

«Trygg kirurgi – i ordets rette forstand»
Hva har bidratt til å forme operasjonssykepleierens ivaretagelse av pasientens trygghet?



Institutt for Helsefag

Master i sykepleie

Spesialisering: Operasjon

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Studenter: Kristin Fredrikke Tronstad og Anne Grete Kleppo

Veileder: Kristin Kavli Adriansen

Dato: 27 april 2017

MASTERSTUDIUM I SYKEPLEIE

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår - 2017

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Anne Grete Kleppo og Kristin F. Tronstad

VEILEDER: Kristin Kavli Adriansen og Ida Mykkeltveit (medveileder)

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: «Trygg kirurgi – i ordets rette forstand»

Hva har bidratt til å forme operasjonssykepleierens ivaretagelse av pasientens trygghet?

Engelsk tittel: «Safe Surgery – in the true sense»

What has contributed to shape the operating room nurses in their care for the patient's safety?

EMNEORD/STIKKORD:

History, perioperative nurse, patient safety, perception, patient care, education, learned/personal quality

ANTALL SIDER: 69 (Uten vedlegg)

STAVANGER, 27.04.2017

FORORD

Denne masteroppgaven markerer slutten på vår master i sykepleie med spesialisering i operasjonssykepleie. Oppgaven har bidratt til videre interesse for faget, tilbakeblikk til en «svunnen tid» og takknemlighet for utviklingen som har skjedd innen faget.

Vi vil få takke førsteamanuensis ved Universitetet i Stavanger, Kristin Kavli Adriansen, som har vært vår trofaste veileder gjennom dette prosjektet, og som har klart å vekke vår nysgjerrighet rundt det historiske perspektivet. Takk for god veiledning, «herjing» med oppgaven, gode innspill og oppmuntring underveis. Din doktorgradsavhandling har også vært en rettesnor i vår vei mot en ferdigstilt oppgave.

Vi vil også rette en takk til universitetslektor ved Universitetet i Stavanger, Ida H. Mykkeltveit som har vært vår medveileder. Du har kommet med faglig opplysning gjennom to år, og har alltid støttet og oppmuntret oss.

Takk til alle medstudenter for faglige diskusjoner og vel trenge avbrekk med «utenomfaglig snakk». Vi setter også pris på alle andre som har stilt opp og vært behjelpelige med svar og oppmuntring, spesielt Ingjerd Helleland.

Det siste halve året har for vår del stort sett dreid seg om masteroppgaven og vi vil få takke våre tålmodige samboere, Kjelli og Runar, for ivaretagelse av barn og hjem i en tid der vi kanskje ikke har strukket helt til. Takk for at dere tror på oss.

Takk til Tiril, Alva, Herman og Vetle for at mammaene deres har fått lov til å tilbringe mange og lange dager på «universet».

Sist, men ikke minst, takk til informantene for at dere tok dere tid til å delta i denne studien, for ivaretagelse under besøkene og engasjement for oppgaven. Uten dere hadde den ikke vært mulig å gjennomføre.

Kristin og Anne Grete
Stavanger, april 2017.

SAMMENDRAG

Studiens bakgrunn: Pasientsikkerhet er et begrep som har vokst frem og fått økt oppmerksomhet de siste ti årene. Dette har vekket vår nysgjerrighet om begrepets opprinnelse, og om det er noen motsetning mellom det å trygge pasientene og å ivareta pasientsikkerhet.

Hensikt og problemstilling: Studiens formål var å undersøke hvordan operasjonssykepleieres faglige ansvar for pasienttrygghet er blitt formet i spennet mellom fagtradisjonens verdigrunnlag og ytre rammebetingelser. Vi valgte følgende problemstilling: *Hva har bidratt til å forme operasjonssykepleierens ivaretagelse av pasientens trygghet?*

Metode: Kvalitativ metode med fokus på forståelse og fortolkning av historisk kildemateriale med en hermeneutisk tilnærming. De valgte kildene består av ikke – publiserte og publiserte skriftlige kilder og muntlig minnemateriale. Innsamling av muntlig minnemateriale ble gjort ved hjelp av semistrukturert intervju, der vi intervjuet seks eldre, erfarne operasjonssykepleiere. Vi analyserte intervjuene med en innholdsanalyse inspirert av Kirsti Malterud (2011).

Resultater: Resultatene viser at ivaretagelse av operasjonspasientens trygghet alltid har ligget til grunn for pasientbehandlingen, selv om operasjonssykepleie blir sett på som et instrumentelt yrke. Operasjonssykepleie synes å være et fag som best tilegnes i praksis, og kunnskap om ivaretagelse av pasienten har blitt overlevert muntlig gjennom generasjoner av operasjonssykepleiere. Denne kunnskapen erverves gjennom tradisjoner, holdninger og erfaring. De individuelle behovene til pasienten, og kirurgenes individuelle arbeidsmetoder spiller en stor rolle. Ansvaret til operasjonssykepleieren har endret seg gjennom tidene, fra å ha ansvar for hele forløpet i forbindelse med en operasjon, til å bli fordelt på flere involverte.

Konklusjon: Flere faktorer innenfor operasjonssykepleierens fag og funksjon spiller inn på operasjonssykepleierens ivaretagelse av pasientens trygghet. Det finnes deler av operasjonssykepleierens funksjonsområde som det ikke har vært rom for å utforske

nærmere. Blant annet er teamarbeid en innvirkende faktor på pasientens trygghet, og utvikling av teamarbeid i perioden er et interessant tema for videre forskning.

Nøkkelord: Historie/historisk, operasjonssykepleie, pasienttrygghet, oppfatning, pasientomsorg, utdanning, lært/personlig egenskap

ABSTRACT

Background: Patient safety is a relatively new concept, that has received increased attention in the last years. This has made us curious about the origin of the concept and if there are any contradictions in making the patient safe and ensuring the patient's safety.

Purpose and research question: The purpose of this study was to examine how the operating room nurse's academic responsibility has been shaped by the tension between tradition, values and external terms and conditions. We chose the following research question: *What has contributed to shape the operating room nurses in their care for the patient's safety?*

Method: Qualitative method with focus on understand and interpret historical sources, using a hermeneutic approach. Our chosen sources contain non-published and published written sources, as well as oral testimonies. Data were collected by conducting 6 individual semi-structured interviews with older, experienced operating room nurses. We analyzed the interviews with a content analysis, inspired by Kirsti Malterud (2011).

Findings: Taking care of the patient's safety in surgery has always been the basis in taking care of patients, even though operating room nursing is considered a technical profession. Operating room nursing seems to be a field of nursing that works best with practice-based learning. Knowledge about taking care of the patient has been received orally through generations of operating room nurses. This knowledge is acquired through tradition, attitude and experience. The patient's individual needs, and the surgeon's individual working method plays an important part. The operating room nurses responsibility has changed during the years. From having a holistic responsibility, this has now been distributed among more involved parties.

Conclusion: There are several factors in the operating room nurse's profession and function that has affected taking care of the patient's safety. There has not been room in our study to research all these factors further. For example is teamwork an important factor, and further research on this, in the period we have researched, are considered as an interesting subject,

Keywords: History, perioperative nurse, patient safety, perception, patient care, education, learned/personal quality

INNHOLDSFORTEGNELSE

DEL I: INNLEDNING	s. 1
Bakgrunn for valg av tema	s. 1
Formål, problemstilling og forskningsspørsmål	s. 2
Oppbygging av oppgaven	s. 4
Tidligere forskning og publikasjoner	s. 5
KILDER OG METODE	s. 7
Kilder og kildebruk	s. 7
<i>Ikke-publiserte kilder</i>	s. 7
<i>Publiserte kilder</i>	s. 8
<i>Muntlige kilder – operasjonssykepleieres egne erfaringer</i>	s. 9
<i>Bortfall av kilder</i>	s. 9
Metode	s. 10
<i>Egen forforståelse</i>	s. 10
<i>Utvelgelse av intervjupersoner</i>	s. 11
<i>Intervjuprosessen</i>	s. 12
<i>Innholdsanalyse</i>	s. 13
Metodiske overveielser	s. 14
<i>Innhenting og bruk av data fra muntlige kilder</i>	s. 14
<i>Skriftlige kilder</i>	s. 15
Troverdighet og relevans	s. 16
Forskningsetiske vurderinger	s. 17
TEORETISK RAMMEVERK OG FAGLIGE IMPLIKASJONER	s. 18
Trygghet	s. 18
<i>Pasienttrygghet</i>	s. 19
Ansvar	s. 20
Sykepleie, fag og funksjon	s. 21
DEL II: HISTORISK BAKTEPPE	s. 23
Kapittel 1: Sykehus og medisinsk utvikling	s. 23
<i>1.1 Sykehus i Rogaland – historiske utviklingstrekk</i>	s. 24
Kapittel 2: Operasjonssykepleiens historiske grunnlag	s. 28
DEL III: OPERASJONSSYKEPLEIE I STØPESKJEEN	s. 33
Kapittel 3: Operasjonssykepleieryrket formes	s. 33

Kapittel 4: Opplæringstradisjon – fra lærling til spesialelev	s. 35
Kapittel 5: Fagtradisjon gjennom lærebøker	s. 38
5.1 Ni sentrale lærebøker	s. 38
DEL IV: SYKEPLEIE TIL OPERASJONSPASIENTEN	s. 41
Kapittel 6: Å trygge pasienten	s. 41
Kapittel 7: Ansvar – å handle forsvarlig ovenfor pasienten	s. 45
Kapittel 8: Fag og funksjon – rammer for trygghet og ansvar	s. 47
DEL V: OPERASJONSSYKEPLEIE: TRYGG OG	
ANSVARLIG UTØVELSE FOR PASIENTENS SKYLD	s. 51
Operasjonssykepleiens fagtradisjon	s. 51
Operasjonssykepleiens yrkesutøvelse	s. 51
<i>Trygghet</i>	s. 51
<i>Ansvar</i>	s. 53
<i>Sykepleie, fag og funksjon</i>	s. 55
Trygghet og ansvar som grunnleggende trekk ved	
operasjonssykepleiens fag og funksjon	s. 57
<i>Betydning for praksis</i>	s. 58
<i>Nye spørsmål</i>	s. 58
LITTERATURLISTE OG KILDER	s. 59

Vedlegg 1: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Vedlegg 2: Egen samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide før pilotintervju

Vedlegg 4: Intervjuguide etter pilotintervju

Vedlegg 5: Eksempel på innholdsanalyse

Vedlegg 6: Analyseskjema med fargekoder, sortert etter informant

Vedlegg 7: Analyseskjema med fargekoder, sortert etter tema

Vedlegg 8: Godkjenning fra NSD

Vedlegg 9: Tabeller med oversikt over antall operasjoner på Stavanger sykehus, 1933 - 1972

Antall ord: 18255

DEL I: INNLEDNING

Gjennom masterstudiet i sykepleie med spesialisering i operasjonssykepleie og gjennom vårt arbeide som sykepleiere på sengepost, har vi blitt introdusert for pasientsikkerhetsbegrepet. Det har vekket vår nysgjerrighet om begrepets opprinnelse, og om det er noen motsetning mellom det å trygge pasientene og å ivareta pasientsikkerhet. Ved å studere operasjonssykepleiens historie og intervjuer erfarne operasjonssykepleiere, ønsker vi med denne oppgaven å belyse nærmere betydningen av *trygghet* og *sikkerhet* i operasjonssykepleierfunksjonen. Trygghet og sikkerhet henger sammen, og ser vi på den engelske oversettelsen, finner vi at ordet *safety* dekker begge begrepene. Det peker på slektskap mellom begrepene. Men til tross for det, vil vi hevde at trygghet og sikkerhet ikke er helt sammenfallende.

Bakgrunn for valg av tema

Mennesket er i sin natur trygghetssøkende og trygghet anses som et grunnleggende behov (Thorsen, 2005). Trygghet rommer både en erfart trygghetsfølelse og indre og ytre betingelser for trygghet. Sikkerhet peker mer i retning av ytre betingelser og praktiske bestemmelser som anses som nødvendige for å ivareta trygghet for den enkelte og for samfunnet. Oppmerksomhet omkring pasientsikkerhet har imidlertid vært sterkt økende de siste ti årene (Aase, 2015).

Ivaretagelse av trygghet og sikkerhet er ikke nytt i sykepleien, men har først og fremst vært til stede som et individuelt fagansvar. Det kommer blant annet til uttrykk i NSF's *Yrkesetiske retningslinjer*, første gang godkjent av landsstyret i Norsk Sykepleierforbund i 1983.¹ Pasientsikkerhet som begrep blir ikke presentert i de yrkesetiske retningslinjer, men sykepleieres individuelle ansvar kommer til uttrykk gjennom punkt 1: «Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Retningslinjene beskriver at sykepleierens fundamentale plikt er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død (Norsk Sykepleierforbund 2011). Dette sier oss at det *individuelle* ansvaret har vært vektlagt lenge.

¹ Disse bygger på prinsippene i ICNs etiske regler, som første gang ble vedtatt i 1953. ICN står for International Council of Nurses og er paraplysammenslutning for 130 nasjonale sykepleiefagforeninger verden over. (Internettkilde 3; Henderson, 1997).

I forhold til utøvelse av operasjonssykepleie er både det individuelle ansvaret og fokus på pasientsikkerhet tydelig beskrevet i fagheftet fra NSFLOS fra 2014. Her går det frem at: «Operasjonssykepleier skal utøve individuell og profesjonell sykepleie som bygger på kunnskapsbasert praksis og ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet» (NSFLOS, 2014). I fagheftet står det klart at pasienten er fokuset, og at målet for all operasjonssykepleie er å dekke pasientens grunnleggende behov, trygghetsbehov innbefattet.² Men hvordan har operasjonssykepleiere selv oppfattet og erfart sitt ansvar og sin rolle i forhold til det å ivareta pasientenes trygghetsbehov under operasjon? Her kan det være ulike kilder til svar, men i denne studien er hensikten å gå til operasjonsfagets fagtradisjon og egenart, samt til operasjonssykepleieres egne erfaringer og refleksjoner over arbeidet. Studiens overordnede fokus er knyttet til forståelse av trygghet og sikkerhet knyttet til operasjonssykepleie sett i et historisk perspektiv, og med Rogaland som et sentralt bakteppe. Men vi ser også utover Rogaland. Studiens muntlige minnemateriale tar utgangspunkt i operasjonssykepleieres erfaringer i perioden 1960–2000. Ut over det vil det være viktig å tegne et bilde av operasjonssykepleiens historiske forankring gjennom utdanning og praksis, fra dens tidlige etablering rundt 1900 og frem mot vår tid.

Formål, problemstilling og forskningsspørsmål

Masterstudiens formål er å undersøke hvordan operasjonssykepleieres ivaretagelse av pasienttrygghet er blitt formet i spennet mellom fagtradisjonens verdigrunnlag og ytre rammebetingelser. Vi reiser følgende problemstilling:

Hva har bidratt til å forme operasjonssykepleierens ivaretagelse av pasientens trygghet?

Problemstillingen utdypes gjennom følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan uttrykker fagtradisjonen operasjonssykepleierens faglige funksjon og ansvar for pasienttrygghet?
- Hvilke oppfatninger har operasjonssykepleiere hatt av pasienttrygghet i arbeidet og hvordan har slike oppfatninger endret seg over tid?

² NSFLOS er forkortelse for Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere.

- Hvordan har operasjonssykepleiere erfart ansvaret for å ivareta pasienters trygghet i operasjonsavdelingen?

Oppbygging av oppgaven

Del I: Innledning

Del I introduserer oppgavens bakgrunn, formål, problemstilling og forskningsspørsmål. Vi redegjør for søkeprosess, tidligere forskning og publikasjoner. Under kilder og metode redegjøres det for kilder og kildebruk, bortfall av kilder. Vi presenterer egen forforståelse, metode og design, metodiske overveielser, troverdighet, relevans og forskningsetiske vurderinger. Det teoretiske rammeverket introduseres med utgangspunkt i oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål, og ses i lys av faglige implikasjoner.

Del II: Historisk bakteppe

Del II gir et innblikk i medisinske utviklingstrekk med fokus på fremskritt og sykehus. Den historiske utviklingen til sykehusene i Rogaland blir presentert i korte trekk. Operasjonssykepleiens fagtradisjon beskrives.

Del III: Operasjonssykepleie i støpeskjeen

Vi ser på utviklingen av operasjonssykepleie som fag og funksjon, og presenterer fagets opplæringstradisjon. Noen sentrale lærebøker fra så vel grunnutdanning i sykepleie som videreutdanning innen operasjonssykepleie presenteres i korte trekk. Empiriske data fra intervjuene trekkes inn her for å belyse erfaringer og opplevelser rundt temaene som tas opp.

Del IV: Sykepleie til operasjonspasienten gjennom trygghet, ansvar, fag og funksjon

I denne delen tar vi for oss en analyse av læreverkene og undersøker hvordan disse tydeliggjør trygghet, ansvar, fag og funksjon. I analysen vil vi trekke inn empiriske funn fra intervjuene. Ulike sider ved ivaretagelse av operasjonspasienten belyses gjennom det teoretiske rammeverket, og ses i lys av det muntlige minnematerialet fra intervjuene. Vi forsøker å gjenfinne fagtradisjonen uttrykt som praksis og erfaring i operasjonssykepleie.

Del V: Operasjonssykepleie gjennom faglig og forsvarlig utøvelse

En sammenfattende drøfting av studiens funn sett i lys av operasjonssykepleiens fagtradisjon og yrkesutøvelse. Vi avslutter med en oppsummering av trygghet og ansvar som grunnleggende trekk ved operasjonssykepleiens fag og funksjon, og ser på implikasjoner for praksis, samt peker på nye spørsmål.

Tidligere forskning og publikasjoner

De første søkene vi gjorde høsten 2016, var for å se hvordan oppgavens tematikk kan plasseres i forhold til tidligere forskning. Et slikt søk ga også en bredere forståelse av historisk forskning innen operasjonssykepleiefeltet. Vi benyttet følgende søkeord: *surgical nurs**, *operating room nurs**, *perioperative nurs**, *patient safety*, *perception*, *patient care*, *education*, *nursing school*, *history*, *learned/personal quality* i ulike kombinasjoner ved hjelp av databasene Medline, Cochrane og Cinahl. Vi har også kommet over artikler i annen litteratur, og vi har benyttet oss av de nevnte databasene, samt SweMed for å søke opp disse artiklene. Gjennom søkene finner vi at tidligere forskning i hovedsak er internasjonal/angloamerikansk. Vi har ikke klart å finne norske artikler. Det tyder på at det er få historisk relaterte studier knyttet til operasjonssykepleie i Norge. Vi håper at denne masteroppgaven derfor kan bidra til mer kunnskap innen vårt undersøkelsesområde.

Det finnes publikasjoner som er beslektet med vårt tema, og derfor kan vurderes som relevante. Temaer her er pasientsikkerhet i operasjonsstuen, blant operasjonsteamet og operasjonssykepleierens vurdering av mulige hindringer for pasientsikkerhet. De eldre artiklene fra tidlig 1990-tall tar for seg temaer som menneskelige feil, at det er menneskelig å feile og at håndtering og forebygging av feil må settes i system. I masteroppgaven henviser vi også til artikler som ikke er spesifikke om temaet vi tar for oss, men som vi har vurdert som relevante. Dette gjelder i hovedsak artikler om historisk metode og andre som presenterer ulike undersøkelser som er gjort rundt pasientens trygghet. I april 2017 gjennomførte vi nytt søk uten nye relevante resultater. Vi har også benyttet oss av følgende litteratur: Jan- Thore Lockertsens masteroppgave

Operasjonssykepleie ved Troms og Tromsø Sykehus 1895–1974 (2009). Den har gitt oss et innblikk i operasjonssykepleie i et historisk perspektiv og lettet noe av arbeidet med leting etter kilder. Boken *Operasjonssykepleie i over 40 år* utgitt av NSFLOS (Høiland, 1996), og bokkapittelet «Operasjonssøstrene, rommene og tingene» (Eide, 2015) i antologien *Utenfor tellekantene* har sammen med annen relevant litteratur, gitt oss innblikk i operasjonssykepleierutdanningens utvikling fra ca. år 1900. Historiske lærebøker i sykepleie utgjør et viktig bakteppe relatert til sykepleiens fagtradisjon og kunnskapssyn over tid.³ Lærebøkene sier noe om tiden de er skrevet i og om utførelsen

³ Nissen 1877/2000, Waage, 1901, 1914, Grøn & Widerøe. 1926, 1932, Backer-Grøndahl, 1926, Jervell 1941, Hillestad, 1955, 1978.

av sykepleie i denne tiden. Lærebøkene har vært et nyttig verktøy for oss i arbeidet med å forstå fortiden, og å sette informantenes utsagn og beretninger inn i en kontekst.

KILDER OG METODE

Denne studien bygger metodisk på kvalitativ forståelse og fortolkning av historiske kilder og muntlig minnemateriale innhentet fra operasjonssykepleiere med lang yrkeserfaring. En slik tilnærming er godt egnet når vi skal finne ut om noe fantes, hva det var og hva det betydde (Andresen, Rosland, Ryymin & Skålevåg, 2015). Ifølge historikeren Knut Kjeldstadli (1999) utfyller muntlige kilder de skriftlige kildene.

Skriftlige og muntlige kilder utgjør studiens empiri, og i dette kapittelet vil vi gi en kort introduksjon av ulike kilder før vi går inn på hvordan vi spesifikt har arbeidet med kildene. Vi presenterer metode og design, samt hvordan vi har arbeidet med dette. Dette innbefatter også metodiske overveielser og valg vi har gjort.

Kilder og kildebruk

De valgte kildene består av ikke-publiserte og publiserte skriftlige kilder og muntlig minnemateriale. I tillegg har vi benyttet sekundærlitteratur (Kjeldstadli, 1999). Historiske kilder er ikke fortiden, men spor fra fortiden. Hvordan en kilde skal forstås avhenger av flere forhold. Et spørsmål er om kilden er primærkilde eller sekundærkilde. Idealet er at en primærkilde i størst mulig grad skal være øyenvitneskildringer eller førstehåndserfaringer. Men tilgang til slike primærkilder er ikke alltid mulig, og hva som kan forstås som primærkilde blir derfor ofte gjenstand for diskusjon. Uansett er det viktig, ifølge historiker Ingar Kaldal, å analysere hva som skjedde «i *etableringa* av fremstillinga som *fremstilling*» (Kaldal, 2003, s. 91). Med det mener han at forskeren alltid må ha en kritisk og nøktern innstilling til kildene (Kaldal, 2003).

En annen side ved kildene er bruken. Det finnes ikke kilder som kan gi svar på alt (Andresen et.al., 2015). For eksempel kan vi legge et materielt kildebegrep til grunn. Det er en kilde med konkret innhold som forteller om en bestemt ting. En kilde kan også forstås mer funksjonelt. Med en slik innfallsvinkel er kilden alltid en kilde til *noe*, alt materialet forskeren tar i bruk for å besvare spørsmål, er en kilde. (Kaldal, 2003; Andresen et.al., 2015). Det er ofte tale om både og, når kilder skal granskes og brukes. Forskeren må uansett ta hensyn til typen kilde i sin analyse og fortolkning. For eksempel er det forskjell på et *håndskrevet* arbeidsnotat og en *trykt* prosedyrebok. En god kilde er en kilde som belyser spørsmålene som forskeren stiller (Andresen et. al., 2015).

Ikke-publiserte kilder

Arkivmateriale: De ikke-publiserte kildene er primært hentet fra Statsarkivet i Stavanger.

Materialet vi anså som interessant for vår problemstilling var arkivkataloger fra Stavanger sykehus (etablert i 1897) og fra Rogaland sjukehus (etablert i 1927). Vi gikk systematisk gjennom en oversikt over de eksisterende arkivkatalogene, og valgte ut de vi mente kunne gi oss verdifull informasjon om sykehusene og operasjonsavdelingene der. Dette er et klausulert materiale som bidrar til et tidsbilde inn mot perioden vi studerer, ved at det gir innblikk i kirurgisk aktivitet ved de valgte sykehusene.⁴ Se også *Forskningsetiske vurderinger*.

I arkivkatalogen fra Stavanger sykehus så vi på operasjonsprotokoller, der vi trakk ut informasjon fra tidsperioden 1932–1973, med et tidsintervall på ca. hvert femte år, operasjonsskjema/anestesijournaler fra øre – nese – hals-avdelingen 1973–1978, personalfortegnelser 1960–67, sykepleiere og elever 1960, ordbok fra operasjonsstuen med ukjent årstall, operasjonsprogram fra 1966–1978 og skadeprotokoller fra 1942–1943. I arkivkatalogen fra Rogaland sykehus og Sentralsykehuset i Rogaland, avdeling Rogaland sykehus, så vi på operasjoner i samme tidsperiode som Stavanger sykehus, pasientstatistikk fra 1968–1982 og sykepleiervikarer/sykepleierelever 1965–66.⁵ Vi vurderer alle disse kildene som primærkilder, da dette er så nært på førstehåndserfaring vi kunne komme. Andre primærkilder er håndskrevne prosedyrenotater fra operasjonssykepleiere ved Rogaland sykehus nedtegnet i første del av nittitallet. I intervjuene som inngår i det muntlige minnematerialet kom det frem at mange av operasjonssykepleierne og spesialelevne hadde en liten notatbok som de noterte ulike prosedyrer og rutiner i. Ingerd Helleland, fagutviklingssykepleier på operasjonsavdelingen ved Stavanger Universitetssykehus, hjalp oss med å få tilgang til to slike bøker skrevet av operasjonssykepleierne «Frida» og «Rannveig».

