kontaktet på mail og de fikk tilsendt prosjektbeskrivelsen. Ved to av sykehusene ble forespørselen videresendt fagsykepleier. Deres rolle var å vurdere om forskeren skulle få tilgang til deltakere til studien. Informasjon om studien ble gitt av lederen eller fagutviklingssykepleier, og interesserte deltakere som tilfredsstilte kriteriene til å delta (Jf. Punkt 4.4.) meldte seg til dem. Etter noen dager ble avdelingssykepleierne og fagutviklingssykepleierne kontaktet på telefon, der de ble spurt om jeg eventuelt skulle sende mer informasjon på mail eller om jeg skulle komme å gi muntlig informasjon om studien. Alle ønsket at jeg avtalte intervjudato direkte med de informantene som hadde sagt seg villig til å delta i studien. Når det gjaldt operasjonssykepleierne som skulle være informanter var det en utfordring for operasjonsavdelingen å ta dem ut på dagtid for å gjennomføre intervjuene fordi dette ble en for stor utfordring i forhold til å få gjennomført operasjonsprogrammet.

4.4. Utvalg

Deltakere ble rekruttert etter prinsipper for hensiktsmessig utvelgelse og strategi for maksimum variasjon av informasjonsrike deltakere (Patton, 2002). Inklusjonskriterier var at informantene skulle ha full stilling som operasjonssykepleier, kunne være menn eller kvinner og med varierende antall års erfaring som operasjonssykepleier. Det ble valgt å ikke sette en nedre grense i antall års erfaring som operasjonssykepleier fordi en nedre grense kunne påvirke ønsket om maksimum variasjon av informasjonsrike informanter. Sykehusene som deltakerne ble rekruttert fra var tre offentlige og to private sykehus i Østlandsområdet med en beliggenhet innenfor en radius på 100 km. Det var ett sykehus med tre informanter, de øvrige fire hadde to hver. Tabell 1 viser en oversikt over de utvalgte sykehusenes størrelse og beliggenhet.

Tabell 1: Utvalget av sykehus

	>1000 opr	<3000 opr	Offentlig	Privat	Urbant	Ikke-urbant
Sykehus A 3 intervju		x	x		x	
Sykehus B 2 intervju	x			x		x
Sykehus C 2 intervju		x	x		x	
Sykehus D 2 intervju	x			x		x
Sykehus E 2 intervju		x	x		x	

Forklaringer: Opr = operasjoner; Offentlig= universitetssykehus fullfinansiert med offentlige midler; Privat= sykehus drevet som private stiftelser delfinansiert med offentlige midler; Urbant=folketett område overstigende 250000 innbyggere.

I kvalitativ forskning er ikke utvalgsstørrelsen av betydning, man er heller interessert i deltakernes evne til å gi rik informasjon slik at man får vite det man ønsker å få svar på (Patton, 2002; Kvale og Brinkmann, 2009).

Utvalget i denne studien bestod av 11 operasjonssykepleiere fra fem sykehus. Av de 11 deltakerne var det 10 kvinner og en mann. En detaljert beskrivelse av utvalget er vist i tabell 2.

Tabell 2: Karakteristika informantene i studien (Antall = 11)

Karakteristika	Antall	Prosent
Kjønn		
Menn	1	9
Kvinner	10	91
	Gjennomsnitt	Variasjonsbredde
Alder (år)	41	29 – 58
Erfaring som sykepleier før oppstart av videreutdanning i operasjonssykepleie (år)	7	0 -14
Erfaring som operasjonssykepleier (år)	11,5	0 – 33

4.5. Datainnsamlingen

Denne undersøkelsen hadde til hensikt å utforske erfaringer og opplevelser som operasjonssykepleiere hadde med sitt ansvar og sin funksjon i operasjonsavdelingen. Kvalitativt intervju var derfor en egnet metode for å få svar på dette. Det kvalitative forskningsintervju kan gjennomføres på ulike måter. Det vanligste er individuelle dybdeintervju der man enten intervjuer på telefon eller ved et møte med den enkelte informant. En annen måte å samle data på er fokusgruppe-intervju (Kvale og Brinkmann, 2009). Fokusgruppeintervju hadde passet for denne studien da erfaringer og meninger som ble delt i gruppediskusjonene kunne bidra til nye refleksjoner og tanker som deltakerne kunne overføre til egen praksis (Malterud, 2012). Fokusgruppe-intervju var vanskelig å gjennomføre da mange operasjonssykepleiere måtte blitt tatt ut fra operasjonsstua, noe som ville medføre vanskeligheter med å få gjennomføre operasjonsprogrammet. Individuelle dybdeintervju ble derfor valgt, fordi dette var best egnet. Før selve datasamlingen startet ble det utført tre pilotintervju. Hensikten med pilotintervjuene var å teste ut intervjuguiden og gi trening i intervjusituasjonen. Pilotintervjuene ble skrevet ned (transkribert) etter at de var gjennomført og før de

øvrige intervjuene fant sted. Intervjuene ble utført i hovedsak på arbeidsplassen og i arbeidstiden til informantene.

4.5.1. Intervju som metode

I følge Rice og Ezzy (1999) er et godt intervju som en god samtale. En person snakker, mens den andre lytter, reagerer og oppmuntrer (side 51).

Når man intervjuer for forskning er det viktig å ha klart for seg hva man ønsker svar på. Kvale og Brinchmann (2009) sier at intervjuets kvalitet bedømmes ut i fra styrken og gyldigheten av kunnskapen som blir produsert. Intervjuet må være hensiktsmessig og målrettet slik at man får svar på problemstillingen. Det å intervjuer er en aktiv prosess mellom intervjuer og den som blir intervjuet, og intervjuet avhenger av hvordan intervjuguiden er utformet og følges under intervjuet (Kvale og Brinkmann, 2009). Alle som deltok i intervjuene hadde en samtale både før (briefing) og etter (debriefing) intervjuet. I samtalen forut for intervjuet ble hensikten med studien gjennomgått og deltakerne fikk anledning til å få klarhet i eventuelle spørsmål. Videre ble det gitt rom for spørsmål rundt informasjonen de hadde mottatt på forhånd. Samtalen etterpå var en evaluering der deltakerne kunne stille spørsmål og få tilbakemeldinger på det de ønsket. De som ble intervjuet var opptatt av at de skulle svare riktig, så både under samtalen før og etter intervjuet ble det diskutert hva som var «riktige» svar. Riktige svar er den enkeltes beskrivelse av erfaring og opplevelse med en egen praksis.

4.5.2. Intervjuguide

Intervjuguiden er et hjelpemiddel for å gjennomføre intervjuene på en systematisk og strukturert måte (Kvale og Brinkmann, 2009; Malterud, 2011). En intervjuguide kan være fokusert (strukturert) der man har valgt ett eller flere tema man ønsker å få belyst, eller den kan være mindre fokusert der man kan ha et helt åpent og ustrukturert intervju der informantene forteller fritt om et tema. For denne undersøkelsen ble det utformet en semi-strukturert intervjuguide, da det var ønskelig med spontane beskrivelser av operasjonssykepleiernes opplevelser og erfaringer av ansvaret og funksjonen i operasjonsavdelingen (Kvale og Brinkmann 2009). Det ble utført tre pilotintervju for å teste intervjuguiden, og alle tre intervjuene ble inkludert i analysen da

det kom frem interessante funn i intervjuene og det var minimale justeringer på den endelige intervjuguiden.

Ulempen med å ha en semistrukturert intervjuguide var at jeg i begynnelsen var for opptatt av å få svar på alle spørsmålene, heller ennå stille oppfølgingsspørsmål som kunne ha bidratt til mer dybde og rikhet i dataene.

4.6. Analyse av transkriberte intervjuer

Datainnsamlingen bestod av 11 intervjuer som hadde en varighet på 25-45 minutter hver. Før selve analysearbeidet kunne starte ble hvert intervju transkribert. Jeg transkriberte alle intervjuene selv og skrev ut hvert intervju ordrett ut, ord for ord (verbatim). Den transkriberte teksten utgjorde til sammen 88 A4 sider.

Kvalitativ forskning genererer ofte store mengder data, og innholdsanalyse er en metode å analysere rikholdige kvalitative data på en strukturert måte (Granheim og Lundman 2004). I følge Malterud (2011) er en grundig og veldokumentert analyse det som skiller en vitenskapelig tilnærming fra overflatisk synsing (s91).

I denne masteroppgaven har jeg støttet meg til Granheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse. I følge Granheim og Lundman (2004) vil en innholdsanalyse omfatte systematisk bearbeidelse av tekst ved å dele den inn i meningsbærende enheter, kondenserte meningsenheter, koder, kategori og tema. De skiller videre mellom manifest og latent innhold. Det manifeste innhold er det som sies, det som beskriver det synlige og selvfølgelige i teksten. Det latente innholdet handler om tolkning av den underliggende meningen av det som formidles i teksten (Granheim og Lundman 2004). Da denne studien har som formål å beskrive det «konkrete» om hvilke erfaringer operasjonssykepleiere har med ansvaret og funksjonen i det daglige arbeidet på operasjonsstua har jeg valgt å legge vekt på det manifeste innholdet i teksten. Det manifeste legger vekt på det den enkelte operasjonssykepleier sier. Det ble derfor naturlig å ta bort kategorien «koder». På denne måten blir det en naturlig kobling mellom meningsbærende enheter, kondenserte meningsenheter, subkategorier og kategorier (Granheim og Lundman, 2004).

Jeg vil beskrive fremgangsmåten i analyseprosessen slik den ble gjennomført i denne studien. Analyseprosessen beskrives hovedsakelig i fem trinn som beskrevet i de følgende avsnitt.

4.6.1 Analyseprosess trinn en

I første trinnet i analyseprosessen leste jeg gjennom de transkriberte intervjuene flere ganger for å danne meg et helhetsinntrykk av intervjuene og bli kjent med datamaterialet. På dette trinnet var det viktig for meg å sette min forforståelse som operasjonssykepleier og teoretiske referanseramme i bakgrunnen slik at jeg hørte operasjonssykepleierens stemme og var åpen for det de forsøkte å formidle. I dette trinnet ble ulike «område»r identifisert og «foreløpige kategorier formulert» (Granheim og Lundman 2004; Malterud, 2011).

4.6.2. Analyseprosess trinn to

Det andre trinnet i analyseprosessen hadde til hensikt å organisere den delen av datamaterialet som jeg ønsket å se nærmere på. På dette trinnet ble alle 11 intervjuene systematisk gjennomgått for å identifisere meningsbærende enheter. Meningsbærende enheter er korte eller lengre deler av en tekst som forteller noe om det fenomenet som studeres (Granheim og Lundman 2014). I denne studien er de meningsbærende enhetene setninger og lengre utsagn. Hver av de identifiserte meningsbærende enheter som hadde en selvstendig mening i forhold til problemstillingen, ble kopiert fra det transkriberte materialet over i første kolonne i analyseskjemaet og hvert utsagn ble så markert med et tall som representerte hvilken operasjonssykepleier som sa hva.

4.6.3. Analyseprosess trinn tre

Det tredje trinnet bestod i å kondensere de meningsbærende enhetene, som består i å forkorte dem ned til kortere enheter, men fremdeles beholde helhetlige utsagn med informantens egne ord (Granheim og Lundamn 2004). Da jeg kondenserte de meningsbærende enhetene prøvde jeg hele tiden å være bevisst på å utføre kondenseringen slik at meningen i det informantene fortalte ble ivaretatt uten å tolke. De meningsbærende enhetene og de kondenserte meningsenhetene utgjør det manifeste innholdet i analyseprosessen til Granheim og Lundman (2004).

4.6.4. Analyseprosess trinn fire

Trinn fire i analyseprosessen bestod i å abstrahere de kondenserte meningsbærende enhetene i sub-kategorier. I følge Graneheim og Lundman (2004) er det å skape sub-kategorier kjerneaktiviteten i kvalitativ innholdsanalyse. Alle relevante data skal kategoriseres og kategorier som har noe til felles som kan beskrives som en rød tråd gjennom analysen (Graneheim og Lundman 2004). Når en går over til kategorier beveger en seg fra det manifeste til det latente innholdet i teksten og beskriver en tolkning av den underliggende mening, slik at teksten løftes til et høyere abstraksjonsnivå (Graneheim og Lundman 2004). Dette trinnet i analyseprosessen var utfordrende og det var tidkrevende å finne passende beskrivelser på kategoriene.

4.6.5. Analyseprosess trinn fem

I steg fem ble kategorier identifisert på bakgrunn av abstraksjoner i sub-kategoriene. Kategoriene ble til ved å koble sammen betydningen i "sub-kategoriene" som helhet, som er uttrykk for det latente innholdet i teksten. Som forsker er det viktig å prøve å "la teksten snakke" ved å både trekke frem det manifeste og det latente innholdet (Graneheim og Lundman 2004). For å få frem gode kategorier og sub-kategorier ble kategorier og sub-kategorier diskutert med mine to veiledere.

