

SPL4911

2008 HMKLSYKD

Masteroppgave i klinisk sykepleie Anne Pettersvold Andreassen

Ingrid Thurmann-Nielsen

Å bruke seg selv terapeutisk-

Operasjonssykepleiers møte med pasienten



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, mai 2010

25.100 ord

Sammendrag

I et medisinsk miljø i stadig utvikling kombinert med informerte og opplyste operasjonspasienter som forventer høy faglig kvalitet på pleie og behandling skjer møtet mellom operasjonssykepleier og operasjonspasient. Her bruker operasjonssykepleieren seg selv terapeutisk ved å bruke personlighet bevisst og målrettet for å skape tillit og trygghet hos pasienten. Hensikten med oppgaven var å beskrive operasjonssykepleiernes oppfatninger av hvordan de bruker seg selv. Fjorten informanter som representerer en variasjon av erfaring, alder og arbeidssted var intervjuet. Intervjuene har vært åpne, og informantene ble oppfordret til utdyping og refleksjon om intervju spørsmålet; hvordan bruker du deg selv i møtet med pasienten. Intervjuene ble så transkribert og analysert med fenomenografisk metode.

Resultatet viser fire beskrivelseskategorier ordnet i et hierarkisk og horisontalt utfallsrom. Den overordnede beskrivelseskategorien; bruke personlig og profesjonell trygghet var essensiell for å kunne bruke de underordnede; sanser, evner og kroppen. Intervjuene ga rike skildringer av informantenes oppfatninger av hvordan de brukte seg selv. Oppgaven kan bidra til diskusjon og refleksjon i yrkesgruppen, samt bidra til å sette innhold til begrepet "bruke seg selv" i utdanningssituasjoner, noe som igjen kommer operasjonspasienten til gode.

Nøkkelord

Operasjonssykepleier, operasjonssykepleie, kommunikasjon, sykepleier - pasient forhold, empati.

Summery

The medical environment, in which the encounter between a patient due for surgery and an operating room nurse takes place, is constantly developing. Patients are well-informed, enlightened and they are expecting a high level of professional quality regarding care and treatment. In this situation, therapeutic use of self performed consciously by using own personality methodically, allows the operating room nurse to create a sense of trust and safety in their patients. The purpose of this master's subject was to describe the nurses' perception of therapeutic use of self. Fourteen informants who represent a variation in experience, age and workplace were interviewed. The interviews were open, and the informants were urged to give detailed and reflected conceptions. The interviews were transcribed and quotations have been identified.

The findings show four categories of description organized in a hierarchic and horizontal outcome space. The overruling descriptive category; to use personal and professional composure, was essential in order to be able to use the subordinating; senses, abilities and the body. The interviews gave rich descriptions of the informant's conceptions of therapeutic use of self. This task can contribute in regards to discussions and reflections towards the profession, while also contributing to solidify the expression "therapeutic use of self", according to educational situations. In the end, hopefully, it will be in patient's favour.

Keywords

Operating room nurse, perioperative nursing, communication, nurse –patient relations, empathy.

Innhold

SAMMENDRAG	i
SUMMARY	ii
INNHold	iii
1. INTRODUKSJON	1
1.1 EGNE BETRAKTNINGER.....	1
1.2 BAKGRUNN	2
1.2.1 <i>Pasient</i>	2
1.2.2 <i>Sykepleie</i>	5
1.2.3 <i>Operasjonspasienten</i>	13
1.2.4 <i>Operasjonssykepleie</i>	15
1.3 PROBLEMAVGRENSNING.....	20
1.4 HENSIKT	20
2. METODE	21
2.1 DESIGN.....	22
2.1.1 <i>Fenomenografi</i>	22
2.1.2 <i>Det fenomenografiske utvalg</i>	25
2.1.3 <i>Det fenomenografisk intervju</i>	25
2.1.4 <i>Den fenomenografiske analysen</i>	27
2.2 UTVALG	29
2.3 DATAINNSAMLINGSMETODE.....	30
2.4 DATABEARBEIDING	32
2.5 DATAANALYSE	32

2.6	FORSKNINGSETIKK	34
2.7	TROVERDIGHET, PÅLITELIGHET OG OVERFØRBARHET.....	36
3.	RESULTAT.....	40
3.1	BRUKE PERSONLIG OG PROFESJONELL TRYGGHET	42
3.1.1	<i>Personlig egnethet.....</i>	43
3.1.2	<i>Kunnskap og erfaring.....</i>	44
3.1.3	<i>Samarbeid</i>	45
3.1.4	<i>Kunne utvikle seg</i>	47
3.2	BRUKE SANSER.....	47
3.2.1	<i>Bruke blikket</i>	48
3.2.2	<i>Lytte.....</i>	49
3.2.3	<i>Berøre</i>	49
3.3	BRUKE EVNER	51
3.3.1	<i>Kommunikasjon.....</i>	51
3.3.2	<i>Ærlighet</i>	54
3.3.3	<i>Kreativitet.....</i>	55
3.3.4	<i>Empati.....</i>	56
3.3.5	<i>Sette grenser.....</i>	58
3.3.6	<i>Humor</i>	58
3.3.7	<i>Flørte.....</i>	59
3.4	BRUKE KROPPEN	60
3.4.1	<i>Hilse, smile og være høflig.....</i>	60
3.4.2	<i>Være rolig</i>	61

3.4.3	<i>Være nær eller holde avstand</i>	61
3.4.4	<i>Bruke utseende</i>	62
4.	DISKUSJON	63
4.1	KORT OPPSUMMERING AV DE VIKTIGSTE RESULTATENE	63
4.2	RESULTATDISKUSJON	64
4.2.1	<i>Bruke personlig og profesjonell trygghet</i>	64
4.2.2	<i>Bruke sanser</i>	67
4.2.3	<i>Bruke evner</i>	69
4.2.4	<i>Bruke kroppen</i>	71
4.3	METODEDISKUSJON.....	73
4.3.1	<i>Design</i>	73
4.3.2	<i>Utvalg</i>	73
4.3.3	<i>Intervju</i>	75
4.3.4	<i>Databearbeiding</i>	76
4.3.5	<i>Analyse</i>	77
4.3.6	<i>Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet</i>	78
4.3.7	<i>Forskningsetiske overveielser</i>	79
4.4	FREMTIDIGE STUDIER	80
4.5	RESULTATETS BETYDNING FOR KLINISK SYKEPLEIE	81
5.	AVSLUTNING OG TAKK	82
	LITTERATURLISTE	83
	VEDLEGG	89

1. Introduksjon

1.1 Egne betraktninger

Ved norske sykehus i dag er det et økt krav om økonomisk innstramming og effektivisering, samtidig som det forventes høy faglig kvalitet på medisinsk behandling, pleie og omsorg. Internett og helseopplysningsarbeid har bidratt til at dagens pasientgruppe er betydelig mer informert. Dette har resultert i langt flere opplyste og våkne pasienter i et stadig mer teknisk krevende miljø. Pasientene forventer å bli møtt på en god måte, ivaretatt, sett og tatt på alvor. Dagspressen presenterer jevnlig dårlige pasienterfaringer hvor forventningene til helsevesenet og helsepersonell ikke har blitt innfridd. De siste årene har Pasientombudet i Vestfold kunnet vise til at pasienter klager på mangel på informasjon og på helsepersonells oppførsel (e- post 20.05.09).

Pasientens behov for trygghet og informasjon er stort ved sykdom og sykehusinnleggelse. I dette ligger den enkeltes behov for å få forstå hva som skjer med henne eller han. Den som ikke vet hva som skal skje, kan opparbeide stor angst og frykt for det ukjente og for det uforutsigbare. Operasjonssykepleieren kan bidra til at pasienten får kontroll over situasjonen ved å bruke seg selv terapeutisk i møte med pasienten.

Masterstudentene er begge operasjonssykepleiere med flere års erfaring fra forskjellige typer avdeling og sykehus og har ønske om å synliggjøre hva operasjonssykepleierne gjør for pasientens beste. Operasjonspasienten kjennetegnes ved at marginene mellom liv og død kan være liten og at de er i en stress og krisetilstand. Ut fra erfaring og kunnskap er det av stor betydning hvordan pasienten blir møtt inne på operasjonsavdelingen. Det er selvfølgelig egen interesse rundt emnet som har vært avgjørende for valg av problemstilling. Egen forforståelse tilsier at når man klarer å bruke seg selv terapeutisk blir pasienten trygg, føler seg ivaretatt, sett og har hatt en god opplevelse, uavhengig av eventuelle fysiske ubehag. Egne og andres erfaringer

med slike pasientsituasjoner har skapt nysgjerrighet og et spørsmål om hvordan operasjonssykepleiere får dette til. Hvordan bruker de seg selv, for å lykkes i skape forandringene hos pasienten?

Utfordringen i masteroppgaven blir å legge egne teorier og antagelser til side, være bevisst på å stille åpne spørsmål og ikke komme med forslag, men oppfordre informantene til selv å reflektere og utdype, særlig der man tror man forstår hva de mener.

1.2 Bakgrunn

1.2.1 Pasient

Begrepet ”pasient” kommer fra det greske ordet patos som betyr lidende, og fra latin pati som betyr lider (Henriksen og Vetlesen, 2006).

Travelbee (1999) hevder at å bruke begrepet pasient, er å sette merkelapp på menneske og gjøre det stereotyp. Hun påpeker at ordet pasient er nyttig og praktisk i kommunikasjonssammenheng. Men at i det virkelige liv er det ingen som er pasient, men et menneske som trenger omsorg og hjelp fra andre. Personen er verdifullt på grunn av sin menneskelighet. Et menneske defineres som

et enestående uerstattelig individ - en engangsforeteelse i denne verden, lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller vil komme til å leve (Travelbee, 1999, s. 54).

Det at alle mennesker er like og likevel ulike forklarer Travelbee med at alle mennesker har de samme grunnleggende behov, men at de endres ut fra kultur og at alle går gjennom de samme erfaringer som for eksempel ved sykdom og sorg, men at hver enkelt vil reagere på sin måte overfor disse (Torjuul, 1993).

Å være pasient innebærer en uvant situasjon og en ny rolle. Pasienten har liten kontroll over hva som skjer, og i det sosiale systemet på sykehuset har den syke som regel bare en rolle, pasientrollen. Denne rollen er preget av lite rom for egenutfoldelse og lite kontroll (Moesmand og Kjøllesdal, 2004). Denne rollen er "underordnet" og bærer preg av avhengighet. Så i møte med helsepersonell er dette maktforholdet asymmetrisk fordelt. Pasienten har ikke samme makt som den profesjonelle. Maktforhold er ikke likeverdig (Christoffersen, 2005).

Pasienten er imidlertid beskyttet av Lov om pasientrettigheter (Helse – og omsorgsdepartementet, 1999b). Lovens formål er å sikre at alle pasienter får tilgang på helsehjelp av god kvalitet. Dette er beskrevet i "Pasienten først" (Sosial - og helsedepartementet, 1997). Disse retningslinjene ble utviklet for å kunne stille krav til helsetjenesten og spesifisere kvalitetsforventningene fra myndighetene. Retningslinjene består av 10 punkter: tilgjengelighet, lydhørhet, faglighet, forsvarlighet, ansvarlighet, punklighet, åpenhet, helhet, vennlighet og gjensidighet Sykehusene må forholde seg til dette i sitt kvalitetsarbeid og i sin virksomhet.

Helsepersonelloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999a) presiserer i §4 kravet til personlig ansvar og forsvarlighet. Sammen med Lov om pasientrettigheter (Helse- og omsorgsdepartementet, 1999b) er de med på å sikre at pasienten blir møtt på en god måte, får en forsvarlig behandling og at han ikke blir krenket under sykehusoppholdet, hverken juridisk eller menneskelig. Intensjonene med pasientrettighetsloven er å styrke pasientenes rettslige stilling, blant annet gjennom rett til medvirkning, informasjon og samtykke. Og også retten til å se sin egen journal. Pasienten har rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige behandlingsmetoder. Loven må sees i sammenheng med kravet til forsvarlighet i helsetjenesten, og vurderingen av kvalitet må ta utgangspunkt i pasientenes ståsted.

Sykdom er ofte knyttet til ens identitet og selvoppfatning. I pasientrollen ligger det en trussel mot den oppfatning personen har av seg selv og andres oppfatning av ham. Trusselen kan gi seg uttrykk i frustrasjon, sinne, angst og uro (Hansen, 2009).

Angst kan oppstå når man føler seg usikker og truet. Det kan være at man har angst for å få smerter og kvalme. Man kan dele angst i tre nivåer. Hvis pasienten føler en svak angst, tenker man er en normal reaksjon på sykdom og konkret nødvendig behandling for å bli frisk. Pasienten har god evne til mestring. Hvis pasienten føler en moderat angst, så vil pasientens evne til hensiktsmessig mestring være redusert, fordi han har redusert evne til å formidle behov og motta informasjon. Ved sterk angst er kjennetegnene at pasienten ute av stand til å ta imot informasjon, og han har svært dårlig evne til hensiktsmessig mestring. Symptomer på angst generelt kan være skjelving og anspenthet, hjertebank og hurtig puls. Pasienten kan føle seg svimmel, munntørr og svett med klamme hender (Moesmand og Kjøllesdal, 2004).

Dette kan sees videre i sammenheng med følelsen av maktesløshet og av å miste kontrollen. Situasjonen gjør at pasienten etter sykdom har inntruffet, føler seg lite effektiv og det er vanskelig å gjøre noe positivt. Menneskets reaksjon på endringer, krever omstilling. Den enkeltes vurdering av hvor mye omstillingen krever bestemmer videre reaksjonsmønsteret (Hovind og Bruun, 2002).

Pasienten kan oppleve psykologisk stress på grunn av stimuli som støy, søvnmangel, sosial isolasjon, påtvunget immobilitet og smerte i forbindelse med prosedyrer. Dette er ukjente stimuli som kan skape frykt og angst. Pasienten trenger hjelp til å identifisere disse stimuli og forstå det som skjer. Da reduseres frykten. Generell utrygghet relatert til ens egen situasjon, personalets kompetanse og mangelen på personlig kontroll er faktorer som kan fremkalle frykt og angst (Moesmand og Kjøllesdal, 2004, s.52).

Stress i moderat form øker kroppens beredskap til å takle den påkjenningen som følger en operasjon, og kan være positiv. Hvordan pasienten takler stress, er i stor grad knyttet til hans eller hennes forståelse av hva som skjer og konsekvensene det får. Mennesker takler stress på ulike måter. Det er en følge av tidligere erfaringer, kroppslig viten, situasjonens innhold og hva den enkelte bryr seg om (Hansen, 2009).

Hvis pasienten opplever situasjonen som en veldig stor belastning følelsesmessig, kan det utløse diverse stressreaksjoner. Stresset kan føre til at fysiologiske stressresponser blir utløst. Hvis situasjonen oppleves som meget truende, stiller det krav til kroppens omstillingsevne. Den fremkaller en "fight or flight"-reaksjon, og hensikten er å øke

kroppens handlingsberedskap og evne til å reagere raskt på endringer. Dette kan være negativt stress, og dermed en belastning for organismen. Negative stress gir fysiologiske og psykologiske reaksjoner hos oss mennesker (Hovind og Bruun, 2002). Psykologiske reaksjoner vil påvirke pasientens følelser, og stille krav til mestring for å takle dette nye kravet som han eller hun står ovenfor. Mestring består av tanker, følelser og adferd. Moesmand og Kjøllesdal ser til Lazarus og Folkmans definisjon av mestring.

Kontinuerlig skiftende og adferdsmessige anstrengelser for å takle spesifikke ytre eller indre krav som oppleves belastende, eller som overskrider ens ressurser (Moesmand og Kjøllesdal, 2004, s.70).

Fysiologisk vil det føre til at det skilles ut økte mengder adrenalin og noradrenalin fra binyremargen. Da vil blodtrykk og puls stige, noe som øker belastningen på hjertet. Samtidig prioriteres blodtilførselen til hjertet, hjerne og muskulatur, slik at blodtilførselen til blant annet huden blir nedprioritert. Det igjen får flere følger, blant annet kan faren for hypotermi og trykkskader øke, når hudens sirkulasjon ikke prioriteres (Hovind og Bruun, 2002).

1.2.2 Sykepleie

Det er slått fast at sykepleie er selvstendig fag. Det utføres i samarbeid med andre yrkesgrupper i helseteamet, hvor sykepleieren gir helhetlig omsorg til den enkelte pasient (NSFLOS, 2008). Martinsen beskriver sykepleie slik

sykepleie er omsorg i nestekjærlighet for det lidende mennesket der fagkunnskap og menneskelig nærværenhet er vevet i hverandre, uttrykt i aktelsens språk (Martinsen, 2009, s. 38).

Travelbee hevder at

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess fordi det alltid, direkte eller indirekte, dreier seg om mennesker (Travelbee, 1999, s. 29-30).

Med prosess mener hun en erfaring eller en serie av erfaringer mellom sykepleieren og den som trenger hennes assistanse. Gjennom prosessen etableres et menneske – til – menneske forhold. Dette forholdet er en forutsetning for å oppnå hensikten med sykepleien, som er å møte sykepleiebehovene hos individet, familien eller samfunnet.

Et menneske – til – menneske- forhold i sykepleie er en eller flere opplevelser eller erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester (Travelbee, 1999, s. 41).

Ifølge Travelbee oppnås sykepleiens hensikt ved å opprette et menneske - til - menneske forhold mellom sykepleier og pasient.

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleier assisterer individet, familien eller samfunnet ved å forebygge eller mestre erfaring med sykdom og lidelse, og dersom nødvendig, til å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29).

Sykepleierens menneskesyn er viktig fordi det vil innvirke på kvaliteten av sykepleien som gis til pasientene. Det bestemmer sykepleierens holdninger til liv, død, sykdom og helse. Det bestemmer hvilken verdi sykepleieren tillegger de menneskene hun møter (Travelbee, 1999). Videre beskrives det i sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer at

sykepleieren skal ivareta den enkeltes pasients verdighet og integritet, herunder retten til en helhetlig omsorg, retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket (NSF, 2007 s.7)

Andersson (1994) referere til Pellegrino som hevder at

En persons integritet er uttrykt i et balansert forhold mellom personens fysiske, psykososiale og intellektuell deler av hans eller hennes liv (Andersson, 1994, s. 31).

Krenket kan defineres som såret eller ydmyket (Gundersen, 1984). Retten til ikke å bli krenket er den mest grunnleggende av alle rettigheter en pasient har. Ingen skal forlate

sykehuset med følelsen av å være krenket (NSF, 2007). Yrkesetiske retningslinjer understreker også ivaretagelse av pasientens selvbestemmelse.

Sykepleieren ivaretar den enkeltes pasients rett til å være medbestemmende og sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre om at informasjon er forstått (NSF, 2007, s. 7).

I profesjonsetikken er det forventet at den som er profesjonell handler ut fra innsikt og empati. Profesjonsetikken krever at man engasjerer seg i det andre menneskets situasjon og bruker skjønn når man handler. Som helsearbeider har man makt over pasienten, en faglig makt i kraft av kompetanse og kunnskaper. Man skal bruke den makten til beste for pasienten, og ikke til beste for oss selv. Men man har ikke bare makt i kraft av sin profesjon, men også en personlig makt knyttet til holdninger og evne til å kommunisere (Christoffersen, 2005).

Sykepleiefaget kan deles inn i flere former for kunnskap; den teoretiske, den praktiske og klokskap. Den teoretiske kunnskap er for eksempel anatomi og hygiene, som er med på å danne vår faglige identitet. Den praktiske kunnskap kan være å utføre ulike prosedyrer (Eide, 2009). Klokskapen kan kalles ”Kunnskap om hva som er det gode, når livet mellom mennesker skal lykkes” (Eide, 2009, s. 72). Klokskap vises ved intuitivt å vite når man skal trøste en pasient, eller når man skal la en pasient i fred. Så det handler om å ta gode valg (ibid).

I yrkesetiske retningslinjer står det at ”sykepleieren må erkjenne egen profesjonsmakt i møte med pasientens og nære pårørendes sårbarhet” (NSF, 2007, s. 5). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere er bygd på de internasjonale etiske regler utarbeidet av International Council of Nurses og på menneskerettighetene, og prinsippet er at

Grunnlaget for all sykepleie er respekt for det enkelte menneskes liv og iboende verdighet. Sykepleie skal være kunnskapsbasert og bygger på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene (NSF, 2007, s.5).

Forsvarlighetskravet er gjennomgående i alle helselovene og er ment å være et fundament for all yrkesutøvelse. Forsvarlighetskravet er delt i to komponenter. Det ene

er den enkelte sykepleiers om plikt til forsvarlig yrkesutøvelse, det vil si den enkeltes sykepleiers individuelle ansvar. Det andre er systemansvaret, altså arbeidsgivers ansvar.

Forsvarligheten ivaretas ved at det er en generell plikt og ansvar til å opptre forsvarlig. God praksis er kjernen i Forsvarlighetskravet (NSF, 2001). Det er normer for hvordan hver enkelt helsearbeider bør utøve forsvarlighet, i forhold til det faglig, det etiske og det juridiske. Dette vurderes ut ifra helsepersonellens faglige kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen (ibid). I Rammeplan for sykepleierutdanning heter det

Høgskolen skal utdanne selvstendige, ansvarsbevisste, endrings – og pasientorienterte yrkesutøvere som viser evne og vilje til en bevisst og reflektert holdning ved utøvelse av sykepleie (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5).

For sykepleieren blir nye pasienter og nye problemstillinger en kilde til erfaring og faglig utvikling. Benner (1995) beskriver utviklingsstadier på veien mot å bli en kompetent, kyndig eller ekspertsykepleier, og om betydningen av erfaring i denne utviklingen. De ulike trinnene i klinisk sykepleie er basert på kompetansenivåer hvor Benner viser hvordan arbeidserfaring gir sykepleierne ulik evne til å flette sammen kunnskaper, ferdigheter og holdninger. På stige fra novise til ekspert blir man mer fleksibel og bedre til å prioritere. Novisen eller nybegynneren er uten tidligere erfaring og er avhengig av prosedyrer for å kunne fungere i kliniske situasjoner. Novisen er regelstyrt, og tenker etter innlærte oppskrifter. Den avanserte nybegynner kan mestre kortsiktig planlegging, men er lite fleksible om det skulle skje større endringer i situasjoner. Den kompetente mestrer komplekse situasjoner og er fleksibel, men mangler den kyndige sykepleierens hurtighet. Den kyndige har en grundig helhetsforståelse av kliniske situasjoner og oppfatter raskt helheten og problemets kjerne. Hennes erfaringer kan forutsi endringer i pasientens tilstand før de inntreffer. Eksperten vet umiddelbart hva som er riktig å gjøre. Den kompetente må ha arbeidet ved samme sted 2- 3 år, mens den kyndige har tre til fem års praksis fra samme praksisfelt. Eksperten må ha minst fem år fra samme praksisfelt, og ekspertpraksisen er karakterisert ved en større grad av intuitiv forbindelse mellom det å oppfatte de viktigste aspektene ved en situasjon og reagere på den. Ekspertens utvikling av

kompetanse er knyttet til både den aktuelle situasjonen en står ovenfor, og alle tidligere, liknende situasjoner vedkommende har befattet seg med. Eksperten har det kliniske skjønn. Når ekspertene kan beskrive kliniske episoder hvor deres innsats har gjort en forskjell, synliggjøres deler av den viten som ligger i deres praksis (ibid). Ifølge Benner dreier erfaringens betydning seg om

avklaring av forutfattede meninger og teorier med mange konkrete, praktiske situasjoner, som nyanserer eller fasetterer teorien (Benner, 1995, s. 47).