Publiserte kilder

Som publiserte kilder regner vi lærebøker i sykepleie/operasjonssykepleie, stortingsmeldinger fra 1970- og 1980-tallet, tidsskrifter, aviser og brosjyremateriale. Disse kildene er i utgangspunktet sekundærkilder og til dels litteratur, men i denne masteroppgaven tjener de også som primærkilder da dette sammensatte materialet dokumenterer praksiser ved operasjonsavdelingene. I tillegg har vi benyttet litteratur i form av historiske bokverk, tilstøtende forskning og faglitteratur. Samlet sett bidrar de publiserte kildene og litteratur til et utvidet bilde av operasjonssykepleiens kontekst så

⁴ Tillatelse til bruk av klausulert materiale ble gitt av Statsarkivet i Stavanger ved førstearkivar Jan Alsvik.

⁵ Her er det bortfall av kilder, se *Bortfall av kilder*.

vel regional som nasjonalt.

Muntlige kilder – operasjonssykepleieres egne erfaringer

For å få innblikk i operasjonssykepleieres erfaringer og opplevelser av pasienttrygghet, ønsket vi å intervju operasjonssykepleiere med lang yrkeserfaring på området. Intervjusamtaler er et godt verktøy for å oppnå kunnskap om hvordan enkeltpersoner opplever og reflekterer over sin situasjon, i dette tilfellet sitt tidlige og senere yrkesliv som operasjonssykepleier (Thagaard, 2013). Universitetslektor og operasjonssykepleier Ida Mykkeltveit ved Universitetet i Stavanger og Ingjerd Helleland har utfra eget faglig nettverk vært behjelpelige og foreslått aktuelle informanter. De gav oss en oversikt over 15 operasjonssykepleiere med lang yrkeserfaring. Vi sendte ut forespørsel om deltakelse i studien til 11 av disse, og fikk tilbakemelding fra fem som var villige til å delta. Vi manglet dermed en informant i forhold til at vi hadde satt et minstekrav på 6 informanter. Ingjerd Helleland foreslo da et siste navn som ikke var på den opprinnelige listen, denne operasjonssykepleieren var fortsatt yrkesaktiv, men hadde lang yrkeserfaring.⁶ Av informantene er fem kvinner og en mann. Alle har vært yrkesaktive på operasjonsavdelingen på Rogaland sykehus. En av seks hadde jobbet på dagkirurgisk avdeling. To av informantene var spsialelever på Stavanger sykehus, én var spsialelev på Ullevål sykehus i Oslo, mens tre fikk sin spsialutdanning ved Rogaland sykehus. Informantene var ferdig utdannede operasjonssykepleiere i henholdsvis 1962, 1970, 1971, 1972/73, 1978 og 1983. Gjennomsnittsalderen på informantene var ca. 68 år, der den yngste var 59 år og den eldste 78 år. Tre av informantene var fortsatt yrkesaktive da intervjuene ble gjort. To av informantene hadde også ledererfaring.

Bortfall av kilder

I løpet av arbeidet på statsarkivet fikk vi tilgang til operasjonssykepleieres dokumentasjon på ulike inngrep. For oss virket det som om dokumentasjonen var noe mangelfull. På grunn av mangelfull kunnskap om konteksten dette ble gjort i, måtte disse kildene tas ut. Pasientantall på Rogaland sykehus i årene 1966-1971 var skrevet med forkortelse, og uten forklaring på disse. Dette gav oss derfor ingen informasjon om antall operasjonspasienter. Dokumentasjonen på antall inngrep utført på Rogaland sjukehus var også mangelfull, i den forstand at vi ikke forstod oppsettet på tallene, og dermed ikke klarte å få frem

⁶ Se også *Forskningsetiske vurderinger*.

relevante data. Andre kataloger vi så som relevante da vi gikk gjennom materialet, viste seg ved gjennomgang at de ikke var relevante for vår problemstilling. Oppsummert sitter vi igjen med den erfaringen at datamateriale fra Statsarkivet i Stavanger var veldig mangelfullt i forhold til det vi ønsker å belyse. Det fremstår derfor som et lite egnet empirisk datamateriale for vår problemstilling. Når det gjelder det muntlige datamaterialet, hadde informantene en tendens til å fortelle om dagens fokus på pasientsikkerhet, noe som falt utenfor vår problemstilling. Vi valgte i analysen å kalle dette for dagens fokus, og dette hovedtemaet vil ikke være en del av empirien og drøftingen.

Metode

Denne studien er, som tidligere nevnt, kvalitativ med fokus på forståelse og fortolkning av historisk kildemateriale. Slik sett er vår tilnærming hermeneutisk. Vi vurderte det slik at en kvalitativ tilnærming ville oppnå en fordypning i de tema eller områder vi studerer. (Thagaard, 2013). Den kvalitative tilnærmingen vil også bidra til å presentere subjektive erfaringer, nyanser, og i vår historisk innrettede oppgave er det viktig at en og samme virkelighet beskrives ut fra flere perspektiver (Malterud, 2017). Kvalitativ metode innebærer ofte at metoden blir noe omformet underveis, og den opprinnelige planen man hadde for studien kan endre seg. Problemstillingen må arbeides med gjennom hele forskningsprosessen (Thagaard, 2013). Vi har også benyttet oss av kvantitative data der vi har talt opp antall operasjoner på Stavanger sykehus over en gitt tidsperiode. Slike data er i hovedsak brukt som supplement for å styrke det historiske tidsbildet.

Egen forforståelse

Vi er ikke ute etter å forklare årsaksforhold, men å forstå erfaringer og opplevelser hos informantene, og å tolke meninger bak det kildene «ytrer» (Kjeldstadli, 1992). Muntlige kilder kan sees på som både levninger og beretninger (Andresen et. al., 2015). Vi har fått tilgang til et rikt muntlig minnemateriale som har gitt innsyn i operasjonssykepleieres opplevelser og refleksjoner over egen yrkesutøvelse knyttet til pasienttrygghet. Gjennom arbeidet med oppgaven har vi forsøkt å ha et «aktivt og bevisst forhold til egen forforståelse» for å unngå at denne styrer data som kommer frem i empirien (Malterud, 2011, s. 41; Gadamer, 2012). Uansett kan noe av forforståelsen være ubevisst og vi vil i større eller mindre grad ikke være i stand til å styre dette. Vi begynte med en forforståelse av hva som hadde formet informantens forståelse av trygghetsaspektet ved

operasjonssykepleierens ivaretagelse av pasientene. Vi antok at fokus på pasienttrygghet var mer implementert i teoretisk undervisning på videreutdanningen og at fokuset ble større og større i perioden vi undersøkte. Denne forforståelsen har vi ut i fra våre egne erfaringer i vår verden. Vi forsøkte å gå inn i arbeidet med intervjuene med et åpent sinn, og har lett etter informasjon og tolkninger som har påvirket vår forforståelse (Malterud, 2017). Vi har brukt en induktiv tilnærming, ved å trekke slutninger fra det enkeltstående til det allmenne, i den forstand at våre informanter innehar enkeltstående erfaringer som vi ønsker å trekke mot det allmenne, altså det litteraturen og lærebøkene fra samme tid sier om ivaretagelse av operasjonspasientens trygghet (Malterud, 2017).

Utvelgelse av intervjupersoner

Vi har benyttet oss av strategisk tilgjengelighetsutvalg, der deltakerne har kvalifikasjoner som er strategiske i forhold til vår problemstilling. Fremgangsmåten for å velge ut deltakere er basert på at de er tilgjengelige for oss (Thagaard, 2013). Utvalgets størrelse begrenset seg selv i forhold til antall informanter som sa seg villige til å delta, men tid og ressurser satte også begrensninger. I utgangspunktet så vi for oss et deltakerantall mellom 6 til 10. Vi vurderte metningspunktet etterhvert, og etter det femte intervjuet så vi at det nærmet seg en metning. Vi utførte derfor et sjette intervju og så at våre antagelser stemte. En begrensning med tilgjengelighetsutvalg er at vi kun får tilgang til de som sier seg villig til å delta. De som velger å avstå, eller som ikke blir forespurt kan representere andre sider og erfaringer ved det vi studerer. En annen begrensning er at et slikt utvalg kan bestå av personer i samme miljø eller nettverk. For å unngå dette, kan man kontakte personer i ulike miljø, for å få mer bredde i utvalget (Thagaard, 2013). I og med at vi har valgt å begrense vår oppgave til Rogaland var det vanskelig for oss å velge personer fra ulike miljø da operasjonssykepleierne ikke er en altfor stor gruppe. Dermed ble det vanskelig å ikke treffe på noen som er i samme nettverk eller miljø.

Høsten 2016 sendte vi ut brev til elleve av femten navn på listen som Mykkeltveit og Helleland hadde gitt oss.⁷ Det var vanskelig å finne kontaktinformasjon på de fire siste personene. I brevet informerte vi om studien og dens hensikt, og hva vi i hovedtrekk ønsket å få svar på. De ble også informert om alle rettigheter de som informanter har, samt hvordan intervjumaterialet ville bli behandlet i etterkant. I brevet ble de bedt om å gi oss en tilbakemelding på om de var interesserte i å delta. Vi gav informantene flere

⁷ Jfr. vedlegg 1

muligheter for dette: per mail, per telefon eller ved å sende en vedlagt svarslipp tilbake til oss, i en ferdig frankert konvolutt med ferdig utfylt adresse. Dette for alle skulle ha mulighet til å svare ut i fra sine preferanser. Det viste seg at dette var fornuftig, da informantene har gitt tilbakemelding på ulike måter. Samtidig oppstod det et problem da ikke alle benyttet seg av vedlagte skjema og dermed ikke signerte samtykkeerklæring. Dette løste vi ved å ha med oss en ny samtykkeerklæring som vi gikk gjennom med alle informantene før hvert intervju, og som de signerte på.⁸ Dette gjorde vi med samtlige, uavhengig av om de hadde sendt inn svarslippen eller ei.⁹ Etterhvert satt vi igjen med 6 informanter som sa seg villige til å delta. En av disse ville være bortreist i perioden vi ville gjennomføre intervjuene, derfor benyttet vi oss av denne informanten til et pilotintervju.

Intervjuprosessen

Vi benyttet en semi-strukturert intervjuguide, der følgende tema inngikk: «Fag og funksjon», «Trygghet» og «Ansvar». Temaene var fastlagt på forhånd, men rekkefølgen ble bestemt underveis. Dette for å følge intervjupersonens fortelling og samtidig sørge for at temaene som var relevante for vår problemstilling ble diskutert (Thagaard, 2013). På denne måten har vi fått innsikt i temaer som ikke var planlagt på forhånd, men som kan ha betydning. Før hvert intervju introduserte vi temaet for informanten ved å kartlegge de ulike begrepene vi brukte, for å forsøke å få en felles forståelse av disse. Dette er en viktig forutsetning i den hermeneutiske tradisjonen (Benestad & Laake, 2004). Hvor detaljert vi gikk inn på dette var avhengig av om informanten fortsatt var yrkesaktiv eller ikke.

Ved utvikling av intervjuguiden var vi opptatt av å utforme åpne spørsmål som dekket forskningsspørsmålene.¹⁰ Etter pilotintevjuet vurderte vi det slik at noen av spørsmålene var lukket, i den forstand at de var ja/nei-spørsmål. Vi opplevde likevel at dersom vi gav rom for utdyping, enten ved å gi informanten litt tid, eller ved å komme med oppfølgingsspørsmål, fikk vi mer utdypende svar, noe som også ble bekreftet i de videre intervjuene. Vi lot derfor noen av disse spørsmålene være slik de opprinnelig var, mens andre gjorde vi mer åpne. Andre spørsmål var for generelle. Disse valgte vi å konkretisere for å sette i gang informantens tankeprosess (Benestad & Laake, 2004). I forhold til rekkefølgen på spørsmålene, så vi at det var en litt brå start med det vi

⁸ Jfr. vedlegg 2

⁹ Se *Forskningsetiske vurderinger*.

¹⁰ Jfr. vedlegg 3

opprinnelig hadde tenkt å starte med, derfor byttet vi om på rekkefølgen og startet med noe mer konkret som handlet om informantens utdanning (Kvale & Brinkmann, 2009).¹¹ Tilbakemelding fra informanten i pilotintervjuet var at hun kunne vært bedre forberedt dersom hun hadde fått spørsmålene tilsendt på forhånd. Dette tok vi til etterretning, og informantene fikk tilbud om å få tilsendt disse på forhånd. Allikevel var det noen som valgte å ikke benytte seg av dette. Dette ser vi kan ha påvirket intervjuene. De som hadde fått intervjuguiden tilsendt på forhånd, syntes å bli mer bundet til spørsmålene, noe som ikke var helt hensiktsmessig i forhold til vår semistrukturerte intervjuguide. De som ikke hadde fått guiden tilsendt var friere i sine svar, og kunne også komme inn på andre tema enn det vi opprinnelig spurte om. Dette gav oss erfaringer og opplevelser knytte til andre temaer. Intervjuene varte fra 40-70 minutter.

Innholdsanalyse

Etter intervjuene transkriberte vi samtlige. Vi valgte å analysere de transkriberte intervjuene med en innholdsanalyse inspirert av Kirsti Malterud (2011). Ved første gjennomlesing markerte vi meningsbærende enheter. Ut i fra disse kondenserte vi meningsinnholdet, og videre kodet vi dette.¹² Deretter fargekodet vi kodene sortert etter informant.¹³ Videre sorterte vi dem slik at de som omhandlet det samme var i samme kategori, uavhengig av informantens nummer. Vi noterte oss kodene som gikk igjen hos flere informanter, og deretter lukte vi ut koder som var like.¹⁴ Noen av disse passet derimot inn i flere av temaene, avhengig av hvilken kontekst den meningsbærende enheten stod i. Vi holdt oss derfor nært disse gjennom hele analysen, for eksempelvis å fange opp om koden «trygghet» omhandlet trygghet i yrkesrollen, eller trygghet hos operasjonspasienten. Et annet eksempel er koden «teamarbeid» som handlet om både teamarbeid som en del av yrkesrollen, og teamarbeid med innvirkning på arbeidsmiljø. Dette er ifølge Kvale og Brinkmann (2009) i henhold til den hermeneutiske sirkel. Til slutt kom vi frem til at alle kodene omhandlet fire sentrale temaer; *arbeidsmiljø, erfaring, yrkesrolle og pasienten*, og at ulike koder som representerte disse temaene gikk igjen hos samtlige informanter. Funnene blir ikke presentert samlet, men er satt inn i en kontekstuell ramme, enten som direkte sitater, eller flettet inn i teksten som en understøttelse av hva

¹¹ Jfr. vedlegg 4

¹² Jfr. vedlegg 5

¹³ Jfr. vedlegg 6

¹⁴ Jfr. vedlegg 7

andre kilder forteller fra tiden vi omtaler.¹⁵

Metodiske overveielser

I dette kapittelet redegjør vi for metodiske svakheter knyttet til intervjuprosess og data fra det muntlige minnematerialet, samt skriftlige kilder og litteratur.

Innhenting og bruk av data fra muntlige kilder

I arbeid med historisk minnemateriale er det viktig å være oppmerksom på at erindringer er gjenstand for seleksjon og glemsel og at det som blir husket farges av det. Muntlig minnemateriale innehar en subjektiv kvalitet, og det kan være problematisk med selektiv hukommelse (Wall, Edwards, Porter, 2007; Andresen et.al., 2015). Vi intervjuet informantene kun én gang, noe som gjør det umulig for oss å oppfatte om deres historier og erindringer endres over tid. Vi har tatt i betraktning at det er lenge siden informantene tok sin videreutdanning, og tidsperioden vi er interessert i, ligger også langt tilbake i tid. Derfor kan erindringer gitt av informantene basere seg på dagens bekymringer. Som intervjuere tok vi med oss vår forforståelse og forventninger til hva historiene kunne inneholde. I utarbeidelsen av intervjuguiden og i studiens tidlige fase hadde vi mer fokus på avvikshåndtering og pasientsikkerhet, fordi dette er vår erfaring med temaet. Vi lot oss farge av dette gjennom arbeidet med intervjuguide og i utførelsen av intervjuene, vi mistet litt fokus på hvilke erfaringer vi ville ha frem. Men analysen og tolkning av tekstene har satt oss på sporet igjen, og vi har funnet materialet som er av betydning for vår problemstilling. Ved å ha hatt dette fokuset tidligere, ville vi sannsynligvis fått et enda rikere materiale. Intervjuguidens tre temaer kan ha likheter, noe som førte til at informantene byttet tema.¹⁶ Der kunne vi bedre fulgt opp med å fortsette på temaet som informanten byttet til, for å følge informantens fortelling (Thagaard, 2013). Her kan vi ha mistet verdifullt materiale. Vi valgte å transkribere alle intervjuene til slutt for ikke å påvirke informantene i de neste intervjuene. Her kan vi ha mistet verdifulle data i form av observasjoner vi ikke kunne huske senere. I tillegg ble vi påvirket av ting vi husket andre hadde sagt, så det er usikkert hvor lurt det var å vente med transkriberingen. I arbeidet med analysen var det derimot en fordel, da vi hadde alle intervjuene friskt i minne.

¹⁵ Se Del III: Operasjonssykepleie i støpeskjeen

¹⁶ Jfr. *Intervjuprosessen*.

Skriftlige kilder

I arbeidet med kildene har vi benyttet oss av kildegransking som metode. En historisk kilde er alltid en levning, dvs. en rest fra fortiden. Slik er kilden som levning preget av de forholdene som skapte den. Men en kilde kan også være en beretning og beskrive faktiske hendelser utover kilden selv. For å illustrere forholdet mellom levning og beretning i denne masteroppgaven, har vi benyttet ulike historiske læreverker i sykepleie som kilde. Hvert læreverk er en levning fra tiden de ble skrevet i og er preget av den. Men disse læreverkene beretter også om praksiser i sykepleie som vi antar har vært, altså om forhold utover det å være et forfattet læreverk (Kaldal, 2003; Adriansen, 2015). Slik kan læreverk også tjene som historisk kilde. Det har vært viktig i arbeidet med kildene å vurdere hvordan de svarer på vår problemstilling (Adriansen, 2015). I arbeidet med lærebøkene har det vært viktig å se disse opp mot konteksten de er skrevet i. Dette har gjort tolkningen og analysen av disse mer nyanserte og helhetlige, i tråd med hermeneutikken. Vi har med fortolkning forsøkt å få frem mening og forstå noe kontekstuellet og dypere.

Vi har analysert og tolket det skriftlige materialet med bakgrunn i en hermeneutisk tilnærming, der det ikke finnes en absolutt sannhet. I følge den tyske filosofen Hans-Georg Gadamer (1900–2002) forutsetter enhver forståelse en forforståelse (Krogh, 2009).¹⁷ Man må være klar over sin egen forforståelse, og uten forforståelse fra vår tid vil vi ikke forstå tidlige perioder og kulturer (Gadamer, 2012; Krogh, 2009). Vi er et produkt av en bestemt periode og historisk tilstand, og vi er forskjellige fra mennesker i andre perioder. For å forstå fortiden slik den var, må vi ta hensyn til det som skiller oss fra fortiden, vår forforståelse av hvordan den tidligere historien fremstår for oss, i vår tid (Krogh, 2009). Vi må allikevel være oppmerksom på at vår forforståelse kan hindre oss i å forstå. Under arbeidet med de skriftlige kildene dukket det opp nye antakelser og kunnskaper som vi ikke hadde sett for oss i utgangspunktet, og gjennom dette arbeidet har vi fått en utvidet forståelse av vår egen forforståelse og den historiske konteksten. Vi har brukt den hermeneutiske sirkel i arbeidet med de skriftlige kildene, der vi har lest primære og sekundære kilder og litteratur med vår forforståelse, der denne preger vår forståelse av tekstene vi leser (Krogh, 2009). Ved å lese oss opp på det historiske bakteppet, historien til sykehusene i Rogaland og operasjonssykepleierens historie og utvikling, har vår forforståelse eller antakelser enten blitt bekreftet eller avkreftet. Det er ikke uproblematisk å bruke en hermeneutisk tilnærming. Vi vil gjennom en slik

¹⁷ Gadamer var elev av den tyske filosofen Martin Heidegger (1889–1976) og var betydelig inspirert av han, likevel er det Gadamers navn som i dag står mest sentralt i hermeneutisk teori (Krogh, 2009).

tilnærming fortolke materialet gjennom å utforske et dypere meningsinnhold enn det som umiddelbart gir seg til kjenne (Malterud, 2017; Thagaard, 2013). Vi har søkt annen litteratur eller andre kilder for å korrigere forforståelsen. Ut fra Lockertsens masteroppgave (2009) og samtaler med operasjonssykepleiere hadde vi en oppfatning av at operasjonssykepleiere gjennom tidene har dokumentert prosedyrer i egne bøker. Gjennom å lese i litteraturen og også se et eksempel på dette i statsarkivet, bekreftet vi denne forforståelsen. Vi fikk også tak i slike notatbøker fra operasjonssykepleiere på operasjonsavdelingen. Vi gikk inn i arbeidet med en antakelse om at fokus på operasjonspasientens trygghet er noe som har kommet de siste årene, men etter en gjennomgang av muntlig og skriftlig kildemateriale, kan det se ut som at dette fokuset var sterkt til stede også tidligere, noe vi kan se helt tilbake i den første norske lærebok for sykepleiere, forfattet av diakonisse Ulrikke «Rikke» Eleonore Nissen (1834–1892) i 1877. Vi har også måtte «sile ut» private innfall, dvs. tema som vekker vår nysgjerrighet, men som ikke nødvendigvis svarer på, eller belyser vår problemstilling eller forskningsspørsmål.

Troverdighet og relevans

Under transkriberingen av intervjuene fordelte vi de 6 intervjuene mellom oss. Etterpå byttet vi og leste gjennom hverandres transkribering mens vi hørte på intervjuene. Dette gjorde vi for å sikre at vi ikke gikk glipp av verdifulle data, samt at vi hørte det samme. Da tekstene skulle analyseres, ble vi enige om hvordan innholdsanalysen skulle utføres, før vi utførte denne hver for oss. Etterpå sammenlignet vi analysen og ble enige om, føyde til, tok vekk, eller endret tolkninger vi var uenige om. Det viste seg at vi var enige om de fleste tolkningene og kodene vi kom frem til, noe som styrker troverdigheten ved analysen (Thagaard, 2013). I arbeidet med de skriftlige kildene har veileder vært behjelpelig med å rettlede oss i forhold til informasjon vi har trukket ut fra disse, noe som også spiller inn på troverdigheten. I forhold til utvalget, var fire av informantene ukjente for oss, mens to har vi møtt i operasjonsavdelingen som studenter. Dette kan ha virket inn på intervjuene. For det første i form av å intervju ukjente; dersom man ikke skaper tillitt i fra første stund vil de kunne gi overfladisk og begrenset informasjon. For det andre kan det å intervju delvis kjente spille inn på informasjonen som formidles. På en annen side kan informantene velge å gi svar de tror vi som forskere vil høre. Vi har begge vært til stede under intervjuene, og har i den grad det var mulig forsøkt å utføre intervjuene så likt som mulig. Allikevel reagerer man forskjellig i relasjoner, og ved å være «mekanisk» i

intervjusituasjoner, vil informasjon gå tapt (Thagaard, 2013). Samme person har intervjuet informantene, mens den andre har vært tilstede og kommet med innspill underveis. Dette for å få en mest mulig lik utførelse av intervjuene og at den som utfører intervjuene opparbeider seg en viss kompetanse underveis.

Forskningsetiske vurderinger

Masteroppgaven er å betrakte som et meldepliktig prosjekt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) da det er innhentet opplysninger fra personer, jamfør personopplysningsforskriften §7-27. Høsten 2016 sendte vi inn søknad om godkjenning, hvor vi redegjorde for hvordan vi ville behandle data samlet inn i intervjuene, og hvordan vi ville informere informantene om rettigheter, samt be om deres samtykke. Prosjektet ble godkjent med noen mindre endringer i midten av november 2016.¹⁸ I meldeskjemaet skrev vi at utvalget var pensjonerte operasjonssykepleiere, men vi har også med en operasjonssykepleier som ikke er pensjonert, som ikke var på den opprinnelige listen vi fikk. Vi vurderte ut i fra opplysninger fra NSD om endringer som måtte meldes at dette ikke var en nødvendig endring å melde, da innhenting av data fortsatt var den samme, og endringen i utvalget ikke hadde innvirkning på kriterier for samtykke.

Ved gjennomføring av intervjuet i januar 2017 ble informantene bedt om å signere et informert samtykke som sikret full anonymitet dersom de ønsket det, og at de hadde rett til å trekke seg fra studien når som helst, jfr. Helsinkideklarasjonen (2013).¹⁹ ²⁰ De ble opplyst om at intervjumaterialet ville bli behandlet konfidensielt og oppbevart innelåst. Vi informerte om at vi ønsket å ta intervjuene opp på elektronisk lydbånd, og de fikk anledning til å reservere seg mot dette. Samtlige godtok opptak. Vi fikk også tillatelse til eventuell oppfølgingskontakt dersom dette var nødvendig. Ved arbeidet i Statsarkivet var vi i vårt virke som sykepleiere under taushetsplikt og fikk tilgang til klausulert materiale uten å måtte søke om tilgang til dette. Dette ble avtalt med førstearkivar ved Statsarkivet i Stavanger, Jan Alsvik.

¹⁸ Jfr. vedlegg 8

¹⁹ Jfr. vedlegg 2

²⁰ Helsinkideklarasjonen gir etiske retningslinjer for medisinsk forskning som omfatter mennesker. Sist revidert i 2013 (Natvig, 1997)

TEORETISK RAMMEVERK OG FAGLIGE IMPLIKASJONER

Dette kapittelet omhandler masteroppgavens teoretiske rammeverk og dets faglige implikasjoner. Utgangspunktet for valg av rammeverk er oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål. Vi belyser sider ved trygghetsbegrepet, ansvarsbegrepet og sykepleie som fag og funksjon. Begrepene har både et teoretisk og funksjonelt perspektiv knyttet til en operasjonssykepleiefaglig kontekst.