4.7. Troverdighet

Der kvantitative studier måler styrken i studiers troverdighet ved ulike regneoperasjoner, er det fremstillingen av gjennomføringen av studien og analysen av de kvalitative data som viser om man kan ha tillit til de resultat som kommer frem. Graneheim og Lundman (2004) sitt begrep *trustworthiness* er en måte å tydeliggjøre en kvalitativ studies etterrettelighet på. Ved å følge denne metoden steg for steg vil man yte data rettferdighet og kunne utvikle tema og kategorier, og diskutere funn som er gyldige, pålitelige og som er gjenkjennbare for andre som er interesserte i operasjonssykepleieres beskrivelse av egen yrkesutøvelse. Begrepet *trustworthiness* som beskrevet av Graneheim og Lundman (2004) er sammensatt av tre tilstøtende begrep. Det er *credibility*, *dependability* og *transferability*. Neste avsnitt vil ta for seg innholdet i disse begrepene som jeg velger å oversette til *gyldighet*, *pålitelighet* og *overførbarhet*.

4.7.1. Gyldighet

Graneheim og Lundman (2004) bruker i sin artikkel den engelske betegnelsen *credibility* som kan oversettes til gyldighet. Gyldighet handler om å kunne stole på studien, og for å kunne stole på den må en kunne følge forskerens fremgangsmåte i henhold til utvalg av informanter, datainnsamling, datamenge og analyseprosess (Graneheim og Lundman 2004). Viktige spørsmål man kan stille seg i forhold til om en studie er gyldig er: Er bakgrunnen for studien solid? Er selve studien relevant? Er datasamlingstilnærmingen riktig for akkurat denne studien? Er utvalget de rette til å svare på dette? (Graneheim og Lundman 2004). Utgangsspørsmålet bestemmer metoden: *Hvilke erfaringer har operasjonssykepleier med sitt ansvar og sin funksjon i operasjonsavdelingen?* Denne studien utforsker og beskriver hvilke erfaringer og opplevelser operasjonssykepleiere har med det å være operasjonssykepleier. Den enkeltes erfaring og opplevelse er det som ønskes belyst. Når man foretar utvalgsprosessen kan det å ha stor variasjon i alder og erfaring bidra til at man får belyst forskningsspørsmålet (-ene) fra ulike vinkler. Utvalget i denne undersøkelsen var homogent fordi alle var operasjonssykepleiere og de fleste (10) var kvinner, med unntak av en mann. Det var heterogent fordi deltakerne var fra flere ulike sykehus med stor variasjon i alder og erfaring. Utvalget bidro således til rike, like og ulike beskrivelser av operasjonssykepleie. Mengden data bidro også til å underbygge studiens gyldighet. Alle som ble intervjuet ønsket og kunne inkluderes i analyse materialet.

4.7.2. Pålitelighet

Begrepet *pålitelighet* omfatter konsistens, nøyaktighet, hvordan data endrer seg over tid og hvordan forskningsbeslutningene endres underveis i prosessen (Graneheim og Lundman 2004). Data ble samlet inn fra november 2008 til februar 2009. Intervjuene ble transkribert fortløpende. Når data er omfattende og samles over tid kan man risikere inkonsistens under datasamlingen (Graneheim og Lundman, 2004). Ettersom data ble skrevet verbatim, er dataene ordrett det som den enkelte formidlet i intervjusituasjonen. Det var ikke en veldig lang datasamlingsperiode tatt i betraktning at det var 11 intervjuer på fem forskjellige sykehus med geografisk variasjon. Endringer i operasjonssykepleiefaget har skjedd sakte og sikkert over tid. Erfaringer og opplevelser etableres også over tid. En må derfor anta at disse dataene er konsistente og presise for

utvalget i denne studien. På en annen side er intervjuene i studien utført for 7 til 8 år siden, og i denne tiden har operasjonssykepleiefaget gjennomgått en utvikling med mer omfattende og komplisert kirurgiske inngrep, samt en effektivisering og mer dagkirurgi. Dette kan indikere at dataene i denne studien kanskje kan være noe foreldet i forhold til operasjonssykepleiers ansvar og funksjon innenfor enkelte områder. Jeg har ikke funnet noe i litteraturen som sier noe om at kvalitative data kan bli foreldet. I kvalitativ forskning analyserer man ofte gamle tekster. For denne studien ga oppholdet mellom datasamling og analyse en nødvendig distanse til at analysen ikke ble «overflatisk» men heller bidro til en vitenskapelig tilnærming til erfaringer og opplevelser med yrkesrollen som operasjonssykepleier.

Data ble analysert etter Granehim og Lundmans (2004) sine fem trinn for kvalitativ innholdsanalyse som beskrevet ovenfor (se 4.6). Den store datamengden var utfordrende for den uerfarne forskeren, og det ble mange runder med veiledere underveis og ulike tilnærminger til systematisering av data ble diskutert, forkastet og etablert.

4.7.3. Overførbarhet

Innholdet i begrepet *overførbarhet* omhandler i hvilken utstrekning funnene kan overføres til andre settinger, grupper eller situasjoner. Som forsker kan man argumentere for overførbarhet, men det er leseren som til slutt avgjør om funnene er overførbare til hans situasjon, gruppe eller setting (Granehim og Lundman, 2004). Når man klarer å fremstille alle ledd i forskningsprosessen på en nøyaktig, troverdig og etterrettelig måte vil potensielle lesere av forskningen kunne gis mulighet til alternative tolkninger som er gyldige, pålitelige og gjenkjennbare i deres situasjon, setting og gruppe.

4.8. Forskningsetikk

Studien var et kvalitetsforbedringsprosjekt for å beskrive operasjonssykepleieres ansvar og funksjon i operasjonsavdelingen. Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og Personvernombudet (PVO) ved Oslo Universitet Sykehus (OUS) i 2008. Etersom den ble definert som et kvalitetsforbedringsprosjekt ble studien vurdert til ikke meldepliktig. Data ble tatt opp

på lydfiler og jeg fulgte kravet fra NSD om at lydfilene ikke skulle inneholde personopplysninger og at alle data skulle slettes etter at transkribering og analyser var gjennomført (Helsinkideklarasjonen, 2013; Helseforskningsloven, 2008). Informantene ble informert om studien og forelagt prosjektbeskrivelsen under briefingen. På forhånd hadde de fått informasjon om at intervjuene skulle tas opp som lydfil. Lydfilene inneholdt ingen personopplysninger som kunne identifisere respondentene og der de nevnte arbeidsstedet ble dette fjernet fra den transkriberte teksten.

De ble også informert om at informantene når som helst, og uten forklaring kunne trekke seg fra studien (Helseforskningsloven, 2008 § 16). Alle signerte samtykkeskjema (Helseforskningsloven, 2008; Helsinkideklarasjonen, 2013; Ruyter, 2015).

Ved et par av sykehusene hadde dagens operasjonsprogram overskygget forskers ankomst. Mitt nærvær som forsker opplevdes dermed som en ulempe for avdelingen. Jeg foreslo å komme tilbake da det passert bedre, men der dette skjedde ønsket at intervjuene skulle gjennomføres da dette var avtalt. Dette dilemmaet utfordrer det informerte samtykke (Helseforskningsloven, 2008 §§ 13-21). Jeg stilte meg spørsmål om informantene ble de utsatt for unødig påvirkning? Det vil si at de ikke kunne si nei fordi forskeren hadde kommet ens ærend for dette og sjefen bad dem om å bli intervjuet? Briefingen avdekket at mitt nærvær og deres deltakelse ikke ble oppfattet som et potensielt brudd på loven. Tvert i mot opplevde informantene det som godt at noen var interessert i deres erfaringer og opplevelser med deres ansvar og funksjon. Det ble også uttrykt at det var godt at jeg var operasjonssykepleier, for da skjønnte jeg hva de snakket om og kunne fremstille deres opplevelser og erfaringer på en god måte.

5. FUNN

Utgangspunktet for denne kvalitative undersøkelsen var hvilke opplevelser og erfaringer operasjonssykepleiere hadde med sitt ansvar og sin funksjon i operasjonsavdelingen. Fire kategorier med tre sub-kategorier ble identifisert, disse er presentert i tabell 3.

Tabell 3: Oversikt over kategoriene og sub-kategoriene som kom frem i analysen

Kategorier	Sub-kategorier
1) Forebygging av uønskede hendelser	Hindre skade Bidra til kort operasjonstid Kvalitet i pasientbehandlingen
2) Samarbeid	Profesjonell og relasjonell kommunikasjon Respekt for kollegene gir godt samarbeidsklima Kultur kan være både inkluderende og ekskluderende
3) Kunnskapsanvendelse	Taus kunnskap Praktisk kunnskap Teoretisk kunnskap
4) Undervisning og veiledning	Veiledning av studenter og kolleger Forskning er viktig for operasjonssykepleiefaget Trygge rollemodeller muliggjør læring.

5.1. Forebygge uønskede hendelser

Forebygging av uønskede hendelser er sentralt i ansvaret og funksjonen til operasjonssykepleier da en av hovedoppgavene er å ivareta pasienter som skal gjennomgå kirurgisk undersøkelse og behandling.

5.1.1 Hindre skade

Når pasienter opereres er det viktig at de ikke blir påført skade som følge av at de ikke blir ivaretatt godt nok under operasjonen. Ansvaret for operasjonssykepleier er stort fordi pasienten må ligge riktig på operasjonsbordet. Operasjonssykepleieren må ha

god kunnskap om anatomi og utsatte trykkpunkter når en pasient ikke kan bevege seg. Videre er det viktig med kunnskap om bruksområdet til apparater som brukes ved ulike operasjoner. Dette ble eksemplifisert på denne måten:

Alle aspektene der det er farlig å bli operert, de sikkerhetsmessige aspektene, ansvaret for pasienten, for å beskytte mot ulike typer skade ved måten de leires på, ulike typer apparater vi bruker, strøm; laserstråler og forskjellig

Alt som blir gjort under oppholdet på operasjonsstua ble gjort for å sikre at hele pasienten ble ivaretatt. Dette innebar alt fra å sørge for at pasienten leires med riktige puter, sjekke at instrumentene var sterile og være en pådriver for progresjonen under inngrepet. Dette ble eksemplifisert med flere utsagn:

Det var ei som sa da vi gikk utdanningen at vi er pasientens advokat den tiden han er på operasjonsbordet, så jeg sier når jeg blir spurt at jeg gjør veldig mye i forbindelse med operasjoner; jeg forbereder, er sammen med pasienten mens han sover og legger til rette og gjør alt som har med forebygging å gjøre.

Forebyggende i forhold til skader, hygiene, leiring, assisterer og det skal gå så smidig og fort som mulig slik at pasienten ikke ligger i narkose for lenge eller blir utsatt for noe han ikke skal bli utsatt for.

5.1.2 Bidra til kort operasjonstid

Forebygging av uønskede hendelser henger også sammen med operasjonstiden, fordi lang operasjonstid kan føre til komplikasjoner som hypotermi, økt blødningsfare og leiringsskader. Mulige komplikasjoner blir forebygget når operasjonssykepleierne gjør sitt for at operasjonen ikke tok lengre tid enn det som var estimert på forhånd. Det å ha planlagt hva som skal skje er grunnleggende for å oppnå et så kortvarig inngrep som mulig. At det er viktig å bidra til kortest mulig operasjonstid ble poengtert av flere av informantene:

Det er det å ivareta en pasient som skal til operasjon, det å ikke påføre pasienten mer skade enn nødvendig. En operasjon er en kontrollert skade, og vi skal bidra til at

operasjonstiden er så kort som mulig. Dess lenger tid en operasjon tar, dess større fare er det for at pasienten kan utvikle komplikasjoner.

Når du har gjort en god forberedelse så synes jeg det er morsomt for da er du kjapp og pasienten er kortest mulig under anestesi og sirkelen er sluttet for alt går greit.

Gjør man en god planlegging får man pasienten lettere gjennom enn om ting stopper opp underveis.

5.1.3. Kvalitet i pasientbehandling

Omsorgen for pasienten starter før pasienten kom til operasjonsavdelingen. Man har fått en bestilling på type operasjon og lest i pasientens journal og dette er viktig for å gi kvalitet i operasjonssykepleien. Kvaliteten av sykepleien som ble gitt til den enkelte var derfor avhengig av hvordan operasjonssykepleier hadde forberedt seg; å ha gjort det som skal til for møtet med hver enkelt pasient og hans behov. Samtidig så er møtet ved mottaket av pasienten av betydning både for operasjonssykepleieren og pasienten. Dette kan eksemplifiseres med flere utsagn:

Det er forskjell på å ta i mot en pasient som er et barn og ei som er 90, så veldig mye av jobben er å forberede før pasienten kommer til oss for vi må vite en del om pasienten så vi må lese journalen så vi vet hva vi skal ta hensyn til; finne frem riktig utstyr.