Hun beskriver ekspertsykepleierens evne til å hjelpe pasienten. Sykepleieren skaper relasjon til pasienten som virker fremmede for helbredelsesprosessen. Hun tør å være hos pasienten, hun øker pasientens deltagelse og kontroll over egen helse og trøster og kommuniserer gjennom berøring. Kompetansetigen viser hvordan erfaringsbasert viten er grunnleggende for utøvelse av omsorg og sykepleie. Evnen til å se hva som er mulig, er et kjennetegn som skiller den kompetentes prestasjon fra den kyndige og ekspertens (ibid).

Profesjonell kompetanse eller profesjonalitet består av de kvalifikasjoner som er nødvendige og hensiktsmessige i utøvelsen av yrket. Kirkevold (1996) hevder at kompetanse kan sees på som en kontinuerlig prosess hvor teoretisk, praktisk og etisk kunnskap integreres og utvikles gjennom erfaring, refleksjon og intuisjon. Kompetanse må holdes ved like og videreutvikles for ikke å gå tapt. Og den må holdes ved like for å møte nye og økende krav til kompetanse.

Det er et mål som flytter seg foran oss hele veien, som alltid kan forberedes og alltid krever innsats. Det er dessverre og heldigvis ingen grenser for hva dette skjønnnet kan inneholde; dessverre fordi kan vi aldri hvile på våre laurbær og si at nå kan vi nok, heldigvis fordi vi alltid vil ha nye og spennende spørsmål å stille (Krogstad og Foss, 1997, s.169).

Handlingskompetanse må sees i sammenheng med den kritisk syke pasientens behov på den ene siden, og på den andre siden sykepleierens evne til å bruke sine kunnskaper, ferdigheter og holdninger på en effektiv, trygg og sikker måte, men uten etisk

kunnskap og personlige refleksjoner blir det for snever sykepleiekompetanse (Kirkevold, 1996).

Å ha kompetanse innebærer at en kan handle på en fleksibel måte og tilpasse sine handlinger ut fra det situasjonen krever og at kompetansen innbefatter en kombinasjon av vurderinger, holdninger og kompetanse innen både det menneskelige og tekniske området (Benner, 1995). Praktisk utøvelse av sykepleie innebærer møter med sammensatte og komplekse situasjoner og problemstillinger som betyr at sykepleieren trenger et vidt spekter av kunnskap for å møte denne virkeligheten (Krogstad og Foss, 1997).

Det samme temaet tar Skau (2005) opp, når hun omtaler erfaring som ledd i personlig og faglig utvikling. Hun hevder at personlig kompetanse er en sentral del av profesjonaliteten. Man trenger bestemte personlige egenskaper som for eksempel empati, ferdigheter som for eksempel et godt håndlag, og teoretiske kunnskaper som anatomi og fysiologi, for å lykkes som sosiale aktører. I møte og samhandling mellom mennesker innebærer god profesjonalitet at yrkesutøveren er i stand til å være personlig. Her er vår personlige kompetanse viktig, noe som utvikles i ”samspill” mellom fag og person. Personlig kompetanseutvikling berører våre grunnleggende verdier, holdninger og væremåte.

Martinsen (2005) beskriver det gode møtet, og nødvendigheten av å anstrenge seg for å oppnå dette. I boka Samtalen, skjønnnet og evidensen skriver hun om at all kommunikasjon vil si å våge seg fram mot den andre.

Det er å våge å ta valget om å la seg engasjere i eksistensen, som nettopp er å våge seg fram. Det er å våge seg fram for å bli imøtekommet. Det betyr å bli tatt alvorlig, møtt med oppriktighet, slik at ens integritet ivaretas og vernes (Martinsen, 2005, s. 37).

Martinsen hevder at det å tørre å møte en annen person, krever mot, fordi man kan risikere å bli avvist. Pasienten vil som oftest vise sykepleieren en spontan og umiddelbar tillit ved å utlevere seg, og forventet å bli møtt på en god måte. Pasienten

overlater dermed noe av seg selv og sitt liv til sykepleieren. Man kan her komme til å ødelegge grunnlaget for tillit ved å være likegyldig, og pasienten vil føle at hans tillit er misbrukt. Martinsen mener at det kreves av sykepleieren at vedkommende har en sensitivitet og empati møte i med pasienten, som er nødvendig for å kunne sette seg inn i hans situasjon. Man må være ydmyk og man må bry seg om den andre. Man må ikke være redd for å være et ekte menneske. Dette er personlighetstrekk sykepleieren må ha dersom hun skal kunne hjelpe andre med å mestre en virkelighet av sykdom og lidelse. Martinsen (2005) skildrer hvordan man blir tillit verdig.

Å vise tillit betyr å utlevere seg, våge seg fram for å bli imøtekommet. Tillit er elementært i enhver samtale og i vår holdning til den andre. I samtalen utleverer man seg. Det er en bestemt tone som den som samtaler viser i forhold til den andre. Med vår holdning til hverandre, -gjennom blick, stemme, og hender- er vi med på å gi hverandre liv i dets tone (Martinsen, 2005, s. 143).

I Seljeskogs (1996) bok om etikk viser hun til tillit som en verdi, og er nødvendig for alle mennesker. Når mennesker er i krise, er det avgjørende å bli vist tillit av helsepersonell. Ved å bryte tillit, mister man følelsen av å være av verdi.

Kommunikasjon og samarbeid med pasienten, er en forutsetning for å kunne hjelpe pasienten i situasjon han eller hun er i. Pasientens spesielle situasjon og omgivelser, utfordrer sykepleieren i kommunikasjonsprosessen. Angst og frykt kan også påvirke pasientens kommunikasjonsmuligheter, og det kommer mye støy fra teknisk utstyr og kollegaer (Hansen, 2009).

”Kommunikasjon er en gjensidig prosess” (Travelbee, 1999, s. 137). Kommunikasjon er også en komplisert prosess, hvor det er viktig at sykepleieren forstår hva pasienten formidler, både den verbale kommunikasjon med ord og den non verbalt kommunikasjonen som er uten ord, men med kroppsspråk. Det er gjennom denne prosessen at ”sykepleieren kan bli i stand til å etablere et menneske – til -menneske forhold ” (Travelbee, 1999, s. 135-136). Dette fører til at sykepleieren kan møte pasientens behov. Travelbee (ibid) understreker at det er fullt mulig å kommunisere effektivt, når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk og har en disiplinert, intellektuell

tilnæringsmåte. Det som bestemmer om et menneske -til- menneske forhold utvikler seg, er hva som blir kommunisert.

For å utøve sykepleie til akutt og kritisk syke må spesialsykepleieren skape et terapeutisk miljø (Moesmand og Kjøllesdal, 2004). Dette kan oppnås ved profesjonell kommunikasjon. Profesjonell kommunikasjon er den kommunikasjonen man bruker som helsepersonell, og er en annen enn den man bruker utenfor arbeidet. Profesjonell kommunikasjon forutsetter at spesialsykepleieren har kunnskaper på flere områder, fordi kommunikasjonsferdigheter og evner spenner fra praktisk handling, til det å bruke etikk og empati i møte med operasjonspasienten og hans behov (Eide og Eide, 2007).

”Empati er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket” (Travelbee, 1999, s.193). Målet for kommunikasjon er at den andre og dennes behov blir møtt best mulig (ibid).

Eide og Eides (2007) omtaler begrepet den ”hjelpende” kommunikasjon, dette for å understreke at kommunikasjon i sykepleien er ment å være til hjelp for pasienten. Den hjelpende kommunikasjon kan være for eksempel være bruk av aktiv lytting for å skape tillit og trygghet. Det er å bruke teknikker for å hjelpe pasienten best mulig, og få fram pasientens perspektiv i situasjonen.

Samtalen mellom pasienten og sykepleier er en samtale mellom to likeverdige, selv om sykepleieren har en kunnskap og dermed en maktposisjon som den som mottar hjelpen ikke har. Den syke vet best hvordan han har det, så sykepleieren må lytte til hva pasienten sier. Sykepleierens må videre bruke sitt faglige skjønn om hvordan hun skal handle slik at pasienten får det best mulig. Men dette forutsettes at sykepleieren er villig til å sette seg inn i pasientens situasjon (Martinsen, 2005).

Travelbee fokuserer på den mellommenneskelige dimensjonen i sykepleierfaget. Hun er opptatt av hvordan sykepleieren kan hjelpe pasienten best mulig, og hvilke faktorer som spiller inn i det møtet (Kirkevold, 1992). Travelbee sier at den profesjonelle sykepleieren har evnen til ”å bruke seg selv terapeutisk”

Når sykepleieren bruker seg selv terapeutisk, gjør hun bevisst bruk av sin egen personlighet og egne kunnskaper med sikte på å bevirke forandring hos den syke (Travelbee, 1999, s. 44).

Når den lindrer pasientens plager, er denne forandringen terapeutisk.

Å bruke seg selv terapeutisk dreier seg om evnen til å bruke personlighet bevisst og målrettet i et forsøk på å etablere et forhold til den syke og strukturere sykepleieintervensjonene (NSFLOS, 2008, s. 4).

Å bruke seg selv terapeutisk pekes her på som en personlig, målrettet og hensiktsmessig måte å møte pasienten på, i et forsøk på å etablere et forhold til den syke.

Evnen til å bruke seg selv terapeutisk må kombineres med en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte, ifølge Travelbee (1999). Med en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte mener hun at man må ha en logisk framgangsmåte til problemet, ved å ha og bruke fagkunnskaper og overføre dette i omsorgen til pasienten. Det å ”bruke seg selv terapeutisk” kan også oppsummeres som en forpliktelse.

For å kunne bruke seg selv terapeutisk er det en del andre forutsetninger som også må være tilstede. Selvinnsikt og selvforståelse synes som en forutsetning for å være en dyktig sykepleier. Sykepleieren må ha selvinnsikt og forståelse for dynamikken i møte med mennesker. Slik selvinnsikt kan sannsynligvis ikke utvikles alene, den er nært knyttet til vårt forhold til andre mennesker. Sykepleieren må ha evne til å tolke andres adferd og kunne ha evne til å handle. Sykepleieren må ha innsikt i hvordan sykdom og lidelse virker inn på et menneske, og seg selv. Man må også ha en formening om hvordan ens egen opptreden virker på andre (Travelbee, 1999).

1.2.3 Operasjonspasienten

Dagens operasjonspasienter spenner vidt. Fra en frisk person som kommer gående til et mindre inngrep, til den akutt og kritisk syke pasient hvor liv og helse er truet.

Operasjonspasienten kommer i alle aldre, begge kjønn, fra alle kulturer og alle sosiale lag.

Hvis pasienten har vært syk over lengre tid og stått på venteliste til operasjon, har han eller hun fått tid til å forberede seg. Noe annet er hvis man blir plutselig akutt og kritisk syk. Han eller hun er i en ny og ukjent situasjon, som medfører stress og usikkerhet. I tillegg befinner pasienten seg i en høyteknologisk avdeling hvor lyder og apparater kan virke skremmende og ukjente (Moesmand og Kjøllesdal, 2004).

Man vet at tilstanden til operasjonspasienten preoperativt, har stor innvirkning både fysisk og psykisk, på det postoperative forløp. Det å ha kontroll kan ha stor betydning for sykdomsforløpet, og kan dempe hormonelle reaksjoner som kan være negative for pasienten (Hovind og Bruun, 2002). Travelbee sier at et kirurgisk inngrep er mer enn en prosedyre, det er også en menneskelig erfaring, som den enkelte vil reagere på sin egen unike måte. De fleste som står foran en operasjon, har behov for informasjon og behov for sikkerhet (Travelbee, 1999). For pasienten som skal gjennom en operasjon, er det en viktig hendelse i livet, og den kan ta all tankevirksomhet (Moesmand og Kjøllesdal, 2004). I Sverige er det gjort forskning på perioperativ omsorg, som er den tiden pasienten er inne på operasjonsavdelingen (Lindwall, 2004.; Lindwall og von Post, 2008.; von Post 1999). Lindwall og von Post beskriver hvordan verdigheten står helt sentralt i den profesjonelle perioperative omsorgen.

Operasjonspasienten kan oppleve at de har liten eller ingen kontroll over situasjonen. For mange operasjonspasienter er opplevelsen av å miste kontroll og føle seg maktesløs kortvarig, for andre ikke. Å ha kontroll demper usikkerhet og angst. Dette gir operasjonspasienten mulighet til å oppleve mestring og trygghet i situasjonen. Flere undersøkelser viser at operasjonspasienten også er opptatt av å ivareta egen integritet, og selvbestemmelse. Pasienten er i en sårbar situasjon og avhengig av at operasjonssykepleieren utfører handlinger på hans vegne, vil valg av handlinger og hvordan de utføres være avgjørende (Hansen, 2009).

Resultatet av operasjonen er selvfølgelig viktig for pasienten, og håpet om at en vellykket operasjon vil øke livskvaliteten. Men selv om inngrepet er et vellykket kirurgisk resultat, kan det medføre endringer i pasientens utseende og mobilitet. Selv

om pasienten er informert og forberedt før operasjonen, kan det føre til sorgreaksjoner og endret kroppsbilde ved for eksempel amputasjon av et ben (ibid).

Lindwall og von Post beskriver den sykes kamp som tvinger pasienten til å "ofre" deler av sin kropp for å bli fri fra sykdom, og for å finne igjen veien mot helse og helhet. En pasient sa: "Det förändrade utseendet gör mig till en annan, men vem"? (Lindwall og von Post, 2008, s. 39). De mener at alle mennesker ønsker å være hele. Så når man blir syk, blir det et svik mot det ønsket, og en operasjon kan utløse en livskrise (ibid).

Det er flere forhold som gjør møtet mellom operasjonssykepleier og operasjonspasient spesielt. Møtet varer kun få minutter og finner sted i fysiske omgivelser preget av avansert teknologi (Moesmand og Kjøllesdal, 2004). Det er derfor essensielt at møtet blir av en slik karakter at trygghet, tillit og kommunikasjon oppnås (Hansen, 2009).

Operasjonsavdelingen ligger i et adskilt og skjermet område på sykehuset, og det første som møter en er skilt med Adgang Forbudt. For å få adgang innenfor disse dørene må ansatte "sluses" inn, noe som består i å fjerne klokke og smykker, ta på grønt arbeidsantrekk og dekke håret. Operasjonspasienten skal også gjennom slusen. Slusen er en del av oppbyggingen av en operasjonsavdeling, og den fungerer som et viktig ledd i infeksjonsforebygging. Det er ofte her det første møte mellom operasjonspasient og operasjonssykepleier skjer. Disse omgivelsene kan virke skremmende for en ukjent. Her skal pasienten flyttes over på et operasjonsbord. Når pasienten blir kjørt inn i selve operasjonsgangen, er alt personalet kledd i grønt arbeidsantrekk, alle med hetter i ulike fasonger, og noen med munnbind på seg (Brekken og Dåvøy, 2009).

1.2.4 Operasjonssykepleie

Operasjonssykepleierens kompetanse er nødvendig og uerstattelig når pasienten opereres, og målet er å utøve individuell og profesjonell sykepleie (Høiland, 1996). Operasjonssykepleier er en sykepleier med videreutdanning i operasjonssykepleie og Rammeplan for videreutdanning i operasjonssykepleie definerer funksjons- og arbeidsområder slik

Operasjonssykepleie er et spesialområde innen sykepleie som krever kunnskaper om og forståelse for den akutt og / eller kritisk syke operasjonspasientens situasjon. Operasjonssykepleie innebærer å være en sentral medspiller i arbeidet med å organisere og koordinere driften av den operative virksomheten, ivareta pasientens behov for sykepleie før, under og umiddelbart etter inngrepet (Kunnskapsdepartementet, 2005, s. 5).

Det stilles store krav til den enkelte operasjonssykepleier om å holde seg faglig oppdatert. Man skal arbeide i tråd med faglig forsvarlighet, kunnskapsbasert praksis, vise evne til omstilling og samtidig møte kravet om økt produktivitet. Samfunnet har behov for og forventer at beslutninger bygger på den best tilgjengelige og oppdaterte kunnskapen (NSFLOS, 2008). Landsgruppa for operasjonssykepleiere definerer operasjonssykepleierens kompetanseområde slik.

Operasjonssykepleier har kompetanse som gir myndighet og ansvar for egen yrkesutøvelse og for den helhetlig operasjonssykepleie i avdelinger hvor pasienter med sykdom eller skade gjennomgår planlagt eller akutt kirurgisk inngrep, behandling eller undersøkelse. Operasjonssykepleie innebærer utøvelse av individuelle og profesjonell sykepleie innenfor direkte og indirekte pasientarbeid (NSFLOS, 2008, s. 5).

Operasjonssykepleierens Landsforbund har utarbeidet retningslinjer i tråd med gjeldende lovverk. Myndighetsområde og funksjonsansvar er nøye definert her. De bruker Travelbee sin definisjon om at en operasjonssykepleier er faglig, etisk og juridisk ansvarlig for sine sykepleierhandlinger (NSFLOS, 2008). Sykepleierens kompetanseområder kan deles i fire, den terapeutiske, den pedagogiske, den administrative og fag – og forskningsfunksjon. Disse områdene er overførbare til operasjonssykepleie. Operasjonssykepleierens terapeutisk ansvar, det er den direkte pasientkontakten, og kan igjen dels inn i fire områder, som er den forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende.

Det lindrende aspektet til operasjonssykepleieren har som mål å begrense omfanget og styrken av de belastninger operasjonspasienten utsettes for i konkrete situasjoner (NSFLOS, 2008, s. 15).

Ved å ivareta pasientens integritet og autonomi, kan man fremme operasjonspasientens opplevelse av velvære, og ut ifra dette kan opprette et tillitsforhold (ibid).

Operasjonssykepleieren kan styrke operasjonspasientens egenomsorg ved å informere, å være tilstede og gi støtte så pasienten kan bli og å være forberedt på hva som skal skje (NSFLOS, 2008, s. 16).

Dette krever at operasjonssykepleieren har kompetanse, holdninger og ferdigheter å gjøre pasienten delaktig i situasjonen. Operasjonssykepleieren må ha kunnskaper om og evne til å kunne vurdere stressreaksjoner og de forskjellige angstnivåene, og være klar over kjennetegnene for å kunne iverksette hensiktsmessige tiltak.

I møtet med operasjonssykepleieren finnes alltid et ønske eller en forventning om, å bli tatt i mot og bli tatt på alvor. Pasienten har denne grunnleggende tilliten til å bli tatt vare på og at alle i operasjonsteamet vil hennes beste, selv om denne tilliten gjør pasienten utsatt og mulig å krenke. Dette er viktig for opplevelsen av trygghet og velvære (Martinsen, 2009).

Hun har å gjøre med mer eller mindre bedøvede, men levende kropper. Det er kropper som i sin bedøvede tilstand er meget forsvarsløse og åpne, sårbare og utsatt, maktesløst overlatt i operasjonssykepleierens og andres hender, bokstavelig talt i deres makt til å makte (Martinsen, 2009, s. 33).

For å oppnå et best mulig resultat for den enkelte pasient, så er operasjonssykepleieren ansvarlig for å ha kvalitetssikrede prosedyrer, arbeide godt og funksjonelt i omgivelser som er innredet for operasjonspasienten (Rothrock, McEvan og Alexander, 2007). Det stilles bestemte krav til utforming og oppbygging av operasjonsavdelinger. Det er en høyteknologisk avdeling som stiller store krav til kvalitetssikring og den enkeltes kunnskaper om det tekniske utstyret (Brekken og Dåvøy, 2009).

Operasjonssykepleieren arbeider ikke alene sammen med pasienten. Leger og anestesisykepleier deltar i det tverrfaglige operasjonsteamet, og det er opp til alle å opptre ivaretagende og behandle den sovende pasienten med respekt. Godt samarbeid, både tverrfaglig og innen fagområdet, er viktig og nødvendig for å sikre kvalitet og

kontinuitet i pasientbehandling. Dette er også nedfelt i operasjonssykepleierens administrative ansvar (NSFLOS, 2008).

Operasjonssykepleieren har forpliktet seg til å handle til operasjonspasientens beste. Dette innebærer at operasjonssykepleieren skal sørge for at pasienten er i stand til å motta informasjon, og at medvirkningens form skal tilpasses evne til å gi og få informasjon. Det betyr også at så langt som det er mulig å ta hensyn til pasientens ønsker. Et eksempel på det kan være ønsker om å få høre på musikk under operasjonene (Hansen, 2009).

Som operasjonssykepleier handler vi ut ifra pasientens individuelle og nødvendige behov. Det er dette som skal styre våre handlinger, og ut i fra dette vokser det også frem et etisk og moralsk aspekt (NSFLOS, 2008).

På operasjonsstuen har naturlig nok kroppen en sentral plass. Kroppen blir avkledd og utsatt for personalets blikk. For pasienten kan det oppleves som kroppen er en ting som skal repareres, og som er atskilt fra resten av seg. En helhetlig sykepleie kan hindre denne følelsen pasienten kan få. Omsorgen kommer til uttrykk gjennom måten operasjonssykepleier nærmer seg og behandler pasientens kropp. Hvordan operasjonssykepleieren tar på pasienten og hvordan hennes blikk oppleves, vitner om sykepleiers respekt for pasienten som person. Her kan pasienten oppleve situasjonen som pinlig og nedverdiggende, og bare ønske å få inngrepet unnagjort og kroppen ”reparert” (Lindwall og von Post, 2008).

Ifølge Lindwall og von Post (2008) bekrefter den perioperative sykepleier sin egen og pasientens verdighet, gjennom den profesjonelle naturlige omsorgen. Det betyr at hun må se pasienten, og dens ønske om å kjenne menneskekjærlighet, å kjenne respekt, å få være fri, å få være unik og at selv å få forme sitt liv og sitt vesen. Menneskets verdighet aktualiseres hver gang en sykepleier gir omsorg til en pasient. Verdighet blir frem for alt synlig i personalets opptreden mot pasienten og vises som en bekreftelse eller krenket verdighet. Sovende og bedøvd er pasienten fullstendig ute av stand til å forsvare seg selv, og må ha tillit til at operasjonssykepleieren og de andre i operasjonsteamet tar pasienten på alvor og behandler med respekt under inngrepet.

Under tiden patienten sover eller ikke selv kan forsvare seg og vaka over sin kropp forsvaret anestesist- og operasjonssjukskoterskan patientens rettigheter, vaktar og vakar over patientens kropp, helse og liv (Lindwall og von Post, 2008, s. 47).

Martinsen (2005) framstiller sykepleierens omsorg til patienten, som en form for en bedrevitende holdning, ogsa kalt paternalisme. Paternalisme betyr den styrende pa ethvert omrade bestemmer over de styrte, som star i en helt uselvstendig stilling (Gundersen, 1984). Det at sykepleieren vet hva som er best for patienten, og ikke horer hva patienten onsker, er en bedrevitende holdning. Dette kan nok bli brukt i operasjonsavdelingen, fordi her er patienten i en svak posisjon, engstelig og redd for hva som skal skje. Han eller hun vil lett godta at vi vet best. Operasjonssykepleier har en makt som kan misbrukes, og det ma vi var ydmyke ovenfor. Men en svak paternalisme kan vare til gode for patienten. De fleste operasjonspasienter har ikke mulighet til a bruke sin autonomi, fordi de ikke har nok kunnskap eller erfaring til a ta reelle valg i den spesielle situasjonen de er i (Martinsen, 2005).