Trygghet

Trygghet kan være vanskelig å definere, og det er ikke sikkert at det er mulig å fange inn mangfoldet i menneskers opplevelse av trygghet gjennom en definisjon. Men erfaringer i hverdagen gjør at alle vet noe om trygghet, og innen sykepleie er det vanlig å se på trygghet som et grunnleggende behov. Likevel er det viktig å se på mennesker som forskjellige individer, der behovene, også trygghetsbehovet, ytrer seg forskjellig. Vi må ta hensyn til hvert enkelt individ og dets behov (Thorsen, 2005). Når vi ser på begrepets opprinnelse, beskriver *Dansk etymologisk ordbog* «trygg» som pålitelig, sikker, sikret, ubekymret (sitert i Thorsen, 2005, s. 15).

Den amerikanske psykologen Abraham Maslow (1908–1970) beskriver hvordan menneskets grunnleggende behov er hierarkisk oppbygd. Ifølge Maslow kommer mat, drikke og søvn først, deretter følger behov for trygghet (Thorsen 2005). Den amerikanske sykepleieteoretikeren Virginia Henderson (1897–1996) ble en foregangskvinne i arbeidet med å definere grunnleggende sykepleie og hun var sterkt påvirket av Maslow i sitt arbeid. Henderson legger særlig vekt på de individuelle hensyn sykepleieren må være oppmerksom på og at de grunnleggende behovene skal dekkes på pasientens premisser (Henderson, 1960/1997, 2012). Trygghet som behov finner vi i Hendersons punkt nr. 9 om grunnleggende behov. Her står det at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å unngå farer fra omgivelsene og unngå å skade andre. Sykepleierens oppgave er i bunn og grunn å verne om pasientens trygghet (Henderson, 1960/1997). Hendersons teori om at sykepleieren skal avhjelpe pasienten med å ivareta de grunnleggende behov som pasienten selv ikke evner å ivareta, vil være høyaktuell i en operasjonsavdeling. Pasienten blir lagt i narkose og har overlatt ivaretakelsen til operasjonsteamet, deriblant operasjonssykepleieren (NSFLOS, 2014).

Operasjonsavdelingen inneholder mye teknisk utstyr som kan sees på som en fare i omgivelsene. Mange pasienter opplever frykt og angst på operasjonsstuen, men ifølge

en undersøkelse av Hankela og Kiikkala (1996) ser det ut til at pasienten er mer opptatt av personalets kompetanse og kommunikative ferdigheter enn det fysiske miljøet på operasjonsstuen (Hansen, 2009). Den svenske sykepleieren Kerstin Segesten, som har utført en kvalitativ studie om trygghetsopplevelse hos pasienter, sier at tryggheten er relasjonell og vokser sammen med andre mennesker som vil oss vel. Segesten beskriver personer som gir trygghet, som rolige, varme, hyggelige og sikre. De som utstråler trygghet, vil overføre denne følelsen til andre rundt seg (Thorsen, 2005). Denne opplevelsen er viktig for pasienten, for at han skal kunne føle seg trygg. Spesielt viktig er dette når han overgir kontrollen til kirurger og sykepleiere på operasjonsstuen. Tillit til operasjonsteamet er essensielt i pasientens opplevelse av trygghet. Pasienten iakttar oss med alle sine sanser. En operasjonssykepleier som er trygg i sitt arbeid og de oppgavene hun utfører blir positivt lagt merke til av pasienten (NSFLOS, 2014). Kompetanse og kunnskap er stikkord når profesjonell operasjonssykepleie skal utøves. Skal operasjonssykepleieren være trygg, må det faglige være integrert i de omsorgsfulle møtene (NSFLOS, 2014).

Pasienttrygghet

Pasienttrygghet er, som begrepet trygghet, vanskelig å definere. Maslow bruker begrepet «Safety needs» – som sier mer enn det norske begrepet trygghet. Det beskriver hva pasienten har behov for, for å kunne føle seg trygg. Her inngår også sikkerhet, for eksempel at en pasient blir beskyttet mot fall (Thorsen, 2005). Dette sammenfaller med Henderson som sier at vi skal hjelpe pasienten å unngå farer fra omgivelsene og å unngå å skade andre (Henderson, 1960/ 1997, punkt 9). Pasienttrygghet er som trygghet en subjektiv opplevelse. Den er ikke uten videre målbar og må individuelt vurderes i forhold til hver enkelt pasients behov. For å lettere forstå begrepet pasienttrygghet, kan det sammenlignes med pasientsikkerhet. I eldre lovgivning for leger, jordmødre, sykepleiere og andre helsearbeidere er det ingen klare krav om sikkerhet i tjenesteytingen, men det har siden Hippokrates` tid (ca. 466–377 f.Kr.) blitt betraktet som en del av profesjonsetikken (Braut og Holmboe, 2015). I Hippokrates` første epidemibok skriver han at legen må ha to ting for øyet: å gjøre nytte, eller i det minste ikke å gjøre skade (Braut og Holmboe, 2015). Dette kan relateres til dagens definisjon av pasientsikkerhet. Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet definerer pasientsikkerhet slik: *Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller*

mangel på ytelse (Internettkilde 2).²¹ I dag er trygghet og sikkerhet et av de viktigste kravene pasientene har til helsetjenesten (Kirkevold, 2016).

Ansvar

Begrepet ansvar er sammensatt av prefikset an- og ordet svar, og bokmålsordboka beskriver det som: «*Forpliktelse til å stå til rette for noe*», enten moralsk, juridisk eller økonomisk (Internettkilde 10). Ansvar kan relateres til ordet ansvarlighet, forstått som indre og ytre ansvarlighet. Ansvarlighet innebærer ansvar, evne til å handle, selvstendighet og vilje til å ta ansvar (Wallinvirta, 2011). Ytre ansvarlighet kan sees på som krav som organisasjoner, institusjoner og samfunnet setter til sykepleieren, for eksempel at de skal oppfylle forpliktelser, handle rett og utføre gitte arbeidsoppgaver. Indre ansvarlighet har med pleien av pasienter å gjøre, og defineres blant annet som handling med en kunnskapsmessig, kunstnerisk og etisk dimensjon, som bygger på et personlig verdigrunnlag og bidrar til pleiekvaliteten. Ansvarlighet henger tett sammen med ansvarlig, som forstås som at man skal kunne svare for sine handlinger (Wallinvirta, 2011). I juridiske termer er ansvar tett knyttet til brudd på rettsregler som igjen gir rettsbruddfølger i form av straffeansvar, erstatningsansvar eller profesjonsansvar (Ohnstad, 1997).

Sykepleiefaget i seg selv er en moralsk og etisk praksis hvor den faglige kompetansen har et moralsk siktemål, å hjelpe pasienten, lindre dennes lidelse og restituere krefter (Nortvedt, 1998). Som sykepleier har man ifølge de yrkesetiske retningslinjer «et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie» (Norsk Sykepleieforbund, 2011). Henderson understreker også i sin beskrivelse av fag- og funksjonsområde at det er sykepleierens ansvar å opprettholde et helsefremmende og sikkert miljø (Kirkevold, 2001).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere gir et rammeverk for etisk standard. Allikevel er det individet som handler, ikke yrkesrollen i seg selv (Lindh, Severinsson og Berg, 2007). Enhver må reflektere over hvordan man forstår ansvaret. Etikk er involvering, engasjement, imøtekommelse og ansvar for den andre (Nortvedt, 1998). Som operasjonssykepleier er det juridiske ansvaret gitt i nasjonal rammeplan og lovverk, og som sykepleiere har ansvaret en moralsk side som gis i de yrkesetiske retningslinjer.

²¹ Kunnskapssenteret for helsetjenesten i folkehelseinstituttet oppsummerer forskning, gjør helseøkonomiske analyser, måler kvalitet på utvalgte tjenester, forvalter kunnskap, arbeider for bedre pasientsikkerhet, fremmer bruk av forskningsresultat, utvikler metoder og underviser (Internettkilde 1).

Allikevel kan en handling være juridisk tillat og faglig forsvarlig, men uetisk (NSFLOS, 2014). For operasjonssykepleiere er ansvarsområdene delt opp i terapeutisk-, pedagogisk-, administrativt- og fag- og forskningsansvar, der det terapeutiske ansvaret omhandler en forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon.²² (NSFLOS, 2014).

Sykepleie, fag og funksjon

Sykepleie er et profesjonsfag, og innebærer en felles organisering av kunnskap innen sykepleie som fag. Utgangspunktet for yrkesutøvelsen er pasientens behov for sykepleie. Hensikten med et profesjonsfag er å utvikle funksjonsdyktighet innenfor et fagområde (Granum, 2001; Kristoffersen, Nortvedt, Skaug og Grimsbø, 2016). På grunn av fagets spesielle karakter, historie og samfunnsmessige verdi, kreves det at omsorgsverdier ligger til grunn, jamfør sykepleierens verdigrunnlag i *ICNs etiske regler for sykepleiere* og *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* (Norsk sykepleierforbund, 2011).²³ Her uttrykkes det at sykepleierens handlinger må bunne i fagets verdigrunnlag og aktuell, anerkjent fagkunnskap. Kunnskapsgrunnlaget vil være i stadig utvikling og vil innebære ulike typer kunnskap og kompetanse (Kristoffersen et.al., 2016). Sykepleie skal altså være kunnskapsbasert, og en kunnskapsbasert praksis tar sikte på å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov under de gitte omstendighetene (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012).

Henderson understreker i sin bok *The Nature of Nursing* viktigheten av at de ulike faggruppene kjenner sin egen funksjon (Kirkevold, 2001) Operasjonssykepleie er et eget kompetanseområde innenfor sykepleie og det overordnede målet for operasjonssykepleie er å utøve individuell og profesjonell operasjonssykepleie til pasienter som skal gjennomgå kirurgiske inngrep eller undersøkelser (Bäckström, 2009). I ansvars- og funksjonsbeskrivelse for operasjonssykepleiere fra 2014 står det at all operasjonssykepleie skal basere seg på NSF's yrkesetiske retningslinjer og ICNs kodeks for sykepleiere, Lov om pasientrettigheter, Lov om helsepersonell og Lov om

²² Ifølge NSFLOS går det pedagogiske ansvaret ut på å utvikle egen, andres og fagets kvalitet, det administrative ansvaret tar sikte på at operasjonssykepleieren skal planlegge, koordinere og organisere, samtidig som man utøver kontroll og styring. Til sist er det et fag – og forskningsansvar som er operasjonssykepleierens individuelle ansvar, der man plikter å være faglig oppdatert og bidra til forskning og utvikling av eget fagområde.

²³ NSF' s yrkesetiske retningslinjers overordnede mål: «Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene» (Norsk sykepleierforbund, 2011). ICNs kodeks for sykepleiere er en revidert utgave av Virginia Hendersons «Sykepleiens grunnleggende prinsipper» fra 1960, der det er forsøkt å beholde den så nært Hendersons første utgave, men med visse justeringer i forhold til utvikling i tiden (Henderson og Dansk sygeplejeråd, 2012).

spesialisthelsetjenesten (NSFLOS, 2014). Funksjonsbeskrivelsen er der for å klargjøre det grunnleggende i operasjonssykepleie, samt det som er spesielt for, og gjør fagområdet spesielt. Kunnskaper, ferdigheter og holdninger i yrkesutøvelsen utgjør operasjonssykepleierens komplette kompetanse, og denne kompetansen gir operasjonssykepleieren myndighet og ansvar for egen yrkesutøvelse (Bäckström, 2009).

DEL II: HISTORISK BAKTEPPE

I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvordan operasjonssykepleie har vokst frem som et eget fag, og hva som har dannet grunnlaget for betydningen av pasienttrygghet i operasjonssykepleien. Sykehusenes og helsevesenets utvikling generelt og i Rogaland spesielt, samt operasjonssykepleiens fremvekst danner et viktig bakteppe her. Utviklingen frem mot en egen spesialutdanning blir vektlagt.

Kapittel 1: Sykehus og medisinsk utvikling

På slutten av 1800-tallet skjedde det en enorm vekst innenfor medisinsk kunnskap. Dette bidro til at sykehusene gikk fra å være «oppbevaringsanstalter» for syke og fattige, til å behandle sykdom. Den moderne kirurgien, som tok form etter 1850, ble en viktig pådriver i denne utviklingen. Dessuten bidro ny kunnskap innen bakteriologi til å utvikle hygieneteknikker som antiseptikk og aseptikk (Solheim, 1993). Slik fikk kirurgi, med sine instrumenter og teknikker, en stadig mer sentral rolle i sykehusbehandlingen. Men på samme tid økte krav til kvalifisert assistanse under kirurgiske inngrep. Hvem skulle assistere kirurgene? Rundt forrige århundreskifte var det få faglærte sykepleiere i Norge, og legene uttrykte ofte misnøye med de ufaglærte gang- og våkekonene som arbeidet i sykehusene (Melby, 1990).²⁴ Også i Rogaland var det misnøye med ufaglært pleiepersonale. Overlegen på Amtsykehuset i Rogaland ga allerede i 1872 uttrykk for at han ønsket å få ansatt to sykepleiere (diakonisser) for å forbedre pleien (Aurenes, 1937).

Fra begynnelsen av 1900-tallet var det mye nybygging, utvidelse og modernisering av sykehusene, og staten refunderte deler av sykehuseiernes driftsutgifter, noe som på sin side førte til et bedre arbeidsmarked for legene. Etter 1945 var ytterligere opprustning av sykehusene aktuelt fordi mange sykehus var blitt nedslitt og til dels ødelagt under okkupasjonen 1940–1945. Vekst og spesialisering ble hovedtrekk ved utviklingen av helsevesenet etter krigen. Opprustningen satte fart i en mer spesialisert legebehandling innen ulike fagfelt og det ble opprettet landsgrupper og fagforeninger for ulike spesialiteter. Med dette økte også behovet for sykepleiere (Hofoss, 1980).

²⁴ Gang- og våkekoner ble hentet fra tjener- og arbeiderklassen. De tjente dårlig, og var avhengig av tips fra pasientene, noe som kunne føre til at de med mer penger fikk bedre omsorg (Fause & Micaelsen, 2001).

1.1. Sykehus i Rogaland – historiske utviklingstrekk

Vi ser at den eldste, sosiale institusjonen i Stavanger har røtter helt tilbake til 1200-tallet. St. Peters hospital (1272-1843) startet som et middelalderhospital og utviklet seg gjennom flere hundre år til et kombinert fattighus og sykehus. Det var også arbeidsanstalt og asyl for personer med psykiske lidelser. Alle som ikke var i stand til å klare seg selv, ble plassert her. Hospitalets drift og ideologi i katolsk tid var basert på den sentrale rollen gode gjerninger hadde i folks religiøse oppfatning. De som arbeidet her, levde etter en klosterlignende ordensregel, der formålet var å pleie syke og fattige (Ersland, 2012).

Den smittsomme radesyken bredte seg utover Norge på 1700-tallet.²⁵ Dette førte til at Radesykehuset (1773–1840) ble bygget som et epidemisykehus for hele Stavanger amt (fylke) (Internettkilde 8). St. Peters hospital ble erstattet av Den kombinerte Indretning i 1845. Her ble personer med ulike psykiske og medisinske lidelser «stuet» sammen i forskjellige avdelinger og bygninger. Personalet besto av tvangsarbeidere og to gangkoner. I 1874 kom en diakonisse (Risa, Sande, Tunset & Urdal, 2005). Institusjonens uverdige forhold ga med rette et veldig dårlig rykte, noe som også den kjente Stavangerforfatteren Alexander Kielland (1849–1906) kommenterte i Stavanger Avis i 1889. Dette fremprovoserte nedleggelse av institusjonen som ble avløst av Stavanger sykehus i 1897 (Internettkilde 9). Med det gikk sykehusene inn i en «ny tid».

I 1843 ble Rogaland Amtssykehus etablert. Som navnet tilsier, skulle sykehuset betjene folk fra landkommuner i amtet. Amtsykehuset var ikke i stand til å utføre avansert kirurgi, og det ble i 1900 bestemt at operasjonspasienter burde henvises til Stavanger sykehus, som var Stavanger bys sykehus. I frykt for at operasjonspasientene ikke kunne behandles ved Stavanger sykehus ble det i 1903 diskutert om det skulle legges til rette for at amtsykehuset selv kunne utføre operasjoner. En operasjonsavdeling på amtsykehuset ville kreve penger og nybygg, men underetasjen ble omgjort til kirurgisk avdeling med egen operasjonsavdeling (Aurenes, 1937). Kapasitetsproblemer på amtsykehuset tvang frem behovet for et større sykehus, samtidig som det i inspeksjonsprotokollene ble beskrevet at de sanitære og hygieniske forholdene var elendige (Aurenes, 1937). Dette førte til etableringen av et nytt fylkessykehus, og i 1927 ble Rogaland fylkessykehus tatt i bruk. Målet var å bygge et tidsmessig sykehus så økonomisk som mulig: «Ingen unødige

²⁵ Radesyken var en smittsom, kronisk forløpende, ondartet og destruktiv sykdom (Internettkilde 8).

flottheter, men på samme tid har vårt motto alltid vært: For den syke er kun det beste godt nok» (Aurenes, 1937, s. 136).²⁶



27

Rogaland fylkessjukehus, ca. 1930 (Stavanger Universitetssjukehus & Helse Stavanger HF, 2007).

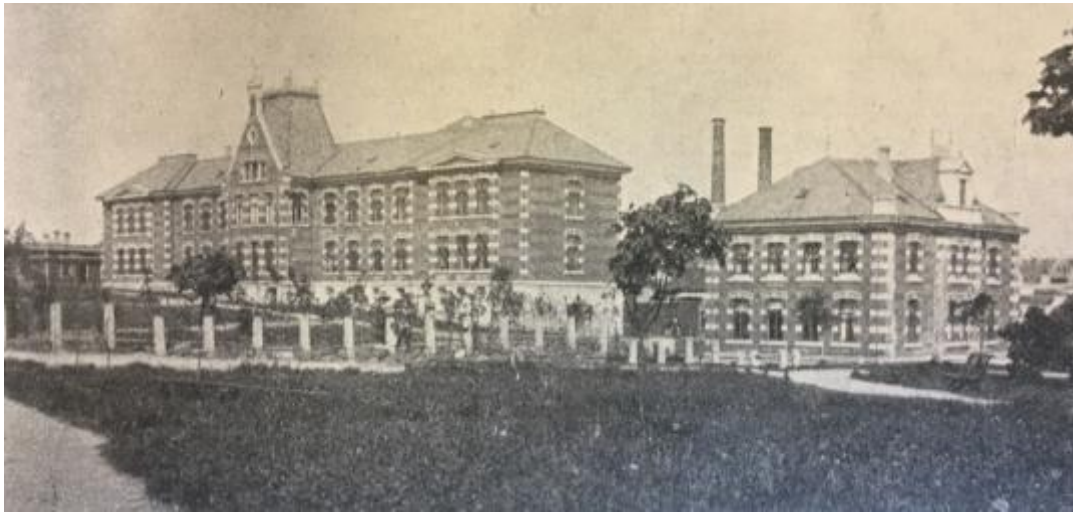
Stavanger sykehus var kommunalt. Ved oppstarten i 1897 ble det regnet som et av landets mest moderne sykehus. Axel Cappelen (1858–1919) ble ansatt som den første overlegen (Sande, 1987). Sykehuset fikk stor betydning for utdanningen av sykepleiere i Stavanger, ikke minst fordi Stavanger Sanitetsforenings sykepleierskole, etablert i 1920, brukte sykehuset til sine elever gjennom mange tiår. (Stahl, 1972). Sykehusets hovedbygning hadde 81 sengeplasser, en epidemiavdeling med 20 sengeplasser, som senere ble en egen epidemibygning. En mursteinsbygning ble benyttet til internering av pasienter. I 1899 kom det første røntgenapparatet, som var et viktig hjelpemiddel i behandlingen av pasienter.

I 1916 gjennomgikk sykehuset sin største ombygging og modernisering siden starten. Sykehuset fikk ny kirurgisk avdeling, fødeavdeling og epidemibygningen ble

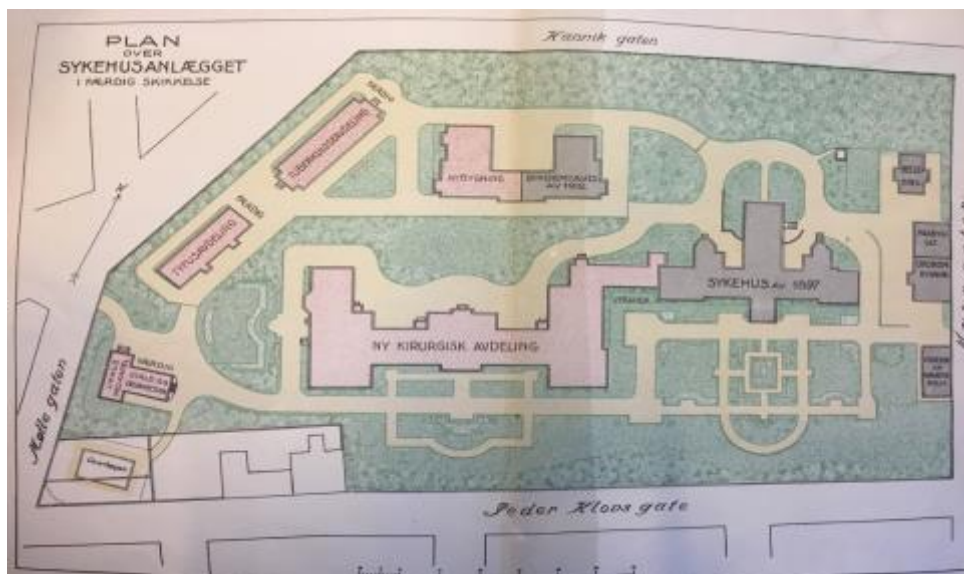
²⁶ Driften av sykehuset bestod i begynnelsen av 4 leger: overlege Pedersen, reservelege Lüscherath og assistentlegene Bøe og Muus, samt 27 sykepleiere og elever (Stavanger Universitetssjukehus & Helse Stavanger HF, 2007). I 1937 var det 41 sykepleiere og 1 overlege, 1 reservelege, 1 assistentlege og 2 kandidater (Aurenes, 1937). Det var en stor mangel på sykepleiere etter at krigen var slutt, og på Rogaland fylkessjukehus merket man det ekstra godt, siden det ikke var noen utdanningsinstitusjon knyttet direkte til sykehuset. Det var også nedslitte lokaler etter krigen og stort overbelegg, som ikke akkurat virket forlokkende på sykepleiere. I 1946 ble Stavanger Røde Kors sykepleierskole etablert. Skolen fikk tette bånd til sykehuset gjennom lederskap og utdanning (Stahl, 1972).

²⁷ Foto fra Byarkivet, foto: Johannes Floor.

påbygd. På dette tidspunktet var det i gjennomsnitt innlagt 122 pasienter daglig (Festskrift til Overlæge Axel Cappelen, 1919).



Stavanger kommunale sykehus 1897. Før utbygging og modernisering (Festskrift til Overlæge Axel Cappelen, 1919).



Plantegning av påbygg Stavanger sykehus (Festskrift til Overlæge Axel Cappelen, 1919).

Etter rehabiliteringen i 1916 fremsto Stavanger Sykehus «som et av landets vakreste og best velutstyrte sykehus,» det mente hvert fall Stavangerfolket (Internettkilde 9). I tillegg til Stavanger sykehus, ble det etablert og drevet sykehus i alle fylkets byer.²⁸ Men i tiårene

²⁸ Sandnes sykehus (1914–2007), Egersund sykehus (1880–d.d.) og Haugesund kommunale Sykehus (1889–d.d.). Det var også to private sykehus i Stavanger, det katolske St. Franciskus Hospital (1898–1973), og Stavanger Sanitetsforenings klinikk (1925–1982).

etter 1945 gjennomgikk sykehussektoren både fornying og sentralisering. Datamaterialet fra Statsarkivet bekrefter langt på vei vekst og utvikling ved sykehusene i Rogaland.²⁹

Som et resultat av en villet politikk ble Stavanger Sykehus og Rogaland fylkessjukehus slått sammen til Sentralsykehuset i Rogaland i 1965. Hovedlokalisasjonen flyttet etterhvert til fylkessjukehusets område på Våland.



Rogaland sjukehus, 1964 eller 1965. Bak hovedbygningen kan man skimte «Østbygget» fra 1963 (Stavanger Universitetssjukehus & Helse Stavanger HF, 2007).



Stavanger Universitetssjukehus slik det fremstod i 2007. De nyere bygningene skjuler nå den opprinnelige hovedbygningen (Stavanger Universitetssjukehus & Helse Stavanger HF, 2007).

²⁹ Jfr. vedlegg 9

I 1963 ble det såkalte «Østbygget» innviet. Her var det mottagelsesavdeling, røntgenavdeling, kirurgisk poliklinikk, sentrallaboratorium og operasjonsavdeling. På slutten av 1970-tallet begynte nybyggingen av sentralsjukehuset, og bygget stod ferdig i 1983. En ny operasjonsavdeling ble lagt her. Den fungerer i dag som sentraloperasjon (Stavanger universitetssjukehus & Helse Stavanger HF, 2007). De andre sykehusene ble gradvis innlemmet i det nye Sentralsjukehuset i Rogaland (SiR) som avløste tidligere Rogaland sjukehus, Stavanger sykehus, St. Franciscus katolske sykehus, Stavanger Sanitetsforenings klinikk, Sandnes sjukehus og Egersund sjukehus (Stavanger universitetssjukehus & Helse Stavanger HF, 2007). Sammenslåingen av flere mindre sykehus til en stor sentralenhet fikk også betydning for de som arbeidet ved sykehusene. Mange måtte flytte arbeidsted.³⁰ Men ekspansjonen gjorde også sitt til en stadig økende etterspørsel etter fagpersonell, deriblant også operasjonssykepleiere. Kirurgene har som kjent alltid hatt behov for assistenter, og vi vil i det neste kapittel gi et innblikk i operasjonssykepleiens tidlige historie.