Når jeg sier til pasienten det er litt ventetid først og at her er det trygt å være er en viktig del av det [jobben]; for vi har kontroll på apparater, vi har utstyret i orden, og vi er forberedt på inngrepet du skal gjennom så bidrar det til at pasientene føler seg mindre engstelige.

Hver enkelt operasjonssykepleier var opptatt av at de skulle gi individuell og målrettet operasjonssykepleie, fordi da var sjansen større for at iverksatte tiltak hadde forebygget potensiell skade. Dette gjaldt både den koordinerende og den sterile funksjonen. Flere utsagn viser at operasjonssykepleierne var opptatt av dette:

Vi må tenke som inne på barnestua at den er varm, at pasienten ikke mister temperatur. Hverdagen er preget av veldig mye detaljer som må være der for at pasienten skal få optimal behandling.

Ta imot og møte pasienten før han kommer til oss er å ivareta ham, og at du har de riktige tingene til operasjonen.....

For å gi god kvalitet på operasjonssykepleien er det viktig å være nøyaktig, være i forkant, det nytter ikke å ikke følge med. Når operasjonssykepleieren var fokusert på oppgaven og konsentrert om inngrepet ble utkommet bra for pasienten. Det er ikke rom for uoppmerksomhet eller «å sløve» som en kalte det. Man må tenke og planlegge hele tiden. Dette kan eksemplifiseres med følgende utsagn:

Det er høyt tempo her og det går fort så du må være konsentrert selv om du er automatisert i forhold til kirurgene fordi du gjør det samme hver dag, men har du en dårlig dag så ligger du konsekvent etter så du må følge med for det er ikke noen mulighet for å sløve.

Hverdagen er preget av veldig mye detaljer som må være der for at pasienten skal få optimal behandling.

Kvaliteten i operasjonssykepleien henger også sammen med at pasienten er en person og ikke en diagnose eller en type operasjon. Kvalitet handler om holdninger så vel som kunnskap og evne til å utføre operasjonssykepleie-handlinger. Du kan ikke gi en behandling som du ikke ville mottatt selv. Dette ble sagt på denne måten av en av operasjonssykepleierne:

Det å ivareta pasientens integritet når han har anestesi og ta vare på hans interesser og integritet og ikke blotte ham, og være en slags advokat ved å spørre spørsmål; hva ville jeg ha likt om det var meg som lå der? Ville jeg likt å bli presentert eller ivaretatt?

5.2. Samarbeid

Operasjonssykepleieren er alltid en del av et team. Det som foregår på operasjonsstua er komplisert og krever mange ulike fagpersoner med ulik kompetanse. Det er alltid to eller flere operasjonssykepleiere med under en operasjon. Det er også 1-2 anestesisykepleiere i tillegg til kirurger og anestesilege. Alle må kunne samarbeide med hverandre og med resten av teamet.

5.2.1. Profesjonell og relasjonell kommunikasjon

For å samarbeide om arbeidsoppgaver må man kommunisere sammen. Det kan være både enkelt og vanskelig. Ulike profesjoner har ulike måter å kommunisere på, og de kan ha like og ulike personligheter som fungerer sammen i varierende grad. En dag man har klart å samarbeide godt gir en opplevelse av at en har hatt en effektiv dag på operasjonsstua. Operasjonssykepleieren er regnet som en naturlig pådriver i teamet og det ble brukt både profesjonell og relasjonell kommunikasjon for å drive det som skjer under pasientens opphold i operasjonsavdelingen. Når teamet samarbeider inne på operasjonsstuen blir pasienten tatt hensyn til slik at han blir ivaretatt på en god måte. Dette ble illustrert med følgende eksempler:

Operasjonssykepleie er det samme som å jobbe som en del av et team, og når du tar styringen inne på stua du er så forhindrer du dette [konflikter]. Da må du være i forkant ved å være villig til å snakke med de du jobber sammen med, og når du har en sånn innstilling så går dagen smertefritt, og den som har en sånn holdning får en mer vellykket operasjon enn de andre.

Psykiske faktorer i dette er at operasjonssykepleieren skal tilrettelegge og prøve å bidra til god stemning innad i teamet ved å samarbeide med anesthesi ved å ha et øye på dem for de trenger av og til vår hjelp og vi trenger deres.

Når pasienten som er så forsvarsløs er overlatt til det teamet inne på operasjonsstua må det som foregår foregå på en etisk måte slik at vi ikke snakker om at pasienten..... og det hadde jeg ikke tenkt på før jeg ble operasjonssykepleier.

5.2.2. Respekt for kollegene gir godt samarbeidsklima

Konstruktivt samarbeid er viktig da pasientene er utsatt for at ulike og uforutsette ting kan skje. En operasjon kan endres underveis, og da er det viktig at overgangen mellom en type operasjon, og en annen type operasjon, foregår på en god måte. Den enkelte operasjon og situasjon definerte hvordan man skulle samhandle, og man måtte ha forståelse for de andre funksjonene i teamet samtidig som en må ha oversikt over sitt eget ansvar og funksjon. Når operasjonssykepleierne hadde denne sensitiviteten

opplevde de at teamarbeidet foregikk respektfullt og at alle jobbet sammen mot et felles mål. Dette kan illustreres med flere eksempler:

Du samarbeider tett med ulike faggrupper; anestesisykepleiere, anestesilege, kirurg, andre operasjonssykepleiere og renholdspersonale, og alle er med på å styre dagen for det er forskjell på hvordan et team jobber sammen på en stue, for noen pasienter er enkle å forholde seg til og andre er mer komplekse.

I dag var de (teamet) litt utålmodige fordi de hadde bestemt seg for å konvertere [gjøre en annen operasjon] og da var det bort med skopet og så skulle de ha kniven med en gang selv om det tar litt tid å gjøre om, men vi ga dem klar beskjed om at vi måtte bruke litt tid på å rigge om og da roet vi det fint ned.

Det er forskjellige roller, og det at jeg kan hele jobben og sirkelen rundt det med sterile instrumenter og flyten fra desinfeksjon og pakking, er dette ikke jobben til noen andre. Andre vurderer pasienten, og når det er gjort så sier legen at vi skal operere blindtarmen for eksempel, og da vet jeg hva han skal ha og hvordan han skal ligge så på den måten møtes to roller; den som vet noe om pasienten og jeg som vet noe om alt. Det er to hjul som må passe sammen, og så ivaretar jeg resten av sirkelen med alt av instrumenter og legen følger pasienten.

5.2.3. Kultur kan være både inkluderende og ekskluderende

Arbeidskultur påvirker hvordan en samarbeider på godt og vondt. Mange operasjonsavdelinger har i tillegg fagpersoner som har andre erfaringer både fra studiene og arbeidslivet enn det noen av kollegene har. Spenninger kan oppstå, dette fordi man kanskje har vært vant til en annen arbeidsform når man samarbeider eller at det ble benyttet andre begrep enn det som de var vant med. I tillegg gjør variert erfaring noe med hvordan man ble møtt av dem man ikke kjente så godt. Dette er noe som ble illustrert med flere eksempler:

Kultur påvirket samarbeidet fordi det er få som kommer inn på operasjonsstua. Kulturer som burde vært utfordret får kanskje levd litt sitt eget liv. Så lenge man er observant på utfordringene kan dette bli benyttet til å bedre samarbeidet så kulturen på akkurat vår operasjonsstue kunne oppleves som åpent og inkluderende for alle enten du var internt

eller eksternt ansatt eller i praksis. Innenfor et slikt lukket miljø som en tradisjonell operasjonsavdeling som vår er, kan det oppstå kulturer som en må være litt obs på; det står adgang forbudt for uvedkommende på døren og vi slipper inn få folk utenifra som ikke jobber her eller skal ha en direkte funksjon og selv om vi slipper inn sykepleiestudenter, yngre assistentleger og medisinerstudenter så er ikke de utenifra.

Det har mye å si hvem som er på jobb for det er en sånn tre- eller firedeling i personalgruppen med de som har vært der lenge og de som har vært der mellomlenge og de som har vært der kort, og mellom disse føler jeg at det er litt vanntette skott.

Det kunne være utfordrende å være ny i operasjonsavdelingen, både for anestesi og operasjonssykepleierne. En operasjonssykepleier sa det slik:

Det var jo klart at det var noe jeg ikke så mens jeg var student. Og da ser du vel ikke alt som foregår i kulissene, og det gjør jeg vel ikke ennå heller da.

5.3. Kunnskapsanvendelse

I den komplekse hverdagen på operasjonsstua måtte ulike typer kunnskap bli benyttet for å gi pasientene riktig operasjonssykepleie og behandling. Det var viktig å få formidlet at sykepleiehandlingene som ble utført var relevante for akkurat den situasjonen de var i der og da.

5.3.1. Taus kunnskap

Taus kunnskap er erfaringen man har fått ved utøvelsen av operasjonssykepleieryrket i arbeidshverdagen eller det som også kalles «det kliniske blikket». Erfaringen ble uttrykt ved at operasjonssykepleieren så det som var nødvendig for å planlegge og iverksette riktige tiltak for akkurat den situasjonen hun var i der og da. I en setning kom sentrale kunnskapsområder som liggstillingen under operasjonen, hygiene og etikk tydelig frem. En informant sa det på denne måten:

Mange ting skal bare sitte i ryggmargen og det handler om alt fra leiringen til hvor rene de er og hvordan pasienten har det og at de skal blottes minst mulig; og det møtet med pasienten som bare er de få sekundene, og så er det i spesialiteten at en har lært seg å tolke hvor pasienten er.

Taus kunnskap var ikke det samme som usynlig kunnskap, en operasjonssykepleier forklarte det på denne måten:

Mye av det vi gjør er ikke så synlig for andre for du skal planlegge å tenke hele scenarioet fra du tar i mot pasienten, men det er veldig synlig når vi ikke har gjort det vi skal.

Den tause kunnskapen kom ikke bare til uttrykk i den koordinerende funksjonen, en operasjonssykepleier gav dette eksempelet:

Kirurgene trenger ikke si noe gjennom forløpet for alle vet hvor vi er i operasjonen og alle vet at anestesen skal kjøre gjennom [...] fordi det skjer automatisk og til samme tid og alle vet når bordet skal opp og at det skal tippes når det er den kirurgen og være rett når det er den andre kirurgen. Hele tiden er det mange små ting som gjør at det går helt av seg selv.

5.3.2. Praktisk kunnskap

Ferdighetskunnskap er et annet ord for praktisk kunnskap. Hvordan noe blir gjort eller utført i yrkesutøvelsen er den praktiske kunnskapen. En informant sa det på denne måten:

Handlingen som ble utført var målrettet og hadde en praktisk forklaring.

Når man ble utfordret på hvorfor noe ble gjort på en bestemt måte var dette en anerkjent praksis for akkurat det inngrepet eller prosedyren. Det ble gitt flere eksempler på dette:

*Hun sa til meg: Hvorfor gjør du det?, og da sa jeg at jeg gjør det sånn fordi jeg synes det er best fordi da har jeg det urene feltet der bort fra meg så mye som mulig, og derfor vil jeg ha det sånn, og selv om hun var uenig måtte hun akseptere min begrunnelse. Det er ikke bare noe **jeg** har begynt å gjøre; nå er det veldig mange som gjør det sånn som meg og jeg er mer enig i den måten å gjøre det på.*

Steril assistanse under kirurgi var også praktisk og målrettet og det var viktig og ikke gi feil instrument, en operasjonssykepleier sa det slik:

Jeg ser lettere forskjell på en Kocher og en Peang hvis jeg snur dem og har skaftet opp.

5.3.3. Teoretisk kunnskap

Fundamentet i yrkesutøvelsen er den teoretiske kunnskapen, og som ligger bak den tause og praktiske kunnskapen. En informant sa det slik:

Den teoretiske bakgrunnen gir muligheten til å forstå og reflektere om operasjonssykepleiehandlingene.

Teoretisk kunnskap erverver man seg gjennom studier, det være seg den organiserte videreutdanningen i operasjonssykepleie og selvstudium ved å lese seg opp på faglitteratur. Å oppsøke kunnskap er en aktiv handling som må fortsette etter at man hadde fullført operasjonssykepleier-utdanningen. Dette ble eksemplifisert av flere informanter:

Operasjonssykepleie er en faglig overbygging til sykepleiekunnskapen fra grunnskolen [i sykepleie] og det sier jeg til andre sykepleiere, at operasjonssykepleie er en spissing på toppen av det.