NSFLOS baserer seg pa Travelbee nar de hevder at

Å bruke seg selv terapeutisk er en kunst og en vitenskap, det krever disiplin og selvinnsett, fornuft og empati, logikk sa vel som medfølelse (NSFLOS, 2008, s. 4).

Å ha en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte vil si at sykepleieren pa en systematisk måte bruker sine fagkunnskaper og sin innsikt for a finne frem til hva som er patientens sykepleiebehov. I dette ligger det at man har en logisk metode for tilnærming til problemer. Man bruker kunnskaper, innsikt og evne i omsorgen til andre. Å bruke seg selv terapeutisk ma kombineres med denne tilnæringsmåten. Å bruke seg selv terapeutisk betyr ogsa a bruke fornuft og intelligens, og ma ikke forveksles med vennlighet (Travelbee, 1999).

1.3 Problemavgrensning

Den medisinske utviklingen går raskt, og en trend er at stadig flere pasienter kan opereres uten generell anestesi. De forblir våkne og kan kommunisere under hele operasjonen, særlig innen dagkirurgi. Ullevål Universitetssykehus oppgir at 25-30 % av kirurgiske inngrep er dagkirurgisk og at andelen har økt betydelig de siste årene (Ullevål Universitetssykehus, 17.10.2008).

Operasjonssykepleieren møter mennesker i alle livsfaser og livssituasjoner. Disse faktorene representerer ulike faglige utfordringer. Gjennom videreutdanning i operasjonssykepleie oppnås en faglig plattform av kunnskap om mikrobiologi, hygiene, anatomi, fysiologi, patologi, kirurgi, anestesiologi og medisinsk teknisk utstyr (Kunnskapsdepartementet, 2008). Den personlige kunnskapen, egenskapene og den enkeltes etiske ståsted og moralske atferd er imidlertid individuell.

Av dette utledes oppgavens problemstilling: Å bruke seg selv terapeutisk-operasjonssykepleiers møte med pasienten.

1.4 Hensikt

Hensikten med oppgaven var å beskrive operasjonssykepleiernes oppfatninger av hvordan de bruker seg selv terapeutisk i møte med pasienten.

I masteroppgaven velges NSFLOS' definisjonen, som nevnt tidligere på side 13, siden det er slik landsgruppen for operasjonssykepleiere definerer dette, og definisjonen derfor er retningsgivende for norske operasjonssykepleiere.

2. Metode

Masteroppgavens problemstilling; Å bruke seg selv terapeutisk - operasjonssykepleiers møte med pasienten etterspør operasjonssykepleiernes egne tanker, erfaringer, oppfatninger og opplevelser. Det er derfor nærliggende å gå til kvalitativ metode.

Kvalitative metoder er forskningsstrategier som egner seg for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomener som skal studeres (Malterud, 2003, s. 31)

I kvalitative metoder brukes gjerne frembrytende design (Polit og Beck, 2008). I dette ligger at metoden utvikles etter hvert som prosjektet tar form. Eksempler på beslutninger som tas underveis kan være; hvem som skal intervjues, hvor lenge, og hvor mange man skal intervju. Denne fremgangsmåten som klart skiller seg fra en kvantitativ metode hvor fremgangsmåten er detaljert før start av prosjektet. Empiriske data i kvalitative studier er ikke kjent på forhånd og forskerne tar avgjørelser underveis basert på refleksjon av de data de til enhver tid har. Polit og Beck (2008) påpeker noen essensielle aspekter som skiller kvalitativ fra kvantitativ forskning. Kvalitative forskning er ikke-eksperimentell, den søker ikke sammenligning og det er ikke et poeng å ha kontroll på variabler. Den søker snarere å utvikle forståelse av fenomener slik de fremstår i den virkelige verden og tilstreber gjerne variasjon i sammenhengen de fremstår i. Utgangspunktet er empiri, det erfarte, og man søker beskrivelser framfor forklaringer. Forskerne er selv involvert i forskningen gjennom selv å være instrumentet som benyttes i prosessen. Det er forskeren som observerer eller intervjuer.

Malterud (2003) hevder at det ikke er et spørsmål *om* forskeren påvirker forskningen, men *hvordan* (egen uthevelse), og at forskerens forforståelse har påvirkning gjennom hele prosessen. Utfordringen ligger i å legge forforståelsen til side, slik at forskningen ikke blir en bekreftelse på egne antagelser, men en oppdagelse av den kunnskap som ligger i det empiriske materialet.

2.1 Design

2.1.1 Fenomenografi

Fenomenografi er kvalitativ forskning som har sin opprinnelse i det kognitive og er opptatt av menneskenes oppfatninger av et fenomen i verden (Alexandersson, 1994). Ordet fenomenografi er sammensatt av fenomeno og grafi. Fenomenon av gresk substantiv phainomenon betyr ”det som viser seg”, og grafia oversettes til å ”beskrive i ord eller bilder” (Alexandersson, 1994 s. 68). Fenomenografi ble utviklet av Inomgruppen ved det pedagogiske institutt, Göteborg Universitet på begynnelsen av 1970-tallet (Marton, 1994), med Professor Ference Marton som ”selvutnevnt talsmann for metoden” (Marton, 1996, s. 163).

Fenomenografi omtales som empirisk studie, eksplorativ, analytisk eller kvalitativ forskningstilnærming, snarere enn som metode (Barnard, McCosker og Gerber, 1999; Marton, 1988; Marton, 1994; Sjøstøm og Dahlgren, 2002).

Fenomenografien har ikke utviklet seg innen en uttalt teoretisk referensramme eller i direkte anslutning til en bestemt filosofisk idétradisjon uten den er empirisk utprøvd (Alexandersson, 1994, s. 68).

Utgangspunktet i fenomenografi var observasjonen av at noen var bedre til å lære enn andre. Dette ledet til empiriske studier hvor læring ble belyst gjennom å intervju studentene om hvordan de lærte (Marton, 1994). Med sitt utgangspunkt i pedagogisk forskning har fenomenografi gjennom årene blitt utviklet og flere har beskrevet hvordan den kan tilpasses og anvendes innen sosial- og sykepleieforskning (Barnard m.fl, 1999, Dahlgren og Fallsberg 1991, Lepp og Ringsberg, 2002, Paulsson 2008, Sjøstrøm og Dahlgren 2002). Lepp og Ringsberg (2002) hevder fenomenografi er viktig i helsefaglig forskning, da metoden frambringer kunnskap om hvordan pasienter, pårørende og helsepersonell erfarer forskjellige fenomener.

Marton hevder at

“Phenomenography” is the empirical study of the limited number of qualitatively different ways in which various phenomena in, and aspects of, the world around us are experienced, conceptualized, understood, perceived, and apprehended (Marton, 1994, s. 4424).

En fenomenografisk tilnærming passer således studien hvor hensikten er å avdekke operasjonssykepleieres oppfatninger av hvordan de bruker seg selv terapeutisk i møtet med pasienten. Sjøstrøm og Dahlgren hevder

Although qualitative research, such as phenomenography, does not prescribe applications to clinical practice, it does influence a thoughtful reflective practice by its revealing of conceptions of human experience (Sjøstrøm og Dahlgren, 2002, s. 342).

Marton hevder at en fenomenografisk tilnærming ikke er varianter av andre forskningsmetoder men kan komplettere forskningsbildet gjennom å tilføre noe annet og nytt (Marton, 1981). Han påpeker videre noen vesentlige prinsipper som skiller fenomenografi fra annen kvalitativ forskning. Første punkt kaller han *andre-ordens* perspektivet hvor man ønsker å beskrive hvordan et fenomen oppfattes, erfares eller forstås, i motsetning til å forstå hva fenomenet er, eller hva fakta er, som i et første ordens perspektiv. Det er heller ikke et poeng å avgjøre om noe er rett eller galt. Relasjonen mellom det enkelte mennesket og de erfaringer og oppfatninger vedkommende har av et bestemt fenomen er i fokus. Alexandersson forklarer hvordan ulike mennesker kan ha ulike oppfatninger av samme fenomen.

Olika människor gör olika erfarenheter genom att de har olika relationer till världen. Människor gör sedan olika analyser och erhåller olika kunskap om dessa objekt (Alexandersson, 1994, s. 73).

Forskjellige mennesker har således forskjellige livsverdener, avhengig av hvilke erfaringer, interesser eller ønsker individet er påvirket av. Det medfører også at oppfatninger av et fenomen kan forandres over tid, avhengig av nye erfaringer eller læring (Lepp og Ringsberg, 2002).

I fenomenografisk forståelse er begrepet oppfatning noe som er underforstått. Det er ikke en mening om noe, snarere det som er ureflektert eller ikke uttalt. Larsson (1986) hevder at mennesket danner seg meninger *om* noe basert på hvilke oppfatninger de har *av* noe (egen uthevelse). Marton påpeker at begreper som erfare, oppfatte eller forstå brukes om hverandre i fenomenografi. Ikke fordi de betyr det samme, men fordi menneskets oppfatning av fenomenet kan være basert på forskjellige grunnlag, eksempelvis gjennom erfaring eller oppfatning (Marton, 1994, s. 4425). Fenomenografi er derfor *erfaringsbasert*, eller empirisk og man studerer ikke seg selv, men andre. Mens fenomenologi søker essens eller enighet, søker fenomenografi innhold og variasjon i oppfatninger som mennesker har av et spesifikt fenomen. Man tilstreber å avdekke ureflekterte oppfatninger eller oppfatninger som tas for gitt (Marton, 1988).

Men utgangspunktet i andre-ordens perspektiv er fenomenografi *substansorientert*. Mens psykologi er interessert i *hvordan* man lærer eller oppfatter, er fenomenografi interessert i *innholdet* i menneskers tenkning. Man søker de spesifikke oppfatninger mennesket har *av* noe og forskningsresultatet er de *relativt begrensede antall kvalitativt forskjellige måter* mennesker oppfatter et fenomen på. Begrepet kvalitativt forskjellig indikerer at oppfatningene ikke har glidende overganger, men er sprangvis forskjellige (Larsson, 1986). I følge Alexandersson (1994) er begrensningen i antall forskjellige måter noe kan oppfattes på forårsaket av vi lever i samme verden, vi kommuniserer med hverandre og vi har erfaringer om de samme fenomener i verden. Om det motsatte hadde vært tilfelle, at antallet var uendelig måtte hver og en erfare enhver situasjon forskjellig. At antallet er begrenset hevder Marton (1988) er vist gjennom gjentatte fenomenografiske undersøkelser. Marton oppsummerer slik.

Phenomenography provides descriptions that are relational, experiential, content-oriented, and qualitative (Marton, 1988, s. 146).

2.1.2 Det fenomenografiske utvalg

I en fenomenografisk undersøkelse tilstreber man et bredt utvalg. Alexandersson (1994) anbefaler en heterogen sammensetning av informanter. Siden man søker variasjon i oppfatninger må utvalget representeres av mennesker med forskjellig erfaring. Dette betyr at faktorer som kjønn, alder, eller utdanning i utvalget bør være så stort som mulig. Det vil kunne sikre at flest mulige variasjoner i oppfatninger av fenomenet kommer fram. En tilnærming er å oppsøke ”spesielle grupper som kan tenkes tilføre nye oppfatninger” (Larsson, 1986, s. 29). Han hevder at man bør velge informanter strategisk framfor tilfeldig for å størst grad av variasjon.

I følge Larsson (1986) er antall for informanter avhengig av problemstillingen. Han påpeker dog at et vanlig antall informanter i fenomenografisk forskning er mellom 20 og 50. Videre hevder han at spørsmålet om hvor mange som skal intervjues kan belyses ut fra to aspekter. Man ønsker at analysen skal avdekke noe nytt, noe man ikke visste fra før. Dette krever dype og omfattende intervjuer. Samtidig ønsker man å avdekke så mange ulike oppfatninger som mulig, noe som krever et stort antall intervjuer. Kombinasjonen av disse to aspektene kan utgjøre et omfattende materiale hvor analysen kan bli uhåndterbar i forhold til tid. Alexandersson beskriver hvordan man kan intervjuer til saturasjon, metning, oppstår uten på forhånd ha definert et antall informanter. Han beskriver hvordan han i en studie avbrøt datasamlingen etter 12 intervjuer, da han ikke lenger oppdager nye dimensjoner i materialet (Alexandersson, 1994, s. 77).

2.1.3 Det fenomenografisk intervju

Den vanligste datainnsamlingsmetode i fenomenografi det åpne, individuelle intervju.

I intervjusituasjonen blir kunnskap til mellom (inter) intervjuerens og den intervjuedes synspunkter (views) (Kvale, 2001, s. 72).

Til forskjell fra andre samtaler har et kvalitativt forskningsintervju det formål å innhente data som kan gi ny kunnskap gjennom tolkning og analyse. Kvale påpeker flere aspekter ved det kvalitative forskningsintervju. Tema er fra den intervjuedes livsverden, det er kvalitativt og deskriptivt gjennom muntlige beskrivelser (Kvale, 2001). Disse aspektene gjenkjennes i fenomenografi.

Phenomenography investigates the qualitatively different ways in which people experience or think about various phenomena (Marton, 1988, s.144).

Intervjuet gjennomføres som en dialog mellom intervjuer og informant. ”I det åpne intervjuet gis informantene mulighet til selv å avgrense, behandle og definere innholdet” (Alexandersson, 1994, s. 74). Det tillater informanten å uttrykke egne tolkninger og derved egne oppfatninger.

Marton (1994) hevder at dialogen gjør refleksjon mulig og på denne måten kan hensikten i metoden best nås. Intervjuet bør være uten for mange forhåndsformulerte spørsmål, da påfølgende spørsmål bør være av oppfølgende karakter for å avdekke informantenes oppfatninger (Marton, 1988,; Marton, 1994). I følge Sjøstrøm og Dahlgren (2002) bør intervjuer ha en oppriktig interesse i å oppmuntre informanten til å uttrykke seg klart og grundig. Spørsmål fra intervjuer skal oppmuntre til utdyping og refleksjon av det som kommer frem, og skal avdekke nyanser og underliggende oppfatninger av informantenes uttalelser. Slik vil intervjuer kunne avdekke det empiriske materialet, få en god forståelse og redusere muligheten for feiltolkninger.

Kvale (2001) hevder det er intervjuers ansvar å etablere en atmosfære som gjør at informanten er villig til å dele av sine erfaringer. Intervjueren må skape kontakt med informanten gjennom å være imøtekommende, lyttende, og vise respekt. Han anbefaler videre at intervjusituasjonen starter med en briefing og avslutter med en debriefing. I briefing gis informanten mulighet til å bli litt kjent med intervjuer, formålet med intervjuet og hvordan det vil foregå. I debriefingen gis informanten mulighet til å komme med reaksjoner på hva intervjuet har betydd for han og eventuelle spørsmål om undersøkelsen (ibid).

Kvale (2001) beskriver ti ”kvalifikasjonskriterier for intervjueren” hvor hensikten er å skape godt innhold i intervjuene og etisk forsvarlighet. Kriteriene er; kunnskapsrik, strukturerende, klar, vennlig, følsom, åpen, styrende, kritisk, hukommelse og tolkende (Kvale, 2001, s. 93). Noen av disse kan utdypes litt nærmere. Gjennom å være klar oppnår intervjuer at han stiller klare og korte spørsmål på et forståelig språk. Slik unngår han at stress og sammensatte spørsmålsstillinger forvirrer informanten og skaper usikkerhet om hva det egentlig spørres etter. Han bør videre være vennlig, la informanten snakke ut, og tillate pauser. I fenomenografi er nettopp det å tillate informanten pauser for refleksjon av stor betydning for å få fram de underliggende oppfatninger. Til sist nevnes at intervjuer bør være følsom, lytte aktivt og forsøke å få nyanser beskrevet, noe som er i samsvar med fenomenografis hensikt (Marton, 1981). Man spør man etter hvordan eller på hvilken måte, og man ønsker å få fram variasjonene og bredden i oppfatninger.

2.1.4 Den fenomenografiske analysen

Marton (1988) hevder det er vanskelig å gi en eksakt oppskrift på fenomenografisk analyse. Utgangspunktet for analyse er imidlertid datamaterialet som består av orddrett transkriberte intervjuer. Nøyte gjennomlesing gjør at man kan skille ut sitater eller meningsbærende enheter fra datamaterialet som beskriver informantens oppfatninger av fenomenet. Neste steg er å identifisere forskjeller og likheter i oppfatningene.

Fram til nå har analysen foregått på et individuelt plan, men ettersom oppfatningene løftes ut til en ”pool of meanings” (Marton, 1994, s. 4428) fortsetter analysearbeidet på et kollektivt nivå. Pool of meanings er samlinger av meningsenheter om det samme fra forskjellige informanter. Samlingene sammenlignes for å identifisere det spesifikke for hver gruppe og for forskjeller gruppene mellom. Man kan så etablere beskrivelseskategoriene. I fenomenografi oppstår kategorier og beskrivelseskategorier som et resultat av dataanalysen. Marton (1988) påpeker at dette er et viktig poeng i fenomenografisk metode og står i kontrast til forhåndsdefinerte kategorier som man finner i tradisjonell innholdsanalyse.

Beskrivelseskategoriene er sluttproduktet i en fenomenografisk undersøkelse. To viktige aspekter er knyttet til utformingen av beskrivelseskategoriene; de skal være forankret i intervjumaterialet og de skal representere kvalitativt forskjellige oppfatninger av fenomenet. Siden man i analysen forlot det individuelle nivå speiler beskrivelseskategoriene den kollektive oppfatning og individets stemme høres ikke lenger (Marton, 1994; Marton, 1996).

Ved å sammenligne beskrivelseskategoriene og forholdet dem imellom etableres utfallsrommet (outcome space), sluttproduktet i en fenomenografisk undersøkelse. Utfallsrommet kan utformes på flere måter avhengig av forholdet mellom beskrivelseskategoriene, eksempelvis hierarkisk hvis en eller flere beskrivelseskategorier er over- eller underordnet andre, eller horisontal hvis beskrivelseskategoriene er likeverdige (Barnard m.fl., 1999).

Som oppsummering og konkretisering av analyseprosessen beskrives Dahlgren og Fallsbergs (1991, s. 52) sju trinn i fenomenografisk analyse (egen oversettelse).

1. Familiarization. Lese, bli kjent med og få oversikt i innholdet i intervjuene.
2. Condensation. Velge sitater. Lengre sitater kondensert for å finne essensen.
3. Comparison. Sammenligne sitatene, for å finne forskjeller og likheter.
4. Grouping. Gruppering av like sitater.
5. Articulating. Et foreløpig forsøk på å beskrive essensen av likhetene innen hver gruppe.
6. Labelling. Lage navn på kategorier etter innhold.
7. Contrasting. Beskrivelseskategorier sammenlignes og forholdet mellom dem beskrives.

Det hevdes at fenomenografiske analyse er tidkrevende og at man beveger seg både framover og bakover i rekkefølgen av de forskjellige trinn. En forandring på ett trinn

kan medføre at forrige trinn må gjøres om (Larsson, 1986; Marton, 1988; Marton, 1994).

2.2 Utvalg

For å sikre et bredest mulig utvalg i masteroppgaven ble inklusjonskriterier satt til operasjonssykepleiere av begge kjønn, nyutdannede og erfarne, eldre og yngre, og fra flere typer operasjonsavdelinger. Eksklusjonskriterier omfattet informanter som ikke behersker norsk.

Masterstudentene valgte nøye ut avdelinger som til sammen representerer en variasjon i spesialiteter. De utvalgte avdelinger var døgnavdelinger, hvor aktiviteten det var aktivitet 24 timer i døgnet og dagkirurgiske avdelinger, hvor det foregikk kun operasjoner på dagtid.

Til sammen dekket disse avdelingene øyeblikkelig hjelp operasjoner, elektive eller planlagte operasjoner og dagkirurgiske operasjoner hvor pasientgruppen reiste hjem samme dag.

For å rekruttere informanter ble ledelsen på den enkelte operasjonsavdeling informert og forespurt. Ved positiv tilbakemelding fra ledelsen fikk operasjonssykepleiere på avdelingen skriftlig informasjon og forespørsel om deltagelse (vedlegg 1). De som var interessert meldte seg til masterstudentene via SMS eller e-mail. Bredden i utvalget ble sikret ved at masterstudentene valgte fire operasjonssykepleiere fra hvert sted som til sammen fylte inklusjonskriteriene. Alle inklusjonskriterier er representert i oppgaven bortsett fra variasjonen i kjønn, da ingen forespurte mannlige operasjonssykepleiere ønsket å delta. Intervjutidspunkt ble avtalt med avdelingssykepleier og informant. I denne masteroppgaven er det intervjuet 14 operasjonssykepleiere fra 4 forskjellige helseforetak. Masterstudentene har intervjuet 7 informanter hver.

2.3 Datainnsamlingsmetode

Før rekrutteringsprosessen startet, ble det gjort et pilotintervju utført av hver av masterstudentene, for å få trening og for å teste ut hvordan best stille utdypende spørsmål. I pilotintervjuene ble en intervjuguide med tre forskningsspørsmål brukt. Dette viste seg å gi et datamateriale som var vanskelig å håndtere. Informantenes beskrivelser var rike og sammenvevde, noe som gjorde det vanskelig å skille oppfatningene fra hverandre. Det syntes også vanskelig å skulle komme fram til et endelig utfallsrom med beskrivelseskategorier basert på tre forskningsspørsmål. Masterstudentene besluttet derfor å ta egen mangel på forskerkompetanse på alvor. På denne bakgrunn ble det utarbeidet ett forskningsspørsmål; hvordan bruker du deg selv terapeutisk i møtet med pasienten? Intervjuspørsmålet ble trykket opp på et ark sammen med NSFLOS (2008) sin definisjon av begrepet ”å bruke seg selv terapeutisk” og ble plassert foran informanten (vedlegg 2). Inngangsspørsmål og definisjon ble lest høyt for informanten ved intervjuets oppstart. Deretter ble ordet gitt til informanten. Til intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (vedlegg 3) til hjelp for å holde fokus på spørsmål som utdypet og eksemplifiserte. På bakgrunn av erfaringer fra pilotintervjuene deltok begge masterstudenter på alle intervjuer. Det ble på forhånd gjort en nøye avklaring av den enkeltes rolle under intervjuet. Intervjuer styrte intervjuet mens den andre observerte og hadde ansvar for at lydopptager til enhver tid fungerte som den skulle. Dette sikret at intervjuer kunne holde kontinuerlig fokus på intervjuet. På slutten av hvert intervju fikk observatør mulighet til å komme med oppfølgingsspørsmål.

Alle intervjuer foregikk etter avtale med informantenes avdelingsledere på deres eget arbeidssted i deres egen arbeidstid. Dette ble gjort for ikke å belaste informantene i deres fritid, da denne ikke kunne kompenseres økonomisk og for å underlette avdelingens drift.

Intervjusted ble valgt på forhånd i samarbeid med avdelingssykepleier ut fra at det skulle gi ro og skjerming, og gode sitteplasser. Studentene møtte i god tid til intervjuene, gjorde seg kjent på rommet og sørget for drikke og kopper. Videre ble plasseringen i rommet vurdert ved hvert enkelt intervju, slik at informant og intervjuer

kunne plasseres ovenfor hverandre ved et bord og observatør satt på siden litt lenger unna.