Kapittel 2: Operasjonssykepleiens historiske grunnlag

Det er ikke mulig å gi et fullstendig bilde av operasjonssykepleiens fremvekst i Norge. Dokumentasjonen er sparsom og operasjonssykepleiens tidlige historie er ikke nedskrevet. Men kirurgiske inngrep var utvilsomt forbundet med stor risiko og utholdelige smerter. Derfor måtte assistenter holde pasienten fast under operasjoner. De som utførte inngrepene lot seg gjerne assistere av hvem som helst, det være seg en vaktmester, kusk, familiemedlemmer eller andre leger (Eide, 2015). Da anestesi kom inn i bildet omkring 1847, kunne fokus rettes på selve operasjonen og det ble mindre behov for å måtte holde pasienten fast (Sebens, 2010).

Den engelske sykepleiepioneren Florence Nightingale (1820–1910) ble verdenskjent for sin innsats under Krimkrigen (1853–1856).³¹ Men hun gjorde også «dyrekjøpte» erfaringer i møte med krigens grufullhet og soldatenes lidelser. Nightingale etablerte sammen med sine sykepleiere behandlingsprinsipper ved behandling av sårede soldater. Disse dannet senere grunnlaget for utviklingen av aseptikk og sterilitet.

³⁰ Sykehusene var eid av fylkeskommunene frem til sykehusreformen i 2002. Da overtok staten driften, og landets sykehus ble delt i fem (senere fire) helseforetak (Gjerde, 2012). Sentralsjukehuset i Rogaland hadde i 1987 35 000 innlagte pasienter og ca. 135 000 polikliniske pasienter innlagt hvert år, og folk stod i helsekø (Sande, 1987). På samme tid var det 2500 ansatte på SiR.

³¹ Florence Nightingale utformet og startet sykepleierutdanningen som var forløperen til dagens utdanning, og hun anses som den moderne sykepleies grunnlegger. Nightingale hadde betydelig innflytelse på Englands helsevesen i sin samtid og hennes initiativer til forbedring innenfor det militære helsestellet fremheves (Kirkevold, 1998).

Nightingale og hennes sykepleiere forberedte pasientene til operasjoner, assisterte under inngrepene og passet på pasientene under det postoperative forløpet. Nightingale ble overbevist om hva gode sanitære forhold og hygiene hadde å si for soldatenes helse, og hun ble en foregangskvinne ved å påpeke hygienens betydning for å forebygge sykdom og lindre lidelse (Høiland, 1996; Sebens, 2010; Eide, 2015). Nightingale gav også klart uttrykk for erfaringens betydning for å kunne utøve sykepleie på en god måte, teorien måtte komme sekundært (Kirkevold, 1998).

I siste halvdel av 1800-tallet og frem mot århundreskiftet vokste det frem en ny tenkning omkring renslighet. I Norge viser diakonisse Ulrikke «Rikke» Eleonore Nissen (1834–1892) i sin lærebok fra 1877 at Nightingales tanker ble høyaktuelle.³² Både Nissen og Nightingale så omgivelsenes betydning som avgjørende for god helse (Eide, 2015). I det samme århundre ga den ungarsk-østerrikske legen Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865) ut boken *Die Antologie, der Begriff und die Prophylaxe des Kindbettfiebers* (1861), der han legger frem en teori om at «noe» på legenes hender kan smitte over på pasienter.³³ Den britiske legen Joseph Lister (1827–1912) bygde videre på Semmelweis sin teori, som banet vei for den antiseptiske kirurgi, og i 1867 publiserer Lister en artikkel om sårbehandling med karbolsyre. Denne teknikken regnes av mange som et gjennombrudd for moderne kirurgi (Eide, 2015). Dette krevde imidlertid kontroll over rommene der operasjonene skulle foregå. I den sammenheng fikk man en utvikling av permanente operasjonsrom, først som påbygg, deretter som kjernen i den kirurgiske virksomheten (Eide, 2015; Robbin, 1964).³⁴ Dette dannet også et viktig utgangspunkt for operasjonssykepleien.

Ideen om egne operasjonsrom ble raskt spredt over hele Europa på slutten av 1800-tallet, og man fikk med disse behov for en ny type bemanning. På begynnelsen av 1900-tallet, samtidig med etableringen av formell sykepleierutdanning, ble det akseptert

³² Ulrikke «Rikke» Eleonore Nissen (1834 - 1892), ofte omtalt som Rikke Nissen, studerte diakoni i Sverige og Tyskland. Tilbake i hjemlandet opprettet hun en kvinneforening som arbeidet for å få en diakonisseanstalt i Norge. I 1871 ble hun ansatt som lærersøster ved Diakonisseanstalten i Kristiania og hun ble den første sykepleielæreren i Norge. Rikke Nissen var også lærebokforfatter og blir sett på som en pioner innen sykepleie (Fause & Micaelsen, 2002).

³³ Ignaz Phillip Semmelweis ble utdannet i Budapest og Wien. I 1844 ble han utnevnt til assistentlege på fødselsklinikken i Wien. Gjennom sitt arbeide der så han altfor mange kvinner dø i barselfeber og etter hvert startet han forskning på dette. I Wien på denne tiden fantes det to ulike hospitaler, Første og Annet hospital, på Første hospital var det i tillegg likhus og obduksjonssal, noe som ikke fantes på Annet hospital. Og det var her svaret på gåten om hvorfor så mange kvinner døde i barselfeber lå. Semmelweis så det var en sammenheng mellom dette, men ikke før i 1847 fikk han svaret, ved at en god kollega døde som følge av et uhell på obduksjonssalen, der han ble skåret i fingeren av en student. Han døde av blodforgiftning, og slik så Semmelweis sammenhengen. De fødende kvinnene måtte alle gjennomgå gynekologiske undersøkelser før og etter fødsel, og disse ble utført av leger som gjerne kom rett fra obduksjonssalen. Dermed hadde legene med seg bakterier fra likene som hadde omkommet på grunn av blodforgiftning. Det var ikke en epidemi slik alle før hadde sagt. Semmelweis så da at vanlig håndvask med såpe og vann ikke var tilstrekkelig, dermed tilsatte han klor i vannet og insisterte på at alle måtte vaske seg med dette, og i løpet av to måneder hadde dødeligheten gått ned til én prosent, mot tidligere 30 prosent. Allikevel møtte han mye motgang i sitt arbeide med å vinne gjennom denne nye oppdagelsen (Robbins, 1964).

³⁴ Jfr. 1.1 Sykehus i Rogaland – historiske utviklingstrekk

at sykepleiere kunne assistere kirurgene under operasjonene (Sebens, 2010; Eide, 2015). De nye teknikkene med antiseptikk og aseptikk gjorde at det var behov for forståelse rundt renholdsteknikker og utførelse av disse. Sykepleiere som ble utdannet i Tyskland og England på denne tiden tilhørte en skole som så hygiene som en forutsetning for god sykepleie. Slik egnet disse seg særs godt som operasjonssykepleiere. De ble utdannet og lært opp til å renovere, vaske, holde orden og ha kontroll over både rom og pasient, og de hadde fått en medisinsk dannelse med forståelse for legens arbeid og behandlingens betydning (Eide, 2015). I 1950-årene var operasjonssykepleierne blitt en uunnværlig del av teamet på en operasjonsstue og fikk spesifikke oppgaver ved assistanse av kirurgen (Sebens, 2010).

Den første formelle sykepleierutdanningen ble etablert i Norge i 1868 som en religiøs utdanning for diakonisser i regi av Diakonisseanstalten i Kristiania. Omkring år 1900 ble det etablert flere verdslige skoler, blant annet i Oslo, Bergen og Trondheim (Strømskag, 1999). Diakonissene ble regnet som kvalifiserte medhjelpere til legene og fikk raskt plass i operasjonsstuene. Her assisterte de under kirurgiske inngrep og fikk oppgaven med å bedøve operasjonspasienten, under kirurgens veiledning.³⁵

Akkurat hvem som var den første operasjonssykepleieren i Norge vites ikke. Men det var ikke uvanlig at utdannede sykepleiere ble utnevnt til oversykepleiere, og da også assisterte ved operasjoner (Høiland, 1996). Fredrikke Nilsen (1856–?) begynte i 1882 som gangkone på koleralasarettet Ankerløkken i Kristiania, hvor hun var i to år. Deretter arbeidet hun ved Kroghstøtten Sykehus i samme by, hvor hun var i 19 år og spesialiserte seg som operasjonssykepleier. I 1903 begynte hun som oversykepleier ved Ullevål sykehus og som 65-åring gikk hun av med pensjon, men fortsatte å assistere kirurger hun hadde jobbet med gjennom årene (Høiland, 1996; Melby, 1990). I Norge er Marie Joys (1872–1944) den første kjente *faglærte* operasjonssykepleieren. Hun tok utdannelsen i Tyskland i 1897 og returnerte deretter til Bergen. Hun arbeidet ved Bergen kommunale sykehus som oversykepleier. Som operasjonssykepleier bisto hun kirurgen ved operasjoner, ga anestesi i form av eter, og overvåket de nyopererte pasientene. I tillegg hadde hun ansvaret for vask av operasjonsstuen, sterilisering av instrumenter og tøy og

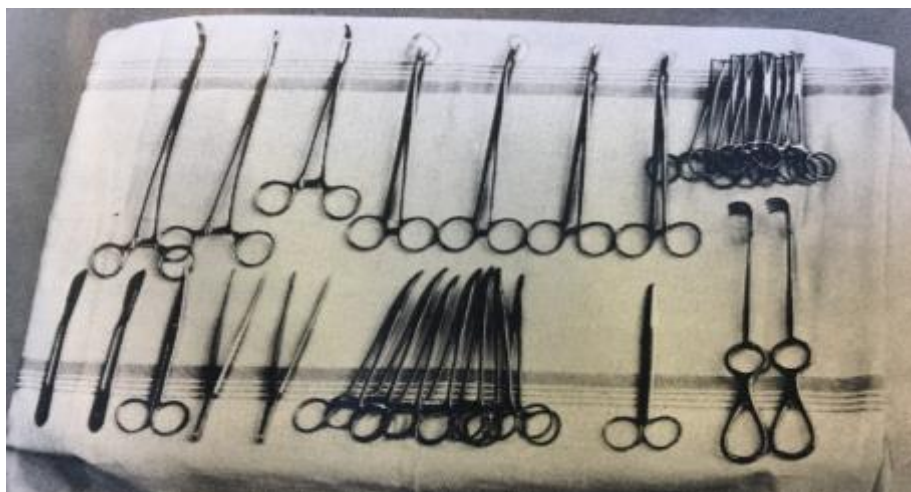
³⁵ Sykepleierne som, uten formell utdanning og praktisk opplæring, utøvde faget, følte behov for et samarbeid med leger som tok det faglige ansvaret. Anestesiologien gjennomgikk en utvikling. Mollestad og Lund var de første anestesilegene, og de samarbeidet tett med sykepleierne som hadde mye å lære bort i forhold til dette. De så etterhvert behovet for at noen av operasjonssykepleierne måtte få anestesiarbeidet som hovedarbeidsoppgave, og at disse hadde behov for teoretisk skoleing (Strømskag, 1999; Esbjug, 2001). Hos diakonissene og sykepleierne ble det å gi narkose ikke sett på som ettertraktet arbeid. Det ble rutine at den med mest erfaring gav narkose. Etterhvert ble de kirurgiske inngrepene og utfordringene større og mer kompliserte og det ble behov for at de to spesialitetene ble skilt. I følge NSFLOS ble det opprettet spesialutdanning for operasjonssykepleiere og anestesisykepleiere i 1965.

alt vedrørende innkjøp og budsjett. Joys var opptatt av at arbeidet måtte være praktisk og lettvinnt, og den faglige tenkningen hennes viste seg i operasjonsstuen. Det var et tomt rom med ikke mer utstyr enn nødvendig og midt i rommet stod operasjonsbordet, med god klaring på alle sider. Bilder fra andre sykehus i Europa på samme tid viser det samme (Eide, 2015).



Bilde av en operasjonsstue på Ullevål Sykehus, ca. 1950 (Hillestad, 1955).

Marie Joys reiste i 1908 til Tyskland for å studere den kirurgiske avdelingen, operasjonssalen og utstyr, dette for å kunne bistå under byggingen av Haukeland sykehus som stod ferdig i 1912. Joys var altså svært delaktig i utformingen og innredning av operasjonsavdelingen (Eide, 2015; Wyller, 1990). Videre, etter innflytting på Haukeland, ble det arbeidet systematisk med å organisere operasjonsstuene på en funksjonell og hygienisk korrekt måte. Forskjellig utstyr fikk sin faste plass i avdelingen, avhengig av hvor ofte de ble brukt og hastegrad. Prosedyrer for hvordan en skal behandle instrumenter, operasjonsstue og utstyr ble overlevert muntlig til nye sykepleiere under opplæring (Eide, 2015).



Oppdekket instrumentbord med brikker og instrumenter. Bildet er fra en tid der det fortsatt ble benyttet tøydekning (Hillestad, 1955).



Instrumenter på assistansebordet (Hillestad, 1955).

DEL III: OPERASJONSSYKEPLEIE I STØPESKJEEN

I dette kapittelet vil vi gå inn på ulike sider ved det å ivareta pasienten i arbeidet som operasjonssykepleier. Vi vil se nærmere på hvordan ansvaret for dette er uttrykt gjennom og formet av operasjonssykepleieryrkets utvikling i teori og praksis. Viktige kilder her er stillingsbeskrivelser, fag- og opplæringstradisjon og lærebokinnhold, samt empiriske data fra intervjuene.

Kapittel 3: Operasjonssykepleieryrket formes

Det ble stilt strenge moralske krav til den operasjonssykepleieren som skulle assistere ved operasjonsbordet. Kirurgen måtte kunne stole på hennes grundighet og lydighet. Det krevdes solid kjennskap til - og en klar oppfatning av - aseptikken og antiseptikkens verdi og betydning. På operasjonsavdelingen måtte arbeidet være godt organisert, og alle hadde sine bestemte oppgaver. Forberedelser ble gjort i en spesiell rekkefølge og i etterkant av operasjonene måtte operasjonsbord, madrasser, puter og alt annet utstyr såpevaskes. Vasker og kraner skulle vaskes og pusses, gulvet på operasjonsstuen skulle skures og spyles og to ganger i uken måtte veggene spyles og tørkes. Instrumentene måtte børstes i såpevann, kokes og tørkes. Låsene på instrumentene måtte smøres med parafin for å unngå rustdannelse før de ble satt på plass i instrumentskapet. Porselen ble vasket, satt inn med saltsyre og plassert i kjeler til sterilisering (Høiland, 1996).

Operasjonssykepleierne tilegnet seg kunnskap og autoritet gjennom praksis (Strømskag, 1999). Det ble oversøsterens ansvar å bistå kirurgene, da disse som regel hadde en formell utdanning, gjerne fra Tyskland eller England. Med andre ord ble dette arbeidet sett på som betydningsfullt. I en stillingsbeskrivelse fra 1892 står det følgende: «Det påligger oversøsteren å bistå ved operasjoner, samt ha alt i beredskap til disse, samt å, når legen beordrer det, og bistå ved den sykes polikliniske behandling» (Høiland, 1996, s. 15). Stillingsbeskrivelsen understreker med andre ord at bistand av kirurgen var en sentral oppgave. Et eksempel på at oversøsteren også var med på operasjonsstuen og hadde ansvar for både assistering og anestesi er dokumentert i følgende brevveksling mellom forstanderinnen Cathinka Guldbergs (1840–1919) og diakonisse Alfhild Reiss (1866–?). Søster Alfhild arbeidet på Stavanger sykehus og Guldberg uttrykte følgende bekymring i brevet: «Du har en tung byrde å bære på. Hele dette store sykehuset. Er du fremdeles i operasjonsstuen og i kloroformen?» (Espedal, 2012, s. 167). Hun tilbød seg å skrive til overlegen og forby ham å ha oversøsteren «i kloroformen».

Å sørge for optimal sikkerhet for pasienten, anvende prinsipper for aseptikk og

antiseptikk og ansvar for å verne pasienten mot skader forble viktige elementer i operasjonssykepleien. (Høiland, 1996). Dette ble tatt opp på en kongress for operasjonssykepleiere i Gøteborg i 1950. Interesse for det kirurgiske inngrepet var bra, men man måtte huske på pasienten oppi det hele (Lockertsen, 2009). Under utarbeidelse av utdanningsplaner for operasjonssykepleie i nyere tid, ble det også satt krav til en tydelig sykepleierprofil og større pasientfokus. Utdanningsplanen fra 1976 gjenspeiler dette.³⁶ Gjennom tidene har operasjonssykepleie blitt sett på som et teknisk og instrumentelt yrke, men som utdanningsplanen viser, er operasjonssykepleie pasientrettet sykepleie og individuell omsorg (Esbjurg, 2001; Høiland, 1996; Pløen, 1954).

På NSFLOS sin generalforsamling i 1973 ble det bestemt at det skulle utarbeides stillingsbeskrivelse for operasjonssykepleiere. (Høiland, 1996). Dette arbeidet møtte imidlertid motstand, ikke minst på grunn av Helsedirektoratets manglende godkjenning av utdanningsplanen og innføring av andre yrkesgrupper på operasjonsavdelingen. Operasjonssykepleierne følte at deres stilling var truet, og at de ikke hadde plass i operasjonsstuen. De fikk imidlertid støtte fra legehold. Dr. med. Kaare Solheim kom med støtte til operasjonssykepleierne i form av et innlegg på lederplass i tidsskriftet for Den norske lægeforening nr. 25/80 med overskriften «Spesialsykepleiere – en nødvendighet». Her påpekte han operasjonssykepleiernes omfattende arbeid gjennom NSFLOS for å definere deres oppgave og rolle, samt viktigheten av at det nå var utarbeidet en utdanningsplan for utdanningen (Solheim, 1980). I 1983 ble utdanningsplanen revidert og det ble påbegynt et arbeid med å revidere funksjonsbeskrivelse og stillingsbeskrivelse/normalinstruks for operasjonssykepleiere. Resultatet av denne prosessen ble framlagt på generalforsamlingen i 1987 (Høiland, 1996). Her fremkommer blant annet:

Operasjonssykepleier er ansvarlig for den helhetlige operasjonssykepleie i enheter hvor det er akutt/kritisk syke mennesker som gjennomgår kirurgisk undersøkelse og behandling. Operasjonssykepleie består av helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og miljøterapeutiske sykepleietiltak overfor pasienter med akutt/kritisk sykdom/skade i en stress- og krisesituasjon. Operasjonssykepleie må planlegges og utøves målrettet ut fra et helhetlig menneskesyn der de fysiske, psykiske, åndelige og sosiale komponenter er ivaretatt (Høiland, 1996, s. 99).

³⁶ Etter endt utdanning hadde man som mål at operasjonssykepleieren blant annet skulle vise respekt for pasientens rett til selvstendighet og medbestemmelse, samt erkjenne sitt ansvar for denne retten. De skulle kunne planlegge og prioritere operasjoner i samarbeid med pasient og andre medlemmer av det kirurgiske teamet (Høiland, 1996).

I årene som fulgte ble det arbeidet med bevisstgjøring hos medlemmene i forhold til funksjon, og i 1987 fortsatte utdanningsutvalget utviklingen av funksjonsbeskrivelse og funksjonsutdyping. Den vektla historikk, tenkningsgrunnlag, mål og målgruppe, sykepleiefunksjoner, etikk, ansvarlighet og dokumentasjon og ble vedtatt på NSFLOSs generalforsamling i 1987 (Høiland, 1996). Hovedessensen i innholdet er den samme i dag som den gang denne ble vedtatt, men det er naturlig nok foretatt endringer i takt med tiden og utviklingen innen feltet (Høiland, 1996; NSFLOS, 2015).

Kapittel 4: Opplæringstradisjonen – fra lærling til spesialelev

Opplæring av operasjonssykepleiere var i lang tid lite systematisert og hadde form som opplæring under arbeid. Dette innebar «learning by doing», gjennom prøving og feiling, og i samarbeid med erfarne operasjonssykepleiere. Slik ser vi at operasjonssykepleierne selv tok initiativ til og stod for opplæring av operasjonssykepleiere, og i 1949 introdusertes ideen om å utarbeide utdanningsplaner, noe operasjonssykepleiergruppen i Oslo fikk som oppgave. (Høiland, 1996).

I 1952 utarbeidet Norsk Sykepleierforbunds utdanningskomite den første utdanningsplanen som stilte krav til forkunnskaper for å begynne som spesialelev, og alle måtte ha offentlig godkjent sykepleierutdanning for å bli spesialelev. Allerede i 1950 skrev Ingeborg Pløen i tidsskriftet *Sykepleien* at spesialisering krevde mer teoretisk undervisning og nevner arbeidet med utdanningsplanen. Det ble i denne fremmet forslag om læretid på 12 måneder og teoretisk og praktisk undervisning som måtte foregå på en operasjonsstue ved alminnelig kirurgisk avdeling. Videre måtte det være en godkjent sykepleierskole i tilknytning til sykehuset. I tillegg skulle det være ett års praksis for å bli autorisert. Eventuelt kunne man jobbe som narkosesykepleier eller på spesialavdelinger (Høiland, 1996). Teoretisk undervisning skulle omfatte kirurgiens historie, operasjonsstueetikette og forhold til pasienten (taushetsplikt), bakteriologi, instrumentlære, anatomi i forhold til de enkelte operasjonene, suturmateriell og dets behandling, apparatur, økonomi, farmakologi og anestesi. Som kombinert teoretisk og praktisk undervisning ville spesialelevne få orientering på operasjonsstuen. Behandling, sterilisering og oppbevaring av instrumenter og utstyr, arbeidet før, under og etter operasjon, ulike leier på operasjonsbordet og forberedelse av operasjonsfelt med dekning. Den praktiske undervisningen skulle fordeles med åtte måneder på generell kirurgi, en måned på gipstue med behandling av brudd, en måned med anestesi, transfusjon og infusjon, en måned med endoskopier og en måned på poliklinikk (Pløen, 1950; Høiland,

1996). Det ble vedtatt at utdanningen skulle planlegges «systematisk og skolemessig», under forutsetning at det ble ansatt en instruksjonssykepleier på operasjonsavdelingene som skulle ha spesialelever (Pløen, 1950).

En av informantene i denne studien har fortalt om «instruksjonssøster Petra» som var ansvarlig for operasjonselevene. Hun fulgte dem da de assisterte og gav instruksjoner om hva som skulle gjøres. Hun fulgte elevene tett, og gav tilbakemelding på hva som var rett og galt. Informanten uttrykker at hun følte seg ivaretatt. For å gjøre den økonomiske byrden lettere, og fordi spesialeleven ble sett på som arbeidshjelp under utdanningen, ble det bestemt at de skulle få lønn som sykepleier (Høiland, 1996).

Man diskuterte hvorvidt narkose – og operasjonssykepleierutdanningen skulle være en og den samme. I 1958 ble man enige om at anestesiutdannelsen måtte bygge på operasjonsutdannelsen, men at operasjon og anestesi var to adskilte spesialiteter. Det ble diskutert om utdanningen skulle være i regi av skole eller som lærlingeordning. Anbefalingen ble at undervisning skulle foregå på store sykehus som hadde mulighet til å gi ledet undervisning. De konkluderte til slutt med at utdanningen ikke skulle føre til at elevene var arbeidshjelp, og at det skulle arbeides frem en plan med ledet teoretisk og praktisk undervisning som gikk over ett år (Høiland, 1996). Sykepleiere måtte ha avlagt Statseksamen og det var ønskelig med ett års praksis i sykeavdeling før de kunne begynne på utdanningen.³⁷ Allerede i 1965 ble det utarbeidet generelle retningslinjer for spesialutdanning, myndighetene var allikevel ikke innstilt på å godkjenne spesialutdanning utenom tre som allerede var etablert.³⁸ Det fantes da sykehusintern videreutdanning av operasjonssykepleiere (Høiland, 1996). I 1975 kom en ny revidert utdanningsplan med en klar sykepleierprofil og operasjonssykepleierens funksjon var klart definert. Den ble godkjent av Norsk Sykepleierforbunds hovedstyre i 1976. Spesialeleven skulle være elev, ikke arbeidshjelp, og ble lønnet som sykepleier, dette bekrefter også flere av informantene. Utdanningen varte i 18 måneder, og spesialeleven måtte være offentlig godkjent sykepleier og ha motivasjon for operasjonssykepleie. Det ville fortrinnsvis bli utført intervjuer av aktuelle kandidater (Høiland, 1996).

Hvordan utviklet utdanningen seg i Rogaland? I februar 1976 ble det arrangert et møte her, der sykepleieledere, rektorer for grunnskolene i sykepleie, undervisningsledere og formann i lokalgruppen av anestesisykepleiere var invitert. Formålet med møtet var å

³⁷ Statseksamen ble administrert av Helsedirektoratet, den var lik for alle skoler og ble holdt på samme tid over hele landet. Første gang avholdt i 1956 og opphørte i 1990 (Internettkilde 4).

³⁸ Jordmor, helsesøster og psykiatrisk sykepleier (Høiland, 1996).

drøfte mulighetene for spesialutdanning i Rogaland etter landsgruppens reviderte plan. Behovet for spesialsykepleiere ville de kommende årene øke sterkt, ikke minst fordi Sentralsykehuset i Rogaland ville ferdig utbygd ha 16 operasjonsstuer og også andre avdelinger der det var behov for operasjonssykepleiere (Høiland, 1996).

Ifølge flere av informantene begynte en sykepleier som spesialelev når han eller hun søkte en utlyst operasjonssykepleierstilling. Dersom det var mangel på operasjonssykepleiere ble sykehuset nødt til å ta inn nye spesialelever. En av informantene beskriver at hun begynte på operasjonsavdelingen som spesialelev «nærmest over natten», og hun forteller også at etter ca. to måneder begynte hun som spesialelev i vakter. En annen informant beskriver ansvarsvakter etter omtrent tre måneder som spesialelev, og uttrykker redsel for hva som måtte kom inn av pasienter. Samtidig sier hun at hun vokste som operasjonssykepleier som følge av dette.