Hvis man lurer på hva som er det beste for pasienten er det lurt å gå i litteraturen å søke fordi man vil gjøre det som er forskningsbasert rett og ikke bare gjøre det samme som vi har gjort de siste 10 årene.

Jeg får en dypere interesse for mitt felt (innen operasjonssykepleie) for det blir mer interessant jo mer jeg vet om en ting og jo mer får jeg lyst til å jobbe med akkurat den tingen og at andre skal like akkurat det samme som meg.

5.4. Undervisning og veiledning

Operasjonssykepleiefaget er omfattende fordi det inneholder like mange disipliner som de kirurgiske fagspesialiteter. De fleste operasjonssykepleiere må bli generalister, og for å kunne bli det må faget læres i praksis. Formidling av faget gjennom undervisning og veiledning er avgjørende for å opprettholde god praksis og sørge for at sykepleiere vil fortsette å ta videreutdanning i operasjonssykepleie.

5.4.1. Veiledning av studenter og kolleger

Skal det som ble undervist i praksis gi mening må det forklares ut i fra individuelt kunnskapsnivå og forutsetninger, og den måtte være presis og situasjonsbetinget. Hver

kirurgiske spesialitet har sitt spesielle utstyr i form av instrumenter og MTU som var spesielt for den disiplinen. Noe var grunnleggende, mens mye var fagspesifikt. Særlig ortopedisk utstyr og instrumenter kunne bli overveldende for en som var ny med operasjons-sykepleiefaget. Et eksempel i forhold til dette som ble gitt var:

Det er godt å forklare ting sånn at det blir forståelig; plukke det fra hverandre og bryte det ned og sette det sammen i små forståelige biter for alt inne hos oss blir litt for stort hvis du begynner med kaoset for det er fantastisk mye ting.

Når man har gitt en veiledning som ble forstått slik at påfølgende handling ble utført riktig ble det opplevd som tilfredsstillende fagformidling. En informant sa det på denne måten:

I og med at jeg liker mye teknisk og skjønner hva som passer sammen er det godt å forklare og formidle det på en måte som gjorde at det gikk et lys opp for dem, det å se at andre skjønner er godt. Eller at du har studenter som sier: er det sånn du vasker hånd?, og at du klarer å formidle noe rolig og hvorfor du gjør ting.

5.4.2. Forskning er viktig for operasjonssykepleiefaget

I det daglige ble aktivitetene med direkte pasientbehandling på operasjonsstuene det viktigste, mens forum for diskusjon og oppfølging av faglige problemstillinger opplevdes ikke vektlagt i tilstrekkelig grad. Flere fremhevet at det var ønskelig å få satt i gang innhenting av forskningsbasert kunnskap som hadde betydning for praksis, slik at de kunne bli stimulert til implementering av kunnskapsbasert praksis. Dette kan eksemplifiseres ut fra flere utsagn:

Det burde være en mye sterkere fagkultur, altså mye mer faglig oppdateringsnakk i det store og hele på jobben. Det bør være mer kultur for å diskutere forskning og sånne ting. Eller bare det å legge nye forskningsartikler på vaktrommet så man kan sitte der i matpausen å snakke om faglige ting.

For eksempel måten vi gjør håndvask på nå: hvor lenge skal man sprite seg, hva slags sprit skal man bruke? I Tyskland driver de på i fem minutter, vi driver i tre minutter eller ett og et halvt minutt. Det gjøres helt sikkert forskning på dette, og hvis det noen som er flinke og søker mye [forskningsartikler??] på jobben så kan de legge ut, ikke nødvendigvis hele,

artikkelen for de kan være kjempesvære, men det være et A4-ark med et kort resymé og en konklusjon så du kan bli triggja til å lese det eller diskutere det med noen andre.

Hvis vi hadde en person i avdelingen som hadde brent litt for det [faget] og vært med å lagd et lite opplegg og vært med å formulere en problemstilling, og satt sammen en 2-3 stykker og bare satt i gang så tror ikke jeg det er mer som skal til og jeg tror ikke det er vanskelig i det hele tatt, men det må være en person som tar initiativ til å gjøre det. Tema spiller ikke noen rolle bare det er noe som de som skal gjøre det brenner for, men det må også være en person som har forskningskunnskap som kan være med å sette i gang å gjøre det så det blir riktig med en gang. Det trengs ikke så mye ressurser heller hvis man ikke legger lista så høyt, det viktigste er å komme i gang å gjøre det.

5.4.3. Trygge rollemodeller muliggjør læring

Formidling av fag krever at de med kunnskap hadde et ønske om å dele kunnskapen de hadde. Av og til kunne det være problematisk å få gjennomført fordi situasjonen ble hektisk og opplevd som uoversiktlig. Da hjalp det for studenten at veilederen husket at hun selv nylig hadde vært student og klarte å beholde roen i en hektisk operasjon.

Jeg sa at husk at jeg er student selv og jeg vet akkurat hvor jævlig du har det, så nå skal jeg stå her ved siden av deg og ta det skritt for skritt og veldig sakte, så gikk det veldig bra. Og etterpå har det vært veldig ålreit for vi har vært på stue sammen flere ganger og hun sier at hun føler seg litt trygg når jeg er der for jeg er ikke så farlig.

Flere av operasjonssykepleierne fremhevet at det er viktig med trygge rollemodeller og positive tilbakemeldinger. Kritikkk som ikke var konstruktiv gjorde ikke studenten bedre. Tvert i mot ble man mer usikker når veiledningssituasjonen ble opplevd som stressende. Trygge rollemodeller var derfor viktig for at studentene skulle lære i praksis. Videre var det også viktig å støtte hverandre, og dersom en kollega ga tilbakemelding ble det opplevd som utviklende og stimulerende. Dette eksemplifiseres fra to av informantene:

Hvis jeg skal lære noen noe så må jeg være trygg og da må jeg føle som de sier i etikken eller hvor det er at den andre vil meg vel. En må virkelig føle det sånn at veilederen min ikke har det sånn at hun er stressa og blir irritert; den blikkontakten og dette må du få til, det burde du virkelig kunne, og kan du ikke dette en gang?

Det er en del av operasjonssykepleien å backe opp de andre og gi de beskjed når de har gjort noe bra, for det er veldig motiverende.

6 DISKUSJON

6.1. Forebygge uønskede hendelser

Forebygging av uønskede hendelser finner sted når operasjonssykepleier er opptatt av pasientsikkerhet fordi begrepet pasientsikkerhet handler om å unngå pasientskader. Pasientsikkerhet i form av forebygging av uønskede hendelser er en sentral del av operasjonssykepleieres ansvarsområder.

Funnene viser at det kan være en risiko med å gjennomgå en operasjon, og at en av operasjonssykepleieres viktigste ansvarsområder er sikkerheten i operasjonsavdelingen. Dette er i samsvar med det Alfredsdottir og Bjørnsdottir (2007) fant i sin studie om pasientsikkerhet i operasjonsavdelingen, der operasjonssykepleiers ansvar er å skape et trygt miljø for pasientbehandling. Når man planlegger operasjonssykepleien er det flere områder det er viktig at operasjonssykepleier forebygger skader i forhold til. Ett sentralt område er å forebygge leiringsskader på operasjonsbord, da pasienten kan få skader hvis han ligger feil på operasjonsbordet og får trykk over tid der han ikke bør ha trykk. Dette funnet støttes av Beckett (2010) som gjorde en litteraturgjennomgang av leiring av pasienter som gjennomgikk kirurgi. Nilsson (2013) og Adedeji et al (2010) påpeker at det er viktig å ha kunnskap om trykkutsatte punkter for å leire pasienten riktig for å forebygge at unødige leiringsskader oppstår. I samsvar med funnene fra denne studien understreker også Adedeji et al (2010) at det er viktig med god planlegging ved leiring av pasienter på operasjonsbord, men at en også må ha tilgjengelig hjelpemidler som for eksempel riktig operasjonsbord, armbord og puter for å unngå leiringsskader. Min erfaring som operasjonssykepleier med dette er også at en må være nøye når en planlegger det kirurgiske inngrepet, en må lese i journal for å identifisere ulike risikofaktorer pasienten har og forberede nødvendig utstyr ut fra

dette. I tillegg må man snakke med og observere pasienten når en tar imot ham slik at en er sikker på at en har alle data en trenger for å legge pasienten i riktig leie. Samtidig er det viktig at en følger opp pasienten gjennom hele operasjonen, slik at hvis en arm kommer ut av stilling eller en hæl er uten avlastning oppdages dette så snart som mulig slik at tiltak kan iverksettes for å unngå skade (Rothrock, 2005; Alfredsdottir og Bjørnsdottir, 2007; Dávøy et al, 2009; Adedeji et al 2010; Beckett, 2010).

Det kom frem i studien at det var viktig ansvar for operasjonssykepleier å sikre at medisinsk-teknisk utstyr (MTU) brukes riktig under operasjon for å forebygge pasientskader. MTU er viktig for å gjennomføre operasjonen ved all kirurgi da man bruker MTU for å dissekere og koagulere blodkar ved både åpen og laparoskopisk kirurgi, man bruker ytterligere MTU under laparo-skopisk kirurgi og endoskopiske prosedyrer. Det er en del av operasjonssykepleiers ansvar å sjekke at alt utstyret er i orden samt å ha kunnskap om bruksområder. Operasjonssykepleier gjør dette ved å kalibrere apparater og sørge for at tilkoblede instrumenter er koblet riktig og virker (Rothrock, 2007; Dávøy et al, 2009). Disse funnene om viktigheten av riktig bruk av MTU støttes av Barnard og Gerber (1999) som undersøkte bruk av teknologi i pasientbehandlingen på operasjonsstua. De fant at teknologien oppleves som en integrert del av operasjonshverdagen og at teknologi er viktig for teori og praksis i utdanning av operasjonssykepleiere. Dette er også i tråd med Holden og Karsh (2009) som viser at riktig bruk av teknologi er viktig for å bidra til at pasientsikkerheten ivaretas under operasjon ved bruk av ulike typer MTU. Barnard og Sandelowski (2001) problematiserer bruken av teknologi fordi teknologi-bruken kan ta bort fokuset fra pasienten, slik at uheldige situasjoner oppstår. Teknologien på operasjonsstua er nå en så integrert del av pasientbehandlingen at det kan være vanskelig å gjennomføre kirurgi uten MTU. Det er derfor viktig at man operasjonssykepleier forstår å bruke teknologi og tar ansvar for MTU på operasjonsstua. Dette er også i tråd med Mc Garvey et al (2000) som sier at i takt med utviklingen og økt bruk av teknologi vil rollen og ansvarsområdene for operasjonssykepleieren endres tilsvarende.

I funnene kom det også frem at hygiene er et område som operasjonssykepleiere har og tar ansvar for å ivareta pasientsikkerheten. Som koordinerende operasjonssykepleier har en ansvar for at operasjonsstuen er rengjort i henhold til standard og å desinfisere operasjonsfeltet før operasjonen starter. Som sterilt utøvende er en ansvarlig for at

instrumentene er rene og sterile i tillegg til at en skal sørge for at den sterile dekking av pasienten er riktig og intakt før og under operasjonen (Rammeplanen 2015; Rothrock, 2007; Dåvøy m fl, 2009). Det felles ansvaret operasjonssykepleierne har for hygiene under operasjonen innebærer også at alle som er med er riktig antrukket (Rothrock, 2007; Dåvøy et al, 2009). Rauta et al (2012) gjorde en beskrivende studie for å validere kjerne-elementer i operasjonssykepleie. I denne studien ble det funnet at blant annet aseptiske teknikker er viktig for å ivareta pasientsikkerheten og forebygge komplikasjoner som infeksjoner. Forebygging av postoperative sårinfeksjoner (POSI) er en del av den implementerte pasientsikkerhetskampanjen som går under navnet «I trygge hender» (NOU 2015:11). Når operasjonssykepleieren iverksetter hygienetiltak i henhold til kunnskap om og erfaring med aseptiske og antiseptiske teknikker gjør hun det for å forebygge komplikasjoner og hindre skade på pasienter som opereres (Rothrock, 2007; Dåvøy et al 2009; Rauta et al, 2012).