Informasjonsbrev og samtykkeerklæring ble lagt fram, i tillegg til ark med forskningsspørsmål til informanten og intervjuguide til intervjueren. Det ble lagt vekt på å møte informanten avslappet, imøtekommende og positive. Innledningsvis ble det formelt hilst, og intervjuerne redegjorde i grove trekk for egen utdanning, erfaring og arbeidsplass. Informanten ble tilbudt drikke og det ble snakket uformelt. Før intervjuet startet ble det poengtert at intervjuet er frivillig. Det ble gitt muntlig informasjon om hvordan materialet skal brukes og hvordan det blir oppbevart og til sist destruert. Det ble poengtert at intervjuet var frivillig at de til enhver tid kunne trekke seg, også etter at intervjuet var ferdig. Dog før innlevering av masteroppgaven. Samtykkeerklæring ble underskrevet av alle informanter før intervjuet startet.

I intervjuene ble det lagt vekt på å presentere innledningsspørsmålet så likt som mulig fra intervju til intervju. Dette ble gjort ved å lese spørsmål og definisjon høyt og deretter gi ordet til informanten. Lydopptak ble brukt under intervjuene og opptager ble plassert på bordet mellom intervjuer og informant. Tidsaspekt var på ca. 60 minutter pr. intervju, og den aktuelle tidsbruk var 50-75 minutter.

Studentene la under intervjuene vekt på å opptre vennlig, åpne, nysgjerrige og fokuserte for den måten å skape et godt klima i intervjusituasjonen. Enkelte intervjuer måtte styres noe da informantene beveget seg vekk fra tema. Spørsmål som ”du sa i sted...” eller ”kan du si noe mer om...” ble brukt for å lede informanten tilbake.

Intervjuene ble avsluttet ved at intervjuer gjorde et kort sammendrag og søkte bekreftelse på dette fra informanten. Informanten ble avslutningsvis spurt om det var noe mer hun ville tilføye. Etter avsluttet lydopptak ble det i debriefingen snakket løst rundt intervjuet og informanten fikk anledning til å si noe om hvordan hun hadde opplevd situasjonen.

Intervjuene er foretatt fra oktober 2009 til januar 2010.

2.4 Databearbeiding

Intervjuopptakene ble transkribert av masterstudentene. Transkriberingen ble gjort ordrett, i muntlig form og hele intervjuet ble transkribert. Det er tydelig indikert hva intervjuer har sagt og hva informant har sagt. Navn som har blitt nevnt i intervjuene er fjernet og erstattet med "(navn)". Ord er skrevet som de er uttalt, eksempelvis er "dem" ikke rettet til "de". Dialektord er transkribert som uttalt, og om uforståelige ord kom opp i intervjuet, ble informanten bedt om å forklare ordet eller uttrykket. Latter er markert med (ler) og pauser markert med "...". Enkelte steder har båndene hatt dårlig kvalitet, enten fordi informanten har snudd seg, eller fordi informant og intervjuer har snakket på samme tid. Her er transkriberingene spilt om igjen flere ganger for å kvalitetssikre transkriberingen. Om det ikke har vært mulig å tyde hva som ble sagt er transkriberingen markert med "(dårlig lyd)". For å kvalitetssikre transkriberingene lyttet begge masterstudentene hver for seg til båndene samtidig som transkriberingen ble lest.

2.5 Dataanalyse

Dataanalysen er gjort med utgangspunkt i Dahlgren og Fallsbergs (1991, s. 52) sju analysetrinn (beskrevet tidligere).

1. Familiarization.

I masteroppgaven har begge studentene deltatt på alle intervjuer. Alle intervjuer er transkribert av studentene etter hvert som de er utført og deretter har den andre lest transkriberingen og samtidig lyttet til båndet for kvalitetssikring.

2. Condensation. For å gjøre dette anbefales det å først bestemme fokus eller tema i sitatet, deretter i hvilket tematisk landskap det står (Sjøstrøm og Dahlgren, 2002). I de første analysene var det til tider vanskelig å finne fokus for sitatet eller kondenseringen. Masterstudentene fant etter hvert god hjelp i å stille spørsmålet for oppgaven; "hvordan bruker du deg selv terapeutisk" for å identifisere fokus.

3. Comparison. I kondenseringene er det lagt vekt på å beskrive temaet i sitatet i dets sammenheng, slik at nyanser kommer frem. Likheter og forskjeller i oppfatninger har blitt identifisert. Masterstudentene har så gjennomgått hverandres kondenseringer for å sikre at alle relevante sitater er identifisert og at kondenseringene speiler sitatet på en riktig måte. Transkriberingene har blitt ordnet i et tredelt kolonnesystem hvor intervjuet kommer fortløpende i første kolonne. Her identifiseres sitatene og utheves. I andre kolonne nummereres sitatene. Kondenseringen av sitatene føres i tredje kolonne fulgt av sitatets nummer for identifisering.

4. Grouping. På dette stadiet i prosessen har begge masterstudentene arbeidet sammen. Kondenseringene ble nå kopiert opp på små lapper og tilsynelatende sammenfallende sitater ble plassert sammen i subkategorier. Hver subkategori ble plassert i konvolutter for lettere å holde oversikt. Etter hvert har subkategorier blitt slått sammen til 12 kategorier.

På dette punktet ble flere av kondenseringene funnet mangelfulle, og studentene har gått tilbake til datamaterialet for å formulere disse kondenseringene på nytt.

5. Articulating. Gruppene fikk foreløpige navn etter fokus i kondenseringene. Punkt 4 og 5 ble gjort i sammenheng og kondenseringer og kategorier ble ført fram og tilbake etter hvert som likheter og forskjeller har blitt klarlagt. Etter hvert har 12 kategorier blitt ført sammen i 4 beskrivelseskategorier. Lenge eksisterte det 5 beskrivelseskategorier, hvor den femte ble kalt; bruke ytre faktorer. Til sist var det en gjennomgang hvor hver kategori ble testet ut fra om de besvarte problemstillingen, som førte til at denne kategorien ikke ”svarte”. Kategorien ble så plukket fra hverandre og kondenseringene gransket på ny. Dette førte til at noen kondenseringer ble plassert i andre kategorier og kategorien ”kreativitet” dukket opp.

6. Labelling. På dette punktet er noen kategorier igjen blitt flyttet mellom beskrivelseskategoriene parallelt med at beskrivelseskategoriene har skiftet navn, noen flere ganger. Masterstudentenes erfaring på dette punktet er at det er utfordrende og tidkrevende å lage og benevne beskrivelseskategoriene slik at de faktisk blir kvalitativt forskjellige.

7. Contrasting. Forholdet mellom beskrivelseskategoriene ble klarlagt og en hierarkisk ordning trådte frem. Masteroppgavens utfallsrom er en hierarkisk, horisontal og dynamisk figur hvor den overordnede beskrivelseskategori framstår som fundament for hvordan operasjonssykepleiere bruker seg selv terapeutisk. Dynamikken i figuren er i forholdet mellom overordnet og underordnede beskrivelseskategorier. Man beveger seg mellom den overordnede og hver de 3 underordnede beskrivelseskategorier som alle er likeverdige, men kvalitativt forskjellige. Utfallsrommet fremstår derved som et hierarkisk og horisontalt ordnet sett av beskrivelseskategorier.

2.6 Forskningsetikk

I de forskningsetiske overveielser som er gjort forbindelse med masteroppgaven er det tatt utgangspunkt i Sykepleiernes samarbeid i Nordens (2003) etiske retningslinjer for sykepleieforskning. De påpeker at sykepleieforskningen skal veiledes av følgende 4 etiske prinsipper.

Prinsippet om autonomi

Prinsippet om å gjøre godt

Prinsippet om ikke å skade

Prinsippet om rettferdighet

I tillegg skal fire krav innfris av forskeren; informasjonskravet, krav til samtykke, krav til fortrolighet og krav til deltagerens sikkerhet. I dette ligger at forskeren på et lettfattelig språk skal gi all informasjon om hva deltagelse innebærer for deltageren, og deltageren skal gi et selvstendig og informert samtykke til deltagelse. All informasjon som innhentes om informanten skal behandles på en slik måte at informanten ikke senere kan identifiseres, direkte eller indirekte. Forskeren skal også beskytte deltageren, om nødvendig ved å avbryte studien (Sykepleiernes samarbeid i Norden, 2003). Før oppstart av intervjuene ble det søkt og innhentet godkjenning fra NSD

datert 13.10.09, prosjektnummer 22653. Alle intervjuer ble utført etter at godkjenning forelå.

Informantene ble rekruttert ved at masterstudentene tok kontakt med avdelingsledere på utvalgte sykehus. I samtalen ble det avklart nødvendige formell gang for å kunne utføre intervjuene med ansatte på sykehuset. Videre ble avdelingssykepleierne ved de enkelte operasjonsavdelinger informert og forespurt. Masterstudentenes ønske om å kunne intervju i operasjonssykepleiernes arbeidstid ble innvilget av alle involverte avdelingssykepleiere. Avdelingssykepleierne fikk så tilsendt informasjonsskriv på mail. Disse ble videresendt eller skrevet ut til alle avdelingens operasjonssykepleiere. I informasjonsskrivet ble det redegjort for hvem som var ansvarlig, forskningsprosjektets hensikt, hvordan informasjonen ble oppbevart, behandlet og til sist ødelagt. Det ble videre informert om retten til enhver tid å trekke seg og hvordan masterstudentene kunne nås, også ved senere anledninger hvis det var behov for det. De som ønsket delta henvendte seg til masterstudentene via oppgitt e-mail eller SMS. Det ble ikke rekruttert informanter på noen av masterstudentenes eget arbeidssted.

Under briefingen ble opplysningene fra informasjonsskrivet repetert muntlig for å sikre at alle har lest og forstått informasjonen, hensikten ved prosjektet og følgene ved å delta. Noen hadde lest skrevet for så lenge siden at de hadde glemt hva som sto, og disse ble oppfordret til å lese det på nytt før intervjuet startet. Enkelte hadde forlagt sitt skriv og disse fikk utdelt et nytt. Alle informanter ble spurt spesifikt om de var der av egen vilje. De fikk også informasjon om deres rett til enhver tid å trekke seg fra prosjektet. Etter muntlig gjennomgang av informasjonen har informantene signert samtykkeerklæring. Disse er oppbevart nedlåst på låst kontor ved Høgskolen i Vestfold. De vil bli destruert etter bestått masteroppgave. Studentene vurderer på denne bakgrunn at kravet til informasjon og kravet til samtykke er ivaretatt.

Intervjuene ble kodet med nummer og ingen navn, personopplysninger eller navn på sykehus identifiseres på båndet eller i transkriberingen. Materialet oppbevares på privat PC som ikke er tilkoblet nettverk. Kodeliste og lydopptak oppbevares av en av studentene, atskilt, nedlåst i skuff og på låst kontor på Høgskolen i Vestfold til masteroppgaven er bestått, deretter destrueres de. Transkribering oppbevares hos begge

studentene på privat PC som ikke er tilkoblet nettverk. Både kodeliste, lydopptak og intervjutranskribering blir slettet etter avslutning av masteroppgaven. Studentene vurderer på denne bakgrunn av kravet om konfidensialitet er ivaretatt. Studentene vurderer på denne bakgrunn at prinsippet om autonomi og kravet til fortrolighet er ivaretatt.

Det vil alltid kunne oppstå ubehag og påkjenninger knyttet til deltagelse i en studie som innebærer å bli intervjuet (Kvale, 2001). Det vil derfor legges vekt på at informanten skal oppleve situasjonene som minst mulig belastende.

Tema er i utgangspunktet ikke sensitivt, da det etterspør positive elementer i det å utøve operasjonssykepleie. Informantene i masteroppgaven er voksne, friske personer som er i arbeid som operasjonssykepleiere. Vurderingen er derfor at informantene ikke tilhører en utsatt gruppe når det gjelder alder, helse eller utviklingsnivå, og at de er samtykkekompetente.

Skulle det allikevel oppstå problemer og belastninger i etterkant vil informanten kunne ta kontakt med intervjuer. Studentene vurderer på denne bakgrunn at prinsippet om ikke å gjøre skade og kravet til deltagerens sikkerhet er ivaretatt.

Masteroppgaven skal presenteres ved de ulike intervjusteder slik at informantene får noe tilbake. Studien kan føre til økt synliggjøring, bevissthet og refleksjon i operasjonssykepleiergruppa. Dette kan i sin tur gjøre at operasjonspasienten møter reflekterte operasjonssykepleiere som bevisst bruker seg selv terapeutisk til pasientens beste. Studien ivaretar således prinsippet om å gjøre godt (Sykepleiernes samarbeid i Norden, 2003, s. 6).

2.7 Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet

I kvalitativ forskning brukes gjerne begrepene troverdighet, pålitelighet og overførbarhet, som paralleller til begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet i kvantitativ forskning (Sandelowski, 1986). Reliabilitet sier noe om resultatenes

pålitelighet og validitet hvorvidt man har undersøkt det som skulle undersøkes (Kvale, 2001). Hele prosessen i kvalitativ forskning, fra utvalg, intervju og analyse må granskes for å vurdere troverdighet og pålitelighet (Alexandersson 1994; Kvale 2001; Sandelowski, 1986).

Pålitelighet i kvalitativ forskning handler om å synliggjøre forskningsprosessen gjennom å beskrive hva forskeren har gjort og hvordan han har gjort det. Forskningsprosessen skal beskrives og begrunnes så godt av forskeren at en annen forsker skal kunne følge sporet (Sandelowski, 1986). Det beskrives hvordan pålitelighet i fenomenografisk forskning kan styrkes ved at en medgransker går inn og kontrollerer i hvilken grad beskrivelseskategoriene stemmer (Alexandersson, 1994; Larsson, 1986; Marton, 1994). Mens forskeren har gått fra intervjuer via analyse til beskrivelseskategorier, tar medgranskeren utgangspunkt i beskrivelseskategoriene og plasserer sitater i disse. Om medgransker og forsker har et samsvar på mellom 75 og 100 % oppnås en akseptabel grad av enighet (Larsson, 1986; Lepp og Ringsberg, 2002). I denne masteroppgaven er det ikke brukt medgransker da begge studentene sammen har identifisert, sammenlignet og gruppert sitater, navngitt kategorier og deretter laget beskrivelseskategorier. I masteroppgaven er kategorier og beskrivelseskategorier et resultat av at studentene gjennom diskusjon har oppnådd enighet.

Siden begge masterstudentene er operasjonssykepleiere har de også en forforståelse med seg inn i intervjusituasjonen. Sandelowski (1986) påpeker at nærheten mellom intervjuer og informant kan være en trussel mot troverdigheten i en studie. Hun kaller dette "going native" (ibid) hvor nærheten blir så stor at forsker har problemer med å skille egne og informantens erfaringer fra hverandre. Med kun ett innledende spørsmål kunne informanten selv tolke og definere innhold. Intervjuguiden ble utarbeidet med åpne oppfølgingsspørsmål og bidro til at informantene selv fikk utdype og nyansere, noe som reduserte muligheten for feiltolkninger. Intervjuguiden bidro også til at informantene selv fikk velge retning, siden den ikke inneholdt nye temaspørsmål utover det innledende. Intervjuguidens åpne og utforskende spørsmål reduserte derfor

mulighetene for at spørsmålene fra intervjuer var ledende. Dette bidrar til å redusere påvirkning fra forskernes forforståelse i intervjusituasjonen. Ved intervjuenes slutt gjorde intervjuer en kort oppsummering av hva som var kommet fram i intervjuet og informanten fikk mulighet til å bekrefte, avkrete eller korrigere dette.

Spørsmålet om troverdighet og pålitelighet i fenomenografiske studier handler i stor grad om hvorvidt beskrivelseskategoriene representerer informantenes oppfatninger (Alexandersson, 1994). Dette kan synliggjøres ved å la beskrivelseskategoriene illustreres av sitater, som har til hensikt å fange innholdet i beskrivelseskategorien (Alexandersson, 1994; Larsson, 1986; Sjøstrøm og Dahlgren, 2002). I masteroppgaven er sitater fra det empiriske materialet brukt til å belyse beskrivelseskategoriene.

Overførbarhet dreier seg om hvorvidt et resultat vil gjelde for andre. Malterud beskriver hvordan ”Aha-effekten, altså det at en annen forstår noe mer om sitt eget av det jeg har gjort” (Malterud, 2003, s. 64) er en indikator på overførbarhet. En annen måte å beskrive troverdighet på er at de som har erfaringene umiddelbart kan gjenkjenne beskrivelsene som sine egne (Sandelowski, 1986).

I følge Marton (1994) blir det i fenomenografisk kritikk ofte stilt spørsmål om en annen forsker vil komme fram til de samme beskrivelseskategorier om han hadde gått gjennom det samme materialet. Som svar på dette hevder Marton (ibid) at fenomenografisk analyse er å anse som en oppdagelsesprosedyre. Når noe først er oppdaget, kan det ikke gjenoppdages på samme måte.

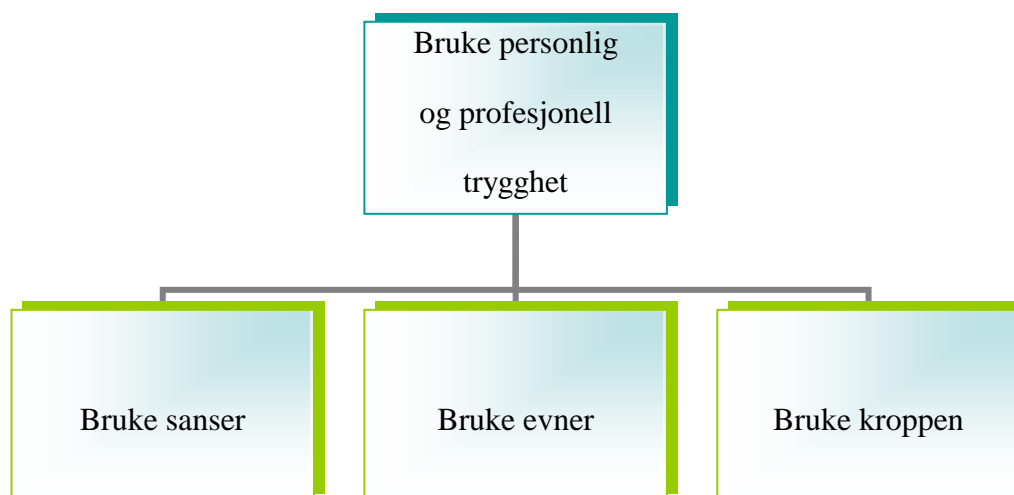
Jacobsen (2003) hevder at hensikten i kvalitativ forskning er å forstå og utdype, og at dette kan stå i kontrast til å generalisere resultater. I spørsmålet om overførbarhet hevder Sandelowski (1986) at det i kvalitativ forskning er enighet om at det generelle kan bli funnet i det spesielle, samtidig som det er enighet om at enhver forskningssituasjon er unik. Den samme samtalen kan aldri helt la seg gjenskape på samme måte, med samme resultat, på et annet tidspunkt. Det er altså motsetninger i synet på overførbarhet i kvalitativ forskning blant forskere.

Marton hevder derimot at fenomenografisk metode gjør overførbarhet mulig da beskrivelser av de begrensede antall kvalitativt forskjellige måter mennesker oppfatter fenomener i verden på, representerer noe som er felles (Marton, 1994). Overførbarhet muliggjøres derfor av troverdighet og pålitelighet i forskningsprosessen.

3. Resultat

Utfallsrommet består av hierarkisk og horisontalt ordnete beskrivelseskategorier for hvordan operasjonssykepleiere bruker seg selv terapeutisk. Utfallsrommet er dynamisk, hvor de i møtet med pasienten beveger seg ut og inn av de forskjellige beskrivelseskategoriene. Tre av beskrivelseskategoriene; bruke evner, bruke sanser og bruke kroppen er likeverdige, men forskjellige. Overgripende i utfallsrommet er beskrivelseskategorien; bruke personlig og profesjonell trygghet. Denne fremstår både som forutsetning for, og vurderingsstasjon mellom og refleksjonsbase i etterkant for de andre tre. Relasjonen mellom beskrivelseskategoriene fremstilles i figur 1.

Fig. 1 Relasjonene mellom beskrivelseskategoriene av oppfatninger av hvordan operasjonssykepleiere bruker seg selv terapeutisk.



De fire beskrivelseskategoriene inneholder til sammen 18 kategorier som bygger på 505 meningsenheter. Skjematisk ser fordelingen av beskrivelseskategorier og kategorier i utfallsrommet slik ut, figur 2.

Fig. 2 Beskrivelseskategorier og kategorier

Beskrivelseskategori	Kategori
Bruke personlig og profesjonell trygghet	Personlig egnethet
	Kunnskap og erfaring
	Samarbeid
	Kunne utvikle seg
Bruke sanser	Bruke blikket
	Lytte
	Berøre
Bruke evner	Kommunikasjon
	Ærlighet
	Kreativitet
	Empati
	Sette grenser
	Humor
	Flørte
Bruke kroppen	Hilse, smile og være høflig
	Være rolig
	Være nær og holde avstand
	Bruke utseende

3.1 Bruke personlig og profesjonell trygghet

Denne beskrivelseskategorien favner kategoriene *personlig egnethet, kunnskap og erfaring, samarbeid og kunne utvikle seg*.

Det å bruke personlig og profesjonell trygghet ble beskrevet som fundamentet for å kunne bruke seg selv terapeutisk i møtet med pasienten.

Jeg føler at jeg gjør det (bruker meg selv terapeutisk) i kraft av at jeg føler jeg er trygg i min rolle. At jeg vet hva jeg skal og jeg kan den oppgaven jeg skal gjøre.

Personlig og profesjonell trygghet ble beskrevet som noe man utviklet over tid, og at man som erfaren operasjonssykepleier var bedre i stand til å bruke seg selv enn som uerfaren. Man kunne også gjennom personlig og profesjonell trygghet formidle profesjonalitet til pasienten.

Noe som skiller denne beskrivelseskategorien fra de tre andre beskrivelseskategoriene er oppfatningen om at alle kategoriene i denne beskrivelseskategorien må være tilstede for at man skal kunne ha personlig og profesjonell trygghet. Kategoriene ble beskrevet som deler av et hele, sammenvevd og gjensidig avhengig.

En annen oppfatning er hvordan operasjonssykepleierne bruker kategoriene herfra både før, mellom og etter de enkelte andre beskrivelseskategoriene. Et eksempel kan illustreres slik: Kunnskap og erfaring (bruke personlig og profesjonell trygghet) brukes til å planlegge møtet med pasienten. I selve møtet brukes kommunikasjon (bruke evner), man snakker om løst og fast for å skape tillit. Dette lykkes ikke, man må revurdere (bruke personlig og profesjonell trygghet), bruker så berøring (bruke sanser), noe man opplever man lykkes med. I etterkant reflekterer (bruke personlig og profesjonell trygghet) man over situasjonen for å lære av den.

3.1.1 Personlig egnethet

Å ha et helhetlig menneskesyn ble oppfattet som avgjørende for at operasjonssykepleieren kunne se pasienten som et medmenneske. Uten dette fundamentet ble det beskrevet hvordan operasjonssykepleieren kunne unngå å oppdage hva pasienten trengte, fordi hun i stedet lot sitt fokus forbli på den instrumentelle del av operasjonssykepleiefunksjonen. Det å kunne behandle alle mennesker med respekt, ville den andre vel, og ha i fokus at alle har krav på lik behandling var andre oppfatninger. Uten personlig egnethet ville man ikke være i stand til å bruke empatiske evner i møtet med pasienten.

For du jobber med mennesker hele tida. Absolutt. Og du må like å møte nye mennesker hver dag. Flere ganger om dagen.