Fram til ca. 1990 var videreutdanning innen operasjonssykepleie et sykehusinternt anliggende (Høiland, 1996). I Stortingsmelding nr. 41 fra 1987-88 beskriver Sosialdepartementet videre- og etterutdanning som både et utdanningstiltak og et personalpolitisk tiltak og at faglig utvikling gjennom videre- og etterutdanning stadig ble viktigere i helsesektoren. Sosialdepartementet tok initiativ til å etablere et program for videre- og etterutdanningene. I statsbudsjettet for 1987-88 ble det foreslått opptrapping av utdanningskapasiteten blant annet innen operasjonssykepleie, et tiltak som ble satt i gang som følge av stortingsmeldingen (St. meld. nr. 41 (1987-88), 1988). Her står det at videreutdanningen skal «sikre den enkelte nye kunnskaper» og «tilføre helse- og sosialarbeidere kunnskaper i tråd med nye behov og målsettinger». (Internettkilde 11).³⁹ I 1997 ble det vedtatt at ansvaret for de bedriftsinterne videreutdanningene, der i blant operasjon, skulle overføres til høgskolene. Begrunnelsen for dette var at da ville alle utdanningene baseres på de samme faglige, juridiske og administrative rammene som andre videreutdanninger i sykepleie hadde. Det ble besluttet at fagplanene ikke lenger skulle basere seg på anbefalinger fra Norsk Sykepleierforbund. Disse ble erstattet av nasjonale rammeplaner for videreutdanning i operasjons-, intensiv- og anestesisykepleie. Slik ville myndighetene sikre kvalitet og felles nasjonal standard ifht. innhold, eksamensordninger, organisering og krav til de som underviser (Internettkilde 11).

³⁹ I katalogen «Videreutdanningskatalog for helsepersonell» fra 1995 listes det opp en oversikt over alle steder som på den tiden tilbød bedriftsintern videreutdanning av anesthesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere som ikke gav vekttall. Ut fra denne oversikten kan man se at denne videreutdanningen ble tilbudt ved 14 sykehus og 4 høgskoler. Opptakskriteriene var stort sett de samme ved de ulike institusjonene. Søkeren måtte være offentlig godkjent sykepleier og ha 2 års klinisk praksis. I forhold til målsetting er ordlyden noe ulik mellom de ulike stedene som tilbød utdanningen, og studiens varighet varierer (Internettkilde 6; Internettkilde 11).

Utdanning av operasjonssykepleiere har utviklet seg fra en lærlingeordning, der all kunnskap ble overlevert muntlig og man lærte alt praktisk i operasjonsavdelingen, til slik utdanningen er lagt opp i dag; med mye større grad av teoretisk undervisning i tilknytning til høgskole eller universitet, og praktisk undervisning i tilknytning til operasjonsavdelingen. Slik våre informanter har beskrevet utdannings situasjonen fra 60-tallet og frem mot 80-tallet, bekreftes dette også med at de husker det var mer praktisk før, men de fleste kan ikke huske i detalj hva undervisningen omfattet. Dette kan ha noe med det vi allerede har nevnt i metodiske overveielser ifht. det å intervju om et tema som ligger langt tilbake i tid. De beskriver også at alt av rutiner, prosedyrer og ulike arbeidsoppgaver ble lært i praksis og overlevert muntlig fra de eldre, mer erfarne operasjonssykepleierne.

Kapittel 5: Fagtradisjon gjennom lærebøker

Lærebøker i sykepleie gir et viktig innblikk i sykepleiefagets normative, teoretiske og praktiske grunnlag. For å vise hvordan lærebøkene har gjenspeilt seg innen operasjonssykepleieutdanningen, vil dette kapittelet omhandle sentrale lærebøker innen kirurgisk sykepleie og operasjonssykepleie. Utover disse bøkene vil vi også henviser til andre relevante lærebøker.

5.1. Ni sentrale lærebøker

Den første norske lærebok i sykepleie kom i 1877 og var skrevet av diakonisse Rikke Nissen.⁴⁰ Dette var den eneste læreboka i Norge frem til overlege Waage (1864–1915) gav ut *Lærebok i sykepleie* i 1901. Denne ble utgitt i 5 utgaver frem til 1917 (Lockertsen, 2009). Waages bok har fokus på sykdomslære, anatomi og praktiske gjøremål innen sykepleie. Det er særlig vekt på sykepleierens rolle som legens assistent (Waage, 1901). I 1920/1926 kom *Narkose og pleie av operationspatienten*, en lærebok for sykepleiere, skrevet av legen Nils Backer-Grøndahl (1877–1975). Narkose er hovedtemaet og det blir grundig gjennomgått. I 1926 utga legene Kristian Grøn og Sofus Widerøe *Lærebok i sykepleie*, der to kapitler er skrevet av sykepleiere og resten av leger.

I 1941, utgis *Lærebok for sykepleiersker* med overlege Anton Jervell (1901–1987) som hovedredaktør.⁴¹ Dette trebindsverket avløste de tidligere lærebøkene. Ifølge

⁴⁰ Boka ble gitt ut 9 år etter at Cathinka Gullberg begynte å utdanne sykepleiere og seks år etter at Rikke Nissen ble ansatt som «læresøster» ved Diakonisseanstalten i Kristiania.

⁴¹ Jervell hadde med seg to diakonisser og to forstanderinner i redaksjonskomiteen.

læreboken var sykepleierens hovedoppgave å stelle den syke og ha omsorg for pasienten. Her beskrives skillet mellom legens og sykepleierens oppgaver som mindre adskilt enn tidligere. Boken omtaler henholdsvis alminnelig sykepleie, spesiell sykepleie og sykdomslære. Inndelingen kan ses i sammenheng med at flere pasienter ble behandlet i sykehus og at medisinen generelt sett var i ferd med å bli mer og mer spesialisert. Dette gav økt etterspørsel etter medisinske tjenester, noe som også speiler seg i tall fra Statsarkivet, med antall operasjoner utført på Stavanger sykehus i perioden 1933 – 1972 (Hofoss, 1980).^{42 43} Tabellene viser en jevn stigning i antall operasjoner fra 1933 til 1972, noe som er i tråd med denne tidens utvikling og spesialisering innen helsevesenet.

Det var utvilsomt detaljerte beskrivelser om operasjonssykepleie i de tidlige lærebøkene. Disse omhandlet så vel ivaretagelse av pasienten som tekniske ferdigheter. Allikevel ser vi at det har vært en utvikling fra den spede begynnelsen på 1900-tallet. På denne tiden var sykepleiefaget preget av medisinsk tankegang og kontroll (Dahl, 2002). Fokus lå på tekniske prosedyrer og sykepleierens rolle i forhold til legen. På 1950-tallet kom de første lærebøkene for operasjonssykepleiere samtidig som detaljerte beskrivelser om kirurgi og anestesi forsvinner fra grunnutdanningens lærebøker. Men i *Lærebok for sykepleieskoler* (1968) omhandler Bind 5A og B kirurgi, anestesi og operasjonsstueteknikk, det sistnevnte skrevet av operasjonssykepleier Borghild Hillestad. Hun gav i 1955 selv ut boken *Operasjonsstueteknikk*. Den ble i utgangspunktet skrevet på grunn av mangel på faglitteratur innen operasjonssykepleie, spesielt uttrykt av spesialelevne som hadde lite teoriundervisning og av Ingeborg Pløen i hennes artikkel fra 1950 (Hillestad, 1955). I boken uttrykker Hillestad at det var behov for mer teoretisk kunnskap innen operasjonssykepleierens ansvarsfulle arbeid. Opprinnelig var dette Hillestads private notater for eget bruk. Boken ble brukt av elever i operasjonssykepleie og som oppslagsverk for de som var ferdig utdannet (Hillestad, 1955). De ulike kirurgiske inngrepene er detaljert beskrevet, for eksempel hvor i inngrepet en burde telle kompressene, og ulike leier blir eksemplifisert med bilder.

⁴² Jfr. vedlegg 9

⁴³ Tabeller er laget med utgangspunkt i talldata fra arkivkatalog «Stavanger sykehus», 51 BA 0, 2, 4, 6, 10, 14, 18 og 21, operasjonsprotokoller fra 1933-1972.



Eksempel på leie ved nyreoperasjoner i Hillestads «Operasjonsstueteknikk» (Hillestad, 1955).

2. utgave av Hillestads bok kom i 1978 på initiativ fra Borghild Hillestad selv og NSFLOS. Sammen med fire andre operasjonssykepleiere satt Hillestad i komiteen med ansvar for revidering av boken. Boken skifter navn til *Håndbok for operasjonssykepleiere*, og søstertittelen ble erstattet med sykepleier.

På samme tid ble en amerikansk lærebok innen operasjonssykepleie oversatt til norsk (Gruendemann, 1978). Dette ble også etterlyst i artikkelen av Pløen fra 1950, hun etterlyser norsk litteratur, og foreslår i påvente av dette å oversette amerikanske lærebøker for operasjonssykepleiere (Pløen, 1950). Boka fokuserer på helhetlig sykepleie. Noe av hensikten med boka var å svekke forestillingen om at utøvelse av sykepleie på operasjonsavdelingen bare var en mekanisk og teknisk prosess. Her ble det hevdet at trygghet, sikkerhet og omsorg var det grunnleggende på operasjonsavdelingen. I tillegg trengtes kunnskaper innen tekniske prosedyrer. Den amerikanske læreboken *Alexanders' Care of the Patient in Surgery* (Alexander, 1943) ble tatt i bruk i den norske utdanningen på 1970-tallet. Boka hadde et omfattende innhold som omhandlet tekniske prosedyrer, anatomi og kirurgiske inngrep. Gruendemann var medforfatter i utgavene som ble gitt ut på 1980 – tallet. Operasjonssykepleiere som ble utdannet på 1980 og 1990 – tallet husker Alexanders bok som en del av pensum.⁴⁴

⁴⁴ Boken har siden 1943 blitt utgitt i 15 utgaver og er fortsatt en viktig del av pensum i operasjonssykepleie. I en bokanmeldelse fra 1979 på den 6. utgaven, skrevet av Doris C. MacClelland, sier hun at denne boken «burde bli bibelen for alle praktiserende operasjonssykepleiere, uavhengig av posisjon» (AORN Journal). Forfatteren av den 15. utgaven uttrykker i forordet at boken har vært standarden i perioperativ sykepleie i over 50 år (Rothrock, 2015). I en bokanmeldelse på den åttende utgaven fra 1988, sier anmelderen imidlertid noe om at det savnes fokus på det psykologiske aspektet av ivaretagelsen av pasienten (Robinson, 1988). Med mangel på tilgang til tidligere utgaver, kan vi i hvert fall se at dette er ivare tatt i den 15. utgaven. Hvert kapittel om kirurgiske inngrep inneholder ulike sykepleiediagnoser operasjonssykepleieren kan stå ovenfor, samt forslag til mål og tiltak på disse, blant annet angst for operasjon og resultat av denne (Rothrock, 2015).

DEL IV: SYKEPLEIE TIL OPERASJONSPASIENTEN

Datagrunnlaget fra det muntlige minnematerialet gjør at vi ikke kan trekke slutninger om hvilke bøker som ble benyttet under utdanningen. Det vi likevel kan si noe om, er om kunnskap og innhold i de ulike lærebøkene gjenfinnes i minnematerialet som *erfaring* fra tiden under opplæring til operasjonssykepleier. I vår videre analyse tar vi for oss læreverkene som er benyttet og undersøker hvordan disse tydeliggjør trygghet, ansvar, fag og funksjon. I denne analysen vil vi også knytte empiriske funn fra intervju. Slik er det mulig å gjenfinne fagtradisjonen uttrykt som praksis og erfaring i operasjonssykepleie.

Kapittel 6: Å trygge pasienten

I Nissens lærebok er utgangspunktet for sykepleien pasientens grunnleggende behov og erfaringer. «Hvordan føltes det å ha klamt sengetøy eller en svett kropp?» (Martinsen, 1989, s. 87). Det ble stilt spørsmål om den «christelige Kjærlighed» var nok til å bli en god sykepleier, eller om utdanning var nødvendig. I Nissens samtid økte kunnskapen om smittestoffer og hygiene, noe Nissen anerkjenner.⁴⁵ Det legges for eksempel vekt på urenslighet i pasienttøyet og at luften kan «forderves» av sår og lignende. Hun omtaler flere steder at pasienter er særlig utsatt for forkjølelse, og at dette i enkelte tilfeller kan være dødelig for pasienten. Det tyder på en forståelse av at pasienten har nedsatt motstandskraft og må beskyttes for andre, potensielt dødelige sykdommer. Rikke Nissen skriver at ved stell av pasienter med smittsomme sykdommer skal diakonissen vende ansiktet bort fra pasienten ved snuing og lignende, dette for å ikke puste inn samme luft. Samtidig beskriver hun hvordan flere pasienter med smittsomme sykdommer på samme rom ikke er bra, da de kan smitte hverandre. Dette viser et fokus på trygghet, både for pasientene og diakonissene. Ordet forebygge blir også benyttet. I kapittelet om bistand ved operasjoner, la Nissen vekt på at man måtte gi pasienten trygghet før operasjonen. Et eksempel på dette var at man skulle dekke til instrumentene, for hvis pasienten fikk øye på disse, kunne det føre til engstelse (Nissen, 1877).

Waages lærebok avløste Nissens. Ifølge Waage skulle sykepleieren ha respekt for, og ivareta pasienten. Videre fremholder boka operasjonens psykiske påvirkning på pasienten. Det var viktig at sykepleieren virket beroligende, og prøvde å vinne pasientens tillit. Sykepleieren ville ofte bli den som pasienten betrodde seg til og søkte trøst og

⁴⁵ Jfr. Kap. 5.2 Operasjonssykepleiernes historie

oppmuntring hos. Ellers fokuserer læreboka lite på pasientens trygghet og de grunnleggende behov slik som Nissen gjorde. I kapittelet *Kirurgiske Sygdomme* beskrives sår, sårbehandling, og kirurgiske infeksjonssykdommer. Antiseptikk og aseptikk blir nevnt som noe av det viktigste innen kirurgien for å forebygge infeksjoner. Vi ser at bakteriologien hadde fått fotfeste.

Ifølge Grøn og Widerøe skulle sykepleieren ha hjertelag for pasientene. Bokas kapittel om kirurgisk sykepleie sier at den praktiske utdanningen spilte en stor rolle, og at eleven måtte spørre de eldre søstrene om råd for å «skaffe sig en sikker og korrekt teknisk ferdighet» (Grøn & Widerøe, 1926, s. 101). Det var lurt å notere ned i en notisbok, for ikke å glemme detaljer. Det nevnes også at kunnskap om instrumentene og de kirurgiske apparatene tilegnes best i praksis (Grøn & Widerøe, 1926). Ivaretagelse av operasjonspasienten er ikke eksplisitt beskrevet, men det er tydelig at pasienten skulle være i sentrum. Hygiene har et stort fokus, og det nevnes at hvis pasienten fikk en infeksjon kunne det få fatale konsekvenser. For å forhindre leiringsskader, nevnes følgende: «For at unngaa tryk på overarmens nerver (narkoselammelse), lægges en bløt pute mellem overarmen og bordkanten» (Grøn og Widerøe, 1926, s. 111). Om assistanse under operasjonen understrekes det at det var vanskelig å ha detaljerte regler fordi operatørene brukte forskjellige fremgangsmåter. Det skulle også være arbeidsro på operasjonsstua. Under assistansen var det forbudt å snakke om andre ting som ikke vedrørte pasienten. I diakonisse Elisabeth Hagemanns etikkbok fra 1930, ble det fokusert på hvordan man kunne gi pasienten trygghet og være tilstede, selv i en travel hverdag. Hagemann uttrykte det slik:

Hvis hjertelaget for de syke skulle mangle, vil selv den beste tekniske utdannelse ikke kunne gjøre en søster skikket til på rett måte å fylle sin plass. De søstre som har et utelukkende teknisk arbeide som røntgen, operasjonsstue osv. vil ikke mangle anledning til å bruke sin omsorg, hvis de først har den i sitt hjerte.

(NSFLOS, 2014; Hagemann 1930 sitert i Martinsen, s.89)

Jervells læreverk understreker betydningen av å møte pasienten med ro, vennlighet og forståelse, og opptre på en måte slik at frykten og nervøsiteten kunne forsvinne. Ulike leier på operasjonsbordet ble beskrevet, og det ble nevnt at man måtte passe på at overarmsnerven ikke kom i klem, og man måtte bruke puter. Det er kun dette som nevnes om det å forebygge leiringsskader. Det står at «pasienten anbringes på operasjonsbordet i den stilling som er mest hensiktsmessig, det vil si den stillingen som gir operatøren den beste og behageligste adgang til selve operasjonsfeltet» (Jervell, 1941, s. 268).

Borghild Hillestad har gitt et viktig bidrag til kunnskap om operasjonssykepleie

gjennom sitt forfatterskap. Hun fastholdt at pasienten har et stort behov for ivaretagelse i form av kontakt og trygghet, og at pasientens sinntilstand ofte betydde mye for en vellykket anestesi og operasjon. Boken tar opp kirurgiske leier, og går gjennom de forskjellige leiringstypene med bilder. Den har likevel ikke et stort fokus på å forhindre leiringsskader, slik som dagens lærebøker. Imidlertid hevder Hillestad at leiet måtte gi best mulig tilgang for kirurgen. I våre intervjuer hadde informantene ulikt syn på dette, uavhengig av perioden de tok utdanningen i. Noen bekrefter at det var kirurgens tilgang som var i fokus, mens andre mente kirurgen kom i andre rekke, men at man selvfølgelig forsøkte å gjøre det beste for alle parter. Som en av informantene sier om leiring av pasienten og kirurgens meninger om dette:

[...] Hvis du er sikker på deg selv, så klarer du å si det, men er du nybegynner så kan du nok bli manipulert med de som står - som du føler står over deg i hierarkiet. Det spørres hvor du er hen i settingen selv, hvor trygg du er på deg selv, å si det kan ikke bli bedre, det er ikke mer plass!

Dette viser også viktigheten av erfaring. Med erfaring kom tryggheten på en selv som operasjonssykepleier, og med denne tryggheten ble man sikker nok til å kunne si ifra. En annen informant uttrykker at hun har prøvd og feilet, og lært av sine feil. Hun sier: «[...] også har en blitt tryggere selv og da klarer en å gi mer trygghet til pasienten óg tror jeg.» Når det gjelder kunnskap, var praktisk opplæring nevnt som noe av det viktigste innenfor operasjonssykepleie. «Learning by doing» er et uttrykk som vi ser går igjen hos stort sett alle informantene. De har fortalt at de gikk sammen med «eldre søstre» da de var ferdig utdannet; «[...] Så ble du lært opp muntlig – hva du skulle gjøre og ikke gjøre - hadde med deg alltid en trygg, voksen operasjonssykepleier». Dette ser vi også blir nevnt i Grøn og Widerøe sin lærebok (1926). Og det korresponderer godt med opplæringstradisjonen innen operasjonssykepleie. Det nevnes også at kunnskap om instrumentene og de kirurgiske apparatene tilegnes best i praksis.

Hillestad, med referanse til *Operasjonsstueteknikk*, la vekt på at læreboken ikke kunne være en oppskriftsbok. Hver kirurg arbeidet på sin måte. Dette er også nevnt av flere informanter, at man var nødt til å skrive egne prosedyrer ut i fra kirurgenes behov, en av informantene uttrykker det slik: «Vi hadde en liten bok i lommen som vi skrev ned hva vi brukte på de forskjellige inngrepene [...] Så det var opp med boken og kikke – og der hadde du da skrevet ned, han vil ha det sånn, han vil ha det sånn [...]»

Vi har også fått innsyn i en operasjonssykepleiers selvskevne «prosedyrebok» som viser

dato/årstall/navn på kirurgen, utstyr og instrumenter.



Håndskrevne prosedyrebøker av operasjonssykepleierne «Rannveig» og «Frida».

Hillestad beskriver videre at operasjonssykepleieren måtte ha nødvendige kunnskaper om aseptikk for å forebygge infeksjon. Forebyggende arbeid var viktig for å unngå at pasienten skulle få infeksjon, og det kommer frem at dette var en viktig oppgave for operasjonssykepleieren helt fra starten. Hun måtte berolige pasienten før inngrepet, vinne pasientens tillitt og leire pasienten i henhold til det operative inngrepet som skulle utføres. På samme tid kom også Gruendemanns lærebok *Operasjonspasienten*. Her ble det lagt vekt på pasientenes individuelle reaksjonsmønstre og at alle er unike. Allerede fra begynnelsen av 60 - tallet ser vi at Hendersons teorier fikk sterk innflytelse. Hun hevdet at selv om de grunnleggende behovene var felles for alle mennesker, spilte den individuelle faktoren en stor rolle (Kirkevold, 2001).

Ifht. leiring er også Hillestad, som Jervell, opptatt av at kirurgen skulle få best mulig tilgang, og at stillingen måtte være optimal for anestesøren. I tillegg nevnes at man må leire for å unngå nerveskader, der de mest alvorlige i denne boken vil være på nervus brachialis eller ulnaris. Videre fokuserer Gruendemann mye på forebygging av skader, også ifht. sikkerhet ved bruk av elektrisk og mekanisk utstyr som diatermiapparat (Gruendemann, 1978). I denne boken blir også den kirurgiske samvittigheten trukket inn. Den beskrives som en følelse av hva som er rett eller galt. Vi som mennesker kan ha en tendens til å dekke over egne feil, overse risikomomenter og til å la ydmykende feil passere ubemerket, som brudd på aseptikken (Gruendemann, 1978). Vi kan jo stille spørsmål ved om dette er en grunn til at informantene ikke husker feil som er gjort.

Hallbjørg Almås har i fokuserer i kapittelet om sykepleie under operasjon og

anestesi, i *Klinisk sykepleie* fra 1992, på pasientens velvære og sikkerhet. Videre understreker hun et godt samarbeid i operasjonsteamet som en viktig faktor for å ivareta pasientens individuelle behov. Det å formidle trygghet før en operasjon er en viktig sykepleieoppgave, og informasjon er en viktig forutsetning (Almås, 1992). Flere informanter har også understreket *viktigheten av informasjon* til pasienten for at han/hun skulle føle seg trygge. De har også fortalt om en utvikling av dette, at pasienter har fått mer behov for informasjon gjennom tiden, samt at det virker som de fått mer kunnskap og mer tilgang til kunnskap rundt det å være pasient.

Den tause kunnskapen har vært gjennomgående hos alle informantene. En informant forteller om at pasienttryggheten ofte var opp til hver enkelt, samtidig som det lå en rutine i det, at *sånn skal det være, sånn er det her*. Dette vitner om en taus kunnskap som ble overført fra de mer erfarne operasjonssykepleierne. Pasienttrygghet var ikke et begrep som ble brukt i denne tiden, men som en informant uttrykker det: «[...] Men jeg mener pasienttryggheten har alltid vært sett [...] så det kan jeg med god samvittighet si, altså, at pasienttrygghet [...] den ble lagt til grunn i all pasientbehandling, altså, i fra jeg begynte.»

Lærebøkene gjenkjenner trygghet som et viktig anliggende i opplæring og arbeid. Allikevel synes det at det er mange ulike faktorer som spiller inn. Den viktigste synes å være de individuelle behov, noe også lærebøkene og informantene anerkjenner. Sikkerhet er noe som gjør seg mer gjeldende i de nyeste bøkene vi har sett på, men som vi allerede ser i Hendersons definisjon av pasientens grunnleggende behov og som tidligere nevnt en del av sykepleierens funksjon. Slik vi ser det er sikkerhet for pasienten viktig for at pasienten skal *være* trygg, men ikke nødvendigvis noe som spiller inn på pasientens *trygghetsfølelse*.

Kapittel 7: Ansvar – å handle forsvarlig overfor pasienten

Gjennomgående i alle lærebøkene fra 1901 til 1968 er at de understreker det store ansvaret sykepleier som bistod ved operasjoner hadde. De fokuserer på så vel instrumenter og utstyr som ansvar for pleie av operasjonspasienten før, under og etter kirurgi. I læreboka til Waage ser vi at sykepleieren hadde ansvar for at alle instrumentene og alt utstyret var til stede til hver enkelt operasjon. Kompresser var også sykepleierens ansvar å ha kontroll på, det nevnes spesielt operasjoner i underlivshulen. Det er også beskrevet kirurgiske instrumenter og hva de ble brukt til, samt et eget avsnitt om narkose (Waage, 1901). Dette henger sammen med at det var sykepleierens, eller i hovedsak oversøsters, ansvar å gi

narkose. Grøn og Widerøe fokuserte på hygiene og aseptisk teknikk, og at brudd på aseptikkens lover ville kunne gi alvorlige konsekvenser. De uttrykker operasjonssykepleierens ansvar slik: «Sykepleiersken har alltid en ansvarsfull gjerning, men der er neppe nogen sykepleierske som har større ansvar enn en operasjonssøster» (Grøn & Widerøe, 1926, s. 149).

Av oppgaver som er operasjonssykepleierens ansvar blir kompresstelling nevnt, og viktigheten av at disse ble talt nøyaktig, samt ansvaret for prosessen rundt sterilisering av instrumenter. I tillegg måtte operasjonssykepleieren selv finne frem (plukke) instrumenter som skulle brukes under de ulike inngrepene. Også 15 år senere, i Jervells bok, blir ansvaret til en sykepleier som deltar under narkose og bistår ved kirurgi understreket, med aseptikk som det største ansvaret. Han skriver også at alt av utstyr og instrumenter skal være klart idet pasienten kommer inn på operasjonsstuen (Jervell, 1941). I *Lærebok for sykepleieskoler* blir elevens ansvar trukket frem, det var viktig at de forstod pasienten og kjente sitt ansvar. I Hillestads bok fra 1955 fokuserer hun på å forebygge leiringskader. I Gruendemanns bok forteller hun om at operasjonssykepleieren ikke bare hadde ansvar for en forsvarlig og riktig stilling på operasjonsbordet, men at hun gjennom *hele* operasjonen skulle observere trykkpunkter og ubeskyttende benfremspring.