Et viktig funn i denne studien var at ett av operasjonssykepleierens viktigste ansvar er å bidra til at operasjonstiden blir kortest mulig. Informantene sa at en operasjon er en kontrollert skade, og at deres bidrag med planlegging og forberedelse bidrar til så kort operasjonstid som mulig. Florence Nightingale sa at: *Operatørens suksess står i direkte avhengighetsforhold hvor rask han er til å operere* (Nightingale (1860), 1969). Hun sa dette da hun var forstanderinne på militær-sykehuset under Krimkrigen³. Det hun mente med dette var at jo lengre operasjonstiden var, dess større sjanse var det for at pasienten døde. Dette utsagnet er like aktuelt i dag, da en av operasjonssykepleiers oppgave er å bidra til kort operasjonstid når hun planlegger operasjonssykepleien før pasienten ankommer operasjonsavdelingen. Dette innebærer planlegging av leiet, desinfeksjon av operasjonsfelt og instrumenteringen under operasjonen (Rothrock, 2007; Dåvøy et al, 2009). Young et al (2014) undersøkte operasjonstid og sammenhengen med postoperative komplikasjoner etter innsettelse av kneprotese. Dersom kirurgitiden oversteg 120 minutter økte faren for komplikasjoner som kunne medføre reoperasjon (Young et al, 2014). Min erfaring som operasjons-sykepleier er at når man fyller de ulike rollene; sterilt utøvende eller koordinerende operasjonssykepleier, så er man opptatt av å få flyt i operasjonen og derved holde

³ Krimkrigen 1853-1856 foregikk mellom bl.a. Storbritannia og Russland; F.N var sykepleier på lasarettet (militær-sykehuset) og innførte sykepleieprinsipper som hun videreutviklet til utdanning for sykepleiere (Nightingale 1860 i norsk oversettelse av Finn Bacher Larsen, 1969).

operasjonstiden nede. I fellesskap har man gjort en god planlegging på forhånd. Som sterilt utøvende er målet å ha oversikt over det sterile feltet og instrumentere sikkert og effektivt uten opphold. Samtidig når man koordinerer er det viktig å sørge for at det er minst mulig forstyrrelser og avbrudd slik at operasjonstiden blir så kort som mulig.

Det kom frem i studien at den enkelte pasient har individuelle behov, og operasjonssykepleien må tilpasses til hver enkelt pasient. Disse funnene støttes av Kelvered et al (2011) som også fant i sin studie at det er viktig å ta individuelle hensyn for å få god kvalitet når operasjonssykepleien skal planlegges og gjennomføres. I en nyere studie gjennomført av Blomberg et al (2014) ble det funnet at møtet med pasienten legger grunnlaget for hvordan operasjonssykepleierne planlegger og utfører omsorgen og behandlingen pasienten får under operasjonen. De gjør dette ved å ta ansvar i form av å følge med og ta hensyn til pasientens verdighet. Dette blir også påpekt som viktig når det gjelder å være i forkant og ikke henge etter under operasjonen. Blomberg et al (2014) påpeker videre at kontinuitet i operasjonssykepleien og det å holde et øye på pasienten handler om å ta vare på pasientens kropp når han har bedøvelse og at de i tillegg beskytter hans verdighet. Det kommer videre frem i min studie at operasjonssykepleierne ikke kan yte en behandling de selv ikke ville ha mottatt, og at det å sørge for at operasjonsstuen er varm nok og at man setter i verk tiltak for å forebygge hypotermi regnes som å gi god kvalitet til pasienten under operasjonen.

Operasjonssykepleiere vet at lav kjernetemperatur under kirurgi kan medføre økt blødningsfare per- og postoperativt, mulighet for utvikling av trykksår og postoperative sårinfeksjoner (Rothrock, 2007; Dåvøy et al, 2009). Forebygging av hypotermi regnes som så viktig peroperativt at pasientens temperatur under gjennomgang av trygg kirurgi sjekkliste registreres i alle tre gjennomgangene av TK. (Haugen et al, 2015; NOU 2015:11).

6.2. Samarbeid

For å nå målet om god og effektiv behandling av operasjonspasienten må teamet rundt pasienten samarbeide. Teamet har utfyllende roller og det er minst to operasjonssykepleiere som er en del av operasjonsteamet og disse har to ulike roller som i seg selv utfyller hverandre, dette er den sterilt utøvende og den koordinerende operasjonssykepleier. De øvrige teammedlemmene er anestesisykepleier, anestesilege

og kirurg. Kirurgene er som oftest to eller flere, og anestesipersonellet varierer i antall alt etter hvor kompleks pasientsituasjonen er. Teamet er kollektivt ansvarlige for det som foregår på operasjonsstua, og i tillegg er hver utøver faglig ansvarlig og underlagt lovverk og forskrifter som gjelder for all helsetjenestepraksis (Helsepersonelloven, 199 §§ 3 og 4; Specialisthelsetjenesteloven, 1999 §§ 2-1 og 2-2; Pasientskadeloven, 2001 § 8).

Informantene understreker at det å utøve operasjonssykepleie er å være en del av et team. Erfaringene de har med samarbeid er at relasjonell og profesjonell kommunikasjon, respekt for kollegene og kultur i teamet er essensielt for å skape godt teamsamarbeid. Når man jobber tett i team er det viktig å kommunisere tydelig for å unngå konflikter. Leonardsen (2015) gjorde en case-studie i et operasjonsteam der hun dybdeintervjuet åtte medlemmer av et team. Undersøkelsen viser at teamsamarbeidet i operasjonsavdelingen har en hierarkisk struktur og at sammensetning av teamet med ulike profesjonsgrupper definerer hvordan samarbeid oppleves. Fellesforståelsen er at godt samarbeid handler om kommunikasjon og respekt. God kommunikasjon handler om de mellommenneskelige faktorer og det relasjonelle. Samtidig er det en subjektiv opplevelse som må ses i relasjon til kjemi mellom de enkelte medlemmene i operasjonsteamet. Når godt teamsamarbeid i følge Leonardsen (2015) oppleves som at hvert enkelt medlems input skal være sidestilt, kan dette tyde på at teamsamarbeidet bør systematiseres mer og øves på slik at det kan fungere optimalt for pasientbehandlingen. Min erfaring fra traumeteam er at det øves ukentlig i de ulike team, og dette filmes slik at tilbakemeldingen på den enkeltes input i teamet kan være presis og situasjonsbestemt og relevant for utviklingen av godt teamarbeid.

Operasjonssykepleierne i min studie opplevde at for å få et godt samarbeid, var det viktig at noen tok ansvar for å drive teamet. Når de snakket om å drive teamet mente de at teammedlemmer i varierende grad tar initiativ, og at man trenger at noen starter på en oppgave som å legge i riktig leie etter at pasienten har fått bedøvelse, og at man da får med seg resten av teamet. Å ta dette ledelsesansvaret var ett av operasjonssykepleiers ansvarsområde. Videre snakket også ofte teamet sammen mens de jobber slik at alle er klar over hva som skjer i neste sekvens. Det handler om å dele tanker overlatt og uforbeholdent slik at man i samarbeid planlegger pasientbehandlingen. Det er det samme som fremkommer i Bang og Midelfart (2004) som sier at teamarbeidet blir mer effektivt når alle har samme forståelse av målet og at teamet i fellesskap bruker sin

kompetanse for å oppnå dette. Da blir det profesjonell kommunikasjon og relasjonen blir så god at stemningen i teamet også blir god. Rasmussen, Wangen og Torjuul (2015) fant at 41 % av alle uheldige hendelser på sykehuset skjedde på operasjonsstua og at halvparten av disse skyldes svikt i teamsamarbeidet. Denne undersøkelsen fant også at trening på ikke-tekniske ferdigheter som blant annet teamsamarbeid kan føre til bedre samarbeid og mindre sjanse for at det oppstår uhell eller nesten-uhell. En tidligere studie (Mitchell et al, 2011) så på dette og fant at det ofte ikke er en tydelig leder i teamet, og det bidrar til dårlig teamsamarbeid. Min erfaring fra blant annet traumeteamet er at det trenes på god og tydelig kommunikasjon, disse filmes en gang i uken. På den måten får teamet som jobber sammen trene på å bli gode på teamsamarbeid samtidig som de får konstruktiv tilbakemelding på sin egen individuelle innsats i teamet.

I følge informantene i denne studien var det å ha gjensidig respekt for hverandre i teamet og for pasienten viktig for et godt samarbeid. I følge tidligere studier handler respekt fra hverandre om å bli sett på en positiv måte, og ha en felles forståelse for felles mål, ledelse, kommunikasjon og tillit (Bang og Midelfart, 2004; Leonardsen, 2015; Kaldheim og Slettebø, 2016). Videre fant Kaldheim og Slettebø (2016) i sin undersøkelse at når operasjonssykepleierne opplevde at de var respektert av de andre medlemmene i teamet, var det lettere å dele kunnskap om pasienten med de andre (Kaldheim og Slettebø, 2016). Informantene i min undersøkelse mente at det er gjensidigheten og den felles forståelsen for egen funksjon og kompleksiteten i de ulike pasientsituasjonene som gjør at det utvikles respekt for hverandre, og at teamarbeidet fungerer bra. Dette er i samsvar med Kaldheim og Slettebø (2016) som fant at respekt handler om at de ulike teammedlemmene føler seg verdsatt, og at de opplever at deres bidrag i teamet blir satt pris på (Kaldheim og Slettebø 2016). Wittgenstein sin betraktning om respekt som et familielikhetsbegrep passer også inn her. Man blir sett på en positiv måte i kraft av sin funksjon eller rolle i et team (Åmås, 2000).

Det kom frem i min studie at når operasjonen må endres underveis, så er samarbeid og respekt avgjørende for hvor raskt en kan omstille seg fra en operasjon til en ny operasjon. Dette samsvarer med det som Rasmussen et al (2015) fant i sin undersøkelse om ikke-tekniske ferdigheter hos operasjonssykepleiere. En viktig ferdighet å ha i teamsamarbeidet er derfor evnen til å forstå tidlige tegn på at en operasjon ikke forløper

etter planen. I følge informantene kan det av og til bli hektisk under en operasjon, og operasjonssykepleier kan oppleve mangel på respekt for sin funksjon, og alt skal gå så fort, og man skulle helst ha vært klar for et par minutter siden. Det er da avgjørende å kunne si fra at nå går det litt fort med å endre fra kikkhullskirurgi til åpen operasjon. Et godt teamarbeid kan derfor bidra til at teamet i fellesskap kan roe ned en situasjon som potensielt kan komme ut av kontroll. Dette er også i samsvar med Kaldheim og Slettebø (2016), som viser at rolleforståelse og respekt er viktig for å ha en felles forståelse om at arbeidet hver enkelt gjør, og at hvis man ikke forstår dette fungerer ikke samarbeidet optimalt.

I følge informanten i denne studien er det kulturen på operasjonsstua og kulturen i teamet som påvirker hvordan man samarbeider. Når miljøet på operasjonsstuen er så lukket som det er, ønsker operasjonssykepleieren at når nye ansatte kommer, så skal de få opplevelsen av at akkurat her er det en kultur som er åpen og inkluderende. I følge Rasmussen (2015) må man trene sammen for å klare dette, da trening på ikke-tekniske ferdigheter kan føre til bedre samarbeid og økt pasientsikkerhet. Utvikling av kulturen på en arbeidsplass er et felles anliggende som kanskje ikke får nødvendig oppmerksomhet hverken i utdanningen eller på arbeidsplassen. Bang og Midelfart (2004) sier om hensiktsmessig gruppekultur at det handler om å samarbeide godt slik at gruppen kan nå sine mål. For å få til dette må gruppe-medlemmene ha en felles oppfatning av hvilke spilleregler som gjelder (Bang og Midelfart 2004). Dette kan sammenliknes med det som Rasmussen et al (2015) beskriver som etiske ferdigheter, der alle er avhengige av hverandre for å gjøre en god jobb, og de som oppleves som gode til å samarbeide bidrar til god stemning og blir høyt verdsatt av resten av teamet (Rasmussen et al 2015). I følge operasjonssykepleierne i min undersøkelse avhenger mye av hvem som er på jobb og at enkelte bidrar til mer og mindre samarbeid. Dette handler det som Bang og Midelfart (2004) beskriver som lagånd. Lagånd kan deles inn i tre komponenter; mellommenneskelig tiltrekning, gruppestolthet og indre forpliktelse overfor oppgavene og beslutningene. Disse omhandler komponentene i definisjonen av et team som omhandler utfyllende kompetanse, felles mål og tilnærming som gruppen holder hverandre gjensidig ansvarlige for (Bang og Midelfart, 2004). Dette er også i tråd med Kaldheim og Slettebø (2016) som gjorde en kvalitativ studie om hva operasjonssykepleiere så på som viktige faktorer for godt tverrfaglig samarbeid på operasjonsstua.