Det var viktig å være seg selv i møtet med pasienten. Det å framstå som ekte og være den man er, ble ansett som essensielt for å skape kontakt med pasienten og for å oppnå tillit. Det ble hevdet at det å forestille seg eller gi seg ut for å være noe man ikke var, fort ville bli gjennomskuet og virke negativt inn på forholdet til pasienten. Samtidig måtte man kunne ta seg sammen og oppføre seg for å framstå som profesjonell selv om man hadde en dårlig dag. Var man profesjonell i sin rolle, tok man ikke privatlivet med seg på jobb. Man kunne heller la andre kompensere for en.

Ja, være positive og smile og være glade liksom. Alt annet må de legge bak seg. Personlige ting må de bare prøve å si, idag at, kan jeg holde meg litt i bakgrunn i dag, for jeg har ikke helt dagen kanskje.

Som motsats ble det å ikke bry seg eller være kald sett på som personlighetstrekk som ikke passet i yrket. En oppfatning av personlig egnethet var at det innebar et personlig engasjement.

Jeg tenker det, at hver gang jeg skal på en operasjon, at det her skal bli best mulig for pasienten og for vi som er der og kirurgen og alt. Det skal være topp.

3.1.2 Kunnskap og erfaring

Kunnskap og erfaring ble ofte nevnt i sammenheng og ble brukt for å beskrive deler av den personlige og faglige kompetansen operasjonssykepleierne hadde. Kunnskapen kom fra grunn- og videreutdanning i sykepleie, fra eksterne og interne kurs, kollegaer, pasienter og gjennom personlig erfaring. Det å ha kunnskap og erfaring i forhold til arbeidsoppgaver ble av en erfaren informant beskrevet som viktig for å kunne konsentrere seg fullt ut om pasienten. Å ha kunnskap og erfaring gjorde at man framsto som trygg og derved formidlet trygghet til pasienten.

Kunnskap og erfaring var viktig i planleggingsfasen av en operasjon for å gjøre det første møtet med pasienten så bra som mulig. Om diagnosen var alvorlig, ble kunnskap og erfaring brukt til å planlegge et roligere og mer alvorlig møte, enn om pasienten hadde en diagnose med god prognose.

Hvordan vet du hva pasienten trenger?

Jeg bruker erfaring og så bruker jeg menneskekunnskap, altså sykepleiererfaring. Hva jeg har lært. Og så bruker jeg menneskeerfaring og voksenerfaring. Jeg har alltid vært mye i kontakt med mennesker, så greia er å prøve å få pasientene til å fortelle litt om seg selv.

Viktigheten av på forhånd å sette seg inn i den enkelte pasient gjennom tilgjengelig informasjon ble presisert. Ved å tilegne seg denne kunnskapen og bruke den kunne operasjonssykepleieren planlegge det individuelle møtet med den enkelte pasient. I det første møtet med pasienten ble kunnskap og erfaring brukt til å tolke og vurdere observasjonene sykepleierne gjorde om pasienten, om hun kunne fortsette som planlagt eller om hun måtte revurdere og gjøre noe annet.

Kunnskap og erfaring med spesielle pasientgrupper som barn eller demente ble hentet fram når pasienten man ventet var av samme gruppe. Erfaringene man hadde ble brukt i planleggingen av det første møtet, og også i forhold til hvem av personalet på operasjonsstua som skulle ta imot. Man brukte kunnskapen man hadde om kollegaer til å velge den som var best skikket i hvert tilfelle. Det ble også beskrevet hvordan mangel

på spesifikk erfaring gjorde at de følte seg usikre og mindre i stand til å takle enkelte pasientgrupper.

Jeg har jo ikke barn, så barn er ikke min sterke side.

Personlig erfaring fra hjemmesituasjon ble brukt i møtet med pasienter. En oppfatning var at denne erfaringen var verdifull i møtet med spesielle pasientgrupper, som for eksempel fysisk handikappede.

Jeg har da også personlig erfaring på det å bli hjelpetrengende. Det noe med det at jeg har den ballasten privat som jeg trur kan komme veldig til nytte her, fordi jeg har jo lært veldig mye av det at du kan snakke med folk. Folk vet veldig godt hva de kan, og hva de ikke kan. Å bruke det.

Gjennom å inneha kunnskap og erfaring kunne man utvikle et klinisk blikk, som så igjen ble brukt til å hente ny informasjon om pasienten i det første møtet. De brukte sitt kliniske blikk til å tolke pasienten. Informantene omtalte dette som ”å se” pasienten og dannet seg et inntrykk av hva pasienten trengte for så å planlegge hvordan de best kunne bruke seg selv utifra det. Eksempler på hvordan operasjonssykepleierne beskrev ”å se” pasienten var om han hadde flakkende blikk, eller lå med lukkede øyne? Var han motorisk urolig, eller rolig? Var han klam eller tørr i huden? Stemte fysiske tegn med pasientens verbale utsagn? Operasjonssykepleierne beskrev hvordan de brukte all kunnskap de hadde, kunnskap om anatomi, fysiologi, krisemestring osv., vurderte dette opp mot observasjonene de gjorde om den enkelte, for så å planlegge hvordan man skulle bruke seg selv terapeutisk. På denne måten beskrev de hvordan de kunne velge den tilnærming som var best egnet for den enkelte pasient, slik at de som trengte berøring fikk det og de som trengte informasjon fikk det.

3.1.3 Samarbeid

Viktigheten av samarbeidet i teamet ble påpekte av operasjonssykepleierne. Operasjonsteamet er der til pasientens beste, og at alle medlemmene i teamet hadde et ansvar for arbeidsmiljøet. Oppfatninger av deres eget bidrag til samarbeid var helt

essensielt, slik til at teamet fungerte optimalt. Det var ytterst viktig hvordan man jobbet sammen og gjorde hverandre gode, til pasientens beste. Man planla på forhånd hvem som skulle ta imot pasienten, og koordinerte arbeidsoppgaver. Pasienten ville bli forvirret, hvis alle i teamet skulle hilse på ham på en gang.

Når teamet fungerte godt og samarbeidet var på sitt beste, ble det en god stemningen inne på operasjonsstua, noe som kom pasienten til gode. Et godt samarbeid innad i teamet med lett småprat ble ansett for viktig for å skape trygghet. Pasienten skulle få følelsen av at denne situasjonen var helt dagligdags og trygg, og at alle gjorde tingene sine riktig. Oppfatningen var at pasienten merket godt hva slags stemning som er blant de som jobber sammen.

Oppfatningen var at et godt samarbeid, var et glidelåssamarbeid. Det ble ansett å være til pasientens beste, og måtte tiltrebes i operasjonsforberedelsene. Det var viktig å spille på lag til pasientens beste. Hvis man for eksempel ikke kunne svare på noe pasienten lurte på, kunne man slippe til andre teammedlemmer som hadde den etterspurte kunnskapen. Et annet eksempel var at om noen anestesisykepleiere eller operasjonssykepleiere hadde utviklet et spesielt godt håndlag med barn, da dro man nytte av det. Man brukte hverandre også for å imøtekomme pasientens personlighet. Man samarbeidet for å utnytte teametmedlemmenes ulike personlighet og kompetanse til pasientens beste.

Også at det i tillegg har vært mannlig anestesisykepleier eller mannlig operasjonssykepleier sammen med meg. Altså, det gjør noe med, i hvertfall hvis det er en mannlig pasient så gjør det noe med situasjonene.

Når teamet ikke fungerte godt, måtte noen kompensere for en andre. Det kunne være forskjellig syn på hvordan arbeidsoppgavene skulle utføres eller at man ikke så de samme tingene som skulle gjøres. Fungerte teamets samarbeidet dårlig, ville det kunne resultere i at de fikk mindre tid til pasienten og han kunne oppleve å bli oversett og bli utrygg i situasjonen.

3.1.4 Kunne utvikle seg

Det å utvikle seg framsto som viktig for å kunne få større kompetanse og gjøre en enda bedre jobb i fremtiden. Man kunne lære ved å observere andre. Ved å se hvordan andre gjorde ting kunne man lære noe eller få nye alternativer til handling. Gjennom observasjon av andre kunne også lære hvordan man ikke burde opptre. Slike situasjoner ble betegnet som eksempler til skrekk og advarsel. Tilbakemeldinger både fra kolleger og pasienter kunne brukes for å få bekreftet eller avkreftet om det en selv gjorde ble oppfattet som bra for pasienten. Og gjennom diskusjon med kollegaer og egen refleksjon kunne man lære av situasjoner som ble håndtert feil, slik at samme feil ikke ble gjort igjen.

Kurs og utdanningen ble beskrevet som viktige bidrag til både profesjonell og personlig utvikling. Operasjonssykepleierne ga beskrivelser av hvordan ny kunnskap hadde ført til at de endret strategi, fokus og bedre ble i stand til å bruke sine sterke sider.

Jeg synes det var flott å gå på videreutdanning og å lære så mye. Særlig dette med dialog til pasienten, hvordan møter vi pasienten, etikken i det. Og jus. Det var veldig spennende. Man utvikler seg som menneske og får større kompetanse.

3.2 Bruke sanser

Denne beskrivelseskategorien presenterer det å bruke sanser i møte med pasienten; *bruke blikket, lytte og berøre.*

3.2.1 Bruke blikket

Blikket hadde betydning for å skape trygghet hos pasienten. Det å bruke øynene for å få kontakt med pasienten, var et viktig redskap. Å bruke blikket beskrev informantene som en måte å skape trygghet på, og at å ikke vike med blikket, innga tillit. I akutte situasjoner, hvor det var mange mennesker rundt pasienten og mye støy, ble blikkkontakt oppfattet som en viktig og hensiktsmessig måte å formidle ro, skape trygghet og gi pasienten et fokus i tilværelsen på. Informantene mente at da fikk pasienten et holdepunkt, det var en som så han og ivaretok hans interesser selv om kaos og støy kunne prege situasjonen.

Måten man brukte blikket på var av betydning. Det å ikke vike, men være fast i blikket når man snakket med pasienten, ga troverdighet og tillit. De ønsket å formidle at ja, jeg ser deg, du er min pasient! Å holde blikket og lytte var viktig, for å skape ro og vise at du var tilstede for pasienten.

En oppfatningen var å bruke blikket som en nonverbal kommunikasjon til pasienter du ikke kan kommunisere med, for å få kontakt og holde på kontakten. Gjennom et mildt blick kunne man gi pasienten en opplevelse av at de ble forstått selv om man ikke kunne bruke ord. Små barn og fremmedspråklige pasienter ble nevnt som eksempler. Man brukte også blikket og samtidig smilte, for å ufarliggjøre ting, eller gjøre situasjonen mindre skremmende. Det var ikke alltid mulig å holde blikket på pasienten under arbeidets gang, men da kunne oppmerksomheten formidles på en annen måte.

Det kan hende at jeg stopper opp i det jeg gjør og med forberedelse av sterilt utstyr og snur meg og kanskje sier noe til pasienten, ikke sant. Det kan bare være det; du nå er vi opptatte, men vi har ikke glemt deg. Vi står med ryggen til, men det betyr ikke at vi ikke tenker på at det er deg vi jobber for. Bare det for eksempel kan være nok. Og så kan jeg si; nå må jeg snu meg igjen, skjønner du for jeg har litt å gjøre.

3.2.2 Lytte

Lytting ble beskrevet som en aktiv og fokusert handling. Ved å lytte til pasienten, formidlet man at man tok pasienten på alvor og viste de respekt. Informantene mente at pasienten var ekspert på seg selv og sitt liv og at de gjennom lytting kunne formidle at hans mening var viktig. Gjennom aktiv lytting kunne de formidle seriøsitet og profesjonalitet, noe de oppfattet som viktig for å skape trygghet hos pasienten. De lyttet for ikke å umyndiggjøre pasienten eller frata han medbestemmelsestett og autonomi. Ved å lytte til pasientens historie kunne man også få en gevinst

Du møter kanskje folk som er eldre og har mer livserfaring og sånn. Man må la dem slippe til og. At de er fortsatt oppegående om de er 70 eller 80. De har en veldig lang historie. Som gjerne er morsomt å høre på.

3.2.3 Berøre

Berøring ble brukt for å gjøre godt, dempe angst og for at ikke pasienten skulle føle seg alene. De brukte berøring for å sette pasienten i sentrum, gi han følelsen av at han ble sett og være betydningsfull. Situasjonen ble mer personlig og omsorgsfull, ved å berøre pasienten.

Operasjonssykepleierne brukte sin profesjonelle erfaring, ved at de merket at mange pasientene slappet av når de ble holdt i hånden eller berørt på annen måte, når forskjellige prosedyrer ble utført. Dette var situasjoner hvor de særlig prioriterte å være hos pasienten. Det å holde pasienten i hånden, og samtidig si noe hyggelig, var noen ganger nok, for å få pasienten til å slappe av. Det kunne føles veldig omsorgsfullt og gi pasienten trøst. Om de satte seg selv i pasientens sted, ville de ha ønsket at noen tok dem i hånden i samme situasjon.

Særlig når narkosen ble innledet, var det viktig å ta på pasienten og for eksempel si at ”nå må du sove godt”. Informantene hadde oppfatning av at berøring kunne gjøres på forskjellige måter. Berøring med et fast grep virket trygt, tydelig og tillitsvekkende. Det

å holde på skulderen til pasienten når han ble lagt i narkosen, mente de følte trygt. Dette var kunnskaper bygd på erfaring og teori.

Hvis du får angst og sånn, og blir tatt på virker det veldig godt. Jeg tar ikke så mye i handa lenger, men jeg bare tar på og også når pasienten skal soves ned. Anestesien står jo alltid bak pasienten, da står jeg alltid nede ved pasienten og holder på armen eller beinet.

En annen oppfatningen var at med pasienten måtte berøres med forsiktighet, for ikke å støte. Å lene sin egen kropp over pasienten kunne i ettertid oppleves som ubehagelig og invaderende på hans private sfære. Dette gjaldt særlig når pasienten var fra en annen kultur. Det ble beskrevet hvordan pasientens behov for berøring til enhver tid var bestemmende for hvordan og hvor mye de berørte. Man ønsket ikke å krenke eller støte pasienten.

Det å bruke berøring når språket ikke kunne brukes, som hos fremmedspråkelig pasienter, virket trygghetskapende. Informantene hadde også erfaring med at hvis pasienten var dement og urolig, kunne berøring ha en god effekt. Det å ha en hånd å holde i for pasienten som ikke forsto hvorfor han var der eller hvor han var, kunne gjøre veldig godt. Og når barn var pasient kunne berøring ha en god effekt. Barn forsto ofte ikke hvorfor og hvor de var. De så kun en mengde utstyr i et rart rom og grønnkledde mennesker.

Unger er redde, vet du - da tar jeg de alltid på ryggen.

Varme hender og et godt håndlag, ble oppfattet som behagelig og trygt for pasienten. Å bli tatt hånd om av en operasjonssykepleier med faste og effektive håndbevegelser, kunne tolkes av pasienten som at man hadde erfaring og hadde gjort denne prosedyren mange ganger.

... og du jobber jo mye med hendene på en pasient- om du legger bandasje eller mansjett. Og håndlaget har man jo, selv om jeg er litt ny her.

3.3 Bruke evner

Denne beskrivelseskategorien presenterer oppfatninger av å bruke evner, *kommunikasjon, ærlighet, kreativitet, empati, sette grenser, humor og flørte.*

3.3.1 Kommunikasjon

Det å kommunisere eller å bruke språk er kanskje den evnen som brukes mest. Kommunikasjon kunne bli brukt i forhold til pasienten med flere formål. Informanter nevnte tidsaspektet her, at møtet med pasienten er preget av at man har liten tid til å etablere et forhold. Derfor var det helt essensielt hvordan man brukte denne første tiden.

En måte å kommunisere på er å informere. Man informerer om det som skal skje, for at pasienten skal oppnå kontroll og trygghet. Informantene brukte språket til generelt å begrense belastningene hos den som skal opereres, basert på kunnskaper om at stress og angst kan reduseres gjennom klar og enkel informasjon. Man ønsket å hjelpe pasienten, ved å informere om alle preoperative forberedelser, så de hele tiden visste hva som skjedde med dem. Med det ønsket de å redusere usikkerhet og gi trygghet.

Det skal være kvalitet i det vi gjør. De skal skjønne at vi er gode. Både sånn teknisk, for det er jo mye teknisk her. At de ikke føler seg utrygge hvis noen sier at, det her fungerer ikke, eller hva er det som er galt her?

Ved å opprette tillit i det første møte, gjorde at informasjon om preoperative forberedelser for eksempel leiring, turde pasienten å være ærlig om han lå godt eller ikke. For å oppnå dette, måtte man være direkte i kommunikasjonen, og være bevisst i valg av ord. Man kunne også stille kontrollspørsmål for å sikre at de hadde forstått pasienten rett, og om tiltaket var bra.

Så hvis vi får sagt tingene uten at det blir sånn monotont, som om det var første eller andre gangen du gjorde det. Da får pasienten følelse av at han er spesiell, jeg ønsker ikke at det skal være samlebånd på den måten.

Man forberedte møte med pasienten utifra tilgjengelig informasjon. Man vurderte graden av informasjon i forhold til om pasienten var motagelig for det eller ikke. De observerte tegn på usikkerhet og angst hos pasienten, og tilpasset informasjonen etter det. Det var viktig å vurdere om man kunne invitere til en samtale om vanskelige og såre ting for pasienten, hvis man ikke hadde tid.

Noen pasienter sa klart ifra at de ikke ønsket informasjon, da ble det respektert av informantene, og de informerte minst mulig. Informasjonen operasjonssykepleierne ga, skulle være i samsvar med kirurgen, for å skape troverdighet og trygghet.

Informantene hadde også formening om hvordan man skulle informere, ikke overkjøre pasienten, men la pasienten få tid på seg til å oppfatte informasjonen og ta litt om gangen. I møte med barn kunne man kommunisere for å skape mestringsfølelse.

Og rose barn, det er veldig viktig. Når de klarer å holde seg i ro til de får inn veneflon for eksempel, og rose og si; nå klarte du det kjempefint. Og komme med rosende bemerkninger underveis.

En annen måte å kommunisere på var mer som en samtale mellom pasient og operasjonssykepleier om løst og fast. Informantene mente at de da signaliserte at det var pasienten som var i sentrum, det var han som var fokuset deres. Kommunikasjonen ble brukt til å skape kontakt og opprette tillit. Den kunne brukes til å avlede fra det som skulle skje, og for å få pasienten til å slappe av. Den kunne også brukes som en generell samtale om noe pasienten er opptatt av, for å oppnå at han følte seg betydningsfull.

Vi hadde noe felles. For vi hadde et felles område som vi besøkte. Og han var på jakt der og jeg var på tur der. Og da han hørte at vi fiska nylig ble det veldig mye felles. Og da, da opplevde vi vel at pasienten synes det var all right. Å ha noe felles der, og ble roligere og var ikke så engstelig som han var, for han var ganske redd. Han var veldig engstelig.

Man brukte navn og stedsnavn som en innledning og fellesnevner i kommunikasjonen med pasienten. Det kunne være en forskjell om man jobbet på et stort sykehus i en stor by, eller et mindre sykehus i en mindre by. Generelt kunne familienavn eller stedsnavn bli brukt som inngangsport til en samtale, noe som igjen genererte til å få god kontakt med pasienten og skape noe ”eget ” rundt denne fellesnevneren. Da oppstod det et trygt samtaleemne. Pasienten kunne ha et kjent navn for operasjonssykepleieren eller motsatt. Pasienten kunne kjenne foreldrene eller familien til operasjonssykepleieren, så der var fellesnevneren. Oppfatningen var at dette opplevdes som trygt og kunne skape en indre ro for pasienten. For pasienter som var stille og engstelige, var det en fin inngangsport for å få vedkommende med i en samtale om noe felles, for eksempel et stedsnavn.

Det er vel noen ganger jeg har angret meg litt, noen ganger har pasienten hørt dialekten; og er du ... du! - du høres ut som du er en, ... hen er du frå? ... Man blir litt mer samme klan, samme familie, samme stammen.

Andre ganger unngikk man bevisst å snakke om sted og navn. Om pasienten skulle gjennom en operasjon som ble ansett for svært privat og intim, eksempelvis en abort, var det en oppfatning at navn og felles kjente tvert imot kunne bidra til utrygghet hos pasienten. Hun kunne bli usikker på om taushet og konfidensialitet ville bli ivarettatt.

Kommunikasjonen kunne formidle operasjonssykepleierens kompetanse, skape trygghet og gi pasienten følelse av at han er i gode hender. Ved å spørre om typiske sider ved sykdommen eller kommentere hvordan symptomer kan påvirke pasientens dagligliv, kunne operasjonssykepleieren bruke kommunikasjon til å formidle at hun hadde kunnskap og erfaring i jobben sin.

Informantene kunne by på seg selv, fortelle noe morsomt eller annet positivt, for å vise at de var tilstede og hadde fokus på pasienten. Man brukte ledig tid, hvis man så pasienten ble liggende alene. Man var veldig oppmerksom på tema som ikke burde forekomme.

Ja, i hvert fall ikke si at, å gud dette kan jeg ikke – hvordan var dette igjen. I hvert fall ikke komme med sånne kommentarer. Men jeg vil formidle at jeg kan

det, istedenfor å komme med masse foplende bevegelser. Og ord som detter ut av munnen min.

Non-verbal kommunikasjon ble brukt for å oppnå kontakt og informere, hvis vanlig kommunikasjon ikke var mulig. Det er særlig i møte med barn eller pasienter fra andre kulturer som ikke snakker norsk som krever spesielle hensyn.

Det hender vi har utlendinger som har vært utsatt for arbeidsulykker og de snakker som oftest ikke norsk. Da må du prøve å signalisere non verbalt at vi er her for deg, og vi skal hjelpe deg.

Pasienten styrte samtalen og tema. Informantene la personlige og politiske meninger tilside for å ta hensyn til pasienten. Det var ikke tid og sted for å diskutere egne meninger, og man ville ikke støte pasienten.

3.3.2 Ærlighet

Man ønsket å framstå som ærlig. Oppfatningen av å være ærlig, var at det innga troverdighet og tillit. De mente at å være ærlig og sannferdige mot pasienten, var å ta pasienten på alvor. Å være ærlig, var aldri gi garantier for at ting skulle gå bra, men heller si at vi skal gjøre vårt aller beste for deg. Informantene hadde erfart at ved å framstå som ærlig, fikk de pasienten til å føle at de involverte seg i ham, noe som igjen ga trygghet. Å være ærlig i møte med pasienten, var å vise ydmykhet i dette møte.

Her er det samlebånd, sa pasienten! Og da tok jeg blikkkontakt, stoppet litt opp og sa; Ja. Altså, responderte på det han sa. Ikke snakket meg bort. Jeg prøvde å være ærlig på det da. Men du er deg, og nå er jeg her for deg. Ikke for de andre som kommer eller for de som var. Men nå er jeg her for deg. Man må være ærlig, tror jeg. Og heller gå i seg selv. Å være litt ydmyk.

Hvis pasienten hadde dårlige erfaringer med helsevesent fra før, var det viktig å gjennomrette tilliten til helsevesentet ved å være ærlig ovenfor pasienten, selv om de ikke hadde direkte skyld i den dårlige erfaringen. Det arbeidet som ble gjort på

operasjonsavdelingen ble beskrevet som et ledd i en kjede, som samlet sett er pasientens sykehusopphold.