Under intervjuene har våre informanter fortalt om ansvar for plukking av instrumenter og sterilisering av disse frem mot 1980-tallet. Så nær som alle informantene husker at de som spesialelev og i tiden etterpå måtte plukke instrumenter til hvert inngrep fra et stort glasskap, og at de selv var ansvarlige for at alt var på plass. Dette ble satt i autoklave og sterilisert, før det ble tatt ut på stuen av den sterilt kledde sykepleieren. Informantene forteller at det var kun akuttbrikker som var ferdig pakket, som for eksempel til akutt aortaruptur. Vi ser at forslag til pakking av brikker blir nevnt for første gang i Hillestad sin andre utgave av *Operasjonsstueteknikk* (1978). To av informantene forteller også om frykten for at oversykepleieren stod på lur i gangene og hørte spesialelevne i instrumenter som tilhørte ulike inngrep. Dette forteller oss om et stort ansvar for at ingenting skulle mangle, være seg instrumenter til ulike inngrep, eller kompresser og tuffere ved avslutning av inngrep.

Hygiene har gått igjen som en stor og viktig oppgave. En informant uttrykker det slik: «Hygienen var på topp absolutt alltid [...] Der var oversykepleier ekstremt dyktig, det skulle ikke vike der. Det gjaldt både hvordan stuene så ut, og hva vi gjorde[...].» En annen informant sier: «[...] det var operasjonssykepleieren som var mest på hugget til å

passee på at ingen gjorde ting usterilt [...]».

Informantenes erfaringer avspeiler lærebøkernes fokus og faginnhold. *Kontroll* er et ord som samtlige informanter har nevnt, dette være seg kontroll på instrumenter, det sterile feltet, kompresser, tupfere eller nåler. På spørsmål om hva som er operasjonssykepleierens hovedansvar har informantene nevnt hygiene, leiring og andre forebyggende funksjoner, samt pasientvaretagelse, steriliteten og utstyret, at man hadde rett utstyr til rett tid, enten det gjaldt sterile instrumenter eller utstyr til å leire med, eks. puter og lignende. Så nær som alle forteller om en tid der det var begrensninger ifht. leiringsutstyr, og man måtte prioritere pasientene etter hvem som hadde mest bruk for de ulike putene. Her ser vi et veldig stort ansvar der operasjonssykepleierens vurderinger ble gjeldende. Dersom det for eksempel skulle oppstå noe på bakgrunn av avgjørelser om at pasienten ikke hadde behov geleputer under armene, måtte man faglig kunne forsvare disse avgjørelsene. Allikevel trekker flere av informantene inn tid og forhold. De hadde bedre tid før, mye på grunn av at forholdene var mindre. Det var færre operasjonsstuer, og færre ansatte å forholde seg til. Så nær som alle forteller om en annen tid da sentraloperasjon på SUS åpnet i 1983. Forholdene ble større, det ble travlere og selv om de uttrykker at ansvaret ikke endret seg, forteller de allikevel om mer ansvar.

Kapittel 8: Fag og funksjon – rammer for trygghet og ansvar

Hvordan uttrykker lærebøkene operasjonssykepleie som et fag og en funksjon? Allerede hos Rikke Nissen ser vi at teori og praksis ble ansett som viktig for utøvelse. Hun mente at hvis man skulle oppnå et godt resultat, burde diakonissenes utdanning bestå av både teori og praktisk øvelse. Man kan komme langt i sykepleien med erfaring, kjærlighet og praktisk kunnskap, men uvitenheten hos sykepleieren kunne påføre pasientene unødig lidelse (Nissen, 1877). Diakonissene ble opplært i operasjonsstuearbeid i en tid da kirurgisk behandling var i støpeskjeen, og i Nissens lærebok var kapittelet *Bistand ved kirurgiske Tilfælde* det største. Dette viser at operasjonssykepleie ble en viktig funksjon på et tidlig tidspunkt i moderne sykepleie. Dette arbeidet omfattet dessuten å gi narkose. Nissen var opptatt av sykepleierens funksjon idet hun skiller mellom legens oppgaver og sykepleierens oppgaver. Dette skillet kan ikke utelukkende begrunnes ut fra et kjønnsdelt arbeidsfelt. Nissen definerte sykepleie som noe annet enn legeoppgaver, og slik kan hun forstås som en tidlig målbærer for et profesjonsrettet fag, komplementært til medisinen. Sykepleieren skulle være *hel* sykepleier, ikke *kvart eller halv* lege, ifølge Nissen (1877).

En lignende arbeidsdeling vises også i Waages bok. Men Waage fremholdt at sykepleieren hadde to plikter; å pleie den syke og rapportere den sykes tilstand til lege. Waage skriver heller ikke om sykepleie som et eget fag, men betoner sykepleiens underordnede funksjon under legen. Om sykepleierens oppgave på operasjonsstuen skrev han at den minste feil kunne koste pasienten livet. I forhold til assistanse under kirurgi mente han at sykepleieren burde assistere den samme operatør flere ganger slik at hun lærte hvordan kirurgen ville ha det. (Waage, 1901). Det synes likevel gjennomgående i flere av lærebøkene at operasjonssykepleie er mer enn tekniske ferdigheter (Grøn & Widerøe, 1926). Ifølge Hagemann er det trangen til å hjelpe, kjærligheten og den kristne barmhjertigheten ved siden av de tekniske ferdighetene som er sykepleiens grunnlag (Martinsen & Wyller, 2003). Med andre ord ble fag og funksjon også tydelig verdibasert. Men operasjonssykepleieren fikk et selvskrevet ansvar for en forsvarlig drift og hadde ansvar for innredning, sterilisering og renhold. Det var dessuten nødvendig å ha et godt og smidig samarbeid. Kunnskapsoverføring innen alle disse områdene var oppfattet som en sentral del av opplæringen i faget (Jervell, 1941). Hillestad understreker i boken fra 1955 at arbeidet på operasjonsstua er presisjonsarbeid, hvor det var viktig at alle som deltok gjorde sin del av arbeidet, slik at arbeidsinnsatsen samlet ble fullverdig. Alle måtte kjenne til arbeidets gang. Henderson skriver i sin bok, *Sykepleiens natur – refleksjoner etter 25 år*, om viktigheten av teamarbeid, der medlemmene av et team må hjelpe hverandre. «Ingen i teamet skal legge så store byrder på et annet medlem at de ikke blir i stand til å utføre sin enestående funksjon» (Henderson, 1998, s. 45).

De fleste informantene kom fra grunnutdanningen i en tid der Hendersons tenkning var aktuell, vi kan se at mange nevner individuell kompetanse som en faktor i teamarbeidet og samarbeidet på operasjonsstuen. På spørsmål om anesthesisykepleieren også tok ansvar for leiring av pasienten, sier flere at det var avhengig av hvem du hadde med deg på stuen. Dette sier noe om at det ikke bare måtte tas hensyn til pasientens individuelle behov. Også teammedlemmene hadde individuelle preferanser, og samarbeidet ulikt. En informant uttrykker det slik: «[...] Det er jo personavhengig mye av dette her. Ja. Og du visste jo veldig godt hvor folk var i systemet hen, hvor de var i nivå i kunnskap og erfaring [...]». Samme informant forteller óg om «krig» med anestesien, der de vil dekke til pasienten med tepper fordi pasienten fryser, mens operasjonssykepleier må ha stort operasjonsfelt og trenger at teppet flyttes høyere opp. Informanten avslutter imidlertid med en generell oppfatning av godt samarbeid ifht. leiring, hygiene og forebygging, der både anesthesi-

og operasjonssykepleier var interessert i minst mulig komplikasjoner for pasienten underveis. Dette nevnes også av en annen informant: «[...] vi jobbet alltid sammen [...] Vi var tettere sammen inne på stuen òg [...]Det har jeg aldri tenkt på før- jeg følte nok at samarbeidet var tettere.» Den samme informanten trekker også frem at i dag jobber de to yrkesgruppene mer parallelt og understreker at det er to profesjoner.

NSF sin lærebokserie kom som følge av økt vekt på teori i grunnutdanningen av sykepleiere. (Melby, 1990; Esbjug, 2001). Bind 5 inneholdt blant annet avsnittet «Eleven i operasjonsavdelingen». Å utdanne seg som sykepleier innebar kunnskap om og erfaring med operasjonssykepleie. Dette er begrunnet ut fra et læringsøyemed. Erfaring fra operasjonsavdelingen ville for det første bidra til forståelse for operasjonsavdelingens betydning for pasientens helbredelse og for det andre gi respekt for samarbeid i det kirurgiske team. Her fikk eleven sette seg inn i aseptisk teknikk, og hadde mulighet til å lære gjennom å observere operasjonssykepleieren. Eleven hadde en aktiv rolle i alt arbeid både før og etter operasjon. Det innebar å lære om instrumenter, suturmateriale og utstyr og steriliseringsprosessen. Eleven kunne også prøve seg på assistanse under mindre inngrep. Når det gjelder sykepleierelevens praksis på operasjonsavdelingen, er det kjent fra enkelte sykepleieskolers utdanningsplaner før 1970 at sykepleierelevene hadde praksis på inntil 8 uker i operasjonsavdelingen (Esbjog, 2001). Her var Rogaland ikke noe unntak. Ifølge noen av informantene som tok grunnutdanningen på 1970-tallet, hadde de en lang praksisperiode på operasjonsavdelingen. Grunnutdanningens vekt på grunnholdninger fikk stor betydning for mange fremtidige operasjonssykepleiere. Informantene fremholder at det som ble lært under grunnutdanning ble tatt med inn på operasjonsstua, spesielt grunnleggende forståelse av sykepleie som formidlet omsorg og trygghet.

Gruendemanns legger i sin bok vekt på at teori og praksis var like betydningsfulle i formuleringen av et vitenskapelig grunnlag for sykepleie. Hun trekker også inn viktigheten av et godt teamarbeid for å forhindre feil. Man skulle ha respekt for alle medarbeidere. Og ved å ha et godt arbeidsmiljø ville det være lettere å takle feil, og man ville få støtte fra kollegaer.

Samtlige informanter trekker frem dette på spørsmål om hvordan det var å ta opp feil man selv eller andre hadde gjort. Det var ingen som syntes det var vanskelig å snakke om. Flere nevner også at det var bedre arbeidsmiljø før, i hovedsak på grunn av de tidligere nevnte mindre forholdene. Ekspandering og utbygging av sykehus førte til større arbeidsmiljø. De moderne sykehusene ble en avansert funksjon der teknologi begynte å

ta mye plass, noe som kunne ta sykepleierens oppmerksomhet bort fra pasienten. Dette bekrefter også flere av informantene, at etterhvert som det kom mer og mer avansert utstyr, kunne dette ta fokus vekk fra pasienten. En informant sier dette: «[...] da glemmer du nesten ut at det er et menneske du holder på med altså, for vi ser de jo ikke. [...] Så da føler jeg ofte at du gjerne er midt i det tekniske, men jeg ser ikke feil i det engang jeg, for vi hjelper jo pasienten!»

Alle lærebøkene fokuserer på viktigheten av at tekniske ferdigheter og ivaretagelse av pasientens behov må være tett bundet. Det ene uten det andre vil ikke være sykepleierens fullstendige funksjon, og man vil heller ikke kunne ivareta pasienten på en optimal måte. Gjennom hele 1900-tallet blir sykepleie som eget fag mer og mer tydelig, men er allerede nevnt i den første læreboken av Nissen. Informantene gir også inntrykk av et sammensatt yrke med mange arbeidsoppgaver som en del av deres fag og funksjon.

DEL V: OPERASJONSSYKEPLEIE: TRYGG OG ANSVARLIG UTØVELSE FOR PASIENTENS SKYLD

Masterstudiets formål har vært å undersøke hvordan operasjonssykepleieres faglige ansvar for pasienttrygghet har tatt form over tid. Vi reiste følgende problemstilling: «Hva har bidratt til å forme operasjonssykepleierens ivaretagelse av pasientens trygghet?».

For å besvare problemstillingen har vi studert operasjonssykepleiens fagtradisjon slik den er kommet til uttrykk gjennom opplæring og lærebøker, samt gjennom operasjonssykepleieres lange yrkeserfaring. Det har vært viktig å få frem sykepleiernes egne erfaringer knyttet til arbeidet med pasienttrygghet og ansvar, men også å sette slike erfaringer inn i en historisk sammenheng. I det følgende vil vi gjøre en sammenfattende drøfting av studiens funn i lys av operasjonssykepleiens fagtradisjon og yrkesutøvelse.

Operasjonssykepleiens fagtradisjon

Operasjonssykepleie har gjennom tidene blitt sett på som et teknisk yrke, noe som vises i lærebøkene, men som også bekreftes i det muntlige minnemateriale fra informantene. Dette synes likevel ikke å stå i veien for at pasientivaretagelse har vært en stor del av operasjonssykepleie som fag og funksjon helt fra den spede begynnelsen. Gjennom arbeid med oppgaven oppdager vi at betydningen av å ivareta pasienten er verdier og kunnskaper som erverves gjennom tradisjoner, holdninger og erfaring. Informantene hevder at de ble introdusert for faglige verdier allerede i grunnutdanningen, og at slike verdier bidro til å forme funksjonen som operasjonssykepleier. Vår analyse av lærebøkene understøtter inntrykket av at ansvarlig pasientivaretagelse har vært en viktig del av sykepleie som fag og funksjon. Gjennom lærebøkene for grunnutdanningen for sykepleiere ser vi at pasientens trygghet fremheves, ikke minst i bøker der sykepleiere har vært involvert i utarbeidelsen. De var tydelige på eget faglig og verdimessig ståsted.

Operasjonssykepleiens yrkesutøvelse

Trygghet

Trygghet og pasienttrygghet er subjektivt og individuelt, slik teorien understreker.⁴⁶ Informantene hevder det samme idet flere understreker at alle pasienter er forskjellige, og at prosedyrer og arbeidsoppgaver må tilpasses den enkelte. I det muntlige minnematerialet finner vi at operasjonssykepleierne fokuserte på pasientens

⁴⁶ Jfr. Teoretisk rammeverk og faglige implikasjoner - *Trygghet*.

trygghet. Pasientens trygghet har alltid ligget til grunn for pasientbehandlingen. Men vi må vi ta høyde for at oppfatninger om hva trygghet innebefatter, varierer. Det er ikke gitt at trygghet blir forstått som et og det samme.

Flere forhold virker inn på trygghet. Det å ha tid til pasientene fremholdes som viktig av flere informanter. Før 1983 og etablering av nye bygg på sentralsykehuset, var arbeidsforholdene mindre med færre operasjonsstuer. Små forhold kunne gi bedre tid til ivaretagelse av pasienten. På den andre siden var arbeidsoppgavene knyttet til instrumenter og renhold av operasjonsstue flere, noe som kanskje gikk på bekostning av tid.

I dag er det et stort fokus på kunnskap og informasjon. Med tiden har pasientene fått mer kunnskap og også bedre tilgang til kunnskap. Men det å ha kunnskap kan skape både trygghet og utrygghet. Økte kunnskaper generelt sett skaper større forventninger til behandlingen på operasjonsstuen, samtidig som det blir satt høyere krav til operasjonssykepleierens informasjon og kommunikasjon. Informasjon synes å være en viktig faktor for å skape trygghet og tillit. Men her har tid spilt en viktig rolle. Operasjonssykepleierne i denne studien fremholder viktigheten av informasjon for å sikre pasientens trygghet. Men de peker også på at effektivisering og ekspandering gikk på bekostning av tiden de hadde til å informere og ivareta pasienten. Likevel understrekes betydningen av å ta individuelle hensyn. Flere av informantene har understreket viktigheten av dette, og at informasjon ikke nødvendigvis gir alle trygghet. Trygghet er som nevnt et grunnleggende behov, men veien til å føle trygghet som pasient er individuell. Ifølge Henderson betyr ivaretagelse av pasienten å dekke pasientens grunnleggende behov. Dette krever også at sykepleieren evner å se individuelle behov for å få ivaretatt følelsen av trygghet. Informantene synes det derfor har vært vanskelig å si noe generelt om pasientens trygghet.

På en annen side er det andre forhold som har en generell betydning for trygghet, for eksempel fokus på hygiene og renslighet. Alle informantene har trukket frem dette som en viktig del av operasjonssykepleierens oppgaver. Uavhengig av individuelle behov, vil alle operasjonspasienter være avhengig av sterile instrumenter og korrekt utførelse av aseptikk, slik at infeksjon og andre komplikasjoner som følge av det kirurgiske inngrepet blir forebygget.

I tillegg er det viktig at alt av elektronisk utstyr fungerer optimalt. Dette sammenfaller langt på vei Virginia Hendersons sykepleietenkning om «å verne pasienten mot farer fra

omgivelsene». ⁴⁷ Dette er viktig for pasientens trygghet, men trenger allikevel ikke ha noe å si for pasientens opplevelse av trygghet. For operasjonssykepleieren er dette kunnskap som sier noe om at inngrepet kan utføres trygt, men det trenger ikke nødvendigvis og formidles til pasienten. Selv om det ifølge informantene var lite fokus på trygghet under spesialutdannelsen, lå dette til grunn for deres sykepleieutøvelse, også på operasjonsstuen. Grunnleggende sykepleie har som mål å ivareta pasientens trygghet, dette være seg ivaretagelse av pasientens trygghetsfølelse eller å sørge for at pasienten skal være trygg. Slik sett er Maslows begrep «safety needs» dekkende. Som operasjonssykepleier må man evne å se begge deler. ⁴⁸

Gjennom det muntlige minnematerialet fremkommer det at pasienttrygghet alltid har vært sentralt, men at det manglet et system i praksis for å sikre slik trygghet. Dette var et uventet funn. ⁴⁹ Vi så for oss at pasienttrygghet hadde mindre oppmerksomhet før. Operasjonssykepleierne har vært tydelige på at alt på operasjonsstuen gjøres for pasientens beste. Selv om de har vært opptatt av det tekniske utstyret rundt pasienten, har de håndtert dette slik at pasienten skal få optimal behandling. Dette peker på at oppfatningen av pasienttrygghet er et grunntrekk i yrkesutøvelsen. Et annet viktig synspunkt som informantene har trukket frem er betydningen av erfaring som operasjonssykepleier. For å kunne gi en pasient trygghet må man være trygg i sin egen yrkesutøvelse, noe også Segesten legger vekt på. ⁵⁰ Derfor var opplæringstradisjonen viktig tidligere, de nye og uerfarne kunne alltid støtte seg på en eldre og mer erfaren operasjonssykepleier. Slik sett ser det ut til at pasientens trygghet ble ivaretatt i alle ledd.

Ansvar

Ansaret som sykepleier og operasjonssykepleier favner bredt. Det reguleres av lover og retningslinjer, samt krav som settes av organisasjonen og samfunnet. ⁵¹ Den indre ansvarligheten bygger på et personlig verdigrunnlag og bidrar til pleiekvaliteten, ifølge Wallinvirta (2011). Dette er den moralske siden av sykepleien som gis i de yrkesetiske retningslinjene, man har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger. Operasjonssykepleieren har et terapeutisk ansvar som omfatter en forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende funksjon. Dette samsvarer med Hendersons

⁴⁷ Jfr. Teoretisk rammeverk og faglige implikasjoner - Trygghet

⁴⁸ Jfr. Teoretisk rammeverk og faglige implikasjoner - Trygghet

⁴⁹ Jfr. avsnitt *Egen forforståelse*

⁵⁰ Jfr. Teoretisk rammeverk og faglige implikasjoner - Trygghet

⁵¹ Jfr. Teoretisk rammeverk og faglige implikasjoner - Ansvar

grunnleggende prinsipper for sykepleie, som understreker at det er sykepleierens ansvar å opprettholde et helsefremmende og sikkert miljø.⁵² Hvordan dette ansvaret forstås vil imidlertid være opp til hver enkelt og deres moral og indre ansvarlighet. Lærebøkene vi har analysert legger vekt på det store ansvaret man har som operasjonssykepleier. Dette kommer også frem i det muntlige minnematerialet.⁵³ Ansvaret synes ut fra dette, å ha blitt større med årene. Som spesialelev ble den enkelte ansvarliggjort tidlig ved å «gå i vakter». Større ansvar er også en følge av mer og mer avansert utstyr i operasjonsavdelingen. Samtidig som den har blitt større, opereres flere pasienter på flere operasjonsstuer. Slik vi ser det har ansvaret kanskje blitt større, men samtidig forteller informantene om et bredere ansvarsområde før. De var ansvarlige for at de rette instrumentene ble tatt med til det aktuelle inngrepet, og at disse ble sterilisert tilfredsstillende til gjeldende krav. Dette samsvarer med lærebøkene, og forteller oss om kontroll og ansvarliggjøring. Med årene har arbeidsoppgavene blitt fordelt på flere seksjoner, som for eksempel sterilsentralen. En slik utvikling er en naturlig følge av ekspandering og effektivisering, og som sørget for at operasjonssykepleierne fikk tid til andre arbeidsoppgaver. Ansvaret har dermed blitt fordelt på flere involverte, i motsetning til før da operasjonssykepleieren hadde fullstendig kontroll over arbeidsprosessene, fra å plukke instrumenter til vask av stue. Denne endringen i ansvarsfordelingen kan på sin side, ha svekket ansvarliggjøring og bidratt til ansvarsfraskrivelse. På grunn av en arbeidsprosess med flere ledd, kreves det at alle leddene holdes ansvarlige for sin del. Men det krever på sin side, økt sporbarhet av de ulike delene prosessen innebærer. Da ansvaret for de ulike arbeidsprosessene ble fordelt på flere, kunne dette bli oppfattet som en trussel mot operasjonssykepleieren sin stilling. Det muntlige minnematerialet gir inntrykk av at dette var en opplevd trussel på 1980-tallet. Men den førte til en økt faglig bevissthet som bidro til at ansvarsområdene ble tydeligere definert.⁵⁴

Operasjonssykepleiere har et stort ansvar for hygiene, kontrollrutiner, leiring og andre forebyggende funksjoner. Dette inngikk som en nødvendig del av å ivareta pasienten under operasjon. Samtidig ble pasientivaretakelsen et delt ansvar med anesthesisykepleierne. Her spriker det empiriske materialet fra intervjuene noe. Flere forteller at pasientivaretakelsen i hovedsak var et ansvar for anestesen, og at operasjonssykepleierne ble mer involvert da pasienten lå i narkose. Men andre

⁵² Jfr, Teoretisk rammeverk og faglige implikasjoner - Ansvar

⁵³ Jfr. kap. 7: Ansvar – å handle forsvarlig overfor pasienten

⁵⁴ Jfr. kap. 3: Operasjonssykepleieryrket formes

informanter fremholder et helhetlig ansvar gjennom hele det perioperative pasientforløpet. Dette peker mot individuelle oppfatninger av ansvar, der personlige egenskaper også har en innvirkende faktor. Dette er i tråd med det Lindh, Severinsson og Berg (2007) sier, det er individet som handler, ikke yrkesrollen i seg selv.

Selv om samtlige informanter har vært tydelige på at de fikk en god opplæring, må vi ta høyde for at synet på ansvarsområder for operasjonssykepleieren har endret seg over tid. Informantene viste til ansvar for pasienten under selve inngrepet ved at den sterile operasjonssykepleieren hadde alt utstyr og instrumenter på plass, og gav fra seg de rette instrumentene. Som koordinerende operasjonssykepleier hadde de ansvar for at pasienten ble korrekt leiret, både ut i fra kirurgens preferanser og pasientens behov. En av informantene kom inn på teamarbeid og hensyn til anestesen angående vask av operasjonsområdet. Andre har også kommet inn på samarbeid med anestesisykepleierne. Muligens var samarbeidet bedre tidligere, men det var alltid personavhengig. Andre forhold som påvirket samarbeidet i tidligere tider var mindre forhold og færre kirurgiske inngrep på færre operasjonsstuer.

Det muntlige minnematerialet forteller om en tid der det meste av kunnskapen var taus og overlevert muntlig fra eldre og erfarne operasjonssykepleiere til spesialelever og mindre erfarne kolleger. Ansvarsområder og rutiner i arbeidet var i mange tiår ikke skriftliggjort, men etterhvert ble det innført skriftlige prosedyrer. En informant beskriver prosedyrene som «plukklistene», der det ble listet opp instrumenter og utstyr til spesifikke inngrep. Flere erfarte at disse prosedyrene var nødvendige. Men «plukklistene» måtte ikke bli generelle retningslinjer da for eksempel leiring av pasienten og vask av operasjonsfeltet kunne kreve individuelle hensyn. Dette er også tatt med i Borghild Hillestads bok *Operasjonsstueteknikk*, men hun hadde mer fokus på kirurgens individuelle behov.⁵⁵ Det vil alltid være operasjonssykepleierens ansvar å ta hensyn til både pasientens og kirurgens individuelle behov.