Studien viser at gjensidig respekt i de mellommenneskelige relasjonene ble opplevd som viktigst. Gruppen har en forpliktelse overfor hverandre til å skape en kultur for respekt. Dette er noe som også lederne i operasjonsavdelingen har ansvar for, for hvis de er gode rollemodeller for godt teamarbeid kan det skapes en inkluderende kultur som fremmer god lagånd og respekt på operasjonsstuen og i de ulike teamene (Kaldheim og Slettebø, 2016). Da har man utviklet det som Bang og Midelfart (2004) kaller gruppe-psykologisk trygghet som betyr at det er trygt å ta mellommenneskelige sjanser, i følge Bang og Midelfart (2004). Det å ta mellommenneskelige sjanser vil si at du viser hvem du er og deler kunnskap og informasjon om for eksempel operasjonspasienten. Da tør man å være uenig hvis det er aktuelt fordi man har etablert den gruppe-psykologiske tryggheten (Bang og Midelfart, 2004; Kaldheim og Slettebø, 2016). Silén-Lipponen et al (2005) fant i sin undersøkelse at det er krevende å jobbe i team fordi teamet kan være tilfeldig sammensatt alt etter hvem som er på jobb (Silén-Lipponen et al, 2005). Det er derfor viktig at man har etablert en god gruppekultur da dette oftere fører til raskere og mer hensiktsmessige løsninger når noe uforutsett skjer (Alfredsdottir og Bjørnsdottir, 2007; Høyland et al, 2011; Rasmussen og Torjuul, 2012; Blomberg et al, 2014; Rasmussen et al, 2015; Kaldheim og Slettebø, 2016).

6.3. Kunnskapsanvendelse

Det kommer frem i intervjuene at operasjonssykepleierne benytter ulike typer kunnskap for å utøve god praksis og sikker pasientbehandling. De kunnskapene som spesielt fremheves er taus kunnskap, praktisk kunnskap, teoretisk kunnskap og forskningsbasert kunnskap.

Informantene i min studie beskriver den tause kunnskapen som den kunnskapen som kommer til uttrykk som at mange ting skal bare sitte i ryggmargen, og som utdypes som en del av den kunnskapen en må ha i møtet med pasienten for å tolke hva som skjer og handle adekvat i situasjonen. I følge Åsvoll (2009) er det den tause kunnskapen som skaper ny mening og kunnskap i den profesjonelle utøvelsen, som omfatter det som jeg oppfatter er operasjonssykepleierens erfaring. Det vil si at den tause kunnskapen er noe du har i deg og som du henter ut i praktisk handling. Dette er også i tråd med både Molander (1996) som sier at taus kunnskap ikke entydig kan formuleres og Dåvøy et al

(2009) som kaller den tause kunnskapen det faglig skjønnet. For operasjonssykepleieren vil det faglige skjønnet benyttes i den samlede vurderingen for i hvilken rekkefølge man skal prioritere sykepleietiltakene. Av og til har man av og til bare noen få sekunder på å bestemme seg for hva som er riktig sykepleiehandling i en gitt situasjon.

Et annet funn i min studie er at operasjonssykepleie kun blir lagt merke til hvis ingen tiltak er iverksatt. I følge Blomberg et al (2014) er det i slike situasjoner viktig å gjøre det usynlige synlig. Å gjøre operasjonssykepleien mer synlig kan være vanskelig fordi den medisinsk-tekniske tilnærmingen i moderne operasjonssykepleie bidrar til å holde operasjonssykepleiebidraget hemmelig (Blomberg 2014). På den annen side er medisinsk teknisk utstyr (MTU) blitt mer omfattende på operasjonsstuene i den seinere tid, noe som gjør at både den tekniske og ikke-tekniske delen av operasjonssykepleiebidraget er mer synlig. Dette kommer frem i blant annet elektronisk dokumentasjon av operasjonssykepleie og muligheten for å beholde og iverksatte sykepleietiltak på operasjonsstua i behandlingsplanen videre etter at operasjonen er avsluttet. Ett eksempel på dette er innleggelse av drenasje fra operasjonssår. Tiltaket følger pasienten til drenet er fjernet og det kan avsluttes i behandlingsplanen. Min erfaring er at operasjonssykepleierens ansvar og funksjon er blitt mer synlig fordi ingen operasjon kan finne sted uten at operasjonssykepleieren har forberedt det kirurgiske inngrepet, klargjort operasjonsstua og tatt i mot pasienten. På den måten kan operasjonssykepleieren gjennomføre mye av sitt ansvar og sin funksjon før kirurgen kommer til operasjonsstua. Hvis derimot operasjonssykepleieren ikke har gjennomført det han/hun har ansvar for kan ikke operasjonen bli gjennomført slik som planlagt.

Funnene i studien viser at når operasjonssykepleier har rollen som sterilt utøvende operasjonssykepleier benyttes både teoretisk kunnskap og praktisk kunnskap. Gillespie et al (2009) støtter dette funnet i sin studie om operasjonssykepleieres oppfatning av kompetanse på operasjonsstua, der de identifiserte ulike kunnskapsformer som er aktuelle i forhold til dette: teoretisk kunnskap, praktisk kunnskap, situasjonskunnskap og estetisk kunnskap i et teknokratisk miljø (Gillespie et al, 2009). Funnene fra min studie og tidligere studier kan tyde på at operasjonssykepleiefaget er komplekst og krever høyt kunnskapsnivå og ulike kunnskapsformer i utøvelsen av både steril assistanse og koordinerende funksjon.

Et annet funn fra min studie handler om at det en gjør som operasjonssykepleier er målrettet for pasienten og har en praktisk forklaring. I følge Molander (1996) er ferdighetskunnskap en annen beskrivelse for praktisk kunnskap, og det er i tråd med operasjonssykepleiernes beskrivelse av sykepleiehandlingene. Ettersom operasjonssykepleie er både et teoretisk og praktisk fag, er det faglig skjønnet den dømmekraften operasjonssykepleier har og benytter til en påfølgende operasjonssykepleiehandling (Dåvøy et al 2009). Kim (2006) sier om kunnskapsanvendelse at pasientsituasjonen er den kliniske konstruksjon som bestemmer hvordan man anvender den sammensatte kunnskapen før man bestemmer seg for hvilke sykepleiehandlinger som skal iverksettes i den enkelte situasjonen (Kim, 2006). Denne måten å anvende kunnskap på kan også passe med det Gillespie et al (2009) har funnet om ulike typer av kunnskap som må anvendes. De kaller det teknisk og prosedyre-kunnskap som en blant annet trenger for å administrere operasjonsprogrammet (Gillespie et al, 2009). Når man administrerer et operasjonsprogram må man se helheten; hvilke type operasjon som passer på hvilken operasjonsstue, og hvordan kan planleggingen av dette bidra til at pasientene ikke må vente for lenge på operasjon (Dåvøy et al, 2009). Samme kunnskapsanvendelse og refleksjon er i spill for informanten som fortalte om en situasjon der hun i steril assistanse ble spurt om å begrunne hvorfor hun hadde instrumentene på den måten hun hadde dem. Hun var ganske nyutdannet og gjorde det litt annerledes enn den som koordinerte og som var mer erfaren enn henne. Da hun begrunnet faglig hvorfor hun gjorde det på den måten (aseptiske prinsipper; urent utstyr lengst bort fra operasjonsfeltet), var det ok for den andre selv om hun kanskje ikke ville gjort det på denne måten selv.

I følge en av operasjonssykepleierne i min studie oppleves den teoretiske kunnskapen fra støttefagene i utdanningen som fundamentet for refleksjonen for hvilken handling som bør iverksettes i de ulike situasjonene. Samtidig opplever operasjonssykepleieren at den teoretiske kunnskapen skal benyttes til å evaluere de tiltakene som er planlagt for egenkontroll av operasjonssykepleien som er planlagt utført. Kim (2012) sier i sin artikkel om teoriens rolle i klinisk praksis at *type* kunnskap anvendt i sykepleiepraksis er epistemologien (hvordan man oppnår kunnskap) og at *kunnskapsinnholdet* i sykepleiepraksis er ontologien (læren om det som er) (Kim, 2012).

Immanuel Kant var også opptatt av at det finnes kunnskap som ikke har utspring fra erfaring (Storheim 1970). Når han sa at *praksis uten teori er blind* (Storheim 1970) kan dette indikere at operasjonssykepleiefaget innbefatter en teoretisk kunnskap. Fordi det å utøve en praksis som operasjonssykepleier uten en teoretisk bakgrunn kan skade pasienten (Rammeplanen 2005; Helsepersonelloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Et eksempel til å illustrere dette kan være operasjonssykepleiers handlinger for å forebygge hypotermi. Operasjonssykepleier må sette i verk relevante tiltak når pasienten har lavere kroppstemperatur enn 36 grader (Rothrock, 2007; Dåvøy et al, 2009). For å kunne forebygge hypotermi må en derfor vite hvorfor hypotermi oppstår, hvilke konsekvenser det kan ha og hvilke tiltak som må iverksettes. Hvis pasienter som kommer til operasjonsstua har for lav kroppstemperatur før operasjonen starter, må man finne ut hvorfor og sette i verk tiltak i hele behandlingsskjeden for å forebygge postoperative komplikasjoner som økt blødningsfare, økt sjanse for POSI og økt risiko for trykkskader (Rothrock, 2007; Dåvøy et al, 2009; NOU 2015:11). Dette oppfatter jeg som det samme som når Dåvøy et al (2009) snakker om evident kunnskap. Evident i denne sammenhengen handler om å innse noe og er i tråd med det som Kim (2006;2012) snakker om når hun bruker begrepene evidensbasert praksis (EBP) og evidensbasert sykepleie (EBN) og som jeg forstår kan likestilles med KBP. Nortvedt et al (2012) definerer kunnskapsbasert praksis (KBP) som at man tar faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (Nortvedt et al, 2012 s.17).

Kelvered et al (2011) beskriver i sin artikkel hvordan man kan undersøke operasjonssykepleiekunnskap opp mot kunnskapsdomener i sykepleie. De kaller det henholdsvis *case kunnskap-domenet*, *pasientkunnskap-domenet* og *personlig kunnskap-domenet*. Med *case kunnskap* menes det teoretisk bakgrunnskunnskap som anatomi, mikrobiologi og hygiene., *Pasientkunnskap* handler om den praktiske kunnskapen man benytter ved klargjøring av operasjonsstue og utstyret samt bruke trygg kirurgi sjekklister (TK). Den *personlige kunnskapen* handler om hvem pasienten er som menneske og hvordan man møter dem med individuell tilnærming (Kelvered et al 2011). Disse domeneene benytter operasjonssykepleieren kontinuerlig i sin utøvelse av operasjonssykepleie og hun veksler frem og tilbake mellom disse under hele operasjonen. Dette passer med det operasjonssykepleierne sier om at operasjonssykepleiekunnskapen er en overbygging

av grunnleggende sykepleiekunnskap. En av respondentene sier at når målet er å gjøre det som er best for pasienten, må man reflektere over sin egen praksis. Hun mener med refleksjon at man må oppsøke litteratur og inkludere nye forskningsfunn i operasjonssykepleietiltakene. Det kan være utfordrende fordi, sier Nortvedt et al (2012), det er barrierer for bruk av forskning i praksis. Disse er egenskaper ved forskningen, egenskaper ved helsepersonellet, egenskaper ved organisasjonen og egenskaper ved profesjonen (Nortvedt et al, 2012). Dette indikerer at en må tilpasse praksis til det som til enhver tid er beste behandlingsmetoder. Samtidig som en må være oppmerksom på barrierene så de ikke står i veien for å ta i bruk nyeste kunnskap (Nortvedt et al, 2012). Det samme gjelder når operasjonssykepleieren får spesiell interesse for et fagfelt, da må en oppsøke kunnskap, og dele sin interesse og kunnskap med kollegene så flere blir interessert i det samme og ny praksis kan implementeres. Dette er også i tråd med litteraturen om utviklingen av operasjonssykepleiefaget (Gillespie et al, 2009; McGarvey et al, 2009; Høyland et al, 2011; Rasmussen et al 2012).

6.4. Undervisning og veiledning

I følge denne studien er fagutvikling er en viktig del av operasjonssykepleieres ansvarsområde. Kim (2012) sier om faganvendelse at teoriens rolle er å gi rasjonale til den praktiske handlingen. For å kunne dette må man både ha teoretisk og praktisk kunnskap. I følge Rammeplanen (2005) for operasjonssykepleiere er hensikten med videre- og master utdanning i operasjonssykepleie å utdanne velkvalifiserte yrkesutøvere til å gi faglig forsvarlig operasjonssykepleie til pasienter som gjennomgår kirurgiske undersøkelser og/eller inngrep. Utøvelsen skal være i samsvar med helselovgivningens krav til yrkesutøvelse og fagets kunnskaper og verdier.

I følge operasjonssykepleierne i denne studien er det viktig at det blir lagt til rette for en meningsfull opplæring. Det er mye utstyr som skal læres, og det kan bli for overveldende hvis alt kommer på en gang. Når man under steril assistanse tar ting fra hverandre og setter det sammen, gir bruksområdet mening og man forstår det. Stegeman et al (2013) sier at hjertet i det å bli en vis og kompetent praktiker handler om å lære håndverket i yrket. For at operasjonssykepleiestudentene skal lære håndverket og faget, veileder

operasjonssykepleierne i denne studien studentene systematisk og situasjonsbestemt slik at det skal bli forståelige for den enkelte i praksis.