Ærlighet var særlig viktig om man tabbet seg ut ovenfor en pasient, ved for eksempel å gjøre feilvurderinger i forhold til humor. Da var det viktig å være ærlig og ydmyk og beklage at dette hadde blitt feil. Oppfatningen av å være ærlig gjaldt også hvis det hadde gått noe feil med selve operasjonen, på grunn av systemet eller faktorer man ikke personlig var ansvarlig for.

....selv folk som har hatt massive infeksjoner (på grunn av operasjoner) kommer tilbake, for de har allikevel opplevelse av at de har hatt det bra. Fordi de blir møtt med ærlighet. Ja, dette var en tabbe, det var dumt at det ble sånn. Det er ingen som prøver å skjule noe eller feie noe under teppe, for det er så viktig. Det er god kultur på det her, og det er veldig positivt.

3.3.3 Kreativitet

Oppfatningen av å bruke kreativitet var utbredt. Man brukte sine kreative evner på flere vis. Ved å kunne improvisere, kunne man finne andre løsninger som var bedre egnet for den enkelte pasient. Kreative evner kunne også brukes til å få pasienten til å føle seg spesiell og særegen.

Det å tilpasse egen adferd i møte med barn, stilte krav til å være kreativ. Operasjonssykepleierne brukte seg selv annerledes når et barn var pasient, enn når man møter en voksen. Å bruke kreativiteten ved å ta oppmerksomheten bort fra det som skulle skje, var både kontaktskapende og avledende. De improviserte, ved å bruke en gjenstand eller en leke eller andre handlinger for å avlede. Å bruke luer med ører på bidro til å fange barnets oppmerksomhet og derved avlede fra andre ting.

Unger vet du, de tar jeg alltid med og ser i vinduet på helikopterplassen. Bruker 5 minutter på det, og er vi heldig så lander helikopteret, så ser vi på det! Man må bruke det man har, muligheter til å avlede, samtidig skape trygghet og tillit.

Å synge sammen med pasienten ble ansett for å ha en beroligende effekt særlig på demente pasienter. Oppfatningen var at en sang pasienten kunne synge med på fungerte som et kjent element og bidro til å redusere utryggheten i situasjonen. Informantene hadde også forskjellig erfaring om bruk av musikk. Man kunne ha radioen eller CD spiller på, for at det skulle virke avslappende for pasienten. Det kan være godt for pasienten å ha bakgrunnslyd, så hører de ikke så godt forstyrrende lyder fra apparater eller instrumenter eller kirurgenes faglige samtaler og diskusjoner underveis. Musikk kan det fungere som avledning og virke avslappende. En annen oppfatning var at musikk kunne virke forstyrrende inn og gjøre pasienten mer stresset. Det var derfor viktig å tilpasse både bruk av musikk, type musikk og lydnivå etter pasientens ønske.

3.3.4 Empati

Man brukte sin empatiske evne for å møte pasienten på en god måte, for igjen å formidle trygghet og medmenneskelighet.

Når man står opp klokken to på natta og er helt groggy. Nei, da.....men jeg prøver veldig ofte, det gjør jeg, tenk om jeg er den pasienten. Hvordan vil jeg bli møtt? Det gjør jeg veldig ofte. Det har hjulpet mange ganger. Tenk om det var meg som kom. Jeg har tenkt på det noen ganger. Hvordan ville jeg bli møtt?

En god måte kunne være i forhold til pasientens diagnose. Gjennom å formidle at man hadde kjennskap til pasientens forhistorie og sykdomsforløp, og forsto noe om hva dette innebar for pasienten, ville han føle seg godt ivaretatt. Ved å bruke empati, ville pasienten føle at han ble tatt på alvor, og at man visste om hans lidelser og smerter.

Formidle at jeg skjønner hva dette dreier seg om. For i hvert fall på hoftepasienten, så har de nattesmerter, som har vært veldig plagsomt.

Mange pasienter hadde alvorlige diagnoser. Informantene kunne vise empati gjennom å vise medfølelse, gi emosjonell støtte, lytte og ta hans utsagn på alvor. Med dette ønsket de å formidle en nærhet og varme til pasienten.

Informantene var bevisst på å la pasienten få bestemme så mye som mulig, for å få kontroll og ha medbestemmelsesrett. De var opptatt av at pasienten ikke skulle føle sin integritet bli krenket, og hans verdighet ble ivaretatt. Et eksempel på bruk av empati var å la pasienten få legge seg over på operasjonsbordet i sitt eget tempo og på den måten som var best for han. Man brukte god tid så ikke pasienten følte seg overkjørt med masse spørsmål, men at vedkommende fikk tid til å tenke og dermed få kontroll over situasjonen. Man var var for hvordan pasienten hadde det.

Det føler jeg jo, snakk om respekt for pasienten kan du si. Du kan si jeg stoler på noe av det jeg føler selv, som jeg kjenner igjen. Selv om jeg stiller et spørsmål, eller forteller om noe, merker jeg at hun trekker seg litt vekk. Jeg har respekt for det.

Informantene synes det var viktig at man kunne få ha med seg pårørende inn på operasjonsstua om man ønsket det, selv om man var voksen. Dette kunne gjelde pasienter som hadde angst.

Man hadde erfaring i å møte pasienter fra andre kulturer. Et eksemplet var at man lot hygieniske prinsipper vike, til fordel for å la muslimske kvinner få beholde sitt eget tøy på lengst mulig. Man var opptatt av og bevisst på å ikke krenke pasienten, ved at han eller hun ikke ble blottet. Pasientene kommer som regel i pasientskjorte til større operasjoner, og kan føle seg veldig avkledd. En annen vanlig situasjon var når pasienten skulle ligge i benholdere. Man brukte sin empatiske evne til å sørge for at pasienten ble dekket på en hensynsfull og diskret måte.

Empati med pasienten gjorde at man ønsket å skjerme han fra å se utstyr. Det ble beskrevet som skremmende for de aller fleste å komme innenfor en operasjonssavdeling. Pasienten kommer til en avdeling som er blottet for bilder og blomster, det virker sterilt, kaldt og det er mye teknisk utstyr. Inne på en operasjonsstue er det også mye teknisk utstyr, ofte henger det utstyr ned fra taket, og det er også store operasjonslamper. Og utstyret gir lyder. Dette kan virke meget skremmende, særlig med tanke på at utstyret skal brukes på ens kropp. For å skape mest mulig trygghet

ønsket de også å skjerme for støy. Dette kunne gjøres ved å ikke slå på utstyr før pasienten lå i narkose. Utenlandske pasienter med erfaringer fra krig og terror stilte særlige utfordringer til informantenes evne til empati.

For flere ... med en annen farge kan jo være traumatisert fra før av, på grunn av krig og andre ting. Og da er det sikkert ikke mye som skal til før de kan relatere det til noe de har opplevd før.

3.3.5 Sette grenser

Hvis pasienten var veldig urolig og bekymret for hva som skulle skje videre, eller hadde mange spørsmål, kunne man på en emptisk måte hjelpe pasienten å samle seg, ved å sette grenser. Man kunne hjelpe pasienten å sortere hva som kunne vente og hva som skulle fokuseres på her og nå. Noen ganger var det viktig å bryte inn i situasjoner, for å komme videre i forløpet og dermed hjelpe pasienten.

Det var en unge som skulle av og på den vekta hele tida, og mammaen lot han gå av og på og han var ferdig forlengst. Da sa jeg; og det var siste gang....slik som man sa til sine egne barn når de var små.

3.3.6 Humor

Oppfatningen av å bruke seg selv ved hjelp av humor, var at det var påkrevet i jobben, men at det kom an på hva slags diagnose pasienten hadde og hvilken psykisk tilstand pasienten var i. Humor kunne brukes for å lette på en stemning, selv om pasienten hadde en alvorlig diagnose. Det å bruke humor i en slik situasjon, kunne virke som en forsterkning av håp. En oppfatning var at humor og latter kunne virke befriende, angstdempende og lette på stemningen inne på operasjonsstua. Humor kunne også brukes som avledning for det som skulle skje, og for å ufarliggjøre ting. Humor ble også brukt til å følge opp en god stemning inne på operasjonsstua.

Men man vurderte og brukte humor varsomt og på pasientens premisser, kanskje spesielt pasienter fra andre kulturer. Hvis pasienten innbød til å bruke humor, kunne man møte pasienten på det. Humor kunne brukes i situasjoner hvor det var vanskelig å komme pasienten i møte.

Demente pasienter, da synes jeg ofte at vi ler mye. Kanskje pasienten sier ting som ikke passer inn. Eller passer, at en kan få til den derre kontakten. Vi forstår hverandre. Man kommuniserer jo ikke helt greit, men jeg synes vi ler mye. For det blir noen situasjoner som blir litt rare.

For andre var humor en egenskap de ikke brukte, da de oppfattet at de ikke var humoristiske personer. Når man ikke har evnen til å bruke humor, ble det unaturligfor dem.

3.3.7 Flørte

Operasjonssykepleierne kunne flørte, som et middel for å appellere til mannlige pasienters personlighet, og dermed komme i kontakt. Man kunne også bruke flørten bevisst, for å avlede pasienten og lette situasjonen for han. Man kunne oppnå en god kontakt med mannlige pasienter ved å flørte litt, og pasienten følte seg trygg og ivaretatt. Oppfatningen av det å flørte med mannlige pasienter, var at flørten ikke var av alvorlig karakter. Man fløtet ikke for å flørte, men for å bygge opp under pasientens mestringsfølelse og personlighet. Man spilte på en kvinne-mann relasjon for å skape en lett stemning.

Og så noe med den mannen er da. For noen av de er jo litt sånn, noen mennesker er jo bare sånn at de....du ser det på dem, de har glimt i øyet. Så blir man jo liksom litt med på den selv da. Føler at jeg får litt glimt i øyet selv, og smiler litt og ja. Jeg er ganske kjapp med replikker.

For andre var flørten utenkelig, da den ikke oppfattes som en del av et profesjonelt møte.

3.4 Bruke kroppen

I denne beskrivelseskategorien presenteres oppfatninger av å bruke kroppen, representert med å *hilse, smile og være høflig, være rolig, være nær og holde avstand og bruke utseende*. Beskrivelseskategorien er kvalitativt forskjellig fra de andre kategoriene ved at det her dreier seg om hvordan man bruker kroppen sin i rommet og hvordan signaler fra kroppen brukes. Kategorien beskriver ikke kroppskontakt eller berøring, som er en egen kategori under beskrivelseskategorien ”bruke evner”, snarere grad av nærhet – distanse til pasienten.

3.4.1 Hilse, smile og være høflig

Informanter var opptatt av at pasienten skulle bli motatt på en god måte ved ankomst til operasjonsavdelingen. Dette første møte var viktig for å etablere tillit. Ved å håndhilse og møte pasienten med et smil, viste man høflighet og respekt, og kontakt mellom pasient og operasjonssykepleier var da etablert.

Jeg er alltid høflig, det er jo en forutsetning, vanlig folkekikk. Men det er noe med det å ha noe å gi. Det er ikke alltid like lett. Men det noe man, det er noe jeg tenker på, at jeg må tilstrebe.

Informantene så på operasjonspasientens sykehusopphold som mange ledd i en kjede. Operasjonsavdelingen var et ledd i denne kjeden. Pasienten skulle få en god følelse av hele sykehusoppholdet, ved å bli møtt på en positiv og blid måte i alle ledd i hans operasjonsforløp.

Informantene ønsket å ha pasienten i sentrum. Da var det å alltid hilse på pasienten først, en viktig start. Oppfatningen var at det var ekstra viktig når barn var pasient, selv om de alltid har med en voksen. Det å møte barn med smil og vennlighet, kunne gjøre deres situasjon mindre traumatisk. Operasjonssykepleierne la vekt på å bruke kroppen til å signalisere noe positivt, som vennlighet og smil.

3.4.2 Være rolig

Informantene mente at hvis de var rolig, så ble det overført til pasienten i form av trygghet og en følelse av å bli passet godt på. De påpekte at det å gjøre ting rolig og behersket, formidlet også profesjonalitet og en visshet for pasienten at dette er helsepersonell som vet hva de gjør. Det kunne også formidles til pårørende, særlig engstelige foreldre.

Ja, det er jo ofte en av foreldrene er med, inn til de sover og sånn, og da lar vi foreldrene hele tida være der. Så vi støtter jo egentlig bare opp om det, og hvis ungen er rolig og sånn, så forholder jeg meg ganske rolig, sånn sett.

Informanter sa de beveget seg rolig. De formidlet ro ved å holde seg rundt pasienten, hvis det er mange andre tilstede, for å begrense pasientens inntrykk. Man snakket rolig og med lavt stemmeleie, for å gi trygghet til pasienten. Man arbeidet rolig for å oppnå det samme.

3.4.3 Være nær eller holde avstand

Det å være nær pasienten, var kontaktskapende og kunne være trygt. Pasienten hengir seg til operasjonssykepleieren, han har ikke annet valg. Det at de var nær pasienten, gjorde at han ikke følte seg forlatt. Pasienten følte at han var i sentrum, og at de brydde seg om ham, ved at de var nære og tilstede.

Man kunne være nær, for å avlede pasienten. Oppfatningen av å være nær, var at man kunne fange pasientens oppmerksomhet når anestesisykepleier utførte prosedyrer i operasjonsforberedelsene. Ved innledning til narkose bestrebet informantene alltid å være nær pasienten. Man fikk også en nærhet til pasienten.

Og jeg bruker den tiden jeg har, og jeg har jo kun en pasient om gangen. Da bruker du faktisk noen timer sammen med den pasienten.

Samtidig som å være nær, var det situasjoner hvor informantene holdt avstand, særlig ovenfor pasienter fra andre kulturer. Vurdering om grad av nærhet kunne virke støtende, særlig i forhold til kjønn ble nøye vurdert. Samtidig var ønsket selvfølgelig at pasienter fra andre kulturer også skulle bli godt tatt vare på og føle omsorg. Løsningen kunne være å holde øyekontakt med pasienten, men ikke være nær fysisk sett, for ikke å krenke eller skape engstelse i forhold til kulturelle normer.

Oppfatningen av grad av nærhet og hvordan man var nær, ble nøye vurdert. Det var en forskjell å stå inntil pasienten, i forhold til om man lente seg over pasienten. Man var oppmerksom på at det kunne være krenkende, og at det kunne invadere pasientens private rom.

Jeg er også opptatt at man skal holde en viss avstand. Og jeg vet at man skal ikke nærme seg med kroppen sin pasienten eller så, så du må alltid holde avstand.

3.4.4 Bruke utseende

Det å se litt eldre ut representerte en trygghet, pasienten regnet med at de var i gode hender, fordi de eldre mest sannsynlig hadde lang erfaring.

Operasjonssykepleierne brukte utseende bevisst ved at de for eksempel hadde hørt av andre, at de så snille ut eller hadde "snille øyne". Dette kunne brukes til å skape trygghet hos pasienten.

...jeg bruker snillheten min, for å gi pasienten en god opplevelse.

4. Diskusjon

4.1 Kort oppsummering av de viktigste resultatene

Hensikten med studien var å beskrive variasjoner i oppfatninger av hvordan operasjonssykepleiere bruker seg selv i møte med operasjonspasienten. Resultatet består av 4 beskrivelseskategorier og operasjonssykepleierne beskriver forholdet mellom dem som dynamisk, hvor de i møtet med pasienten beveger seg ut og inn av de forskjellige beskrivelseskategoriene. Tre av beskrivelseskategoriene; bruke evner, bruke sanser og bruke kroppen er likeverdige, horisontalt ordnet, og kvalitativt forskjellige. Som overgripende i utfallsrommet er beskrivelseskategorien; bruke personlig og profesjonell trygghet. Denne fremstår både som forutsetning for, vurderingsstasjon mellom og refleksjonsbase i etterkant av de andre tre. Informantene beskriver hvordan den overgripende beskrivelseskategorien er en forutsetning for å kunne bruke seg selv terapeutisk. Gjennom personlig egnethet, kunnskap og erfaring, samarbeid, og utvikle seg blir man trygg i egen rolle og istand til å bruke seg selv målrettet og bevisst i det formål å skape en ønsket forandring hos operasjonspasienten.

Operasjonssykepleierne hadde et stort spekter av variasjoner i oppfatninger av fenomenet ”å bruke seg selv terapeutisk”. I møtet med operasjonspasienten beskrev de et stort moralsk og faglig ansvar og en høy grad av situasjonsforståelse. Alle informantene var opptatt av at pasienten skulle føle seg ivaretatt og trygg.

I møtet med pasienten ble det beskrevet hvordan operasjonssykepleierne vurderte bruken av kategoriene ut fra den enkelte situasjon, eksempelvis hvordan noen trengte berøring fremfor kommunikasjon. Samtidig ble det vurdert graden av bruk; noen trengte mye, andre mindre eller på en annen måte.

4.2 Resultatdiskusjon

4.2.1 Bruke personlig og profesjonell trygghet

Å bruke personlig og profesjonell trygghet ble beskrevet som fundamentet for å kunne bruke seg selv terapeutisk i møtet med pasienten. Personlig og profesjonell trygghet ble beskrevet som noe man utviklet over tid. De erfarne operasjonssykepleierne hadde størst repertoar å spille på i møte med pasienten, og de våget å ta flere og større avgjørelser på sine egne og pasientens vegne. Uerfarne og nyutdannet hadde ikke samme sikkerheten som den erfarne. De var mer forsiktige og våget ikke ta de helt store sprangene. Samtidig betraktet flere av de nytudannede operasjonssykepleierne seg som erfarne som sykepleiere, med opptil 20 års praksis.

Benner (1995) beskriver prosessen fra novise til ekspert, hvor novisen er karakterisert ved å være regelbundet. En begrenset og lite fleksibel atferd gjør individuelle hensyn og tilpasninger til den enkelte pasient vanskelig. Hun vil derfor framstå som rigid og lite i stand til å møte pasienten på hans premisser. Eksperten vet umiddelbart hva som er riktig å gjøre. Hun har trygghet ervervet gjennom sin erfaring til å gjøre individuelle tilpasninger. Hun er fleksibel og har kompetanse til å takle det uventede. Hun blir i stand til å møte pasienten der han er, og vil kunne framstå som trygg og nærværende.

Operasjonssykepleierne beskriver hvordan et helhetlig menneskesyn ble oppfattet som et aspekt i den personlige egnetheten og viktig for at operasjonssykepleieren kunne se pasienten som et medmenneske. NSF (2007) beskriver det helhetlige menneskesynets plass i det etiske sykepleieperspektiv. De fremhever etikkens viktighet, ikke bare som en profesjonsetikk, men som den enkelte yrkesutøvers praksisetikk. Gjennom respekt for det enkelte menneske og hans eller hennes verdighet kan operasjonssykepleieren opptre på en etisk forsvarlig måte.

Travelbee (1999) påpeker hvordan sykepleierens menneskesyn innvirker på kvaliteten av sykepleie som gis den enkelte pasient. Fordi sykepleierens menneskesyn ligger til grunn for hennes holdninger, får menneskesynet innvirkning på hvilken verdi hun

tillegger pasienten som menneske. Hennes menneskesyn blir derfor avgjørende for om hun anser pasienten som et stereotyp gruppelem, med fare for å avhumanisere personen, eller som det unike menneske. Bæck – Pettersson (2006) hevder at sykepleierens evne til å vise medmenneskelighet er forbundet med sykepleierens kompetanse, medfølelse og at man er tilstede og seg selv i møtet med pasienten. Menneskelig omsorg er viktig for pasientens velbefinnende – å bli sett som et unikt menneske med personlige behov. Rudolfsson (2008) har fokus på sykepleier - pasient relasjon og det gode møtet. Hun belyser hvordan det å bli mottatt som et helt menneske kan ha betydning for hva pasienten kommer til å huske fra sin operasjon og om pasienten opplever et fysisk og sjelelig velbefinnende.

En oppfatning operasjonssykepleierene beskrev var hvordan enkelte ikke hadde noe i yrket å gjøre. Disse ble beskrevet som kalde og uten evne eller vilje til å bry seg. Karlsson (2007) beskriver sine egne opplevelser som pasient. Hun beskriver operasjonssykepleierne som upersonlige, distanserte og nesten hatefulle i sin tiltale til henne og følte at hun var til bry og totalt anonym. Og hun spør om anonymiseringen av henne som menneske er et svik mot pasientenes sjelige og åndelige behov.

Informantene beskrev hvordan man gjennom personlig og profesjonell trygghet kunne også formidle profesjonalitet til pasienten. Von Post (1999) beskriver hva spesialsykepleierne opplever som etiske konflikter i operasjonsteamet og hvordan de håndterer dem. Hun påpeker at pasientens verdighet blir krenket når sykepleierne opptrer uprofesjonelt.

Operasjonssykepleierne beskrev hvordan målet med å bruke seg selv var at pasienten skulle oppleve trygghet, velvære og ikke bli krenket. Williams (2008) konkluderte med at når pasientene følte seg sikre, informert og verdsatt økte deres følelse av kontroll og følelsesmessig velvære. Von Post (1999) underbygger også dette i sin doktoravhandling Hun søker å finne ut hva er det karakteristiske for profesjonell naturlig omsorg i den perioperative omsorgen, og en av konklusjonen er at pasientens

verdighet er i fokus. Og at verdigheten er det etiske kravet som blir oppfylt ved at sykepleieren beskytter pasienten og taler hans sak.

Operasjonssykepleierne brukte kunnskaper om det å være operasjonspasient, ved å hjelpe pasienten til å få kontroll over situasjonen og redusere angst. De forberedte seg ved å lese journal og annen preoperative informasjon om pasienten, for å gjøre møtet best mulig. Haugen, Eide, Olsen, Haukeland, Remme og Wahl (2009) hevder at pasienter med angst og depresjon i hverdagen, sliter med mer angst også under operasjonen. Det er viktig å lese pasientens papirer på forhånd så man er forberedt og kan møte pasientens individuelle behov.

Operasjonssykepleierne påpekte viktigheten av samarbeidet i operasjonsteamet. De mente at deres eget bidrag til samarbeid var viktig, for at teamet fungerte optimalt. Tverrfaglig samarbeid innebar samarbeid til pasientens beste. Pasienten følte trygghet, ved at teamet småpratet sammen. Han eller hun fikk følelsen av at situasjonen var dagligdags, og at alle gjorde tingene sine riktig. Haugens m.fl. (2009) studie er i overensstemmelse med dette. Der kom det fram at pasientene synes det var beroligende at personalet snakket med hverandre i forberedelsene og under operasjonene. Det å utvikle seg framsto som viktig for å kunne få større kompetanse og gjøre en enda bedre jobb i fremtiden. Det var viktig å lære av hverandre og av egne erfaringer, gjennom samtale og refleksjon. Skau (2005) hevder at den enkelte selv er ansvarlig for å ta initiativ til endring og utvikling, og at de fleste vil være tjent med å utvikle seg. Videre hevder hun at prosessen krever mot og modenhet. For å utvikle seg, er den enkeltes evne til å reflektere over det arbeidet man gjør viktig. Ved å reflektere over hvilke kunnskaper og ferdigheter du har og hva eller hvilke ferdigheter og kunnskap du trenger, kan man utvikle egen yrkespraksis (Bie, 2007). Kirkevold (1996) beskriver hvordan tro på egne evner er knyttet til utvikling av kompetanse. Kompetanse utvikles gjennom integrering av øvelse, kunnskap og ferdigheter i konkrete situasjoner.

4.2.2 Bruke sanser

I møte med pasienten søkte operasjonssykepleierne å bygge opp en god relasjon med pasienten ved å bruke blikket, lytte og berøre. En oppfatningen var at sanser kunne brukes for å vise respekt og skape trygghet. De lyttet til pasientens historier, brukte blikket for å skape tillit og de berørte pasienten for å vise omsorg. De var nærværende for pasienten, og ønsket å verne om han eller henne.