Sykepleie, fag og funksjon

Sykepleie som fag bygger på tradisjoner der omsorgsverdier har ligget til grunn. Sykepleierens funksjon skal bunne i fagets verdigrunnlag og aktuell og anerkjent fagkunnskap.⁵⁶ Lærebøkene i operasjonsfaget har lagt vekt på at teori og praksis må gå hånd i hånd. Men mye tyder på at praksis kom først idet informantene hevder at det var

⁵⁵ Jfr. kap. 6: Å trygge pasienten

⁵⁶ Jfr. Teoretisk rammeverk og faglige implikasjoner, Sykepleie, fag og funksjon

lite teoriundervisning under spesialutdannelsen. Fokus lå på læring i praksis. Frem til 1980-tallet hadde grunnutdanningen i sykepleie en lang praksisperiode på operasjonsavdelingen. Dette ble siden forlatt. Årsakene kan være flere. Den ene kan ha sammenheng med at grunnutdanningen fikk større teoretisk innhold. Den andre er et uttrykk for at operasjonssykepleie ble skilt ut som eget fag og spesialutdanning.⁵⁷ Det at informantene nevner at holdninger og verdier var tillært under grunnutdanningen gir mer rom for en praktisk tilnærming til operasjonssykepleie som fag på operasjonsstuen. Allikevel er disse holdningene og verdiene en viktig del av faget og funksjonen. I den tidligste stillingsbeskrivelsen vi kjenner til, fra 1892, pålegges oversøsteren ansvar for å bistå ved operasjoner og ha alt av utstyr og instrumenter tilgjengelig. Dette gir oss ett inntrykk av at det tekniske var sett på som det viktigste. Samtidig ser vi at lærebøkene utgitt på samme tid fokuserer på ivaretagelse av pasienten og hvordan trygghet kan formidles. I den tid informantene tok spesialutdannelsen, var utdannelsen lagt opp som en lærlingeordning, der spesialelevne lærte av de mer erfarne operasjonssykepleierne. De forteller om en muntlig overlevering av kunnskap, og en viss form for rutine, selv om det ikke var skrevet ned. Få av informantene kan huske en nedskrevet stillings- og funksjonsbeskrivelse, selv om andre kilder forteller om en stillingsbeskrivelse allerede i 1892. Etter 1987 ble det mer fokus på bevisstgjøring omkring operasjonssykepleierens funksjon. Dette er et uttrykk for økt profesjonsbevissthet og behov for å formalisere ansvaret og arbeidet. På 1980-tallet ble det nødvendig med bevisstgjøring blant operasjonssykepleiere da de opplevde operasjonssykepleiers stilling som truet av andre yrkesgrupper. Noen av informantene erindrer at deres kunnskap og kompetanse ble forsøkt erstattet.

Faget operasjonssykepleie er verdibasert, og på 1970-tallet ble pasientfokus mer synlig i utdanningen. Samtlige informanter har nevnt ivaretagelse av pasienten som en viktig del av arbeidet på operasjonsstuen. I forhold til teamarbeid tok noen av informantene spesialutdannelsen i en tid der anestesi og operasjon ble to adskilte spesialiteter. De uttrykker at det var et tettere samarbeid med anestesen og det ga innsikt i hverandres fag og funksjon. Allikevel er det viktig å trekke inn at til tross for ulike spesialiteter, er det faglige grunnlaget sykepleie som skal bunne i fagets verdigrunnlag og aktuell, anerkjent fagkunnskap.⁵⁸ Sykepleiere arbeidet for ivaretagelse av pasientens grunnleggende behov i en situasjon der pasienten ikke evnet å gjøre dette selv. Henderson

⁵⁷ Jfr. kap. 4. Opplæringstradisjon – fra lærling til spesialelev

⁵⁸ Jfr. Teoretisk rammeverk og faglige implikasjoner – Sykepleie, fag og funksjon

understreker at en ikke skal påføre andre teammedlemmer så store byrder at de ikke kan utføre sin funksjon. Dette krever at man er kjent med hverandres fag og funksjon, og har gjensidig respekt. Informantene understreker viktigheten av erfaring i samarbeidet. Med erfaring kommer trygghet i egen yrkesrolle og det er lettere å «løfte blikket», det vil si det blir lettere å se hva som er viktig i enhver situasjon, utover sin egen funksjon. Det gir økt faglig autoritet og mot til å tale pasientens sak. En erfaren og ansvarlig operasjonssykepleier kan slik sett bidra til å sikre pasientens trygghet gjennom sin yrkesutøvelse.

Trygghet og ansvar som grunnleggende trekk ved operasjonssykepleiens fag og funksjon

Operasjonssykepleiernes erfaringer med pasienttrygghet viser at dette har vært en sentral side ved yrkesutøvelsen. Erfaring gir tryggere sykepleiere og slik har de formidlet trygghet i pleie og omsorg til operasjonspasienter. Fagtradisjonene har vært viktige i utformingen av operasjonssykepleien. Fagets verdigrunnlag bygger på sykepleiens grunnutdanning, og selv om spesialutdannelsen tradisjonelt sett har hatt mindre fokus på omsorg som så dann, har ivaretagelse av pasienten alltid ligget til grunn for arbeidet som operasjonssykepleier. Ansvar har endret seg med årene. Det har blitt mer komplekst og differensiert. Et helhetlig ansvar synes tydeligere, ikke minst fordi den enkelte operasjonssykepleier var ansvarlig for det totale arbeidet med pasienten. De samarbeidet om narkosen og hadde ansvar for instrumenter og utstyr på en annen måte enn i dag. Operasjonssykepleie synes å være et praktisk fag hvor taus kunnskap var og fortsatt er en viktig kilde til kunnskap. De individuelle behovene til pasienten, og kirurgenes individuelle arbeidsmetoder gjør prosedyrer vanskelig å standardisere. Operasjonssykepleie er et fag i stadig utvikling. Det baserer seg på erfaring og taus kunnskap ut fra en oppfatning om at hver pasient er unik. Informantenes erfaring med ansvaret for å ivareta pasientens trygghet i operasjonsavdelingen baserer seg i stor grad på deres egen trygghet i yrkesutøvelsen. Ved å være trygg på seg selv som operasjonssykepleier og være klar over egne ansvarsområder, kan trygghet overføres til pasienten, både fysisk og psykisk. Sagt med enkle ord; trygghet avler trygghet.

Betydning for praksis

Denne oppgaven gir kunnskap som bidrar til å styrke operasjonssykepleierens profesjonsidentitet. Vi har forsøkt å tydeliggjøre hvordan operasjonssykepleie som fag og funksjon har vokst frem.

Nye spørsmål

I denne studien har vi sett på pasienttrygghet som et puslespill som settes sammen av flere brikker, brikkene illustrerer hva som har bidratt til å forme operasjonssykepleiernes ivaretagelse av pasienten. Vi har på langt nær ikke fått tak i alle brikkene som er nødvendige for å se hele bildet. Videre forskning er derfor nødvendig for å få tak i de siste brikkene. I årene etter år 2000 har det skjedd en rivende utvikling på området, ikke minst har fokuset på pasientsikkerhet blitt større. Det vil være interessant å studere den videre utviklingen etter tidsperioden vi har begrenset oss til. I tillegg finnes det deler av operasjonssykepleierens funksjonsområde vi ser er lite omtalt i lærebøkene, som for eksempel forebygging av hypotermi. I vår studie har det ikke vært rom for å utdype dette nærmere, men vi ser dette som interessant for videre forskning. Utvikling av samarbeid i perioden vi har undersøkt er også et interessant tema som kunne vært relevant for videre forskning. Andre sider ved ivaretagelsen av pasientens trygghet det ville vært interessant å sett nærmere på er det instrumentelle fokuset. Sammenhengen mellom operasjonssykepleierens omsorg via instrumentene og direkte omsorg for pasienten.

LITTERATURLISTE OG KILDER

- Adriansen, K. K. (2015). *Et kvinneyrke tar form. Sykepleie i Rogaland 1870-1970*. (Doktorgradsavhandling), Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitet i Bergen, Bergen.
- Alfredsdottir, H., & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61(1), s. 29–37.
- Almås, H. (1992). *Klinisk sykepleie* Oslo: Universitetsforlaget.
- Andresen, A., Rosland, S., Ryymin, T. & Skålevåg, S. A. (2015). *Å gripe fortida. Innføring i historisk forståing og metode*. Oslo: Det norske samlaget.
- Aurenes, O. (1937). *Rogaland fylke gjennom 100 år. Festskrift til formannskapjubileet 1937*. Stavanger: Stavanger Dreyers Grafiske anstalt/Rogaland fylkesting.
- Backer – Grøndahl, N. (1926). *Narkose og pleie av operationspatienter*. (2. utg.). Oslo: Oslo Røde Kors´ Kristiania kreds. Sykepleierskeskolen.
- Benestad, H. B. & Laake, P. (red.) (2004). *Forskningsmetode i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Berle, K., Bowitz, R.K. & Hadland, E. (1999). *Hundre år i St. Svithuns by, 1898 – 1998: Jubileumsskrift for den katolske menighet i Stavanger*. Stavanger: St. Svithuns Katolske Menighet.
- Braut, G. S. & Holmboe, J. (2015). Pasientsikkerhet – dagens struktur. I: Aase, K. (red.). *Pasientsikkerhet – teori og praksis*. (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bäckström, G. (2009). Operasjonssykepleierens myndighetsområde og funksjonsansvar. I: Dåvøy, G. M., Eide, P. H. & Hansen, I. (red.). *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dahl, K. (2002). Dokumentasjon og prosess: Dilemmaer i et historisk perspektiv. *Tidsskriftet Sykepleien*. Vol. 90, (3), s. 46-50.

Dunlap, K. (1998). The practice of nursing theory in the operating room. *Today's surgical nurse*, 20 (5), s. 18–22.

Eide, P. (2015). Operasjonssøstrene, rommene og tingene. I: Kjær, T. A. & Martinsen K. (red.). *Utenfor tellekantene – essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ersland, G.A. (2012). Frå bispeby til borgarby. I: Ersland, G.A. & Solli. *Stavanger bys historie, bind 1. Bispeby og borgarby - frå opphavet til 1815*. Stavanger: Wigestrands forlag.

Esbjugg, A-K. (2001). «Usynlig i grønt?» *Sykepleieres kjennskap til operasjonssykepleiernes funksjons- og ansvarsområde*. (Hovedoppgave, Universitetet i Oslo) Institutt for sykepleievitenskap. A-K. Esbjugg: Oslo.

Fause, Å. & Micaelsen, A. (2002). *Et fag i kamp for livet. Sykepleiens historie i Norge*. Bergen: Fagbokforlaget.

Festskrift til Overlæge Axel Cappelen (1919). *Festskrift i anledning av overlæge Axel Cappelens 60 aars dag: fra forhenværende assistenter: 20 juli 1918*. Stavanger: Dreyers grafiske anstalt.

Gadamer, H-G. (2012). *Sannhet og metode: Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oslo: Pax Forlag AS.

Gjerde, K.Ø. (2012). Tæring og næring i oljebyen. I: Hamre, H. & Helle, K. (red.) *Stavanger bys historie. Oljebyen 1965 - 2010 Bind 4*. Stavanger: Wigestrands Forlag.

Granum, V. (2001). *Studentenes forestillinger om sykepleie som fag og funksjon*. (Doktorgradsavhandling, Acta universitatis Gothoburgensis). Göteborg studies in educational sciences. V. Granum: Göteborg.

Gruendemann, B. (1978) *Operasjonspasienten*. (Rustad, K. & Rustad, R., overs.). Oslo: Universitetsforlaget.

Grøn, K. & Widerøe S. (1926). *Lærebok i sykepleie*. Oslo: Aschehoug

Hansen, I. (red.). Operasjonspasientens psykososiale behov. I: Dåvøy, G. M., Eide, P. H. & Hansen, I. (red.). *Operasjonssykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Harbo, K. & Raugstad, T.S. (2014). Minneord. *Tidsskriftet Norsk Legeforening, juli 2014 nr. 12, s 134*.

Henderson, V. (1960/1997). *Basic Principles of Nursing Care*. International Council of Nurses. USA.

Henderson, V. (1998). *Sykepleiens natur. Refleksjoner etter 25 år*. Oslo: Universitetsforlaget.

Henderson, V. & Dansk Sygeplejeråd (2012). *Sygeplejens grundlæggende principper: ICN*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck & Dansk Sygeplejeråd.

Hillestad, B., Gjendem., S, Hansen, R. K., Olsen, K. U. & Sverreson, E. (1978). *Håndbok for operasjonssykepleiere*. Oslo: Fabritius.

Hofoss, D. (1980). *Spesialisering av helsepersonell: hvorfor og hvordan?*

Oslo: Norges almenvitenskapelige forskningsråd's gruppe for helsetjenesteforskning (Rapport nr. 3).

Jonasen, J.S. (1964). *Sandnes gjennom 100 år*. Sandnes: Trykket og innbundet av Ingvald Dahle.

Kaldal, I. (2003). *Historisk forskning, forståing og forteljing*. Oslo: Samlaget.

Kallelid, O. (2012) *Stavanger bys historie, bind 2- Sild og seil 1815 – 1890*. Stavanger:

Wigestrand.

Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (red.) *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie – fag og funksjon, bind 1*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleie-kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie- Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (red.). (2016). Hva er sykepleie? I: Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. & Grimsbø, G. H. (red.). *Grunnleggende sykepleie. Sykepleie - fag og funksjon. Bind 1*. (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Krogh, T. (2009). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Lerheim, K., Borchrevink, C., Breiland, O. & Jukvam, R. (red.). (1968). *Lærebok for sykepleieskoler. Bind 1 og 5B*. Norsk sykepleierforbund. Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Lindh, I-B. (2010). *Moral responsibility in the light of nursing practice - A hermeneutic approach to inquiry*. (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Stavanger) Det samfunnsvitenskaplege fakultet, Institutt for helsefag. I-B. Lindh: Stavanger

Lindh, I-B, Severinsson, E. & Berg. A. (2007). Moral responsibility: a relational way of being. *Nursing ethics* 14(2), s. 129–140.

Lockertsen, J-T. (2009). *Operasjonssykepleie ved Troms og Tromsø sykehus 1895–1974*. (Mastergradsavhandling i operasjonssykepleie, Universitetet i Tromsø). J-T. Lockertsen: Tromsø.

MacClelland, D. C. (1979). Book reviews: Alexanders' care of the patient in surgery. *AORN Journal*, Vol. 29, Issue 4. Hentet fra: [http://dx.doi.org/10.1016/S0001-2092\(07\)66195-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0001-2092(07)66195-X) 07.04.2017

Malterud, K. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Marthinsen, M. & Haffner, J. (1941) Pleie ved kirurgiske sykdommer. I: Jervell, A. *Lærebok for sykepleiersker. Bind I*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, Sykepleie og Medisin, historisk – filosofiske essays*. Oslo: TANO

Martinsen, K. & Wyller, T. (2003). *Etikk, disiplin og dannelse. Elisabeth Hagemanns etikkbok – nye lesinger*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mitchell, P. H (1980). *Grunnleggende sykepleie, bind 1 og 2*. Oslo: Universitetsforlaget.

Natvig, R-S. (1997), *Sykepleieetikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk sykepleierforbund/NSF (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere – ICNs etiske regler*. Oslo: NSF

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: En arbeidsbok*. (2. utg.) Oslo: Akribe.

- Nortvedt, P. (1998). *Sykepleiens grunnlag: historie, fag og etikk*. Oslo: Tano Aschehoug
- NSFLOS (2008). *Utdyping av operasjonssykepleieres myndighetsområde og funksjonsansvar med funksjonsbeskrivelse: Temahefte*. Oslo: NSFLOS
- NSFLOS. (2014). *Operasjonssykepleier - ansvar og funksjonsbeskrivelse: Faghefte*. (u.s.). NSFLOS
- NSFLOS (2015). *Operasjonssykepleierens ansvars- og funksjonsbeskrivelse*. (u.s.). NSFLOS
- Pløen, I. (1950). Utdannelse av operasjonssøstre. I: *Tidsskriftet Sykepleien, oktober 1950, ss 289-294*. Norsk Sykepleierforbund
- Pløen, I. (1954). Spesialutdanning av operasjons- og narkosesykepleiere i grunnskolen og senere. I: *Tidsskriftet Sykepleien, november 1954 nr. 19, ss 587- 589*. Norsk Sykepleierforbund
- Risa, O., Sande, L.C., Tunset, A., B. & Urdal, G. (2005). *Den kombinerte indretning - sykepleiemuseum, medisinsk museum, sykehusmuseum. Jubileumshefte 1889 – 2005*. Stavanger: Den kombinerte Indretning
- Robinson, P. (1988). Book review: Alexanders Care of the Patient in Surgery, 8th edition. *Nursing Standard, vol. 2, iss. 30, p. 52*
- Robbin, I. (1964). *Medisinens pionérer*. Oslo: Forlagshuset
- Rothrock, J. C. (2015). *Alexanders' care og the patient in surgery. 15th ed*. Missouri: Elsevier Mosby
- Sebens, S. (red.) (2010). *Operationssygeplejersken*. I: Rørvik, A. K. og Sebens, S. (red.). *Operationssygepleje*. København: Dansk sykeplejeråd og Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

Sigurdsson H.O. (2001). The meaning of being a perioperative nurse. *AORN Journal* 74(2), s. 202–216.

Solheim, K. (1993). Kirurgi og anestesi. I: Solheim, K. & Ingvaldsen, B. *Kirurgi og anestesi*. Oslo: Universitetsforlaget.

Solheim, K. (1980). Spesialsykepleiere – en nødvendighet! *Tidsskriftet for Den norske lægeforening*, nr. 25, s. 1471-1472.

St. meld. nr. 41 (1987-88). (1988). *Helsepolitikken mot år 2000. Nasjonal helseplan*. Oslo: Sosialdepartementet.

Stahl, K. (1972). *En skole til livet. Stavanger Røde Kors sykepleierskole gjennom 25 år*. Stavanger: Boktrykker M. Gunnarshaug.

Stavanger Universitetssjukehus & Helse Stavanger HF (2007). *80 år 1927 – 2007: Jubileumshefte*. Stavanger: Stavanger Universitetssjukehus & Helse Stavanger HF

Strømskag, K. E. (1999). *Et fag på søyler – anestesiens historie i Norge*. Oslo: Tano Aschehoug.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. (4.utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Thorsen, R. (2005). Trygghet. I: Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F. & Skaug E-A. (red.). *Grunnleggende sykepleie. Bind 3*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Vevatne, K. (2013). Sanitetskvinnene i Stavanger: Et sterkt engasjement av viljesterke kvinner – i det stille. *Stavangeren - Medlemsblad for byhistorisk forening Stavanger*. 22 (1) s. 56 – 64.

Waage, H.R. (1901). *Lærebog i Sygepleie*. Kristiania: Aschehoug & Co

Wall, B. M., Edwards, N. E. & Porter, M. L. (2007). Textual analysis of retired nurses' oral histories. *Nursing Inquiry*. 14(4): s. 279–288.

Wallinvirta, E. (2011). *Ansvar som klangbotten I vårdanets meningssammenhang*. Åbo: Åbo Akademis Förlag.

Wyller, I. (1980). *Sykepleiens historie i Norge*. Oslo: Fabritius Forlagshus

Wyller, I. (1990). *Sykepleiens historie i Norge*. Oslo: Gyldendal.

KILDER

Kilde: Internett

Internettkilde 1:

www.kunnskapssenteret.no/om-oss (hentet 24.08.16)

Internettkilde 2:

www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet (hentet 22.08.16)

Internettkilde 3:

<https://sykepleien.no/2009/06/hva-er-icn> (hentet 24.08.16)

Internettkilde 4:

<https://www.nsf.no/historikk/artikkelside/17100> (hentet 16.03.17)

Internettkilde 5:

<http://nsflos.no/wp-content/uploads/2016/01/Operasjonssykepleierens-ansvars-og-funksjonsbeskrivelse.pdf> (hentet 20.03.17)

Internettkilde 6:

<http://forskning.no/forskningspolitikk-skole-og-utdanning/2008/02/over-til-bachelor-og-master> (hentet 24.03.17)

Internettkilde 7:

<https://helse-stavanger.no/avdelinger/kirurgisk-klinikk/operasjonsavdelingen/sterilsentralen-der-bakterier-kommer-for-a-do> (hentet 27.03.17)

Internettkilde 8:

<http://www.arkivverket.no/arkivverket/Bruk-arkivet/Nettutstillinger/Opphavet-til-dagens-helseinstitusjonar-i-Rogaland> (hentet 24.02.17)

Internettkilde 9:

<http://www.byhistoriskforening.org/AArringer-i-byhistorien/1800/1897> (hentet 27.02.17)

Internettkilde 10:

http://ordbok.uib.no/perl/ordbok.cgi?OPP=ansvar&ant_bokmaal=5&ant_nynorsk=5&bokmaal=+&ordbok=begge (hentet 16.03.17)

Internettkilde 11:

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269393-rammeplan_for_videreutdanning_i_operasjonssykepleie_05.pdf (hentet 20.03.16)

Kilde: Arkiv

Statsarkivet i Stavanger

Arkivkatalog: Stavanger sykehus

04 BB 1 Pasientantall 1966-67

04 BB 2 Pasientantall 1968-71

20 BA 3 Personalfortegnelse 1960-67

29 C 1 Sykepleiere og elever ca. 1960

51 BA 0 Operasjonsprotokoll 1932-34

51 BA 2 Operasjonsprotokoll 1936-38

51 BA 4 Operasjonsprotokoll 1940-42

51 BA 6 Operasjonsprotokoll 1945-46

51 BA 10 Operasjonsprotokoll 1950-51

51 BA 14 Operasjonsprotokoll 1963-67

51 BA 18 Operasjonsprotokoll 1967-69

51 BA 21 Operasjonsprotokoll 1969-73

51 BB 1 Ordbok for operasjonsstuen – ukjent årstall

51 CA 1 Operasjonsprogram 1966-68

51 CA 3 Operasjonsprogram 1972-73

51 CA 5 Operasjonsprogram 1977-78

51 CB 1 Operasjonsskjema/anestesijournaler 1973

51 CB 3 Operasjonsskjema/anestesijournaler 1975

51 CB 6 Operasjonsskjema/anestesijournaler 1977

52 B 1 Skadeprotokoll 1942-43

Arkivkatalog: Rogaland sykehus

Operasjoner 1930/1931 Hylle 5.7.4.6 - 5.7.4.7

Operasjoner 1935/1936 Hylle 5.7.4.6 - 5.7.4.7

Operasjoner 1940/1941 Hylle 5.7.4.6 - 5.7.4.7

Arkivkatalog: Sentralsykehuset i Rogaland

Pasientstatistikk 1968-1976 Hylle 5.7.5.1 - 5.7.5.2

Pasientstatistikk 1977-1982 Hylle 5.7.5.1 - 5.7.5.2

Sykepleiere - vikarer – sykepleieelever 1965-66 Hylle 5.7.5.1 - 5.7.5.2

Kilde: Utlånt materiale

Adriansen, Kristin

Espedal, G. & Hovland, B. (2012). *Et livskall. Cathinka Guldberg. Norges første sykepleier og diakonisse*. Oslo: Verbum.

Jervell, A. (red.) (1941). *Lærebok for sykepleiersker. Bind II - III*. Oslo: Fabritius & Sønners Forlag.

Kjeldstadli, K. (1999). *Fortida er ikke hva den en gang var: en innføring i historiefaget*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Kjær, T. A. & Martinsen K. (red.). (2015). *Utenfor tellekantene – essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lerheim, K., Borchrevink, C., Breiland, O. & Jukvam, R. (red.). (1968). *Lærebok for sykepleieskoler. Bind 5A*. Norsk sykepleierforbund. Oslo: Fabritius & sønners forlag.

Melby, K. (1990). *Kall og kamp. Norsk sykepleierforbunds historie*. Oslo: Norsk sykepleierforbund og J.W. Cappelens forlag.

Nissen, R. & Martinsen, K. (1877/2000). *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser - med etterord av Kari Martinsen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sande, L.C. (1987). *1897–1987. Sygehuset er blitt 90 år / Sjukehuset er blitt 60 år. 1927–1987: Jubileumsavis*. Stavanger: Sentralsykehuset i Rogaland.

Mykkeltveit, Ida H.

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

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Invitasjon til deltakelse i intervju

Til

Vi er to masterstudenter i operasjonssykepleie, våre navn er Kristin Fredrikke Tronstad og Anne Grete Kleppo. Høsten 2016 starter vi arbeidet med vår masteroppgave på Institutt for helsefag – master i sykepleie med spesialisering i operasjonssykepleie ved universitetet i Stavanger. I den forbindelse kontakter vi deg, da vi mener du sitter på en rik erfaringsbakgrunn relatert til temaet i vår oppgave.

Tema for oppgaven er: *Operasjonssykepleieres oppfatninger av og erfaringer med pasienttrygghet i operasjonsavdelingen i en historisk sammenheng.*

I dagens samfunn er det stort fokus på pasientsikkerhet i alle ledd av behandlingen av pasienter, men vi er nysgjerrige på hvordan operasjonssykepleiere på operasjonsavdelingen har forstått og erfart dette, og hvordan pasientens trygghet passer inn i dette begrepet. I den forbindelse ønsker vi å få høre om dine refleksjoner og opplevelser rundt dette temaet. Vi ønsker å samtale med deg om hvordan du som operasjonssykepleier har ivaretatt pasienten og oppfattet og erfart ditt ansvar og din rolle i forhold til det å trygge og sikre pasientene.

I utarbeidelsen av vårt tema har vi fått hjelp av Ida Mykkeltveit, universitetslektor og faglærer innen operasjonssykepleie, for å finne aktuelle deltakere til et intervju rundt temaet, og dermed fått ditt navn.

Vi ser for oss gjennomføre et intervju med deg én gang, med varighet på ca. 1-1,5 timer. Vi vil spørre deg om noen faktaopplysninger angående ditt yrkesaktive liv og videreutdannelsen før vi går inn på temaet. Aktuelle temaer vi ser for oss å ta opp i intervjuet er alle relatert til din yrkesutøvelse som operasjonssykepleier, og spesielt rettet mot ivaretagelse av operasjonspasienten. Temaer kan være din oppfatning av begrepet trygghet, individuelt ansvar hos operasjonssykepleier og pålagt ansvar. Vi vil også vite litt om videreutdanningen som operasjonssykepleier og hvordan denne ble gjennomført.

Vi ser for oss å sende deg spørsmålene en tid før intervjuet skal skje, slik at du kan reflektere litt rundt disse. Hvis du tillater det, ønsker vi å ta opp intervjuet på bånd og

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

alle opplysninger oppbevares etter gjeldende forskningsetiske regler, alle personopplysninger behandles konfidensielt og det er kun vi og vår veileder som vil ha tilgang til disse. Alt vil bli anonymisert og opptakene slettes ved avslutning av prosjektet, planlagt juni 2017.

Dersom du sier ja til deltakelse vil du ha rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og få korrigert eventuelle feil i opplysningene. Dersom du ønsker å trekke deg fra studien, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre disse allerede er inngått i analyser.