En annen av operasjonssykepleierne sier om veiledning at siden hun liker det tekniske synes hun det er morsomt å forklare og vise faget. Det som denne informanten påpeker er at det er viktig å formidle teoretisk kunnskap, taus kunnskap og praktisk kunnskap når hun veiledet og underviste studenter i praksis. I følge Igesund (2016) er det viktig å engasjere studentene i fagutviklingsprosjekt da, de i tillegg til at de blir funksjonsdyktige, lærer seg å jobbe kunnskapsbasert. Dette stemmer overens med barrierer til KBP som Nortvedt et al (2012) beskriver. Barrierer til KBP er egenskaper ved profesjonen som blant annet manglende samarbeid mellom forskere og praktikere og manglende rollemodeller for at praktikere kan bli forskere. I tillegg er det egenskaper ved forskningen som at den ikke svarer på spørsmål i praksis eller er for dårlig planlagt eller gjennomført (Nortvedt et al 2012, s164). Fagdidaktikk kommer inn her. Da jeg selv var student, synes jeg det var lite veiledning og undervisning om hvordan jeg selv skulle og kunne bidra som rollemodell og som veileder i praksis. Rammeplanen (2005) beskriver i delemne 1B ansvar og kunnskapsmål for Kompetanse og Fagutvikling (Rammeplanen, 2005 s 10). Her hadde det kanskje passet å plassere fagdidaktikk under punktet «Anvendelse av forskningsresultater i klinisk praksis».

Operasjonssykepleierne i denne studien var opptatt av at det skulle utvikles en sterkere fagkultur, dette kunne de gjøre ved å stimulere og oppmuntre hverandre til blant annet å diskutere operasjonssykepleiefaget og lese den nyeste forskningen. Dette er i samsvar med det Dåvøy et al (2009) sier i om at forskningens mål er å utvikle ny kunnskap i operasjonssykepleiefaget. Skal kravet til faglig forsvarlig praksis (Yrkesetiske retningslinjer, 2011; Helsepersonelloven, 1999; Rammeplan, 2005; Dåvøy et al, 2009; Giskemo et al, 2014) opprettholdes må operasjonssykepleiere bidra til utvikling av fag og forskning i praksis. Det er derfor viktig at hver enkelt må bidra med å diskutere fag og implementere det som til enhver tid er beste praksis. I tillegg bør avdelingene ha en nøkkelperson som kan igangsette og følge opp forskningsprosjekter i praksis (Beyea 2000). Dette er også i samsvar med Igesund (2016) som påpeker at hvis operasjonssykepleiefaget skal innfri målet om faglig profesjonsutøvelse, må det legges til rette for å øke kompetansen til å jobbe kunnskapsbasert.

Min undersøkelse viser at når det gjelder forskning er anbefalingen fra operasjonssykepleierne at man bør legge listen høyt nok til at det er forskning, men samtidig lavt nok til at det lar seg gjennomføre i praksis. Resultatene er i samsvar med det Hommelstad og Ruland (2004) beskriver i sin artikkel. Hommelstad og Ruland(2004) mener at for at en skal etablere beste praksis-prinsipper og forskning i operasjonssykepleie må gapet mellom behov og tilgjengelighet reduseres. Dette kan bare skje dersom operasjonssykepleiere i klinisk arbeid involveres i forskning, noe som ikke alltid skjer i en hektisk hverdag. Årsaken til dette kan være tredelt da tiden ikke alltid strekker til, det er ikke nok kunnskap til å få den støtten som er nødvendig eller det er vanskelig å få økonomisk støtte til prosjekter (Hommelstad og Ruland, 2004).

Konklusjonen antyder at dersom man utvikler sykepleieres kunnskap om KBP så reduserer man utfordringene med implementering av beste praksis-prinsipper (Hommelstad og Ruland, 2004). Min erfaring med dette er et samarbeidsprosjekt med høyskolen der det ved innføringen av et nytt IT-basert journalverktøy ble inkludert utvikling av kunnskapsbasert dokumentasjon av operasjonssykepleie (Loraas et al, 2014). Dette var et fagutviklingsprosjekt, og to av prosjektlederene hadde forskerkompetanse og de fulgte forskningsprosessen slik Dåvøy et al (2009), Nortvedt et al (2012) og Igesund (2016) anbefaler. Når det nå er mulig å gjennomføre operasjonssykepleier-utdanningen på masternivå, kan man håpe på at praksisfeltet får flere operasjonssykepleiere med mastergrad slik at denne kompetansen kan benyttes til fag- og kompetanseutvikling i praksis.

Det kom frem i min studie at å være gode og trygge rollemodeller for studentene var viktig for at de skulle lære i praksis. Som operasjonssykepleieren erfarte, var det avgjørende for praksissituasjonen for studenten at veilederen var rolig og gjennomgikk det som skulle skje trinnvis og forståelig. Fordi en av operasjonssykepleierne selv husket hvordan det var å være student, kunne hun utvise klokhet og veilede på en god måte. Dermed var hun selv den rollemodellen hun gjerne ville ha og være. Dette la grunnlaget for senere praksissituasjoner der studenten følte seg trygg og ivaretatt. Når man får oppmuntring og positiv tilbakemelding klarer man å bruke kunnskapen man har tilegnet seg i teori til en praktisk riktig handling. Når hun erfarte tilbakemeldingen som negativ så opplevdes ikke veilederen som en god rollemodell. Dette er i tråd med Gillespie et al (2009) som sier at utviklingen av god praksiskompetanse handler om hvilke praksis-

erfaringer de har vært gjennom i løpet av studiet. Stegeman et al (2013) sier at det å ha en mester-lærling-tilnærming er en god måte å lære et praktisk yrke som for eksempel kirurgi. De gjorde en kvalitativ intervjustudie der de undersøkte veilederen som rollemodell og hvilken type tilbakemelding som kirurger i utdanning fikk. De fant ut at en god rollemodell og en god praktiker var en som de kunne identifisere seg med og som klarte å integrere teoretisk kunnskap i den praktiske utførelsen. Selv om dette var en studie av kirurger, kan det tenkes at kunnskapen er overførbart til den type veiledning og undervisning som er en god rollemodell for operasjonssykepleiere. Når man får relevant og meningsfull veiledning og det oppleves at den andre vil deg vel, erfares det som viderefremidling av en yrkesetikk som er i tråd med kravet til faglig forsvarlig praksis som nedfelt i Yrkesetiske retningslinjer, Rammeplanen, Funksjonsbeskrivelsen, lovverket og forskningsartikler om temaet (YER; Rammeplanen 2005; Giskemo et al, 2014; Helsepersonelloven, 1999; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999; Rothrock, 2007; Dåvøy et al, 2009; Blomberg et al, 2014; Haugen et al, 2014; Høyland et al, 2011; Kolvered et al, 2012; Rasmussen og Torjuul, 2012; Mitchell et al, 2010; Gillespie et al, 2009; Silén-Lipponen et al, 2005; McGarvey et al, 1999).

7 KONKLUSJON

I denne studien ble det undersøkt norske operasjonssykepleieres opplevelser og erfaringer med sitt ansvar og sin funksjon. Jeg gjennomførte en kvalitativ og utforskende intervjustudie med 11 operasjonssykepleiere fra fem ulike sykehus der jeg søkte å besvare problem-stillingen: *Hvilke erfaringer og opplevelse har operasjonssykepleier med sitt ansvar og sin funksjon i operasjonsavdelingen?*

I innledningen antydet jeg at jeg ville undersøke om det finnes noe som kan ses på som universell operasjonssykepleie. Tidligere forskning viser at det er forskjeller i utdanningen av operasjonssykepleiere mellom Skandinavia og Europa og øvrige land. Likevel er de rapporterte erfaringene sammenliknbare da de handler om innstilling til omsorg, kompetanse, tverrfaglig kunnskapsanvendelse, erfaringer med håndtering av uventede hendelser og operasjonssykepleieres erfaringer med innstillinger til

funksjonen. Operasjonssykepleiernes erfaringer i denne undersøkelsen er at de forebygger uønskede hendelser ved å ta et helhetlig ansvar for pasienten ved å planlegge operasjonsleiet, ta ansvar for MTU og hygienen samt bidra til kort operasjonstid. Leiringsskader oppstår til tross for at det er et prioritert område for opplæringen i operasjonssykepleie. Tidligere forskning relatert til dette understreker viktigheten av å skape et miljø for god pasientsikkerhet og behandle hver pasient individuelt slik at pasientsikkerhetstiltakene er målrettede og det etableres kontinuitet i operasjonssykepleien som utøves. MTU er en naturlig og voksende del av pasientbehandlingen på operasjonsstuene. Teknologiens rolle for operasjonssykepleiers ansvar og funksjon er i stadig utvikling. Til tross for reportasjer i media om at morgendagens operasjonssykepleier ikke vil ha noe ansvar og funksjon på operasjonsstua, viser denne undersøkelsen at dess mer teknikk som må benyttes for pasientbehandling, dess viktigere er det at operasjonssykepleiere forstår sitt ansvar og sin funksjon. Dette krever kunnskap og innsikt slik at man får nyttiggjort seg teknologien under operasjoner samtidig som pasientens integritet og individualitet ivaretas.

Denne undersøkelsen viser videre at samarbeid påvirkes av kommunikasjon, gjensidig respekt og kultur. Når man tar ansvar for sin funksjon i teamet og bidrar med sitt og øver på samarbeid, utvikler man gode samarbeidsrutiner. Erfaringer informantene har med ansvaret for fag- og kunnskapsutvikling handler om å integrere de ulike kunnskapsformene i utøvelsen så kunnskapene om KBP utvikles i den kliniske setting. Samtidig som man bidrar til forskning og utvikling ved å være en rollemodell som veileder og underviser studenter og kolleger på en trygg og sikker måte.

Ingen av sykehusene hadde innført TK ennå da jeg var der i 2008/ 2009. Likevel er erfaringene operasjonssykepleierne formidler at det er en etablert sikkerhetskultur med fokus på forebygging av pasientskader, samarbeid, kunnskapsutvikling og undervisning og veiledning basert på operasjonssykepleiefagets normer og egenart.

Når det kommer operasjonssykepleiere med mastergradsutdanning i klinisk praksis kan de bidra til mer klinisk forskning som kommer pasienter og praksisfeltet direkte til nytte. Dette krever at ledelsen i operasjonsavdelingene tar ansvar og legger til rette for forskning og fagutvikling slik at kunnskapen utvikles pasientnært, og at praksis til enhver tid reflekterer det som er beste praksis.

Anbefalinger for videre oppfølging av denne studien er å revidere Rammeplanen fra 2005 til å reflektere utviklingen i operasjonssykepleiefaget med fokus på integrering av ansvaret for MTU og IT, samt å definere øving på teamsamarbeid som et prioritert område under utdannelsen. Øving på teamsamarbeid bør også inkluderes i operasjonsavdelingenes interne opplæringsprogram. Ettersom operasjonssykepleie nå er et mastergradsstudium bør fagdidaktikk inngå som en del av studiet. På den måten kan ressursene utnyttes optimalt og ansvaret for pasientenes velferd under operasjoner og kirurgiske intervensjoner ivaretas i tråd med god yrkesetikk, pasientenes behov samfunnets forventning.

REFERANSER

- Alfheim, H.B. og Laake, J.H. (2008); *Sykepleien Forskning* 2008 3 (2)
- Bang, H. og Midelfart, T. N (2012): *Effektive ledergrupper*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Barnard, A. & Gerber, R. (1999). Understanding technology in contemporary surgical nursing: a phenomenographic examination. *Nursing Inquiry*, 1999, Vol.6(3)
- Barnard, A. & Sandelowski, M. (2001). Technology and humane nursing care: (ir)reconcilable or invented difference? *Journal of Advanced Nursing*, 2001, Vol.34(3)
- Beyea, Suzanne C. (2000). Preventing surgical site infections—Guiding practice with evidence. *AORN Journal*, Vol. 72(2)
- Blomberg, A-C, Bisholt, B., Nilsson, J. & Lindwall, L. (2014). Making

the invisible visible- operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Studies* 29; 361-368.

Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R.M., & Nortvedt, M.W. (2012). BMC Health Services Research, Oct 24, 2012, Vol.12

Dåvøy, Grethe (2005). *Faglig skjønn på operasjonsavdelingen: en kvalitativ studie av operasjonssykepleieres bruk og utvikling av det faglige skjønn*. Masteroppgave i pedagogikk - Universitetet i Bergen.

Dåvøy, G.M., Eide P.H. og Hansen, I. (red) (2009): *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Gillespie, Brigid M., Chaboyer, Wendy, Wallis, Marianne, Chang, Hsiao-yun Annie & Werder, Helen (2009). Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *Journal of Advanced Nursing (JAN)* 65(5), 1019–1028.