Å bruke øynene for å få kontakt med pasienten, var et viktig redskap. Å bruke blikket ble oppfattet som å virke tilitsfull og dessuten kontaktskapende. Oppfatningen var at å bruke blikket, kunne ha stor betydning for å skape trygghet hos pasienten. Informantene mente at det hadde med å stole på en person, om man holdt blikket. Og ikke vike med blikket, innga tillit. Skremmende eller ukjente situasjonen kunne man ufarliggjøre ved å holde blikket. Operasjonssykepleierens gode håndlag resulterte i at hun behersket arbeidsoppgaver, samtidig som hun kunne fortsatt rette oppmerksomheten mot pasienten. Hendene gikk av seg selv og hun trengte ikke å holde fokus på hendenes arbeid. Eide og Eide (2007) beskriver tvert imot hvordan direkte øyekontakt kan føles utrygt. De hevder at det å se litt til siden føles bedre for pasienten. De hevder også at man bør vurdere hva slags blick man har, slik at man ikke borer et skarpt blick inn i pasienten. Kvåle (2006) belyser omsorgens forskjellige perspektiv, og får fram hva pasienten synes er viktig for opplevelsen av god omsorg. De omsorgfulle sykepleierne ble beskrevet som at de hadde en spesiell utstråling gjennom måten de er på og måten de snakker på. Pasientene beskrev den gode omsorgen som individualisert, pasientfokusert og opptatt av deres behov. Og at denne gode omsorgen førte til at pasientene følte seg vel og ga dem økt styrke og mot. De nevnte blant annet det å få oppmerksomhet av sykepleierne, som endel av den gode omsorgen.

Oppfatningen av å lytte, var at de på denne måten signaliserte at de tok pasienten på alvor. De var tilstede for pasienten, ved å lytte til han eller hun. De samme oppfatningene av å lytte belyses av pasientene i Lindwalls (2004) studie i. Der beskrives intervjuer med pasienter som er innlagt på sykehus for operasjon. Resultatet

er basert på den preoperative samtalen. Målet for denne studien er å få dypere forståelse for hvordan pasienten reflekterer over sin kropp og omsorgen av den, når den er i fokus for alles blikk. Et viktig funn i den preoperativ samtalen, at pasienten synes det er meget betydningsfullt at sykepleieren tar seg tid, er fysisk nærværende og lytter. Von Post (1999) underbygger også dette i sin doktoravhandling hvor hun finner at pasientens verdighet kan krenkes hvis sykepleieren gjør pasienten usynlig eller ikke hører hennes behov for hjelp.

Oppfatningen av å bruke berøring var et felles tema for informantene. Berøring kunne hjelpe pasienten på ulike måter. Oppfatningen av at det å bli berørt kunne føles godt og trygt for pasienten. Han eller hun ville føle seg godt tatt vare på, og være angstdempende. De brukte berøring for å ha pasienten i sentrum, da følte pasienten at han ble sett og var betydningsfull, når man berørte han. Og de mente at situasjonen ble mer personlig og omsorgsfull, ved å berøring pasienten. Operasjonssykepleierne brukte også berøring som trøst, ved å legge armen rundt pasienten eller stryke over armen. Oppfatningen av at berøring kan si mye mer enn ord, og kan også være mer tilstrekkelig enn ord ble uttrykt. Så ved å berøre kan man gi signaler til den andre. Informantene nevnte også måter å berøre på. Lindwall (2004) beskriver hvordan det å bli berørt kunne ha flere betydninger; hendene ble et redskap som hjelper operasjonssykepleieren til å lindre og gjøre godt. Pasientene beskriver at den kroppslige kontakten ble viktig, og at den formidlet tillit til pasienten. Pasientene beskrev også gode og varme hender eller kalde og harde. Samtidig som de beskrev ulike hender, sa andre at hendene ikke var så viktige, men mer hvordan de tok i dem, hendene skulle ikke være for myke eller for harde. Og at det kroppslige nærværet til operasjonssykepleieren kunne formidle beskyttelse og trygghet gjennom øyekontakt og hender.

Operasjonssykepleierne tilpasset graden og og tidspunkt for når de berørte. Et viktig tidspunkt ble ansett å være når narkosen ble innledet. Da var det viktig å holde pasienten i hånden eller berøre på andre måter. Man kunne da signalisert til pasienten

at han eller hun ikke var forlatt, men at noen var der for dem. Dette mente operasjonssykepleierne ble opplevd som trygt for pasienten. Operasjonssykepleiernes vurdering av at pasienten trengte en hånd å holde i når bedøvelsen ble satt bekreftes av Haugen m.fl. (2009). Han har gjort en studie om angst i operasjonsstua. Et av funnene i undersøkelsen viser at pasienten er som reddest når de får bedøvelsen rett før operasjonen.

4.2.3 Bruke evner

Operasjonssykepleierenes beskrivelser viste god vurderingsevne og selvstendighet, og demonstrerte at de hadde et bredt spekter av evner å bruke. De utnyttet de egenskaper de var utstyrt med, og som de hadde utviklet over lang tid gjennom erfaring, kunnskap og personlig utvikling. Informantene var sikre og klare i sine oppfatninger.

Operasjonssykepleierne tok ansvar for å kommunisere forståelig med pasienten. I det korte møtet prøvde de å dekke operasjonspasientens psykososiale behov ved å møte han eller henne som en likeverdig person. Dette mente de innga tillit og skapte kontakt.

Operasjonssykepleierne la vekt på å informere og veilede. De beskrev hvordan det ukjente og uforutsigbare ble oppfattet som aspekter som kunne gi pasienten en dårlig opplevelse hvis de ikke ble imøtekommet. Å ikke vite skapte stress og angst. Lindwall (2004) beskriver hvordan det lindrende aspektet i operasjonssykepleien har som mål å begrense omfanget og styrken av de belastningene operasjonspasienten utsettes for. Hun beskriver hvordan pasienten får en følelse av velbehag i kroppen når sykepleieren gir tid slik at han kan snakke om sine problemer og stille spørsmål før operasjonen. En pasient forteller om at hun fikk en kort og intensiv samtale med spesialsykepleieren før operasjonen. Hun hadde spørsmål om det å ligge på et operasjonsbord. Pasienten fikk da vite av operasjonssykepleieren at hun skulle være der hele tiden å passe på henne. Noe som kjentes betryggende for pasienten. Kvåle (2006) påpeker at mange av

kreftpasientene fremhevet viktigheten av å få god informasjon om sykdom og behandling, og at sykepleierne tok seg tid til å forklare.

Oppfatningen av å informere for å skape trygghet, gjenspeiles hos Haugen m.fl.(2009). Deres resultater viser at en god kommunikasjon reduserer angst. Resultatene viste også at kvinner rapporterte mer angst enn menn. Dette aspektet kom ikke fram hos operasjonssykepleierne. De beskrev derimot at menn kunne benekte frykt, mens kroppsspråk og fysiske målinger tilsa at de var redde. Williams (2008) studie om pasienters opplevelse av å være på sykehus konkluderte med at pasientens følelse av kontroll og følelsesmessig velvære økte når de følte seg sikre, informert og verdsatt. Studien søker svar på hvilke aspekter i et sykehusmiljø som påvirker pasienters følelse av velvære. En av konklusjonene var at når de ikke visste hva som skulle gjøres av behandling, opplevde de utrygghet. Når de fikk informasjon eller innhentet informasjon selv, økte følelsen av personlig kontroll og velvære.

Empati ble beskrevet brukt forformidle at man forsto det andre mennesket. Oppfatningen var at informantene brukte sin empatiske evne for å møte pasienten på en god måte, for igjen å formidle trygghet og medmenneskelighet. Kvåle (2006) viser til at pasienten sier at de omsorgsfulle sykepleierne viste at de brydde seg om dem som enkeltindivider og medmennesker og ikke bare som pasienter. Noen av informantene sa at de merket med en gang veldig godt hvem som brydde seg om dem og hvem som ikke gjorde det. Opplevelsen av at sykepleierne brydde seg mer enn strengt tatt nødvendig, ga pasienten en opplevelse av tillit og trygghet. Empati med pasienten gjorde at man ønsket å skjerme han fra å se og høre utstyr. En operasjonsavdeling er en høyteknologisk avdeling. Dette kan virke meget skremmende, særlig med tanke på at utstyret skal brukes på ens kropp. Haugen m. fl. (2009) viser til at pasientene kunne ha sterkere reaksjoner på synsinntrykk enn hørselsinntrykk. Noen ble mer engstelige av å se teknisk utstyr, enn å høre alarmer eller lyden av instrumenter som ble pakket ut. Karlsson (2007) har i sine pasienterfaringer hevdet at hun mener mange

spesialsykepleiere mangler empati. Både om pasientens perspektiv på operasjonen og den ekstreme situasjon pasienten utsettes for.

Operasjonssykepleierne brukte musikk som avledning og avslappning til pasienter som ønsket det. De mente musikk hjalp pasienten til å slappe av, og at musikk hindret at pasienten ble mindre skremt av eventuelle sterke lyder. Gillen, Biley og Allen (2008) viser til resultatet hvor musikk kan ha en psykologisk effekt for å redusere angst. Resultatene viser imidlertid at pasienten ikke ser ut til å oppleve noe endring i fysisk status. Om pasientens selv fikk velge musikk eller ikke musikk viste seg å være en avgjørende faktor for hvorvidt musikk ble opplevd som en effektivt angstdemper. I tillegg spilte pasientens eget valg av type musikk inn.

Humor og latter kunne brukes for å minske stress hos operasjonspasienten, og kunne føles som en trøst. Det var kontaktskapende å kunne le sammen. Kvåles (2006) studie om den omsorgsfulle sykepleier fra pasientenes ståsted fremkommer det samme. De fleste av pasientene gav uttrykk for at de sykepleierne som gav dem best omsorg var smilende og blide og hadde godt humør. Humor ble også fremhevet som viktig. Pasientens oppfatning var at humor var viktig for å bygge seg opp, og at et glimt i øyet og litt tull og tøys betyr mye - de er smilende og glade og har humor. Svebak, Martin og Holmen (2004) hevder at det er en utbredt oppfatning av at stor sans for humor er godt for menneskes helbred. Og at effekter av humoristisk sans som et personlighetstrekk har vist sammenheng med sykighet. Han viser til at det er påvist at humoristisk sans demper effekten av stress. Tyrdal (2002) hevder at det er mange indikasjoner på at humor og latter kan brukes som terapi, selv om den vitenskapelige dokumentasjonen av effekten er mangelfull og delvis motstridende

4.2.4 Bruke kroppen

Man bruker to måter å kommunisere med hverandre på. Den ene er det verbale språket, det vi sier til hverandre og som vi kan oppfatte ved å lytte. Den andre måten er det

nonverbale språket, eller næmere bestemt kroppsspråket. Kroppsspråket er ikke bare måten vi oppfører oss på når vi er glade eller redde, men også holdning, måten vi står på, ansiktsuttrykket og måten vi går på. Som oftest er det samsvar mellom det vi sier verbalt og nonverbalt. Men noen ganger kan kroppsspråket si noe helt annet enn ordene (Travelbee, 1999).

Man bruker kroppen og kroppsspråket forskjellig i ulike sammenhenger og i ulike kulturer, og det kan derfor være vanskelig å tolke det. Det påpekte informantene ved møte med operasjonspasienter fra andre kulturer. Saadati (2009) beskriver kvinnelige pasienter med iransk kulturbakgrunn møte med norske sykepleiere, og utdyper store forskjeller i kulturforståelse. Det ligger utfordringer i å tolke pasienten når ikke sykepleieren har samme kultur og språk. Sykepleiere med mindre kjennskap til flerkulturelle pasienten vil vurdere pasienten ut fra sine egne kulturelle verdier. I denne studien kommer det fram at iranske kvinner ofte blir misforstått av sykepleierne, noe som skaper en følelse av angst og depresjon. De reagerer med taushet, og prater mindre. Sykepleiere som er flerkulturelle har en mer åpen og god kommunikasjon med den flerkulturelle pasient. Møllersen (2008) funn bekrefter Saadatis resultater. Når behandler og pasient har lik etnisitet er det flere pasienter som får en bedring av sine psykiske plager enn når pasient og terapeut har ulik etnisk bakgrunn.

En oppfatning var at ved å være nær pasienten, var kontaktskapende og kunne virke trygt. Ved å være nær pasienten, gjorde også at han ikke følte seg forlatt. Pasienten følte at han var i sentrum, og at de brydde seg om ham, ved at de var nære og tilstede. Haugens m.fl. (2009) bekrefter forsterker operasjonssykepleierne oppfatninger at følelsen av å være forlatt kan være skremmende. Han beskriver hvordan det å bli liggende å vente utenfor operasjonsstua før de trilles inn er angstskapende. Flere pasienter rapporterte det å bli liggende alene før operasjonens start, opplevde de svært negativt. Rudolfsson (2008) beskriver at hvordan omsorgen blir gitt til operasjonspasienten, bygger på sykepleierens våkenhet og nærvær. Ved å gi av sin tid, gjør hun pasienten delaktig i planleggingen av omsorgen. Lindwall (2004) beskriver

sykepleierstudenters erfaringer med egen kropp i ulike sammenhenger i livet. De sier at en profesjonell sykepleier bruker sin kropp i møte med pasienten på flere vis. Samtidig som det forventes at sykepleieren holder en viss distanse. Og at formålet med nærvær og distanse til kroppslig kontakt kan være meningsskapende i omsorgen og kroppen blir da et redskap for å lindre sjelig og åndelig nød eller lidelse, kroppskontakten ble brukt for å trøste og gi trygghet.

4.3 Metodediskusjon

4.3.1 Design

Hensikten med oppgaven var å beskrive operasjonssykepleiernes oppfatninger av hvordan de bruker seg selv terapeutisk i møte med pasienten. Valget av kvalitativ metode og fenomenografisk analyse framstår i ettertid som et godt valg. Først og fremst fordi det i hensikten ble etterspurt kvalitative data i form av operasjonssykepleiernes oppfatninger og erfaringer. Fenomenografi er en kvalitativ tilnærning hvor hensikten nettopp er å beskrive variasjoner i oppfatninger av hvordan mennesker erfarer et fenomen (Marton, 1994), som i dette tilfellet er å bruke seg selv terapeutisk.

4.3.2 Utvalg

Under planleggingsfasen ble fremgangsmåte for hvordan verve informanter vurdert nøye. Man oppnår et strategisk utvalg gjennom å oppsøke personer man mener har spesielle forutsetninger for å kunne gi variasjon i oppfatninger (Alexandersson, 1994). Umiddelbart kunne det se fristende ut å søke informanter som var kjent for å bruke seg selv på en eksemplarisk, utpreget eller uvanlig måte. Om man hadde inkludert kriterier som kunne defineres som å bruke seg selv, ville det raskt kunne skapt forskningsetiske problemer. En slik tilnærning ville forutsett at ”noen” anbefaler ”noen”. Dette ville

satt prinsippet om autonomi i fare ved at muligheten for tilsagn til deltagelse ble gitt på vikarierende grunnlag. (Sykepleiernes samarbeid i Norden, 2003). Masterstudentene valgte derfor et utvalg basert på inklusjonskriterier de selv kunne vurdere i forhold til.

Utvalget i masteroppgaven var operasjonssykepleiere som både hver for seg og til sammen representerer en variasjon i alder, erfaring og arbeidssted. Informantene hadde en spredning i alder fra begynnelsen av 30-årene til slutten av 60-årene. De hadde fra 3 til nærmere 40 års erfaring som operasjonssykepleier. De hadde variasjon i erfaring fra dagkirurgi, døgnåpne poster, elektiv kirurgi og øyeblikkelig hjelp kirurgi, og mange har erfaring fra flere steder. Alle hadde også erfaring med pasienter i alle aldre. En informant uttalt at: "Jeg har ikke barn, så barn er ikke min sterkeste side". En slik uttalelse kan indikere at variasjonen egne barn / ikke egne barn burde vært et inklusjonskriterium. I ettertid viser imidlertid ytringer i datamaterialet at begge variasjoner var til stede.

Begge kjønn ble ikke inkludert i utvalget til tross for at det var et inklusjonskriterium. Det viste seg vanskelig å verve mannlige operasjonssykepleiere, tross generell muntlig påminnelse om mulighet for å delta. På ett sykehus hadde de ikke mannlige ansatte, og på de andre var meldte ingen menn seg. Dette ansees som masteroppgavens svakeste side. Operasjonspasienter og operasjonssykepleiere er mennesker som representerer begge kjønn. I en operasjonsavdeling er det pasientens kropp som er i fokus og det faktum at kvinner og menn har kropp med enkelte essensielle forskjeller, frambringer spørsmålet om mannlige operasjonssykepleierens ville ha frambrakt flere variasjoner i oppfatninger av hvordan bruke seg selv. Siden ingen menn ble intervjuet, etterlates et spørsmål om variasjonene av oppfatninger av å bruke seg selv terapeutisk er tilstrekkelig godt avdekket i det empiriske materialet. Ytringer fra informantene kan tolkes som om det kunne være tilfelle (jmf. kategoriene samarbeid og flørte)

Informantene beskrev også utfordringer knytte til det å bruke seg selv ovenfor pasienter med en annen religion og kulturbakgrunn. Utfordringene var forbundet med at operasjonssykepleierne var bevisst på faren for å bli misforstått og å krenke pasienten. I utvalget var det ikke kriterier i forhold til variasjon i etnisitet. I ettertid viser det seg

imidlertid at to av informantene var fra andre land i Nord Europa, dog ingen fra andre verdensdeler.

Masteroppgavens utvalg på 14 operasjonssykepleiere kan framstå som lite i fenomenografisk sammenheng (jmf. Larsson, 1986). Imidlertid gir ønsket om dybde i intervjuene og ønsket om variasjon i oppfatninger en utfordring i forhold til balansen mellom et stort analysemateriale og tidsaspektet. Å finne dette balansepunktet på forhånd, var vanskelig for to uerfarne masterstudenter. Intensjonen var å intervju 16 (jmf. Paulsson, 2008), men fordi det viste seg umulig å verve menn, ble det endelige antall 14. En tilnærming er å ikke definere antallet på forhånd, men intervju til saturasjon oppstår - til det ikke lenger kommer nye oppfatninger (Alexandersson, 1994). I intervjuene til denne masteroppgaven framkom nye variasjoner i oppfatninger helt fram til 12. intervju. Forfatterne kan derfor ikke være sikre på at det er intervjuet til saturasjon. Imidlertid er datamaterialet i masteroppgaven på nær 74.500 ord og har gitt 505 kondenseringer, og intervjuene har gitt et rikholdig materiale.

4.3.3 Intervju

Å ha et definert intervjurom på forhånd fungerte meget bra og bidro til at både intervjuer og informanter visste hvor de skulle være. Under ett intervju viste det seg at rommet hadde en fast bruksavtale som ikke var nedtegnet på ukelisten. Dette medførte et avbrekk og flytting til annet rom. Informanten tok det hele med fatning, plutselige forandringer er jo et kjent fenomen i en operasjonssykepleiers hverdag, og intervjuet fortsatte etter en liten pause.

Intervjusituasjonen ble planlagt nøye etter Kvaales (2001) anbefalinger som skissert i metodekapittelet. Alle intervjuer startet med en briefing og avsluttet med en debriefing. Masterstudentene opplevde at de fikk god kontakt med informantene. Det var generelt en god stemning i intervjuene og studentene oppfattet informantene som positive og villig til å dele av sine erfaringer.

Det viste seg gunstig med forskningsspørsmål og definisjon på hvordan bruke seg selv terapeutisk trykket opp på et ark. Det bidro til å holde fokus, og flere av informantene tittet på arket en eller flere ganger i løpet av intervjuet. Forskningsspørsmål og definisjon ble presentert i informasjonsskrivet til informantene. Noen uttrykte likevel lettelse over å få definisjonen foran seg, da de sa det var klargjørende. Larsson, Hedelin og Athlin (2007) refererer til samme erfaringen når de beskriver hvordan de ved å skrive ned temaene på papir hjalp informantene til bedre å reflektere og uttrykke seg.

Et av de aller første intervjuene ble veldig utflytende i tema. Dette ble veldig synlig i arbeidet med transkriberingen, og bidro til at Kvaales (2001) kvalifikasjonskriterier for intervjueren ble viet fornyet oppmerksomhet. Intervjuerne la derfor mer vekt på å være styrende. Dette medførte imidlertid at de påfølgende intervjuene bar preg av en del konkrete spørsmål. Studentene var her heller ikke så nøye med å la pauser være pauser, i stedet ble det fort stilt nye spørsmål. Veiledning og interne diskusjoner bidro til å rette opp dette misforholdet mellom teori og praksis. Senere intervjuer inneholder langt flere pauser, åpne spørsmål og ikke minst en større grad av oppfølgende spørsmål (jmf. Marton, 1994, Kvale, 2001).

Kvale (2001) påpeker at det er viktig for intervjuer å vite noe om temaet som er fokus for intervjuet. Begge masterstudentene er operasjonssykepleiere på linje med informantene i undersøkelsen. I analysearbeidet synliggjøres det at dette også kan slå ut andre veien. Et felles fagspråk kan lure intervjuerne til å si seg fornøyd med informantens beskrivelser på et for tidlig tidspunkt, siden det er lett å tenke at dette forstår jeg. Enkelte steder er det i ettertid lett å se i datamaterialet at studentene har gått i denne fellen.

4.3.4 Databearbeiding

Masterstudenten har transkribert, med tre unntak, de intervjuer de selv har utført. Tross muntlig enighet masterstudentene i mellom om hvordan intervjuene skulle

transkriberes, viste det seg at oppfatningene av hvordan dette faktisk skulle se ut på papir var forskjellig. Det ble etter tidligere omtalte veiledning utarbeidet en skriftlig mal som studentene brukte til å transkribere intervjuene inn i. Kvale (2001) hevder at slike instruksjoner bidrar til transkriberingens pålitelighet. I tillegg er påliteligheten i transkriberingene kvalitetssikret ved at begge studentene har lest hverandres utskrifter mens de har lyttet til båndet. En av båndspillerne viste seg å være av eldre årgang, noe som førte til at ett intervju ble av noe dårligere teknisk kvalitet. Dette ble imidlertid oppdaget umiddelbart ved gjennomgang av lydopptaket og en ny opptager ble brukt ved de resterende intervjuer. Intervjuet har likevel gitt rike data og lydopptak og transkribering er gjennomgått flere ganger for å sikre kvalitet.

4.3.5 Analyse

Analysearbeidet viste seg mer tidkrevende og møysommelig enn forventet.