Det er frivillig å delta i denne studien og du kan når som helst trekke deg uten å oppgi noen grunn for dette. Dette vil ikke få noen konsekvenser for deg.

Vi håper ved en eventuell deltakelse at du vil synes temaet er interessant å reflektere over og kan føre til ny innsikt.

Dersom du har spørsmål angående studien er det bare å ta kontakt på telefon eller mail. Ved interesse for studien vil vi gjerne få en tilbakemelding på telefon, mail eller du kan sende inn svarslippen på eget ark i vedlagt konvolutt. Ved tilbakemelding fra deg med ønske om å delta, vil vi ta kontakt igjen pr. telefon for å avtale når og hvor intervjuet kan finne sted, vi ser for oss oppstart av intervju i januar 2017. Ved intervjuet vil vi ta med en samtykkeerklæring ifht. anonymisering som du kan lese gjennom og underskrive.

Vi vil sette stor pris på din deltakelse og håper du kan ta deg tid til dette. Dersom det skulle vise seg at det er mange interesserte vil vi gjøre en utvelgelse ut fra tidsperiode du har jobbet som operasjonssykepleier, og relevans for tidsperioden vi ønsker å undersøke. Vi ser for oss 6- 8 deltakere i studien.

Våre og veileders navn, telefonnummer og e-mailadresse:

Kristin Fredrikke Tronstad: 41402245, kf.tronstad@stud.uis.no

Anne Grete Kleppo: 97181186, ag.kleppo@stud.uis.no

Veileder: Kristin Kavli Adriansen: 51834164/93042727, kristin.k.adriansen@uis.no

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Vedlegg 1 – Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg har jobbet som operasjonssykepleier i tidsperioden:

Telefonnummer jeg kan nås på: _____

Vedlegg 2 – Egen samtykkeerklæring

SAMTYKKEERKLÆRING

Temaet for denne masteroppgaven er:

Operasjonssykepleieres oppfatninger av og erfaringer med pasienttrygghet i operasjonsavdelingen - i en historisk sammenheng.

Jeg bekrefter at jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien pr. post og ønsker å delta som informant. Jeg sier meg da villig til at intervjuet blir tatt opp på bånd, jeg er innforstått med at jeg når som helst kan trekke min deltakelse, uten nærmere begrunnelse.

- Jeg kan oppføres som navngitt kilde i oppgaven
- Jeg ønsker og anonymiseres i oppgaven

.....
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

- Jeg er villig til å bli kontaktet av Kristin F. Tronstad eller Anne Grete Kleppo i etterkant av studien

Dersom du ønsker å få tilsendt oppgaven når denne er ferdigstilt, vennligst fyll ut din adresse her:

Vi bekrefter å ha gitt informasjon om studien/prosjektet:

Operasjonssykepleieres oppfatninger av og erfaringer med pasienttrygghet i operasjonsavdelingen - i en historisk sammenheng.

.....
.....
(Signert av masterstudentene, dato)

Vedlegg 3 – Intervjuguide før pilotintervju

Problemstilling:

Hva har formet og betinget forståelsen av trygghetsaspektet i operasjonssykepleieres ivaretagelse av operasjonspasienten?

Introduksjon

- Presentere oss selv. Forklare lydopptak og utfylling og signering av samtykkeskjema.
- I arbeidet med å utforme denne problemstillingen har vi vært nysgjerrige på hva som har ledet frem til dagens fokus på pasientsikkerhet. I samtaler med eldre operasjonssykepleiere har dette vært et ukjent begrep, og vi vil gjennom denne oppgaven prøve å få svar på hvordan operasjonssykepleiere i tidsperioden 1960-2000 har erfart og oppfattet sin rolle og sitt ansvar ifht. pasienttrygghet.
- I fagheftet for operasjonssykepleiere fra 2014 (NSFLOS) står det klart at pasienten er fokuset og målet for all operasjonssykepleie er å dekke pasientens grunnleggende behov, trygghetsbehov innbefattet. Vi spør oss derfor: hvordan har operasjonssykepleiere selv oppfattet og erfart sitt ansvar og rolle i forhold til det å ivareta pasientenes trygghetsbehov under operasjon?
- Klargjøre begrep: pasientsikkerhet/pasienttrygghet

Demografiske data:

- Navn
- Alder
- Erfaring som spl. før spesialisering (antall år, hvor)
- Erfaring som operasjonssykepleier (antall år, hvor).

Trygghet

- Hvordan erfarte du at fokus på pasienttrygghet var-var det rutiner eller opp til hver enkelt?
- Hvordan ble pasienten ivaretatt for at han skulle føle seg trygg?

Vedlegg 3 – Intervjuguide før pilotintervju

- Hva synes du var den viktigste oppgaven med tanke på å ivareta pasienttryggheten?
- Hva mener du ble gjort for å sikre pasienten under operasjonen?
- Hva la du vekt på under leiring av operasjonspasienten?
- Hvilke rutiner var det på å sjekke rett pasient - rett operasjonssted - rett tid?
- Kommunikasjon/informasjon
- Hvordan var teamet på operasjonsstuen bygget opp? (Hvor mange av hver yrkesgruppe++)
- Hvilke endringer har du opplevd gjennom ditt yrke ifht. fokus på pasienttrygghet?
- Endret fokuset seg etterhvert som det kom mer avansert utstyr på operasjonsavdelingen?
- Har du andre oppfatninger om dette nå i forhold til når du startet som operasjonssykepleier?
- Er det andre ting du vil få frem i forhold til dette?

Ansvar

- Hva oppfattet du som det viktigste ansvarsområdet til en operasjonssykepleier?
- Hvordan erfarte du ditt individuelle ansvar for pasientens trygghet/sikkerhet under operasjonen?
- Hvordan oppfattet du ansvaret ifht. å ivareta pasienttryggheten?
- Synes du at ansvaret til en operasjonssykepleier har endret seg over tid?
- Var det fokus fra avdelingslederen når det gjaldt forebygging av skader?
- Hvordan ble avvik (uønskede hendelser) forebygget, håndtert og fulgt opp?
- Var feil noe man kunne snakke om, eller "tiet" man om dette?
- Hvordan opplevde du operasjonssykepleiers ansvar ifht. de andre i teamet?
- Hvordan var kulturen for dette i avdelingen? (Ble man møtt på dette?)
- Har du eksempel på konkrete arbeidsoppgaver som ble gjort, eller som du gjorde, for å ivareta pasientens trygghet/sikkerhet?

Fag og funksjon

- Hvordan foregikk utdannelsen av operasjonssykepleiere når du tok din utdanning?

Vedlegg 3 – Intervjuguide før pilotintervju

- Hvordan opplevde du at pasientens trygghet og sikkerhet ble vektlagt under din utdanning?
- Var operasjonssykepleierens funksjons – og ansvarsområder ”skrevet ned”?
- Hvordan visste du at du skulle gjøre det du gjorde?
- Var det taus kunnskap eller nedskrevet? Hvem overførte kunnskap til hvem?

Vedlegg 4 – Intervjuguide etter pilotintervju

Problemstilling:

Hva har formet og betinget forståelsen av trygghetsaspektet i operasjonssykepleieres ivaretagelse av operasjonspasienten?

Introduksjon

Presentere oss selv. Forklare lydopptak og utfylling og signering av samtykkeskjema. Du har jo fått dette brevet fra oss, den invitasjonen, der står det jo litt informasjon om studien. Der står det blant annet tema for oppgaven, som er operasjonssykepleierens oppfatning av og erfaringer med pasienttrygghet i operasjonsavdelingen – i en historisk sammenheng. For å få svar på det vi lurer på her så skal vi intervju cirka 6 stykker. Vi skal også finne informasjon om det historiske i tidsperioden fra 1960 til 2000. Dette vil vi blant annet undersøke i Statsarkivet i Stavanger.

Pasientsikkerhet er et nytt begrep som har kommet i senere tid, det kom vel i år 2002, så det er veldig mye fokus på det nå til dags. Det er jo pasientsikkerhetskampanjer på sykehuset, der det er fokus på å redusere pasientskader, og det har kommet et elektronisk meldesystem, der du melder uønskede hendelser for å gjøre det lettere å melde i fra. Og det er jo bra, men det er veldig systembasert nå i forhold til det det var før. Det vi vil finne litt ut av er – hvordan var det før, hva har ledet fram til dagens fokus på pasientsikkerhet. Så i denne oppgaven vil vi prøve å få svar på hvordan operasjonssykepleiere i tidsperioden 1960 til 2000 har erfart og oppfattet sin rolle og sitt ansvar i forhold til pasienttrygghet. Vi velger å bruke begrepet pasienttrygghet for det er lettere forståelig for de som ikke har jobbet på en stund, som ikke er kjent med det nye begrepet pasientsikkerhet. I det legger vi hva du som operasjonssykepleier har erfart som viktig for at pasienten skal være og føle seg trygg.

Disse spørsmålene jeg skal stille deg er delt i tre hovedtemaer; trygghet, ansvar og fag og funksjon som operasjonssykepleier.

Har du noen spørsmål før vi begynner?

Demografiske data:

- Navn
- Alder
- Erfaring som spl. før spesialisering (antall år, hvor)

Vedlegg 4 – Intervjuguide etter pilotintervju

- Erfaring som operasjonssykepleier (antall år, hvor).

Funksjon

- Hvordan foregikk utdannelsen av operasjonssykepleiere når du tok din utdanning?
- Hvordan opplevde du at pasientens trygghet og sikkerhet ble vektlagt under din utdanning?
- Var operasjonssykepleierens funksjons – og ansvarsområder” skrevet ned”?
- Var det taus kunnskap eller nedskrevet? Hvem overførte kunnskap til hvem? (Lærebøker vs. praksis)

Trygghet

- Hvordan erfarte du at fokus på pasienttrygghet var-var det rutiner eller opp til hver enkelt? (Eks. informasjon til pasienten, kommunikasjon, leiring, hygiene, tellerutiner, hva taltes?)
- Hvordan ble pasienten ivaretatt for at han skulle føle seg trygg?
- Hva synes du var den viktigste oppgaven med tanke på å ivareta pasienttryggheten?
- Hva mener du ble gjort for å sikre pasienten under anestesi, fra operasjonssykepleierens perspektiv? (eks. endre leie underveis ved langvarige operasjoner, hygiene, forebygge hypotermi?)
- Hva la du vekt på under leiring av operasjonspasienten?
- Hvilke rutiner var det på å sjekke rett pasient-rett operasjonssted-rett tid?
- Hvilke endringer har du opplevd gjennom ditt yrke ifht. fokus på pasienttrygghet? (Eks. informasjon, kommunikasjon, leiring, hygiene, tellerutiner, hva taltes etc.)
- Endret fokuset på pasienttrygghet seg etterhvert som det kom mer avansert utstyr på operasjonsavdelingen?
- Har du andre oppfatninger om pasienttrygghet nå i forhold til da du startet som operasjonssykepleier?
- Er det andre ting du vil påpeke eller få frem i forhold til pasienttrygghet?

Vedlegg 4 – Intervjuguide etter pilotintervju

Ansvar

- Hva oppfattet du som det viktigste ansvarsområdet til en operasjonssykepleier? (F.eks. anestesi sine oppgaver vs. operasjonssykepleiers oppgaver)
- Hvordan erfarte du ditt individuelle ansvar for pasientens trygghet/sikkerhet under operasjonen? (Tok andre ansvar for f.eks. hygiene, endring av leie, forebygge hypotermi? Var det rutiner eller opp til hver enkelt?)
- Synes du at ansvaret til en operasjonssykepleier har endret seg over tid?
- Var det fokus fra avdelingslederen når det gjaldt forebygging av skader?
- Hvordan ble avvik (uønskede hendelser) forebygget, håndtert og fulgt opp?
- Var feil som ble gjort/uønskede hendelser noe man kunne snakke om, eller ”tiet” man om dette til kollegaer?
- Hvordan var kulturen i forhold til pasienttrygghet i avdelingen? (Prosedyrer, rutiner, tema fra avdelingsleder, etc.)
- Har du eksempel på konkrete arbeidsoppgaver som ble gjort, eller som du gjorde, for å ivareta pasientens trygghet/sikkerhet? (Utenom prosedyre/rutine, individuelle hensyn, innføring av prosedyre/rutine, etc.)

Vedlegg 5 – Eksempel på innholdsanalyse

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsenhet	Kode
<p>Intervjuer: Men da gikk du med den samme personen hele veien?</p> <p>Ikke den – nei – ikke nødvendigvis den samme. Men det var alltid av de eldste.</p> <p>Vi hadde en liten bok i lommen som vi skrev ned hva vi brukte på de forskjellige inngrepene, av tråder og alt av instrumenter.</p> <p>Så var det opp med boken og kikke – og der hadde du da skrevet ned – han vil ha det sånn, han vil ha det sånn, og han ...</p> <p>Men det samarbeidet – det går og igjen i dag – for at det kommer veldig mye an på hvem – hvem vi er sammen med.</p> <p>Så da føler jeg at du gjerne er midt i det tekniske, men jeg ser ikke feil i det engang jeg. Hvis – for vi hjelper jo pasienten.</p>	<p>De mest erfarne lærte opp spesialelevene.</p> <p>En egen selvskreven prosedyrebok.</p> <p>Individuelle hensyn til hver enkelt kirurg.</p> <p>Personavhengig samarbeid</p> <p>Fokus på det tekniske</p>	<p>Erfarenhet</p> <p>Prosedyrer</p> <p>Individualitet (hos kirurgen)</p> <p>Teamarbeid</p> <p>Pasienttrygghet</p>
<p>Intervjuer: Hvordan ble pasienten ivaretatt for at han skulle føle seg trygg?</p> <p>Med at vi informerte pasienten, vi hadde jo pre – visitt om – dagen før – så vi var og snakket med pasienten, og sa at det var vi som skulle være med (...)</p> <p>(...) Men jeg tror nok det óg at altså – det var litt sånn, kanskje ... forventninger om at når du ligger sånn, så kan du forvente at det kan skje noe óg.</p>	<p>Informasjon viktig for trygghetsfølelsen til pasienten</p> <p>Pasientens forventninger til komplikasjoner</p>	<p>Informasjon</p> <p>Forventninger (hos pasienten)</p>

Vedlegg 6 – Analyseeskjema med fargekoder, sortert etter informant

Informant 1 - koder	Informant 2 - koder	Informant 3 - koder	Informant 4 - koder	Informant 5 - koder	Informant 6 - koder
Rutine	Erfaring	Erfaring	Erfaring	Erfaring	Erfaring
Pasientfokus	Praksis	Learning by doing	Utdanning	Omorganisering	Allsidighet
Teamarbeid	Utdanning	Ansvar	Praksis	Utdanning	Teori
Autoritet	Undervisning	Frykt (opr.spl)	Tilfeldigheter	Oppfølging	Praksis
Underordnet	Inkludering	Utfordringer	Teori	Mindre forhold	Teknisk
Pasientkontakt	Pasienttrygghet	Grunnlag	Oppfølging	Forståelse	Intern opplæring
Personavhengig	Teknisk	Egenlæring	Trygghet	Teori	Hygiene
Profesjonalitet	Ivaretagelse	Trygghet	Learning by doing	Kontinuitet	Ansvar
Individualitet	Pasientfokus	Sikkerhet	Mindre forhold	Utvikling	Tid
Forebygging	Redsel (pas.)	Utdannelse	Samarbeid	Begrensninger	Mindre forhold
Begrensninger	Omsorg	Pasientfokus	System	Hjelpemidler	Hjelpemidler
Hjelpemidler	Reaksjoner	Informasjon	Teamarbeid	Prosedyrer	MTU
Selvfølgeligheter	Kontroll	Endring	Teknisk	Individualitet	Sikkerhet
Ansvarsfordeling	Irettesettelse	Ivaretagelse	Tillært	Trygghet	Fokus
Sikkerhet	Learning by doing	Forventninger	Prosedyrer	Prioritering	System
Usikkerhet	Utvikling	Utfordringer	Endring	Ansvar	Prosedyrer
Informasjon	Ressurser	Tid	Kvalitetssikring	Effektivisering	Individualitet
Involvering	Sikkerhet	Forståelse	Irettesettelse	Nødvendighet	Forberedelser
Kommunikasjon	Kompetansenivå	Kunnskap	Individualitet	Ansvarsfordeling	Utfordringer
Ansvar	Involvering	Respekt	Omgivelser	Teamarbeid	Selvstendighet
Kunnskap	Feil	Kommunikasjon	Forsikring	Rutiner	Kontroll
Endring	Svikt	Komplikasjoner	Respekt	Personavhengig	Trygghet
Pasientkrav	Funksjon	Gjenkjennelse	Kjennskap	Kunnskap	Ansvarsfordeling
Ekspandering	Ansvar	Nytte	Forebygging	Kommunikasjon	Funksjon
Delegering	Kunnskap	Samarbeid	Pasientfokus	Informasjon	Definering
Økonomi	Hukommelse	Fellesskap	Tilpasning	Pasienttrygghet	Interaksjon
Støtte	Prosedyrer	Verdighet	Kompromiss	Tilrettelegging	Pasientfokus

Vedlegg 6 – Analyseeskjema med fargekoder, sortert etter informant

Effektivisering	Rutiner	Komfort	Forberedelse	Forberedelser	Ansvarliggjøring
Omorganisering	Trygghet	Unøyaktighet	Ansvarsfordeling	Respekt	Forebygging
Organisering	Fokus	Effektivisering	Hensyn	Verdighet	Kommunikasjon
Oppfølging	Respekt	Påvirkning	Tilrettelegging	Forebygging	Samarbeid
Arbeidsmiljø	Misforståelse	Påkjenning	Sikkerhet	Uenighet	Dokumentasjon
Konsekvenstenking	Travelhet	Utilstrekkelighet	Tilstedeværelse	Autoritet	Begrensninger
Nøyaktighet	Standardisering	Ressurser	Grunnlag	Pas. talsmann	Prioritering
Veiledning	HMS	Omsorg	Holdninger	Kompromiss	Krav
Irettesettelse	Hygiene	Individualitet	Kunnskap	Usikkerhet	Sikkerhet
Ledelse	Avvik	Hygiene	Økonomi	Hensyn	Utvikling
Avvik	Myndighet	Pasientens talsmann	Rykte	Endring	Risiko
Lojalitet	Ydmykhet	Ansvarsfordeling	Ansvarliggjøring	Dokumentasjon	Hyppighet
Likestilling	Forglemmelse	Dokumentasjon	Dokumentasjon	System	Pas. talsmann
Frykt	Informasjon	Ansvarsfraskrivelse	Sporbarhet	Ansvarliggjøring	Pasientsikkerhet
Tid	Kommunikasjon	Ledelse	Rutiner	Tid	Uvilje
Stress	Tydighet	Avvik	Ansvar	Ivaretagelse	Forventninger (hos pasienten)
Prioritering	Hensyn	Mindre forhold	Kontroll	Nærvær	Åpenhet
Respekt	Tilstedeværelse		Åpenhet	Yrkesgrupper	HMS
Samhold	Konsentrasjon		Utvikling	Behov	Tydighet
Kontroll	Kompetanse		Individualitet	Ansvarsfordeling	Teamarbeid
Grunnlag	Utfordringer		Forbedring	Holdninger	Ivaretagelse
	Hjelpemidler		Hygiene	Kjennskap	Pålitelighet
	Årvåkenhet		Informasjon	Påpasselighet	
	Forventninger		Engasjement	Oversiktlighet	
	Utviklingspotensiale		Tilstedeværelse	Avvik	
	Egoisme		Avvik	Fortielse	
	Tilfredsstillelse			Irettesettelse	
	Verdighet			Fortvilelse	

Vedlegg 6 – Analyseeskjema med fargekoder, sortert etter informant

	Samarbeid			Omorganisering	
	Individualitet			Pasientfokus	
	Parallelljobbing				
	Ansvarsfordeling				
	Grunnlag				
	Tilrettelegging				
	Ansvarsfølelse				
	Travelhet				
	Ekspandering				
	Påvirkning				
	Avansement				
	Åpenhet				
	Veiledning				
	System				
	Harmoni				
	Ansvarsfraskrivelse				
	Dokumentasjon				

Vedlegg 7 – Analyseeskjema med fargekoder, sortert etter tema

Arbeidsmiljø	Erfaring	Yrkesrollen	Pasienten
Autoritet	Profesjonalitet	Teamarbeid	Verdighet
Underordnet	Individualitet	Pasientfokus	Forventninger
Personavhengig	Selvfølgeligheter	Pasientkontakt	Komfort
Ansvarsfordeling	Sikkerhet	Forebygging	Komplikasjoner
Endring	Usikkerhet	Begrensninger	Reaksjoner
Ekspandering	Involvering	Hjelpemidler	Redsel (pas.)
Økonomi	Ansvar	Informasjon	Pasienttrygghet
Støtte	Kunnskap	Kommunikasjon	Frykt
Effektivisering	Delegering	Veiledning	Behov
Omorganisering	Konsekvenstenking	Irettesettelse	Nærvær
Organisering	Nøyaktighet	Ledelse	Usikkerhet
Oppfølging	Lojalitet	Avvik	Verdighet
Likestilling	Prioritering	Tid	Pasientkrav
Frykt	Grunnlag	Ansvarsfraskrivelse	
Stress	Avansement	Dokumentasjon	
Respekt	Påvirkning	Tilrettelegging	
Samhold	Ansvarsfølelse	Tilfredsstillelse	
Harmoni	Årvåkenhet	Utviklingspotensiale	
System	Kompetanse	Utfordringer	
Åpenhet	Forglemmelse	Konsentrasjon	
Travelhet	Ydmykhet	Tydighet	
Parallelljobbing	Myndighet	Hygiene	
Samarbeid	Trygghet	Standardisering	
Egoisme	Rutiner	Fokus	
Hensyn	Hukommelse	Prosedyrer	
HMS	Kompetansenivå	Feil	
Misforståelse	Learning by doing	Svikt	
Utvikling	Erfaring	Funksjon	
Inkludering	Utfordringer	Sikkerhet	
Forståelse	Gjenkjennelse	Kontroll	
Kommunikasjon	Nytte	Omsorg	
Fellesskap	Tilstedeværelse	Teknisk	
Påvirkning	Forbedring	Ivaretagelse	
Ledelse	Utvikling	Praksis	
Mindre forhold	Holdninger	Utdanning	
Rykte	Kompromiss	Undervisning	
Omgivelser	Tilpasning	Egenlæring	
Teamarbeid	Kjennskap	Utdannelse	
Uenighet	Tillært	Unøyaktighet	
Yrkesgrupper	Tilfeldigheter	Påkjennning	
Holdninger	Forståelse	Utilstrekkelighet	
Fortielse	Kontinuitet	Ressurser	
Fortvilelse	Selvstendighet	Pasientens talsmann	
Pålitelighet	Definering	Ansvar	
Uvilje	Ansvarliggjøring	Ansvarliggjøring	
Interaksjon	Påpasselighet	Sporbarhet	
	Oversiktligheit	Forberedelse	
		Forsikring	
		Kvalitetssikring	
		Teori	
		Allsidighet	
		Intern opplæring	
		MTU	
		Trygghet	
		Nødvendighet	
		Krav	
		Risiko	
		Hyppighet	
		Pasientsikkerhet	

Ord som går igjen hos flere av informantene: Trygghet, personavhengig/individualitet, ansvar (i ulike former), teamarbeid, informasjon, kommunikasjon, learning by doing, forebygging, forberedelser, pasientens talsmann, effektivisering, omorganisering, erfaring.

Vedlegg 8 – Godkjenning fra NSD



Kristin Kavli Adriansen
Institutt for helsefag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 15.11.2016

Vår ref: 50309 / 3 / MSS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.09.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

50309	<i>Hva har formet og betinget forståelsen av trygghetsaspektet i operasjonssykepleieres ivaretagelse av operasjonspasienten?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Kristin Kavli Adriansen
Student	Anne Grete Kleppo

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

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 12.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Marie Strand Schildmann

Kontaktperson: Marie Strand Schildmann tlf: 55 58 31 52

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 8 – Godkjenning fra NSD



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Formålet med studien er å undersøke hvordan operasjonssykepleieres faglige ansvar for pasienttrygghet er blitt formet i spennet mellom fagtradisjonens verdigrunnlag og ytre rammebetingelser.

Hva har formet og betinget forståelsen av trygghetsaspektet i operasjonssykepleieres pasientomsorg?

Problemstillingen utdypes i følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke oppfatninger har operasjonssykepleiere hatt til pasienttrygghet i arbeidet og hvordan har slike oppfatninger endret seg over tid?
- Hvordan har operasjonssykepleiere erfart ansvaret for å ivareta pasienters trygghet i operasjonsavdelingen?
- Hvordan uttrykker fagtradisjonen operasjonssykepleierens faglige funksjon og ansvar for pasienttrygghet?.

Utvalget består av pensjonerte operasjonssykepleiere med tilknytning til sykehus i Rogaland på 1960-tallet. Utvalget rekrutteres via snøballmetoden ved at kontaktperson ved utdanningsinstitusjonen oppgir relevante personer som oppfyller utvalgskriteriene. Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Ved flere interesserte vil en gjøre et utvalg basert på årstallet de har vært yrkesaktive og velge de som har lengst erfaring fra perioden som undersøkes. Vi anbefaler at utvalget informeres om hvor mange man ønsker å rekruttere og at ikke alle nødvendigvis blir innlemmet i studien.

Det behandles sensitive personopplysninger om medlemskap i fagforeninger.

Personvernombudet legger til grunn jf. meldeskjema og intervjuguide at det ikke innhentes opplysninger om tidligere pasienter/tredjepersoner og at taushetsplikten ikke

Vedlegg 8 – Godkjenning fra NSD

er til hinder for datainnsamlingen.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Stavanger sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 12.06.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å: - slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)

- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn) - slette digitale lydopptak

Vedlegg 9 – Tabeller med oversikt over antall operasjoner på Stavanger sykehus, 1933 - 1972