Giskemo, Asbjørg og Dåvøy, Grethe (2014). *Faghefte 2014*. NSF-LOS.

Graneheim, U.H & Lundman, B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, side 105-112. Elsevier.

Grenness, Carl-Erik (1999). *Kommunikasjon i organisasjoner-innføring i kommunikasjon og kommunikasjonsteknikker*. Abstrakt Forlag AS.

Haugen, A.S., Høyland, S., Thomassen, Ø. og Aase, K.(2014). 'It's a State of Mind': a qualitative study after two years' experience with the World Health Organization's surgical safety checklist. *Cognition, Technology & Work*, 2015,

Vol.17(1)

- Helseforskningsloven. *Lov av 20.juni 2008 nr.44 om helseforskning m.v.* Fra www.lovdatab.no
- Helsepersonelloven. *Lov av 2.juli 1999 nr.64 om helsepersonell m.v.* Fra www.lovdatab.no.
- Helsinkideklarasjonen. (2013). *De Nasjonale Etiske Komitéer.* www.etikkom.no
- Hjort, Peter F. (2011). *Uheldige hendelser I helsetjenesten. Pasientfortellinger.* Skriftserie for leger. Den Norske Legeforening.
- Holden, R.J. & Karsh, B-T. (2009). The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care. *Journal of Biomedical Informatics*, 2010, Vol.43(1)
- Hommelstad, J. & Ruland, C.M. (2004). Norwegian Nurses' Perceived Barriers and Facilitators to Research Use. *Association of Operating Room Nurses. AORN Journal*, Mar 2004, Vol.79(3)
- Igesund, Unni (2013). *Hvordan utøver erfarne operasjonssykepleiere koordineringen gjennom operasjonsforløpet?: en kvalitativ studie av erfarne operasjonssykepleieres praktiske utøvelse og erfaring i den koordinerende funksjon.* Masteroppgave i helsefag - Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet.
- Igesund, Unni (2016). Studenters deltakelse i kunnskapsbasert fagutvikling. Pilotprosjekt ved steril-assistanse ved videreutdanning i operasjonssykepleie. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr. 1.
- Jølstad, A.L. (2008). *Humorens ansikt bak munnbind og hette.* Masteroppgave i sykepleievitenskap og helsefag - Universitetet i Oslo
- Kaldheim, H.K.A. & Slettebø, Å.(2016): Respecting as a basic teamwork process in the operating theatre. *Nordisk Sygeplejeforskning Volume 6: 1*
- Kandal, Huset og Kvåle (2014). *Mellommenneskelige aspekter i operasjonsteamet-operasjonssykepleieres opplevelser.* Masteroppgave i operasjonssykepleie Universitetet i Agder.

- Kelvered, M., Öhlén, J. & Gustafsson, B.Å. (2012): Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012;26
- Kim, Hesook Suzie (2006): Knowledge synthesis and use in practice – debunking “evidence-based“. *Klinisk Sygepleje* 02/2006.
- Kim, Hesook Suzie (2012): The Role of Theory in Clinical Nursing Practice. *Klinisk Sygepleje* 02/2012.
- Kvangarsnes, Marit (2005): *Sjukepleiarutdanning i endring: nasjonalt rammeplanarbeid 1992-2004 med fokus på styring, profesjonar, diskursar og tekst*. Doktorgrad NTNU, Pedagogisk institutt.
- Landrø, M.I. og Wangenstein, B. (red) (1993). *Bokmålsordboka*. Universitetsforlaget Oslo.
- Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004): *Tverrfaglig samarbeid- perspektiv og strategi*. 2.utgave. Universitetsforlaget AS.
- Loraas, L-M., Esbjug, A-K. og Rosenberg, E.(2014): Viser hva operasjonssykepleiere gjør. *Sykepleien*, 2014, Vol.102(10)
- Malterud, K. (2011): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget AS, 3.utgave.
- Malterud K. (2012) . Fokusgrupper som forskningsmetode i medisin og helsefag. 1. ed Oslo: universitetsforlaget.
- McGarvey, H.E., Chambers, M.G.A. & Boore, J.R.P. (1999). Exploratory study of nursing in an operating department: preliminary findings on the role of the nurse. *Intensive and Critical Care Nursing* (1999)15.
- Mitchell, L., Flin, R., Mitchell, J., Coutts, K. & Youngson, G. (2010). Thinking ahead of the

- surgeon. An interview study to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 818-828.
- Molander, B. (1996). *Kunnskap i handling*. Göteborg: Daidalos.
- Nightingale, Florence (1860/ 1969). *Håndbok i sykepleje*. I norsk oversettelse av Finn Bacher Larsen. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Nilsson, Ulrica (2013). Intraoperative Positioning of Patients Under General Anesthesia and the Risk of Postoperative Pain and Pressure Ulcers. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, June 2013, Vol.28(3)
- Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverjolt, B., Nordheim, L.V. og Reinart, L.M. (2012): *Jobb kunnskapsbasert!* Akribe AS.
- NOU 2015:11. *Med åpne kort: Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- NSF-LOS (2015). *Operasjonssykepleiers ansvar- og funksjonsbeskrivelse*.
- Norsk Sykepleieforbund (NSF) (2011). *Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere (YER)*.
- Ongstad, Sigmund (2013): Relasjonen estetikk – epistemologi – etikk og fagdidaktikk. Et semiotisk-kommunikativt perspektiv på estetikk og utdanning. *Nordic Journal of Art and Research* Volum 2 (1).
- Patton, M. Q. (2002). Fieldwork strategies and observation methods. I: *Qualitative research and evolution methods* (s. 259-332). Sage Publications.
- Pasientskadeloven. *Lov av 15.juni 2001 nr.53 om pasientskader m.v.* Fra www.lovdato.no.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2014): *Essentials of Nursing Research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. Wolters Kluwer Health| Lippincott Williams & Wilkins, 4 th edition.
- Rice, P. L. & Ezzy, D. (1999a). In-depth interviews. I: *Qualitative research methods. A health focus* (s. 51-70). Oxford: Oxford University Press.

- Rice, P. L. & Ezzy, D. (1999b). Rigour, ethics and sampling. I: *Qualitative research methods. A health focus* (s. 29-50). Oxford: Oxford University Press.
- Rothrock, Jane C. (red) (2007): *Alexander's Care of the Patient in Surgery*. Thirteenth Edition Mosby Elsevier, St Louis, Missouri.
- Ruyter, K.W. (2015). Bruk av skjønn for å styrke informasjon og frivillighet. I H.J. Fossheim og H. Ingierd (red). *Etisk skjønn i forskning*. (s.39-49). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stegeman, J. , Schoten, E. , Terpstra, O. (2013): Knowing *and* acting in the clinical workplace: trainees' perspectives on modelling and feedback. In *Advances in Health Sciences Education*, Vol.18 (4), pp.597-615
- Storheim, Eivind (1970). *Immanuel Kant. Morallov og frihet. Praktisk Filosofi*. Oslo: Gyldendals Forlag AS.
- Spesialisthelsetjenesteloven. *Lov av 2.juli 1999 nr.61 om spesialisthelsetjenesten m.v.*
- Fra www.lovdatab.no
- Utdannings- og forskningsdepartementet (2005): *Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie*. Oslo: Departementet.
- Åmås, Knut Olav (2000). *Ludwig Wittgenstein*. Gyldendal Norsk Forlag ASA.
- Åsvoll, Håvard (2009): *Teoretiske perspektiver på taus kunnskap. Muligheter for en taus pedagogikk*. Tapir Akademisk forlag.

Vedlegg 1

Følgerebrev

Lena Dypdalen
Nedre Nygård 17H
1482 Nittedal

Oslo, november 2008

Mastergradsstudie om operasjonssykepleie.

Jeg er operasjonssykepleier og tar mastergrad i sykepleie ved Universitetet i Oslo.

Tittelen på oppgaven er:

Hvilke erfaringer har norske operasjonssykepleiere med sitt ansvar og sin funksjon i operasjonsavdelingen?

I den forbindelse ønsker jeg å intervju en eller to operasjonssykepleiere ved ditt sykehus.

Formål med studien:

Å utforske hvilke opplevelser og erfaringer operasjonssykepleiere har med sitt ansvar og sin funksjon i operasjonsavdelingen.

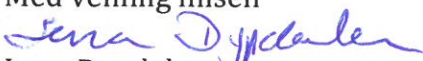
Jeg ønsker å intervju **til sammen 10 – 15 operasjonssykepleiere. De kan være kvinner eller menn** i full stilling, med varierende alder og arbeidserfaring som operasjonssykepleier. Intervjuet vil vare fra 30-60 minutter. Operasjonssykepleiere som fyller kriteriene og ønsker å delta i studien bes henvende seg til masterstudent Lena Dypdalen som velger ut de som vil bli intervjuet. Studien vil være anonym der hverken navn, alder, kjønn eller sykehus tilknytning vil bli registrert. Å delta i studien er frivillig, og det vil bli bedt om at de som ønsker å delta signerer samtykkeskjema. Deltakerne kan når som helst trekke seg fra studien uten å oppgi grunnen til dette, og det får heller ikke noen konsekvens for dem seinere.

Intervjuene tas opp på lydbånd som vil bli omgjort til tekst og deretter slettet etter gjeldende regler. Når masteroppgaven er levert og sensurert vil intervjueteksten bli slettet.

Studien er i følge NSD (Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste) og personvernombudet (PVO) ved Ullevål sykehus anonym og derfor ikke meldepliktig.

Hvis du har spørsmål angående studien kan du ta kontakt med masterstudent Lena Dypdalen på tlf: 22894567 eller mobil 95971638.

Med vennlig hilsen


Lena Dypdalen

Vedlegg 2

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta:

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg gir også tillatelse til at jeg kan bli kontaktet i etterkant av intervjuet dersom det er behov for å stille tilleggsspørsmål.

Vedlegg 3

Intervjuguide

Tema 1: Forebygging av uønskede hendelser

Hvordan vil du beskrive dine opplevelser og erfaringer som operasjonssykepleier i forhold til å forebygge uønskede hendelser i operasjonsavdelingen?

Tema 2: Samarbeid

Hvilke erfaringer har du med ditt samarbeid med anestesipersonalet og operatørene i det kirurgiske teamet?

- Når fungerer teamet bra?
- Når fungerer det ikke?
- Hva er ditt bidrag til teamarbeidet?

Tema 3: Kunnskapsanvendelse

Hvilken kunnskap er viktig for deg som operasjonssykepleier når du planlegger og er med på å gjennomføre en operasjon?

- Fokus steril assistanse/ koordinerende?
- Har du et kunnskapsområde som er spesielt viktig for deg som operasjonssykepleier?
- Hvordan foregår fagutviklingen i din avdeling?
- Hvilke erfaring har du med forskning i din avdeling?

Tema 4: Undervisning og veiledning

Kan du beskrive en situasjon i praksis der du har vært spesielt fornøyd med undervisningen/ veiledningen du har gitt til en student eller en kollega?

- Hvordan påvirker en god/ ikke så god erfaring hvordan du veileder neste gang?
- Hvilke erfaringer har du med å skape gode læresituasjoner for studentene eller en ny kollega?

Vedlegg 4

Utdrag av analysetabell

Tema	Kategori	Meningsfortetting	Meningsenhet
<p>Forebygge uønskede hendelser</p>	<p>Hindre skade</p>	<p>Alle aspektene der det er farlig å bli operert, de sikkerhetsmessige aspektene, ansvaret for pasienten, for å beskytte mot ulike typer skade ved måten de leires på, ulike typer apparater vi bruker, strøm; laserstråler og forskjellig.</p>	<p>Og så har vi alle de aspektene der det er farlig å bli operert, de sikkerhetsmessige aspektene, ansvaret for pasienten for å beskytte mot ulike typer skade ved måten de leires på, ulike typer apparater vi bruker, strøm... laserstråler, forskjellige typer ting.</p>
<p>Samarbeid</p>	<p>Respekt for kollegene gir godt samarbeidsklima</p>	<p>I dag var de (teamet) litt utålmodige fordi de hadde bestemt seg for å konvertere [gjøre en annen operasjon] og da var det bort med skopet og så skulle de ha kniven med en gang selv om det tar litt tid å gjøre om, men vi ga dem klar beskjed om at vi måtte bruke litt tid på å rigge om og da roet vi det fint ned.</p>	<p>Sånn som i dag så var de utålmodige fordi når de hadde bestemt seg for at de skulle konvertere så var det bare bort med skopet og så skulle de ha kniven med en gang og det tar jo litt tid å gjøre om. Men det roa vi fint ned. Ga dem klar beskjed om at vi måtte ha <i>litt</i> tid på å rigge om og gjøre om på dette her.</p>