Fire intervjuer ble først analysert fra punkt en til punkt fire som beskrevet i kap. 2.5. Deretter ble to og to nye intervjuer analysert på samme måte etter hvert som de var transkribert. Å formulere presise kondenseringer var en stor utfordring, særlig i begynnelsen. Med økt erfaring gikk dette imidlertid lettere og Sjøstøm og Dahlgrens (2002) råd om først å identifisere tema ble en god hjelp. Intervjuene har gitt et rikt datamateriale, noe som har gitt varierte oppfatninger og innholdsrike kategorier. Subkategorier kom og gikk etter hvert som nye variasjoner av oppfatninger kom fram eller studentene klarte å slå sammen kategorier. Sakte men sikkert ble bildet klarere og prosessen gikk etter hvert også litt raskere. Kategorier og beskrivelseskategorier har skiftet plass, navn og tilhørighet flere ganger, og studentene opplever at resultatet er godt forankret i datamaterialet og at de endelige kategoriene fremstår som kvalitativt forskjellige (jmf. Marton, 1994; Marton, 1996). I oppgaven er dette framstilt gjennom bruk av sitater for å belyse kategoriene. Hver kategori har et stort antall tilhørende meningsenheter og det har til tider vært vanskelig å velge hvilken som skal karakterisere kategorien. Studentene opplever sterkt at den endelige utformingen av utfallsrommet har vært mulig kun etter en modningsprosess hvor tid har vært en

avgjørende faktor. Dynamikken i utfallsrommet, med en overordnet beskrivelseskategori; ” bruke personlig og profesjonell trygghet” framsto som en overraskelse for masterstudentene. At undersøkelsen har tilført noe uventet kan vurderes dit hen at masterstudentenes har lykket i refleksjonsarbeid og bevisstgjøring rundt egen forforståelse (Malterud, 2003; Sandelowski, 1986).

4.3.6 Troverdighet, pålitelighet og overførbarhet

Påliteligheten i masteroppgaven er forsøkt ivaretatt gjennom alle ledd (Sandelowski, 1986). Særlig fokus har studentene hatt i forhold til egen forforståelse og hvordan denne kan påvirke undersøkelsen gjennom prosessen. Det er også forsøkt gitt en nøyaktig og samvittighetsfull beskrivelse av hvordan studentene har gått fram gjennom forskningsprosessen. Kvale (2001) anbefaler at troverdighet, på linje med pålitelighet, også bør vurderes gjennom hele prosessen.

I de første intervjuene stilte masterstudentene enkelte konkrete spørsmål som kunne virke styrende for informantenes valg (jmf. Kvale, 2001). Studentene har på denne bakgrunn reflektert over påliteligheten i de første intervjuene og om egen forforståelse ble styrende for valg av spørsmål (Horsburg, 2003; Kvale, 2001; Sandelowski, 1986). Etter en gjennomgang av datamaterialet kan det ikke påvises oppfatninger i de aktuelle intervjuene som ikke blir bekreftet av senere informanter. Masterstudentene anser derfor at dette ikke har vært av betydning for analyseresultatet.

I enkelte fenomenografiske studier er det brukt et intervju nr. 2 for utdyping og oppklaring av utydelige deler av intervjuet (Larsson m. fl., 2007). I denne masteroppgaven har begge studentene deltatt på alle intervjuer, noe som gjør at studentene har samme forutsetning for kunne diskutere der det har vært tvil om tolkninger. Dette bidrar til å øke påliteligheten i analysen.

Ved alle intervjuer deltok begge masterstudentene sammen med informanten. Skjevheten i antall kan utgjøre en fare for at dialogen, samtalen mellom to likeverdige

forskyves til et maktforhold hvor intervjuerne representerer en overmakt (Kvale, 2001). Skjevheten kan forsterkes ved at det er studentene som inviterer og setter dagsorden. Dette kan påvirke relasjonen i situasjonen og gjøre at informantene sier det de tror vi vil høre. For å motvirke denne uønskede effekten ble det lagt vekt på å lage en hyggelig atmosfære og det ble spesifikt i alle brifinger gjort rede for at observatørs rolle hovedsakelig var av teknisk bistand. Observatørs plassering til siden skulle understreke denne rollen. Det kan likevel representere et spørsmål om undersøkelsens troverdighet, om informantene bevisst fremstilte seg som mer reflekterte og med bedre intensjoner og en mer variert oppfatning av hvordan de brukte seg selv. Imidlertid har masterstudentene en opplevelse av at informantene beskrev egne oppfatninger. Denne opplevelsen forsterkes gjennom alle de eksempler som er gitt gjennom intervjuene.

Masterstudentenes forforståelse kan aldri utelukkes å ha hatt innvirkning på forskningsprosessen. Studentene har hele tiden hatt dette i minne og særlig i analysen hvor det ble jobbet med kondenseringer og grupperinger har dette vært tema for diskusjon og refleksjon. Det samme har vært gjort i utarbeidingen av oppgavens resultatkapittel. Her har studentene stadig gått tilbake til datamaterialet for å kontrollere at beskrivelser og sammenfatninger som har gitt av de enkelte kategoriene stemmer med datamaterialet.

4.3.7 Forskningsetiske overveielser

Informantene er intervjuet på sin egen arbeidsplass i sin egen arbeidstid, etter avtale med leder. Intervjuene har blitt utført på grupperom og kontorer tilknyttet avdelingene. At informantene er intervjuet i et kjent miljø, bidrar til å øke deres trygghet i situasjonen. Samtidig kan et intervju i arbeidstiden være stressende, om man vet at arbeidsbelastningen på kollegaer øker. I så fall kan det også påvirke deres relasjon til leder. For å motvirke denne mulige negative effekten, ble alle intervjuavtaler gjort mellom masterstudentene og leder på en slik måte at leder selv fikk bestemme tidspunkt for når det best passet avdelingen. Alle informanter har selv muntlig

bekreftet sin frivillighet til å delta. I tillegg har alle undertegnet en informert samtykkeerklæring basert på muntlig og skriftlig informasjon.

Alle intervjuer er utført i en hyggelig tone. Masterstudentene har inntrykk av at informantene snakket fritt og ærlig. I debriefingen uttrykte ingen av informantene ubehag over å ha blitt intervjuet.

Alle samtykkeerklæringer, lydopptak og kodeliste er oppbevart nedlåst, som skissert i kapittel 2.6, og transkriberingene er oppbevart på privat PC.

Alle informantene ble informert om hvordan de kunne nå oss hvis de følte behov for å snakke, hadde flere spørsmål eller ønsket å trekke seg fra studien. Ingen har i ettertid tatt kontakt og ingen av informantene har ønsket å trekke seg fra studien.

Masterstudentenes vurdering er at de fire forskningsetiske prinsipper (jmf. s. 34) er ivaretatt.

4.4 Fremtidige studier

Det faktum at ingen menn er intervjuet, ser til å utgjøre masteroppgavens svake side. Studentene vil foreslå at en ny undersøkelse gjøres med et utvalg som representerer variasjoner som denne undersøkelsen har vist kan ha betydning. Dette inkluderer variasjonene kjønn og variasjonene erfaring med og uten egne barn.

Masteroppgaven har også avdekket oppfatninger av hvordan spesielle grupper stiller ekstra krav til at operasjonssykepleieren bruker seg selv terapeutisk. Dette er i så fall en egen og spennende problemstilling.

En tredje utfordring kan ligge i informantenes beskrivelse av hvordan det å bruke seg selv var avhengig av erfaring. Hvordan utvikler operasjonssykepleierne den erfaringen som gjør dem bedre i stand til dette?

Sist, men ikke minst vil masterstudentene hevde at operasjonspasientens oppfatninger av hvordan operasjonssykepleierne bruker seg selv vil være en verdifull studie. På denne måten vil mottageren kunne si noe om hvorvidt operasjonssykepleierne gjør de riktige vurderinger angående hva som er en god tilnærming i de enkelte situasjoner.

4.5 Resultatets betydning for klinisk sykepleie

Denne fenomenografiske undersøkelsen om operasjonssykepleieres oppfatninger av hvordan de bruker seg selv kan føre til at den enkelte operasjonssykepleier både alene og sammen med kollegaer reflekterer over egen praksis og over egne sterke og svake sider. En slik bevisstgjøringsprosess vil indirekte komme operasjonspasienten til gode i møtet med den reflekterte og bevisste praktiker.

Resultatet kan også komme til nytte i utdanningssituasjoner. Operasjonssykepleierne har beskrevet hvordan det å bruke seg selv er avhengig av erfaring. Kanskje kan kunnskap om fenomenet under utdanning gi den enkelte en god basis for videre utvikling.

5. Avslutning og takk

All oversetting fra svensk og engelsk i denne masteroppgaven er studentenes egen. For eventuelle feil eller dårlig språk, ber vi leseren om unnskyldning. Vi vil imidlertid forsikre om at vi har gjort vårt beste.

Masteroppgaven er skrevet på egen fritid uten noen form for sponsor- eller finansiell støtte. Begge masterstudentene har arbeidet i 60-80 % stilling ved sykehus og høgskole under studiet.

Det er et privilegium å få lære, gjøre seg nye refleksjoner og få flere perspektiver. Vi er to masterstudenter som har hatt dette privilegium i snart to år. Privilegerte også fordi vi har fått jobbe sammen. Det har gjort studietiden rikere. Vi har hatt mange diskusjoner og refleksjoner under arbeidet med masteroppgaven, noe vi ikke ville hatt hvis vi skrev hver for oss. Vi har sett og tenkt helt forskjellig i perioder, særlig under analysearbeidet. Det har ført til flere innfallsvinkler og mange nyanser.

Aller viktigst er dog at vi har hatt det morsomt sammen. Vi har kunnet le av oss selv og med hverandre, delt bekymringer og bygget hverandre opp når det har vært nødvendig.

Vi vil rette en stor takk de operasjonssykepleiere som har delt sine tanker og refleksjoner med oss. Vi opplever det som en stor tillitserklæring. Uten dere hadde ikke denne masteroppgaven blitt til.

En stor takk til vår veileder Birgitta Hedelin. Hun har sett ting klarere enn oss i perioder, og hjulpet oss videre i prosessen. Hun har trodd på vårt valg av tema og trodd på oss, når vi selv har vært i tvil. Vi har alltid kunnet stole på hennes ærlighet.

Sist, men ikke minst; til familiene våre, som har vært forståelsesfulle når vi har prioritert studiene fremfor dem. Niels Christian og Reidar har vært tålmodige og gode lyttere gjennom mange måneders skriving og utforsking. Christian og Cathrine har med sine datakunnskaper vært til uvurderlig hjelp når ”noe ikke virker”.

Litteraturliste

Alexandersson, M. (1994) *Metod och medvetande*. Göteborg, Acta Universitatis Gothoburgensis.

Andersson, M. (1994) *Integritet som begrepp och prinsip*, Åbo, Åbo Akademis Forlag

Barnard, A., McCosker, H. & Gerber, R. (1999) Phenomenography: A Qualitative Research Approach for Exploring Understanding in Health Care. *Qualitative Health Research*, Vol. 9 (2), pp. 212-226

Benner, P (1995). *Fra novise til ekspert; dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo, I samarbeid med Munksgaard

Bie, K. (2007) *Refleksjonshåndboken*. Oslo, Universitetsforlaget

Brekken, R.S. & Dåvøy, G.M (2009) Operasjonsavdelingen. I: Dåvøy, G., M.,Eide, P., H., Hansen, I. (red.) *Operasjonssykepleie*,Oslo, Gyldendal akademisk

Bæck – Petterson, S. (2006) Caring in reasearch and pratice – some nurse aspects. *Omvårdnadsmagasinet*, 2006 (6) s.30-33

Christoffersen, S.A. (2005) Profesjonsetikk som dømmekraft. I: Christoffersen, S. A. (red.) *Profesjonsetikk*, Oslo, Universitets-forlaget.

Dahlgren, L. O. & Fallsberg, M. (1991) Phenomenography as a qualitative Approach in Social Pharmacy Research. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*. Vol. 8, No. 4

Eide, H. & Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg. Oslo, Gyldendal Akademisk

Eide, P. H. (2009) Håndlag i operasjonssykepleien. I: Dåvøy, G., M.,Eide, P., H., Hansen, I. (red.) *Operasjonssykepleie* Oslo, Gyldendal akademisk

- Gillen, E., Biley, F., & Allen, D. (2008) Effect of music listening on adult patients pre – procedural state anxiety in hospital *International Journal of Evidence – based Healthcare*,6 (1), s.24-49
- Gundersen, D. (1984) *Norsk synonymordbok*. Oslo, Kunnskapsforlaget
- Haugen, A.S., Eide, G.E., Olsen, M.V., Haukeland, B., Remme, Å.R. & Wahl, A.K. (2009) Anxiety in the operating theatre; a study of frequency and environmental impact in patient. *Journal of Clinical Nursing*, 18 (16) s. 2301- 2310.
- Hansen, I. (2009), Operasjonspasientens psykososiale behov. I: Dåvøy, G., M.,Eide, P., H., Hansen, I. (red.) *Operasjonssykepleie* Oslo, Gyldendal akademisk
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999a). *Lov om helsepersonell* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/> [lest 10.04.10]
- Helse- og omsorgsdepartementet (1999b). *Lov om pasientrettigheter* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/> [lest 10.04.10]
- Henriksen, J., O. & Vetlesen, A.,J., (2006) *Nærhet og distanse - grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo, Gyldendal
- Horsburgh, D. (2003) Evaluation of qualitative research. *Journal of Clinical Nursing* 12, pp. 307-312
- Hovind, I. L. & Bruun, A. M. G. (2002) *Anestesisykepleie*. Oslo, Akribe
- Høiland, M. (1996) *Operasjonssykepleie i over 40 år*. [Oslo], Norsk Sykepleierforbunds Landsgruppe av operasjonssykepleiere.
- Jacobsen, D. I. (2003) *Forståelse, beskrivelse og forklaring; innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand, Høgskoleforlaget
- Karlsson, S. (2007) The patient, a human being or an anonymous object in operative care of today. *Medicinsk Access* (6): 74-5

- Kirkevold, M.(1992) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering.*, Oslo, Ad Notam Gyldendal
- Kirkevold, M.,(1996) *Vitenskap for praksis.* Oslo, Ad Notam Gyldendal
- Krogstad, U. & Foss, C. (1997) *Det handler om å kunne snu seg, sykepleie, kompetanse og handlekraft.* Oslo Ad Notam Gyldendal
- Kunnskapsdepartementet (2008) *Rammeplan for sykepleierutdanning.* [internett] Tilgjengelig fra: [http://www. regjeringen.no](http://www.regjeringen.no) [lest: 13.05.10]
- Kunnskapsdepartementet (2005) *Rammeplan for videreutdanning I operasjonssykepleie.* [internett] Tilgjengelig fra: <http://www. regjeringen.no> [lest: 20.04.10]
- Kvale, S. (2001) *Det kvalitative forskningsintervju.* Oslo, Ad notam Gyldendal. Gyldebdal akademisk
- Kvåle, K. (2006) Den omsorgsfulle sykepleier – slik pasienten ser det. *Vård i Norden*,79 (1), s.15-19
- Larsson, S. (1986) *Kvalitativ analys – exemplet fenomenografi.* Studentlitteratur, Lund
- Larsson, M., Hedelin, B. & Athlin E. (2007) A supportive nursing care clinic: Conceptions of patients with head and neck cancer. *European journal of oncology Nursing.* 11, 49-59
- Lepp, M., & Ringsberg, K. (2002) Phenomenography – a qualitative research approach. I: Hallberg, L. R-M. (Ed.) *Qualitative Methods in Public Health Research – Theoretical Foundations and Practical Examples.* Studentlitteratur, Lund
- Lindwall, L. (2004) *Kroppen som bærare av helsa och lidande.* Karlstad Universitetstrykkeri. Åbo akademis förlag, avhandling.
- Lindwall, L. & von Post, I. (2008) *Perioperativ vård; att forena teori och praxis.* Lund, Studentlitteratur.

- Malterud, K. (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005) *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo, Akribe
- Martinsen, K. (2009) Operasjonssykepleieren og den sårbare pasienten. I: Dåvøy, G., M., Eide, P., H. & Hansen, I. (red.) *Operasjonssykepleie*. Oslo, Gyldendal akademisk
- Marton, F. (1981) Phenomenography - Describing Conceptions of The World Around Us. *Instructional Science* 10 (2), pp 177-200.
- Marton, F. (1988) Phenomenography: A research Approach to Investigate Different Understandings of Reality. I: Sherman, R.R. & Webb, R.B. (Eds.) *Qualitative Research in Education: Focus and Methods*. Falmer Press, London
- Marton, F. (1994). *Phenomenography*. I: Husén, T. & Postlethwaite, T.N. (Eds) *The international Encyclopaedia of Education*. Sec. Ed. Pergamon press, Oxford. Pp 4424-4429
- Marton, F. (1996) Cognosco ergo sum – Reflections on reflections. I: Dall’Alba, G. & Hasselgren, B. (Eds) *Reflections on Phenomenography. Toward a Methodology?* Acta Universitatis Gothoburgensis
- Moesmand, A. M. & Kjøllesdal, A. (2004) *Å være akutt og kritisk syk; om pasientenes og de pårørendes psykososiale reaksjoner og behov*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Møllersen, S. (2008) Mental health services and treatment in Sami and nonSami population - A comparative study in a multiethnic rural area of North Norway. *Universitetet i Tromsø*
- Norsk Sykepleierforbund, NSF (2001) *Faglig forsvarlighet i sykepleietjenesten*. Oslo
- Norsk Sykepleierforbund, NSF (2007) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler
- Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere, NSFLOS (2008) Temahefte, *Utdyping av operasjonssykepleiers myndighetsområde og funksjonsansvar*

med funksjonsbeskrivelse. Norsk Landsgruppe av Operasjonssykepleiere. Oslo, Norsk Sykepleierforbund.

Paulsson, G. (2008) Fenomenografi. I: Granskår, M. & Höglund-Nielsen, B. (Eds.) *Tillempad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Studentlitteratur, Lund

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2008) *Nursing research; generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa., Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Rothrock, J., C., McEwen, D. & Alexander, E., L. (2007) *Alexanders care of the patient in surgery* 13. utgave, St. Louis, Mo: Mosby Elsevier

Rudolfsson, G. (2008) Den perioperativa gemensamma världen – en teorimodell. *Ventilen*, 2008, nr 4, s. 19 – 22.

Saadati, M. (2009) Åpner seg lettere for flerkulturelle sykepleiere. *Sykepleien*, 97 (16), s.56-57

Sandelowski, M. (1986) The problem of rigour in qualitative research. *Advances In Nursing Science*, vol 8 (3), s. 27-37

Seljeskog, I. (1996) *Etikken viser vei - sykepleie fra visjon til handling*. Kristiansand, Høyskoleforlaget

Sjøstrøm, B. & Dahlgren, L. O. (2002) Applying phenomenography in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* (40):339-345.

Skau, G. M. (2005) *Gode fagfolk vokser; personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo, Cappelen akademisk.

Sosial – og helsedepartementet. (1997) *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus; utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial – og helsedepartementet 29. april 1996. Avgitt til Sosial – og helsedepartementet 21. januar 1997*. Oslo, Helse - og omsorgsdepartementet. (NOU 1997:2).

Svebak, S., Martin, R.A & Holmen, J. (2004) The prevalence of sense of humor in a large, unselected county population in Norway. Relations with age, sex, and some health indicators. *Humor, Int. J. Humor Research*. 17, s.121 – 134.

Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) (2003) *etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*. [internett] Tilgjengelig fra: <http://vardinorden.org/ssn/etikk.pdf> [lest: 14.05.10]

Torjuul, K. (1993) *Oversikt over Joyce Travelbees sykepleieteori, Forlesningsnotat basert på Joyce Travelbees Interpersonal aspect of nursing (1971)*, Sykepleierhøgskolen i Sør – Trøndelag, Trondheim

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo, Universitetsforlaget

Tyrdal, S. (2002) *Humor og helse- i teori og praksis- fra smilehull til lårkrampe*. Oslo. Kommuneforlaget

Ullevål Universitetssykehus (2005) *Dagkirurgisk avdeling* [internett] Tilgjengelig fra: www.ullevaal.no [lest. 17.10.08]

von Post, I. (1999) *Profesjonell naturlig vård ur anestesi – och operasjonsskøterskors perspektiv*. Åbo, Åbo Akademis forlag, avhandling.

Williams, A. M., Dawson, S. & Kristjanson, L. J. (2008). Exploring the relationship between personal control and the hospital environment. *Journal Clinical nursing* 17; 1601-9.

Vedlegg

Vedlegg 1

Til operasjonssykepleier

August 2009

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

*Å bruke seg selv terapeutisk.
Hvordan bruker operasjonssykepleieren seg selv i møte med
operasjonspasienten?*

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor hensikten er å få fram bredden og variasjonene i operasjonssykepleierens oppfatninger av hvordan de bruker seg selv terapeutisk. Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe av operasjonssykepleiere sier: "Å bruke seg selv terapeutisk dreier seg om evnen til å bruke personlighet bevisst og målrettet i et forsøk på å etablere et forhold til den syke og strukturere sykepleieintervensjonene" (NSFLOS: Temahefte 2008)

Forskningsprosjektet er en masteroppgave i klinisk sykepleie og utføres av to operasjonssykepleiere, Anne Pettersvold Andreassen og Ingrid Thurmann-Nielsen, som siden høsten -08 har vært masterstudenter i klinisk sykepleie ved Høgskolen i Gjøvik. Vår veileder er professor Birgitta Hedelin, Høgskolen i Gjøvik. Hun kan nås på telefon 61135410, eller e-post birgitta.hedelin@hig.no.

Hva innebærer studien?

For deg innebærer deltagelse et intervju som tar ca. 60 minutter og vil foregå i lokaler på ditt arbeidssted og i din arbeidstid. Tilstede vil den ene eller begge undertegnede være. Vi vil ta intervjuene opp på lydbånd. Intervjuene vil omhandle hvordan du opplever at du bruker deg selv terapeutisk i møte med pasienter.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Vi vil benytte oss av lydopptak under intervjuet. Hvert lydopptak vil identifiseres med et nummer. Kun undertegnede har liste som kan knytte nummer til person. Opptakene vil skrives ut og analyseres for å inngå i vår masteroppgave. Opptakene vil ikke bli brukt til andre formål eller utlevert til andre.

Det vil ikke framgå av oppgaven informasjon som kan identifisere informantene eller sykehusene. Når masteroppgave er bestått vil alle lydopptak slettes, og alle personidentifiserbare opplysninger som navn, alder, arbeidserfaring slettes eller endres.

Mulige fordeler og ulemper

Det er dessverre ingen godtgjørelse for tidsbruk.

Frivillig deltagelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien før prosjektslutt, 31.12.09. Dette vil ikke få konsekvenser.

Dersom du ønsker å delta på intervju, eller bare ønsker mer informasjon ringer eller sender du en SMS eller e-post til Anne eller Ingrid. Vi vil da informere deg ytterligere og svare på spørsmål du måtte ha om undersøkelsen. Det er fint om du kan gjøre dette innen 14 dager etter at du fikk dette brevet.

Anne Pettersvold Andreassen, telefon: 908 35 375, e-post: anne.andreassen@hig.no

Ingrid Thurmann-Nielsen, telefon: 928 35 151, e-post: ingrid.thurmann-nielsen@hig.no

Med vennlig hilsen

Anne Pettersvold Andreassen

Ingrid Thurmann-Nielsen

Samtykke til deltakelse i studien

”Å bruke seg selv terapeutisk”

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Hvordan bruker du deg selv terapeutisk i møte med pasienten?

”Å bruke seg selv terapeutisk dreier seg om evnen til å bruke personlighet bevisst og målrettet i et forsøk på å etablere et forhold til den syke og strukturere sykepleieintervensjonene” (NSFLOS, 2008, s. 4)

Intervjuguide

- ”Hvordan bruker du deg selv terapeutisk i møte med pasienten?”

Fordypningsspørsmål

- Kan du si noe mer om det?
- Er det alltid slik?
- Gjør du det alltid slik?
- Gjør du noen ganger noe annet?
- Hva tenker du når du gjør det slik?
- Hvorfor gjorde du det annerledes denne gangen?
- Hvordan vet du at pasienten har det slik?
- Du nevnte i sted.....